



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue d'obtention d'un diplôme de master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème :

Le vécu psychologique de la césarienne en urgence chez les femmes

(Etude de (5) cas Réalisé au niveau de l'EPH -AKLOUL ALI- d'AKBOU)

Réalisé par :

- ❖ M^{elle} BELAMRI Leticia
- ❖ M^{elle} AIT SI ALI Fadila

Encadre par :

D^r BAKLI Nassima

Année universitaire 2024-2025

Remerciement

Nous tenons à remercier tout d'abord le bon dieu le tout puissant de nous avoir

Accordé courage, patience et volonté afin de réaliser ce modeste travail.

Nous remercions également et sincèrement :

Notre promotrice, Mme Bakli Nassima pour son accompagnement bienveillant, sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail. Son regard attentif et ses remarques constructives ont grandement enrichi notre réflexion.

Nous remercions également l'équipe du service maternité de L'EPH D'AKBOU, pour nous avoir accueillies chaleureusement durant notre stage et nous avoir permis d'aller à la rencontre des femmes dont les témoignages ont été essentiels à cette recherche.

Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin et à nos parents à la réalisation de ce travail et une pensée va également à tous nos amis (e) qui nous ont soutenus au cours de ces années.

Merci.

Dédicace

Avec l'expression de ma reconnaissance. Je dédie ce modeste travail :

À ma chère mère

À mon cher père

Qui n'ont jamais cessé de formuler des prières à mon égard, de me soutenir et de

M'épauler pour que je puisse atteindre mes objectifs.

À mes chers grands-parents, piliers de tendresse et de sagesse merci pour vos prières silencieuses et votre bienveillance.

À mes chère frères Faouzi et fayçal et mon unique sœur Karima pour leurs soutiens, et leurs conseils précieux tout au long de mes études. A ma chère cousine Zineb

À ma meilleure copine et binôme Leticia pour sa patience, sa compréhension, et son soutien

Tout au long de cette recherche.

À notre promotrice Mme BAKLI.N pour sa disponibilité et ses conseils.

À mes chers copines Dyhia, Ryma et may.

À tout mes amies de promotion de 2^{ème} année master en psychologie clinique.

À tout ce qui ont contribué de prêt ou de loin a la réalisation de cette recherche.



Fadila

Dédicace

*Je tiens tout d'abord à remercier le bon dieu le tout puissant de nous avoir donné la force
nécessaire et la patience qui nous a permet de mener à bien ce modeste travail*

Que je dédie ;

*A mes chers parents en témoignages de ma reconnaissance pour leur patience, leurs sacrifices et
leurs soutiens tout au long de mes études. Que dieu leurs prête santé.*

A mes chers grands parents

A mon cher frère : amine

Merci pour ton amour et pour être cette source de force silencieuse à mes côtés.

A mes chères amies de cœur : Fadila ,may,Ryma,dehia .

A notre encadreur Mme BAKLI.N

A tous ceux qui m'ont aidé de près ou de loin



Leticia

Sommaire

Remerciements

Dédicaces

Introduction.....	1
-------------------	---

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de la problématique

1. Les objectifs de la recherche.....	6
2. Les raisons du choix du thème.....	6
3. La problématique.....	6
4. Les hypothèse de la recherche.....	9
5. L'opérationnalisation des concepts clés.....	9

Chapitre II

Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

Préambule.....	11
1. Définitions de la grossesse.....	11
2. Les étapes et les formes de la grossesse.....	11
2.1. Les étapes de la grossesse.....	11
2.2. Les formes de la grossesse.....	12
3. Les trimestres et la durée de grossesse.....	13
3.1. Les trimestres de la grossesse.....	13
3.2. La durée de la grossesse.....	13
4. L'accouchement.....	13
5. Les phases de L'accouchement.....	14
5.1. La dilatation du col.....	14
5.2. L'expulsion (sortie de fœtus).....	14
5.3. La délivrance (la sortie des annexes ; placenta et membranes).....	15
6 Types d'accouchement.....	15
6.1. Accouchement par voie basse.....	15
6.1.1. Accouchement par épisiotomie.....	15
6.1.2. Accouchement par forceps.....	15
6.2. Accouchement par césarienne.....	16
7. La césarienne.....	16
8. Les étapes de la césarienne.....	17
9. Les indications de la césarienne.....	17
9.1. Les indications liées à la mère.....	17
9.2. Les indications liées au bébé.....	18
9.3. Les indications psychologiques.....	18
10. La pratique de la césarienne.....	19
11. Les complications de la césarienne.....	20
11.1. Concernant la mère.....	20
11.2. Concernant le bébé.....	20

Synthèse.....	21
---------------	----

Chapitre III

Le vécu psychologique de la césarienne en urgence

Préambule	24
1. Définition de vécu psychologique	24
2. L'impact de la césarienne en urgence	25
2.1. L'impact physique de la césarienne.....	25
2.2. L'impact psychologique de la césarienne	25
2.3. Baby blues, dépression du post-partum et syndrome de stress post-traumatique.....	26
2.4. L'annonce de la césarienne	26
2.5. L'accompagnement.....	27
2.5.1 Par les sage-femmes	27
2.5.2 Par le conjoint et les proches.....	28
2.6. La relation mère-enfant	28
2.7. Préparation à la parentalité	29
2.8. Les prochaines grossesses	30
3. Les conséquences tardives de la césarienne.....	30
3.1. Les conséquences tardives sur la mère	31
3.1.1. Risque d'une césarienne lors des grossesses ultérieures.....	31
3.2. Les conséquences tardives sur le bébé.....	31
3.2.2. Risque d'allergie.....	32
3.2.3. Risque obésité infantile	32
4. Les facteurs influençant le vécu psychologique.....	33
4.1. Facteurs psychosociaux.....	33
4.1.1. La relation conjugale.....	33
4.1.2. Le soutien familial	34
4.1.3. Le stress financier durant la grossesse	35
4.1.4. Les événements de la vie dit stressant	35
4.2. Facteurs de vulnérabilité communautaires	37
4.2.1. La préférence pour le sexe masculin.....	37
4.2.2. Le décès périnatal et le deuil durant la grossesse	38
4.2.3. Les jeunes non mariés et les grossesses non désirées	39
4.2.4. Dénier de grossesse.....	40
4.2.5. Les maladies graves au cours de la grossesse	40
5. Traitement et prise en charge des femmes ayant accouché par une césarienne	41
5.1. La prise en charge postopératoire	41
5.1.1. La surveillance chirurgicale	41
5.1.2. La surveillance en suite de couches.....	42
5.2. La pharmacothérapie	42
5.2.1. L'antibiothérapie.....	42
5.2.2. Les anticoagulants.....	43
5.2.3. Les analgésiques	43
Synthèse.....	44

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule	46
1. Le déroulement de la recherche	46
1.1. La pré-enquête	46
1.2. L'enquête.....	46
2. Présentation du lieu de la recherche	47
3. La méthode utilisée dans la recherche.....	48
3.1. La méthode descriptive	48
3.2. L'étude de cas.....	49
4. Le groupe de la recherche.....	50
4.1. Les critères d'inclusion	50
4.2. Les critères d'exclusion	50
5. Les outils de la recherche	50
5.1. L'entretien clinique.....	51
5.1.1. L'entretien semi-directif	51
5.1.2. Le guide d'entretien.....	52
Synthèse.....	54

Chapitre V

Présentation, analyse des données et discussion des résultats

Préambule	56
1. Présentation et analyse des données des cas ;.....	56
1.1. Présentation du cas n°1:	56
1.1.1. Analyse des données du premier cas (Nassima).....	58
1.2. Présentation du cas n°2:	59
1.2.1. Analyse des données du deuxième cas (Naima).....	60
1.3. Présentation du cas n°3	61
1.3.1. Analyse des données du troisième cas (ourda).....	62
1.4. Présentation du cas n°4	62
1.4.1 Analyse du quatrième cas (Karima)	64
1.5. Présentation du cas n°5	65
1.5.1 Analyse des données du cinquième cas (hassiba).....	66
2. Discussion de hypothèse.....	70
Conclusion	73

Liste bibliographie

Annexes

Résumé

Introduction

Introduction :

La grossesse constitue une période de transformation profonde, tant sur le plan corporel que psychique. Elle mobilise une dynamique de remaniement identitaire, engageant la femme dans un processus de transition où s'articulent attentes, représentations conscientes et inconscientes, fantasmes et inscriptions familiales. Cette expérience, à la fois intime et universelle, réactive des éléments de l'histoire infantile, des liens de filiation, ainsi que des enjeux de transmission. Le corps devient un espace de symbolisation, traversé par des mouvements internes d'une grande intensité. Dans le cadre des sociétés contemporaines, la grossesse s'inscrit également dans une logique de suivi médical rigoureux, dans laquelle la subjectivité des femmes est parfois mise à l'arrière-plan, au profit d'une rationalisation du risque.

Donner naissance constitue, pour de nombreuses femmes, un moment charnière dans l'histoire subjective, intime et corporelle. Attendu, imaginé, préparé, l'accouchement s'inscrit dans un projet de maternité qui mobilise des représentations conscientes et inconscientes, liées à la féminité, à la filiation, à la transmission et à la transformation psychique. L'entrée dans la maternité est ainsi un processus complexe, traversé de remaniements identitaires et de mouvements psychiques intenses, tant pour la mère que pour l'environnement familial.

Dans les sociétés contemporaines, l'enfantement s'est progressivement déplacé du champ du « naturel » vers celui du « médical ». Parmi les actes médicaux les plus fréquents, la césarienne qui occupe une place singulière, en particulier lorsqu'elle survient en urgence. Elle interrompt brutalement le processus physiologique de l'accouchement et confronte la femme à une expérience imprévue, souvent vécue comme une perte de contrôle, une dépossession de son corps, voire un échec.

La césarienne en urgence se caractérise par son imprévisibilité et par la rapidité avec laquelle elle doit être décidée et réalisée. Elle intervient dans un contexte d'urgence médicale, souvent sous tension, où la priorité est donnée à la survie de la mère et de l'enfant. Cette situation laisse peu de place à la préparation psychique de la femme. Celle-ci passe brusquement d'un accouchement qu'elle avait imaginé à une intervention chirurgicale non choisie, ce qui peut générer un sentiment de perte de contrôle, de passivité ou même de dépossession de son propre corps. Le vécu peut être très intense, marqué par la peur, l'incompréhension ou un sentiment d'échec. Ce bouleversement soudain peut rendre difficile

l'élaboration psychique de l'événement, et laisser des traces durables, parfois traumatiques. Du point de vue clinique, il est important de prendre en compte cette expérience particulière, qui mêle douleur physique, urgence médicale et choc émotionnel.

Notre mémoire s'inscrit dans une démarche de recherche qualitative, dont nous souhaitons explorer et décrire le vécu psychologique des femmes ayant accouchées par une césarienne en urgence. Pour cela ce travail se compose de deux parties principales une première partie théorique et une deuxième partie pratique.

Dans la partie théorique qui est divisée en deux chapitres, le premier propose une approche globale de la maternité, en abordant successivement la grossesse, l'accouchement et la césarienne. Ce chapitre commence par définir la grossesse et en décrire les principales étapes, ainsi que les différentes formes qu'elle peut prendre. Il s'attache ensuite à mettre en lumière les transformations corporelles et psychiques qu'elle implique, les remaniements identitaires qu'elle engage, et les représentations qui l'accompagnent. Puis il traite l'accouchement, en tant qu'événement biologique, mais aussi comme moment charnière dans le parcours psychique de la maternité. Les différentes phases de l'accouchement y sont présentées, de même que ses diverses modalités, notamment l'accouchement par voie basse ou par césarienne. La fin de ce chapitre se concentre sur la césarienne en urgence, en précisant les définitions, les indications, le déroulement, et les complications possibles.

Le deuxième chapitre explore les répercussions subjectives de cette expérience sur les femmes. Il s'attache à définir la notion de vécu psychologique, puis à analyser les effets psychiques immédiats et à long terme de la césarienne en urgence. Ce chapitre examine également les facteurs susceptibles d'influencer ce vécu, la qualité de la relation mère-enfant après l'intervention, ainsi que les dispositifs de prise en charge et d'accompagnement adaptés à ces situations.

Dans la deuxième partie pratique qui est divisée aussi en deux chapitres. Le premier chapitre expose les étapes de la mise en œuvre de l'étude. Il décrit le déroulement de la recherche, depuis la phase exploratoire jusqu'à la réalisation de l'enquête. Ce chapitre présente également le lieu de la recherche, la méthode utilisée, les critères de sélection du groupe étudié, ainsi que les outils d'investigation mobilisés, notamment l'entretien clinique et l'étude de cas.

Tandis que le deuxième chapitre présente les cas étudiés, leur analyse et l'interprétation des résultats obtenus. Une discussion est ensuite menée à partir des hypothèses de départ, à la lumière des données recueillies sur le terrain.

À la fin de ce mémoire, nous allons présenter la conclusion, les références bibliographiques utilisés, ainsi que les annexes.

Partie théorique

Chapitre I

Le cadre général de la problématique

1. Les objectifs de la recherche :

- Décrire le vécu psychologique des femmes enceintes avant, pendant et après une césarienne en urgence.
- Identifier les facteurs contribuant à la détresse psychologique après une césarienne en urgence.
- Évaluer l'importance du soutien psychologique lors d'une césarienne en urgence.

2. Les raisons du choix du thème :

D'après la souffrance physique et psychologique des femmes pendant l'accouchement, nous avons remarqué, dans notre expérience clinique et notre observation sur le terrain, que la plupart des femmes ayant eu une césarienne en urgence traversent une expérience particulièrement difficile. Cette expérience, pouvant survenir de manière soudaine et sans préparation, est souvent source d'un stress important et d'une détresse émotionnelle pouvant conduire au développement de comportements inadaptés face à cet événement. C'est dans ce contexte que nous avons choisi d'étudier le vécu psychologique de la césarienne en urgence afin d'en mieux comprendre les enjeux, d'identifier les besoins des femmes, et d'envisager des moyens d'accompagnement pouvant atténuer leur souffrance et renforcer leur expérience de la maternité.

3. La problématique :

L'attente et l'arrivée d'un enfant sont des événements singuliers et inoubliables dans la vie d'un couple. Cette expérience intense, source de bonheur constitue des instants fondamentaux rares et précieux, c'est aussi un moment d'interrogations, de chamboulements, de réalités à accepter : certaines naissances étant parfois très différentes de ce qu'avaient imaginé les parents.

Dans la vie d'une femme, l'accouchement représente souvent un événement majeur, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique. L'entrée dans la maternité est ainsi un

processus complexe, traversé de remaniements identitaires et de mouvements psychiques intenses, tant pour la mère que pour l'environnement familial. L'accouchement, en tant qu'aboutissement de ce processus, constitue un moment charnière dans cette expérience. Il est souvent porteur d'un imaginaire, préparé, anticipé, parfois idéalisé. À la croisée du biologique, du psychique et du social, il vient actualiser des représentations multiples liées à la féminité, à la puissance corporelle, à la douleur, mais aussi à la maîtrise ou à la perte de contrôle. Dans un contexte de médicalisation croissante, les pratiques obstétricales tendent à encadrer ce moment selon des protocoles standardisés, où l'intervention technique peut prendre le pas sur l'accompagnement psychique du vécu.

L'accouchement est un ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité. Selon l'OMS, l'accouchement normal est une naissance spontanée avec un début de travail spontané, un risque faible tout au long du travail et de l'accouchement, et une naissance spontanée en position du vertex entre 37 et 42 semaines de grossesse, avec une mère et un enfant en bonne santé après la naissance. Ce qui nous amène à penser la plupart du temps à un accouchement par les voies naturelles ou « voie basse ». Cependant, il existe également une autre voie d'accouchement, de plus en plus fréquente qui est « la césarienne ».

Le type d'accouchement occupe beaucoup les pensées des femmes qui s'apprêtent à donner vie, comme dans le cas de la césarienne qui est une intervention chirurgicale (programmée ou en urgence), qui consiste en une extraction foetale lorsque les conditions d'un accouchement normal ne sont pas réunies, où même dans les cas où le bébé ne peut pas sortir par voie vaginale. Cette intervention qui consiste à couper le ventre et l'utérus de la mère pour en sortir le bébé, comme la définir le petit Larousse de la médecine : « la césarienne est extraction du nouveau-né par voie abdominale, après ouverture chirurgicale de la cavité utérine ». (J.Bourneuf, 1995, p.197).

Beaucoup de femmes césarisées vivent cette intervention comme une démission d'un corps qui n'a pas assuré ses fonctions. Faire face à une telle naissance demande un ajustement physiologique et psychologique très important, source de stress. De nombreuses mères ayant donné naissance par césarienne sont aussi traumatisées psychologiquement. Une enquête menée par l'association Césarine révèle que 60 % des femmes ont très mal ou plutôt mal vécu leur césarienne, avec 22 % jugeant ne pas avoir eu assez de soutien matériel en suites de couches et 40 % estimant insuffisant le soutien psychologique. De plus, une étude menée par

la startup Wounded Woman indique que 85 % des femmes ayant accouché par césarienne considèrent cette expérience comme le plus grand traumatisme de leur vie, et une sur deux souffre de dépression post-partum.

Au Québec, environ une femme sur quatre accouche par césarienne. Les taux des césariennes ont augmenté au cours des dernières décennies. Selon des estimations récentes portant sur 150 pays, 21% de toutes les naissances se font par césarienne, avec des moyennes allant de 1% à 58% selon les pays. Suivant les estimations de l'OMS, le taux mondial de césarienne a presque triplé en un quart de siècle, passant de 6,7% en 1990 à 19.1% en 2014 (Dumont et Guilmoto, 2020, p.1). Il s'agit alors d'un mode de naissance à haut risque psychologique pour la mère, notamment lorsque la césarienne est effectuée en urgence, au cours du travail.

Quand l'accouchement par les voies naturelles est contre indiqué, la césarienne est planifiée à l'avance et réalisée en fin de grossesse, nous parlons alors d'une césarienne programmée. Parfois, elle peut se faire en extrême urgence lorsque la femme enceinte présente certains troubles de la grossesse en cours de travail, par exemple lors d'une hypertension sévère et de ses complications, dans ce cas une césarienne en urgence est indispensable pour la santé, voire la survie, de la mère comme de l'enfant.

Ce type d'accouchement peut s'accompagner d'angoisses et de sensation de malaise pré ou per-opératoires, ainsi que de douleurs post- opératoires pénible. Surtout lors de la réalisation d'une césarienne en urgence en cours de travail qui s'accompagne d'une sensation d'échec et de frustration traumatisante pour la mère (M.Marcon et autres, 2002, p.209).

Ce que nous voulons montrer à travers ce mémoire c'est le vécu psychologique de cette césarienne en urgence soit pendant ou même après l'intervention chez les femmes de la maternité d'Akbou

Pour cela, nous avons constitué la question suivante :

- ❖ Quelle sera le vécu psychologique chez les femmes ayant accouché par césarienne en urgence ?

Afin de répondre à cette question nous avons formulé l'hypothèse suivante :

- ❖ Le vécu psychologique des femmes ayant accouché par une césarienne en urgence apparaitre par différents effets psychologiques : anxiété, stress, sentiments d'échec, voire symptômes dépressifs

5.L'opérationnalisation des concepts clés :

-L'accouchement par césarienne : c'est un accouchement chirurgical au cours duquel on pratique une incision sur l'abdomen et sur l'utérus de la femme. Dans notre recherche c'est les femmes qui ont accouchées par césarienne au niveau du service de la maternité à Akbou

-La césarienne en urgence : est par opposition à la césarienne programmée, une césarienne non prévue, qui s'impose en cours de travail, lorsqu'une anomalie grave se présente chez la mère comme chez le bébé, c'est le cas pour notre recherche ou nous avons pris les femmes qui ont confronté un danger concernant leur santé ou même la santé de leurs bébés.

-Le vécu psychologique : Dans ce mémoire, nous abordons le vécu psychologique comme l'expérience subjective des femmes ayant subi une césarienne en urgence. Il est exploré à travers des entretiens cliniques semi-directifs, permettant d'accéder aux émotions, pensées, représentations et effets psychiques liés à l'événement. Ce vécu est compris comme un processus singulier, mobilisant défenses, ressources et cadre symbolique propres à chaque patiente.

Chapitre II

**Grossesse, accouchement et césarienne en
urgence chez les femmes**

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

Préambule :

La grossesse et l'accouchement représentent des expériences intimes, puissantes et souvent ambivalentes dans la vie d'une femme. Même lorsqu'elle est désirée, la grossesse peut être accompagnée d'émotions contrastées : joie, anxiété, doute, transformation du corps et réorganisation psychique. Ce vécu singulier s'intensifie à l'approche de l'accouchement, moment à la fois naturel et médicalisé, porteur d'espoirs mais aussi de peurs.

Parmi les différents modes d'accouchement, la césarienne – et plus particulièrement celle pratiquée en urgence – vient souvent bouleverser les attentes, générant parfois un sentiment d'impuissance ou de déception. Pourtant, elle peut aussi représenter une solution vitale, tant pour la mère que pour l'enfant. Ce chapitre explore en profondeur les différentes dimensions de la grossesse, les étapes de l'accouchement, ainsi que les indications, les modalités et les conséquences de la césarienne en urgence. Il vise à mieux comprendre les enjeux physiques, émotionnels et symboliques liés à ce moment fondateur de la maternité.

1. Définitions de la grossesse :

C'est un moment exceptionnel dans la vie de la femme et du couple, elle survient lorsqu'un spermatozoïde féconde un ovule au niveau du tiers externe de la trompe Fallope pour former un œuf qui progresse lentement jusqu'à l'utérus grâce à la contraction de la trompe. L'ovule fécondé s'implante dans le muqueux utérus et se transforme progressivement en embryon, puis en fœtus durant les neuf mois qui suivent la fécondation. (Hadjam R.2000.p283).

Elle peut être définie scientifiquement comme un état physiologique dans lequel un organisme femelle abrite et soutient le développement d'un nouvel individu de la même espèce à l'intérieur de son corps. Cela implique la fécondation de l'ovule par un spermatozoïde, la formation d'un zygote et son implantation dans l'utérus, suivi d'une série de processus biologiques et hormonaux complexes qui permettent la croissance et le développement du fœtus jusqu'à la naissance. Marieb, E.N., et Hoehn, K. 2008.

2. Les étapes et les formes de la grossesse :

2.1. Les étapes de la grossesse :

La grossesse humaine se déroule en trois phases, appelées trimestres, et chaque trimestre est marqué par des changements significatifs tant pour la femme enceinte que pour le fœtus :

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

- **La première étape (1^{er} trimestre) :** Elle dure les trois premiers mois. La grossesse « s'installe », l'organisme s'adapte à son nouvel état .il réagit plus au moins vivement. Des troubles dit vagaux- sympathique peuvent apparaitre, qui départissent complètement vers le 31troisième mois dans la plupart du cas, mais qui parfois, rendent le début de la Grossesse un peu pénible.
- **La deuxième étape (2^{ème} trimestre) :** Elle s'étant jusqu'à septième mois. Le corps de la mère et le corps du fœtus semblent parfaitement adaptés l'un à l'autre. Les troubles ont généralement cessé. L'utérus n'est pas encore assez volumineux pour être gênant. Les risques d'avortement sont réduits au minimum.
- **La troisième étape (3^{ème} trimestre) :** Elle comprend les trois derniers mois. L'utérus, dont le volume augmente, par suite du développement de l'enfant, devient encombrant ; il comprime tous les organes qui l'entourent, ce qui occasionne différents troubles mécaniques. Cette période doit être pour la femme celle de repos. (Laurence P,1956, P35)

2.2. Les formes de la grossesse :

- **La grossesse intra-utérine :** Est une grossesse dite normale, qui se développe au sein de la cavité utérine qui possède des parois élastiques et des conditions optimales pour recevoir un embryon.
- **La grossesse extra-utérine :** Correspond à l'implantation d'un ovule fécondé en dehors de l'utérus soit :
 - Au sein même de l'ovaire.
 - Ou dans les trompes de Fallope.
 - Ou bien dans le col de l'utérus.
- **La grossesse multiple ou gémellaire :** Dès lors que deux embryons se développent au sein de la cavité utérine, il s'agit d'une grossesse gémellaire. En cas de plus de deux embryons nous parlons de grossesse multiple. Ses grossesses sont considérées à risques puisque la pression artérielle est augmentée, tout comme le poids.
- **La grossesse nerveuse :** Dite fausse grossesse, ou encore grossesse virtuelle, c'est un phénomène psychique où une femme est convaincue d'être enceinte en plus d'en Présenter les symptômes les principaux symptômes et ceci malgré l'absence d'embryon ou de fœtus. (Heine, Bunce.2021)

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

3. Les trimestres et la durée de grossesse :

3.1. Les trimestres de la grossesse :

- **Premier trimestre de la grossesse (1 à 12 semaines)** Ce trimestre de la grossesse est composée en trois phases, La première phase est la phase pré-embryonnaire (dure environ 5 à 7 jours), où l'ovocyte est fécondé et se transforme en blastocyste avant de s'implanter dans l'utérus. La deuxième phase est la phase embryonnaire (dure de la 3ème à la 8ème semaine de développement), où les bourgeons des membres continuent à se développer, l'hémisphère cérébral se forme et l'anse intestinale se développe. La dernière phase est la phase fœtale (9ème semaine de développement jusqu'à la naissance), où la longueur du corps de fœtus est doublée et les organes génitaux externes se différencient
- **Deuxième trimestre (13 à 26 semaines)** Dès le deuxième trimestre de la grossesse l'hyperinsulinisme maternel et l'hormone de croissance placentaire (GH) stimulant l'invasion trophoblastique. La contribution nutritive au fœtus est fluctuée par la surface d'échange, l'abondance et l'efficacité des transporteurs présents sur le trophoblaste villositaire, le flux sanguin, le métabolisme ainsi que la production hormonale du trophoblaste. Les IGFs (Insulin-like Growth Factor) maintiennent un rôle majeur dans la régulation de ces fonctions.
- **Troisième trimestre (27 à 40 semaines)** Les organes fœtaux sont totalement autonomes, le fœtus s'apprête à se libérer du placenta et du ventre de sa mère. L'utérus sera responsable d'exercer la force et la pression essentielle au déroulement de l'accouchement

3.2. La durée de la grossesse :

Chez la femme bien réglée, dont le cycle est de (28) jours. L'ovulation se produit au (14) jour. Le terme sera fixe 39 semaines après l'ovulation, soit (14) semaines après les dernières règles. En effet, la durée de la grossesse est de (285) jours.

4. L'accouchement :

C'est un processus physiologique normal qui peut se dérouler sans complication pour la majorité des femmes et des enfants. Néanmoins, des études ont montré qu'une proportion substantielle des femmes enceintes en bonne santé subit au moins une intervention clinique pendant le travail et l'accouchement. (L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 1997).

C'est l'ensemble des phénomènes qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelle, à partir du moment où la grossesse a atteint le

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

terme théorique de 6 mois (28^{eme} semaines) d'aménorrhée. Aussi l'accouchement est le rôle de chaque mère de faire ressortir un enfant au monde. (Merger, R. 1995. P420).

Par le mot accouchement nous avons toujours désigné l'acte par lequel une femme enceinte se délivre du produit de la conception. Des ormeaux définissent l'accouchement comme une fécondation qui consiste dans l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de la matrice, ou il se sent développées pendant la durée ordinaire de la gestation.

Selon Naudin C. et Grunbeh N. (2006) l'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus. L'accouchement a lieu à terme lorsqu'il survient entre la trente-huitième et quarantième deuxième semaine d'aménorrhée (arrêt des règles). Il est considéré comme prématuré lorsqu'il se produit avant la trente-septième semaine, l'accouchement est dit spontané lorsqu'il déclenche tout seul et provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure.

5. Les phases de L'accouchement :

L'accouchement se produise entre début de la 38^{eme} semaine (259 jours) et la fin de 42^{eme} Semaine (293 jours), est dit à terme, s'il se produit avant 37^{eme} semaine de la grossesse et Prématuré, et l'accouchement naturelle lorsqu'il fait de l'influence de la seule physiologie.

5.1. La dilatation du col :

Le col de l'utérus s'élargie et s'ouvre petit à petit jusqu'à atteindre un diamètre de 10cm, c'est l'espace suffisant pour laisser passer la tête du bébé. Cette première phase dure en moyenne une dizaine d'heures, car on compte un centimètre par heure. Une fois le col est dilaté, le travail de l'expulsion commence.

5.2. L'expulsion (sortie de fœtus) :

C'est que le col de l'utérus est totalement dilaté, poussé le fœtus vers l'extérieur la femme doit effectuer chaque contraction l'effort de pousser le bébé sort des organes génitaux de sa mère durant 20 a30min. (Hadjam, R. p279)

Chez la primipare la durée de la période d'expulsion est en moyenne, pour les classiques d'une à deux heures. En fait la surveillance instrumentale du fœtus a considérablement limité cette durée, dans l'intérêt du fœtus l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser (20

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

Minutes chez les primipares), chez les multipares, elle est beaucoup plus rapide, excédent rarement de 15 minutes.

Le travail est en générale plus rapide chez les multipares que chez les primipares, l'âge de la mère peut avoir une influence de sur la facilité du travail. S'agissant de la primipare, les femmes de moins de trente ans en générale celles qui accouchent le mieux. (Merger R et al, Op cit, p129).

5.3. La délivrance (la sortie des annexes ; placenta et membranes) :

La délivrance est le découlement du placenta et des membranes. La délivrance peut être facilitée par la perfusion d'un médicament ou par un geste médical.

Ces trois périodes portent aussi le nom de travail, elles se sont étudiées successivement. Pour chacune d'elles l'étude physiologique précédera l'étude clinique. (Merger,R et Lévy,J p123)

6. Types d'accouchement :

6.1. Accouchement par voie basse :

L'accouchement par voie basse, également appelé accouchement vaginal, est le mode d'accouchement le plus courant et le plus naturel. Il se produit lorsque le bébé naît par le vagin de la mère, sans nécessiter d'intervention chirurgicale comme une césarienne. Ce type d'accouchement est généralement préféré lorsqu'il n'y a pas de complications médicales qui pourraient mettre en danger la mère ou l'enfant. (**World Health Organization (WHO)** 2018).

6.1.1. Accouchement par épisiotomie :

Réalisé par le médecin ou la sage-femme à la fin de la Phase d'explosion du fœtus c'est douloureux réalisé par une simple paire de ciseaux et la taille de l'incision ne dépasse pas(05cm) de long pour élargirai l'orifice vaginal pour facilite le Passage d'enfant

6.1.2. Accouchement par forceps :

C'est l'orsque la progression par voie basse est très lente et risque de se compliquer par la mort du bébé (utérus se contact mal le bassin de sa mère et très étroit), avec laquelle le médecin attrape la tête de bébé pour les sortir (Hadjam, R.2000. P279).

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

6.2. Accouchement par césarienne :

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser, sous anesthésie générale ou péridurale la paroi abdominale et l'utérus pour extraire le bébé. De nombreux facteurs déterminent le choix de la césarienne : tantôt elle est programmée dès le début de la grossesse lors de certaines anomalies osseuses ou certaines fragilité utérine liée à des césariennes antérieures ; tantôt elle s'impose lorsque toutes les conditions favorables ne sont pas réunies ; tantôt elle est décidée au cours de l'accouchement en cas de souffrance fœtale, d'arrêt de dilatation du col, de mauvaise orientation du bébé (position transversale) l'opération césarienne réalise l'accouchement artificiel après ouverture chirurgicale de l'utérus. Elle s'exécute par voie abdominale, après colostomie. La césarienne comme césure, sont dérivés du verbe latin cardère : couper, les deux mots ont été créés à la même époque, le premier par Ambroise paré, le second médical par clément Marot. (Merger, R.1995.p533). C'est une intervention qui dure environ 30min jusqu'à 1h30.

Une césarienne peut être **programmée** pour de multiples raisons. Les plus courants : un antécédent de césarienne, une mauvaise présentation du bébé pour l'accouchement par voie basse, un bassin maternel de taille limite, une grossesse multiple, une pathologie fœtale, un diabète gestationnel ou encore dans le cas d'un placenta prævia.

Une césarienne peut être envisagée **en urgence** en cours d'accouchement dans le cas où l'équipe médicale estime que le bébé ne va pas bien, qu'il existe un risque de rupture utérine ou bien que le travail ne portera pas ses fruits.

7. La césarienne :

Une césarienne est l'extraction de l'enfant par voie abdominale. Elle est parfois prévue, mais elle peut être décidée en urgence en cas de complications pendant le travail. Lorsqu'elle est programmée à l'avance, elle est parfois effectuée sous anesthésie péridurale, ce qui permet à la mère d'être parfaitement réveillée et consciente, et de perdre son bébé contre elle dès sa naissance. On peut aussi effectuer une péridurale lorsque l'opération est décidée alors que la mère est déjà en travail, mais il est parfois préférable à de procéder à une anesthésie générale (Macalon. H, 2009, p 2).

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

8. Les étapes de la césarienne :

- ✓ Installer la femme sur la table d'opérateur légèrement inclinée vers la gauche afin d'éviter un syndrome de compression de la veine cave inférieure.
- ✓ Injection de l'anesthésie générale, rachianesthésie (loco régionale)
- ✓ Insérer fin tube flexible dans l'utérus et la vessie pour vider l'urine qu'elle contient.
- ✓ L'abdomen est nettoyé pour éviter toute infection.
- ✓ Incision de la peau ; dans la plupart des cas horizontal, situer à environ deux doigts au-dessus de l'os pubien, l'incision verticale est rarement pratiquée.
- ✓ Ecarter les muscles abdominaux.
- ✓ Ouverture de l'utérus et l'ouverture de la poche des eaux.
- ✓ La sortie du bébé, le chirurgien passe ses mains dans l'ouverture et extrait le bébé, le Cordon ombilical est coupé puis le chirurgien extrait le placenta également.
- ✓ Refermer l'utérus, le chirurgien extrait l'utérus du ventre pour faire la suture, puis refermer la peau. (Stoppard M.1993).

9. Les indications de la césarienne :

Il existe plusieurs situations au cours de laquelle la césarienne est indiquée. Les causes mécaniques sont utilisées quand le bébé ne peut plus progresser naturellement dans le bassin de la mère. Il existe de nombreuses raisons à cela :

- ✓ Un gros bébé par rapport au bassin de la mère ; le périmètre crânien et la largeur des épaules du bébé seront comparés aux diamètres du bassin de la mère.
- ✓ La présentation du siège dans certains cas et les présentations de l'épaule ou du front.
- ✓ Le bassin de la mère très étroit ou déformé (à la suite d'une fracture, par ex). Dans ce cas, la césarienne sera programmée quelle que soient la taille, la présentation et le poids du bébé.
- ✓ Un obstacle anatomique comme un gros fibrome de l'utérus, un placenta praevia situé sur le trajet du col de l'utérus peut parfois empêcher la progression du bébé.
- ✓ En cas de grossesse multiples (jumeaux, triplés...), selon les positions respectives des bébés. (ROUZBEH S.R. (2005), p5)

9.1. Les indications liées à la mère :

- ✓ Présence d'utérus cicatriciels.

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

- ✓ Certaines maladies maternelles mal contrôlées par le traitement médical, qui peuvent s'aggraver avant ou pendant l'accouchement : certaines maladies cardiaques ou de l'hypertension artérielle.
- ✓ Certaines infections, comme les vulvo-vaginites herpétiques.
- ✓ La future mère contaminée par le virus HIV réduit considérablement la transe mission materno-foetale du virus par une césarienne programmée. Cependant, c'est important de signaler que toutes les infections maternelles, même sévères, ne sont pas des indications systématiques de césarienne.

9.2. Les indications liées au bébé :

- ✓ Une insuffisance de croissance intra-utérine responsable d'un petit poids de naissance.
- ✓ Une naissance très prématurée.
- ✓ Certaines grossesses multiples.
- ✓ Une déflexion primitive de la tête.
- ✓ Une mauvaise position du cordon ombilical.
- ✓ Certaines malformations fœtales.

9.3. Les indications psychologiques :

Dans le cadre douloureux des traumatismes sexuels et des peurs qui y sont régulièrement associées, les femmes expriment assez fréquemment le désir d'accoucher par la césarienne, pendant ainsi être protégées des fantasmes associés au passage du bébé et surtout de la tête, à travers des voies génitales, source d'une terrifiante angoisse. (BAYLE B. (2006) p117).

Il existe des situations particulières, elles sont souvent la conséquence d'un lien de confiance (encore) insuffisant entre la patiente et l'équipe médicale. (Bayle B.Ibid. p 117.).

Une mère ayant vécu un accouchement lourd en séquelle (par exemple déchirure ayant mis très longtemps à cicatriser (Episiotomie) pourra souhaiter éviter de revivre cela pour son accouchement suivant.

La peur des femmes devant la douleur pendant le travail de l'accouchement par les voies basses. (GIANA A.et LERIDON H, (2000), p256).

Une mère ayant vécu un traumatisme, tel qu'un viol ou des attouchements, pourrait ne pas être en état de vivre un accouchement par voie basse, la cause psychologique est-elle une indication médicale de césarienne.

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

10. La pratique de la césarienne :

➤ La préparation :

Avant le début de l'opération, la femme nécessite une préparation, il est obligatoire de : retirer le vernis à ongles, les bijoux et le rasage de pubis.

Une fois au bloc opératoire, tout d'abord, en commençant par une pose d'une perfusion et tensiomètre ; suivi par la mise en place de l'anesthésie, on utilise souvent l'anesthésie Locorégional (péridurale ou rachianesthésie).

Ensuite, il faut installer la femme sur la table, complètement ou partiellement dénudée, en Position allongée avec ou non attachement des bras en croix. Puis, on pose la sonde urinaire.

Enfin, on a l'installation du champ opératoire et les draps stériles (HAS, 2013, p.6).

➤ L'acte chirurgical (l'opération) : Il consiste à :

- Inciser transversalement l'abdomen au niveau des poils pubiens, de façon à ce que la cicatrice reste invisible après. S'il a déjà une cicatrice verticale sous l'ombilic, le chirurgien éprendra la même cicatrice ;
- Les muscles de la paroi abdominale sont écartés non sectionnés ;
- La vessie est écartée.
- L'utérus est incisé transversalement à la jonction entre le haut du col et la partie épaisse du muscle utérin ;
- La poche des eaux est ouverte, et on aspire le liquide amniotique. Le chirurgien glisse sa main dans l'utérus, sous la tête du bébé pour la guider hors de ventre alors que son aide appuie fortement sur le fond utérin pour faire sortir le bébé.
- Le cordon est sectionné et le pédiatre ou la sage-femme reçoit le bébé dans un linge stérile ;
 - ✓ En cas d'une césarienne en urgence, il peut être nécessaire d'effectuer des soins de réanimation chez le bébé. Le pédiatre va aspirer le liquide que le bébé a dans la gorge, et le placenta sera enlevé et l'utérus massé pour qu'il devienne bien dur, comme un accouchement normal.
 - ✓ Le chirurgien renferme ensuite l'utérus et la paroi abdominale, et parfois, on posera un drain qui sort à côté de l'incision (Lansac, 2011, p.245).

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

11. Les complications de la césarienne :

La césarienne est souvent présentée comme un moyen simple, rapide et sans difficulté de faire naître son enfant, cependant elle peut présenter quelques complications à court et à long terme, aussi bien pour la mère que pour le bébé.

11.1. Concernant la mère :

Elles peuvent survenir pendant l'intervention :

- ✓ Anémie, suite à une hémorragie ou par défaut de contraction de l'utérus
- ✓ Plaie de la vessie qui recouvre l'utérus. Cet incident pourra conduire à prolongation du temps d'hospitalisation, avec mise en place d'une sonde urinaire à demeure.
- ✓ Une blessure sur un autre organe voisin de l'utérus, comme l'uretère, les anses intestinales....
- ✓ Ceci est le plus souvent lié à des conditions opératoires difficiles.
- ✓ Une césarienne en urgence ou une intervention sur un ventre opéré à plusieurs reprises. Complications anesthésiques (générale), elles sont les mêmes que toutes les interventions mis.
- ✓ À part le risque de broncho-aspiration, qui est plus fréquent en cours de césarienne en urgence ou lorsque la patiente n'est pas à jeun et non prémédiquée.
- ✓ Complications infectieuses, surtout urinaire suite à la pose d'une sonde urinaire, moins fréquemment au niveau de l'utérus s'il y a eu de la fièvre pendant le travail ou si le travail a duré longtemps avant la césarienne essentiellement après rupture des membranes. Très rarement, les infections se logent au niveau des poumons (Régurgitation sous anesthésie générale), de l'abdomen (poche de plus près de la zone opérée) ou de la peau (cicatrice).
- ✓ Complications thromboemboliques, bien que rares elles sont graves par leur risque vital.
- ✓ Occlusion intestinale, par retard ou non reprise du transit (très rarement).
- ✓ Rupture secondaire à une cicatrice de l'utérus, strictement si la patiente a présenté une endométrite du post-partum.

11.2. Concernant le bébé :

La naissance par césarienne semble favoriser la survenue d'une détresse respiratoire, ce d'autant que l'enfant naît avant 40 semaines d'aménorrhée. Lié à une résorption insuffisante

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

du liquide pulmonaire du bébé, ce trouble se rencontre plus fréquemment lors de la césarienne programmée car les poumons du bébé ne sont pas comprimés par le passage à travers la filière génitale, comme dans un accouchement par voie basse. De plus, si la césarienne est effectuée Hors travail, le bébé ne bénéficie pas des mécanismes hormonaux facilitant la maturation pulmonaire.

La mortalité périnatale par césarienne n'est pas plus élevée que la mortalité périnatale par l'accouchement par voie naturelle. La nature de la pathologie ayant nécessité une césarienne est très importante pour la survie fœtale et l'extraction chirurgicale ne permet pas toujours assurer une issue favorable.

Synthèse

La grossesse est une période charnière dans le parcours d'une femme, marquée par de profonds bouleversements corporels, hormonaux et psychiques. Elle engage une série de réaménagements intérieurs et relationnels, mobilisant la subjectivité féminine à travers une dynamique complexe entre corps, représentations et projections. Ce chapitre explore les étapes biologiques de la grossesse, tout en soulignant les formes diverses qu'elle peut prendre, de la grossesse intra-utérine à la grossesse multiple ou encore nerveuse, reflet de l'intensité du désir et du vécu psychique.

Les trois trimestres de la grossesse sont traversés de transformations qui ne sont jamais neutres : du temps de la fusion initiale à celui de la reconnaissance de l'enfant comme autre, jusqu'à l'anticipation de la séparation lors de l'accouchement. Chaque étape engage la femme dans un processus de maternité psychique, qui se tisse en parallèle de l'évolution biologique du fœtus. L'accouchement, qu'il soit par voie basse ou par césarienne, cristallise ces enjeux. Il peut être vécu comme une épreuve physique et symbolique, particulièrement lorsque la césarienne est imposée dans l'urgence, bouleversant parfois les représentations idéalisées de la naissance.

La césarienne, abordée ici dans ses dimensions médicales, techniques et cliniques, révèle aussi des enjeux affectifs et identitaires profonds. Lorsqu'elle survient de manière imprévisible, elle peut générer des sentiments ambivalents, entre soulagement et perte de contrôle. Ce chapitre souligne l'importance d'un accompagnement attentif et personnalisé, qui prenne en compte non seulement les indications médicales, mais aussi les besoins subjectifs et émotionnels des femmes.

Chapitre II Grossesse, accouchement et césarienne en urgence chez les femmes

Ainsi, ce parcours autour de la maternité met en lumière combien la naissance ne se résume pas à un événement biologique, mais constitue une expérience psychique fondatrice, à la fois vulnérable et profondément signifiante.

Chapitre III

**Le vécu psychologique de la césarienne en
urgence**

Préambule

La césarienne en urgence, bien qu'essentielle dans certaines situations, constitue souvent un bouleversement émotionnel pour la mère. Vécue comme une rupture brutale du projet de naissance, elle peut engendrer un sentiment de choc, de perte de contrôle, voire de traumatisme. Ce chapitre aborde les aspects psychologiques de cette expérience, ses conséquences à court et long terme, ainsi que les moyens de soutien et de prise en charge pour les femmes concernées.

1. Définition de vécu psychologique :

Pour aborder la notion de vécu psychologique, nous allons d'abord commencer par un ensemble de définition du vécu, ensuite nous allons passer à la définition de vécu psychologique.

Selon le dictionnaire de la philosophie le vécu est celui : « qui a fait objet d'une expérience individuelle concrète, effective, qui doit être considéré du point de vue du sujet engagé dans le monde » (Baraquin et al., 2011, p.522).

Le vécu renvoie selon le dictionnaire de la psychologie à : « l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective » (Doran & Parot, 2013, p.746).

Quant au mot psychologique : « il désigne tous les faits existant à un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis » (Sillamy, 2003, p.962). Dans ce fait nous avons déduit qu'un vécu désigne tout ce qui a été effectivement dans la vie d'une personne dans son mode propre. Cependant le terme psychologique est aussi défini comme appartenant à la psychologie qui est : « la science des faits psychiques » (Sillamy, 2003, p.212).

Pour C. Rogers (1951) le vécu psychologique désigne : « expérience » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un événement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient » (Wade & Tavis, 2000, p.244). Dans ce cadre, le terme expérience possède plusieurs acceptions, il est le plus souvent utilisé pour désigner l'aspect subjectif d'un événement. En effet ce qui importe aux humanistes ce n'est pas ce que fait l'individu (réalité objectif, vue de l'extérieur) mais c'est ce que l'individu pense ou ressent au moment d'agir ou après (réalité subjectif, vue de l'intérieur) (Wade & Tavis, 2000, p.244).

En conséquence, nous pouvons dire d'après l'ensemble de ces définitions que le vécu psychologique renvoie à la manière dont l'individu perçoit les événements qui le touchent, autrement dit c'est l'ensemble des sentiments, des émotions, des pensées que l'individu ressent face à un tel événement et cette expérience n'est pas accessible qu'à la personne concernée car elle seule a un accès privilégié au contenu de sa conscience.

2. L'impact de la césarienne en urgence :

2.1. L'impact physique de la césarienne :

Du point de vue médical, la césarienne est une intervention chirurgicale importante qui peut entraîner des difficultés physiques telles que les douleurs abdominales. La récupération physique est variable d'une femme à l'autre. Cependant, un soutien de la part de l'équipe médicale a un impact positif sur la récupération physique en plus de son rôle dans l'accompagnement émotionnel (Lasserre, N).

Pour les femmes, la cicatrice de césarienne est très importante. En effet, l'obstétricien rassure spontanément la femme lors de la césarienne sur la taille ou la visibilité de la cicatrice. De plus, il s'agit du stigmate de leur accouchement. En effet, certaines femmes peuvent confier que cette cicatrice était le signe physique de leur blessure psychologique.

2.2. L'impact psychologique de la césarienne :

Premièrement, tous les mécanismes d'attachement ne peuvent pas avoir lieu de la même façon que pour un accouchement par voie basse. Le corps n'agit pas de la même manière en cas de césarienne. Lors d'une césarienne pendant le travail, l'augmentation d'ocytocine a eu lieu mais le processus n'est pas complet, comparé à une femme qui accoucherait par voie basse. De façon inconsciente les femmes ayant des césariennes ne bénéficient pas des mêmes expériences neuro-hormonales que les femmes ayant un accouchement par voie basse.

Selon une étude réalisée par J. FISHER professeure en gynécologie, les femmes qui ont eu des accouchements par césarienne étaient significativement plus susceptibles de connaître une détérioration de l'humeur et une diminution de l'estime de soi (Fisher J, Astbury J, Smith A.)

Une étude sur l'évaluation de la perception des facteurs de stress faite pendant le séjour à la maternité a montré que la source de stress la plus importante était le vécu de l'accouchement :

« Dans le post-partum précoce correspondant au séjour en maternité, le vécu de l'accouchement est perçu par les mères comme le facteur de stress majeur quelle que soit la

parité » (Chabbert M, Wendland J.p 199). Cela est d'autant plus important en cas de césarienne pendant le travail car le caractère imprévu de la césarienne pour stagnation accentue la part négative dans le vécu (Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S. Page 61).

Un accompagnement adapté de ces patientes pourrait permettre de diminuer ces risques. Ce qui ressort des études sur le vécu d'une césarienne pendant le travail est la sensation d'échec, qui s'associe à une perte du contrôle de la naissance avec un sentiment d'impuissance. Ce ressenti des femmes semble en effet être confirmé dans mon mémoire.

2.3. Baby blues, dépression du post-partum et syndrome de stress post-traumatique :

Le baby blues est un mécanisme naturel engendré par tous les bouleversements liés à l'accouchement, qu'ils soient physiques, psychologiques ou hormonaux. De plus, l'intensité de la douleur a un impact sur le baby blues et la dépression du post-partum. Il est donc essentiel de prendre en compte également la douleur physique en per-opératoire et en post partum, liée à la césarienne.

D'autre part, une femme ayant une césarienne peut développer un syndrome de stress post-traumatique. C'est un trouble qui peut entraîner des reviviscences de l'évènement traumatique avec une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent la vie personnelle, sociale et professionnelle. (Pétraglia F, Imperatore A, Challis J).

Dans une étude prospective réalisée sur un échantillon d'environ 1500 femmes, de manière significative, il était retrouvé un taux statistiquement significatif plus élevé de syndrome de stress post-traumatique chez les femmes ayant subi un accouchement par césarienne pendant le travail par rapport aux femmes ayant accouché par césarienne programmée ou par voie vaginale sans extraction instrumentale. Ces césariennes pourraient avoir un impact négatif sur le comportement et une altération de la relation mère-enfant. (Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. p805).

2.4. L'annonce de la césarienne :

L'annonce de la césarienne constitue le point de rupture avec l'accouchement par voie basse. En effet, c'est un évènement marquant qui est souvent bien retenu et détaillé par les femmes. Cette annonce, et par la suite son vécu, semblent influencés par le déroulé du travail. En effet, lorsque le travail a été long et éprouvant, cette annonce de césarienne résonne chez certaines femmes comme un soulagement même si la déception est présente.

Pour d'autres femmes, la césarienne n'est pas vécue comme un échec mais comme une façon d'obtenir un accès différent à la parentalité. L'ambivalence des sentiments ressentis par les femmes en cas de césarienne émerge de façon importante dans cette étude. En effet, la plupart vont passer par différentes étapes avec parfois des émotions totalement contradictoires, allant du sentiment de soulagement à celui de la culpabilité. Quoiqu'il en soit, toutes les femmes s'accordent pour conclure que le plus important est la santé de leur enfant.

La césarienne imprévue n'est pas la seule cause d'une expérience négative, d'autres facteurs peuvent se rajouter tels que des inquiétudes liées à la grossesse, des facteurs liés à la vie sociale de la femme ou des problèmes²⁹ dépendants de la parentalité. Ces différents facteurs montrent que la césarienne en cours de travail n'est pas la seule raison du mauvais vécu de la naissance d'un enfant, *il existe d'autres facteurs qui influencent l'impact psychologique de la césarienne, et donc la façon dont ils sont perçus. Les facteurs individuels peuvent donc aider à expliquer une partie de la variation individuelle des résultats. Ces facteurs peuvent être obstétricaux, liés à la vulnérabilité psychologique, à l'attitude ou à l'état d'esprit ou à la qualité des soins de maternité reçus* (Clement, pp109-126).

En conséquence, le vécu relève d'une expérience personnelle, c'est une impression selon laquelle on perçoit un événement. Le vécu est subjectif, il est donc difficile de prédire quel sera l'impact psychologique et l'acceptation de la césarienne par la patiente de façon individuelle.

Il y a des femmes qui sont très heureuses d'accoucher par césarienne et dont le vécu psychologique est entièrement positif. D'autre part, il y a des patientes qui se sentent dévastées par leur expérience et cela entraîne des conséquences psychologiques négatives à court et long terme. (Garel M, Lelong N, Marchand A, Kaminski, p105).

2.5. L'accompagnement :

2.5.1 Par les sages-femmes :

Les professionnels de santé jouent un rôle majeur dans la prise en charge psychologique des patientes. Ils constituent un soutien et permettent à la femme de déculpabiliser en ayant des informations claires, permettant de comprendre la situation. Il est essentiel de sensibiliser les professionnels de santé sur les enjeux physiques et psychologiques de la césarienne pour stagnation pendant le travail pour les patientes. (Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad, pp 17-27).

Plusieurs études confirment l'importance et l'enjeu de l'accompagnement des sages-femmes. Les sages-femmes accompagnent les patientes tout au long de leur parcours, elles peuvent donc à tout moment guider le couple lors des différentes étapes de la prise en charge, assurer la continuité de la prise en charge en les accompagnant, ainsi que corriger les informations retenues.

Toutefois, il est important de souligner que cet accompagnement dépend parfois de l'activité au bloc obstétrical et en suites de couches.

En effet, compte tenu de la charge de travail et du manque de personnel auquel fait aujourd'hui face l'hôpital public, cet accompagnement ne peut pas toujours être réalisé de façon optimale.

2.5.2 Par le conjoint et les proches :

Dans le cas d'une césarienne, le père ou l'accompagnant prend une place plus importante dans l'accueil du nouveau-né. En effet, c'est lui qui réalise la première peau à peau, parfois la première alimentation, il se retrouve en général seul avec son nouveau-né le temps de l'intervention et durant les soins en SSPI. Celui-ci devient alors un réel pilier, indispensable dans l'accompagnement de la naissance. Il a été prouvé par plusieurs études que la présence du père influence positivement le vécu des femmes concernant la césarienne.

Selon l'enquête réalisée par Césarine en 2017, la présence du conjoint s'associe à une réduction des très mauvais vécus de la césarienne et à une augmentation des très bons vécus. Ainsi, concernant le bloc opératoire, lorsque l'accompagnant est « ailleurs », le vécu négatif est de 64 %, alors que lorsque l'accompagnant est présent au bloc avec la mère, le vécu négatif passe à 51 % .

Les proches ont parfois du mal à comprendre la frustration ressentie par les femmes. En effet, l'entourage peut être un soutien important mais il peut aussi être maladroit dans ses propos et blesser la personne. Néanmoins, l'idée de voir la femme souffrir physiquement ou psychologiquement peut entraîner un désarroi chez l'entourage (Manier, pp 49-59).

2.6. La relation mère-enfant :

Depuis plusieurs années, la prise en charge des patientes au bloc opératoire s'est améliorée. Aujourd'hui, l'équipe médicale favorise le rapprochement mère- enfant. Le nouveau-né est placé le plus rapidement possible en peau-à-peau sur la mère et il est séparé le moins de temps possible lors du post-partum immédiat.

Cela demande une implication de l'équipe médicale pour encadrer le premier échange entre la mère et son nouveau-né, et ainsi se rapprocher d'une naissance par voie basse.

Le post-partum immédiat est essentiel dans la découverte de ce nouveau-né. Après la naissance, il existe une phase d'éveil calme chez le nouveau-né propice aux échanges et aux apprentissages. Les premiers regards sont essentiels. En effet, pour la mère le premier regard de son bébé crée un élan maternel indéfectible. (Pilliot M.p 79).

En cas de césarienne pour stagnation, la majorité des anesthésies sont locales et permettent donc à la femme d'être actrice dans ces premiers échanges. L'équipe médicale favorise au maximum la première peau à peau en salle de césarienne. La durée de celui-ci varie mais dans la majorité des cas il dure seulement le temps de l'intervention.

De plus, pour certaines femmes, il est possible de réaliser une césarienne douce qui permet au nouveau-né de sortir au rythme des contractions et sous l'effet de la respiration maternelle. (Briex M,p 86). Cela renforce le sentiment de la femme de maîtriser son accouchement et favorise le peau à peau. De plus, cela renforce son sentiment d'auto-efficacité maternelle, autrement dit, sa « *croyance en ses propres capacités à faire face à une situation particulière* » (Briex M).

Il faut dire que c'est très important pour une mère de s'occuper des soins primaires de son nouveau-né, cela peut être le change ou l'alimentation. En effet, cela lui permet de se sentir capable d'être mère et de développer une interaction avec son nouveau-né. Selon WINNICOTT psychanalyste, juste après la naissance du bébé, la mère est dans un état très spécifique qui lui permet de s'identifier à son nouveau-né et de comprendre ses besoins. (Bydlowski M, Golse B.pp. 30-33).

Pour les enfants allaités, la césarienne n'a pas imputé négativement l'allaitement ; malgré le fait que la césarienne peut entraîner un risque de retard de montée de lait comme montré dans différentes études.

2.7. Préparation à la parentalité :

Il est important de parler avant l'accouchement de tous les tenants et les aboutissants possibles lors de l'accouchement pour ne pas laisser les patientes dans l'incertitude et donc dans l'angoisse. Pour certaines femmes même si la césarienne a été abordée au cours de la grossesse, cela reste pour elles tout de même inenvisageable. De plus, la préparation à la naissance avait pour but initialement de préparer les parturientes à la douleur de

l'accouchement en apprenant les différentes techniques de respiration. Mais aujourd'hui, selon le plan de périnatalité, d'autres thèmes sont abordés pour préparer le couple à la naissance mais aussi à la parentalité.

Pendant ces séances, on y évoque le développement des compétences parentales, les ressources utiles, et l'apprentissage des techniques de travail corporel. Le thème de la césarienne est donc abordé pour permettre aux femmes d'appivoiser cette intervention chirurgicale. Une femme informée sera une patiente plus ouverte et réceptive. Cependant, il faut prendre en compte ce que les femmes veulent bien entendre ou comprendre (Drugmanne A.).

2.8. Les prochaines grossesses :

La question du prochain accouchement est une réelle préoccupation pour les femmes. L'existence d'une cicatrice utérine peut entraîner une augmentation du risque de placenta prævia, de placenta accreta, d'une nouvelle césarienne, ainsi que de rupture utérine. (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.)

L'accouchement par voie basse après une césarienne est possible après un accord voie basse de la part des gynécologues-obstétriciens. L'équipe médicale sera vigilante lors de la grossesse, du travail et de l'accouchement sur les risques cités précédemment. (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). Cependant, il semble que le vécu de la césarienne peut avoir une réelle incidence sur la perception que la femme a d'elle-même autant sur le plan physique que sur ses capacités à être mère. De plus, on peut imaginer que cela peut avoir une incidence sur le choix d'une future grossesse ou sur son déroulement. Elle s'interroge sur sa capacité à accoucher pour un second enfant et cela peut être angoissant, même après avoir eu un accord voie basse. De plus, comme vu précédemment le psychisme a un rôle dans la dilatation du col.

3. Les conséquences tardives de la césarienne :

Comme toute opération, la césarienne laisse des séquelles et parfois des maladies défavorables sur la santé de la mère et celle du bébé, ces séquelles peuvent apparaître après l'opération et s'étendent à l'âge adulte. L'association Césarine a publié un article en juin 2016 sur les conséquences de la césarienne sur la mère, suivi d'un autre article publié en avril 2017 sur les conséquences sur le bébé, à long terme.

À la lumière de ces articles, nous allons présenter les conséquences de la césarienne sur la vie de la mère et celle du bébé à long terme.

3.1. Les conséquences tardives sur la mère :

Trois risques majeurs peuvent affecter une femme accouchée par césarienne ultérieurement, et cela d'après les constatations de l'association Césarine en 2016 (<https://www.cesarine.org/avenir/consequences>).

3.1.1. Risque d'adhérence :

Les adhérences sont un défaut de cicatrisation : au lieu que la peau cicatrise avec la peau, les muscles avec les muscles etc., il se peut que certains plans cicatrisent ensemble, à titre d'exemple : la vessie pourra se coller à la cicatrice de l'utérus. Parfois, les adhérences peuvent provoquer des gênes et des douleurs, comme elles peuvent passer inaperçues et n'être détectées jusqu'au moment d'une nouvelle opération chirurgicale telle qu'une nouvelle césarienne. Les adhérences se multiplient avec le nombre d'opérations chirurgicales, par exemple on trouve quasiment deux fois plus d'adhérences après deux césariennes qu'après une seule.

3.1.1. Risque d'une césarienne lors des grossesses ultérieures :

Après une première césarienne, le risque d'accoucher par césarienne lors d'une autre grossesse augmente. L'association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie obstétrique et gynécologie (Audipog) indique d'après une étude faite en 2006 sur un groupe des mères vivant leur deuxième grossesse, enceinte d'un seul enfant et ayant accouché la première fois par césarienne, qu'environ la moitié des femmes ont subi une césarienne programmée ou une césarienne en urgence avant le travail (<https://www.cesarine.org/avenir/consequences/>). Et l'autre moitié qui ont tenté d'accoucher par voie basse, elle indique que: Les trois quart ont effectivement accouché par voie basse. Et le un quart restant a subi une césarienne en cours de travail.

À partir de ces résultats, les auteurs constatent que les deux tiers (61,8 %) des mères ayant subi une première césarienne, ont subi à nouveau une césarienne.

3.2. Les conséquences tardives sur le bébé :

Tout comme la mère, la césarienne peut laisser des effets tardifs néfastes sur le bébé :

3.2.1. Risque d'asthme :

Le risque d'asthme augmente en cas d'une césarienne. Le sur-risque exact semble difficile à évaluer car les publications donnent des valeurs assez variables. À titre d'exemple, citons :

- Une méta-analyse sur 23 études faites (en 2008) trouve un risque x 1,20 d'asthme chez les enfants nés par césarienne.
- Dans une étude faite par Roduit et al (2009) sur l'asthme à l'âge de 8 ans, ils constatent que les enfants nés par césarienne ont un risque élevé d'asthme environ x1,79 que ceux nés par les voies vaginales. Le sur-risque étant plus important, x 2,91 si les parents sont allergiques.

Cependant, il semble exister une association entre la détresse respiratoire et le risque d'asthme, la détresse respiratoire étant plus fréquente en cas de césarienne, ce qui pourrait expliquer pourquoi les enfants nés par césariennes sont souvent asthmatiques.

3.2.2. Risque d'allergie :

Le lien entre césarienne et les allergies semble dépendre du type d'allergie. Selon plusieurs études, on constate qu'après une césarienne, il y a risque de deux types d'allergie :

- Rhinite allergique : une méta-analyse sur 7 études faite par Bager et al en avril 2007, trouve un risque x 1,23.
- Allergies alimentaires : plusieurs études trouvent un lien entre la césarienne et ce type d'allergie, dont la même étude précédente de Barger et al (2007).

Une étude de Metsala et al (2010) trouve un risque x 1,18 d'allergie au lait de vache. Une explication proposée est que lors d'une naissance par voie basse, les bactéries présentes dans la flore vaginale (les lactobacilles notamment) colonisent les intestins de l'enfant, ce qui lui assure une meilleure protection. Dans un article publié par Dominguez-Bello et al (2010), la flore intestinale des enfants nés par césarienne n'est pas identique à celle des enfants nés par voie basse.

3.2.3 Risque obésité infantile :

Selon une étude de Susana Y. Huht et al (2012), déclare que le taux d'obésité à l'âge de 3 ans est deux fois plus élevé chez les enfants nés par césarienne, il est d'environ 15,7%, par rapport à celui des enfants nés par voie basse 7,5%.

Une étude chinoise en Novembre 2011, cite également que la césarienne comme un facteur de risque d'obésité infantile.

4. Les factures influençant le vécu psychologique :

4.1. Facteurs psychosociaux :

4.1.1. La relation conjugale :

Une relation conjugale relève l'union entre le mari et la femme. Le terme conjugal englobe bien davantage que les relations sexuelles. Il indique l'existence d'un degré d'attachement important entre deux partenaires mais aussi qui suppose une certaine permanence, une interdépendance financière, sociale, émotive et physique, un partage des responsabilités ménagères et connexes, ainsi qu'un engagement mutuel sérieux.

Plusieurs études indiquent un lien entre le fonctionnement conjugal et la détresse psychologique. Les recherches indiquent notamment que les personnes présentant de la détresse psychologique sont plus à risque de développer des problèmes dépressifs ou anxieux, que le traitement conjugal améliore souvent aussi le fonctionnement psychologique et que souvent les gens rapportent que la détresse conjugale a précédé la détresse psychologique (Trudel.2011).

Le soutien inconditionnel du conjoint lorsque sa femme est enceinte favorise le bon vécu physique et psychologique de la grossesse, car les changements hormonaux que les femmes subissent pendant la grossesse peuvent les rendre anxieuses et irritables dans n'importe quelle situation. C'est donc à ce moment-là que le couple doit être plus proche. (Briffault.2010)

Le fait de vivre en couple, voire d'être marié, est globalement associé à une prévalence plus faible des épisodes dépressifs. Par ailleurs pourtant, on observe que les dysfonctionnements dans le couple sont fréquemment associés à des états de souffrance psychologique, voire à des états dépressifs chez l'un des conjoints ou les deux, un phénomène connu depuis toujours, et formellement étudié depuis longtemps (Briffault.2010).

Une étude américaine récente, portant sur plus de 2 000 personnes en population générale, les résultats montrent que la détresse conjugale est associée à un risque accru de présenter un trouble, en particulier un trouble de l'humeur, ce même en contrôlant l'effet des variables sociodémographiques. Cependant, au sein des troubles de l'humeur, ce n'est pas avec le trouble unipolaire que la détresse conjugale était la plus fortement associée mais avec le

trouble bipolaire. L'association avec les troubles d'usage de l'alcool était également très forte. (Briffault.2010)

Weismann (1987) compare des sujets satisfaits de leur vie de couple avec des sujets ayant des difficultés conjugales. Ces derniers seraient 25 fois plus susceptibles de présenter une dépression majeure que les sujets satisfaits de leur vie de couple. De son côté, Rounsaville et al. (1979) trouvent que 50% des sujets traités pour une dépression majeure présentent des difficultés de couple (Trudel. 2011).

4.1.2. Le soutien familial :

Peu de gens comprennent l'importance du soutien familial pendant la grossesse, le soutien apporté à la mère à mieux gérer les sauts d'humeur, le stress et toutes les expériences qui impliquent l'attente d'un bébé. Pour commencer, le soutien est un facteur essentiel des relations humaines dans la vie habituelle. En situation de maladie, il revêt une importance et un relief particuliers.

Les études en psychologie de la santé dégagent, à partir de nombreux travaux, la conclusion que le soutien social joue un rôle primordial qui a des effets bénéfiques sur la santé. Il a été abordé dans deux orientations distinctes qui ont dégagé l'importance des contacts sociaux à partir de l'idée de réseau social, d'un côté, et l'impact de l'isolement ou de l'intégration sur la santé, de l'autre.

Le soutien définit « un ensemble de ressources fournies par les autres ». De façon plus précise, le soutien social désigne une ressource psychologique liée à l'évaluation réalisée par un individu de la qualité de ses relations. Il existe deux composantes dans le soutien :

L'aide objective apportée à quelqu'un, appelée soutien social reçu, et la qualité de réconfort qu'elle représente pour lui, appelée soutien social perçu. Ces éléments ont permis de dégager quatre formes de soutien :

- Le soutien émotionnel qui est l'expression de son affection pour quelqu'un : elle constitue une aide dans des situations éprouvantes à travers le réconfort et la consolation qu'on lui apporte ;
- Le soutien d'estime qui consiste à donner ou à redonner confiance à quelqu'un en sa propre valeur et en ses capacités ;
- Le soutien informatif qui fournit un ensemble de suggestions et de conseils pour permettre de faire face à une situation ;

- Le soutien matériel qui s'exprime par des aides concrètes et pratiques.

Parmi ces différents types de soutien, c'est le soutien émotionnel qui est perçu comme le plus important et le plus efficace. Néanmoins, suivant les situations, il peut être lui-même modulé par d'autres facteurs comme la valeur accordée à l'autorité et la crédibilité de la source d'information. Ainsi pour les personnes malades, le soutien émotionnel est d'autant plus important qu'il provient de quelqu'un de proche et d'intime, alors que le soutien informatif est d'autant plus fort qu'il provient du médecin ou d'un personnel soignant (Fischer et al.2020).

Souvent les membres de la famille, et même le partenaire de la future mère, ne sont pas conscients de l'importance du soutien familial pendant la grossesse et ne connaissent donc pas la façon la plus appropriée de faire face aux changements hormonaux de la femme enceinte. L'arrivée d'un nouveau membre dans la famille implique la création de nouveaux liens. Dans cette perspective, la famille s'agrandit et chaque membre doit ouvrir un espace émotionnel pour le futur membre. Ce qui rend nécessaire le soutien de tout l'entourage. De ce fait, le soutien familial pendant la grossesse est vraiment essentiel pour l'humeur de la mère et la santé du futur bébé, la fera se sentir bien et protégée, soutenue et entourée.

4.1.3. Le stress financier durant la grossesse :

Les soucis financiers viennent souvent en tête de liste de nos préoccupations, plus encore que la santé. Ces faits ne sont peut-être pas surprenants étant donné le monde dans lequel nous vivons. L'incertitude économique, le coût de la vie, les faibles augmentations des salaires et la précarité croissante du travail créent un sentiment de vulnérabilité et de malaise (Susan. 2019).

En effet, la crainte de ne pas pouvoir subvenir aux besoins de leur bébé stressait d'ailleurs les femmes enceintes par des difficultés financières auraient plus de risques de donner naissance à un bébé de faible poids et à l'état de santé plus fragile. Les niveaux élevés de stress peuvent augmenter les risques de complications durant la grossesse. Le stress dus aux soucis financiers affecte évidemment la santé d'un enfant, l'impact de l'arrivée du bébé sur leur vie sociale, leur retour au travail et le paiement des soins médicaux (Kabbaj.2017).

4.1.4. Les événements de la vie dit stressant :

La relation conjugale, le soutien familial, sont des situations généralement plus ou moins pérennes, qui entretiennent durant la grossesse des relations complexes avec la santé mentale, positives parfois, négatives dans d'autres cas. Qu'en est-il des événements plus ponctuels, que l'on appelle souvent dans la littérature des « événements de vie », et tout particulièrement des

événements de vie « stressants », qui peuvent être un facteur déclenchant de la dépression durant cette période de vulnérabilité.

Un article de 2008 fait le point sur la question. Il s'appuie sur la comparaison de trois groupes de 50 personnes présentant des troubles différents. Un groupe de patients présentant un trouble dépressif majeur avec des caractéristiques mélancoliques au sens du DSM-IV ; un groupe contrôle de patients présentant un trouble limite de la personnalité soignés dans la même clinique que les patients du premier groupe ; un deuxième groupe contrôle constitué d'amis des patients du premier groupe appariés pour l'âge, le sexe, et le statut sociodémographique, et ne présentant aucun trouble psychiatrique.

Trois grands types de relations entre événements de vie et santé mentale sont postulés. Un modèle quantitatif cumulatif, selon lequel c'est la quantité et l'intensité des événements stressants, et non leur qualité ou leur signification qui sont en relation avec les problèmes de santé mentale. Un modèle qualitatif général, selon lequel ce ne sont pas les événements en tant que tels, mais leur caractère indésirable ou effrayant qui sont en relation avec la santé mentale. Un modèle qualitatif spécifique, qui suggère que des événements spécifiques sont liés avec des pathologies spécifiques – par exemple, les pertes, séparations, ou les tresseurs incontrôlables pourraient être associés plus spécifiquement aux troubles de l'humeur, tandis que les accidents ou agressions pourraient être associés plus spécifiquement aux états de stress post-traumatique.

S'agissant des événements de l'enfance, le nombre total d'événements de vie stressants, positifs comme négatifs, était moindre dans le groupe « dépressifs », mais la proportion d'événements liés à des pertes (décès, séparations) était plus élevée.

S'agissant des événements de l'année précédant le premier épisode dépressif, le nombre total d'événements de vie stressante était moindre dans le groupe « dépressifs ». C'était également vrai des événements stressants négatifs, mais pas des événements stressants positifs. Cependant, rapportée au nombre total d'événements, la proportion spécifique d'événements stressants était plus élevée dans le groupe « dépressifs », et en particulier

La proportion d'événements de vie stressante négatifs. La proportion d'événements relatifs à des pertes et à des séparations était également plus élevée dans le groupe « dépressifs ».

Par ailleurs, les scores relatifs aux événements de vie stressante étaient plus faibles dans le groupe « dépressifs » sur la période allant de 18 ans à l'interview, ce résultat étant également vrai des événements de vie stressante négatifs. Sur la période allant de 18 ans au premier

épisode dépressif, les scores d'événements de vie stressante ne. Ne différaient pas entre les groupes, tandis qu'ils étaient plus bas pour le groupe « dépressifs ». Mais les événements stressants

« incontrôlables » survenaient plus fréquemment dans le groupe « dépressifs », et ces patients rapportaient d'ailleurs davantage que les autres que les événements les plus critiques de leur vie adulte ne dépendaient pas de leur contrôle (Briffault.2010. P80).

4.2. Facteurs de vulnérabilité communautaires :

Les facteurs culturels ont un impact sur la santé mentale dans le sens où la détresse psychologique ne s'exprime pas universellement sous forme de « dépression » ou « d'angoisse », mais par des idiomes de détresse spécifiques propres à chaque culture. Un exemple est la crise de transe et de possession en Afrique de l'Ouest. De plus, les événements pré migratoires, le processus migratoire et le stress de l'exil et de l'insertion dans le nouveau pays fragilisent la santé mentale des migrantes.

Il existe indéniablement une forte relation entre le statut socio-économique et la santé mentale des individus, l'exemple le plus classique étant celui de l'impact des conditions de travail. Elles sont aussi plus touchées par le burn-out tant au niveau professionnel que parental (les deux étant parfois liés).

La vision traditionnelle de la répartition des responsabilités homme/femme constitue en soi un facteur de vulnérabilité, en soulignant la passivité, la soumission et la dépendance des femmes et en leur imposant le devoir de prendre soin des autres, sans pour autant mettre de côté les travaux non rémunérés (domestique, agricole), (Borcan. 2015).

4.2.1. La préférence pour le sexe masculin :

Depuis longtemps, il est constaté qu'il naît biologiquement, partout dans le monde, 105 ou 104 garçons pour 100 filles. Les démographes appellent cette constante "le rapport de masculinité". Ils s'inquiètent de plus en plus, aujourd'hui, des effets que pourraient avoir sur la procréation humaine l'émergence des nouvelles techniques en matière de procréation médicalement assistée qui rendent possible la détermination du sexe juste au moment de fécondation, et la sélection génétique. Ces avancées biotechnologiques posent, pour certains, de graves questions concernant le risque d'éventuels déséquilibres de la répartition par sexe des populations.

Ainsi, d'après les observations depuis les années 1980 une nette augmentation du rapport de masculinité à la naissance dans certaines populations asiatiques (Chine, Inde, Pakistan, Vietnam) et même Européennes (Albanie, et quelques pays de l'ex URSS). Depuis lors de nombreuses études démographiques ont été menées pour identifier les principales raisons menant les couples à préférer le sexe de leur futur enfant, en particulier les garçons.

Certains appellent ce phénomène de préférence pour les garçons la malédiction de naître fille.

Dans les sociétés arabo musulmanes, la préférence pour un fils est profondément ancrée dans la cellule familiale. Les études ont montré que cette préférence pour un fils tient son origine à des raisons culturelles, économiques et sociales. Le sociologue algérien Boutefnouchent. M, explique cette préférence excessive pour les garçons par le fait que la famille se perpétue de père en fils et non de mère en fils. Par ailleurs des études occidentales réalisées en extrême orient ont montré que les garçons étaient plus souvent désirés en raison de leur utilité économique et du fait qu'ils contribuaient à perpétuer le nom de la famille du père (Lakrouf. 2017).

4.2.2. Le décès périnatal et le deuil durant la grossesse :

Le décès périnatal et le deuil subséquent ont des effets délétères sur la santé mentale des femmes. Influence sur les trajectoires de vie des femmes et des hommes, comme couple, comme parent, comme travailleur, et au plan social.

La grande majorité des grossesses se déroulent sans problème et se terminent par la naissance d'un bébé vivant. Toutefois, le décès d'un bébé est un phénomène qui peut parfois survenir en cours de grossesse ou peu après sa naissance.

Selon une croyance populaire, lorsqu'un bébé meurt durant la grossesse ou peu après sa naissance, les parents s'en remettent plus vite que s'ils avaient connu l'enfant. Or, les recherches indiquent que les parents peuvent vivre une lourde perte à n'importe quel moment de la grossesse, même s'ils n'ont pas connu leur bébé, et que leur chagrin peut être aussi intense que pour la mort d'un être ayant vécu. Le deuil périnatal diffère toutefois de celui d'une personne ayant vécu et constitue une épreuve particulièrement difficile à vivre pour les parents pour les raisons suivantes :

- L'imprévisibilité du décès : Aucun parent n'est préparé à perdre un enfant avant ou après sa naissance. Ce type de décès peut donc comporter une dimension traumatique.
- Le lien affectif avec le bébé : La formation du lien affectif avec l'enfant à naître s'amorce à différents moments pour chaque parent. Pour la plupart des parents, ce lien s'établit bien avant la naissance du bébé, particulièrement à partir des premiers mouvements fœtaux et parfois même dès la planification de la grossesse. L'utilisation de l'échographie permet aux parents d'entendre le cœur du bébé ou de le voir sur une image, ce qui les amène souvent à intégrer rapidement le bébé dans la famille.
- Les pertes multiples : Le décès d'un bébé occasionne des pertes simultanées qui peuvent toucher l'identité ou l'estime de soi du parent, par exemple, la perte du statut lié à la maternité ou au rôle parental, la perte des projets et d'un avenir.
- L'absence de souvenirs concrets : Peu de souvenirs tangibles sont rattachés au bébé. Cette perte peut alors sembler irréelle et être donc plus difficile à surmonter pour les parents.
- Le manque de reconnaissance sociale. Bien que la grossesse ait été réelle pour les parents par exemple, ceux-ci ont visualisé le bébé, lui ont donné un prénom, ces derniers reçoivent peu de reconnaissance sociale après le décès du bébé. Il n'y a pas nécessairement de funérailles ni d'acte de naissance ou du décès pour souligner l'existence d'un bébé mort trop prématurément. Les parents peuvent ainsi avoir l'impression qu'il n'y a aucune trace de leur bébé. Enfin, puisque les gens de l'entourage n'ont pas connu le bébé, ils ignorent souvent la profondeur du lien affectif du parent avec celui-ci, et beaucoup se sentent mal à l'aise de parler de cette perte avec les parents. (Casson. 2011)

4.2.3. Les jeunes non mariés et les grossesses non désirées :

Pour une jeune femme non mariée, une grossesse non désirée est un rôle significatif dans leur vie affective et sociale, sont plus sujettes à l'anxiété et à l'inquiétude, et plus vulnérables émotionnellement que dans les autres périodes de leur vie. De fait, elle est la conséquence d'une série de facteurs psychosociaux. Les jeunes femme enceinte peuvent se voir contraintes d'interrompre leurs études, ce qui affecte psychologiquement et limite leurs éducation et leurs perspectives d'emploi. Elles peuvent également être exposées a de grave risque physique.

Dans la plupart des cultures, les jeunes mères non mariées font l'objet d'une stigmatisation qui peut avoir des incidences psychologiques et sociales négative. La grossesse marque généralement la fin de leurs études formelles. La maternité dans leur jeune âge infléchit le cours de l'existence de la jeune femme et la prive souvent de choix fondamentaux : emploi, capacité de gagner sa vie, possibilités et mariage futur. Elever un enfant constitue un fardeau

économique majeur qui réduit encore les chances des femmes pauvres de jamais échapper à la pauvreté. Les grossesses précoces ont des incidences bien plus graves pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes, mais certains de ceux-ci peuvent également en subir certaines conséquences sociale et psychologiques, en particulier s'ils interrompent leurs études pour pouvoir subvenir aux besoins de leur enfant.

Les grossesses non désirées présentent de graves dangers pour la santé des jeunes femmes. Par comparaison aux femmes de 20 à 24 ans, les femmes de 15 à 18 ans risquent deux fois plus de mourir en couches et les adolescentes de moins de 15 ans cinq fois plus. Le risque d'hypertension artérielle durant la grossesse est plus élevé chez les jeunes femmes, ce qui peut mener à des attaques cérébrales pouvant être causes de décès. À l'accouchement, les jeunes mères sont également à risque de travail prolongé ou bloqué, ce qui mène souvent à de graves hémorragies, à des infections et à d'autres complications telles que la fistule.

4.2.4. Déné de grossesse :

Il se définit comme le refus inconscient de reconnaître l'état de grossesse pendant les premiers mois et parfois jusqu'à l'accouchement. Il se différencie du phénomène conscient de dissimulation que l'on peut retrouver lors de grossesses chez une adolescente ou au sein d'un environnement hostile. Il est à l'origine d'une « complaisance somatique », c'est-à-dire du peu de modifications corporelles au cours de l'évolution de la grossesse. La découverte de la grossesse se fait fréquemment de façon fortuite ; elle est brutale et déroutante pour la femme, qui réagit de façon souvent bruyante (angoisse, dépression, délire, fuite).

L'état psychique maternel, l'absence de précautions et de suivi médical de la grossesse favorisent les complications : retard de croissance intra-utérine, mort fœtale in utero, malformations, accouchement dans des conditions d'urgence, infanticide et interactions précoces perturbées (Elise.2015).

4.2.5. Les maladies graves au cours de la grossesse :

Certaines femmes souffrent de maladie au cours de leurs grossesses, qui sont des atteintes au niveau organique mais qui ont une très grande influence sur l'aspect psychologique, à savoir des inquiétudes, l'angoisse, anxiété et la dépression. Le diabète est plus susceptible de provoquer des problèmes lorsqu'il est mal contrôlé, il augmente le risque des malformations congénitales majeures chez le bébé et d'avortements spontanés. De plus, elles peuvent souffrir d'hypertension artérielle, qui doit absolument être traitée car elle est responsable d'accidents maternels et fœtaux gravissimes.

-Les troubles thyroïdiens, le déséquilibre thyroïdien maternel est lui-même dangereux pour la thyroïde du fœtus. Les doses des médicaments seront adaptées tout au long de la grossesse.

-La rubéole, cette maladie infantile due à un virus qui circule dans l'air peut se transmettre au fœtus quand elle est contractée pendant la grossesse. Le fœtus contaminé est alors exposé à un retard de croissance, des atteintes oculaires, une surdité, une paralysie des membres, des malformations cardiaques, des troubles du développement du cerveau.

-La varicelle pendant la grossesse, le virus de la varicelle peut par contre avoir des conséquences redoutables pour le fœtus : malformations, lésions neurologiques Les infections urinaires. La grossesse est une période à risque pour le système urinaire car elle provoque une baisse générale des défenses immunitaires ainsi qu'une dilatation de l'urètre.

5. Traitement et prise en charge des femmes ayant accouché par une césarienne :

Les femmes ayant accouché par césarienne nécessitent une prise en charge spécifique et différente à celles ayant accouché par voie basse.

5.1. La prise en charge postopératoire :

5.1.1. La surveillance chirurgicale :

Avant de quitter le bloc opératoire, le chirurgien doit faire une vérification globale pour la parturiente, il doit :

- Contrôler le globe utérin ; et décailloter le vagin.
- Vérifier la présence d'urines dans le sac et leur aspect non hémorragique.
- Dictier le compte rendu opératoire de la césarienne en précisant les indications, en détaillant les difficultés techniques (déchirure, accidents), le type de présentation, le poids, le sexe du nouveau-né et son état à la naissance, le volume des pertes sanguines. L'opérateur doit déterminer avec l'anesthésiste les traitements complémentaires que nécessite la parturiente (anticoagulants, les antibiotiques, les analgésies, transfusion, numération de contrôle, date de retrait de la sonde vésicale), toutes ces consignes ainsi que les règles de surveillance, sont retranscrites sur la feuille d'anesthésie et la feuille d'observation de la patiente.
- Le chirurgien et l'anesthésiste ne quitteront pas le bloc qu'après s'être assuré du réveil de la patiente et de la normalité du pouls, de la tension et de l'absence de l'hémorragie. De plus,

il est préférable que le chirurgien donne des consignes pour un accouchement ou césarienne ultérieure (Lansac et al, 2011, p.482).

5.1.2. La surveillance en suite de couches :

Il est nécessaire de mettre en place des équipes médicales et leur faire une procédure de surveillance spécifique en suite de couches. Cette surveillance doit porter sur les complications postopératoires liées à la césarienne tel que : la survenue d'une hémorragie retardée du post-partum, des douleurs postopératoires, les nausées ou vomissements, l'hyperthermie, la cicatrisation de la plaie et la reprise du transit. Cette surveillance doit être effectuée pluri quotidiennement par chacune des équipes médicales en rotation (Fuchs et Benhamou, 2015, p.257).

5.2. La pharmacothérapie :

5.2.1. L'antibiothérapie :

C'est le traitement par les antibiotiques, la césarienne augmente les risques d'infections post-partum chez les femmes, elle est parmi les complications les plus fréquentes de la césarienne de 35 à 45% des cas. Pendant la césarienne, il y a un risque élevé de contamination utérine, en cas : d'une rupture prématurée des membranes de plus de 12 heures, infection génito-urinaire maternelle non ou mal traitée, fièvre pendant le travail, césarienne à dilatation complète, manœuvre par voie basse avant et pendant la césarienne, certaines pathologies comme (l'anémie, dénutrition, obésité). L'utilisation d'antibiothérapie est reconnue de nos jours par tous, elle est recommandée par l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (l'ANAES) et le collège national des gynécologues et obstétriciens Français (le CNGOF).

Les antibiotiques sont utilisés dans plusieurs cas, par exemple: après le clampage du cordon, s'il y a risque d'une infection anaérobie (rupture prématurée des membranes, fièvre chez la mère), il est conseillé d'injecter l'amoxicilline-acide clavulanique de 2g en une dose, cette prescription est prolongée à la même dose par jour jusqu'à l'obtention des résultats des prélèvements bactériologiques; si les résultats sont négatifs, la prescription s'arrêtera; s'ils sont positifs, la prescription sera adaptée en fonction du germe et de sa sensibilité.

La société Française d'anesthésie et de réanimation (SFAR, 2010) a recommandé d'injecter dès le clampage du cordon le céfazoline 2g IV, le céfamandole 1,5 g IV, céfuroxime 1,5 g IV en dose unique ou, en cas d'allergie, nous injectons la clindamycine 600 mg en dose unique. En cas de suspicion d'infection, l'antibiothérapie sera poursuivie jusqu'à la réception des résultats des prélèvements, (Lansac et al, 2011, p.482).

5.2.2. Les anticoagulants :

Ces médicaments sont utilisés en cas de risques de thrombo-embolique. Dans la plupart des temps, la césarienne associe les risques thrombo- emboliques du post-partum et du post opératoire, l'incidence des accidents de ce dernier est de 2 à 5% avec une mortalité par embolie pulmonaire de 0,1 à 0,5 %. Le traitement par anticoagulant est réservé aux populations à risque, c'est à dire les personnes qui ont des antécédents d'accidents thrombo- emboliques, varices, obésité. Le SFAR (2005) a publié des recommandations qui sont fonction des facteurs de risque, ils exigent qu'une femme sans facteurs de risque, qui a subi une césarienne n'aura pas des anticoagulants mais seulement dès la basse anti thrombose. Il est préférable de faire prendre une dose par jour de l'héparine de bas poids moléculaire du fait de sa simplicité. Cependant, la posologie de médicament sera adaptée en fonction des facteurs de risque présentés par chaque parturiente : nadroparine 2500 à 5000 unités, énoxaparine 20 ou 40 mg (Lansac et al, 2011, p.483).

5.2.3. Les analgésies :

➤ *L'analgésie multimodale :*

Elle consiste à associer différentes approches de lutte contre la douleur aiguë péri-opératoire dans une stratégie balancée visant à équilibrer l'efficacité et les effets indésirables respectifs de chacun des traitements qui la compose ; elle pose le traitement de la douleur postopératoire comme le prérequis indispensable à l'amélioration du devenir du patient (Szamburski, 2018, p.203).

L'utilisation de plusieurs antalgiques représente une base thérapeutique efficace. En France, elle comprend généralement l'utilisation de paracétamol, un ains (anti-inflammatoire non stéroïdiens) et du néfopam. Il est recommandé de faire prendre ces produits par voie orale et de façon systémique pendant les premiers jours postopératoires.

➤ *La morphine :*

Elle est toujours utilisée sous un accord professionnel, elle reste l'opiacé de référence en post- césarienne. On distingue deux types de morphine administrée au cours des premiers jours postopératoires :

- La morphine administrée par voie péri médullaire (intrathécale ou péridurale) elle permet une analgésie puissante pouvant calmer les douleurs jusqu'à 24 heures postopératoires, sans risque respiratoire significatif.

- La morphine administrée par voie générale et systémique (voie orale), elle est administrée lorsque les douleurs ne sont pas soulagées après l'utilisation de la morphine périe médullaire et les antalgiques multimodaux, pendant les 24 premières heures (Fuchs et Benhamou, 2016, p.259).

Synthèse

En effet, la césarienne en urgence représente une rupture brutale dans le déroulement naturel de l'accouchement, souvent vécue comme une expérience déstabilisante sur le plan psycho-affectif. Cette intervention imprévue peut perturber le cheminement psychique de la femme, en générant un sentiment d'échec, d'impuissance ou même de traumatisme. Le vécu psychologique qui en découle s'inscrit dans une dynamique complexe, influencée par l'histoire personnelle, les conditions de l'intervention et le contexte émotionnel. Pour une intégration harmonieuse de cette expérience, une prise en charge attentive est essentielle afin de soutenir le lien mère-enfant et le processus de devenir mère.

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

La méthodologie de la recherche est un aperçu de la façon dont une recherche donnée est effectuée. Elle définit les techniques ou les procédures utilisées pour identifier et analyser les informations concernant un sujet de recherche spécifique. Et pour tout travail de recherche la méthodologie de recherche est obligatoire dans toutes les disciplines afin d'expliquer le déroulement de la recherche et d'éclairer toutes les méthodes et outils que le chercheur a utilisés sur le terrain, dans ce sens, nous allons à travers ce chapitre présenter l'aspect qui a pris notre travail de recherche, en premier lieu nous avons cité la pré-enquête et l'enquête, ensuite nous allons présenter le lieu de stage et les méthodes utilisées dans notre recherche, ainsi que le groupe de la recherche, pour en finir nous mettrons l'outil de recherche que nous avons employé pour l'analyse des données.

1. Le déroulement de la recherche :

Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée de 45 jours du 05/02/2025 jusqu'au 20/03/2025. Les deux premières semaines, ont été consacrées à une pré-enquête afin de nous familiariser avec le terrain et de nous faciliter le travail avec les parturientes choisies, ce n'est qu'à partir de la deuxième semaine de mars que nous avons commencé notre recherche. Le recueil des données est passé par les étapes suivantes :

1.1. La pré-enquête :

La pré-enquête est l'une des étapes les plus importantes dans toute démarche de recherche scientifique, elle est considérée comme une étape préparatoire de l'enquête, elle a pour objectif la connaissance du terrain d'investigation et de se familiariser de façon la plus complète possible avec le groupe de recherche. Selon GRAVEL, le but de la pré-enquête est de vérifier sur le terrain, si l'instrument élaboré, d'un part suffisant et d'autre part, correcte pour recueillir les données dont nous avons besoin, nous verrons donc si les questions sont comprises dans le sens où elles ont été élaborées (GRAVEL ROBERT J .1978. P.20). Donc la pré-enquête fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche.

1.2. L'enquête :

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif que nous y avons fixé. Elle consiste à « poser un nombre de questions à un vaste échantillon de personnes sur leur comportement

ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews » (Chahraoui, Bénony, 2003).

Notre enquête s'est déroulée du 05 février 2025 jusqu'au 20 mars de l'année en cours (2025) au niveau de l'hôpital civil d'Akbou « Akloul Ali ». Nous nous y rendions deux fois par semaine de 8h00 à 16h00, afin de récolter un maximum d'informations sur notre thématique.

Depuis le début de notre enquête jusqu'à la fin de celle-ci, tous les sujets se sont montrés honnêtes et coopératives jusqu'au bout, nous avons respecté la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche. Nous avons expliqué notre travail avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer. Elles nous ont affirmé leur disponibilité à répondre à toutes les questions posées. Nous avons tout de même veillé à respecter la volonté de ces patientes en nous assurant de leurs consentements éclairés. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeurerait anonymes : qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique.

Nous avons constitué un groupe de recherche de cinq (05) cas des femmes accouchées par césarienne en urgence. Afin de recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par passer l'entretien semi-directif aux patientes avec la consigne suivante : « Nous allons vous poser quelques questions concernant plusieurs aspects de votre vie, votre grossesse et le vécu psychologique de votre accouchement, et nous aimerions bien porter en détails quelques aspects ».

La durée de l'entretien varie d'un sujet à un autre avec une moyenne de quinze minutes environ. La langue employée dans notre guide d'entretien est différente car là plus part d'entre elles comprennent moyennement voire peu la langue française. Donc nous avons dû traduire les questions à la langue Kabyle à l'aide d'une amie qui est avait un master en langue Amazighe, ainsi leurs réponses ont été un mélange entre le Français et la langue Kabyle.

2. Présentation du lieu de la recherche :

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'hôpital civil d'Akbou « Akloul Ali ». Cet établissement public de santé est construit avant l'indépendance, soit en 1872, dont le siège se situe au centre-ville.

En 1959, il fut décidé de construire une nouvelle structure hospitalière à la nouvelle ville, les travaux lancés en 1960 furent terminés en 1962. L'inauguration du nouvel hôpital eut lieu

le 21 Novembre 1968, puis vers l'année 1970 l'activité hospitalière s'est transférée vers cette nouvelle structure baptisée au nom du martyr le lieutenant « Akloul Ali ».

Cet hôpital est constitué de plusieurs services, le service de maternité où nous avons effectué notre stage, et qui est constitué d'une équipe soignante composée du personnel suivant :

- Chef de service.
- Sages-femmes : 23
- Gynécologues : 04
- Médecins généralistes : 02
- Infirmières : 10
- Biberonneuse : 01
- Femmes de ménage : 04
- Une psychologue.

3. La méthode utilisée dans la recherche :

Pour atteindre nos objectifs de recherche et tester nos hypothèses, nous avons choisi l'approche clinique descriptive, qui semblait plus appropriée à notre sujet de recherche, cette approche qui a été la manière la plus adaptée et la plus efficace d'aborder le vécu psychologique des femmes ayant accouchées par la césarienne en urgence. Chaque méthode a des indications spécifiques pour l'application. Il y a des avantages, mais Il y a aussi des inconvénients, il est important de comprendre cela avant de choisir la méthode que nous allons utiliser dans notre recherche.

3.1. La méthode descriptive :

La méthode clinique envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent démarche qui tendent à résoudre ces conflits.

Dans notre recherche, nous avons utilisé la méthode descriptive, afin de pouvoir analyser les données récoltées auprès des femmes ayant accouchées par une césarienne en urgence. Cette méthode descriptive est l'une des méthodes qualitatives utilisées dans les enquêtes, visant à évaluer certaines caractéristiques d'une population. En recherche descriptive, comme l'indique son nom, l'objectif est de décrire l'état et le comportement d'une série de variables.

La recherche descriptive est un type de recherche qui étudie les sujets qui participent à la recherche ou à une situation donnée. Elle ne se limite pas à des méthodologies de recherche quantitatives ou qualitatives, mais utilise plutôt des éléments des deux, souvent au sein d'une même étude. Par conséquent, un chercheur descriptif utilise souvent trois méthodes principales pour collecter et analyser les données, ce sont les observations, les études de cas et les enquêtes. Les études descriptives ont pour but de déterminer « ce qui est » et, par conséquent, des méthodes descriptives (Borg & Gall, 1989). Comme elles servent à répondre à la question « quoi » qui concerne le groupe d'étude. Par conséquent, la recherche descriptive ne donne pas de réponses à la cause et à l'effet de l'occurrence particulière qui est étudiée.

En nous servant de la définition de N'da Paul, « nous pouvons indiquer que la méthode descriptive consiste à décrire, nommer ou caractériser un phénomène, une situation ». Cette méthode nous a aidés dans la description du champ de travail et de notre unité d'enquête pour mieux appréhender les différentes réalités qui s'y trouvent.

3.2. L'étude de cas :

Elle consiste principalement à examiner en profondeur une personne ou un groupe de personnes. Il comprend le plus généralement sur l'histoire de la personne étudiée, ses relations avec ses proches, ses expériences de la vie. Les études de cas sont principalement utilisées par les psychologues cliniciens dont ils utilisent des portraits détaillés d'individus pour illustrer certains principes psychologiques.

L'étude de cas, souvent appelée aussi plus ou moins justement « observation », est avec l'entretien, la méthode la plus anciennement et la plus fréquemment utilisée dans les « sciences humaines cliniques » tant en ce qui concerne la pratique que la recherche. Nous pouvons dire, pour les distinguer, que « l'observation » met l'accent sur le regard jeté sur une réalité et sur le matériel recueilli, alors que « l'étude de cas » porte l'intérêt sur le travail d'analyse et de présentation du matériel concernant une personne en situation. (Revault d'Allonnes, 2014)

L'étude de cas, défini en tant qu'observation approfondie de sujet particulier qui se produit parfois pendant des années, au cours desquelles sur son milieu de vie, sur l'incidence

psychologique de certains événements sociaux, ainsi que sur les accidents de santé. Nous procédons de façon analogue pour le groupe de l'ensemble des éléments recueillis, nous tirons de précieux renseignements sur les sujets eux même mais aussi des hypothèses et des lois d'ordre général (Sillamy, 2003).

4. Le groupe de la recherche :

Nous avons rencontré cinq (05) femmes accouchées par césarienne en urgence, âgés de 24 ans jusqu'à 38 ans, et possédant un niveau d'instruction différent. Ces femmes ont été choisie après avoir éliminé les quatre cas (femmes) utilisée dans la pré-enquête et qui ont été accouchées soit par une césarienne programmée ou bien par voie basse. Notre groupe d'étude a été sélectionnée selon les critères suivants :

4.1. Les critères d'inclusion :

- Femmes majeures (âgées de 18 ans ou plus).
- Femmes ayant accouché par césarienne en urgence à terme (≥ 37 SA).
- Grossesse désirée et suivie médicalement.
- Enfant né vivant.
- Femme en état psychique permettant un échange verbal sur son vécu de l'accouchement.
- Accord éclairé pour participer à l'entretien.

4.2. Les critères d'exclusion :

- Accouchement par voie basse ou césarienne programmée.
- Accouchement prématuré (< 37 SA).
- Complications obstétricales graves chez la mère (ex. : hémorragie majeure, réanimation).
- Décès périnatal ou état critique prolongé de l'enfant.
- Antécédents psychiatriques lourds non stabilisés (ex. : psychose, dépression sévère en cours).
- Refus ou incapacité à participer à un entretien clinique.

5. Les outils de la recherche :

L'instrument de la recherche est le support, l'élément, et l'intermédiaire particulier dont va se servir par un ensemble de techniques spéciales, que le chercheur devrait le plus souvent élaborées pour répondre aux besoins, ainsi de manière prétendue scientifiquement acceptable et réunissant de qualité objective et de rigueur pour être soumises au traitement analytique (Aktouf. O, 1987.p81).

5.1. L'entretien clinique :

Peut être défini dans un premier temps comme un dispositif de base en psychologie clinique. Il est à la fois un outil de diagnostic, de thérapie, de soutien, c'est lui qui permet d'accéder à la représentation du patient, à son émotion et à son vécu.

Selon Bénony et Chahraoui (1999), l'entretien clinique est un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné « l'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens, vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se s'entrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation ». L'entretien clinique s'inscrit dans une activité d'interventions psychologiques. Au cours de cette activité un dispositif d'enregistrement de l'entretien peut être mis en place, ce qui permet dans un deuxième temps en dehors de la relation d'aide de travailler sur le corpus de l'entretien ; cette technique est utilisée dans la recherche sur les psychothérapies. Ce type de recherche doit être réalisé, pour garantir une certaine objectivité, par un groupe de recherche afin d'éviter que le thérapeute assume seul les deux positions (celles de chercheur et de thérapeute) (Bénony et Chahraoui, 2003, P141).

L'entretien clinique de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il se distingue aussi de l'entretien de recherche pratiqué dans d'autres disciplines dans le sens où l'accent est mis sur la dimension intersubjective et interactive de l'entretien. (Ibid. P142).

5.1.1. L'entretien semi-directif :

Une recherche peut être conduite uniquement à partir d'entretiens exploratoires non directifs (pour prendre connaissance d'un terrain). Mais généralement, après quelques entretiens de ce type, Nous passerons à une technique un peu plus directive, comme celle de l'entretien semi directif ou guidé. Dans ce type d'entrevue, l'enquêteur s'est fixé des zones d'exploration et veut obtenir que le sujet traite et approfondisse un certain nombre de thème.

L'entretien semi directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance. La nécessité d'assurer à la fois la réexpression compréhensive au niveau de chaque séquence et la souplesse des transitions pour introduire les thèmes demande un entraînement solide et une bonne connaissance du guide d'entretien.

Contrairement à ce que l'on peut penser (la sécurité par la liste des thèmes), il est souhaitable de bien savoir conduire un entretien non directif pour conduire une interview guidée de qualité. Sinon l'enquêteur risque de transformer le guide en une série de questions à réponses ouvertes (ce qui est un autre type d'approche, plus directive) (Berthier N, 2010, P 78). « L'entretien semi directif est défini comme la situation où le clinicien pose quelques questions simplement pour orienter le discours sur certains thèmes, cette structuration peut se préciser jusqu'à proposer un véritable guide d'entretien, les thèmes abordés par le clinicien sont préparés à l'avance, elle s'adapte à l'entretien, la structure d'un guide d'entretien reste souple ». (Chiland.C, 1983, P11).

Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il faut quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochement de tête, acquiescement, répétitions des fins de phrases du sujet...les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet. Il « Le laisse associée librement mais seulement sur le thème proposé » (Bénony et Chahraoui, 1999, P16).

5.1.2. Le guide d'entretien :

L'entretien clinique de recherche est toujours associé à un guide d'entretien plus ou moins structuré : il s'agit d'un ensemble organisé de fonction d'opérateur et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet,1992). Dans ce guide, le chercheur formule et prépare la consigne à l'avance, celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets, elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive (Chahraoui k et Bénony, 2003, P144).

Notre guide d'entretien reproduit en neuf axes :

Guide d'entretien sur le vécu psychologique de l'accouchement par césarienne en urgence :

- Présentation du cadre de l'entretien (objectif, confidentialité, droit de ne pas répondre).
- Explication de la démarche et du but de l'échange.

1. Renseignements personnels :

1.1. Nom, prénom et âge

1.2. Niveau d'instruction.

1.3. Situation professionnelle.

1.4. Nombre d'enfants (grossesses précédentes et type d'accouchement).

2. Le projet de grossesse :

2.1. Cette grossesse était-elle désirée ou non ?

2.2. La décision d'avoir un enfant a-t-elle été prise seule ou avec votre partenaire ?

2.3. Comment avez-vous vécu cette grossesse sur le plan émotionnel ?

3. Réactions à l'annonce de la grossesse :

3.1. Comment avez-vous réagi à l'annonce de votre grossesse ?

3.2. Quelle a été la réaction de votre partenaire et de votre entourage ?

4. Vécu de la grossesse et état de santé :

4.1. Comment vous êtes-vous sentie physiquement et psychologiquement durant cette grossesse ?

4.2. Avez-vous rencontré des complications médicales ? Si oui, lesquelles ?

4.3. Avez-vous remarqué des changements dans votre alimentation, votre sommeil, ou votre humeur ?

4.4. Avez-vous eu des craintes particulières liées à votre grossesse ?

5. Anticipation de l'accouchement :

5.1. Aviez-vous un projet de naissance particulier ?

5.2. Aviez-vous envisagé une césarienne avant d'y être confrontée ?

5.3. Quelle image aviez-vous de l'accouchement par césarienne avant de la vivre ?

5.4. Vous êtes-vous renseignée ou avez-vous discuté de la césarienne avec des proches ou des professionnels ?

6. L'annonce et la préparation à la césarienne en urgence :

6.1. À quel moment avez-vous appris que vous deviez subir une césarienne en urgence ?

6.2. Qui vous l'a annoncé et comment ?

6.3. Comment avez-vous réagi émotionnellement à cette annonce ?

6.4. Avez-vous eu le temps d'en parler avec votre partenaire ou votre famille ?

6.5. Le personnel médical vous a-t-il expliqué la raison et le déroulement de l'intervention ?

7. Vécu psychologique de la césarienne en urgence :

- 7.1. Que ressentez-vous en repensant à ce moment ?
- 7.2. Avez-vous éprouvé des émotions particulières avant et pendant l'intervention (peur, stress, soulagement, colère...) ?
- 7.3. Vous êtes-vous sentie soutenue par le personnel médical ?
- 7.4. Avez-vous eu l'impression de perdre le contrôle ou d'être impuissante ?
- 7.5. Avez-vous eu la possibilité de voir ou de toucher votre bébé immédiatement après l'intervention ?

8. Après l'accouchement : adaptation et émotions :

- 8.1. Comment s'est passée votre récupération physique et émotionnelle ?
- 8.2. Avez-vous ressenti des symptômes de stress, d'anxiété ou de tristesse après l'accouchement ?
- 8.3. Avez-vous eu des difficultés à créer du lien avec votre bébé suite à la césarienne ?
- 8.4. Votre entourage a-t-il été un soutien dans cette période post-accouchement ?
- 8.5. Avez-vous ressenti le besoin d'en parler avec quelqu'un (proches, professionnels de santé) ?

9. Perception de la césarienne après coup et impact sur le futur :

- 9.1. Après cette expérience, comment percevez-vous aujourd'hui la césarienne en urgence ?
- 9.2. Pensez-vous que cette expérience a eu un impact sur votre bien-être psychologique ?
- 9.3. Cette expérience a-t-elle modifié votre vision d'un futur accouchement ?
- 9.4. Avez-vous des craintes pour une future grossesse ou un futur accouchement ?

- Récapitulation et retour sur les points abordés.
- Proposer un accompagnement si besoin (consultation psychologique, groupe de parole, etc.).
- Remercier la patiente pour son partage.

Synthèse

Dans notre recherche, nous avons adopté une méthode clinique descriptive articulée à l'étude de cas, afin d'explorer le vécu psychologique des femmes ayant accouché par césarienne, notamment en situation d'urgence. L'étude s'est déroulée sur une période de 45

jours au sein du service maternité de l'hôpital civil d'Akbou, dans la wilaya de Béjaïa. L'échantillon était composé de huit femmes : cinq ayant subi une césarienne en urgence et trois une césarienne programmée, toutes mariées et ayant accouché à terme, sans complications majeures. La collecte des données s'est effectuée à l'aide d'entretiens cliniques semi-directifs, guidés par un canevas thématique structuré et adapté à la langue des participantes (français/kabyle). L'ensemble de la démarche a respecté les principes éthiques, notamment le consentement éclairé et la confidentialité. Les données recueillies seront décrites et analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre V

**Présentation, analyse des données et discussion
des résultats**

Préambule :

Ce chapitre constitue le cœur de notre travail de recherche clinique. Après avoir présenté le cadre théorique et méthodologique dans les chapitres précédents, ainsi que le chapitre de la méthodologie de la recherche, il s'agit ici de rendre compte des matériaux cliniques recueillis auprès de cinq femmes ayant vécu une césarienne en urgence, en lien avec les objectifs de ce mémoire. À travers la présentation structurée de chaque situation singulière, nous chercherons à faire émerger, par une approche compréhensive, les constantes et les spécificités du vécu psychique de cet événement obstétrical, souvent soudain et potentiellement traumatique.

Chaque vignette clinique sera exposée selon une même trame : éléments contextuels, déroulement de l'accouchement, vécu émotionnel exprimé, répercussions psychiques observées, modalités de soutien perçu ou non perçu, et effets éventuels sur la relation mère-enfant et le projet de maternité futur. L'analyse qui suivra s'efforcera de mettre en lumière les processus psychiques à l'œuvre, en articulation avec les concepts théoriques mobilisés dans notre première partie.

Enfin, une discussion croisée des cas permettra de confronter les données recueillies aux deux hypothèses formulées :

1. Que le vécu psychologique de la césarienne en urgence est plus douloureux que celui d'un accouchement par voie basse ou par césarienne programmée.
2. Que la présence d'un soutien psychologique (pendant ou après l'accouchement) joue un rôle d'atténuation sur les effets psychiques de cette expérience.

1. Présentation et analyse des données des cas ;

1.1. Présentation du cas n°1 :

Nassima est âgée de 30 ans, et mère d'une fille, elle a un niveau d'instruction terminale.

Compte rendu de l'entretien clinique :

Nassima comme toute femme, voulait avoir un deuxième enfant mais malheureusement elle a fait trois fausses couches en un an, c'est événements l'ont beaucoup affectée. Enfin elle tomba enceinte pour la quatrième fois, elle était heureuse mais très peur, cet événement a été tant désiré par le couple, surtout le conjoint qui voulait à tout prix avoir un deuxième enfant, à l'annonce de la grossesse Nassima et son mari étaient très heureux.

Durant sa gestation, l'état de santé de Nassima était désagréable, celle-ci a souffert de diabète gestationnel et beaucoup de nausées, vomissements au point d'éviter de manger pour ne pas vomir et la seule chose qu'elle aime manger c'est le citron. Son sommeil aussi était perturbé, elle dormait plus la journée, cependant, le volume du ventre la perturbait les derniers mois.

Pour sa vie onirique, Nassima rêvait des cliniques, des infirmières, médecins, de son bébé, de la scène d'accouchement naturel mais parfois elle faisait des cauchemars, cela dépendait de son état. Elle est devenue très sensible, les larmes coulaient à n'importe quelle raison « j'ai devenu très sensible et la moindre de chose me fait pleurer ».

Nassima a perçu les premiers mouvements fœtaux de son bébé vers le 4ème mois, elle était contente mais peur car elle a avorté 3 fois dans le 4ème mois « j'étais peur de perdre mon bébé pour la quatrième fois », toutes ces sensations étaient partagées avec son mari.

Les séances d'échographie de Nassima se sont déroulées sans aucun problème particulier, et à l'annonce du sexe elle était très heureuse parce elle voulait avoir un garçon ,elle lui a donné le nom de son père décédé . Nassima avait une idée concernant son accouchement parce que elle avait déjà une expérience avec son premier enfant, elle avait un peu peur mais son mari et sa belle famille l'ont soutenue. Vers 37 semaines Nassima a commencé d'avoir des petites contractions, elle s'est allée directement chez son gynécologue qui lui annoncé que l'accouchement se ferait par césarienne en urgence, à ce moment Nassima commencé à pleurer, mais la gynécologue lui a expliqué la raison et qu'elle n'avait aucun danger pour elle et son bébé, et que la seule raison de la césarienne était le surpoids de fœtus. Nassima se sentit un peu soulagée par les paroles de gynécologue et le soutien de son mari .enfin le moment est arrivé, Nassima s'est accouché , elle était très heureuse de voir son bébé << lorsque j'ai vu mon fils, j'ai eu l'impression d'être mère pour la première fois >>,<< il était très beau >>.nassima était très heureuse après l'accouchement, le lendemain l'infirmière lui a posé le bébé sur sa poitrine et elle lui avait donné le sein pour la première fois , elle a ressenti un sentiment de bonheur pendant l'allaitement malgré les douleurs . Sa famille était très contente pour le bébé >>même si toute ma famille était là à mes côtés mais il manque deux personnes dont j'aurais aimé qu'elles soient là mes parents ceux que je n'oublierai jamais Que dieu ait pitié d'eux>>, << j'ai vraiment besoin de parler avec ma mère >> quand elle parlait, elle pleurait. Nassima nous a dit qu'elle ne voulait pas enfanter une troisième fois même si la césarienne était bien passé << je veux juste prendre soins de mes deux enfants >>. Par rapport à son suivi médical, cette mère

était très satisfaite des soins et de la prise en charge, et d'ailleurs elle nous rajoute que la césarienne en urgence ce n'est pas si grave, mais la femme doit être courageuse.

1.1.2. Analyse des données du premier cas (Nassima) :

Le projet de grossesse de Nassima était mûrement réfléchi, bien que précédé de trois fausses couches en une année, événements qui l'ont profondément marquée. La quatrième grossesse a donc été vécue avec une forte ambivalence : une grande joie mêlée à une peur constante de revivre un échec. Le couple, notamment le mari, désirait ardemment cet enfant, ce qui a renforcé l'investissement émotionnel de Nassima dans cette grossesse.

Sur le plan physique, Nassima a souffert de plusieurs troubles : diabète gestationnel, nausées intenses, vomissements, perturbations du sommeil et gêne liée au volume abdominal en fin de grossesse. Elle a développé une hypersensibilité émotionnelle, marquée par des pleurs fréquents et une activité onirique centrée sur le bébé, le personnel soignant et l'accouchement, révélant ses préoccupations inconscientes.

Le quatrième mois de grossesse a été particulièrement anxiogène, car il correspondait à la période des précédentes fausses couches. La perception des premiers mouvements fœtaux a donc généré une émotion ambivalente, faite de joie et de peur. L'annonce du sexe masculin du bébé a été vécue avec beaucoup de bonheur, d'autant que Nassima lui a donné le nom de son père décédé, soulignant l'importance symbolique de cette naissance.

L'annonce d'une césarienne en urgence, due au surpoids fœtal, a été difficile à accepter au départ, provoquant une réaction émotionnelle intense. Cette situation illustre l'hypothèse selon laquelle le vécu psychologique des femmes ayant accouché par une césarienne en urgence apparaît à travers différents effets psychologiques : anxiété, stress, sentiments d'échec, voire symptômes dépressifs. Dans le cas de Nassima, cette annonce inattendue a ravivé ses peurs liées à la perte et à l'imprévisibilité de la grossesse, générant des pleurs et une insécurité, malgré les explications rassurantes du corps médical.

Toutefois, la qualité des explications médicales et le soutien de son entourage ont permis à Nassima de vivre ce moment avec plus de sérénité. L'accouchement s'est bien déroulé, et la rencontre avec son bébé a été vécue comme un moment fondateur : elle dit avoir eu l'impression de devenir mère pour la première fois.

L'allaitement, bien que douloureux, a renforcé le sentiment de lien et de satisfaction maternelle. Nassima souligne le rôle essentiel de sa famille dans son soutien, mais exprime

aussi un manque profond lié à l'absence de ses parents décédés, en particulier sa mère, dont elle aurait souhaité la présence. Sur le plan psychologique, Nassima semble avoir trouvé un équilibre postnatal, malgré les douleurs physiques et le poids émotionnel du deuil parental. Elle affirme ne plus vouloir d'autre enfant, souhaitant se consacrer à ses deux enfants. Son témoignage met en avant une prise en charge médicale satisfaisante, une bonne capacité d'adaptation et un message de courage adressé aux autres femmes.

En conclusion, Nassima a vécu une grossesse et un accouchement marqués par la peur, le deuil et l'incertitude, mais grâce à un entourage soutenant et un suivi médical adapté, elle a pu surmonter ses vulnérabilités. L'expérience, bien que difficile, s'est soldée par une naissance vécue comme réparatrice, symbolisant une forme de renaissance personnelle.

1.2. Présentation du cas n°2:

Compte rendu de l'entretien clinique :

Après quelques années de son deuxième enfant, Naima et son conjoint veulent avoir un troisième bébé , et elle tombe enceinte et elle a ressenti une grande joie à l'annonce de sa grossesse .Son état de santé pendant les premières mois de sa grossesse n'était pas agréable , Naima souffre de vomissements et nausées mais ce qui l'a le plus perturbé c'était son problème d'anémie .Au cours de cette période, Naima a connu une modification notable de son comportement alimentaire, avec une perte d'appétit significative, accompagnée d'un sommeil presque totalement perturbé.

Elle n'avait jamais envisagé la possibilité d'une césarienne, ayant accouché par voie basse pour ses deux premiers enfants. Cette idée lui semblait donc étrangère, presque inconcevable. Mais face à l'approche du terme et à la persistance des contractions sans signes de travail imminent, Naima s'était tournée vers sa gynécologue pour savoir davantage sur la suite de l'accouchement. Lors de la consultation, la gynécologue lui expliquée que le col de l'utérus était toujours fermé, s'il reste toujours fermé à l'approche du terme cela peut rendre impossible un accouchement par voie basse. Cette explication a ajouté à l'inquiétude de Naima, malgré cette explication Naima espère un accouchement naturel comme pour ces deux précédents enfants. A l'approche du terme, au cours du travail, la fermeture persistante du col a conduit à la décision médicale de pratiquer une césarienne en urgence, malgré les contractions ressentis et le début du travail. Naima s'est sentie déstabilisée, perdue face à une situation qu'elle n'avait ni anticipée ni préparée mentalement.

Ce changement brutal dans le déroulement de l'accouchement est arrivé ses angoisses, renforçant son sentiment de perte de contrôle. Malgré le soutien du personnel soignant et de sa famille, elle a eu du mal à accepter cette réalité, bien que tout se soit déroulé sans complications majeures sur le plan médical, elle a vécu cette intervention comme une épreuve. Elle n'a pas pu voir son bébé immédiatement après la naissance, ce qui a renforcé son sentiment de distance et d'irréalité face à l'évènement. Elle décrit ce moment comme un éprouvant physiquement, mais aussi émotionnellement. Le contraste avec ses précédents accouchements par voie basse a renforcé son sentiment de rupture avec l'image qu'elle se faisait de la naissance. A la fin, Naima confie qu'elle trouve la césarienne difficile à vivre < la césarienne est très difficile >, tant par la douleur que par la soudaineté de l'acte, qu'elle n'avait ni imaginé ni désiré. Cette expérience l'a profondément marquée au point qu'elle affirme ne plus vouloir d'autres enfants. Elle souhaite désormais se consacrer pleinement à ses enfants déjà présents et éviter de revivre un accouchement aussi éprouvant.

1.2.1. Analyse des données du deuxième cas (Naima) :

Le cas de Naima illustre plusieurs des effets psychologiques relevés dans notre hypothèse.

Tout d'abord, on observe une anxiété importante durant la grossesse, accentuée par l'anémie, les troubles du sommeil et la fatigue chronique. Sur le plan affectif, elle montre un attachement fort au projet de maternité, ce qui rend l'annonce d'un accouchement non conforme à ses attentes particulièrement déstabilisantes.

L'annonce de la césarienne en urgence, qu'elle n'avait ni anticipée ni préparée psychologiquement, déclenche chez elle un choc émotionnel, une perte de contrôle, ainsi qu'un sentiment d'impuissance. Ces éléments traduisent un stress aigu face à l'irruption de l'imprévu dans un moment qu'elle imaginait porteur de joie.

Naima ne parle pas de tristesse explicite, mais le fait qu'elle n'ait pas pu voir son bébé immédiatement et qu'elle exprime une forte rupture avec l'image qu'elle se faisait de l'accouchement peut être associé à un sentiment d'échec. Elle semble avoir vécu cette césarienne comme une expérience traumatique, avec des répercussions durables sur sa perception de la maternité. Son refus d'envisager une nouvelle grossesse traduit une souffrance psychique latente, possiblement évocatrice d'un état dépressif post-partum non élaboré.

Enfin, bien que soutenue par son entourage, l'absence d'un accompagnement psychologique professionnel ressort comme un facteur limitant dans l'élaboration de cette

expérience. Cela renforce l'idée que le vécu d'une césarienne en urgence peut générer des effets psychologiques profonds — angoisse, stress, sentiment de rupture — qui auraient pu être atténués par un soutien psychique adapté.

1.3. Présentation du cas n°3 :

Ouarda est âgée de 25 ans, est d'un niveau d'instruction secondaire.

Compte rendu de l'entretien clinique :

Deux ans après la naissance du deuxième enfant, Ouarda tomba de nouveau enceinte. A l'annonce de cette nouvelle le couple était tout joyeux. Elle nous a raconté que sa grossesse était un peu difficile car elle souffre d'hypertension artérielle, Elle nous a rapporté que son état de santé pendant la grossesse n'était pas agréable, elle souffrait de vomissements et de nausées. Cependant, sur plan psychique, Son alimentation a énormément changé, elle mangeait beaucoup, et surtout elle aimait plus les sucreries. Elle dormait aussi beaucoup au cours des premiers mois mais ceci avait complètement changé vers la fin, à cause des cauchemars en particulier. Tout au long de cette période, sa famille, plus particulièrement sa mère, était à ses côtés et son conjoint.

Sa réaction aux premiers mouvements fœtaux était normale Ouarda ne s'est pas adaptée aux changements physiques, le volume de son ventre la dérangeait, À l'annonce du sexe du bébé, le couple était heureux, surtout que c'était une fille.

Ouarda s'attendait à un accouchement normal, mais malheureusement vers 36 semaines, elle ne ressent plus les mouvements de fœtus, ce qui a conduit à une intervention en urgence.

La gynécologue de la maternité lui annonçait la nouvelle, sa réaction était négative. C'était pour elle un moment difficile marqué par la peur, avant l'intervention, elle a parlé avec son mari pour la soulager. Les premiers instants suivant la césarienne étaient aussi difficiles pour Ouarda, celle-ci a souffert de douleurs abdominales et sa tension artérielle a augmenté.

L'intervention s'était mal déroulée d'après elle « j'avais l'impression que j'allais mourir... je n'y attendais pas à ça ». Juste après la naissance, l'équipe soignante lui a présenté le bébé, elle était heureuse de le voir en bonne santé, mais elle avait des difficultés de prendre son bébé à cause des douleurs. Elle nous a informé que après avoir accouché, elle a ressenti la colère, elle voulait ni voir ni parler avec personne, et Elle nous a informée qu'elle n'avait pas envie d'enfanter une autre fois et que la césarienne est une mauvaise expérience.

À la fin, elle a tenu à remercier les membres de l'équipe soignante pour leur respect et leur professionnalisme

1.3.1. Analyse des données du troisième cas (ouarda) :

La grossesse de Ouarda a été marquée par des complications notables : hypertension artérielle, vomissements, nausées et hyperphagie orientée vers les aliments sucrés. Les troubles du sommeil et la survenue de cauchemars en fin de grossesse ont également altéré son équilibre psychique. Malgré cela, elle a bénéficié d'un soutien affectif constant de la part de son mari et de sa mère, ce qui a partiellement atténué son anxiété.

L'arrêt des mouvements fœtaux à 36 semaines a précipité une césarienne en urgence, événement non anticipé et vécu avec une forte charge émotionnelle. L'annonce de l'intervention a généré un sentiment intense de peur, suivi d'une expérience opératoire traumatisante. Ouarda rapporte une perception de menace vitale, aggravée par des douleurs abdominales aiguës et une élévation de sa tension artérielle post-opératoire. Cette situation illustre l'hypothèse selon laquelle le vécu psychologique des femmes ayant accouché par une césarienne en urgence apparaît à travers différents effets psychologiques : anxiété, stress, sentiments d'échec, voire symptômes dépressifs. Chez Ouarda, ces effets se sont manifestés dès l'annonce de l'intervention et se sont prolongés dans le vécu postnatal immédiat.

La rencontre initiale avec son enfant, bien qu'empreinte de soulagement, a été entravée par des douleurs physiques rendant difficile la prise en charge du nouveau-né. Les jours suivants ont été marqués par une réaction psychique négative : colère, retrait relationnel et refus de communication. Elle exprime clairement un rejet de toute future maternité, qualifiant la césarienne d'expérience douloureuse et traumatisante.

En dépit de ces difficultés, Ouarda souligne la qualité de la prise en charge médicale, saluant le professionnalisme et le respect de l'équipe soignante. Toutefois, l'absence apparente d'un accompagnement psychologique spécifique a laissé place à un vécu post-partum empreint de détresse non verbalisée, traduisant un besoin non comblé de soutien émotionnel. Son récit révèle ainsi une expérience de maternité ambivalente, où la joie de la naissance se heurte à la violence symbolique et corporelle de l'accouchement en urgence.

1.4. Présentation du cas n°4 :

Karima, âgée de 38 ans, est mère de six enfants — deux nés par césarienne et quatre par voie basse. Elle a interrompu sa scolarité en 5^e année primaire. Elle a vécu huit grossesses au

total, dont deux se sont soldées par des fausses couches, événements qu'elle décrit comme très marquants sur le plan émotionnel.

Compte rendu de l'entretien clinique :

Après plusieurs années consacrées à l'éducation de ces cinq enfants, Karima et son mari ont pris la décision d'agrandir la famille en ayant un sixième enfant. Cette grossesse était donc désirée et attendue , marquant une nouvelle étape dans leur parcours parental. Lors de l'entretien, Karima décrit ce projet comme réfléchi, porté par une envie commune et un sentiment d'accomplissement familial.

Dans un premier temps, cette grossesse a été source de joie et d'espoir. Néanmoins, au fil des mois, Karima a commencé à ressentir une fatigue plus importante que lors de ses précédentes grossesses, elle évoque aussi des inquiétudes liées à son âge. Malgré une grossesse désirée, Karima rapporte qu'elle a commencé à se sentir mal dès les premières semaines , elle a connu un début de grossesse difficile marquée par des malaises physiques, et un manque de sommeil persistant et aussi elle souffre des vomissements et nausées , qui ont accentué son épuisement et contribué à une fragilité émotionnelle croissante au fil des mois.

À l'approche du terme, Karima dit avoir ressenti une montée de stress et d'angoisse. Elle confie qu'elle avait peur de l'accouchement, malgré ses expériences précédentes. Karima ne s'attendait pas à une césarienne ,c'est au cours de la phase de travail, alors qu'elle était prise en charge à la maternité, que la gynécologue de service l'a informée de la présence d'un problème placentaire. La gynécologue lui a expliqué que cette complication représentait un risque pour elle et pour le bébé , rendant nécessaire une césarienne en urgence. Karima a accueilli cette nouvelle avec stupeur et inquiétude, se sentant brusquement confrontée à une situation qu'elle n'avait ni imaginée ni préparée.

Karima a été conduite en urgence au bloc opératoire suite à la découverte d'un problème placentaire ayant entraîné des difficultés respiratoires chez le bébé. L'accouchement a eu lieu à 36 semaines d'aménorrhée, ce qui représente une naissance prématurée modérée. Face à l'urgence de la situation, l'équipe médicale a opté pour une césarienne sous anesthésie générale. Elle n'a donc pas été consciente durant l'intervention, ce qui a renforcé chez elle le sentiment de perte de contrôle, elle raconte s'être endormie dans un état d'anxiété intense, sans savoir exactement ce qui allait se passer. À son réveil, elle n'avait pas encore vu son bébé, qui avait été transféré en couveuse pour une prise en charge immédiate. Karima dit avoir ressenti

un grand vide. Elle ne comprenait pas ce qui s'était passé pendant l'intervention et ne s'avait pas dans quel état se trouvait son bébé. Elle confie : « Rien ne me fait plaisir, je ne ressens aucune joie ». Ce sentiment de détachement, lié à la séparation immédiate d'avec son enfant et à l'anesthésie générale, a profondément marqué son vécu de l'accouchement. Lorsqu'elle évoque son bébé, les larmes lui montent aux yeux, elle ne peut pas parler sans pleurer, tant l'émotion reste vive.

Elle précise qu'en dehors de son mari et de ses filles, elle ne pouvait compter sur personne ce qui a renforcé son sentiment de solitude et de vulnérabilité dans cette épreuve.

Bien que l'intervention se soit déroulée sans complications majeurs sur le plan médical, Karima garde de ce moment le souvenir d'une expérience brutale, marquée par la peur, la confusion et une forte charge émotionnelle. Elle reste profondément affectée par l'incertitude qui a entouré la santé de son bébé, et la séparation immédiate a renforcé son sentiment d'impuissance. Elle qualifie cette expérience de très difficile, tant sur le plan physique qu'émotionnel. Aujourd'hui encore elle en parle avec beaucoup d'émotion, affirmant qu'elle préfère désormais se consacrer pleinement à ses enfants. Elle dit ne plus souhaiter avoir d'autres enfants, par crainte de revivre une telle expérience traumatisante.

1.4.1 Analyse du quatrième cas (Karima) :

Le cas de Karima illustre de manière marquée les différents effets psychologiques évoqués dans notre hypothèse. Sa grossesse, bien que désirée, a été vécue dans un contexte d'épuisement physique et d'anxiété croissante, notamment en lien avec son âge et ses antécédents de fausses couches. Ces facteurs ont contribué à une vulnérabilité psychique déjà installée avant même l'accouchement.

L'annonce d'une césarienne en urgence, survenue sans préparation, a provoqué chez elle un choc émotionnel intense, caractérisé par une angoisse, une perte totale de contrôle, et une sidération psychique. L'anesthésie générale a renforcé ce sentiment de dépossession, et l'absence de contact avec son bébé à son réveil a accentué un sentiment de vide, de rupture, et de détachement émotionnel. Ces éléments s'inscrivent dans une dynamique de souffrance post-partum, évoquant un état dépressif latent, même s'il n'est pas formulé en ces termes par la patiente.

Le manque d'accompagnement professionnel après l'intervention, ajouté à un soutien familial limité, a accentué son sentiment de solitude. Bien que son mari et ses enfants soient

présents, Karima exprime clairement un isolement émotionnel, montrant que le soutien affectif informel ne suffit pas à contenir l'impact psychologique de cette naissance imprévue.

Enfin, sa décision de ne plus avoir d'enfants apparaît comme une stratégie d'évitement face à une expérience qu'elle juge traumatisante. Ce choix témoigne de la profondeur de la blessure psychique, et confirme l'idée que la césarienne en urgence peut générer des effets durables sur la santé mentale des femmes lorsqu'elle n'est pas suffisamment accompagnée. Karima réunit ainsi plusieurs dimensions de notre hypothèse : stress intense, angoisse, sentiment d'échec et détresse affective, avec des conséquences sur son rapport à la maternité.

1.5. Présentation du cas n°5 :

Hassiba est âgée de 34 ans, elle a obtenu son baccalauréat en comptabilité, mais elle a décidé d'arrêter ses études, actuellement elle ne travaille pas. Elle est une femme mariée et mère de trois enfants deux filles et un garçon, elle a accouché les deux filles par césarienne programmée et le garçon par césarienne en urgence,

Compte rendu de l'entretien clinique :

Trois ans après l'accouchement, Hassiba a décidé d'avoir une fille, Hassiba tomba enceinte, cet enfant était tant désiré par le couple. Elle nous informait qu'ils avaient même calculé la date d'ovulation pour avoir toutes les chances de leurs côtés, après l'avoir su, cela était une merveilleuse nouvelle pour eux ainsi que pour leurs deux familles respectives.

Elle nous a raconté que sa grossesse était un peu difficile et son état de santé pendant la grossesse n'était pas agréable, elle souffrait de l'anémie et de vomissements et de nausées. Cependant, sur plan psychique, son alimentation a énormément changé. Elle dormait aussi beaucoup au cours des premiers mois mais ceci avait complètement changé vers la fin, à cause des cauchemars en particulier. Tout au long de cette période, ses sentiments envers son mari ont changé, elle a commencé de le détester, elle ne le supporte plus.

Sa réaction aux premiers mouvements fœtaux était normale, Hassiba ne s'est pas adaptée aux changements physiques, elle est devenue très grosse <<je déteste de me voir dans le miroir >>, et le volume de son ventre la dérangeait, À l'annonce du sexe du bébé, le couple était heureux, surtout que c'était une fille. Hassiba s'attendait à une césarienne mais elle ne s'attendait pas à ce qu'elle soit en urgence, Hassiba est rentrée directement en salle d'opération.

Quand la gynécologue de maternité lui annonçait la nouvelle, sa réaction était négative. C'était pour elle un moment difficile marqué par la peur et le stress, avant l'intervention, elle

a parlé avec sa mère pour la soulager. Les premiers instants suivant la césarienne étaient aussi difficiles pour Hassiba celle-ci a souffert de douleurs abdominales, elle avait peur qu'on lui transfuse du sang car elle souffre d'anémie sévère.

L'intervention s'était bien déroulée d'après elle « j'ai pensé à beaucoup de choses mais ellham dulah s'était bien passé ». Juste après la naissance, l'équipe soignante lui a présenté le bébé, elle était heureuse de le voir en bonne santé, elle lui donné le sein pour qu'il tète. Elle nous a informé qu'après l'accouchement elle était très heureuse, et Elle nous a informée qu'elle n'avait pas envie d'enfanter une autre fois, et que l'intervention s'était bien passé grâce à l'équipe soignante et surtout à la psychologue qui la soutenue avant et après l'accouchement.

1.5.1Analyse des données du cinquième cas (hassiba) :

La grossesse de Hassiba était très attendue et planifiée, avec un investissement émotionnel important du couple.

Cependant, le déroulement de la grossesse a été difficile sur le plan physique. Hassiba a souffert d'anémie, de nausées et de vomissements, ainsi que de troubles du sommeil. Elle rapporte aussi une prise de poids importante qu'elle a eu du mal à accepter : elle ne supportait plus son image corporelle, ce qui a influé sur son bien-être psychologique. Sur le plan émotionnel, elle signale une détérioration de sa relation conjugale, marquée par une montée de ressentiment envers son mari. Elle déclare ne plus le supporter et avoir ressenti une hostilité croissante à son égard, ce qui pourrait refléter une détresse psychique liée aux bouleversements hormonaux et émotionnels de la grossesse.

Au moment de l'accouchement, Hassiba s'attendait à une césarienne, comme lors de ses précédents accouchements, mais pas à ce qu'elle soit réalisée en urgence. L'annonce de cette situation l'a plongée dans un état de peur et de stress important. Ce moment a été difficile à vivre, d'autant qu'elle souffrait déjà d'une anémie sévère, ce qui a accentué son angoisse quant à une éventuelle transfusion sanguine. Cette expérience rejoint l'idée selon laquelle la césarienne pratiquée dans un contexte d'urgence peut générer chez certaines femmes une détresse psychologique significative, exprimée à travers des manifestations telles que le stress aigu, l'angoisse, des sentiments d'impuissance ou encore une fatigue émotionnelle profonde. Hassiba a néanmoins trouvé un certain apaisement en parlant avec sa mère juste avant l'intervention.

L'après-césarienne a été marqué par des douleurs abdominales, mais l'intervention s'est bien déroulée selon Hassiba, qui en garde un souvenir globalement positif grâce au soutien de l'équipe médicale et, en particulier, de la psychologue. Elle a pu voir immédiatement son bébé, ce qui a renforcé son sentiment de soulagement et de joie. Elle a commencé l'allaitement dès la naissance, et décrit ses premiers instants avec son enfant comme heureux.

Sur le plan psychologique, Hassiba semble avoir traversé des moments de vulnérabilité, mais elle a pu bénéficier d'un accompagnement professionnel qui a eu un impact positif sur son vécu de l'accouchement. Contrairement à ses grossesses précédentes, celle-ci semble marquer un tournant définitif dans son parcours de maternité : elle exprime clairement son absence de désir de revivre une grossesse et souhaite ne plus avoir d'enfants. Cette décision semble en partie liée à la pénibilité physique et émotionnelle de cette dernière expérience.

En conclusion, le vécu de Hassiba est ambivalent : bien que l'enfant ait été désiré et que la naissance se soit bien déroulée sur le plan médical, la grossesse et l'accouchement en urgence ont laissé des traces psychiques importantes. Grâce au soutien psychologique reçu, elle a pu traverser cette épreuve sans sombrer dans un mal-être profond, mais son témoignage témoigne tout de même d'un certain traumatisme et d'un besoin de clôturer son histoire maternelle.

❖ L'analyse générale des cas étudiés (05 cas) :

L'analyse transversale des cinq cas met en évidence que la césarienne en urgence constitue un événement psychiquement intense, vécu comme une fracture symbolique dans le parcours de maternité. Les patientes, âgées de 24 à 38 ans, présentent des profils socio-éducatifs variés mais majoritairement marqués par un faible niveau d'instruction et un statut de mère au foyer. Leurs grossesses, toutes désirées et planifiées, témoignent d'un investissement émotionnel important, souvent renforcé par des enjeux symboliques forts.

Chez certaines patientes, cet investissement est d'autant plus chargé émotionnellement qu'il fait suite à des fausses couches antérieures. Ces expériences de perte, souvent traumatisantes, rendent les femmes plus susceptibles de présenter un niveau de stress élevé et de vivre intensément les événements périnataux, en particulier lorsqu'ils s'accompagnent de complications comme une césarienne en urgence.

Toutefois, le déroulement de la grossesse a été physiquement et psychiquement éprouvant : nausées, vomissements, anémie, fatigue et troubles du sommeil s'accompagnent d'angoisse, d'hypersensibilité ou d'isolement affectif. D'après l'analyse des différents cas, nous avons constaté que l'âge constitue un facteur important dans le vécu psychologique de

ces situations : une certaine fragilité émotionnelle s'est installée au fil des mois chez les femmes les plus âgées, rendant leur expérience de la grossesse et de l'accouchement plus vulnérable face à l'imprévu.

L'annonce de la césarienne en urgence, jamais anticipée, a été unanimement vécue comme un choc brutal, générant peur, perte de contrôle, voire sentiment de menace vitale. Cela est dû à l'absence de préparation psychologique à la possibilité d'un accouchement par césarienne en urgence, ce qui a contribué à l'inacceptation de ce type d'accouchement.

L'accouchement lui-même a été associé à un vécu d'impuissance, de douleur et, parfois, à un traumatisme corporel et émotionnel aggravé par l'absence de contact immédiat avec le bébé. Les femmes qui ont vécu un transfert de leur bébé en couveuse évoquent un grand vide émotionnel et une absence de joie, ainsi qu'un sentiment de détachement, de rupture et de distance du fait de ne pas avoir vu leurs enfants immédiatement après la naissance.

Si le soutien familial était généralement présent, il s'est révélé parfois insuffisant, et seule une patiente a bénéficié d'un accompagnement psychologique structurant. L'absence de soutien psychique spécialisé ressort ainsi comme un facteur aggravant, laissant place à un trouble du lien mère-enfant initial, à une fragilité post-partum persistante et à une volonté fréquente de ne plus revivre une grossesse. Malgré cela, certains éléments de résilience sont identifiables, notamment dans la capacité à symboliser l'expérience (comme chez Nassima) ou grâce à une prise en charge psychologique adaptée (comme chez Hassiba).

Enfin, la qualité relationnelle avec l'équipe soignante apparaît comme un levier partiel de réassurance. Cette analyse souligne l'importance d'une reconnaissance subjective de la souffrance psychique liée à la césarienne en urgence, souvent tue ou minimisée, et appelle à un accompagnement psychologique systématique en post-partum pour prévenir les répercussions à long terme sur la santé mentale des mères.

En réponse à notre hypothèse, les résultats obtenus confirment que la césarienne en urgence entraîne une variété d'effets psychologiques, parmi lesquels on retrouve de façon marquée l'anxiété, le stress, le sentiment d'échec et parfois des symptômes dépressifs. Ces manifestations, bien que variables selon les situations individuelles, traduisent un impact psychique profond, qui justifie pleinement une attention clinique spécifique à cette population.

Discussion de l'hypothèse

2. Discussion de l'hypothèse :

Dans cette partie, nous nous appuierons sur les données issues des entretiens cliniques pour vérifier l'hypothèse formulée en amont. Les cas cliniques étudiés permettent d'éclairer les mécanismes psychiques en jeu chez les femmes ayant vécu une césarienne en urgence.

Hypothèse : Le vécu psychologique des femmes ayant accouché par une césarienne en urgence apparaît à travers différents effets psychologiques : anxiété, stress, sentiments d'échec, voire symptômes dépressifs.

Dans cette partie, nous nous appuierons sur les données issues des entretiens cliniques pour explorer et discuter cette hypothèse. L'analyse des cinq cas cliniques permet de mettre en lumière la diversité et l'intensité des manifestations psychiques observées chez les femmes ayant vécu une césarienne en urgence.

Les situations étudiées confirment que la césarienne en urgence est fréquemment associée à un vécu traumatique, souvent marqué par une rupture brutale du processus d'accouchement tel qu'il avait été imaginé par les femmes. Le sentiment de perte de contrôle, l'imprévisibilité de l'intervention, ainsi que la séparation immédiate avec le bébé sont autant de facteurs déclencheurs de réactions psychiques intenses.

Le cas de Naima illustre un sentiment d'échec profond, lié à la soudaineté de la décision médicale et à la confrontation à une image de soi fragilisée. L'événement est vécu comme une cassure dans son parcours de maternité, ce qui engendre anxiété et détresse émotionnelle.

Chez Karima, opérée en urgence sous anesthésie générale, l'absence de souvenirs de l'accouchement et la séparation avec le nouveau-né ont provoqué une désorientation émotionnelle, un sentiment de vide et des pleurs récurrents, caractéristiques d'un retentissement psychique post-traumatique.

Nassima, bien qu'ayant également connu une césarienne imprévue, a bénéficié d'un environnement rassurant et d'un soutien adéquat, ce qui a permis une meilleure intégration de l'événement. Elle exprime tout de même une grande tension initiale et un besoin de réassurance, illustrant la présence de stress aigu, atténué par la qualité de la prise en charge.

Discussion de l'hypothèse

Le cas de Hassiba confirme également la présence d'un stress important, lié à l'urgence de la situation, mais atténué par l'intervention d'une psychologue. Ce soutien a permis une élaboration psychique de l'événement, réduisant le risque de symptômes dépressifs.

À l'inverse, Ouarda, privée de soutien professionnel, présente un tableau de souffrance psychique persistante : isolement émotionnel, colère, retrait et absence de verbalisation. Son vécu souligne combien, en l'absence de prise en charge, les effets psychologiques de la césarienne en urgence peuvent s'ancrer durablement.

En conclusion, l'ensemble des cas cliniques soutient l'hypothèse selon laquelle la césarienne en urgence engendre des répercussions psychologiques variées, parmi lesquelles l'anxiété, le stress intense, le sentiment d'échec, la perte de repères, et parfois des symptômes dépressifs. Ces effets ne sont pas systématiques, mais apparaissent avec une fréquence notable, surtout lorsque le vécu n'est pas soutenu ou accompagné. Le soutien psychologique, bien qu'indirectement évoqué dans cette hypothèse, émerge comme un facteur modulateur essentiel dans l'intensité du retentissement psychique.

Synthèse :

L'analyse des cinq cas cliniques met en lumière la complexité du vécu psychologique lié à la césarienne en urgence. Bien que chaque histoire soit singulière, plusieurs éléments communs se dégagent : sentiment de perte de contrôle, rupture avec l'idéal d'accouchement, vécu d'échec, angoisse et parfois sidération.

Les données cliniques viennent étayer notre hypothèse : la césarienne en urgence s'accompagne d'un vécu psychologique qui apparaît par différents effets psychologiques : anxiété, stress, sentiments d'échec, voire symptômes dépressifs, ce qui confirme notre hypothèse de recherche.

Conclusion

Conclusion

La majorité des femmes enceintes espèrent vivre un accouchement naturel, sans complications. Cependant, l'accouchement est un processus imprévisible où des urgences peuvent survenir, nécessitant parfois une césarienne immédiate. Ce bouleversement soudain, souvent vécu sans préparation psychologique, confronte la femme à un choc émotionnel intense. Elle peut ressentir de la peur, de l'incompréhension, voire un sentiment d'échec, ce qui marque profondément son vécu psychologique.

Notre recherche s'est penchée sur le vécu psychologique des femmes ayant accouché par césarienne en urgence. Elle a permis de constater que cette expérience est souvent perçue comme brutale et déstabilisante. Elle peut engendrer des réactions de stress, de culpabilité ou d'angoisse, et parfois même laisser des séquelles psychiques si un accompagnement adapté n'est pas mis en place.

Il est donc essentiel de reconnaître que la césarienne, bien qu'elle sauve des vies, peut aussi constituer un traumatisme psychologique. Une prise en charge globale, incluant un soutien émotionnel avant et après l'intervention, s'avère indispensable. Il est crucial que les équipes médicales soient formées à détecter ces signes de détresse et à offrir un accompagnement humain et empathique. Cela permettrait d'éviter des répercussions négatives sur la santé mentale de la mère et sur sa relation naissante avec l'enfant.

Liste bibliographique

Ouvrages

- 1) Association Césarine. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. Revue de Médecine Périnatale. 2017/4 (Vol. 9), p. 221-229. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2017-4-page-221.htm>
- 2) Association césarine.(2016). Les conséquences d'une césarienne pour la mère. Récupéré de <https://www.cesarine.org/avenir/conséquences/>
- Association césarine.(2017). Les conséquences d'une césarienne pour le bébé. Récupéré de <https://www.cesarine.org/apres/bebe/>
- 3) Audoin C. Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement [en ligne]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd'hui-extraits/1154-65-vivre-une-cesarienne-et-reussir-son-projet-dallaitement> (cité le 18 mars 2022)
- 4) BAYLE B. (2006), Maternité et traumatisme sexuel de l'enfant, Paris, Harmattan. 5) Bernard E, Zakarian C, Pauly V, Riquet S. Évaluation de la perception des facteurs de stress post - accouchement au Gynépôle de Marseille [Cairn.info [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://www.cairn.info/revuesante-publique-2017-5-page-611.htm> (cité le 1 décembre 2020)
- 6) Boudou M, Teissèdre F, Walburg V, Chabrol H. Relation entre l'intensité de la douleur de l'accouchement et celle du postpartum blues. L'Encéphale. 1 oct 2007 ;33(5) :805-10.
- 7) BRIEX M. (2003), « Présence du père pendant une césarienne », Spirale, N°25, p 183-186.
- 8) Briex M. Césarienne naturelle. Spirale. 2015 ;76(4) :86-9.
- 9) Briffault, X. (2010). La fabrique de la dépression. (PP.57-104). Armand colin.
- 10) Brunce, E, Heine, R. (2021). Nausées et vomissements en début de grossesse.
- 11) Bydlowski M, Golse B. De la transparence psychique à la préoccupation maternelle Primaire. Une voie de l'objectalisation. Le Carnet PSY, 2001/3 (n° 63), p. 30-33. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-le-carnetpsy-2001-3-page-30.htm>
- 12) Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? Revue de médecine Périnatale, avr 2016 (Vol.8), p. 199-206. Disponible sur : <https://www.cairn.info/revue-de-medecineperinatale-2016-4-page-199.htm>

- 13) Clement S. Psychological aspects of caesarean section | Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2001;15(1):109-126.
- 14) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Fiche d'information des patientes : utérus cicatriciel. 2018
- 15) Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. Sept 2012;34(5):513.
- 16) D. Papanikola, G. Sanida, E. Escard, E. (2015). Santé mentale au Feminin : entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs Psychosociaux ?. Revue medicale suisse.
- 17) Dayan J, Girardin P, Rosenblum O. Troubles psychiques de la grossesse et du post- partum.
- 18) De Kermadec S, Ciraru-Vigneron N. Les refus de césarienne chez la Femme d'Afrique noire « migration santé » n°44 – p37-38.
- 19) De Valors. MH. Du baby blues aux névroses et TSPT post-accouchement.pdf [en ligne]. Disponible sur :
- 20) Dekel S, Ein-Dor T, Berman Z, Barsoumian IS, Agarwal S, Pitman RK. Delivery mode is associated with maternal mental health following childbirth. Arch Womens Ment Health. 1 déc 2019;22(6):817-24.
- 21) Drugmanne A. Le versant psychique de l'accouchement, selon la Préparation Globale à la Naissance, Méthode De Valors.
- 22) Dumont A, Guilmoto CZ. Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne. Popul Sociétés. 2020;581(9):1-4.
- 23) Fischer, G-H et al. (2020). Chapitre 6. Soutien social, santé et maladie. Dans : Les bases de la psychologie de la santé. (PP173-200). Dunod Kabbaï, R. (2017,05 mai). Agence science-presse dans Naître et grandir. Retiré de : <http://naitreetgrandir.com/fr>
- 24) Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse Psychological Impact of Operative
- 25) Fuchs, F. et Benhamou, D. (2015). Césarienne et post-partum : Recommandations pour La pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 44(10), 256-264. Récupéré de <https://doi.org/10.1016/j.jgn.2015.09.020>
- 26) Garel M, Lelong N, Marchand A, Kaminski M. Psychosocial consequences of caesarean childbirth: a four-year follow-up study. Early Hum Dev. Février 1990;21(2):105-14.
- 27) GIANA A. Et LERIDON H. (2000), Les enjeux de la stérilité, Paris, Inserm Ned. 28) Hadjam, R 2000 <guide médicale de la famille>. Alger EDC. Mega.
- 29) HADJAM. R, Etre femme en bonne santé, (de la puberté a la ménopause, des réponses a toute vos questions), édition -D-C- OMEGA, Alger. PILLIOT M. (2006), « Le regard du naissant », Spiral, N°37, p 79-96.

- 30) Haut Autorité de santé (2013). La césarienne ce que toute la femme enceinte devrait savoir. France. Récupérer de : https://www.has_santé.fr.
- 31) [https://psyaanalyse.com/pdf/DU%20BABY%20BLUES%20AUX%20NEVROSES%20-%20ET%20TSPT%20POST-ACCOUCHEMENT%20\(12%20Pages%20%20618%20Ko\).pdf](https://psyaanalyse.com/pdf/DU%20BABY%20BLUES%20AUX%20NEVROSES%20-%20ET%20TSPT%20POST-ACCOUCHEMENT%20(12%20Pages%20%20618%20Ko).pdf) (cité le 8 juill 2021)
- 32) Iselin-Chaves I. Syndrome de stress post traumatique césarienne [en ligne]. Disponible sur : https://www.hug.ch/sites/interhug/files/structures/anesthesiologie/documents/syndrome_stress_post_traumatique_cesarienne.pdf (cité le 13 juill 2021)
- 33) Lakrouf, A. (2017). Préférences des femmes relatives au sexe des enfants Et caractéristiques sociodémographiques. Université de Batna Brocan,
- 34) Lansac, J., Body, G. et Magnin, G. (2011). La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique (3è éd). Paris, France : Elsevier Masson.
- 35) Lansac. J., Body, G. Et Magnin, G. (2011). La pratique chirurgicale en gynécologie _ obstétrique (3é ed). Paris, France : Elsevier Masson.
- 36) Lasserre N. Emergency C-section in first-time mother: emergency C-section real-life experience childbirth, mother-child relationship and healthcare support . 2018. Pilliot M. Le regard du naissant. Spirale. 2006 ;37(1) :79.
- 37) Li L, Wan W, Zhu C. Breastfeeding after a cesarean section: A literature review. Midwifery. 1 déc 2021;103:103-117.
- 38) Manier M. De jeunes parents dans la tourmente. Stratégies de recours et gestion des normes de parentalité à l'arrivée du premier enfant. Rev Polit Soc Fam. 2018; 127(1):49-59.
- 39) MARGER R. et al. (1979), Précis obstétrique, Paris, Masson.
- 40) Maurice-Szamburski, A. (2018). Analgésie multimodale, ce qu'il faut abandonner. Le Praticien en Anesthésie Réanimation, 22(5), 257-263. Récupéré de <https://doi.org/10.1016/j.pratan.2018.08.006>
- 41) Merger R. Et Lévy. J. <précis d'obstétrique >, 6 éme, Édition. Masson. Paris, France, Milan.
- 42) Merger, R, et al 1995 <précis d'obstétrique > Masson, paris, Dunad.
- 43) Merger, R. Lévy, J. « Précis d'obstétrique ». 6éme Edition, Masson : Paris, a. France.
- 44) Milan, p123.
- 45) Obstetric Interventions : A Prospective Longitudinal Study : Aust N Z J Psychiatry. 26 juin 016 [en ligne]. Disponible sur : <https://journals.sagepub.com/doi/10.3109/00048679709062687> (cité le 17 nov 2020)
- 46) Olza I, Uvnas-Moberg K, Ekström-Bergström A, Leahy-Warren P, Karlsdottir SI, Nieuwenhuijze M, et al. Birth as a neuro-psycho-social Event: An integrative model of

maternal experiences and their relation to Neurohormonal events during childbirth. 28 juil 2020 ;15(7)

47) Pétraglia F, Imperatore A, Challis J. Neuroendocrine Mechanisms in Pregnancy and Parturition | Endocrine Reviews | Oxford Academic [en ligne]. Disponible sur : <https://academic-oup-com.passerelle.univrennes1.fr/edrv/article/31/6/783/2354753> (cité le 3 août 2021).

48) Riquin,E. (2015). Troubles psychiques de la grossesse et du post partum. France.

49) Ryding E. Expériences de césarienne d'urgence : une étude phénoménologique de 53 femmes - 1998 - Naissance - Wiley Online Library [en ligne]. Disponible sur : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1523-536X.1998.00246.x> (cité le 13

juill 2021)

50) Stoppard M, (1993) <Le livre de la naissance>, London, Libre.

51) Trudel,G. Relation entre vie conjugale et la détresse psychologique, Présentation du sujet avec emphase sur les couples Aînés et implications pour le développement d'une intervention cognitivo-comportementale perspectives psy. 2011/3(Vol.50).

52) UNAF (Union Nationale des Associations Familiales). Enquête périnatalité: « Regards de femmes sur leur maternité » [en ligne]. 2010. Disponible sur:

http://www.unaf.fr/IMG/pdf/ENQUETE_PERINATALITE.pdf (cité 18 avr 2018).

53) Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. Birth Berkeley Calif. Mars 2004

31(1):17-27.

Thèses et Mémoires

2 BIGNON-CHASSAGNE F. (2012), le nouveau-né, la femme césarisée et l'aide : préserver le lien mère-enfant en SSPI, Poissy-Saint-Germain-en-Laye.

3 ROUZBEH S.R. (2005), Comprendre le cout bénéfice d'une césarienne sur demande maternelle et d'un accouchement par voie basse, Université de Lausanne, Paris.

Dictionnaire :

a. Dictionnaire NAU DING. GRUN BEHN. (2006) Larousse médicale, Paris, Larousse.

b. Sillamy. N (2003). « Dictionnaire de la psychologie ». France, Larousse.

Annexes

Annexe N°1 : Le guide d'entretien

- Présentation du cadre de l'entretien (objectif, confidentialité, droit de ne pas répondre).
- Explication de la démarche et du but de l'échange.

1. Renseignements personnels :

- 1.1. Nom, prénom et âge
- 1.2. Niveau d'instruction.
- 1.3. Situation professionnelle.
- 1.4. Nombre d'enfants (grossesses précédentes et type d'accouchement).

2. Le projet de grossesse :

- 2.1. Cette grossesse était-elle désirée ou non ?
- 2.2. La décision d'avoir un enfant a-t-elle été prise seule ou avec votre partenaire ?
- 2.3. Comment avez-vous vécu cette grossesse sur le plan émotionnel ?

3. Réactions à l'annonce de la grossesse :

- 3.1. Comment avez-vous réagi à l'annonce de votre grossesse ?
- 3.2. Quelle a été la réaction de votre partenaire et de votre entourage ?

4. Vécu de la grossesse et état de santé :

- 4.1. Comment vous êtes-vous sentie physiquement et psychologiquement durant cette grossesse ?
- 4.2. Avez-vous rencontré des complications médicales ? Si oui, lesquelles ?
- 4.3. Avez-vous remarqué des changements dans votre alimentation, votre sommeil, ou votre humeur ?
- 4.4. Avez-vous eu des craintes particulières liées à votre grossesse ?

5. Anticipation de l'accouchement :

- 5.1. Aviez-vous un projet de naissance particulier ?
- 5.2. Aviez-vous envisagé une césarienne avant d'y être confrontée ?
- 5.3. Quelle image aviez-vous de l'accouchement par césarienne avant de la vivre ?

5.4. Vous êtes-vous renseignée ou avez-vous discuté de la césarienne avec des proches ou des professionnels ?

6. L'annonce et la préparation à la césarienne en urgence :

6.1. À quel moment avez-vous appris que vous deviez subir une césarienne en urgence ?

6.2. Qui vous l'a annoncé et comment ?

6.3. Comment avez-vous réagi émotionnellement à cette annonce ?

6.4. Avez-vous eu le temps d'en parler avec votre partenaire ou votre famille ?

6.5. Le personnel médical vous a-t-il expliqué la raison et le déroulement de l'intervention ?

7. Vécu psychologique de la césarienne en urgence :

7.1. Que ressentez-vous en repensant à ce moment ?

7.2. Avez-vous éprouvé des émotions particulières avant et pendant l'intervention (peur, stress, soulagement, colère...) ?

7.3. Vous êtes-vous sentie soutenue par le personnel médical ?

7.4. Avez-vous eu l'impression de perdre le contrôle ou d'être impuissante ?

7.5. Avez-vous eu la possibilité de voir ou de toucher votre bébé immédiatement après l'intervention ?

8. Après l'accouchement : adaptation et émotions :

8.1. Comment s'est passée votre récupération physique et émotionnelle ?

8.2. Avez-vous ressenti des symptômes de stress, d'anxiété ou de tristesse après l'accouchement ?

8.3. Avez-vous eu des difficultés à créer du lien avec votre bébé suite à la césarienne ?

8.4. Votre entourage a-t-il été un soutien dans cette période post-accouchement ?

8.5. Avez-vous ressenti le besoin d'en parler avec quelqu'un (proches, professionnels de santé) ?

9. Perception de la césarienne après coup et impact sur le futur :

9.1. Après cette expérience, comment percevez-vous aujourd'hui la césarienne en urgence ?

9.2. Pensez-vous que cette expérience a eu un impact sur votre bien-être psychologique ?

9.3. Cette expérience a-t-elle modifié votre vision d'un futur accouchement ?

9.4. Avez-vous des craintes pour une future grossesse ou un futur accouchement ?

- Récapitulation et retour sur les points abordés.
- Proposer un accompagnement si besoin (consultation psychologique, groupe de parole, etc.).
- Remercier la patiente pour son partage.

Résumé :

Cette recherche a pour objectif d'explorer et de décrire le vécu psychologique des femmes ayant accouché par une césarienne en urgence, ainsi de signaler l'importance d'un soutien psychologique avant et après l'accouchement par césarienne en urgence.

L'étude s'inscrit dans une démarche qualitative descriptive fondée sur une méthode d'étude de cas. Les données ont été recueillies à l'aide d'entretiens cliniques semi-directifs. L'enquête a été menée au sein de la maternité de l'hôpital d'Akbou, auprès de cinq femmes ayant vécu un accouchement par une césarienne en urgence.

Les résultats obtenus montrent que la césarienne en urgence peut engendrer un vécu psychologique difficile, marqué par des traces psychiques importantes. Cette recherche met en lumière l'importance d'un accompagnement psychologique adapté pour ces patientes, en particulier dans le contexte post-partum. La césarienne en urgence n'a pas seulement des conséquences physiques, mais aussi un retentissement psychologique important, souvent négligé dans la prise en charge globale de la femme.

Mots clés : vécu psychologique, accouchement, césarienne en urgence, accompagnement post-partum.

Abstract:

This research aims to explore and describe the psychological experience of women who have undergone an emergency cesarean section, and to highlight the importance of psychological support before and after such deliveries.

The study follows a qualitative descriptive approach based on case study methodology. Data were collected through semi-structured clinical interviews. The investigation was conducted at the maternity unit of Akbou Hospital, involving five women who experienced an emergency cesarean delivery.

The results show that emergency cesarean sections can lead to a psychologically challenging experience, often marked by significant psychological impacts. This research emphasizes the need for appropriate psychological support for these patients, especially in the postpartum period. Emergency cesarean sections have not only physical consequences but also substantial psychological effects, which are often overlooked in the overall care of women.

Keywords: psychological experience, childbirth, emergency cesarean section, postpartum support