



HAL
open science

**Le vécu de la césarienne en cours de travail :
témoignages de femme : enquête réalisée par entretiens
auprès de vingt patientes à la clinique gynécologique et
obstétricale du CHU de Rouen**

Camille Verdier

► **To cite this version:**

Camille Verdier. Le vécu de la césarienne en cours de travail : témoignages de femme : enquête réalisée par entretiens auprès de vingt patientes à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen. Gynécologie et obstétrique. 2009. dumas-00668998

HAL Id: dumas-00668998

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00668998v1>

Submitted on 10 Feb 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE ROUEN

DÉPARTEMENT DES ÉTUDES DE SAGE-FEMME

**«Le vécu de la césarienne en cours de travail :
témoignages de femmes ».**

**« Enquête réalisée par entretiens auprès de vingt
patientes à la clinique gynécologique et
obstétricale du CHU de Rouen ».**

Mémoire présenté par

Mademoiselle Camille VERDIER

Née le 20 septembre 1984

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Promotion 2009

SOMMAIRE

INTRODUCTION..........Page : 1

REVUE DE LA LITTÉRATURE.

1 Naissance et construction parentale..........Page : 3

1.1 L'évolution de la parentalité..........Page : 3

1.2 Le rôle de l'accouchement dans la construction parentale..........Page : 3

1.3 La préparation à la naissance et à la parentalité..........Page : 4

1.4 Le projet de naissance dans le cadre du plan de périnatalité..........Page : 5

2 La naissance par césarienne : quel impact ?..........Page : 6

2.1 La pratique de la césarienne..........Page : 6

2.1.1 Evolution de la pratique..........Page : 6

2.1.2 Les indications de césarienne..........Page : 8

2.2 Le vécu de la césarienne..........Page : 9

2.2.1 L'annonce de la césarienne..........Page : 9

2.2.2 Le vécu de l'intervention chirurgicale..........Page : 11

2.2.3 Le vécu des suites de couches..........Page : 12

2.3 Les conséquences sur la relation mère-enfant..........Page : 15

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE.

1 Objectif de la recherche..........Page : 17

2 Choix du type d'enquête..........Page : 17

3 Échantillon.....	Page : 18
4 Critères de sélection.....	Page : 18
4.1 Critères d'inclusion.....	Page : 18
4.2 Critères d'exclusion.....	Page : 19
5 Recrutement de la population et réalisation des entretiens.....	Page : 20
6 Grilles d'analyse des entretiens.....	Page : 21

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE.

1 Profil de la population.....	Page : 27
2 Résultats des grille d'analyse.....	Page : 28
2.1 Question : « pendant la grossesse, comment aviez-vous imaginé votre accouchement ? ».....	Page : 28
2.2 Question : « pendant la grossesse, aviez-vous pensé à la césarienne ? ».....	Page : 29
2.3 Question : « pendant la grossesse, que pensiez-vous de la césarienne ? ».....	Page : 30
2.4 Question : « qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce de la césarienne ? ».....	Page : 31
2.4.1 Soulagement et déception.....	Page : 31
2.4.2 Les autres sentiments.....	Page : 32
2.5 Question : « quels sont les points positifs et les points négatifs que vous reprenez de ce moment ? ».....	Page : 33
2.5.1 Les points positifs.....	Page : 33
2.5.2 Les points négatifs.....	Page : 34
2.6 Question : « Comment s'est passé votre accouchement par césarienne ? ».....	Page : 35
2.6.1 Les sensations de la césarienne.....	Page : 35
2.6.2 L'accompagnement par l'équipe médicale.....	Page : 36
2.6.3 Le premier contact avec l'enfant.....	Page : 37
2.6.4 Les autres thèmes évoqués.....	Page : 38

<u>2.7 Question : « quels sont les points positifs et les points négatifs que vous reprenez de cet accouchement ? »</u>	Page : 39
<u>2.7.1 Les points positifs</u>	Page : 39
<u>2.7.2 Les points négatifs</u>	Page : 40
<u>2.8 Question : « Comment vous sentez-vous depuis votre accouchement ? »</u>	Page : 41
<u>2.8.1 Le bien-être</u>	Page : 41
<u>2.8.2 La relation avec l'enfant</u>	Page : 41
<u>2.8.3 La mobilité, la douleur, la fatigue, le rétablissement</u>	Page : 42
<u>2.8.4 La relation avec les professionnels de santé</u>	Page : 43
<u>2.8.5 La cicatrice</u>	Page : 43
<u>2.8.6 L'allaitement maternel</u>	Page : 44
<u>2.8.7 Les autres thèmes</u>	Page : 44
<u>2.9 Question : « quels sont les points positifs et les points négatifs que vous reprenez des suites de l'accouchement ? »</u>	Page : 45
<u>2.9.1 Les points positifs</u>	Page : 45
<u>2.9.2 Les points négatifs</u>	Page : 46
<u>2.10 question : « avez-vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes à une éventuelle césarienne ? »</u>	Page : 47
<u>2.11 Autres thèmes abordés au cours des entretiens</u>	Page : 48

DISCUSSION.

<u>1 Points forts et points faibles de l'étude</u>	Page : 49
<u>1.1 La méthodologie choisie</u>	Page : 49
<u>1.2 Le choix des questions</u>	Page : 50
<u>1.3 La réalisation des entretiens</u>	Page : 51
<u>2 La population interrogée</u>	Page : 52
<u>3 Les sentiments ressentis par les patientes</u>	Page : 52

<u>4 Explications et préparation favorisent-ils un vécu positif de la césarienne ?</u>	Page : 54
4.1 <u>La préparation à la césarienne durant la grossesse</u>	Page : 54
4.2 <u>L'annonce de la césarienne et les réactions des patientes</u>	Page : 55
4.3 <u>L'accompagnement au bloc opératoire</u>	Page : 56
<u>5 La relation mère-enfant</u>	Page : 57

<u>CONCLUSION</u>	Page : 59
--------------------------------	-----------

BIBLIOGRAPHIE.

ANNEXES.

Introduction.

Lors de nos études de sage-femme, l'un des premiers contacts que nous avons avec les patientes se déroule dans un service de suites de couches. Là, nous avons pu découvrir les différents liens qui se créent entre une mère, un père et leur nouveau-né. Puis, progressivement, nous avons appris à les accompagner dans ces instants, d'un point de vue médical et humain.

Le taux de césariennes a progressivement augmenté, si bien qu'aujourd'hui, en France, près d'une patiente sur cinq accouche de cette façon.

Il existe de nombreuses indications de césariennes. Elles peuvent être programmées pendant la grossesse ou avoir lieu en urgence. Cependant, les césariennes qui sont décidées en cours de travail pour disproportion fœto-pelvienne, ajoutées aux césariennes décidées pour échec au déclenchement du travail, constituent les situations les plus fréquentes (15) (39).

Ces naissances ont lieu dans un contexte spécifique. Le travail, après avoir débuté, n'avance pas ou plus. La décision de pratiquer une césarienne est généralement prise avant l'apparition de complications pour la mère ou pour l'enfant. L'annonce de l'intervention chirurgicale et les informations qui l'accompagnent peuvent être réalisées de manière progressive, en prenant le temps nécessaire pour que les patientes puissent comprendre le motif de l'intervention et donner leur accord. De nombreuses patientes accouchent dans ce contexte et nous avons souhaité recueillir leur témoignage afin de mieux comprendre leur ressenti.

Nous avons réalisé une enquête auprès de vingt patientes ayant accouché par césarienne en cours de travail. Cette enquête a été réalisée dans le service de suites de couches de la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen, à J3-J4 du post partum. Afin de laisser les patientes s'exprimer le plus librement possible, nous avons procédé par entretiens semi-dirigés, établis à partir d'une grille de questions. Ces

questions étaient volontairement larges. Elles ont permis d'aborder avec les patientes, en suivant l'ordre chronologique, les thèmes de la préparation à l'accouchement, de l'annonce de la césarienne, du déroulement de l'intervention chirurgicale, et des suites de couches.

Au cours des entretiens, les patientes ont pu nous apporter leurs témoignages notamment à propos des sentiments éprouvés au cours de leur grossesse et de leur accouchement, de leur rencontre avec leur enfant et des relations qu'elles ont établies avec les différents professionnels de santé.

Ce projet s'inscrit dans une démarche professionnelle. Il devrait nous permettre d'approfondir nos connaissances sur la situation des patientes concernées et d'en tirer des enseignements nécessaires à l'exercice de notre futur métier.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 Naissance et construction parentale.

1.1 L'évolution de la parentalité.

Les relations qui s'établissent entre les parents et les enfants ont fortement évolué au cours des siècles. Dans la culture judéo-chrétienne, l'autorité paternelle est toute puissante. La femme, tout comme ses enfants, est une personne mineure. Sa place est confinée aux fonctions maternelles. L'accouchement et les soins de l'enfant sont des affaires de femmes et se passent en milieu clos. Cette situation va perdurer jusqu'au XX^{ème} siècle où de profonds changements vont survenir et modifier les rapports entre les hommes et les femmes au sein du couple. Le travail des femmes, la maîtrise de la fécondité, les évolutions juridiques vont permettre aux femmes de s'émanciper. Désormais, l'autorité parentale est partagée par les deux parents (11).

Dans le même temps, les hommes ont pris une place plus importante dans l'éducation des enfants. Ils peuvent participer plus activement à la naissance et aux soins du nourrisson (11).

1.2 Le rôle de l'accouchement dans la construction parentale.

Pendant la grossesse, la femme enceinte passe par différentes étapes psychologiques qui la préparent à l'accouchement et à la parentalité. Durant cette période, la vie psychique de la future mère est marquée par un état de « transparence psychique » qui lui permet de faire émerger à l'état semi-conscient des souvenirs, des conflits de son passé qu'elle doit résoudre, remodeler et se réapproprier. Il s'agit d'une véritable « crise organisationnelle » qui lui permet de se préparer à devenir mère (22).

Ce phénomène permet à la future mère de construire dans son esprit un enfant imaginaire, issu de ses propres modèles, avec qui elle pourra établir une relation précoce. De plus, elle utilise ces modèles également appelés « patterns » pour élaborer

un modèle éducatif dans lequel elle pourra se projeter (20).

En accouchant, les femmes s'identifient, se comparent voire s'opposent à leur propre mère et marquent ainsi leur féminité. Selon De Valors, la grossesse est un temps de « transmissions de femme à femme ». Cet échange de pratiques, de comportements, de traditions peut parfois être source d'angoisse ou d'informations erronées pour les futures mères. Sur ce point, la vigilance des professionnels de santé reste accrue afin de rassurer et d'informer les patientes tout en respectant les convictions de chacune (20).

Ces éléments font partie du processus de parentalité. Ils sont accompagnés d'inquiétudes et d'angoisses qui sont verbalisées sous la forme de « suis-je capable d'être mère » « serai-je une bonne mère ». Ces doutes peuvent se stigmatiser lors de l'accouchement qui devient alors une épreuve permettant à la future mère de se prouver à elle-même ses capacités (21). Lorsque le projet d'accouchement est perturbé ainsi que toute la symbolique qui l'accompagne, il peut arriver que la femme se sente remise en cause dans sa capacité à être mère (20).

Pour les femmes, l'accouchement peut correspondre à un « passage psychique » entre l'état d'enfant et l'état de femme, de mère. Un vécu positif de l'accouchement est souvent associé à un « passage psychique » réussi et à un investissement rapide des fonctions parentales. L'anticipation et la préparation à l'accouchement que ce soit par voie basse ou par césarienne deviennent alors des éléments cruciaux qui permettent aux patientes de mieux vivre cet événement (1) (29).

1.3 La préparation à la naissance et à la parentalité.

Initialement, la préparation psychoprophylactique obstétricale avait pour but de préparer les femmes à la gestion de la douleur de l'accouchement. Le développement de l'analgésie péridurale dans les années 1970 a provoqué une diminution du taux de participation des couples à une préparation à la naissance (27).

En 2007, dans le département de Seine-Maritime, 43 % des femmes enceintes ont suivi une préparation à la naissance. Cependant, ce taux atteint 65 % dans la

population de primipares (39).

Parmi les thèmes abordés aujourd'hui au cours des séances, la gestion de la douleur tient encore une place importante. Mais le déroulement de l'accouchement, l'accueil de l'enfant, les soins de puériculture, l'allaitement et la parentalité se sont développés. Le thème de la césarienne peut être abordé lors d'une séance ce qui a pour but d'encourager les patientes à se projeter dans cet événement, souvent oublié, et de s'y préparer (27) (42).

Selon Hilliane, lorsque la césarienne est programmée à l'avance, les femmes semblent mieux vivre ce moment. Il explique cette réussite par le fait qu'elles aient pu se projeter dans ce mode d'accouchement grâce aux informations complémentaires qu'elles ont recueillies auprès des professionnels de santé ou de leur entourage (28).

Ainsi la préparation psychoprophylactique obstétricale a progressivement évolué vers une préparation à la naissance et à la parentalité.

1.4 Le projet de naissance dans le cadre du plan de périnatalité.

Les évolutions qui concernent la préparation à la naissance et à la parentalité se sont faites sous l'influence de groupes d'usagers et des professionnels de santé. À l'initiative du collège national des obstétriciens de France, les états généraux de la naissance de 2003 ont permis la création du collectif inter-associatif autour de la naissance pouvant faire entendre ces voix. Les états généraux ont nettement permis de faire évoluer la prise en charge des patientes. Ils ont également entraîné des modifications réglementaires qui se sont faites progressivement entre autres au travers du décret de périnatalité 1998, de la loi du 4 mars 2002 et du plan de périnatalité 2005-2007 (27) (40) (42).

Inclus dans le plan de périnatalité 2005-2007, le projet de naissance a pour but d'apporter une dimension plus intime et plus humaine à la naissance. Il s'agit d'un document écrit pendant la grossesse par les parents. Il décrit de façon détaillée les éléments que le couple aimerait ou n'aimerait pas retrouver au cours de la naissance de

leur enfant (42).

Il permet aux professionnels de santé de prendre connaissance des désirs du couple à propos du déroulement de l'accouchement et de les respecter dans la mesure du possible. Il ne s'agit pas d'un contrat signé entre l'équipe soignante et le couple. Au contraire, le projet d'accouchement sert de base d'échange. Il permet au couple d'exprimer ses souhaits et de se préparer à l'accouchement de façon réaliste tout en y tenant un rôle actif. Il permet aux professionnels de santé d'expliquer au couple que tout accouchement a sa part de risque et d'événements imprévus et de les informer sur les motifs et le déroulement des actes médicaux qui sont susceptibles d'être réalisés. Le projet d'accouchement est donc une « conjonction entre les aspirations de la femme et du couple et l'offre de soins locale » (42). Cependant, cet outil est encore rarement utilisé.

Le projet d'accouchement devrait favoriser cet échange dans le contexte particulier de la césarienne. L'idée d'accouchement et la césarienne ne vont pas forcément de pair (50). De plus, l'accouchement par césarienne est un acte médical au cours duquel les femmes jouent un rôle passif ce qui ne les encourage pas à se projeter dans cet événement. Dans le projet d'accouchement, la césarienne peut apparaître sous la forme « je souhaite », « je ne souhaite pas » ou simplement être oubliée. Dans ce cas, ce document permet à l'équipe soignante de savoir si le couple envisage et se prépare à cet acte médical. Il peut faire apparaître un manque d'information ou une appréhension qui pourront ainsi être abordés au cours d'un entretien (27).

2 La naissance par césarienne : quel impact ?

2.1 La pratique de la césarienne.

2.1.1 Évolution de la pratique.

La césarienne est restée un acte rare et méconnu pendant de nombreux siècles. Initialement, elle était pratiquée en post-mortem et il fallut attendre le XIXème siècle

pour que les techniques opératoires s'améliorent et deviennent plus sûres. Mais c'est grâce aux progrès effectués en anesthésie et en réanimation dans les années 1950, ainsi qu'à l'usage des antibiotiques, que cette pratique a pu se répandre (13).

La pratique de la césarienne et les progrès effectués en obstétrique ont permis de diminuer rapidement et de façon importante la mortalité maternelle. En 1946, le taux de mortalité maternelle était de 116,4 pour 100.000 accouchements, en 2000 il était de 6,5 pour 100.000 (52).

Le taux de césariennes pratiquées en France a fortement augmenté ces 20 dernières années. En 1980, il se situait aux alentours de 10,9% ; en 2007, il était de 20,1% (32).

La Seine-Maritime semble moins touchée par ce phénomène, en 2007 le taux de césariennes était de 17,8% (39). Cependant, ce chiffre reste supérieur au taux de 15 % recommandé par l'OMS (53).

Différents facteurs d'ordre médical, juridique, financier et individuel permettent d'expliquer cette forte augmentation :

- l'augmentation du nombre de grossesses tardives ;
- la pratique de plus en plus fréquente d'une césarienne lors des présentations par le siège ;
- la pratique du déclenchement de l'accouchement ;
- le besoin de sécurité qui pousse les praticiens à pratiquer une césarienne dès qu'une dystocie se présente ;
- la demande de césarienne de la part des patientes qui est en forte augmentation (32).

La Fédération Hospitalière de France (FHF) a récemment souligné cette augmentation car la césarienne n'est pas un acte anodin. Le taux de mortalité des femmes césarisées est 3,5 fois supérieur au taux de mortalité des accouchements par voie basse (32).

2.1.2 Les indications de césarienne.

Il existe différentes indications de césarienne qui peut être programmée ou pratiquée en urgence. Certaines césariennes sont programmées à l'avance parce qu'il est évident que l'accouchement ne pourra se faire par voie basse. Par exemple dans les situations d'utérus multi-cicatriciel, de dystocie du bassin ou lorsque la présentation fœtale est incompatible avec un accouchement par les voies naturelles (17).

D'autres sont pratiquées en urgence face à un évènement imprévu. Dans les situations de pathologies aiguës (pré-éclampsie, hématome rétro-placentaire...), elles peuvent être réalisées avant que le travail n'ait débuté. Les césariennes en urgence peuvent également être pratiquées en cours de travail face à une situation d'urgence vitale comme par exemple la procidence du cordon mais également dans les cas de disproportion fœto-pelvienne ou d'échec au déclenchement (17).

Dans le département de Seine-Maritime, pour l'année 2007, 7% des naissances se sont faites par césarienne programmée et 11% des naissances se sont faites par césarienne en urgence (39).

Les césariennes pour disproportion fœto-pelvienne représentaient 29% des motifs de césarienne pour l'année 2001 en France. Il s'agit de l'indication de césarienne la plus fréquente (17).

De même, la pratique du déclenchement du travail a fortement augmenté ces 30 dernières années. En Seine-Maritime, pour l'année 2007, le taux de déclenchement du travail était de 17 % (39). Cette pratique est devenue fréquente. Cependant, des études nationales, randomisées sur le sujet ont démontré que la pratique du déclenchement à terme avec des conditions locales défavorables se termine, dans plus de 20% des cas, par une césarienne (41).

2.2 Le vécu de la césarienne.

2.2.1 L'annonce de la césarienne.

* Le contexte :

Les césariennes pour disproportion fœto-pelvienne ou pour échec au déclenchement sont indiquées dans un contexte particulier. Dans ces cas, la plupart du temps, la césarienne est un évènement imprévu lorsque le travail commence. Celui-ci peut durer plusieurs heures qui sont marquées d'attente et de fatigue pour le couple. Puis, le travail cesse d'avancer. Durant les heures de stagnation, l'équipe médicale a le temps d'expliquer aux patientes chaque décision thérapeutique, son but, son fonctionnement (17). Ces heures d'attente constituent un temps d'échange qui peut permettre aux patientes de se sentir actrices de leur accouchement, par exemple en mobilisant leur bassin pour faire avancer le travail. Lorsque la décision de césarienne est prise, les patientes ont pu y être préparées. Cependant, il est important de veiller à ce que le motif de la césarienne leur soit réexpliqué après la naissance. En effet, lors de l'accouchement, les patientes se trouvent dans un état psychologique particulier propice à l'accueil de l'enfant mais qui est accompagné de stress et d'épuisement. Cet état ne leur permet pas toujours d'assimiler les informations qui leur sont apportées. (21).

* Les réactions des patientes.

Chaque patiente, suite à l'annonce d'une césarienne, a des réactions qui lui sont propres. Elles sont liées à sa personnalité, au projet du couple et à de nombreux autres éléments d'ordre psychologique et social. L'expression de ces réactions est plus ou moins marquée et mesurable par l'équipe soignante (6).

Dans le cadre de la naissance, l'annonce de la césarienne marque le passage de la physiologie vers la pathologie dans un contexte où la charge affective et la dimension sociale sont essentielles. Cette annonce peut avoir des répercussions importantes dans le cercle familial entre la mère, le père, l'enfant, mais également avec l'entourage (51).

L'annonce d'une intervention chirurgicale peut entraîner chez les patientes des réactions psychologiques très différentes qui leur permettent de s'adapter ou de se protéger face à la nouvelle. D'un point de vue psychique, ces femmes présentent plusieurs caractéristiques. Elles sont à la fois patiente, femme en travail, et future mère. Ces différents aspects de leur personnalité peuvent les conduire à différentes réactions : sentiment de libération ou d'échec, régression, agressivité, agitation, peur...(4) (6) (9) (51).

Dans le cadre des césariennes en cours de travail, le plus souvent, celui-ci a été long. Certaines femmes vivent au moment de l'annonce de la césarienne une véritable libération après des heures interminables de travail dont elles ne voyaient pas l'issue. Clément, psychologue et chercheuse américaine, parle même d'une « lumière au bout du tunnel » (4). Dans ce cas, l'annonce de la césarienne est perçue et accueillie positivement comme une intervention de sauvetage.

D'autres femmes, au contraire, vivent cette annonce comme un échec. Certaines se sentent coupable de ne pas pouvoir mener à bout cet événement dans lequel elles avaient investi une grande symbolique. Elles peuvent y voir une trahison de leur corps (51).

Certaines patientes peuvent présenter une phase de régression qui se caractérise par un retour à l'état d'enfant. Elles se laissent entièrement prendre en charge par les autres et se replient sur elles-mêmes. C'est un mécanisme de protection qui leur permet d'accepter l'aide d'autrui et de se recentrer sur elles-mêmes (6).

Parfois, les patientes peuvent se montrer agressives. Cette agressivité peut être liée à un refus de la pathologie qui a constitué l'indication de la césarienne et sa prise en charge. Elle peut être également liée à un sentiment de peur face aux événements. Ce moyen de défense peut traduire de la méfiance, de l'insatisfaction, un refus de traitement ou de l'incompréhension de la part de la patiente. Au cours de la césarienne, il peut arriver que les patientes soient extrêmement agitées ce qui peut compliquer leur prise en charge par l'équipe médicale (6).

Dans ces situations où l'enfant est en bonne santé mais où l'accouchement ne

peut se faire par voie basse, certaines femmes vont, à l'annonce de la césarienne, ressentir de la peur pour l'état de santé de leur enfant. Elle peuvent également ressentir une certaine culpabilité, imaginant n'avoir pas su le protéger (9).

Les conjoints ainsi que l'entourage des patientes sont également touchés par l'annonce d'une césarienne. Cette situation peut les inquiéter et leur réaction peut influencer le vécu des femmes. Le rôle de l'équipe soignante est alors, après accord de la patiente, d'informer ses proches à chaque étape de l'intervention et de pouvoir ainsi les rassurer (18) (43).

2.2.2 Le vécu de l'intervention chirurgicale.

Jusque dans les années 1980, la majorité des césariennes avait lieu sous anesthésie générale. Des études effectuées à l'époque ont démontré que la perte de conscience lors d'une césarienne sous anesthésie générale était anxiogène. Pour les patientes, le fait d'être endormies au cours de leur accouchement dans une situation d'urgence pouvait s'accompagner d'une angoisse de mort pour leur enfant ou pour elles-mêmes. À leur réveil, l'absence du souvenir de la naissance pouvait perturber la bonne mise en place de la relation mère-enfant (25) (26).

Ces travaux ont permis une évolution des pratiques. Aujourd'hui les césariennes se font le plus souvent sous anesthésie loco-régionale. Les patientes sont éveillées et gardent en mémoire la naissance de leur enfant. Lorsque les conditions le permettent, les nouveau-nés sont présentés à leur mère dès la naissance. Le contact précoce entre la mère et son enfant permet de la rassurer et favorise un meilleur investissement du rôle maternel (25) (26).

Cependant, ces méthodes possèdent également leur part d'inconvénients. Les anesthésiques locaux nécessitent un certain délai pour agir. Si l'intervention chirurgicale est trop urgente, l'anesthésie générale reste préférable. De plus, les patientes mémorisent l'acte chirurgical. Les bruits, les sensations tactiles, l'odeur et parfois la vue de l'intervention sont autant d'éléments qui peuvent laisser aux patientes des souvenirs plus ou moins agréables (34).

Le vécu d'une intervention chirurgicale peut être associé à des sentiments de stress et d'angoisse qui sont parfois liés à l'appréhension du geste. Le stress des patientes se manifeste cliniquement. La sécrétion des catécholamines provoque des tremblements, de la tachycardie et de la tachypnée qui sont observés la plupart du temps. Ce phénomène est souvent amplifié par l'utilisation des anesthésiques locaux et peut se transformer en véritable crise d'angoisse. Dans ce cas, l'équipe médicale est contrainte à pratiquer une anesthésie générale (34).

Il est admis que le fait de décrire à l'avance à la patiente le déroulement de l'intervention lui permet d'anticiper les événements, de ne pas être surprise à chaque étape de l'opération et d'améliorer son confort. Les informations qui sont délivrées aux patientes en amont de la césarienne c'est à dire pendant la grossesse et durant le travail sont donc cruciales (51).

La question de la présence du père au bloc opératoire reste un sujet délicat. Peu sont réellement admis pendant la césarienne. Pourtant, sa présence semble permettre de faire un lien entre l'acte chirurgical et la naissance de la famille. Il peut servir de médiateur entre l'équipe médicale et la patiente. Lorsque l'opération doit se faire sous anesthésie générale, il peut aussi constituer le témoin du lien parental entre l'enfant présenté à la mère et celui qu'elle a porté durant sa grossesse et qu'elle attend (18) (43).

Lors d'une césarienne, les patientes sont dans un état passif qui peut être mal vécu. Pour remédier à ce problème, certains obstétriciens proposent aux patientes de «pousser» au moment de la sortie de l'enfant. Cet acte reste symbolique puisque les patientes sont anesthésiées mais il permet aux mères de se sentir actrices de leur accouchement (51).

2.2.3 Le vécu des suites de couches.

Comme toute intervention chirurgicale, la césarienne induit des suites opératoires d'un point de vue physique et psychique.

* La douleur.

La douleur suite à une césarienne est souvent plus importante que la douleur suite à un accouchement. Le Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur la qualifie de douleur « forte » pendant les 48 premières heures (48).

La prise en charge de cette douleur en suites de couches est une priorité. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient a renforcé cette démarche. Elle stipule, entre autres, que chaque patient a le droit de recevoir des soins visant à soulager la douleur, celle-ci devant être « prévenue, évaluée, prise en compte et traitée » (40).

Ces dix dernières années, l'analgésie des suites de couches a fait de nombreux progrès notamment grâce à l'utilisation d'antalgiques plus puissants de façon systématique dans le cadre de protocoles de soins. Les recherches dans ce domaine, ont montré que le seuil de tolérance varie d'une personne à l'autre. Elles ont permis d'adapter la prise en charge de la douleur pour chaque patiente notamment grâce à l'utilisation de l'Echelle Visuelle Analogique. Ainsi, chaque patiente a une perception de la douleur qui lui est propre et les femmes césarisées ne vivent pas toutes les suites de couches de la même façon. Certaines femmes sont sur pied rapidement après l'opération, d'autres mettront plus de temps à se remettre (28).

* La cicatrice.

Après une césarienne comme après un accouchement, les femmes doivent s'habituer à leur nouveau corps qui a subi un changement rapide. En quelques heures, le ventre a diminué de taille, la grossesse est terminée. Ce changement, pour être accepté, nécessite un temps d'adaptation.

A la suite d'une césarienne, le corps est marqué d'une cicatrice sur l'abdomen. Dans un souci esthétique, les techniques chirurgicales ont évolué. Les incisions transverses basses dites de « Pfannenstiel », situées à la limite des poils pubiens laissent des cicatrices plus discrètes (17).

Malgré cela, certaines patientes vont avoir une réaction de rejet à l'occasion des soins de cicatrice. Cette réaction peut être liée à la douleur qu'elle procure ou à la gêne provoquée par la cicatrisation. Suite à la césarienne, les patientes peuvent également ressentir une paresthésie au niveau de la région sus-pubienne. Cette sensation peut être perçue comme désagréable, perdurer plusieurs mois et perturber les patientes (51).

Les femmes ont une vision différente de la cicatrice en fonction de leurs croyances, de leur position sociale ou de leur âge. «L'image du corps est propre à la vision que chacun s'en fait » disait Françoise Dolto (7). Certaines femmes voient dans leur cicatrice une preuve positive et indélébile de leur maternité. D'autres en revanche, y voient une béance dans leur corps, signe du manque qu'elles ressentent d'être passées de l'état de femme enceinte à l'état de mère sans accouchement par voie basse (51).

* Les réactions psychologiques.

Les suites d'une césarienne sont accompagnées d'évènements heureux. L'enfant est né, la famille se découvre. Cependant, il peut arriver que ces instants soient aussi accompagnés de sentiments négatifs. La littérature décrit des sentiments très différents tels que:

- la « déception » de n'avoir pas vu se réaliser un idéal d'accouchement ;
- la sensation de « solitude » de n'avoir pas pu partager le moment de la naissance avec le conjoint ;
- la « honte » ou la « colère » d'avoir eu le sentiment de « démissionner » dans cet événement important ;
- la « culpabilité » de ne pas pouvoir s'occuper de l'enfant les premiers jours ;
- la sensation d'avoir « raté » le moment de la naissance de l'enfant (15) (36).

Ces sentiments peuvent mettre plusieurs mois à disparaître. Il est même courant pour ces femmes de les voir resurgir des années plus tard, parfois à l'occasion d'un événement anodin (51).

La compréhension et le soutien de ces patientes par l'entourage et le personnel soignant leur permettent de prendre du recul par rapport aux événements.

Pour se remettre de leur césarienne, de la fatigue, de l'émotion, et parfois de la déception qu'elle entraîne, les femmes césarisées ont besoin en suites de couches d'un temps de récupération plus long que les femmes qui ont accouché par voie basse. Ce repos leur permet de reprendre des forces (21).

2.3 Les conséquences sur la relation mère enfant.

En 1970, J. Bowlby a introduit la notion de « l'attachement » qui s'établit entre la mère et l'enfant dans les premiers mois de vie. Ce phénomène est un élément vital pour le nouveau-né. Il lui servira par la suite à se construire et à créer des liens sociaux (1).

L'attachement entre la mère et l'enfant débute pendant la grossesse à travers les mouvements fœtaux et la construction imaginaire de l'enfant par les futurs parents. Cependant, c'est par le maternage que l'attachement va réellement se créer. Le fait de nourrir l'enfant, de le soigner, de jouer avec lui permet au couple mère-enfant de créer un lien puissant et durable. Durant cette période s'instaure une communication entre la mère et l'enfant qui passe par un échange de mouvements, d'odeurs, de sons, de manifestations visuelles (1).

Dans le cadre de la césarienne, lorsque les patientes sont dans un état de stress important, l'attachement peut être perturbé. Le rôle de l'équipe soignante est alors de créer un environnement favorable à la création du lien mère-enfant. Lorsque la césarienne a lieu sous anesthésie loco-régionale, l'enfant peut le plus souvent être présenté à sa mère dès la naissance. Certaines équipes proposent à la patiente un peau à peau ou une mise au sein, dans le bloc opératoire ou lors du passage en salle de réveil, afin de favoriser un contact rapproché et précoce entre la mère et son nouveau-né (23).

Après l'accouchement, le maternage peut être perturbé par le fait que la mère reste alitée pendant les premières heures. Durant cette période, elle a besoin d'aide pour effectuer les soins de son enfant car elle peut rencontrer des difficultés à se déplacer. Ces éléments peuvent créer chez la mère un sentiment de culpabilité (24). Le rôle de l'équipe soignante est alors d'accompagner et de valoriser ces femmes pour les rassurer et les conforter dans leur rôle de mère.

Lorsqu'elles allaitent, la mise au sein peut se révéler douloureuse car elle mobilise la cicatrice. Les nouvelles mamans ont souvent des difficultés à trouver une position adéquate lorsqu'elles prennent leur enfant dans leurs bras. Là encore, l'équipe soignante joue un rôle important pour favoriser une bonne mise en place de l'allaitement maternel, par exemple en proposant son aide lors la mise au sein dans une position adaptée pour que la patiente soit installée confortablement (51).

Ainsi, la préparation à la naissance, l'annonce de la césarienne, le déroulement de l'intervention chirurgicale et des suites de couches sont donc des d'éléments qui influencent le vécu des patientes. Nous allons à présent présenter la méthode choisie pour notre enquête et ses résultats.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

1 Objectif de la recherche.

Le but de notre étude était de recueillir des témoignages de femmes césarisées en cours de travail afin de mieux comprendre leur ressenti. Cette enquête devait nous aider à identifier les points positifs et les points négatifs que les patientes retiennent de leur expérience et qu'elles expriment trois jours après leur accouchement. Cette étude avait donc pour objectif de renforcer nos connaissances sur le vécu des patientes afin de mieux les accompagner. Elle s'inscrivait dans une démarche professionnelle.

2 Choix du type d'enquête.

Afin de connaître le vécu des différentes étapes d'une césarienne réalisée dans les conditions prédéfinies, nous avons choisi d'effectuer une étude prospective et unicentrique par entretien. Il s'agissait d'entretiens semi-directifs établis à partir d'une grille de questions pour faciliter le dialogue avec les patientes. Tous ont été effectués à la clinique gynécologique et obstétricale du CHU de Rouen dans l'unité de suites de couches pathologiques.

Dans un premier temps, nous avons relevé pour chaque patiente un certain nombre de critères médicaux, sociaux et démographiques afin d'identifier par la suite le profil des patientes interrogées (ANNEXE I).

Puis, les questions ont été posées dans un ordre chronologique, ce qui nous a permis de mieux cadrer l'entretien. Les questions portaient sur :

- la préparation des patientes à l'accouchement pendant leur grossesse ;
- le moment de l'annonce de la césarienne ;
- le déroulement de l'intervention chirurgicale ;
- les suites de couches.

Ces questions restaient ouvertes ce qui a permis aux patientes d'aborder, pour chaque étape, les sujets qui leur semblaient importants.

Enfin, la dernière question conduisait les patientes à se projeter en tant que femmes expérimentées et à formuler les conseils qu'elles aimeraient apporter aux femmes enceintes dans le but de les préparer à la césarienne (ANNEXE I).

3 Echantillon.

Nous avons choisi d'effectuer 20 entretiens afin d'obtenir un éventail de témoignages large nous permettant de mettre en évidence différents thèmes plus ou moins fréquemment abordés par les patientes. La taille de cet échantillon ne cherchait pas à établir de valeurs statistiques. Il visait à réunir un ensemble de témoignages suffisant pour construire une analyse argumentée.

4 Critères de sélection.

Notre étude portait sur une population ciblée afin de recueillir des témoignages comparables.

4.1 Critères d'inclusion.

Nous avons choisi d'interroger des femmes ayant eu une césarienne en cours de travail pour stagnation de la dilatation, non engagement à dilatation complète et ou échec au déclenchement. Nous avons choisi ces critères car alors :

- le travail a débuté ;
- la césarienne est un événement imprévu ;
- l'annonce de la césarienne est progressive et l'équipe soignante a le temps de donner les explications nécessaires ;
- la décision a pu être prise avant l'apparition de complications pour la mère ou pour l'enfant.

Toutes les femmes ont été césarisées sous anesthésie loco-régionale et pouvaient se souvenir de l'intervention chirurgicale.

Les patientes interrogées étaient primipares ou multipares. Cependant, elles venaient d'accoucher par césarienne pour la première fois afin qu'il s'agisse d'une expérience nouvelle pour elles.

Les enfants sont nés à terme et bien portants.

Pour toutes les patientes, les suites de couches se déroulaient de façon eutociques, tant pour la mère que pour l'enfant.

4.2 Critères d'exclusion.

Tous les autres motifs de césarienne en urgence ont été exclus. Nous avons exclu les césariennes sous anesthésie générale. De même, nous avons écarté les césariennes programmées car les patientes ont pu se préparer à l'avance à cet évènement.

Les patientes qui ont connu des complications suite à l'accouchement comme les hospitalisations en réanimation, les hystérectomies d'hémostase ou les abcès de paroi, ont été exclus.

Les cas où les nouveau-nés ont subi une réanimation néonatale ou une hospitalisation ont été écartés. Il en est de même pour les naissances prématurées.

Nous avons choisi d'exclure ces cas afin que l'accouchement par césarienne ne soit pas associé à d'autres événements qui pourraient influencer le vécu des patientes. En effet, nous pensons que la perception de la césarienne comme événement inattendu, pourrait être déformée ou laissée de côté face à ce type de complications qui sont anxiogènes.

5 Recrutement de la population et réalisation des entretiens.

Cette étude unicentrique nous a permis d'interroger des patientes qui ont connu une prise en charge similaire. Il existe au sein de l'établissement un consensus sur la prise en charge des patientes césarisées.

Les entretiens ont été réalisés entre les mois de février et juin 2009.

Pour les réaliser, nous nous sommes rendues tous les trois jours dans le service de suites de couches. La sélection des patientes s'est faite auprès des professionnels du service et après l'examen des dossiers médicaux. Cette méthode nous a permis de rencontrer l'ensemble des femmes correspondant aux critères de l'étude.

Dans un premier temps, nous avons pris contact avec les patientes, à J2-J3 du post partum pour leur expliquer le but de notre étude et obtenir leur accord. Puis, nous les avons rencontrées à J3-J4 dans leur chambre. Avec l'accord des cadres de santé, les patientes hospitalisées en chambre double ont été interrogées dans une salle isolée, afin de préserver leur intimité. De plus, les entretiens ont été traités de façon anonyme.

Nous avons pour objectif de réaliser vingt entretiens. Pour cela, nous avons rencontré vingt-deux patientes. Deux patientes ont refusé de participer à l'enquête, il s'agissait de femmes parlant peu le français.

Six entretiens ont été réalisés en présence du conjoint de la patiente. Cependant, au cours de ces entretiens les pères ne sont pas intervenus.

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des patientes ce qui nous a permis de nous concentrer sur leurs propos.

Lorsque cela nous a paru nécessaire, nous avons relancé les patientes afin qu'elles approfondissent leurs propos ou qu'elles les précisent.

Initialement prévus pour 45 minutes, les entretiens réalisés ont une durée moyenne de 38 minutes. La durée médiane est de 33 minutes, l'entretien le plus court a duré 16 minutes, l'entretien le plus long a duré 1 heure et 26 minutes. La durée moyenne des 10 premiers entretiens est de 30 minutes et la durée moyenne des 10 derniers entretiens est de 47 minutes. Soit une différence de 17 minutes.

Après avoir relevé les témoignages, nous les avons retranscrits et codés. Chaque entretien a été identifié par une lettre de l'alphabet et chaque phrase a été numérotée. Ainsi, l'entretien de madame A a été codé de la façon suivante : A1, A2, A3... Cette technique a facilité le regroupement des témoignages au sein des grilles d'analyse (8).

6 Grille d'analyse des entretiens.

Dans un premier temps, nous avons regroupé les critères médicaux-sociaux qui concernaient notre population dans un tableau, afin d'établir son profil (8).

Ces critères comprenaient :

- l'âge des patientes ;
- leur situation conjugale ;
- leur profession ;
- leur nationalité ainsi que leur pays d'origine ;
- leur parité ;
- le sexe de l'enfant ;
- le type d'allaitement choisi ;
- le suivi d'une préparation à la naissance et à la parentalité ;
- le motif de la césarienne.

Dans un second temps, nous avons réalisé plusieurs grilles d'analyse construites question par question. Cette technique nous a permis de catégoriser les témoignages des patientes et d'observer les thèmes les plus fréquemment abordés (8).

Certains des thèmes qui sont retrouvés dans les grilles avaient pu être prédéfinis

suite à la réalisation de la revue de la littérature. Les autres ont été identifiés après plusieurs lectures des entretiens.

Chaque grille était divisée en rubriques qui, pour certaines, avaient pu être établies à l'avance après l'élaboration de la revue de la littérature. Les autres ont été ajoutées après lecture de l'ensemble des entretiens.

Au sein des rubriques, les propos des patientes pouvaient affirmer ou infirmer le thème abordé. Par exemple, dans la grille n°1 la rubrique appréhension regroupait des témoignages du type :

« J'appréhendais l'accouchement. J'avais très peur. Un premier bébé c'est l'inconnu, on ne sait pas. »,

« J'avais pas d'appréhension mais je pensais que ça allait être plus court. ».

Certaines questions étaient formulées de façon à ce que les patientes classent par elles-mêmes leur ressenti en points positifs et négatifs. Cette méthode nous a permis de relancer le discours des patientes au cours de l'entretien, et de le préciser. Elle nous a également permis de relever les concordances et les discordances entre les témoignages.

La première grille d'analyse reprenait la question : pendant la grossesse comment aviez-vous imaginé votre accouchement ?

Cette grille comportait trois rubriques :

- accouchement par voie basse ;
- accouchement par césarienne ;
- appréhension.

La deuxième grille reprenait la question : pendant la grossesse aviez vous pensé à la césarienne ?

Elle comportait deux rubriques :

- oui
- non

La troisième grille reprenait la question : pendant la grossesse que pensiez-vous de la césarienne ? Elle comportait quatre rubriques :

- les bénéfices de la césarienne ;
- l'absence de choix ;
- la peur ;
- la césarienne par rapport à l'accouchement par voie basse.

La quatrième grille reprenait la question : qu'avez-vous ressenti lors de l'annonce de la césarienne ?

Elle comportait six rubriques.

- le soulagement ;
- la déception ;
- l'inquiétude pour l'enfant ;
- la peur/ l'angoisse/ le stress ;
- la fatigue ;
- la douleur.

La cinquième grille reprenait la question : quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenez de ce moment ?

Pour les points positifs, quatre rubriques étaient retrouvées :

- le soulagement ;
- la naissance et le bien-être de l'enfant ;
- les explications données par l'équipe médicale ;
- la douleur.

Pour les points négatifs, six rubriques étaient retrouvées :

- la solitude ;
- l'appréhension ;
- la déception ;
- la naissance facile pour l'enfant ;
- la cicatrice ;
- la douleur.

La sixième grille reprenait la question : comment s'est passé votre accouchement par césarienne ?

Elle comportait six rubriques :

- les sensations physiques perçues lors de la césarienne, rubrique qui comprenait cinq sous-rubriques ;
 - aucune sensation perçue ;
 - sensation supportable ;
 - sensation désagréable ;
 - sensation douloureuse ;
 - sensation angoissante.
- l'accompagnement par l'équipe médicale, rubrique qui comprenait trois sous-rubriques ;
 - attitude rassurante ;
 - bonnes explications ;
 - contact difficile.
- le premier contact avec l'enfant, rubrique qui comprenait quatre sous-rubriques ;
 - rencontre appréciée ;
 - rencontre brève ;
 - place du père avec l'enfant ;
 - appréciation négative.
- la place du père ;
- la déconnexion de la réalité ;
- le stress/ l'angoisse.

La septième grille reprenait la question : quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenez de cet accouchement ?

Pour les points positifs, quatre rubriques étaient retrouvées :

- les sensations physiques perçues lors de la césarienne ;
- le soulagement ;
- la naissance et le bien-être de l'enfant ;
- l'accompagnement par l'équipe médicale.

Pour les points négatifs, quatre rubriques étaient retrouvées :

- les sensations physiques perçues lors de la césarienne ;
- la déconnexion de la réalité ;
- le sentiment de solitude ;
- la déception ;
- l'accompagnement par l'équipe médicale.

La huitième grille reprenait la question : comment vous sentez-vous depuis votre accouchement ?

Cette grille comportait onze rubriques :

- le bien-être ;
- la mobilité ;
- la douleur ;
- la fatigue ;
- le rétablissement ;
- la relation avec l'enfant ;
- les relations avec l'équipe médicale ;
- la cicatrice ;
- l'allaitement maternel ;
- le sentiment de solitude ;
- la relation au corps.

La neuvième grille reprenait la question : quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir des suites de l'accouchement ?

Pour les points positifs, six rubriques étaient retrouvées :

- la relation avec le nouveau-né ;
- les relations avec l'équipe médicale ;
- le rétablissement ;
- l'expérience de la césarienne ;
- l'absence d'épisiotomie ;
- la fin de la grossesse.

Pour les points négatifs, quatre rubriques étaient retrouvées :

- la douleur ;
- la difficulté à se mobiliser ;
- le contact difficile avec l'équipe médicale ;
- les difficultés rencontrées avec l'allaitement maternel.

La dixième grille reprenait la question : avez-vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes à une éventuelle césarienne ?

Cette grille comprenait quatre rubriques :

- suggère de rassurer les femmes enceintes
- suggère d'informer les femmes enceintes ;
- déclare que les femmes enceintes sont sur-informées ;
- aucune suggestion.

La onzième et dernière grille reprenait deux thèmes qui sont abordés par les patientes au cours des entretiens.

Elle comportait deux rubriques :

- l'anesthésie générale ;
- le prochain accouchement.

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE

1 Profil de la population (ANNEXE II, III).

Parmi les patientes interrogées, 19 femmes étaient primipares et une patiente était 3ème pare.

La moyenne d'âge des patientes est de 28 ans et demi. La plus jeune d'entre elles avait 20 ans et la plus âgée avait 42 ans.

Toutes les patientes étaient de nationalité française, deux patientes étaient d'origine marocaine et une patiente était d'origine tunisienne.

En ce qui concerne leur situation conjugale :

- 2 patientes étaient célibataires ;
- 3 patientes étaient pacsées ;
- 6 patientes étaient mariées ;
- 9 patientes vivaient maritalement.

Parmi les nouveau-nés, 12 étaient de sexe masculin et 8 étaient de sexe féminin.

Parmi les patientes interrogées, 12 avaient choisi d'allaiter leur enfant et 8 avaient choisi de donner le biberon.

En ce qui concerne la préparation à la naissance et à la parentalité, 10 patientes avaient suivi une préparation :

- 6 patientes au CHU ;
- 2 patientes en PMI ;
- 2 patientes chez une sage-femme libérale pour suivre une préparation en sophrologie.

En ce qui concerne le motif de la césarienne :

- 13 patientes ont été césarisées pour stagnation de la dilatation ;
- 4 patientes ont été césarisées pour échec au déclenchement ;
- 3 patientes ont été césarisées pour non-engagement à dilatation complète.

2 Résultats des grilles d'analyse.

L'ensemble des résultats des grilles d'analyse sera illustré de citations afin de mieux rapporter les propos des patientes.

2.1 Question : « pendant la grossesse, comment aviez vous imaginé votre accouchement ? » (ANNEXE IV)

- 19 patientes sur 20 avaient imaginé un accouchement par voie basse :

-Madame B « *Je voyais plus un accouchement par les voies naturelles.* »

-Madame L « *Comme j'avais déjà accouché de ma deuxième donc à peu près comme la deuxième.* »

-Madame Q « *Mieux que ça.* » (patiente rit) « *On va dire plus naturel.* »

- 1 patiente avait imaginé un accouchement par césarienne :

-Madame D « *J'avais imaginé que j'accoucherais par césarienne. J'arrivais pas à me voir en train d'accoucher naturellement. Je pensais qu'elle ne voudrait même pas sortir et que je devrais accoucher par césarienne.* »

- 6 patientes sur 20 ont déclaré qu'elles appréhendaient leur accouchement.

Parmi ces patientes, 3 avaient suivi une préparation à la naissance :

-Madame A « *De toute façon, l'un ou l'autre des accouchements, j'appréhendais parce qu'il fallait couper dans un sens ou dans l'autre.* »

- 2 patientes sur 20 ont déclaré n'avoir aucune appréhension :
-Madame J « *J'avais pas d'appréhension mais je pensais que ça allait être plus court.* »

2.2 Question : « pendant la grossesse, aviez-vous pensé à la césarienne ? » (ANNEXE V)

- 11 patientes sur 20 ont déclaré qu'elles avaient envisagé la césarienne :
-Madame F « *Oui parce que j'ai ma grand mère qui a eu une césarienne, j'ai ma mère et puis j'ai ma sœur qui en ont eu.* »

-Madame N « *Oui j'avais envisagé qu'il y avait une possibilité de césarienne comme pour tout accouchement. Après je me doutais pas que j'allais l'avoir.* »

- 9 patientes sur 20 ont déclaré n'avoir pas pensé à la césarienne. Parmi ces femmes, 3 avaient suivi une préparation à la naissance :
-Madame E « *Pas du tout. Honnêtement non. Ça ne me faisait pas peur, ça ne me gênait pas plus que ça, mais je n'y avais pas pensé.* »

-Madame K « *Du tout, ça m'est même pas venu à l'esprit.* »

- Parmi ces 9 patientes, 2 se contredisent par la suite au cours de l'entretien :
-Madame J :
Aviez-vous pensé à la césarienne : « Non »
Quels sont les points positifs que vous retenir de ce moment ? : « *Je savais que c'était un gros bébé. Je savais qu'il y avait des possibilités pour qu'il ne puisse pas sortir par voie naturelle.* »

- Nous retenons donc que 7 patientes n'avaient pas pensé à la césarienne.

2.3 question : « pendant la grossesse, que pensiez-vous de la césarienne ? » (ANNEXE VI)

- 5 patientes sur 20 ont déclaré que la césarienne était bénéfique pour les femmes enceintes et les nouveau-nés :

-Madame I « Dès lors qu'il y a un danger pour la maman ou le bébé autant utiliser la médecine et faire ce qu'il faut. »

-Madame S « Je pense que c'est un bon moyen. Un dernier recours qu'il faut absolument faire. C'est quand même important s'il arrive pas à sortir par les voies naturelles, il faut quand même sauver le bébé et puis la maman. C'est important. »

- 4 patientes sur 20 ont déclaré que la césarienne leur faisait peur :

-Madame L « Autour de moi, il y avait pas mal de gens qui avaient accouché par césarienne. J'avais plutôt peur parce que ces personnes ont eu mal. »

-Madame F « Ça me faisait peur. J'en ai parlé à personne, Je gardais tout pour moi. »

- 4 patientes sur 20 ont déclaré qu'elles pensaient que l'accouchement par voie basse restait préférable :

-Madame P « J'aurais préféré bien le sentir arriver. Pour moi ça fait pas la même chose d'accoucher naturellement et d'être opérée. »

- 2 patientes sur 20 ont déclaré que la césarienne n'était pas un choix :

-Madame B « Quand il y en a besoin, on a pas le choix, il faut le faire. »

- 5 patientes sur 20 ont fourni une réponse qui n'était pas interprétable :

-Madame O « Pas grand chose. »

2.4 question : « qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce de la césarienne ? » (ANNEXE VII)

2.4.1 Soulagement et déception.

- 9 patientes sur 20 ont déclaré s'être senties soulagées :

-Madame B « *J'étais soulagée, le travail a été long. J'en avais un peu marre, c'était long. »*

-Madame D « *Un grand soulagement. Je me suis dit super. Ils ont d'abord tenté de faire dilater le col. Ils ont dit : si dans une demi-heure ce qu'on tente n'a pas fonctionné, on vous césarise. J'ai prié pour que ça ne fonctionne pas. »*

- 10 patientes sur 20 ont déclaré avoir ressenti de la déception :

-Madame H « *D'avoir tout fait à côté pour essayer d'accoucher normalement et puis au bout du compte d'avoir une césarienne quand même. J'étais un peu déçue mais bon après quand j'ai vu ma fille et que ça allait bien bon bah j'ai oublié. »*

-Madame T « *J'avais vraiment pas envie d'y aller. J'étais déçue. C'est surtout qu'on ne connaissait pas le sexe et que je voulais qu'on le découvre en même temps. On voulait vraiment qu'on le tourne et qu'on voit ce que c'est. »*

- Pour 6 patientes, les sentiments de soulagement et de déception sont retrouvés de façon simultanée :

-Madame I

« *J'étais dégoûtée que mon col ne veuille pas s'ouvrir. De ne pas pouvoir accoucher de façon naturelle et d'être obligée d'utiliser des médicaments pour accélérer le travail. »*

« *Je leur ai dit oui pas de problème on y va tout de suite. Le travail avait débuté à 7 heures du soir, il m'ont annoncé ça à 8 heures du matin, j'ai dit oui. »*

-Madame E

« J'étais déçue d'en être arrivée là pour rien. D'avoir le papa qui reste dans son coin alors que moi je partais. »

« J'étais contente que ça en finisse enfin. J'en avais vraiment marre. »

- Parmi les 9 patientes qui ont déclaré avoir été soulagées par l'annonce de la césarienne, 3 patientes décrivent leur état de fatigue :

-Madame D *« En plus, j'étais crevée. Avec le travail j'ai rien pu manger, je vomissais tout le temps. J'étais épuisée. Je voyais même pas comment je pourrais avoir la force de pousser. J'étais très soulagée. »*

- Parmi les 9 patientes qui ont déclaré avoir été soulagées, 2 patientes décrivent la douleur qu'elles ressentaient :

-Madame I *« Les contractions font très mal. Comme on dit, il faut les vivre pour savoir ce que c'est. »*

2.4.2 Les autres sentiments.

- 8 patientes sur 20 ont déclaré avoir ressenti des sentiments tels que la peur, l'angoisse, le stress :

-Madame C *« J'étais vraiment angoissée. »*

-Madame N *« J'ai eu peur, très peur. J'ai été malade, j'ai vomi par la peur je pense. Après, de toute façon, j'ai pas eu le choix. J'avais peur de l'opération, pas de l'arrivée de la petite. »*

- 3 patientes sur 20 ont déclaré s'être senties inquiètes pour leur enfant :

-Madame I *« J'étais inquiète pour le bébé qu'il se fatigue sans qu'on puisse rien faire. »*

2.5 Question : « quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir de ce moment ? » (ANNEXE VIII)

2.5.1 Les points positifs.

- 16 patientes sur 20 ont cité des points positifs. Parmi celles-ci, 6 ont donné plusieurs réponses.
- 10 patientes sur 16 ont exprimé leur soulagement. Ce soulagement était parfois relatif à la fatigue qu'elles ressentaient ou encore à la douleur de l'accouchement par voie basse :

-Madame A « Le positif, je me suis dit au moins, je vais pas avoir besoin de trop pousser. J'étais fatiguée, j'avais faim. »

-Madame N « Ça fait moins souffrir. J'aurais souffert de toute façon si elle était sortie naturellement. »

- 9 patientes sur 16 ont cité le bien-être et la naissance de leur enfant :

-Madame N « Et puis il faut penser aussi au bébé, elle a pas souffert du tout. Elle est toute jolie, tout le monde me le dit. Il y a plusieurs mamans qui me disent que quand leur bébé est arrivé il était pas frais du tout, alors qu'un bébé né par césarienne, il ne souffre pas. Moi j'ai pas souffert et bébé non plus. »

-Madame C « Le positif, on m'a vraiment expliqué comment ça allait se passer. C'était pour le bien du bébé. »

- 4 patientes sur 16 ont cité les explications données par l'équipe médicale :

-Madame C « Le positif, on m'a vraiment expliqué comment ça allait se passer »

- 1 patiente sur 16 a cité la douleur de la césarienne qui, pour elle, était un point positif :

-Madame R « C'est pas une solution de facilité la césarienne. C'est lourd, c'est douloureux. Je ne pensais pas qu'on souffrait autant en fait puisque les deux premiers jours, il y a beaucoup de gestes techniques autour de nous. Ça, pour moi, c'est positif même si c'est douloureux. Dans le fond on se dit que j'ai pas accouché par voie basse mais il y a quand même eu ce chemin douloureux qui a amené à la naissance de l'enfant. Et que finalement c'est pas si facile que je pouvais l'imaginer. »

2.5.2 Les points négatifs.

- 13 patientes sur 20 ont cité des points négatifs. Parmi celles-ci, 1 a donné plusieurs réponses.

- 9 patientes sur 13 citent la déception :

-Madame C « Le négatif c'est qu'au bout de dix heures, on se dit un peu, j'ai fait tout ça pour rien. »

-Madame P « Négatif, je ne verrai pas mon bébé naître et je l'aurai pas dans mes bras dès le début. C'est ça qui me plaisait pas. »

- 1 patiente sur 13 cite l'appréhension du geste :

-Madame J « Négatif, j'avais un peu d'appréhension parce que c'est pas la même chose que d'accoucher naturellement. »

- 1 patiente sur 13 a déclaré que la césarienne était une naissance sans effort pour son enfant :

-Madame L « Négatif, parce que je savais que mon fils allait sortir aussitôt et qu'il n'allait pas, entre guillemets, faire des efforts. »

- 2 patientes sur 13 citent l'éloignement du père :

-Madame B « La seule chose qui m'embêtait, c'était par rapport au père, j'aurais voulu qu'il soit là pour la naissance. »

- **Au total**, 10 patientes énoncent à la fois des points positifs et des points négatifs.

Dans l'ensemble, les résultats des deux dernières grilles d'analyse ont démontré que 16 patientes sur 20 se sont senties soulagées à l'annonce de la césarienne. Et que 15 patientes sur 20 se sont senties déçues. Ces sentiments sont retrouvés de façon simultanée chez 12 patientes.

2.6 Question : « Comment s'est passé votre accouchement par césarienne ? »

2.6.1 Les sensations de la césarienne (ANNEXE X).

- 16 patientes sur 20 ont évoqué les sensations qu'elles ont ressenties pendant l'intervention chirurgicale.

- 2 patientes sur 16 déclarent n'avoir rien ressenti :

-Madame Q « *Je me souviens de tout mais on ne peut pas trop dire ce qu'on ressent parce que, comme on a la moitié du corps endormi, on ne peut pas trop dire ce qu'on ressent. »*

- 4 patientes sur 16 déclarent que cette perception était supportable :

-Madame I « *On sent qu'il y a du chamboulement mais on ne ressent pas la douleur. Le plus impressionnant c'est quand ils bougent le ventre pour faire sortir le bébé. On est secoué de partout. Heureusement qu'il y a un infirmier qui est derrière vous et qui vous explique ce qui se passe. »*

- 6 patientes sur 16 ont trouvé cette sensation désagréable :

-Madame E « *Ce qui est bizarre c'est qu'avec la péridurale, on a pas de douleur mais on sent vraiment. J'ai l'impression que ça amplifie les sensations. J'avais vraiment l'impression de me faire charcuter sans sentir de douleur. »*

-Madame F « *A un moment, ça faisait bizarre. Ça m'a fait la sensation comme si ils me faisaient mal. On sent ce qu'il font mais il n'y a aucune douleur. C'est désagréable mais ça fait pas mal. »*

- 1 patiente sur 16 a trouvé cette sensation angoissante :

-Madame C « *L'anesthésie est angoissante, on ne sent plus le diaphragme. On respire mais on a l'impression de ne rien maîtriser. »*

- 3 patientes ont perçu ces sensations comme étant douloureuses :

-Madame T « *J'avais mal. J'ai l'impression d'avoir tout senti. Je souffrais, je souffrais et je lui disais mais je crois qu'il s'en foutait un peu. Peut être le fait aussi qu'ils aient dû faire la césarienne en urgence, je ne sais pas, ils ont peut être dû enchaîner. Ils ont pas pu attendre non plus que l'anesthésiste il... J'ai vachement senti tout. L'ouverture, l'intérieur, la tête, tout. »*

2.6.2 L'accompagnement par l'équipe médicale (ANNEXE XI).

- 13 patientes sur 20 ont parlé de l'accompagnement par les professionnels de santé.

- 6 patientes sur 13 ont trouvé l'attitude de l'équipe rassurante :

-Madame B « *Ce qui est bien c'est qu'on est bien entouré, c'est rassurant. »*

-Madame N « *Ils m'ont rassurée tout le long où ils étaient en train de pratiquer l'intervention. Ça s'est super bien passé, une bonne équipe, j'étais bien entourée. »*

- 4 patientes sur 13 ont qualifié le contact avec l'équipe médicale de difficile :

-Madame C « *J'ai eu l'impression que ce n'était qu'un acte pour les gens qui l'ont fait. En plus, j'ai vomi tout le temps. Ils ont un peu oublié que la personne était consciente et qu'elle entend tout. J'étais toute seule. Les gens ne s'occupent pas de nous, ils continuent leur conversation perso. »*

- 3 patientes sur 13 ont trouvé que les explications données par l'équipe médicale étaient adaptées :

-Madame D « *Super bien. Super équipe qui m'expliquait tout ce qu'ils faisaient.* »

2.6.3 Le premier contact avec l'enfant (ANNEXE XII).

- 17 patientes sur 20 ont parlé de leur première rencontre avec leur enfant. Parmi celles-ci, 8 ont donné plusieurs réponses.

- 11 patientes sur 17 ont apprécié ce moment :

-Madame D « *Le fait qu'ils l'aient posée à côté de ma tête pendant plein de minutes quand elle était sortie, j'ai pu lui faire plein de bisous, j'étais super contente.* »

-Madame S « *Il m'a fait un petit bisou. C'est marrant parce qu'il reconnaissait déjà.* »

- 6 patientes sur 17 ont trouvé cette rencontre trop brève :

-Madame M « *J'ai vu vite fait le bébé. J'aurais voulu le voir plus longtemps mais ça n'était pas possible.* »

- 4 patientes sur 17 ont apprécié que leur enfant soit confié au père :

-Madame D « *J'étais encore plus contente quand j'ai retrouvé le papa qui l'avait dans ses bras. Je trouvais ça encore mieux comme ça.* »

- 4 patientes sur 17 n'ont pas pu apprécier ce moment :

-Madame R « *J'ai vu mon bébé quatre secondes. Je l'ai embrassé, J'ai vu qu'il avait des cheveux mais c'est tout. Après il est parti avec la sage-femme et mon mari. Après on est revenu me dire le poids qu'il faisait et qu'il allait bien. Mais sinon, non, j'ai absolument pas vu mon bébé. Ça c'est... Moi qui avais une phobie qu'on échange mon bébé ou qu'on me le prenne. Une des grandes peurs de la grossesse, c'était qu'on me vole mon bébé. Ça je sais pas pourquoi. Je regarde trop de films sûrement. Donc de le laisser là comme ça... Et puis il se passe beaucoup de temps après que le bébé est sorti. Je ne sais pas ce qu'ils font. Je ne sais pas ce qu'ils font à mon corps et je ne sais pas où est mon bébé. Ça, c'est difficile.* »

2.6.4 Les autres thèmes évoqués (ANNEXE IX).

- 8 patientes sur 20 ont déclaré avoir eu peur pendant la césarienne. Au total les résultats des grilles 4 et 6 montrent que 11 patientes ont ressenti un sentiment de peur durant leur accouchement :

-Madame T « *J'ai eu peur de l'opération. C'est vrai que je me suis déjà fait opérer d'une synéchie l'année dernière et c'est vrai que j'aime pas ça. Comme tout le monde je pense. »*

-Madame K « *J'étais paniquée de me faire ouvrir ici et puis de savoir si ça allait rester comme ça ou si j'allais avoir une toute petite cicatrice qui se verrait pas. »*

- 5 patientes sur 20 ont regretté de ne pas partager ce moment avec leur mari :

-Madame L « *Et après le côté que j'ai pas trop aimé c'est parce que j'étais toute seule sans mon mari. Il n'a pas pu rentrer avec moi et pour moi c'était important qu'il soit là. Etre toute seule comme ça d'un coup alors qu'on était ensemble toute la matinée et que pour moi j'allais accoucher normalement. Après me retrouver toute seule ça m'a fait un peu bizarre. C'est juste ça qui m'a rendue un peu triste. »*

- 1 père sur 20 avait été admis au bloc opératoire, cependant, il a dû sortir avant la naissance de l'enfant :

-Madame T « *Le papa était venu avec moi vu que j'avais trop mal et qu'ils avaient envisagé de m'endormir complètement. Ils ont dû le ressortir. Mais au final, ils ne m'ont pas endormie. Mais il a dû sortir entre deux. »*

- 5 patientes sur 20 se sont senties déconnectées de la réalité pendant l'intervention chirurgicale :

-Madame A « *Je n'ai pas vu grand chose. J'étais complètement dans les vapes. J'avais plus envie de dormir qu'autre chose. J'ai lutté jusqu'à ce qu'il sorte pour le voir et puis après j'ai dormi.»*

-Madame P « *On m'a présenté quelque chose de mouillé, moite, blanc, je ne sais pas du tout ce que c'était. Et j'étais dans un autre monde, complètement ailleurs. »*

2.7 Question : « quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir de cet accouchement ? » (ANNEXE XIII)

2.7.1 Les points positifs.

- 13 patientes sur 20 ont cité des points positifs. Parmi celles-ci, 2 patientes ont donné plusieurs réponses.

- 7 patientes sur 13 ont cité la naissance de l'enfant :

-Madame R « Points positifs la santé de l'enfant qui va bien. Il naît très vite. Les points positifs c'est la sauvegarde de la santé de l'enfant. »

-Madame N « Ce qui est super c'est que j'ai pu voir Lya. Ils me l'ont laissée au moins cinq minutes à côté de moi, le temps de lui faire un bisou tout ça. Qu'elle me sente. Et après il l'ont amenée à papa donc j'étais rassurée aussi. »

- 6 patientes sur 13 ont cité l'accompagnement de l'équipe médicale :

-Madame E « Positif, on est très très bien entouré. J'étais vraiment bien prise en charge. J'arrêtais pas de parler avec les anesthésistes, ça permettait d'évacuer un peu le stress. Ils étaient très rassurants. »

-Madame M « Positif c'est la prise en charge super que ça soit les chirurgiens, la personne qui vous installe, l'anesthésiste. Il a senti que j'étais un peu stressée, il m'a tenu la main même si je lui ai pas demandé, il a quand même senti que... »

- 2 patientes sur 13 ont cité l'anesthésie :

-Madame A « Le positif, j'ai rien senti. »

- 2 patientes sur 13 ont cité le soulagement :

-Madame S « Positif oui parce que c'est une libération de tout. »

2.7.2 Les points négatifs.

- 10 patientes sur 20 ont cité des points négatifs. Parmi celles-ci, 6 ont donné plusieurs réponses.

- 6 patientes sur 10 ont cité la sensation durant l'intervention chirurgicale :

-Madame E « *Le négatif c'est la sensation. Je n'ai pas vu la cicatrice encore. Vu la taille du pansement, ça va. Ce n'est pas un truc énorme, une simple cicatrice mais j'ai vraiment eu l'impression qu'on m'avait fendue en deux. Ça fait vraiment une sensation bizarre. Ça fait des vagues, c'est bizarre. Pourtant ça ne fait pas mal. Quand ils coupent, on a l'impression d'avoir un crayon sur le ventre. Mais quand ils écartent, je ne sais pas comment ils font et je ne veux pas savoir, mais c'est vrai qu'on ressent amplifié. Mais sans la douleur. J'avais l'impression d'avoir un ventre énorme. Comme si les sensations étaient vraiment amplifiées. »*

-Madame N « *Les points négatifs c'est qu'on sent tout. On a l'impression qu'on nous arrache tout ce qu'il y a dans le ventre. Je ne sais pas, ils doivent tirer et je ne peux pas expliquer non plus parce qu'on ne voit pas mais il y a des sensations bizarres. C'est pas douloureux puisqu'on est anesthésié. »*

- 4 patientes sur 10 ont cité la déconnexion de la réalité :

-Madame A « *Le négatif, j'avais plus envie de dormir qu'autre chose.»*

- 2 patientes sur 10 ont cité la déception :

-Madame F « *Négatif, le mieux c'est de mettre son enfant au monde naturellement. »*

- 3 patientes sur 10 ont cité le sentiment de solitude :

-Madame T « *J'aurais voulu vraiment que mon mari reste jusqu'au bout. Déjà qu'on se sent perdu. Tout seul c'est encore pire. C'est vrai qu'à deux c'est quand même plus rassurant. »*

- 2 patientes sur 10 ont parlé de l'accompagnement de l'équipe médicale :
-Madame R « *Alors points négatifs qu'est ce qu'on a dit déjà ? La froideur, l'absence d'information, la solitude.* »

Au total, 7 patientes sur 20 ont exprimé à la fois des points positifs et des points négatifs.

2.8 Question : « Comment vous sentez-vous depuis votre accouchement ? » (ANNEXE XIV, XV)

2.8.1 Le bien-être.

- 13 patientes sur 20 déclarent qu'elles se sentent bien depuis leur accouchement :
-Madame T « *Bien. Même limite soulagée. Même pour la césarienne je ne le regrette pas du tout maintenant. Je me dis que c'est normal et que voilà. Au contraire je trouve ça bien.* »
- 1 patiente sur 20 déclare ne pas se sentir bien depuis son accouchement :
-Madame M « *Le baby blues est apparu hier soir...* »

2.8.2 La relation avec l'enfant.

- 5 patientes sur 20 parlent de leur relation avec leur enfant :
-Madame M « *Je lui ai beaucoup parlé. Je lui ai dit qu'il faut qu'elle m'aide. C'est étrange ça aussi, je trouve qu'elle suce mieux depuis que je lui ai parlé. Je lui parle beaucoup. Moi je parle beaucoup quand ça va pas, j'en ai besoin.* »
- Madame P « *Il est gentil, il bouge pas, il dort tout le temps. Les deux premières nuits, il a fait des petites colères et puis après c'est passé. Le premier soir, maman, elle était pas très très bien. Le deuxième soir, ça a été.* »

2.8.3 La mobilité, la douleur, la fatigue, le rétablissement.

- 8 patientes sur 20 parlent de leurs difficultés à se mouvoir.

-Madame F « *J'ai un peu du mal à me baisser. Mais je marche bien. »*

- Parmi ces 8 patientes, 3 déclarent que leur alitement les a gênées :

-Madame E « *Hier, j'avais l'impression d'être prisonnière de mon lit. Entre la perfusion et la sonde, on est cloué au lit. Par rapport au bébé quand j'étais laissée seule avec c'était très compliqué. »*

- 8 patientes sur 20 parlent des douleurs post-interventionnelles qui semblent tolérables :

-Madame B « *Ça a été un peu dur la première nuit. J'avais un petit peu mal. Après, ça a été, la douleur s'en va très vite. »*

-Madame T « *Je me remets bien. Bon après c'est un petit peu douloureux au démarrage et là j'ai encore quelques petites agrafes qui me tirent. »*

- 7 patientes sur 20 parlent de la fatigue qu'elles ressentent :

-Madame C « *J'ai été super fatiguée mais ça va. »*

- Pour 1 patiente, cette fatigue est plus liée au travail qu'à la césarienne :

-Madame D « *J'étais fatiguée après la césarienne, enfin, selon moi, plus après le travail. »*

- 5 patientes sur 20 déclarent qu'elles se remettent rapidement de leur césarienne :

-Madame F « *Je me remets vite. »*

2.8.4 La relation avec les professionnels de santé.

- 6 patientes sur 20 ont parlé de leur relation avec les professionnels de santé en suites de couches.

- 5 patientes sur 6 se sont senties bien accompagnées :

-Madame M « *Les services avant l'accouchement, pendant l'accouchement et puis là, franchement, je suis très contente de la prise en charge des personnes. Même mon mari il est content. C'est très bien, on a vraiment apprécié.* »

- 1 patiente sur 6 a déclaré avoir apprécié l'aide de l'équipe pour s'occuper de son enfant :

-Madame N « *Les deux premiers jours, je n'ai pas gardé la petite la nuit pour me reposer. Le lundi et le mardi, c'est le personnel qui s'en est occupé le plus. Et dès que j'ai pu me lever, je m'en suis occupée toute seule.* »

2.8.5 La cicatrice.

- 6 patientes sur 20 ont parlé de leur cicatrice. Parmi celles-ci, 1 a donné plusieurs réponses.

- 1 patiente sur 6 déclare que sa cicatrice la gêne :

-Madame J « *Il y a les inconvénients aussi de la césarienne, ça tire, ça gratte...* »

- 3 patientes sur 6 déclarent que leur cicatrice est petite :

-Madame K « *J'étais paniquée de me faire ouvrir ici et puis de savoir si ça allait rester comme ça ou si j'allais avoir une toute petite cicatrice qui ne se verrait pas. Au niveau de l'esthétique aussi c'est important surtout à 23 ans. J'ai vu ma cicatrice et pour l'instant ça m'inquiète pas. On m'a dit que ça va se stabiliser et après, je vais avoir une toute petite cicatrice. Donc ça va, je suis rassurée là-dessus.* »

- 1 patiente sur 6 ne souhaite pas la voir :

-Madame I « Je n'ai pas encore vu ma cicatrice mais je n'ai pas envie de la voir. J'ai vu celle à ma sœur, je sais ce que c'est, je sais comment elle est et je veux pas. Je vais la voir après. »

- 2 patientes sur 6 déclarent qu'elles préfèrent avoir une cicatrice de césarienne plutôt qu'une épisiotomie. Au total, au cours des entretiens, 4 patientes tiennent ce type de propos :

-Madame D « Je préfère avoir une cicatrice qu'une épisiotomie. Je l'ai vue, je la voyais plus grande. Elle n'est pas si grande que ça. D'où je la vois, ça me va. En plus, elle est cachée. »

2.8.6 L'allaitement maternel.

- 5 patientes sur les 12 qui allaitaient parlent de l'allaitement maternel. Toutes ont rencontré des difficultés pour mettre en place l'allaitement :

-Madame S « On a un petit peu plus de mal quand on a pas l'habitude avec l'allaitement. Pour bien allaiter, il faut surtout bien comprendre les choses. C'est surtout ça je crois. Après c'est une habitude. C'est de savoir qu'il faut un petit peu de temps au lait pour arriver. C'est trois jours je crois. Chez certaines femmes et pour d'autres c'est un petit peu plus. En attendant le bébé lui il a faim, il faut pouvoir lui donner mais... Il faut être patiente. »

-Madame D « J'allaiter et j'ai eu un peu de mal à lancer l'allaitement. C'était un peu difficile. »

2.8.7 Les autres thèmes.

- 1 patiente sur 20 parle de la solitude qu'elle ressent en suites de couches

-Madame K « Je me sens seule parce que mon copain n'est pas là. Le petit est quand même à côté de moi mais c'est très long. D'être enfermée comme ça, c'est très très long. »

- 1 patiente sur 20 déclare que durant l'hospitalisation, son corps ne lui appartenait plus :

-Madame R « Je pense que comme dans tout acte opératoire on est un petit peu dépossédé de son corps. On a tout le monde qui s'occupe de soi, de son corps. On est pas préparé à ça. On a envie d'être autonome, on a envie de le prendre ce bébé mais en fait on est perfusé de partout, on est sondé. Donc oui les deux premiers jours une dépossession du corps qui appartient au corps médical et pas à soi même. Ça c'est pas facile surtout quand on a un peu de pudeur. »

2.9 Question : « quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir des suites de l'accouchement ? » (ANNEXE XVI)

2.9.1 Les points positifs.

- 17 patientes sur 20 citent des points positifs. Parmi celles-ci, 4 donnent plusieurs réponses.

- 10 patientes sur 17 citent l'arrivée de l'enfant :

-Madame A « Le positif, mon bébé. Ça s'est bien passé, il est en bonne santé et il est beau. C'est génial. »

-Madame Q « Tout est positif. Moi je suis positive. Tant que j'ai ma fille et que tout va bien c'est l'essentiel. Tout va bien dans le meilleur des mondes. »

- 5 patientes sur 17 citent l'accompagnement par l'équipe médicale :

-Madame E « Le fait d'être bien entourée, ça joue énormément. On se sent bien prise en charge. On n'est pas livré à nous-même. »

- 3 patientes sur 17 citent le rétablissement.

- 2 patientes sur 17 citent l'expérience de la césarienne :
-Madame L « *Maintenant je sais comment se passe un accouchement normal et la césarienne. Je me dis tant mieux comme ça j'aurai vécu les deux. Ça c'est une bonne chose.* »

- 1 patiente sur 17 cite la fin de la grossesse :
-Madame B « *C'est bien que la grossesse soit finie. J'en avais marre, surtout qu'à la fin j'étais tout le temps malade.* »

2.9.2 Les points négatifs.

- 11 patientes sur 20 citent des points négatifs.
- 3 patientes sur 11 citent le contact difficile avec l'équipe soignante :
-Madame R « *Ce qui est le plus difficile c'est d'avoir tous ces avis en fait. Et puis parfois des avis pas très... Un peu du genre : de toute façon vous n'avez pas de bouts de sein comment voulez vous allaiter. Ça ça met en forme. C'est très très dur à entendre surtout quand on est dans cette phase où...* »

- 3 patientes sur 11 citent la difficulté rencontrée avec l'allaitement maternel. Au total, les résultats des deux dernières grilles montrent que sur les 12 patientes qui avaient choisi d'allaiter, 6 ont rencontré des difficultés.

- 2 patientes sur 11 citent la difficulté à se mouvoir :
-Madame H « *Le négatif c'est que c'est plus difficile de se mobiliser après la césarienne. C'est dur de se manipuler. C'est ça qui est le plus gênant.* »

- 3 patientes sur 11 citent la douleur :
-Madame F « *Négatif c'est la douleur qu'on a après. Le mal à se déplacer.* »

- Au total 8 patientes sur 20 citent à la fois des points positifs et des points négatifs.

2.10 question : « avez vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes a une éventuelle césarienne ? » (ANNEXE XVII)

- 12 patientes sur 20 ont fait des suggestions. Parmi celles-ci, 2 ont fourni plusieurs réponses.
- 6 patientes sur 12 suggèrent de rassurer les femmes enceintes à propos de la césarienne :

-Madame G « *Cest pas si terrible que ça. Ça va. »*

-Madame L « *De pas avoir peur. Quand on en entend parler, on se dit on va souffrir, on va avoir mal, mais non en fait. Il ne faut pas avoir peur. »*

- 6 patientes sur 12 suggèrent d'informer les femmes enceintes sur la césarienne :

-Madame M « *Franchement les cours à la préparation à la naissance sont importants. Parce que si elle avait pas expliqué tous les examens qu'on fait avant, les étapes avant la césarienne... »*

- 2 patientes sur 12 déclarent que les femmes enceintes sont déjà sur-informées :

-Madame A « *On nous en a tellement dit que, qu'est-ce qu'on nous a dit qu'est-ce qu'on nous a pas dit, je sais plus. Il nous ont donné tellement d'informations. »*

- 8 patientes sur 20 n'avaient aucune suggestion :

-Madame B « *Je crois que ça dépend de l'état d'esprit de chaque personne. Chaque personne est différente, je crois pas qu'on puisse donner des conseils. »*

-Madame O « *Je ne sais pas parce que j'ai fait une césarienne mais je ne sais pas ce que c'est d'accoucher naturellement. Donc tant que je n'ai pas fait les deux, je peux pas dire. »*

2.11 Les autres thèmes abordés au cours des entretiens.

(ANNEXE XVIII)

- 3 patientes sur 20 déclarent qu'elles auraient préféré être complètement anesthésiées durant l'intervention chirurgicale :

-Madame E « *D'autres vous diront qu'elles préfèrent certainement sentir mais moi j'avoue qu'on aurait pu m'anesthésier complètement ça ne m'aurait pas gênée. »*

-Madame N « *C'est un acte brutal. Surtout quand on est éveillé pendant l'opération. C'est pour ça que si on pouvait être endormi complètement ça serait mieux. »*

- 4 patientes sur 20 parlent de leur prochain accouchement et préféreraient accoucher par voie basse :

-Madame P « *Si j'en ai un deuxième j'aimerais bien qu'il vienne naturellement. »*

-Madame N « *Il y a des douleurs pour des personnes plus ou moins fortes. Et bon, moi, ça a été. Tant mieux parce que on m'a dit que pour le prochain, j'aurais probablement une césarienne à nouveau parce que j'ai un passage trop étroit. Après, ça sera en fonction du poids du bébé. Mais bon, ça ne va pas m'empêcher de faire des enfants. Sauf si j'en avais l'interdiction. Mais non, ça ne va pas m'empêcher de faire à nouveau une césarienne. »*

DISCUSSION

1 Points forts et points faibles de l'étude.

1.1 La méthodologie choisie.

Nous avons choisi de réaliser notre enquête par entretien. Cette méthode, qui devait permettre aux femmes de parler librement sur le sujet de la césarienne, présente également quelques biais auxquels nous avons essayé de pallier.

La technique d'entretien est basée sur le volontariat. Les patientes interrogées ont accepté de participer à l'étude et ont donné leur autorisation pour que leurs propos soient analysés dans l'enquête. Deux femmes n'ont pas souhaité contribuer à cette enquête pour des raisons de compréhension de français. La sélection des patientes ne s'est donc pas faite de façon aléatoire car la barrière de la langue a formé un biais dans l'étude.

L'analyse des entretiens est soumise à une certaine subjectivité, qui est retrouvée à différents niveaux :

-Au cours des entretiens, certains mots sont tus et s'expriment dans le non-dit, dans l'attitude des patientes, ce qui rend leur analyse impossible dans ce type d'enquête. Le rôle de l'enquêteur est de relancer le discours des patientes afin que celles-ci expriment plus clairement leurs pensées ce qui n'a pas toujours été possible.

- Il est arrivé que les patientes se contredisent au cours des entretiens. Afin de ne pas mal interpréter les propos, nous avons choisi de ne pas tenir compte de ces témoignages.

- Après réalisation des entretiens, lors de l'élaboration de l'analyse, l'enquêteur, en fonction de ses sensibilités, peut mettre en avant tel ou tel type de propos. De plus, les propos des patientes découlent les uns des autres. Parce que sortis de leur contexte, ils peuvent recouvrir nombre d'interprétations possible voire même se contredire, nous avons utilisé une méthode rigoureuse décrite par Grawitz (8). Cette méthode d'analyse est basée sur le codage des entretiens et la construction de grilles que nous avons décrits

précédemment. Les grilles d'analyse sont construites question par question pour maintenir les propos des patientes dans leur contexte. Certains thèmes abordés par les patientes sont retrouvés de façon récurrente au travers des questions. Nous avons choisi de les présenter séparément dans un premier temps, puis de les regrouper lorsque cela nous a paru pertinent.

Chaque patiente parle en son nom. Ces femmes ont accepté de rapporter le témoignage des événements tels qu'elles les ont vécus. Leurs propos ne peuvent donc pas être analysés comme une généralité.

1.2 Le choix des questions.

En amont de l'étude, le choix des questions posées aux patientes était primordial. Il a déterminé, par la suite, la possibilité d'analyser les propos de celles-ci. Les questions devaient être claires afin que les patientes les comprennent bien. Elles devaient se suivre dans un ordre logique pour faciliter le dialogue.

Afin de mieux cadrer les entretiens, les questions ont été posées dans un ordre chronologique. Cette méthode a semblé fonctionner et la plupart du temps, les patientes abordaient par elles-même la question suivante.

Les questions que nous avons posées étaient plus ou moins ouvertes ce qui a déterminé le nombre de réponses possibles. Les quatre premières questions posées étaient relativement fermées et les réponses des patientes avaient pu être présumées au préalable lors de l'élaboration de la revue de la littérature. Leur analyse a donc été facilitée.

Cependant, la 3ème question : « Pendant la grossesse, que pensiez vous de la césarienne ? » a parfois été mal comprise par les patientes qui sembleraient avoir entendu « Que pensez vous de la césarienne ? ». Nous avons choisi de ne pas inclure les réponses de ces patientes à notre étude.

Les questions suivantes étaient plus ouvertes ce qui a permis aux patientes

d'aborder des thèmes beaucoup plus variés comme leurs sentiments, leurs relations avec leur enfant, leur entourage, avec les professionnels de santé... L'analyse de ces questions a été plus difficile compte tenu de la multitude des thèmes abordés. Certains thèmes mis en avant par les femmes comme la sophrologie ou l'allaitement maternel, nous semblaient parfois sortir du sujet de l'étude. Cependant, nous avons laissé les patientes s'exprimer librement sur ces points qui leur paraissaient importants.

Les points positifs et négatifs les plus fréquemment retrouvés nous serviront au cours de notre exercice professionnel. Lorsque nous accompagnerons les patientes au cours de leur accouchement, nous pourrons ainsi mettre en avant les points positifs exprimés par les patientes au cours de cette étude et les aider à verbaliser les points négatifs que nous avons retrouvés.

La dernière question posée : « Avez-vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes à une éventuelle césarienne ? » n'a pas toujours été très concluante. 8 patientes n'ont pas apporté de suggestions. Pour expliquer ce manque de réponses, nous pouvons rappeler que les patientes ont été interrogées en suites de couches. Leur expérience de la césarienne étant encore récente, ces femmes n'avaient peut-être pas encore assez de recul face aux événements. Pour obtenir un meilleur taux de réponses à cette question, peut-être aurait-il fallu les revoir quelques mois après leur césarienne.

1.3 La réalisation des entretiens.

La durée médiane des entretiens est de 33 minutes ce qui est inférieur à la durée initialement prévue de 45 minutes. Cependant, nous avons choisi de réaliser 20 entretiens et la quantité d'information recueillie au cours de l'étude nous paraît tout de même suffisante pour construire une analyse pertinente.

La technique de réalisation des entretiens nécessite une certaine maîtrise pour encourager les patientes, relancer le discours lorsque cela est nécessaire sans pour autant interrompre les femmes. Nous avons approfondi cette technique au fur et à mesure de la réalisation des entretiens ce qui explique peut être que la durée moyenne des dix premiers entretiens diffère de la durée moyenne des dix derniers de 17 minutes.

2 La population interrogée.

La diversité de notre population nous a permis d'obtenir des témoignages riches. Les patientes que nous avons rencontrées viennent de milieux sociaux très différents. Leurs activités professionnelles sont variées : mère au foyer, profession libérale, employée, agent public...

La moyenne d'âge des patientes interrogées qui sont pour la plupart primipares, est de 28 ans et demi. Cette moyenne correspond à la moyenne d'âge des femmes qui ont leur premier enfant au niveau national (52).

Sur les 20 patientes interrogées, une seule était multipare ce qui ne nous a pas permis de distinguer deux groupes de population à comparer.

Toutes les patientes étaient de nationalité française. Trois patientes étaient originaires du Maghreb. La diversité culturelle des patientes que nous avons rencontrées a permis d'enrichir notre étude. À ce titre, nous pouvons regretter que deux patientes aient refusé de participer à l'enquête. Il s'agissait de femmes originaires d'Afrique, leur témoignages auraient pu diversifier la population de l'étude.

3 Les sentiments ressentis par les patientes.

Durant la grossesse, le sentiment le plus fréquemment retrouvé est l'appréhension qui concerne l'accouchement par voie basse pour 6 patientes et la césarienne pour 4 patientes. Ce sentiment peut s'expliquer par le fait que la population est essentiellement composée de primipares pour qui l'accouchement est un événement inconnu. À ce titre nous pouvons citer les propos de Madame N : « *J'appréhendais l'accouchement. J'avais très peur. Un premier bébé c'est l'inconnu, on ne sait pas.* »

Lors de l'annonce de la césarienne, les patientes ont cité quelques-uns des sentiments retrouvés dans la revue de la littérature. Les sentiments les plus fréquemment cités sont le soulagement (16 patientes) et la déception (15 patientes). Ils sont qualifiés

soit parmi les points positifs, soit parmi les points négatifs.

L'ambivalence de ces sentiments, qui sont retrouvés de façon simultanée chez 12 patientes, nous a paru intéressante à relever. Comme nous l'avions remarqué dans la revue de la littérature, dans ces situations, le travail est souvent long. Marquées par la fatigue et le stress, les patientes ont vécu, lors de l'annonce de la césarienne, un véritable soulagement tout comme le décrit Clément, psychologue américaine (4). Il est décrit comme point positif. Au cours de notre exercice professionnel, nous pouvons le mettre en avant afin de faciliter le vécu des patientes lors de l'annonce.

La déception, quand à elle, semble naturelle. 19 des patientes avaient imaginé un accouchement par voie basse qui est la voie physiologique de l'enfantement. La déception de devoir abandonner le projet imaginé pour l'accouchement correspond aux sentiments décrits dans la revue de la littérature (51). Ce sentiment est également cité parmi les points négatifs. Au cours de notre exercice professionnel nous pourrions aider les patientes à verbaliser cette déception afin de les aider à la dépasser.

Les sentiments de stress et d'angoisse décrits par Pottecher sont retrouvés chez 11 de nos patientes lors de l'annonce et ou en cours de césarienne (34). Ces sentiments nous semblent relativement peu représentés. Nous pouvons donc supposer que, comme le décrit Hillan, ces patientes ont été bien préparées à la césarienne durant leur grossesse ou au cours de l'accouchement, et que cette anticipation a permis de diminuer le stress ressenti (28).

Durant l'intervention chirurgicale, 5 patientes se sont senties déconnectées de la réalité. Ces « absences » peuvent être liées à la fatigue et au stress ou encore également aux substances anesthésiques. Mais ces sensations ont permis aux femmes de « s'évader » durant l'acte opératoire et d'éviter le stress qu'il procure. Cependant, ces mères semblent avoir moins profité du premier contact avec leur enfant. Comme dans le cas de Madame P : « *On m'a présenté quelque chose de mouillé, moite, blanc je ne sais pas du tout ce que c'était. Et j'étais dans un autre monde, complètement ailleurs.* »

4 Explications et préparation favorisent ils un vécu positif de la césarienne ?

4.1 La préparation à la césarienne durant la grossesse.

Parmi les patientes interrogées, 12 avaient suivi une préparation à la naissance et à la parentalité. Ce taux est du même ordre à l'échelle nationale avec une participation de 65 % des femmes primipares (39).

Le sujet de la césarienne est abordé au cours des séances de préparation à la naissance. Pourtant parmi les 7 patientes qui déclarent n'avoir pas pensé à la césarienne durant leur grossesse, 3 avaient suivi une préparation à la naissance. Cette observation soulève plusieurs interrogations. Pour ces trois patientes, le thème de la césarienne n'a peut être pas été abordé au cours des séances de préparation, ou ces femmes n'ont peut être pas entendu l'information délivrée. La lecture des entretiens ne permet pas de répondre à ces questions.

L'information des patientes est devenue une obligation légale depuis la loi de 4 mars 2002 (40). On peut cependant se demander avec quel degré de précision cette information doit être délivrée notamment au cours des séances de préparation à la naissance, dans la mesure où les patientes ne demandent pas plus de détails à propos de la césarienne. Nous pouvons citer à ce titre les propos de Madame A : « *J'avais pas envie parce quand on m'a dit qu'il y avait sept couches à couper je me suis dit que ça faisait beaucoup de choses à couper et à recoudre. Il serait sorti tout seul par le bas ça m'aurait arrangé.* »

La préparation à la naissance et à la parentalité a pour objectif d'informer les patientes mais également de les rassurer à propos de la naissance. Or, dans ce cas précis, Madame A déclare : « *Les séances de préparation m'ont expliqué comment ça se passait mais ça n'a pas enlevé l'appréhension.* »

Suite à l'analyse de ces entretiens, nous pouvons également nous interroger sur la façon dont nous délivrons les informations. En tant que professionnels de santé, nous

portons aux valeurs statistiques un certain crédit. D'un point de vue scientifique, les statistiques, établies à partir d'échantillons larges, semblent parler d'elles-mêmes. Une femme sur cinq accouche par césarienne, ce qui induit une forte probabilité pour les femmes d'accoucher par cette voie. Pourtant, pour Madame T cette probabilité semblait faible : « *Nous, elle nous avait bien expliqué qu'on pouvait avoir recours à la césarienne mais j'imaginai pas que ça allait tomber sur moi. Et puis, ils donnent toujours un pourcentage de vingt pour cent selon les régions mais bon on se dit c'est pas pour nous.* »

Au cours de notre exercice professionnel, nous devons veiller à ce que l'information délivrée aux patientes soit claire et précise afin qu'elle soit comprise mais nous devons également nous assurer que les patientes entendent bien ce qui leur est dit. Par ailleurs nous devons veiller à ce que cette information ne soit pas source d'angoisse.

4.2 L'annonce de la césarienne et les réactions des patientes.

Le moment de l'annonce de la césarienne nous a paru une étape déterminante pour le vécu des femmes. Nous avons choisi d'interroger les patientes pour qui l'annonce de la césarienne a pu être progressive.

Après lecture des entretiens, il semblerait que parmi les 4 patientes qui ont eu un contact difficile avec l'équipe médicale au cours de leur séjour en maternité, 2 aient mal vécu l'annonce de la césarienne. Nous pouvons citer à ce titre Madame R : « *A partir de là, ils ont choisi d'injecter un produit pour accélérer la dilatation mais ça n'agissait pas. Et alors là tout s'accélère. Il y a plein de monde qui envahit la salle. On ne sait pas trop ce qu'on nous fait, on est surpris. On se retrouve avec plein de gens qui vous font plein de choses. Là c'est plus difficile parce qu'on a pas tellement d'informations; tout le monde parle en code. On nous explique pas. On est réduits à, pas rien, mais... Un corps allongé, on ne sait pas trop ce qu'on fait et puis on a peur.* »

La peur exprimée par cette patiente pourrait être l'élément déclencheur du mauvais vécu de sa césarienne et des suites de couches. Cette observation nous permet de prendre conscience que les conditions de l'annonce de la césarienne et les

explications délivrées pour chaque acte sont déterminantes pour favoriser un vécu positif.

4.3 L'accompagnement au bloc opératoire.

Au bloc opératoire, seules 8 patientes ont déclaré s'être senties stressées. Cependant, hormis la rencontre avec l'enfant, le vécu des patientes interrogées au bloc opératoire n'est généralement pas positif. Au cours des entretiens, nous avons été surprises par la finesse de la description des sensations ressenties par les patientes au cours de l'intervention. Pour 10 patientes, cette sensation n'est pas agréable et même douloureuse. 2 patientes déclarent également qu'elles auraient préféré être césarisées sous anesthésie générale. Comme pour Madame E qui déclare : « *D'autres vous diront qu'elles préfèrent certainement sentir mais moi j'avoue qu'on aurait pu m'anesthésier complètement ça ne m'aurait pas gênée.* »

Pottecher a remarqué que la mémorisation d'un acte chirurgical pouvait laisser aux patientes des souvenirs désagréables (34). Afin de rassurer les femmes, il semble important qu'une personne reste à leur côté durant l'intervention pour leur expliquer son déroulement. Les patientes qui ont pu parler avec les intervenants durant l'intervention ont semblé apprécier cet échange. Nous pouvons citer Madame I : « *Le fait que l'équipe médicale soit à l'aise parle, rigole et tout on est moins stressée. On sent qu'il y a du chamboulement mais on ne ressent pas la douleur. Le plus impressionnant c'est quand ils bougent le ventre pour faire sortir le bébé. On est secoué de partout. Heureusement qu'il y a un infirmier qui est derrière vous et qui vous explique ce qui se passe. C'est trop bien organisé. On rentre, quelqu'un met le patch, quelqu'un met le rideau, c'est vite fait, on a pas le temps de réfléchir. Ils m'ont ramené ma fille c'était bien.* »

Il semble important que le personnel médical présent lors de l'intervention chirurgicale soit attentif au maintien du dialogue avec la patiente. Cet accompagnement permet de sécuriser les patientes en leur expliquant les différentes étapes de l'intervention et en leur permettant de verbaliser leurs appréhensions. Il permet de les conforter en tant qu'actrices de leur accouchement.

5 La relation mère-enfant.

11 patientes sur 17 déclarent avoir apprécié la rencontre avec leur enfant. Cette étape semble constituer la récompense des efforts fournis par les patientes durant le travail. A ce titre nous pouvons citer les propos de Madame N : « *Ce qui est super c'est que j'ai pu voir Lya. Ils me l'ont laissée au moins cinq minutes à côté de moi, le temps de lui faire un bisou tout ça. Qu'elle me sente. Et après il l'ont amenée à papa donc j'étais rassurée aussi.* »

La naissance de l'enfant est fréquemment citée parmi les points positifs. Cette observation peut nous encourager à mettre en avant la naissance de l'enfant lors de l'annonce de la césarienne afin de favoriser un vécu positif pour les patientes.

Pour Briex et Billot, le père tient une place importante au cours de l'intervention chirurgicale (18) (43). 4 patientes sur 17 ont déclaré apprécier que leur enfant soit confié au père après sa naissance. Au cours de notre exercice professionnel, nous devons conforter ces hommes dans leur rôle de père. Leur narration des premiers instants de la vie de l'enfant, en dehors du bloc opératoire, permet aux femmes de reconstituer l'histoire de leur nouveau-né.

Par ailleurs, dans les situations où l'annonce de la césarienne et l'intervention chirurgicale procurent pour la patiente un stress important, les pères peuvent jouer le rôle de médiateur entre l'équipe soignante et la future mère. Leur présence semble permettre de rassurer les patientes comme dans le cas de Madame T : « *J'aurais voulu vraiment que mon mari reste jusqu'au bout. Déjà qu'on se sent perdu. Tout seul c'est encore pire. C'est vrai qu'à deux c'est quand même plus rassurant.* »

4 patientes sur 17 déclarent que cette rencontre leur a paru trop brève. Nous pourrions imaginer de mettre en place un protocole qui permettrait de proposer aux patientes, lorsque la situation le permet, un peau à peau ou une mise au sein dans le bloc opératoire comme nous l'avions noté dans la revue de la littérature (23).

Lors des entretiens, 5 patientes ont parlé des difficultés qu'elles avaient

rencontrées avec l'allaitement maternel. Ces difficultés étaient semblables à celle qui sont retrouvées, de façon générale, lors de la mise en place de l'allaitement maternel. Elles ne nous ont pas paru spécifiques à la césarienne .

Conclusion

La césarienne est un acte que nous rencontrons fréquemment au cours de notre pratique professionnelle. C'est un sujet obstétrical d'importance qui associe des questions de santé publique, de pratiques médicales et de relations humaines comme le souligne le plan de périnatalité 2005.

Cette enquête par entretiens auprès de femmes césarisées a été très enrichissante d'un point de vue humain. En tant que future sage-femme, elle nous a permis d'envisager la césarienne sous un autre angle, celui des patientes. Les entretiens ont permis un temps d'échange avec les mères et une meilleure compréhension de la grande diversité de leurs ressentis.

L'analyse a posteriori de ces témoignages a été très constructive pour faire apparaître les similarités entre les témoignages. Nous avons ainsi pu observer certains thèmes récurrents comme les sentiments de soulagement et de déception ou encore la naissance de l'enfant qui a été vécue pour bon nombre de ces patientes comme la récompense des efforts qu'elles ont fournis. Ces observations sont autant de clefs qui nous permettront de mieux prendre en charge les patientes au cours de l'exercice de notre profession en leur rappelant les points positifs qu'apporte la césarienne et en les aidant à verbaliser les points négatifs.

Nous avons pu observer à quel point l'accompagnement par l'équipe médicale pendant le travail et pendant la césarienne ainsi que les explications données durant leur grossesse et leur accouchement permettaient aux patientes de bien vivre leur césarienne. L'annonce de la césarienne est une étape importante dans la prise en charge des patientes. Dans ces situations de stagnation de la dilatation, de non-engagement à dilatation complète et d'échec au déclenchement, l'équipe médicale doit prendre le temps d'expliquer aux patientes le motif de la césarienne et le déroulement de l'intervention. L'accompagnement des patientes au bloc opératoire par une personne, présente en permanence auprès d'elles, qui leur explique les différentes étapes et les

sécurise nous paraît déterminant pour favoriser un vécu positif de l'intervention chirurgicale.

Afin de compléter cette enquête nous aurions pu revoir ces patientes quelques mois après leur césarienne. Cette rencontre aurait pu nous permettre de mieux connaître l'évolution de leurs sentiments avec le temps.

BIBLIOGRAPHIE

Livres :

- (1) BOWLBY J, ANZIEU D, ZAZZO R. L'attachement. Paris. Delachaux et Niestlé. 1979. 250 p.
- (2) CANON-YANOTT M. Devenir parents en maternité. Paris. Masson. 2002. 192 p.
- (3) CHEVALIER G. La césarienne, une autre naissance. Paris. Horay. 2004. 61 p.
- (4) CLEMENT S. The cesarean experience. London. Pandora. 1995. 272 p.
- (5) COLMAN, ARTHUR., LIBBY. Grossesse expérience psychologique. Paris. Robert Laffont. 1973. 251 p.
- (6) DEBRAY Q, GRANGER B, AZAIS F. Psychopathologie de l'adulte. Paris. Masson. 2005. 386 p.
- (7) DOLTO F. L'image inconsciente du corps. Paris. Edition du Seuil. 1984. 375 p.
- (8) GRAWITZ M. Méthodes des sciences sociales. Paris. Dalloz. 8^{ème} édition. 1990. 1140 p.
- (9) JACQUET-SMAILOVIC M. L'enfant, la maladie et la mort. Issy-les-Moulineaux. Editions De Boeck Université. 2007. 184 p.
- (10) KNIEBIEHLER Y. Maternité affaire privée, affaire publique. Paris. Bayard. 2001. 269 p.
- (11) KNIEBIEHLER Y. Histoire des mères et de la maternité en occident. Paris. Que sais-je ?. 2000. 127 p.
- (12) LEBOVICI S., STOLERU S. Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces. Paris. Bayard Centurion. 2003. 400 p.
- (13) LEROY F. Histoire de naître. De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Issy-les-Moulineaux. Editions De Boeck Université. 2002. 456 p.
- (14) MAURER W. Mère et bébé l'un contre l'autre. Barret-sur-Méouge. Souffle d'or. 2004. 347 p.
- (15) ODEMENT M. Césariennes : question, effets, enjeux. Alerte face à la banalisation. Barret-sur-Méouge. Souffle d'or. 2004. 183 p.
- (16) PAGE L, PERCIVAL P, SIMON A, KITZINGER S, TEURNIER F. Le nouvel art de la sage-femme science et écoute mise en pratique. Elsevier Masson. Paris. 2004. 418 p.
- (17) RACINENT C., FAVIER M. La césarienne. Paris. Sauramps médical. 2002. 479 p.

Articles :

- (18) BRIEX M. Présence du père pendant une césarienne. Spirale. 2003-1. N°25. P : 183-186.
- (19) CHANNI KUMAR. Maladie mentale de la mère et troubles sévères de l'attachement mère-nourrisson. Devenir. 2001-4. Volume 13. P : 47-75.
- (20) DE VALORS MH. De la globalité de la naissance. Grossesse psychique et hypermédicalisation. Dossier de l'obstétrique. ELPEA. Octobre 2005. N° 342.
- (21) DE VALORS MH. De la globalité de la naissance. Le versant psychique de l'accouchement. Dossier de l'obstétrique. ELPEA. N° Décembre 2000.
- (22) DE VALORS MH. De la globalité de la naissance. Le versant psychique de la grossesse. Dossier de l'obstétrique. ELPEA. N° Octobre 2000.
- (23) ERLANDSSON K, DSILNA A, FAGERBERG I, CHISTENSSON K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth. Juin 2007. N°34(2). P : 105-114.
- (24) FISCHER J, ASTBURY J, SMITH A; Adverse psychological impact of operative obstetrical intervention : a prospective longitudinale study. Austria New Zeland Journal of Psychiatry. 1997. 31(5). 728-38.
- (25) GAREL M, LELONG N, KAMINSKI M. Conséquences de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère enfant. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 1987. Volume 16, n°2, P : 219-228.
- (26) HALFON Y. Le vécu des femmes césarisées. Dossiers de l'obstétrique. ELPEA. N°143. P : 16-17.
- (27) Haut comité de la santé publique. Naitre en France. Décembre-Mars 2008. ADSP. N°61-62. 120 p.
- (28) HILLAN E. Quelques chiffres autour de la césarienne. Dossiers de l'obstétrique. ELPEA. Mai 2001. N°294. P : 8.
- (29) LE LIRZIN R, ROBIN D. La prévention des troubles de la relation mère enfant. Revue internationale de pédiatrie. 1995. N°263. P : 11-14.
- (30) MARCO SANJUAN JC, BONDIA GIMENO A, PERENE SORIANO MJ, MARTINEZ BAZAN R, GUILLEN CATIN A; MATEO AGUADO JM, FERRER PASCUAL MA. Psychological distress and preoperative fear in surgical patients. Anesthesiol Reanim. Mai 1999. N°46 (5).

- (31)MOISSEEFF M. La procréation dans les mythes contemporains, une histoire de science-fiction. Anthropologie et sociétés. Le mythe aujourd'hui. 2005. Vol 29 n°2. P : 69-94.
- (32)PHILIPPIN Y. Alerte aux césariennes inutiles. Le journal du Dimanche. 07 Décembre 2008.
- (33)POINSO F, SAMUELLIAN JC, DELZENNE V, HUIART C, SPARROW J, RUFO M. Dépression du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité évaluation prospective et relation mère-bébé. La psychologie de l'enfant. Février 2001. N°442. P : 379-413.
- (34)POTTECHER J. BENHAMOU D. Douleur et analgésie obstétricale. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. Vol 33. N°3. Mai 2004. P : 179-191.
- (35)ROSSI P. Eclosion du matriciel, expérience du féminin : Ce que le premier accouchement déclenche chez une femme. Dialogue. 2002. N°157. P : 51-58.
- (36)STEFFEN G. La césarienne et ses conséquences pour la mère et l'enfant. Dossiers de l'obstétrique. Mai 2001. Volume 28. N° 294. P : 2-11.
- (37)SZEJER M. Pour une médicalisation raisonnée de la maternité. Protéger l'environnement de la naissance, Informations sociales. Avril 2006. N°132. P : 54-63.
- (38)THALASSINOS M, ZITTOUN C, ROUSSILLON F, ENGEHNANN P. Etudes des troubles anxieux et dépressifs du post-partum chez les femmes enceintes. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. N°22. P : 101-106.
- (39)La santé de la mère et de l'enfant en Seine-Maritime. Observatoire des données sociales. Edition 2007. P : 8.

Lois :

- (40)Loi N°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article 3, L, 1110-5. Code de la santé publique.

Recommandations pour la pratique professionnelle :

- (41)MARPEAU L. Maturation du col utérin. Déclenchement du travail. Apport des systèmes intravaginaux de PGE2. Les mises à jours en gynécologie obstétrique Tome XXVIII. CNGOF. Recueil de communication des journées nationales du collège. 2003.

(42)Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. HAS. Novembre 2005.

Mémoires :

(43)BILLOT H. Réflexion sur la présence des pères au bloc opératoire lors d'une naissance par césarienne. École de sage-femme du CHU de Rouen.

N°278. 2006.

(44)JACOB C. Le vécu des femmes césarisées. École de sage-femme du CHU de Rouen. N°61. 1993.

Thèses :

(45)GRECO GEFFROY G. Etat de stress post-traumatique lié à l'accouchement et algies pelviennes chroniques. Université de Versailles Saint-Quentin en Yvelines, UFR Médicale Paris-Ile-De-France-Ouest. Tel-00010882. Version 1. 6 Novembre 2005.

Etudes :

(46)DELILLE S. Incidence des troubles psychotraumatiques au décours d'une césarienne en urgence. EPSM Lille-Métropole. 2005.

Sites internet :

(47)Évolutions de la naissance en France.

aphte://ciane.naissance.asso.fr/pdf/EvolutionNaissanceEnFrance.pdf. Consulté le 06/02/08.

(48)Centre National de Ressources de lutte contre la Douleur. <http://www.cnrd.fr/>. Consulté le 01/03/09.

(49)Comment faire face à une détresse psychologique pendant la grossesse normale et pathologique. http://www.medical78.com/nat_fmc_detresse_gros.pdf. Consulté le 10/11/08.

(50)Comment aider les femmes à mieux vivre leur césarienne. <http://les-maternelles.france5.fr/index-fr.php?page=dossiers&dossier=1527&article=5780>.

Consulté le 10/11/08.

(51)Cesarine.<http://www.cesarine.org/>. Consulté le 06/02/09.

(52)Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale.<http://www.inserm.fr/fr/>.
Consulté le 26/02/09

(53)Organisation Mondiale de la Santé. <Http://www.who.int/fr/>. Consulté le 06/02/09.

ANNEXES

Sommaire des annexes :

ANNEXE I Grille de questions.

ANNEXE II Profil de la population. 1ère partie.

ANNEXE III Profil de la population. 2ème partie.

ANNEXE IV Grille n°1 : « Pendant la grossesse, comment aviez-vous imaginé votre accouchement ? »

ANNEXE V Grille n°2 : « Pendant la grossesse aviez-vous pensé à la césarienne ? »

ANNEXE VI Grille n°3 : « Pendant la grossesse que pensiez-vous de la césarienne ? »

ANNEXE VII Grille n°4 : « Qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce de la césarienne ? »

ANNEXE VIII Grille n°5 : « Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir de ce moment ? »

ANNEXE IX Grille n°6 : « Comment s'est passé votre accouchement par césarienne ? »

ANNEXE X Grille n°6. Rubrique sensations.

ANNEXE XI Grille n°6. Rubrique accompagnement par les professionnels de santé.

ANNEXE XII Grille n°6. Rubrique rencontre avec l'enfant.

ANNEXE XIII Grille n°7 : « Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir de cet accouchement ? »

ANNEXE XIV Grille d'analyse n°8 : « Comment vous sentez-vous depuis votre accouchement ? ». 1 ère partie.

ANNEXE XV Grille n°8. 2 ème partie.

ANNEXE XVI Grille n° 9 : « Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir des suites de l'accouchement ? »

ANNEXE XVII Grille n°11 : « Avez-vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes à une éventuelle césarienne ? »

ANNEXE XVIII Grille n°12 Les thèmes abordés de façon récurrente au cours des l'entretiens.

ANNEXE I Grille de questions.

ENTRETIEN N° :

Âge :

Profession :

Situation conjugale :

Nationalité :

Parité :

Sexe de l'enfant :

Motif de la césarienne :

Type d'allaitement :

PPO :

1) Pendant la grossesse :

- Comment aviez-vous imaginé votre accouchement ?
- Avez-vous pensé à la césarienne ?
- Que pensiez-vous de la césarienne ?

2) Au moment de l'annonce de la césarienne.

- Qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce de la césarienne ?
- Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenez de ce moment ?

3) Pendant la césarienne :

- Comment s'est passé votre accouchement par césarienne ?
- Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenez de cet accouchement ?

4) En post-partum :

- Comment vous sentez-vous depuis votre accouchement ?
- Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenez des suites de l'accouchement ?

5) Ouverture.

- Avez-vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes à une éventuelle césarienne ?

ANNEXE II

Profil de la population. 1ère partie.

	Durée	Âge	Profession	Situation conjugale	Nationalité et pays d'origine
Madame A	25 Minutes	28 Ans	Chargée de recouvrement	PACS	Française
Madame B	19 Minutes	24 Ans	Employée de bureau	Vie maritale	Française
Madame C	26 Minutes	31 Ans	Secrétaire médicale	Mariée	Française
Madame D	35 Minutes	29 Ans	Agence de l'environnement	PACS	Française
Madame E	43 Minutes	31 Ans	Commerçante	Vie maritale	Française
Madame F	26 Minutes	20 Ans	Sans	Vie maritale	Française
Madame G	32 Minutes	28 Ans	Employée de lingerie	Vie maritale	Française
Madame H	29 Minutes	30 Ans	Aide-soignante	Mariée	Française
Madame I	27 Minutes	25 Ans	Secrétaire comptable	Vie maritale	Française d'origine marocaine
Madame J	34 Minutes	28 Ans	Aide à domicile	Célibataire	Française
Madame K	28 Minutes	23 Ans	Serveuse en restauration	Vie maritale	Française
Madame L	44 Minutes	24 Ans	Sans	Mariée	Française d'origine marocaine
Madame M	86 Minutes	36 Ans	Infirmière	Mariée	Française
Madame N	38 Minutes	25 Ans	Vendeuse	Vie maritale	Française
Madame O	16 Minutes	27 Ans	Agent d'entretien	Mariée	Française d'origine tunisienne
Madame P	49 Minutes	23 Ans	Serveuse en restauration	Vie maritale	Française
Madame Q	26 Minutes	32 Ans	Sans	PACS	Française
Madame R	81 Minutes	36 Ans	Adjoint administratif	Vie maritale	Française
Madame S	39 Minutes	42 Ans	Esthéticienne	Célibataire	Française
Madame T	67 Minutes	29 Ans	Maitre nageur	Mariée	Française

ANNEXE III

Profil de la population. 2ème partie.

	Parité	Sexe de l'enfant	Motif de la césarienne	Type d'allaitement	Préparation à la naissance et lieu
Madame A	Primipare	Masculin	S-D	Artificiel	Oui/ CHU
Madame B	Primipare	Masculin	E-D	Maternel	Non
Madame C	Primipare	Masculin	N-E-D-C	Artificiel	Oui/ Sophro
Madame D	Primipare	Féminin	S-D	Maternel	Oui/ CHU
Madame E	Primipare	Masculin	E-D	Maternel	Oui/ CHU
Madame F	Primipare	Masculin	N-E-D-C	Artificiel	Non
Madame G	Primipare	Féminin	S-D	Maternel	Oui/ PMI
Madame H	Primipare	Féminin	S-D	Artificiel	Non
Madame I	Primipare	Féminin	E-D	Maternel	Non
Madame J	Primipare	Masculin	S-D	Artificiel	Non
Madame K	Primipare	Masculin	E-D	Maternel	Non
Madame L	3ème pare	Masculin	N-E-D-C	Artificiel	Non
Madame M	Primipare	Féminin	S-D	Maternel	Oui/ CHU
Madame N	Primipare	Féminin	S-D	Artificiel	Non
Madame O	Primipare	Féminin	S-D	Maternel	Non
Madame P	Primipare	Masculin	S-D	Artificiel	Oui/ CHU
Madame Q	Primipare	Féminin	S-D	Maternel	Non
Madame R	Primipare	Masculin	S-D	Maternel	Oui/ CHU
Madame S	Primipare	Masculin	S-D	Maternel	Oui/ Sophro
Madame T	Primipare	Masculin	S-D	Maternel	Oui/ PMI

ANNEXE IV

Grille n°1 : « Pendant la grossesse, comment aviez-vous imaginé votre accouchement ? »

	AVB	Césarienne	Appréhension
Madame A	1		2-4 +
Madame B	1-3		
Madame C	1		
Madame D		1-2/ 4-5/ 7-8	
Madame E	2-3		
Madame F	1-2		
Madame G	1-3		
Madame H	1		2-3 -
Madame I	3		1-2 +
Madame J	1		4 -
Madame K	1		
Madame L	1-6		
Madame M	1-3		4-7 +
Madame N	1		2-5 +
Madame O	1-2		
Madame P	1-2		
Madame Q	1/3		2 +
Madame R	1/4		2-3 +
Madame S	1-2		
Madame T	2		

ANNEXE V

Grille n°2 : « Pendant la grossesse aviez-vous pensé à la césarienne ? »

	Oui	Non
Madame A	5	
Madame B	4	
Madame C	2-3	
Madame D	8	
Madame E		4-5
Madame F	3-5	
Madame G	2	
Madame H		4
Madame I		4
Madame J		6 Contradiction 39-50
Madame K	2	
Madame L		7-8
Madame M	8-9	
Madame N	6-7	
Madame O		3
Madame P		2-5 Contradiction 6-8
Madame Q	4-6	
Madame R	8-13	
Madame S		5
Madame T		9-11

ANNEXE VI

Grille n°3 : « Pendant la grossesse que pensiez-vous de la césarienne ? »

	Bénéfique	Absence de choix	Peur	Moins bien/AVB
Madame A			7	
Madame B	6	7		
Madame C	12-15			
Madame D	7			
Madame E			6	
Madame F			6-8	
Madame G				
Madame H				
Madame I	6			
Madame J		7-9		
Madame K				3-5
Madame L			9-10	
Madame M				
Madame N				
Madame O				
Madame P				9-10
Madame Q	8-9			
Madame R				13-14
Madame S				
Madame T				12-15

ANNEXE VII

Grille n°4 : « Qu'avez-vous ressenti au moment de l'annonce de la césarienne ? »

	Soulagement	Déception	Peur/ Angoisse/ Stress	Fatigue	Douleur	Inquiétude pour l'enfant
Madame A		14				
Madame B	8-9	11				
Madame C	4	10	5			
Madame D	9/17/26			22-25	10-16	
Madame E		11-12	13			
Madame F			9			
Madame G				5		
Madame H	8-10	11-12		7		
Madame I	12-13	10-11		9	7-8	14-15
Madame J	20	19				
Madame K		11-14				
Madame L			35-38			37
Madame M			12-13			
Madame N			24-28			
Madame O					5-7	
Madame P						14-16
Madame Q	15-21					
Madame R	95-96	90-94/97	51			
Madame S	33-35					
Madame T		38-42/46-48	42-45			

ANNEXE VIII

Grille n°5 : « Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir de ce moment ? »

	Positifs
Soulagement	A16-18 ; B12 ; E18 ; G12 ; M49-54 ; N30-31 ; O14 ; P17 ; Q22-27 ; S 36.
Naissance et bien-être de l'enfant	C12 ; E21-22 ; F13-14 ; K15 ; L40-45/49 ; M48 ; N32-34 ; R98-100 ; S36/39-42;
Explications de l'équipe médicale	C11 ; L46-48 ; N29 ; T53-54
Douleur	R101-107

	Négatifs
Déception	C13 ; D28 ; F12 ; G 13 ; H11-12 ; K 16 ; M 58 ; P18-19 ; T55-58;
Solitude	B11 ; M55
Appréhension	J 36
Cicatrice	S37-38
Naissance sans effort pour l'enfant	L39
Douleur	I16

ANNEXE IX

Grille n°6 : « Comment s'est passé votre accouchement par césarienne ? »

	Stress / Angoisse	Déconnexion de la réalité	Place du père
Madame A		19-20/ 23	
Madame B	15		17
Madame C	19		
Madame D			
Madame E		55	
Madame F	15		
Madame G			
Madame H			
Madame I	26		
Madame J		24-25	
Madame K	23/ 25		
Madame L			66-67
Madame M	57		22-27/ 44-47
Madame N			
Madame O			
Madame P		22-27/	
Madame Q		28/ 33	
Madame R	67-68		32-35
Madame S			
Madame T	59		69-70/ 72

ANNEXE X

Grille n°6. Rubrique sensations.

Sensations	Aucune	Supportable	Désagréable	Douloureuse	Angoissante
Madame A		24-26			
Madame C					19-20
Madame D				38-40	
Madame E			28-30		
Madame F			17-19		
Madame G		16			
Madame H		15			
Madame I		21-23			
Madame J	22				
Madame K			17-20/ 24		
Madame M			14		
Madame O			15-16		
Madame P			20		
Madame Q	30-32				
Madame R				50-51/ 72	
Madame T				61-67	

ANNEXE XI

Grille n°6. Rubrique accompagnement par les professionnels de santé.

Accompagnement	Attitude rassurante	Bonnes explications	Contact difficile
Madame B		14/ 16	
Madame C			14
Madame D		33-37/ 41	
Madame E	33-36/39		
Madame F		16	
Madame H	16-18		
Madame I	20/ 24-26		
Madame L	53-57/ 61-62		
Madame M	16		
Madame N	37-38		
Madame P			50-57
Madame R			52-60/ 62-66/ 69-71/ 73-78/ 108
Madame S			63/ 71/ 78/ 83-91

ANNEXE XII

Grille n°6. Rubrique rencontre avec l'enfant.

Rencontre avec l'enfant	Rencontre appréciée	Place du père avec l'enfant	Rencontre brève	Appréciation négative
Madame A			27	
Madame B	17			
Madame C	22-24			
Madame D	28-29	30		
Madame H	14			
Madame I	27			
Madame J			26-29	31-35
Madame K	21			
Madame L	60			
Madame M		28	15/ 20-21	
Madame N	44-46	47		
Madame O				17-19
Madame P				21
Madame Q	39-41		36-37	
Madame R			109	110-124
Madame S	46-47			
Madame T	68/ 75-77	69-73	74	

ANNEXE XIII

Grille n°7 : « Quels sont les point positifs et les point négatifs que vous reprenez de cet accouchement ? »

Positifs	
Les sensations	A28 ; J 51.
Naissance et bien-être de l'enfant	B18 ; C22-24 ; E37-38/ 40-43 ; K32-33 ; N44-45 ; Q34-41 ; R127-129.
Accompagnement par l'équipe médicale	E33-36/ 39 ; H16 ; I28-31 ; L63-65 ; M56- 57 ; N39 ;
Soulagement	D42-44 ; S50

Négatifs	
Les sensations	E43-54/ 57-58 ; M58-59/ 66 ; N40-43 ; O20-21 ; P50-61/ 63 ; T78-82
La déconnexion de la réalité	A29 ; E55-56 ; M64 ; P62/ 64-68
La déception	A32 ; F20
Le sentiment de solitude	L69 ; R126 ; T83-91
L'accompagnement par l'équipe médicale	R125 ; T78

ANNEXE XIV

Grille d'analyse n°8 : « Comment vous sentez-vous depuis votre accouchement ? »

1 ère partie

	Bien-être	Relation avec l'enfant	Mobilité	Douleur	Fatigue
Madame A			36	33	38
Madame B	13	18/ 22		23-25	20
Madame C	25-26				27
Madame D	51		50		58
Madame E	59	63	61-62/ 64	65	
Madame F			23-24		
Madame G	17-18				
Madame H	20		21-22		
Madame I	32				
Madame J					52
Madame K					
Madame L	71	72	76	73/ 75	
Madame M	67	106-114/ 126-137/ 140-152			
Madame N	48		53		49-52
Madame O	22			23-26	
Madame P	70	72-73/ 76-77	70-71	69/ 74-75	
Madame Q				42-44	
Madame R					
Madame S	53				54
Madame T	92-96			101	

ANNEXE XV

Grille n°8. 2 ème partie

	Relation avec les professionnels de santé	Cicatrice	Allaitement maternel	Rétablissement	Solitude	Corps
Madame A	35					
Madame B						
Madame C						
Madame D		45-49	52-57			
Madame E	60					
Madame F				21-22		
Madame G						
Madame H		24-25		23		
Madame I		33-36		32		
Madame J		53				
Madame K		25/ 31			34-38	
Madame L	74					
MadameM	71-105/ 138		68-69			
Madame N	51-54					
Madame O						
Madame P						
Madame Q				48		
Madame R			137			130-135
Madame S			53-62			
Madame T	102	102-109	91	99-100		

ANNEXE XVI

Grille n° 9 : « Quels sont les points positifs et les points négatifs que vous retenir des suites de l'accouchement ? »

Positifs	
L'arrivée du nouveau-né	A39-40 ; B26-27 ; E67/ 71 ; F25 ; H29 ; K39-40 ; N55 ; P78-79 ; Q45-47 ; R136-137/ 140
L'accompagnement par l'équipe médicale	C29 ; E68-70 ; I37-38 ; M115-120 ; S63-65
La césarienne	D68-69 ; L77-70
Le rétablissement	O27 ; N61-69 ; Q48
La fin de la grossesse	B28-31

Négatifs	
Douleur	C28 ; F26-27 ; N56-60
Difficultés rencontrées avec l'allaitement maternel	D59-67 ; G19-24 ; J55-64
Difficultés à se mobiliser	E74-81 ; H26-28
Contact difficile avec l'équipe	M125-126 ; S66-72 ; R138-139/ 141/ 144-148

ANNEXE XVII

Grille n°11 : « Avez-vous des suggestions pour préparer les femmes enceintes à une éventuelle césarienne ? »

	Aucune suggestion	Sur-information	Suggère d'informer	Suggère de rassurer
Madame A		41-42	43-45	
Madame B	32-33			
Madame C			31-34	
Madame D				75-76
Madame E		82-84		85-97
Madame F	29			
Madame G				25-26
Madame H	30-34			
Madame I				43-45
Madame J			65-68	
Madame K	41			
Madame L				81-87
Madame M			153-202	
Madame N	70-73			
Madame O	28-34			
Madame P	80-81			
Madame Q				49-59
Madame R			154-158	
Madame S	73-79			
Madame T			110-120	

ANNEXE XVIII

Grille n°12 Les thèmes abordés de façon récurrente au cours des l'entretiens.

Le prochain accouchement	N61-69 ; P96 ; Q29-31 ; S162-164 ; T162
L'anesthésie générale	E58 ; N8-11 ; R177