UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

====@====

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

====@====

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

====@====

RAPPORT DE FIN DE STAGE POUR LA LICENCE 3

Sujet

LES VECUS PSYCHOLOGIQUES DES FEMMES CESARISEES DURANT LE POST-PARTUM A LA POLYCLINIQUE COOPERATIVE D'ABOMEY CALAVI

Réalisé et présenté par :

ALODJI K. Jean D'arc

Maître de stage :

Oscar Zohoungbogbo

Psychologue de la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi

Tuteur de stage :

Dr Ornheilia ZOUNON

Maitre Conférences de CAMES

Membre de jury

Président : Dr. Michel M. MEHINTO
Rapporteur : Dr Ornheilia ZOUNON
Examinateur : Dr. Bernardien DOSSA

Mention : Passable

***Soutenu le** : 17 Octobre 2023*

Année Académique : 2022-2023

In memoriam

A

Mon Feu père ALODJI Dognon Eloi

REMERCIEMENTS

Au thème de ce rapport de stage, c'est un devoir agréable pour nous d'exprimer nos reconnaissances à tous ceux qui ont contribué de loin de près à sa réalisation. Qu'ils trouvent ici nos vifs respects et notre profonde gratitude. Une mention particulière :

Au Dr Ornheilia ZOUNON, Maitre Conférences des Université de CAMES en psychologie, notre tuteur de stage pour la disponibilité la patience et la rigueur dont elle a fait preuve dans la réalisation de ce document malgré son agenda très chargé,

- à tous les enseignant de la FASHS, particulièrement ceux du Département de psychologie, qui n'ont ménagé aucun efforts pour nous inculquer les meilleurs de leur savoir et savoir-faire,
- à mon maître de stage, Monsieur Oscar ZOHOUNGBOGBO, pour son accompagnement et ses conseils,
- au Docteur François DEGBLO, Directeur Général de la polyclinique coopérative d'Abomey- Calavi pour nous avoir permis d'effectuer notre stage dans l'institution dont il a la charge,
- à tous les personne et agents de la polyclinique pour l'affection et leur contribution dans l'atteint de nos objectifs,
- à tous les camarades de la troisième année de psychologie (promotion 2019-2020, 2020-2021) pour leur amitié et particulièrement à Marwane SOCOHOU pour son soutien à la réussite de ce travail scientifique.
- A mon pépé Dr Martin GBEDJI-SOKPA, mes frères et sœurs, Aziz ALAGBE, Stevens DJEKIN et Catherine GNANSOUNOU pour leur soutien moral et spirituel
- A tous MERCI

Sigles

ACGO: American College of Obstetricians and Gynecologists

ARCF : Altération du Rythme Cardiaque Fœtal

AUC : Accouchement sur Utérus Cicatriciels

CPAC : Césarienne Programmée Après Césarienne

DPC: Développement Professionnels Continu

DPO: Douleur Post-Opératoire

DSM: Diagnostic and Statistical Manual

EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

FMC : Formation Médicale Continue

FMI : Fond Monétaire International

HRP: Hématome Retro-Placentaire

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PAS : Programme d'Ajustement Structurel

PNUD : Programme des nations unies pour le développement

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

RCOG: Royal College of Obstetricians Gynecologists

RDC : République Démocratique de Congo

SA : Semaine d'Aménorrhée

SOFAR: Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SOGC: Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada

SSPT: Syndrome de Stress Post- Traumatique

TAVB: Tentative d'Accouchement par Voie Base

RESUME

Plusieurs femmes sont de nos jours, après avoir accouchés par césarienne confrontées à de nombreux problèmes psychiques et il urge que des actions soient menées pour leurs accompagnement en vue de leur garantir un bien être. Les objectifs de cette recherche est d'identifier les troubles psychologiques des femmes césarisées après l'acte chirurgical d'une part et d'autre part, de décrire les états psychiques des femmes ayant subi la césarienne et d'étudier les risques psychologiques des femmes césarisées. Pour hypothèses ; après avoir donné la naissance les femmes césarisées souffrent autant durant le post-partum, les mères après césariennes sont vulnérables et expriment des besoins psychologiques d'être écoutées et suite à une laparotomie les femmes césarisés présentent des risques psychologiques observables. L'administration d'un guide d'entretien aux femmes césarisées et aux personnes ressources (gynécologue, chirurgien et psychologue) nous a permis de collecter plusieurs informations. La taille de l'échantillon étant 31, mais compte tenu des frais d'hospitalisation j'ai pu entretenir avec 12 femmes césarisées. Les résultats de nos enquêtes montrent que la dépression du post-partum, la psychose puerpérale et la manie du post-partum constituent Les principales troubles psychologiques des femmes accouchées par césarienne. De même, préparer les femmes à l'éventualité de la césarienne est entre autre la technique utilisée pour leurs psychothérapies.

Mots clés : Femmes césarisées ; trouble psychologique ; technique ; psychothérapie

ABSTRACT

Several women are nowadays, after having given birth by Caesarean confronted to many psychic problems and him urge that for their accompaniment is led in order to guarantee them a good to be of the actions. The objectives of this research are to identify the psychological unrests of the women cesarized on the one hand after the surgical act and on the other hand, to describe the psychic states of the women having undergone the Caesarean and to study the psychological risks of the women cesarized. For hypotheses; after having given the birth the women cesarized suffer as much during the post-partum, the mothers after Caesareans are vulnerable and express psychological needs to be listened and following a laparotomy the women cesarized presents observable psychological risks. The administration of a maintenance guide to the women cesarized and to people resources (gynecologist, surgeon and psychologist) permitted us to collect several information. The size of the sample being 31, but considering the expenses of hospitalization I could maintain with 12 women cesarized. The results of our investigations show that the depression of the post-partum, the psychosis puerperal and the craze of the post-partum constitute The main psychological unrests of the women given birth by Caesarean. In the same way, to prepare the women to the possibility of the Caesarean is between other the technique used for their psychotherapies.

Key Word: Women césarisées; psychological trouble; technique; psychotherapy

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE.. 3
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 6
CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 21
CHAPITRE IV : RESULTAT ET DISCUSSIONS 24
Conclusion 37
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE 39
ANNEXE 40
TABLE DES MATIERES 41

INTRODUCTION

La grossesse est à l'origine des modifications psychoaffectives et somatiques diverses ; ces modifications peuvent influencer ou déséquilibrer l'état psychique de la femme enceinte. Elle demeure une expérience extrêmement dangereuse pour des millions de personnes dans le monde qui n'ont pas accès à des soins de santé respective et de grande qualité. Ces nouvelles montrent la nécessité urgente de garantir à chaque femme et à chaque fille un accès à des services de santé essentiel ; avant, pendant et après l'accouchement et la possibilité d'exercer pleinement leurs droits en matière de procréation.

Donner naissance peut être considérer comme un évènement majeur et parfois extrêmement stressant dans la vie d'une femme. C'est seulement à partir de 1994 que l'on retrouve l'accouchement comme facteur de risque de l'état de stress post-traumatique dans le DSM. En 2002 ; 33% des femmes décrivaient l'expérience de l'accouchement comme traumatique et 1,3 à 6% des femmes vivaient un syndrome de stress post-traumatique (SSPT) significatif sur le plan clinique après un accouchement. Par définition un évènement peut être qualifié de « traumatique » lorsque la personne a été confrontée à un ou plusieurs faits graves, survenus ou potentiels, tels que l'exposition à la mort, à des blessures graves, ou à la violence sexuelle qu'elle ait été touchée directement, qu'elle en soit témoin ou qu'un membre de la famille proche en ait été victime. Cependant, la survenue d'un évènement grave n'est pas synonyme de traumatisme. Le terme traumatisme prend son origine dans la notion médicale de « blessure avec effraction » ; c'est-à-dire qui 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 entrain se vivre. De par son caractère unique bouleversant, potentiellement mortel et très

intense, tant du point de vue physique et psychologique, l'accouchement peut être vécu subjectivement de manière négative, y compris comme un évènement traumatique.

Plusieurs études indiquent que l'accouchement peut être même une expérience traumatique pour un faible pourcentage de femmes, susceptible d'entrainer des séquelles psychologique à long terme et d'avoir des retentissements néfastes sur la relation mère-enfant. Cette recherche a pour but de faire le lien entre le vécu de l'accouchement par la femme (qu'il soit positif ou négatif), et les relations précoces mère-bébé. Très peu d'étude se sont intéressées à ces deux éléments pris ensemble et il semblait utile de vérifier si un accouchement vécu de manière négative pouvait avoir des conséquences négatives sur la qualité des relations précoces mère-bébé. Cette recherche souhaite donc contribuer à la compréhension et la prise en charge du vécu négatif de l'accouchement et des perturbations mère-bébé.

Dans l'approbation de cette étude et dans l'objectif de joindre la pratique à la théorie reçu à l'université, nous nous sommes orientée, dans le cadre de notre stage, vers la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi. Intéressé particulièrement, à l'accouchement par césarienne, nous avons choisi porter nos travaux de fin de formation sur le sujet : « **Les vécus psychologiques des femmes césarisées durant le post-partum à la polyclinique coopérative d'Abomey calavi** ». Ainsi, la rédaction du présent rapport de stage s'articule autour de quatre chapitres. Premièrement, le cadre institutionnel et déroulement du stage, deuxièmement le cadre théorique de l'étude en suite le cadre méthodologique de l'étude et en fin les résultats et discussion.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE.

Le présent chapitre de ce rapport comporte la présentation de la polyclinique d'Abomey Calavi qui à servir le cadre pour notre stage. Il comporte également les activités effectuées ainsi que le déroulement du stage et les difficultés que nous avions rencontrées lors du stage.

1-1 Présentation de la polyclinique coopérative

Nous présentons la polyclinique coopérative d'Abomey calavi à travers sa situation géographique et son historique et son organisation.

1-1-1 Situation géographique

La polyclinique coopérative est située à Abomey-calavi près de la route inter-état à droite à l'entrée de la ville. Il est entouré à l'est par la mairie d'Abomey calavi à l'ouest par l'Orabank. Au sud par un établissement privé le FAUCON

1-1-2 L'historique

La Polyclinique Coopérative de Calavi est l'Ex Clinique Coopérative de Santé d'Abomey-Calavi, créée dans le cadre du Projet gouvernemental « Ben 04/88/MS/OMS/PNUD ». Elle a été inaugurée et officiellement mise en service le 25 juillet 1991 par le Ministre de la Santé.

Le Projet a été initié par le Gouvernement du Bénin sous la pression de l'organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour contrer l'exode massif des cadres de la Santé alors que les indicateurs sanitaires nationaux étaient tous au rouge. Le PNUD en avait assuré le financement tandis que l'OMS en assumait l'agence d'Exécution.

En effet ; la crise économique mondiale des années 1980 avait obligé le Bénin à recourir aux institutions financières internationales, le FMI et la Banque Mondiale, qui avaient alors imposé un programme dit d'Ajustement Structurel (PAS) dont l'une des clauses était le gel des recrutements dans la fonction publique avec pour conséquente immédiate, le chômage galopant des jeunes diplômés. Le projet Ben 004/88 est donc un contournement du PAS au double objectif de créer

des emplois décents à la jeunesse et d'étendre la couverture sanitaire nationale. Les bons résultats ont permis à la clinique de se développer au point d'accéder au statut de Polyclinique à rang d'hôpital, d'où l'actuelle dénomination qu'elle affiche depuis 2015.

1-1-3 Unités de soins

Au sens d'une meilleure qualité de soins la polyclinique d'Abomey-Calavi dispose d'une part plusieurs spécialité de soins telle-que :

La cardiologie, la dermatologie, neurologie, ophtalmologie, l'Endocrinologie gastroentérologie, le cabinet dentaire, la pneumologie, et autres ; et d'autre part des services de soins telles-que la chirurgie, gynécologie, le bloc opératoire, la pédiatrie, la maternité, la pharmacie, le dispensaire, le laboratoire, le service social, une bloque SAMAD.

- service social

Le service social a pour rôle d'accompagner les malades indigents pour leurs rétablissements.

- La bloque SAMAD

La bloque SAMAD a pour rôle d'intervenir à domicile pour les personnes malades impossible au déplacement et les malades inadaptables à l'hospitalisation.

2- Déroulement du stage

Il s'agit du point du déroulement du stage et de mettre un accent particulier sur les acquis en ces moments de partage professionnel.

2-1 Stages.

Nous avions effectué notre stage à la polyclinique coopérative d'Abomey calavi du 04 mars au 19avril 2022 et de 17 janvier au 28 février 2023. Ce stage a pour objectif général de nous permettre d'observer une pratique professionnelle en rapport avec les relations humaines et notre intégration à la vie institutionnelle. Poursuivons de manière spécifique l'objectif de décrire les états psychiques des femmes ayant subi l'hystérotomotocie. Au cours de ce stage, nous avions eu a mené différentes activités sous l'autorité du directeur général. Il s'agit

l'accompagnement des malades ayant l'hypophasie à l'hospitalisation et l'écoute des malades ayant une maladie chronique.

2-2 Acquis du stage

A l'issue de ce stage pratique nous avons pu mettre en application quelques connaissances théoriques acquis (Observations, entretiens etc.) lors de notre formation académique. Il nous a été bénéfique et nous a permis d'apprendre les sens de la responsabilité du travail bien fait et de comprendre que la pratique diffère de la théorie.

2-3 Difficultés rencontrées sur le lieu de stage

Tout au long du stage nous n'avons pas été confrontés à des difficultés majeures. Néanmoins nous avons recensé quelques-unes à savoir :

-Absence de cabinet de consultation psychologique

-La pléonexie de certains agent de sante en particulier quelque infirmiers et infirmières.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

2-1 Problématique

L'envahissement des hommes sur la planète terre est un phénomène très important ayant pour pivot le fait de donner naissance à des vies humaines. Ce geste en or se perçoit parfois pénible et déplaisant. Une femme a le devoir d'avoir une grossesse et de donner naissance à des enfants.

Lorsque nait un enfant, la femme dans son devenir mère, peut ou non, penser sur ce qu'elle devient…. Cette capacité à penser aura des incidences sur sa possibilité de son vécu. « Pouvoir se dire » est un signe clinique clair de bonne intégration de l'acte de naissance dont dépend la bonne mise en route de la relation maternelle. L'enfant ne peut naître à la vie que s'il est porté par la vie, et celle-ci se manifeste dans la pensée de la mère. Or ; c'est précisément après le bouleversement de la naissance, avant la rétraction utérine physique et, par analogie psychique que les émotions maternelles peuvent se libérer. Cette explosion du corps décrite par les mères s'accompagne d'une explosion d'émotions et de sentiments parfois profondément enfouis. L'intensité de ce moment-là ne se retrouvera plus en suite aussi facilement. Elle entraine et soutend la « folie maternelle » chère à Winnicott.

Suzanne Cric et Catherine Razavet-Pomagalski (2014), dans oser à entendre retracent dans leurs livres osé entendre, que les mères après l'accouchement sont vulnérables et expriment des besoins psychologiques d'être écoutée avec des troubles de la relation mère-enfant.

2-2 objectifs de la recherche

Les objectifs de la recherche sont le point de départ d'un projet de recherche ils indiquent pourquoi vous voulez entreprendre cette étude et ce que vous pensez pouvoir accomplies en la réalisant (edutech wiki, 2019)

2-2-1 objectif général

Identifier les troubles psychologiques des femmes après acte chirurgicale.

2-2-2 objectifs spécifiques

-Décrire les états psychiques des femmes ayant subi la césarienne

-Etudier les risques psychologiques des femmes césarisées

2-2-3 Hypothèse générale

Apres avoir donné la naissance les femmes césarisées souffrent autant durant le post-partum

2-2-4 Hypothèses spécifiques

-les mères après césariennes sont vulnérables et expriment des besoins psychologiques d'être écoutées

-suite à une laparotomie les femmes césarisées présentent des risques psychologiques observables

2-3 Clarification conceptuelle

2-3-1 Femme césarisée : désigne femme qui a subi une opération césarienne ou l'acte de de césariser. Selon l'encyclopédie, ce verbe signifie, en obstétrique « pratiquer l'opération césarienne ». Etymologiquement, ce verbe vient du latin césariser qui veut dire « agir comme césar avec ambition ».

La césarienne vient du latin Caesar qui dit enfant tiré du sein de sa mère par incision et du cadrer qui veut dire couper. C'est une opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par incisions de la paroi abdominale et de l'utérus, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles.

Mamadou TRAORE dans thèse « le vécu des patientes césarisées au centre de référence de la commune du district de Bamako (Mali) disait la césarienne est l'une des interventions chirurgicales les plus anciennes et la plus pratiquée en obstétrique. On retrouve ses différences chez les anciens Egyptiens et dans les légendes Grecque en chirurgie obstétricale initialement utilisée pour contourner

un obstacle mécanique insurmontable. Elle est devenue un moyen pour limiter le traumatisme fœtal dans beaucoup de situation pathologique.

2-3-2 Post-partum : C'est une période qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couche, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveau bouleversement d'abord physique avec la perte brutale des repères physiologique et anatomique liées à la grossesse. (Wikipédia) Patricia Barlow, Gilles Geysien, Patrick Emonts dans « Guide du Post patum » Edition 2016 affirmaient que si la durée de la période du post-partum a été traditionnellement acceptée et largement admise, 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 sensibilisation maternelle et se déroule souvent en salle de naissance. En anglais, nous 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 immédiatement recouvre les 6 à 12 heures suivant l'accouchement où s'étant pendant 48H après la phase de stabilisation.

Pendant cette étape initiale, des changements surviennent à plusieurs niveaux. Les modifications physiques rapides au niveau anatomique et hormonal notamment s'accompagnent de phénomènes d'adaptation psychologique.

2-4 Revue de littérature

Sortie des maternités et bien être des femmes

Une primipare sur six et une femme césarisée sur quatre disent s'être sentis désemparées ou angoissées dans les premiers jours à la maison, puisque ces femmes sont restées plus longtemps en maternité ce qui n'a pas suffi à leur assurer un retour serein chez elles. Ces femmes dont plus de moitié disent avoir mal vécu leur accouchement, estiment par ailleurs ne pas avoir reçu les soutiens dont elles

avaient besoin, qu'il s'agit d'action porte à leur forme physique et psychologique, d'apprentissage des soins ou de mise en place de l'allaitement.

Le suivi à domicile par des sages-femmes est susceptible d'apporter un plus pour des femmes dans les situations les plus diverses tout en rendant efficace l'utilisation d'hospitalisation : il permet de vérifier la bonne santé de la mère et de l'enfant sorties très précocement parce que c'était le souhait des parent; il apporte un soutien pour les soins à l'enfant et l'allaitement aux primipares un peu désorientées enfin, il permet d'accompagner sur une plus longue durée celles qui rencontrent des difficulté plus importantes. Il existe aujourd'hui plusieurs dispositifs de suivi à domicile. Pour rendre l'accompagnement plus fluide et permettre une meilleure adaptation dans le temps des interventions, pour en simplifier aussi la mise en ouvrent, il serait souhaitable de fondre l'ensemble de ces dispositifs dans un seul service de suivi à domicile qui puisse s'appliquer à l'ensemble des femmes

Trahison physique à fort retentissement psychologique

Julie FABREGOUL dans son mémoire informe que : alors qu'elle vienne de donner la vie, certaine patiente césarisée en urgence considèrent que la naissance a été un réel traumatisme. Elles confient souvent souffrir d'un fort sentiment de perte : perte de l'accouchement rêvé, de la relation privilégiées avec son fœtus, de sa participation active dans sa naissance de son enfant, allant parfois jusqu'à avoir l'impression qu'on leur a volé cet instant et que cet enfant ne peut être le leur. Aussi, un sentiment d'échec peut dominer. De plus l'hyper-médicalisation de la césarienne et toute l'agitation qu'elle engendre contribue à ce mal être. Il s'agit alors d'une forte blessure narcissique qui peut parfois aller jusqu'au rejet de leur cicatrice, voire de l'enfant Selon la théorie de l'attachement de Bowlby, un tel accouchement peut génère des difficultés dans l'instauration du premier lien mère-enfant, pour lequel les premières heures sont fondamentales.

En effet la césarienne à tendance provoquer une baissier d'activations du caregiving affectant la préoccupation maternel primaire avec une mère moins réactive aux signaux de son bébé. Dans un deuxième cas, le cargiving peut être actif mais du fait du l'opération et de la baisse de la mobilité engendrée, la mère dans l'incapacité d'y répondre de manière autonome.

Tout ceci va alors bouleverser profondément processus psychique de la maternité début pendant la grossesse.

En effet selon Daniel Stern:

«Chaque femme vie son accouchement différemment mais pour toutes, cela reste un évènement majeur dans l'laboratoire l'identité maternelle (...) il existe des moments universels et déterminent au cours de l'accouchement qui les propulsent dans la maternité. C'est comme une clé que l'on tournerait dans une serrure jusqu'à ce que la porte de la maternité s'ouvre enfin » Ces « moment universels et déterminant » définit par Daniel Stern ne sont que :

Le faite de permettre à une femme d'aller au bout de ses forces afin de se surpasse pour donner la vie. Il s'agit de la rendre l'actrice de la naissance de son enfant. Cette phrase peut s'accompagner d'un potentiel rejet de l'enfant, en lien avec la douleur de l'expulsion et utile pour que la femme se permettre d'éprouver la séparation et de rencontrer le nouveau-né dans un second temps. Lorsque ces étapes sont marquées par une césarienne celle-ci est vécue comme une rétorsion, d'où une forte culpabilité.

Le premier cri du bébé, symbole de la vie permet l'acceptation de la séparation physique mère enfant.

Le fait d'avoir son bébé sur le ventre pour favoriser les premiers liens. Toute fois pour certaine femme, la proximité avec leur bébé ne peut être tolérée dès la naissance et la rencontre se fait à partir d'une mise à distance initiale.

Le premier regard échangé

La joie occasionnée par la naissance et la parentalité

Représentation de la césarienne chez les femmes césarisées

Boniface sedi dans son article nous informe que :

Bien que la césarienne reste une notion abstraite, les femmes possèdent néanmoins quelques notions à ce sujet. Cependant nous pouvons nous demander quelles représentations se font les femmes césarisées. Plusieurs recherches ont mis en évidence une vision précise et distincte d'un accouchement anormal et non naturel. Je trouve ça dommage d'avoir une césarienne car je ne pouvais pas avoir mon bébé sur moi, mon mari n'est pas admis d'entrer à la salle d'opération et je n'accouche pas normalement.

A l'évacuation du mot césarienne les termes employés sont plutôt défavorable : accouchement raté, accouchement loupé, échec. D'autre évoque plutôt le danger et mettent en avance l'opération chirurgicale mais toujours avec une vision plutôt négative: le danger du bloc opératoire y compris le manque de la préparation psychologique, le recours d'urgence; l'opération et la cicatrise chéloïde, une opération n'est pas l'accouchement rêvé.

La césarienne, une technique d'accouchement à risque et à mainte reprise

Felix kitenge wa Momat, Pierre Akilimali Zalagile,[…], et Justin Kizondé Kalungwe, dans leur article nous informe que :

Le taux de la césarienne a doublé en France et quadruplé aux Etats-Unis entre 1970 et 2010. Outre-Atlantique, la fréquence des cas de césarienne a sensiblement augmenté passant de 2 > 0,7 % à 32,8% entre 1996 et 2007. L'accompagnement sur utérus cicatriciel constitue un défi en obstétrique du fait d'absence d'unanimité dans la conduite à tenir. En France, près de 10% des parturientes a un utérus cicatriciel. Son étiologie principale demeure l'antécédent de césarienne et en cas d'accouchement sur utérus cicatriciel, la rupture utérine demeure la complication majeure qui survient le plus souvent pendant le travail. Certains auteurs privilègent d'emblée la césarienne par crainte de la rupture utérine, tandis que d'autre préconisent un accouchement par voie basse si des paramètres précis sont

observés. Les sociétés savantes d'obstétrique dictent la conduite à tenir devant un utérus cicatriciel. Les recommandations émises par l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACGO), la Society of Obstetricians, Gynecologists of Canada (SOGC) et Royal College of Obstetricians, Gynecologists (RCOG) insistent sur le fait que l'épreuve utérine est une option raisonnable. Cette épreuve utérine doit tenir compte de lieu d'accouchement, du plateau technique de la maternité, des caractéristiques de la patiente, de la qualification du personnel soignant des, facteurs obstétricales. Selon les études, elle varie de 28 à 70%. Cependant la tentative d'accouchement par voie basse (TAVB) et la césarienne programmée après césarienne (CPAC) comporte aussi des risques pour le couple mère-enfant. L'étude des facteurs de risque fœto-maternels des accouchements sur utérus cicatriciel (AUC) constitue une étape importante de l'amélioration des connaissances obstétrique sur les déterminants de la voie d'AUC. Pareil étude devrait discuter en République Démocratique de Congo (RDC), l'association entre la voie haute, l'épreuve utérine, échec de l'épreuve utérine et la morbimortalité fœto-maternelle étant donné que les décisions de pratique clinique doivent prendre en compte ces différentes - paramètre. En effet il existe une corrélation entre l'échec de l'épreuve utérine et la rupture utérine selon que ces deux éléments sont des facteurs synergiques du morbimortalité pour le couple mère-enfant. Bien plus, l'échec de l'épreuve utérine mal gérée majore le risque de rupture utérine avec mort fœtal et/ou maternel. En RDC, ni un score prédictif ni des facteurs de risque des accouchements sur utérus cicatriciel n'ont été définis à ce jour. Peu d'étude seulement qui mettent en évidence l'augmentation de l'incidence des accouchements sur utérus cicatriciel ont été menés. En 2013, dans la clinique universitaire de Kinshasa, la fréquence était de 8,45% avec une morbidité maternelle (rupture utérine) de 4,6%, une mortalité maternelle nulle et une mortalité périnatale de 29%, alors que cette fréquence était trente années plus tôt de 2,43% dans la même institution avec une morbidité maternelle (rupture utérine) de 11,1% ; une mortalité maternelle de

0,69% et une mortalité périnatale de 90%. Ainsi l'échec de l'épreuve utérine est dû à des facteurs associés à l'âge maternel à une présentation dystocique, à la macrosomie et l'état des membranes. La recrudescence de la césarienne dans les pays développés s'est accompagnée d'un bénéfice proportionnel pour le couple mère-enfant et en Afrique subsaharienne, l'accouchement sur utérus cicatriciel constitue un défi en obstétrique du fait d'absence d'unanimité dans la conduite à tenir.

Politique de gratuité de la césarienne

Virginie Mongbo, Isabelle Godin, Céline Mathieu, Edgard Marius Ouendo, Laurent Ouedraogo dans leur article nous informe que :

La césarienne est une intervention obstétricale majeure qui peut sauver la vie de la mère et de l'enfant quand son utilisation est appropriée. Mais son taux reste encore faible dans de nombreux pays d'Afrique sub-saharienne ou des barrières financières, géographiques et culturelles privent des femmes d'une intervention qui peut leur sauver la vie. Pour améliorer l'accessibilité de la césarienne, plusieurs pays d'Afrique sub-sahariennes dont le Benin mettant en œuvre une politique de gratuite de cette intervention. Depuis son application au Benin en 2009, la politique de gratuité a fait l'objet de deux évaluations qui ont portées sur le processus de sa mise en œuvre, ses effets sur les services de santé, sur la mortalité maternelle et infantile. Il en ressort que malgré la gratuité de césarienne, les femmes continuent de payer des frais proportionnés, que les relations avec les prestataires restent à améliorer dans les hôpitaux que la politique est bénéfique mais qu'il est nécessaire de revoir l'estimation des coûts de la césarienne dans un cadre consensuel afin d'éviter les frais supplémentaires supportés par les femmes. La présente étude a révélé un long délai d'intervention, une mortalité périnatale élevée, une bonne appréciation de la qualité des soins et du coût direct de la césarienne par la majorité des bénéficiaires. Les mortalités maternelle et périnatale hospitalières dans notre étude sont faible comparativement à d'autre études mais doivent relativisées car n'ayant pris en compte que la surveillance

durant le séjour d'hospitalité. Certes, la mortalité maternelle est faible mais les complications, en particuliers la suppuration de la plaie opératoire et l'infection puerpérale enregistrée constituent un indicateur de la qualité de la césarienne. Ces complications interpellent le respect des mesures d'asepsie et de la disponibilité effective d'antibiotique dans les kits de médicaments servis aux bénéficiaires dans le cadre de la gratuité de la césarienne.

Contrairement à l'aversion vis-à-vis de la césarienne notifiée par d'autres auteurs, la majorité des bénéficiaires de notre étude a développé une attitude excessivement rassurante par rapport au bon déroulement des accouchements utérins. Au lieu d'être culpabilisé, les femmes césarisée ont plutôt été encouragées par leurs parents à en subir d'autre. Etant donné que l'aversion vis-à-vis de la césarienne se justifiait par le coût élevé de la césarienne et les considérations socio-culturelles, ce changement d'attitude vis-à-vis de la césarienne observée dans la présente étude pourrait s'expliquer par la réduction de coût engendré par la politique de gratuité. Cette hypothèse semble se confirmer par la déclaration de certaines bénéficiaires qui, en raison de la réduction du coût, préfèreraient la césarienne par l'accouchement par voie basse. A travers cette attitude, les femmes ne tiennent pas compte des risques de su-morbidité et surmortalité maternel et néonatal liés à toute césarienne et aux grossesse subséquentes à une césarienne abusive qui entraine une charge de travail supplémentaire pour le personnel de santé , influent sur la qualité des soins, hypothéquant ainsi la réduction des mortalités maternelle et périnatale initialement visée par la politique de gratuité de la césarienne. La politique de gratuité de la césarienne est appliquée dans tous les hôpitaux cependant l'accès à cette césarienne n'est pas encore à la portée de toutes les femmes et la qualité de la césarienne reste à améliorer

Douleur et accouchement

Mélanie Loret dans son mémoire disait que :

La douleur n'est pas toujours été prise en charge dans le suivi de la grossesse des femmes et à la naissance de leurs enfants ? Autre fois, les douleurs telles qu'à l'accouchement étaient si minimisée qu'ont les appelles « mal-joli ». Mais avec l'arrive de la préparation à la naissance, l'essor de l'analgésie péridurale ainsi que les mouvements féministes, la douleur à progressivement disparue de nos rites et coutumes occidental nécessaires à « l'enfantement ». Cette douleur représente le cœur du métier de la sage-femme. La prendre en charge constitue maintenant une obligation règlementée dans les compétences de cette profession médicale, mais elle s'élargit en fait vers tous les personnels soignants, médicaux et paramédicaux. En obstétrique mais aussi dans tous les domaines de la santé, soulager les patients est également un devoir éthique et moral qui s'inscrit dans le cadre d'une prise en charge globalisée des femmes.

Depuis 1994, la prise en charge de la douleur est considérée comme un problème de santé publique. Trois plans nationaux de lutte contre la douleur se sont succédés depuis 1998 et cette prise en charge fait maintenant partie des 100 priorités de la santé publique depuis la loi de santé publique de 09 Août 2004.

Les derniers plans 2006-2010 a prévue d'améliorer la formation initiale des professionnels de santé. Il avait pour but de renforcer la qualité des prescriptions des professionnels, les bonnes pratiques et l'accès facile et sécurisé des antalgiques de palier III. Son évaluation par le Haut conseil de santé Publique a intégré la profession des sages-femmes dans l'amélioration d'une formation continue concernant la douleur. La Formation Médicale Continue (FMC) est d'ailleurs devenu une obligation depuis la loi kouchner du 04 Mars 2002. Elle a pour objectif l'entretient et le perfectionnement des connaissances ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités des santés publique. De plus, cette thématique concernant la douleur est désormais intégrée dans l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) qui fait partie du développement professionnel continu (DPC).

La douleur après césarienne est une douleur post-opératoire (DPO). Elle fait partie des douleurs fortes comparables à celle d'une hystérectomie ou d'une laparotomie. Son intensité croit les premiers 48h, puis diminue les deux à trois jours suivants. Elle est liée d'une part à un excès de nociception à l'origine du premier signal d'alarme qui déclenche un phénomène d'hyperalgésie et d'autre part aux contractions utérine ressente par la patiente. L'hyperalgésie est d'abord primaire et correspond à une majoration de la sensation douloureuse à l'endroit de la cicatrice, mais elle est ensuite secondaire par diffusion de la perception de la douleur en périphérie de la zone inflammatoire, c'est-à-dire en zone saine. Le mécanisme périphérique et central mis en jeu à partie de la cicatrice chirurgicale entraine des phénomènes d'hypersensibilisation qui tendent à accroitre et pérenniser la sensation douloureuse. C'est pourquoi l'analgésie en période post-opératoire doit être la plus efficace possible et couvrir la période de cinq jours les plus douloureux pour soulager de façon optimale la patiente, lui permettre une mobilisation rapide tout en limitant les effets secondaires. Selon la société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), il est impossible de prédire le niveau de douleur perçu et la consommation d'antalgique pour un patient donné. La douleur après une césarienne est considérée comme une douleur post-opératoire de forte intensité. Elle est une composante hyperalgique secondaire à la chirurgie ainsi qu'à la contraction permettant la rétraction utérine après la délivrance. La modulation de la douleur constitue un objectif primordial dans la prise en charge des patients césarisés en maternité. En effet, une analgésie insuffisante augmente les risques de chronicisations de la douleur et diminue la satisfaction des femmes. Pour cela analgésie multimodale associant plusieurs paliers d'antalgique, avec ou sans morphinique doit pouvoir être disponible auprès des patientes afin de leur permettre un rétablissement complet le plus rapidement possible.

Psychologie et césarienne

Emilie Brunet dans son mémoire nous informe que :

La grossesse représente presque toujours une période intense de différents niveaux : émotionnel, physique et psychologique. Il s'agit d'une période de bouleversement hormonale mais pas seulement, c'est aussi une période de transparence physique, pendant laquelle des traumatismes peuvent ressurgir. En début de grossesse, l'enfant n'est qu'une simple idée. Au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse et en particulier lorsque les mouvements fœtaux sont perçus, ce concept grandit. L'enfant est alors mieux imaginé par sa mère. Il ne deviendra réel qu'après sa mise au monde et celle si ne peut se dérouler sans passer par l'accouchement.

Pour Beatrice Jacques, le sociologue l'accouchement est le temps fort de la période prénatal. Il s'agit du lien entre la grossesse et la venue de l'enfant au monde. C'est un moment joyeux le plus souvent mais il signifie aussi la séparation physique avec l'enfant. Il peut être source de stress et d'angoisse voire de rejet, en particulier lorsqu'il y a des complications ou qu'il ne se passe pas comme la mère l'avait envisagée. Dans l'imaginaire de la femme, l'accouchement ne peut se faire autrement que par voie basse, plus ou moins médicalisé. Pour autant, une naissance peut être soumise à de nombreux imprévus. Peu de femmes envisagent la possibilité d'accoucher par césarienne, surtout si le travail a commencé. La césarienne en urgence, pendant ou en dehors du travail, peut être qualifiée d'imprévue contrairement à la césarienne programmée. En effet, dans ce dernier cas, les femmes savent ce qui les attend, elles n'ont donc pas idéalisées un accouchement par voie basse « normale ». Le choc est parois brutal lorsque la césarienne n'a jamais été, ne serait-ce qu'envisagée. Beaucoup de femmes témoignent d'une impression d'être spectatrice et non actrice de leur accouchement. Selon plusieurs auteurs, la césarienne serait associée à une anxiété élevée ainsi qu'à un risque plus important de dépression de post-partum. De plus la douleur parfois intense après une césarienne peut avoir une conséquence sur le moral de la jeune maman. En 1997, une équipe de chercheur australienne a testé

les notions d'estime de soi et d'humeur, chez 272 femmes à la fin de leurs premières grossesses puis après accouchement. Cette étude a mis en évidence une amélioration de l'humeur et de l'estime de soi après un accouchement par voie basse spontanée. En revanche, après une césarienne, l'humeur à tendance à se dégrader et l'estime de soi est plutôt négative. Une autre étude pendant la même année a été réalisée auprès de 25 femmes quelque jours puis un à deux mois après une césarienne d'urgence. 19 d'entre elle ont vraiment vécu la césarienne comme un évènement traumatisant. Enfin, nous pouvons citer une dernière étude datant de 1998 qui a mise en évidence une présence importante, peut après la naissance de sentiment négatif, tel que la peur, la culpabilité, la colère… Toujours dans de l'accouchement par césarienne en urgence. Ces sentiments l'emportent sur le bonheur lié à la naissance. Bien évidement certaines femmes vivent très bien la césarienne et ne sont pas envahi des sentiments néfastes. Le vécu est également diffèrent selon les cultures. Dans certains pays tel que le Maroc et l'Algérie l'accouchement par césarienne est un échec voir une déception pour beaucoup de femmes qui ne se sentent pas féminine tant qu'elles n'auront pas donné naissance par les voies naturelles. En revanche, au Brésil où près de 50% des accouchements se fait par césarienne, ce mode de naissance est associé à une réussite sociale, ce qui engendre un très bon vécu de l'accouchement.

Grossesse et médicament

Béatrice Jacques nous informe dans son article que :

La grossesse s'elle n'est pas une pathologie est aujourd'hui médicalisée. Cette prise en charge à bouleverser l'espérance de la maternité. La littérature contemporaine sur la naissance des militantes, regrettent vivement la médicalisation d'une expérience jugée naturelle. Dépasser cette approche passe pour Béatrice Jacques, par confrontation des expériences féminines et professionnelles de la maternité, pour mettre à jour une définition sociale de l'enfantement. Cette analyse repose sur des entretiens des femmes et de soignant

issu d'une enquête de terrain, d'une grande exhaustivité, réalise au sein de trois établissements aux pratiques professionnelles bien distinctes.

L'entrée dans la grossesse est insaisissable. Ce temps est distinct des autres car la prise en charge médicale est faible, la responsabilité de la femme est donc individualisée. L'importance de la santé de l'enfant à naître est intériorisée très rapidement. La vigilance est de tous les instants et change les comportements féminins notamment alimentaires. Les futures mères entament une Pré médicalisation, par le biais de différents supports de vulgarisation. Cette littérature a une approche médicale et psychologique de la maternité. L'apprentissage de rôle des mères commencent très tôt. La sélection du lieu d'accouchement s'effectue ainsi rapidement, les femmes devant faire leur choix au sein d'une offre obstétricale foisonnante, mais mal repartir géographiquement. L'expérience soignante de la naissance est différente chez les deux acteurs de l'enfantement : les obstétriciens et les sages-femmes. La définition sociale de la naissance est largement engendrée par l'institution. A deux approches différentes de la gestation pathologique pour l'obstétricien, normale pour la sage-femme correspond deux types de suivis très différents, techniques ou relationnels qui s'affrontent aujourd'hui. Touchant au cœur de l'intime, ces deux professions ont un rôle prescripteur. Leur conseil parfois contradictoire, sont particulièrement écouter des femmes à ce moment particulier de leur vie. L'accouchement est le point culminant et critique de l'expérience de la maternité. Pour les professionnels, ce temps représente la charge aiguë de la prise en charge institutionnelle. A ce moment le corps de la femme est soumis aussi bien à l'idéologie médicale du risque qu'aux contraintes organisationnelles propre au service. Le travail est rationnalisé par différentes pratiques : le déclanchement ou/et la péridurale allègent le travail des soignants tout en satisfaisant le nombre de femmes. Cette technique peut cependant être remise en cause par certaines sages-femmes, qui voient une négation de leurs compétences relationnelles. Indépendamment de la philosophie prônée par l'établissement (humanisation de

la grossesse versus importante du risque) l'accouchement n'est totalement jamais maitrisé par les sages-femmes. Il reste en France un moment critique médicalement. Par ailleurs les capacités de négociation de la femme avec le personnel soignant sont particulièrement faibles durant ce temps inédit. Dès lors, la principale pratique alternative est l'accouchement à domicile. Donner la vie à la maison a été jusque dans les années trente, le seul choix offert à la grande majorité des femmes. C'est sous l'impulsion des courants féministes et écologiste que l'accouchement à domicile réapparaît au début des années. Loin d'être une survivance, cette pratique est accompagnée de valeur très forte: le refus du pouvoir médical, le respect de la physiologie et l'intérêt pour l'écologie. L'enquête fait apparaître des caractéristiques sociales très significatives chez ces pratiquantes militantes, notamment une proximité avec le milieu médical et/ou un capital culturel très élevé.

CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre, et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigation. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire que le chercheur ne traite que des faits, à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique (van der Maren, 1996). Dans ce chapitre, nous présentons la nature, la population d'étude et l'échantillonnage ainsi que les techniques d'investigations et de traitement mobilisé dans le cadre de cette recherche.

3-1 Nature de l'étude

Cette recherche qui s'inscrit dans une démarche d'évaluation des comportements en lien avec le vécu psychologique des femmes césarisées est de nature mixte. Cette approche qui se veut plus descriptive vise à décrire d'une part les états psychiques des femmes ayant subi de l'hystérotomotocie et d'autre part d'étudier les risques psychologiques des femmes césarisées après l'acte chirurgical.

3-2 Population d'étude et d'échantillonnage

3-2-1 Population d'étude

La population d'étude de cette recherche est l'ensemble constitué des femmes césarisées à la polyclinique d'Abomey-Calavi, les gynécologues, les sages-femmes, les chirurgiens et le psychologue.

3-2-2 Technique d'échantillonnage

Pour Mayer et Quellet (1991) : « la technique d'échantillonnage consiste à cibler un échantillon sur lequel devra porter un test empirique. Un échantillon est un sous ensemble d'une population mère. La population correspond à l'ensemble de tous les individus d'une population qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de la recherche ».

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage exhaustive qui est une technique non probabiliste. Elle prend en compte toutes les femmes césarisées de la polyclinique coopérative d'Abomey-Calavi, soit au total un effectif de 31. Mais compte tenu des frais d'hospitalisation pour certaines, nous avons pu entretenir 12 femmes césarisées.

3-3 Technique et collecte de données

3-3-1 Guide d'entretien aux femmes césarisées et aux personnes ressources

La guide d'entretien est un document qui regroupe l'ensemble des questions à poser ou des thèmes à aborder lors d'une entrevue (C. Gaspard, 2019).

Dans notre contexte, le guide d'entretien à caractère semi-directif utilisé est orienté vers les femmes césarisées, les personnes ressources constituées de gynécologue et chirurgiens de la policlinique coopérative d'Abomey-Calavi et de psychologue. Il nous a permis de compléter les informations collectives par le questionnaire. Il est organisé en deux axes qui dans l'ensemble, abordent les vécus et les risques psychologiques des femmes césarisées. (Voir annexes)

3-2 Outils de traitements et techniques d'analyse des données

3-2-1 Outils de traitement

Pour le traitement des données recueillent, l'outil utilisé est :

- Microsoft Office Word 2016

3-2-2 Technique d'analyse des données

Il a été question ici d'un dépouillement manuel en raison de la taille de notre échantillon.

Après s'en est suivi le traitement informatique des données. Ces derniers sont clairement organisés et hiérarchisées sous formes de présentation de cas. Les différents résultats obtenus on fait d'abord l'objet d'une interprétation. Ensuite, nous avons fait une analyse approfondie des données recueillies. Ce qui nous a permis enfin de tirer certaines conclusions.

CHAPITRE IV : RESULTATS ET DISCUSSIONS

1- Présentation des femmes interrogées

Dans le souci de confidentialité et afin de respecter l'anonymat, les femmes enquêtées ont été nommées de P jusqu'à E et J. De plus, seule la première lettre du prénom du ou des enfants est notée.

Madame P

Madame p est âgée de 32 elle d'origine béninoise. Elle vit en concubinage et travaille comme adjoint administratif. Elle a accouché d'un premier enfant, à 40 SA, une fille de 3220g. Une césarienne a été réalisée pour non engagement de présentation à dilatation complète et ARCF. L'entretien a duré un peu plus heure. Madame P se confie facilement dès le début et semble être très émue à l'évocation des souvenirs de son accouchement.

Apres une grossesse qui s'est « très bien passée » madame P n'avait « pas du tout » envisagé la possibilité d'accoucher par césarienne. Elle insiste bien en incluant son compagnon : « moi et mon conjoint, on avait même pas imaginé que ça se termine en césarienne » Madame P a participé à des séances de préparations à la naissance mais à propos de la césarienne, elle ne se dit « pas préparée du tout » et précise que pendant les cours « on ne l'a pas abordé non plus ». En ce qui concerne son ressenti pendant la césarienne, elle dit qu'elle n'a « pas eu le temps de réagir » car « ça va tellement vite qu'on se retrouve ficelé là ». Elle pleure un peu en repensant à son accouchement mais elle est très contente du soutien qu'elle a eu de la part de l'équipe médicale présente. « On a été bien entouré […] l'anesthésiste elle m'a beaucoup rassuré pendant la césarienne […] on a vu le psychologue aussi ». Elle relativise en disant « c'est rien, le principale c'est que tout le monde aille bien » même si pour elle, la césarienne représente un accouchement raté ». Aujourd'hui madame P est encore troublée par son accouchement « ce n'est pas encore complètement digéré j'ai l'impression d'avoir raté qu'elle que chose » même elle affirme avoir « encore plus mal de regret » elle est de nouveau ensuite : « le principale c'est que tout le monde aille bien. »

Madame S

Madame S est une femme de 27ans d'origine béninoise elle est mariée elle exerce la profession d'hôtesse d'accueil elle était en conge parentale au moment d'entretien. Il s'agit de son deuxième enfant. Madame S avait accouche par la voie naturelles. En revanche, pour le deuxième accouchement, une césarienne à été réalisée à 40 SA pour stagnation et ARCF à 7cm, aussi qu'une présentation transversale secondait. L'entretient à durée un peu moins d'une heure madame S était souriante et semblait ravie de raconter sa grossesse et son accouchement.

Madame S à accouche une premier fois par voie naturelle avec extraction instrumentale pour ARCF. Elle n'en garde par de bon souvenue « ça à été très complique j'ai eu des forceps ». Pour l'accouchement de son deuxième enfant madame S avait très peu de revivre en même temps l'expérience ; «comme j'avais déjà souffert pour le premier j'envisagerais que j'allai souffrir ».

A 7cm de dilatation, le bébé de madame S se place en présentation et des ARCF apparaissent. L'équipe médicale de garde lui annonce alors que son enfant allait devait naitre par césarienne. Madame S n'avait pas du tout pensé à la césarienne « pour moi je n'allais pas accoucher par césarienne ; ce n'était pas possible». Sur le moment, elle était déçus et apeurée: « quand on m'a annoncé la césarienne j'ai pleuré, ça m'a embêté ». Pour elle, cette opération représente tout « le danger du bloc opératoire, infections ». Les suites de naissance ont été difficiles au début, de la douleur « j'avais eu vraiment de difficultés à manger » et «Je ne savais pas que l'on ne pouvait pas s'occuper de son enfant après césarienne » et d'autre part « j'avais aussi la difficulté de reconnaitre mes proches ».

Madame Y

Madame Y a 30ans. Elle est béninoise et vit en concubinage. Elle travaille en tant que responsable de magasin. Elle accouche son premier enfant 40 SA+1 un garçon de 3240g. Une césarienne a été effectuée pour ARCF à 2cm de dilatations. L'entretien a duré une demi-heure. Madame se confie facilement et simplement. La grossesse de madame y s'est très bien passée. En revanche ce n'est pas le cas pour son accouchement selon elle. Très vite, son bébé montre des signes d'ARCF et a 2cm de dilatation, une césarienne est décidée : « au moment où j'ai attendu césarienne, ça a été à une vitesse ! » madame y explique qu'à ce moment elle ressentait de la peur : « j'avais peur, j'avais entendu que le bébé souffrait, alors j'avais peur qu'on perdre notre enfant ».

Elle semble mitigée quand elle repense à la naissance de son enfant, elle associe la césarienne à rapidité et à l'inquiétude : « simplement sur la césarienne en urgence, c'est que l'on ne vous a pas préparé à ça […] ça part à une de ces vitesses, c'est vrai que ça peut être inquiétant, surtout quand on vous dit que votre bébé souffre. »

Madame Y met beaucoup en avant le peu de contact avec le bébé juste après la naissance, lors d'une césarienne « pour moi j'allais accoucher et avoir mon bébé sur moi […] .Je trouvais ça dommage d'avoir une césarienne car vous ne pouvez pas avoir votre bébé sur vous […]. Quand vous accouchez normalement on vous met votre fils sur vous et une césarienne, ça vous empêche cela. Vous être ébranchée, vous n'êtes pas libre... voila

Madame C

Madame C à 32ans elle est mariée et exerce la profession de médecin généraliste. Elle a accouché d'un troisième enfant, un garçon de 3840g par césarienne, à 40 SA+4, pour suspicion chorioamniotite, à 9 cm de dilatation. Ces deux premiers accouchement se sont déroulés sans complication, par les voire naturelles, à terme.

L'entretien a duré 37 minutes. Madame C est souriante, elle parle facilement. Madame c à une grossesse qui s'est « très biens » déroulée comme les deux premières. Pour elle la césarienne était une option possible car le bébé était en présentation du siège, jusqu'au 8ème mois de grossesse : « s'il était en siège, je me disais je n'accoucherais pas par voie basse ». Elle avait donc envisagé une césarienne programmée, mais par en urgence : « c'est quelque chose auquel je n'avais pas pensé » madame C commençait à trouver l'accouchement « un petit peu long » et a en avoir « marre ». Elle avait également un début d'hyper themie. Quand elle a su que l'accouchement se ferait finalement par césarienne, c'était pour elle un soulagement, « j'étais soulagée de savoir qu'elle allait sortir».

En ce qui concerne la naissance de son enfant, madame c l'a vécu avec beaucoup d'émotion et de joie comme ses deux premiers. Le fait d'avoir eu une césarienne ne change rien : « je n'ai pas de tristesse ou de déception ». Cette absence de tristesse ou de déception, elle l'associe au fait d'avoir déjà accouché par voie vaginal, ainsi qu'a une récupération relativement rapide : « je pense que le vécu change énormément par rapport au fait que ce soit le premier et puis après … j'ai pas eu de souci au niveau de cicatrice, j'ai pas eu de douleur (…) je pense qu'on vit peut être pas les choses de la même manière si c'est la première fois ou non. Voilà, là j'avais déjà accouché deux fois par voie basse. »

Madame H

Madame H est âgée de 28ans. Elle est pacsée et d'origine béninoise. Elle a accouché d'un premier enfant, un garçon de 3940g à 41 SA+2 par césarienne pour suspicion de Choriamniotite à 8cm de dilatations. L'entretiens à durée 1h30. Mais madame H avait beaucoup à dire sur son accouchement. Elle en garde encore aujourd'hui « de mauvais souvenirs »

Quand elle parle sa grossesse, madame H la décrit commence une « parenthèse enchantée ». En revanche, elle apparait plus mitigée par rapport à l'accouchement. Elle décrit comme « génial » en début de travaille puis comme « un conte de fée

qui tourne au cauchemar ». Elle avait préparé un projet de naissance, avec un conjoint, dans le but de « pouvoir tout faire à deux » et de « ne pas être séparée car « c'était vraiment le désir profond qu'on avait ». Elle avait envisagé la possibilité d'une césarienne dans son projet, en précisant qu'elle ne voulait « surtout pas être séparée de son conjoint en cas de césarienne ». Madame décrit la césarienne comme quelque chose de « violant » et de « vraiment dur ». Sur le moment elle ressentait « la confusion, la panique, la peur » et elle dit même que son pire cauchemar se réaliserait ». Elle explique que le plus dure pour elle, c'était l'absence contrainte de son compagnon au bloc opératoire : «c'était vraiment cette séparation qui me faisait peur. Ce n'était pas la césarienne(…) j'ai trouvé que c'était violant pour moi pour notre séparations, pour lui (…) je me dis que si mon compagnon avait été la ça aurait tout ça aurait tout changé… vraiment tout ».

Madame O

Madame O est âgée de 31ans. Elle vit en concubinage. Elle est d'origine béninoise. Elle est employée de bureau. Elle a donnée naissance à un garçon de 4040g à SA par césarienne pour son engagement de la présentation à dilatation complète et ARCF modérée. L'entretien à dure 54 minutes. Madame O est souriante du début à la fin, rit beaucoup et fait quelque blagues. Elle semble très détendue et très à l'aise. La grossesse de madame O s'est bien déroulée malgré un début « plutôt chaotique ». Elle avait imaginé son accouchement de la même façon que celui de sa mère et de sa sœur : « à peu près comme ce qui est arrivé à ma mère et à ma sœur. » Madame O décrit la césarienne comme une délivrance après un travail «vraiment long ». Elle garde un bon souvenir du bloc opératoire et des personnes présentes. Cependant elle explique ressentir une légère description et quelque regrets de ne pas avoir accouché par voie basse encore aujourd'hui « un peu de description quand même (…). Toujours un peu de regret » elle met également en avant un certain manque de contact du bébé dû à la césarienne : « je pense que si j'avais accouché par voie basse, j'aurais surement été beaucoup

moins shootée et plus… plus en état de l'accueillir vraiment de réaliser de le voir sortir et de l'avoir sur moi (…) le lien n'a pas été facile à se faire. »

Madame L

Madame L est âgée de 27ans. Elle pacsée d'origine béninoise et exerce la profession de technicienne de comptoir. Elle a donné la naissance à un premier enfant une, une fille de 3790g, à 41 SA, par césarienne pour stagnation de la dilatation et ARCF. L'entretien à durée 45 munit. Madame L semble un peu timide, elle se confie difficilement au début puis de plus en plus facilement au fil de l'entretien. La grossesse de madame L s'est bien passée, sans difficulté. Elle précise ensuite que « le jour J ça s'est bien passé. » même si elle était soulagée elle dit avoir ressenti « un peu de tristesse » après la césarienne et elle explique qu'elle ne «contrôlait plus rien et j'ai la conviction que son enfant a été substitué. Apres la naissance de sa fille, elle estime qu'elle avait « du mal à se rendre compte » et « j'ai des difficulté à bien dormir », probablement dû au fait qu'elle ne « l'a pas sortie d'elle-même » même si elle qualifie ce moment de « magique quand même ».

Madame O'

Madame O' à 29ans. Elle est mariée d'origine béninoise. Elle a accouché d'un premier enfant, une fille de 3560g à 40 SA, par césarienne pour non engagement de la présentation à dilatation complète et pathologique. L'entretien à durée un peu plus d'une demi-heure. Madame O' parle franchement dès le début, sans hésitation. Elle se confie sans problème. Quand elle parle de sa grossesse, madame O' raconte qu'elle s'est « bien passé malgré une mise au repos de plusieurs semaines : « pour moi la césarienne c'est vraiment s'il y avait un gros souci et du coup je l'envisageais pas». Madame estime qu'il y a un défaut d'informations sur la césarienne : « je pense qu'il y a pas assez de présentation à l'éventualité d'une césarienne […], « on ne dit pas que la césarienne c'est très rapide » Aujourd'hui

madame O' garde encore un souvenir amer de son accouchement « il y a de la joie parce que c'est le jour où notre enfant est né et en même temps(…) pour moi c'est le pire jour ». Elle qualifie la césarienne « d'accouchement loupé » et de « sensation qu'il manque un truc. »

Madame G

Madame G est une femme de 33ans d'origine béninoise elle est pacsée et exerce la profession d'enseignante. Elle a accouché à 40 SA d'un garçon de 3040g par césarienne pour non engagement de la présentation a dilatation complète et pH pré-pathologique. L'entretien à dure une heure. Madame G inclut beaucoup son conjoint pendant l'entretien. La grossesse de madame G s'est bien passe et de manière sereine. Elle se dit satisfait de son accouchement même si elle ressent encore malgré tout une légère déception : « mais pour moi la césarienne est un acte traumatisant ; je me sens à la hauteur de toute ce qui m'arrive à présent je mange peu et même difficile et de plus je ne fais que dormir chaque une heure gardant l'intention d'oublier les douleurs ». Cependant la description est compensée par la curiosité du bloc opératoire « le fait que tout soit nouveau, que ce soit intéressant autour de moi ça a compense vraiment la déception ».

Madame G apparait très réaliste sur le déroulement de son accouchement et sur la nécessite d'une césarienne:

Madame I

Madame I est âgée de 39ans. Elle est mariée d'origine Béninoise et exerce la profession d'opticienne. Elle accouche d'un premier enfant un garçon de 2630g, à38 SA par césarienne pour bradycardie à 6cm de dilatation. L'entretien à durée 49 minute. Madame I était très ému au souvenir de son accouchement, au point qu'elle a laissé échapper quelque larme.

Apres un parcours d'infertilité de plusieurs année ainsi que de plusieurs tentatives de FIV, madame I décris sa grossesse apparus de manière spontané comme « un

petit miracle ». Cette grossesse s'est bien passe malgré une angoisse permanente d'un éventuel problème : « j'étais hyper angoisse (…) j'avais peux que le miracle s'arrête je me disais, je me disais que c'était trop beau ». Madame I souhaitait un accouchement le plus naturel possible : « je voulais accouche dans la salle nature (…) je voulais fait sans péridurale naturellement et elle savait que les choses pouvaient se dérouler d'une autre manière que comme on l'envisager. Madame I se dit très bouleverse à cause de son parcours d'infertilité : « c'est un bébé que j'attendais depuis tellement longtemps pas possible ». Elle garde surtout le souvenir d'une opération, plus que d'un accouchement « je n'ai pas l'impression d'avoir accouché, j'ai l'impression qu'on m'a opère d'un bébé. »

Madame E

Madame E à 26ans. Elle est d'origine togolaise et célibataire. Elle exerce la profession d'Aide-soignante. Elle accouche d'une fille de 3480g à 40SA par césarienne pour ARCF. L'entretien à dure 38 munit. Madame E se confie sans difficultés.

Dès le début de l'entretien madame E évoque son souhait d'un accouchement naturel et surtout, sans césarienne : « moi dans ma tête j'allais accoucher sans césarienne sans péridurale et naturel. » Madame E exprime néanmoins une certaine déception en son accouchement : « ça m'a un peu frustrée. (…) Parce que qu'avec la césarienne je n'ai pas senti que j'ai accouché, pour moi c'était l'échec » même si elle relativise ensuite « l'importance pour moi d'avoir mon enfant. »

Madame J

Madame J à 30ans.elle est d'origine béninoise et vite en concubinage. Elle exerce la profession d'enseignante. Elle accouche un garçon de 3071g a 38 SA par césarienne ARCF. L'entretien à dure 44munites. Madame J est souriante et détendue pendant tout l'entretien.

Madame J raconte spontanément l'angoisse que représentait la césarienne pour elle sa mère avait elle-même accouche trois fois de cette façon : « j'avais peur de la césarienne parce que ma maman a eu trois césariennes. » elle se met en travail spontanément à 39 SA. Quand elle arrive à la maternité le travail est déjà bien avance : « quand je suis arrivée, j'étais dilatée à 5 cm. Elle évoque souvent la rapidité de la césarienne : « c'est difficile de réaliser, c'est très rapide, on vous installe très rapidement même si on vous rassure » ; ainsi que son ressenti à l'annonce des décisions ; « c'était un peu la panique. (…) je me suis écroulée et j'ai pleuré parce que ce n'est pas ce que je souhaitais. »

2- Analyse et discutions des résultats

Résultat

Caractéristiques générales

Au chemin de mon stage j'ai pu identifier 31 femmes césarisées mais face au frais d'hospitalisation j'ai pu entretenir avec douze. Elles avaient entre 26 et 39 ans dont onze sont d'origine béninoise et une togolaise. Nous avons recensées 10 primipares, une deuxième pare et une troisième pare. Elles étaient issues de milieux socio-professionnels variées. En ce qui concerne leur situations sociale, quatre vivaient en concubinage, quatre étaient mariées trois étaient pacsées et une était célibataire. Toute les grossesses étaient désirées et ont été obtenues spontanément. Les accouchements ont eu lieu entre 38 et 41SA + 2 jours.

2-1 Point fort

2-1-1 Critique de l'état

Les entretiens semi-directifs donnent un ressenti sincère et permettent aux femmes de s'exprimer librement et non simplement de répondre à des questions plus ou moins fermées. De plus le fait de les faire à distance a permis un recul nécessaire aux femmes et une construction psychique dans leur rôle de mère.

2-1-2 Point faible

L'analyse par entretien ne permet pas d'étudier une problématique sur un grand nombre de sujets, ce qui ne permet pas de conclure de manière certaine. De plus la distance séparant l'entretien de l'accouchement peut s'avère être également un point négatif car source de biais de mémoire.

Discutions

3- La césarienne issue possible de la grossesse

La représentation de l'accouchement selon la psychanalyste Evelyne prieur richard la naissance est souvent ravie, imaginée. Elle est parfois source de d'angoisse de peur ou au contraire idéalisée dans notre étude nous pouvons constater effectivement la peur est souvent associée à l'accouchement, en particulier de la douleur : « pour mon deuxième enfant accouche j'avais très peur de vivre la même expérience » (Madame S) ; « ça m'a un peu frustrée (madame E) ; « j'avais peur de la césarienne… parce que ma maman a eu trois césarienne » (madame J).

Deux femme évoque ici la possibilité d'un accouchement par césarienne contrairement à d'autre qui ne l'avais pas vraiment envisagé « moi et mon conjoint (…) n'avait même pas imaginée que ça se termine par césarienne » (Madame P), « pour moi je n'allai pas accoucher par césarienne, ce n'était pas possible » (Madame S ; « c'est vrai que c'est quelque chose au quel je n'avais pas pensée » (Madame S).

Il est vrai que dans l'imaginaire collectif, la naissance est souvent synonyme d'accouchement par voie vaginale. Dans le cas d'une grossesse sans particularité, la césarienne n'est que très rarement, encore moins une que le travail a commencé : « jusqu'au dernier moment il n'y avait pas de raison que j'en ai une (…) donc c'est vrai que je n'avais pas envisagée ça » (Madame P).

3-2 Représentation de la césarienne

Bien que la césarienne reste une notion abstraite, les femmes quelques notions à ce sujet. Cependant, nous pouvons nous demander quelles représentations se font les femmes d'une césarienne ?

Plusieurs études on mise en évidence une vision d'un accouchement normal et naturel. C'est aussi la vision de madame Y : « je trouvais ça dommage d'avoir une césarienne car vous ne pouvez pas avoir votre bébé sur vous, vous n'accouchez pas normalement.

A l'évocation du mot césarienne, les termes employés sont plutôt défavorables : « accouchement raté », « accouchement loupé », « échec ». D'autre femmes évoquent plutôt le danger et mettent en avant l'opération chirurgicale mais toujours avec une vision plutôt négative « danger du bloc opératoire », le recours d'urgence » « l'opération […] la cicatrice », «une opération donc ce n'est pas accouchement rêvé ». Finalement, une seule des 12 femmes exprime une vision plutôt positive de la césarienne: « le progrès ». Les trois dernières femmes n'ont une vision ni positive ni négative, pour elles, il s'agit simplement d'une « « possibilité » ou d'un « moyen d'accoucher ».

La représentation de la césarienne paraît plutôt prérogative. En effet, beaucoup de femmes la considèrent effectivement comme un accouchement anormal et mettent en avant l'échec et le danger.

4- Après la naissance

4-1 La dépression du post-partum issue d'une césarienne.

Pour Beatrice Jacques, sociologue, l'accouchement se place comme l'aboutissement de la grossesse car il représente la mise au monde de l'enfant. Cette notion renvoie implicitement à un rôle actif de la part de la future mère. Or dans le cas de la césarienne, c'est comme si cette intervention reflétait une impression de positivité et de manque d'insomnie et d'hypersomnie; de

culpabilité anxio-délirante centrée sur l'enfant. Cette notion renvoie implicitement à un rôle actif de la part de la future mère.

C'est vrai que ça peut être très inquiétant, surtout qu'on vous dit que votre bébé souffre. « j'ai pas l'impression d'avoir accouchée, j'ai l'impression qu'on m'a opérée d'un bébé. « c'est un peu la panique […] Je me suis écroulée et j'ai pleuré parce que ce n'est pas ce que je souhaitais » « j'étais hyper angoissé » (Madame I) ; c'est tout comme si c'était pas le mien le [bébé], c'était pas possible »,[madame I] « j'ai la conviction que mon enfant a été substitué » et « j'ai des difficultés à bien dormir » [madame L].

4-2 La césarienne, cause d'une psychose puerpérale

Pour Bougoul BADJI, en Afrique noir, d'une manière générale, la maladie mentale, la malchance prolongée qui semble inexplicable est l'acte d'un agent extérieur au sujet victime. Dans le cas clinique, nous verrons que chaque type de trouble modifie le vécu du mal-être, du mal qui est ressenti dans le corps. Dans le cas des mères césarisées, cela se perçoit vulnérable le plus souvent dans la semaine qui suit l'accouchement. Elle se caractérise par un état de confusion et de délire qui peut mettre en danger la mère, mais aussi son enfant. « J'ai du mal à se rendre compte » et « je ne contrôlais plus rien et j'ai la conviction que mon enfant a été substituée » [madame L] « je pense que si j'avais accouchée par voie basse, j'aurais surement été beaucoup moins shootée et … plus en état de l'accueil vraiment, de réaliser de le voir sortir et de l'avoir sur moi » [madame O]. Elle ressentait « la confusion, la panique, la peur » et elle dit même que « son pire cauchemar se réalisait » [madame N].

4-3 La césarienne, effet de la manie du post-partum

Pour Michel Dugnat, avec la charge émotionnelle qu'il amène en naissant et la possibilité qu'il offre à ses futurs parents de payer une dette à l'égard de leurs propres parents, le bébé réveille bien des souvenirs conscients et inconscients.

La manie du post-partum est remarquable par une humeur exaltée, une accélération psychomotrice, une insomnie sans fatigue et parfois des idées délirantes congruente à l'humeur. « mais pour moi la césarienne est un acte traumatisant, je me sens à la hauteur de tout ce qui m'arriva à présent, je mange peu et même difficile » « ce n'est pas une décision qui est prise à la légère, si c'est nécessaire, c'est nécessaire, faut faire confiance à l'équipe et puis voilà », « je voulais accoucher dans la salle nature […] je savais très bien que ça pourrait se passer autrement que comme on l'envisageait […] j'ai pas l'impression d'avoir accouché, j'ai l'impression qu'on m'a opéré d'un bébé ». [Madame I]

4-3 : Perspectives

- Thérapie cognitive-comportement
- Préparer les femmes à éventualités des césariennes.
- Gratuite de la césarienne
- Psychanalyse
- Logothérapie

Conclusion

En somme toute, beaucoup de femmes terminent la grossesse par césarienne. Elle peut être réalisée pendant le travail ou avant, en urgence ou de façon programmée. C'est une intervention la plus réalisée dans le monde et elle varie de moins minoritaire au plus majoritaire. L'hystérotomotocie est un évènement traumatisant chez nombreuse femmes conduisant à une modalité de vie comme: trouble de l'humeur, trouble confusionnel, trouble maniaco-dépressif ou bipolaire ; fluctuation d'humeur ; délire mal structuré centre sur la relation mère-enfant ; l'anxiété, culpabilité et peur.

La césarienne urge une médicalisation importante et efficace y compris le gynécologue obstétriciens, les chirurgiens, le psychologue et la sage-femme.

L'hystérotomie peut se faire sur utérus cicatriciel et bi cicatriciel. L'accouchement de l'utérus cicatriciel se fait par décision obstétricale, par les risques et les bénéfices actuels de chacune des voies d'accouchements, par hystérotomie prophylactique, par l'épreuve utérine ou l'épreuve du travail, par confrontation cephalopelvienne par choix des patientes et par intérêt de la radiopelvimétrie dans le cas d'un utérus cicatriciel. La prise en charge d'un utérus cicatriciel se fait par étude de la cicatrice et après l'accouchement ; s'entame par la révision utérine et l'hystérographie post-césarienne.

La disproportion foeto-pelvienne ; obstacle prævia présentation dystocique, grossesse triple ou plus ; grossesse extra-utérus ; cancer du col de l'utérus, la cardiopathie maternelle, rupture de l'utérus, la malformation fœtale et le gros bébé sont des causes conduisant à une hystérotomie.

La césarienne est un moyen très important de la baisse de la mortalité néonatale, maternelle et infantile sans engendrer une morbidité trop élevée.

Laparotomie et l'hystérectomie sont des douleurs ressentes par des femmes césarisées considérées comme des douleurs postopératoire de forte intensité. Elle est liée à la composante hyperalgique secondaire à la chirurgie ainsi qu'aux contractions.

Au Benin, il urge la gratuité de la césarienne car son taux reste encore faible grâce à des barrières financières, géographiques et culturelles.

« Dans le creuset du quintescent de la vicissitude de ce monde, il nous faut des manières pour gérer des manières par des manières : la psychothérapie de soutien en est ainsi » **Jean D'arc K. ALODJI**.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Michel boulvain (2011) stress et grosse page 205 à 209 disponible sur https://www.cairn.infos/stress-et-grossesse-9782749213736-page-205-htm

Maël Paul (2007), type de suivi psychologique et approche théorique, page 251 à 274 disponible sur https://www.cabinetgoutte.fr/suivis- psychologique

Patuck(2017); pronostic de l'accouchement chez les femmes antérieurement césarisées disponible sur https://www.hal.univlorraine.fr/hal.01886711/doc

James c. waton (2012) prise en charge de la douleur disponible sur https://www.has.sante.fr/jmcs

Emilie Brunet (2016) le vécu des femmes face à la césarienne en urgence, disponible sur https://www.dumas.ccsdcnrs.fr/dumas01328176 submitted on 7 juin

Dr Christian de clippele, (2018) pratique de la césarienne disponible sur https://www.louvain.coopération.org

Stéphanie RICHECOEUR, (2009) Quelle place pour le père au décours de la césarienne? disponible sur https://www.docnum-univ-lorraine.fr

Seidou TRAORE (2021), indication de la césarienne au centre de sante de référence de San, disponible sur https://www.biblio.univ-lorraine.fr.

Ciane, (2012, novembres) débattu actuellement du séjourne maternité et de retour à la maison disponible sur https://www.cianenetuppload2012/11

Boniface sedi (mars 2022), vécu psychologique des femmes césarisées disponible sur http//www.laboutique.com/livre-specialises/2316-vecu-psychologique-des-femmes cesarisees-97862203449686htmlle23mars2023

Julie FABREGOUL, (2016), vécu chronologique de la césarienne en urgence et de l'accompagnement par les personnels. Disponible sur https://www.dumas.cesd.fr>document

ANNEXES

Grille d'entretien

Dans le cadre de la rédaction de notre rapport de stage nous avons élaboré un questionnaire afin de recueille votre avis sur les Modes de vie des femmes césariennes durant le post-partum.

- Axé1: les vécus des femmes césarisées durent le post-partum
- Axe2 : risque psychologique des femmes césariennes durant le post-partum.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS ii
Sigles… iii
RESUME iv
ABSTRACT iv
SOMMAIRE v
INTRODUCTION 1
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE.. 3
1-1 Présentation de la polyclinique coopérative 3
1-1-1 Situation géographique 3
1-1-2 L'historique 3
1-1-3 Unités de soins 4
2- Déroulement du stage 4
2-1 Stages. 4
2-2 Acquis du stage 5
2-3 Difficultés rencontrées sur le lieu de stage 5
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 6
2-1 Problématique 6
2-2 objectifs de la recherche 6
2-2-1 objectif général 6
2-2-2 objectifs spécifiques 7
2-2-3 Hypothèse générale 7
2-2-4 Hypothèses spécifiques 7
2-3 Clarification conceptuelle 7

2-3-1 Femme césarisée : désigne femme qui a subi une opération césarienne ou l'acte de de césariser. Selon l'encyclopédie, ce verbe signifie, en obstétrique

« pratiquer l'opération césarienne ». Etymologiquement, ce verbe vient du latin césariser qui veut dire « agir comme césar avec ambition »..... 7
2-3-2 Post-partum : C'est une période qui s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couche, c'est-à-dire les premières règles après la grossesse. C'est une période de nouveau bouleversement d'abord physique avec la perte brutale des repères physiologique et anatomique liées à la grossesse. (Wikipédia)…..... 8
2-4 Revue de littérature..... 8
CHAPITRE III : CADRE METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE..... 21
3-1 Nature de l'étude..... 21
3-2 Population d'étude et d'échantillonnage..... 21
3-2-1 Population d'étude..... 21
3-2-2 Technique d'échantillonnage..... 22
3-3 Technique et collecte de données..... 22
3-3-1 Guide d'entretien aux femmes césarisées et aux personnes ressources.... 22
3-2 Outils de traitements et techniques d'analyse des données..... 22
3-2-1 Outils de traitement..... 22
3-2-2 Technique d'analyse des données..... 22
CHAPITRE IV : RESULTATS ET DISCUSSIONS..... 24
1- Présentation des femmes interrogées..... 24
2- Analyse et discutions des résultats..... 32
2-1 Point fort..... 32
2-1-1 Critique de l'état..... 32
2-1-2 Point faible..... 33
3- La césarienne issue possible de la grossesse..... 33
3-2 Représentation de la césarienne..... 34
4- Après la naissance..... 34
4-1 La dépression du post-partum issue d'une césarienne..... 34
4-2 La césarienne, cause d'une psychose puerpérale..... 35

4-3 La césarienne, effet de la manie du post-partum 35
4-3 : Perspectives..... 36
Conclusion..... 37
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 39
ANNEXES 40
TABLE DES MATIERES 41