



Le vécu des femmes face à la césarienne en urgence

Émilie Brunet

► To cite this version:

Émilie Brunet. Le vécu des femmes face à la césarienne en urgence. Gynécologie et obstétrique. 2016. dumas-01328176

HAL Id: dumas-01328176

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01328176>

Submitted on 7 Jun 2016

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.

École de Sages-Femmes
Université de Caen

Le vécu des femmes face à la césarienne en urgence

Mémoire présenté et soutenu par

Émilie Brunet

En vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme

Sous la direction de Madame Véronique Coutance

Promotion 2012 – 2016

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

Remerciements

Aux femmes qui ont participé à cette étude, sans qui tout ce travail n'aurait pas été possible.

À Véronique, ma directrice de mémoire pour ses précieux conseils et ses corrections.

À Madame Kakol pour ses conseils, ses relectures et ses corrections, ainsi qu'à toutes les enseignantes de l'école.

À mes parents pour leur soutien et leurs relectures notamment pour corriger les fautes d'orthographe, ainsi qu'à toute ma famille.

À mon Papy, parti en décembre 2015, qui me disait souvent regarder les « émissions sur les accouchements ».

À Bastien qui partage ma vie depuis bientôt 7 ans, pour son soutien et son aide.

À ma promo, pour ces quatre belles années passées ensemble et en particulier à Lucie, Marine, Lise, Morgane, Margot et Élise.

Sommaire

Introduction	1
1. Historique, évolution et complications.....	1
2. Psychologie et césarienne	6
3. Objectifs et hypothèses	8
Matériels et méthode	9
1. Choix de l'étude	9
2. Constitution de l'échantillon.....	9
3. Réalisation de l'étude.....	10
4. Recueil et exploitation des données	10
Résultats	11
1. Caractéristiques générales	11
2. Présentation des femmes interrogées	11
☐ Madame A	11
☐ Madame B	12
☐ Madame C	13
☐ Madame D	13
☐ Madame E	14
☐ Madame F.....	15
☐ Madame G	16
☐ Madame H	17
☐ Madame I.....	18
☐ Madame J	19
☐ Madame K	20
☐ Madame L	21
Analyse et discussion	22
1. Critiques de l'étude.....	22
1.1. Points forts.....	22
1.2. Points faibles	22
2. La césarienne comme issue possible de la grossesse ?	22
2.1. Représentations de l'accouchement	22
2.2. Représentations de la césarienne	23
2.3. Peu d'informations ?.....	23
3. Une naissance chamboulée.....	25
3.1. Quand la décision est prise	25
3.2. Importance de communiquer avec la patiente	26
3.3. La nécessité de réexpliquer	26
3.4. Le conjoint : une présence importante.....	28
4. Après la naissance.....	29
4.1. Le sentiment de ne pas avoir accouché	29
4.2. Entre déception et nécessité.....	29
4.3. Quelques difficultés à s'occuper du bébé	30

5. À long terme	32
5.1. L'urgence : un souvenir marquant.....	32
5.2. Quel ressenti après plusieurs mois ?.....	33
5.3. Une seule césarienne	34
6. Propositions	35
6.1. En parler un peu plus via un groupe de parole ?	35
6.2. Encourager systématiquement la présence du père au bloc opératoire	36
6.3. Revoir le même gynécologue-obstétricien en visite post-natale	37
6.4. Discuter autour de la cicatrice	37
Conclusion.....	38
Bibliographie.....	40
Annexes	43

Liste des abréviations

ARCF : Altération du Rythme Cardiaque Fœtal

CNEMM : Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle

CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

FIV : Fécondation In Vitro

HAS : Haute Autorité de Santé

HRP : Hématome Rétro-Placentaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCF : Rythme Cardiaque Fœtal

SA : Semaine d'Aménorrhée

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

1. Historique, évolution et complications

Dans la vie d'une femme, l'accouchement représente souvent un évènement majeur, aussi bien sur le plan physique que sur le plan psychique. Quand nous citons le mot « accouchement », nous pensons la plupart du temps à l'accouchement par les voies naturelles ou « voie basse ». Cependant, il existe également une autre voie d'accouchement, de plus en plus fréquente : la césarienne.

Le mot césarienne date de 1581, il vient du verbe latin *Caesere* qui signifie « couper ». Cette opération est également appelée « accouchement par voie haute ». Elle consiste à inciser chirurgicalement la peau, les muscles et l'utérus, sous anesthésie générale ou locale, de façon à extraire l'enfant par l'abdomen. Ce mode d'accouchement, qu'il soit programmé ou en urgence, connaît une importante augmentation depuis une vingtaine d'années. ^{17}

Historiquement, les premières césariennes décrites datent de l'antiquité. À cette époque et jusqu'au moyen âge, elles étaient pratiquées uniquement en post-mortem, dans le but de sauver l'enfant et/ou de le baptiser, même si ce dernier était déjà mort. À partir du 16^{ème} siècle, la césarienne commence à être pratiquée sur des femmes vivantes quand il n'y a plus aucune solution. Cependant, presque toutes les femmes mouraient des suites d'infection ou d'hémorragie. Quelques récits font état de survie maternelle après césarienne mais sans réelles preuves d'authenticité. En France, un seul récit, intitulé Traité de l'opération césarienne et des accouchements difficiles et laborieux, serait authentique. Son auteur, Jean Ruleau, Chirurgien, décrit une césarienne réalisée en 1689, sur une femme qui n'accouchait toujours pas après cinq jours de travail. Celle-ci a survécu mais l'enfant est mort au bout de deux jours. Jusqu'à la fin du 18^{ème} siècle, la césarienne sur des femmes vivantes reste exceptionnelle et n'est pratiquée qu'en dernier recours, dans le cas d'une dystocie pelvienne sévère pendant le travail. ^{{17}{22}{23}}

Ensuite, au cours du 19^{ème} siècle, grâce aux progrès de la médecine (asepsie, apparition de l'anesthésie) et aux différentes techniques d'opération développées par certains médecins (Porro, Kehrler, Saenger ...), la mortalité maternelle après une césarienne diminue mais elle reste très élevée : 50 à 80% contre 20 à 30% pour un accouchement voie basse. ^{22}

Jusqu'au milieu du 20^{ème} siècle, la naissance par césarienne reste rare. L'indication est toujours la dystocie pelvienne insurmontable mais, à la différence des siècles précédents, l'intervention est souvent décidée en fin de grossesse et elle est programmée, ce qui a pour conséquence de diminuer la mortalité maternelle (10% de mortalité au début des années 1900). À cette époque, l'incision se faisait de manière verticale, du pubis à l'ombilic, ce qui laissait une trace extrêmement visible et disgracieuse sur le corps de la femme. ^{{19}{23}}

L'amélioration des techniques opératoires et de l'anesthésie, ainsi que l'apparition des antibiotiques, ont contribué à une augmentation importante du taux de césariennes depuis les années 1950 jusqu'à aujourd'hui. ^{19}

À partir des années 1970, la technique d'enregistrement du rythme cardiaque fœtale se développe et la notion de « souffrance fœtale » apparaît. Beaucoup de césariennes sont alors pratiquées en urgence pour éviter à l'enfant une anoxie prolongée et donc des séquelles parfois irréversibles d'un accouchement traumatique. ^{{19}{23}}

Au début des années 1980, l'anesthésie loco-régionale commence à remplacer l'anesthésie générale. La mère reste éveillée pendant la naissance de son enfant. Cette technique, en plus d'une cicatrice désormais horizontale et très fine, constitue un réel progrès et rend la césarienne beaucoup plus acceptable. ^{19}

Aujourd'hui, la césarienne représente environ un accouchement sur cinq, soit 20% au total (23,2% pour les primipares en 2010). Ce chiffre a quadruplé en 30 ans mais il semble se stabiliser ces dix dernières années. L'OMS, en 1997, recommandait un taux de césariennes de 10 à 15% pour constater une baisse de la mortalité maternelle, néonatale et infantile, sans engendrer une morbidité trop élevée. La moitié des césariennes se fait en cours de travail, un tiers des césariennes est programmée, le reste concerne les césariennes en urgence en dehors du travail. Les indications sont nombreuses. ^{{18}{20}}

Certaines situations sont indiscutables et la césarienne sera réalisée avant le début du travail : disproportion foeto-pelvienne (bassin chirurgical et/ou macrosomie importante), obstacle praevia (fibrome ou placenta), présentation dystocique (épaule, transverse), antécédent de césarienne avec cicatrice corporelle, lésions des voies génitales (cure suite à une incontinence urinaire, cancer du col de l'utérus, herpès), grossesse triple ou plus, certaines cardiopathies maternelles, certaines malformations fœtales (goitre, tératome sacro-coccygien). ^{{20}{23}}

D'autres situations peuvent engendrer une indication de césarienne programmée mais pas nécessairement : présentation du siège, antécédent de césarienne, antécédent de périnée complet compliqué, grossesse gémellaire, pré-éclampsie modérée, rupture prématurée des membranes, HELLP syndrome. ^{{20}{23}}

Parfois le travail aura commencé mais il sera toutefois nécessaire de faire naître l'enfant par césarienne rapidement : dystocie dynamique, altération du rythme cardiaque fœtal, non engagement de la présentation à dilatation complète, échec de déclenchement. ^{{20}{23}}

Enfin, certaines situations nécessiteront une césarienne dans les plus brefs délais, avant ou pendant le travail : rupture utérine, HRP, procidence du cordon, éclampsie, chorioamniotite, ARCF chez un fœtus présentant un RCIU important. ^{{20}{23}}

Les indications de plus en plus fréquentes depuis la fin du 20^{ème} siècle ainsi que l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal en cours de travail, ont donc conduit à une nette augmentation de la naissance par voie haute. ^{{20}{23}}

Évolution du nombre de césariennes en France.

Année	Pourcentage de césarienne
1950	5%
1979	6,1%
1981	10,9%
1998	17,5%
2001	18,2%
2003	20,2%
2007	20,1%
2010	20,8%

Cette augmentation s'explique aussi, en partie, par la pression médico-légale, de plus en plus présente de nos jours.

Depuis plusieurs dizaines d'années, la médecine enregistre une augmentation considérable du nombre de plaintes, de la part des patients. Les nombreux progrès de ces dernières décennies ont rendu les échecs de moins en moins tolérables. C'est particulièrement le cas en obstétrique, où la naissance représente un moment fort et joyeux et non plus un moment pendant lequel la mort est redoutée, pour la mère et l'enfant, comme c'était encore le cas au début du 20^{ème} siècle. ^{1}

Beaucoup d'obstétriciens ont été mis en cause juridiquement, pour des cas d'enfants mort-nés ou présentant un handicap plus ou moins important, car ils n'ont pas pratiqué de césarienne à temps, ce qui aurait pu sauver l'enfant ou lui éviter un handicap. Face à ces plaintes, de plus en plus de médecins ne prennent aucun risque et appliquent ce que l'on appelle le « principe de précaution¹ ». {1}{27}

Selon l'HAS : « les pratiques professionnelles du personnel hospitalier pourraient aussi influencer le recours à une césarienne (...). L'évolution des pratiques médicales fondée sur le principe de précaution pourraient contribuer à l'augmentation des césariennes avec demande de la part des professionnels de santé en raison de la crainte d'un potentiel accru de recours juridiques à l'issue d'un accouchement présentant un petit risque (gros enfant, bassin un peu étroit, enfant prématuré, jumeaux) mais qui pourrait être jugé difficile (...). Il n'existe pas cependant à ce jour, de données permettant de juger l'importance de ce fait, non quantifiable (ex : nombre de procédures) ». {6}

Béatrice Jacques, dans son livre Sociologie de l'accouchement, constate que beaucoup de médecins à l'heure actuelle, expliquent ressentir une pression médico-légale au quotidien. Ils évoquent aussi la peur de passer à côté d'un diagnostic important et donc d'encourir un éventuel procès, ce qui influence leurs pratiques. Les Obstétriciens ont souvent recours à la césarienne, programmée ou en urgence, en cas de doute sur la survenue d'une complication. Ainsi, ils se protègent et ne seront pas accusés de ne pas avoir agi à temps. En effet, les plaintes pour ne pas avoir pratiqué de césarienne sont bien plus fréquentes que les plaintes pour avoir réalisé une césarienne. {1}{14}

Le cas de la césarienne en cas de présentation du siège est un exemple typique. Autrefois, beaucoup d'enfants naissaient par voie basse en présentation du siège : ce mode de naissance était toutefois source de plus de complications qu'un accouchement par voie basse avec une présentation céphalique. Aujourd'hui, une césarienne est de plus en plus proposée en cas de présentation du siège, par crainte d'un accouchement par voie basse compliqué et donc d'une possible poursuite judiciaire. {1}

La césarienne reste avant tout une opération de « sauvetage », maternel et/ou fœtal. Aujourd'hui, elle est de plus en plus sécurisée, à tel point que ce mode d'accouchement est

¹ Principe selon lequel des mesures sont adoptées pour prévenir les risques liés à un événement dont les conséquences ne sont pas maîtrisées

devenu presque « banal ». Cependant, une césarienne est-elle vraiment moins risquée qu'un accouchement par voie basse ?

Lors d'une césarienne, il y a un cumul de risques : le risque lié à l'accouchement et le risque lié à l'opération, en particulier. En moyenne, une femme césarisée sur trois présentera des complications. Celles-ci peuvent être per opératoires (anesthésiques, hémorragiques, déchirure du segment inférieur, plaies vésicales, plaies digestives, lésions de l'uretère) et/ou post opératoires (infections, risque thromboembolique, anémie, trouble du transit). ^{{4}{15}{23}}

Les infections se trouvent parmi les complications les plus fréquentes, avec un taux d'environ 20% post-césarienne, ainsi que la thrombose veineuse, voire l'embolie pulmonaire, avec un risque quatre fois supérieur par rapport à un accouchement par les voies naturelles. ^{{4}{15}{23}}

De plus, la présence d'une cicatrice sur l'utérus n'est pas anodine pour une grossesse future. L'insertion placentaire peut se faire sur la cicatrice et entraîner un placenta praevia et/ou accreta. ^{{12}{15}{23}}

En ce qui concerne l'enfant, la naissance par césarienne est également différente. En effet, lors d'un accouchement par voie basse, le passage dans les voies génitales, ainsi que les contractions utérines, sont utiles au nouveau-né. Cela lui permet de sécréter des substances dites de « stress », telles que la catécholamine et les glucocorticoïdes, dans le but d'assurer une bonne adaptation à la vie extra-utérine. Ce n'est pas le cas lorsqu'il naît par césarienne (surtout si la césarienne est pratiquée avant le travail), il risque plus de développer une détresse respiratoire transitoire, même lors d'une naissance à terme. ^{16}

La colonisation bactérienne intestinale se fait également au moment du passage dans les voies génitales, permettant un fonctionnement optimal de l'intestin. Lorsque l'enfant naît par césarienne, il risque davantage de développer une allergie alimentaire due à l'absence de colonisation bactérienne dès la naissance. ^{{16}{19}}

La césarienne semble donc être associée à un taux de complications plus important par rapport à un accouchement par voie basse. Est-elle associée également à un taux de décès plus important ?

La mortalité maternelle² est heureusement très faible de nos jours mais elle n'est pas nulle. Elle était de 10,3 décès pour 100 000 naissances vivantes en 2009, ce qui représente environ 80 décès par an. ^{9}

Nous pouvons citer deux études qui semblent montrer une augmentation de la mortalité lors d'une césarienne :

- Tout d'abord, une étude du CNEMM de novembre 2013 sur les décès survenus entre 2007 et 2009. Parmi les 254 décès, 196 ont eu lieu au moment de l'accouchement ou en post-partum. 55 femmes (32,7%) ont accouché par voie basse, 113 par césarienne (67,3%) soit le double.
- Ensuite, une étude cas-témoin réalisée en 2006, sur les décès maternels survenus entre 1996 et 2000 (en excluant les femmes présentant une pathologie préexistante et les grossesses multiples). Cette étude a montré que la césarienne multiplie par 3 le risque de mortalité maternelle par rapport à un accouchement par voie basse ; sans montrer de différence significative entre une césarienne avant ou pendant le travail. ^{{4}{9}{11}}

Dans ces 2 études, les causes principales de décès directement liés à l'accouchement étaient l'hémorragie du post-partum, les complications infectieuses et les complications thromboemboliques. Il paraît important de souligner également que, dans le cas des décès suite à une hémorragie du post-partum, 80% des femmes avaient accouché par césarienne. ^{{9}{11}}

La césarienne, bien qu'elle soit parfois nécessaire, n'est donc pas une intervention anodine. Elle est parfois source de difficultés physiques importantes. Nous pouvons nous demander si cette opération est également responsable de complications d'ordre psychologique, telle que la dépression du post-partum ? De plus, les complications physiques peuvent-elles être responsables de difficultés d'ordre psychologique ?

2. Psychologie et césarienne

La grossesse représente presque toujours une période intense à différents niveaux : émotionnel, physique et psychologique. Il s'agit d'une période de bouleversement hormonal

² Mort maternelle (définition selon le CNEMM) : décès d'une femme survenue au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après sa terminaison, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque, déterminée ou aggravée par la grossesse. Elle est exprimée pour 100000 naissances vivantes. Sont exclues les morts fortuites ou accidentelles (exemple : accident de la route)

mais pas seulement, c'est aussi une période de transparence psychique, pendant laquelle des traumatismes peuvent ressurgir. ^{5}

En début de grossesse, l'enfant n'est qu'une simple idée. Au fur et à mesure de l'avancée de la grossesse et en particulier lorsque les mouvements fœtaux sont perçus, ce concept grandit. L'enfant est alors mieux imaginé par sa mère. Il ne deviendra réel qu'après sa mise au monde et celle-ci ne peut se dérouler sans passer par l'accouchement. ^{5}

Pour Béatrice Jacques, Sociologue, l'accouchement est le temps fort de la période prénatale. Il s'agit du lien entre la grossesse et la venue au monde de l'enfant. C'est un moment joyeux le plus souvent, mais il signifie aussi la séparation physique avec l'enfant. Il peut être source de stress et d'angoisse, voire de rejet, en particulier lorsqu'il y a des complications ou qu'il ne se passe pas comme la mère l'avait envisagé. ^{{5}{14}}

Dans l'imaginaire de beaucoup de femmes, l'accouchement ne peut se faire autrement que par voie basse, plus ou moins médicalisé. Pour autant, une naissance peut être soumise à de nombreux imprévus.

Peu de femmes envisagent la possibilité d'accoucher par césarienne, surtout si le travail a commencé. La césarienne en urgence, pendant ou en dehors du travail, peut être qualifiée d'imprévue, contrairement à la césarienne programmée. En effet, dans ce dernier cas, les femmes savent ce qui les attend, elles n'ont donc pas idéalisé un accouchement par voie basse, « normal ». Le choc est parfois brutal lorsque la césarienne n'a jamais été, ne serait-ce qu'envisagée. Beaucoup de femmes témoignent d'une impression d'être spectatrices et non actrices de leur accouchement. Selon plusieurs auteurs, la césarienne serait associée à une anxiété élevée ainsi qu'à un risque plus important de dépression du post-partum. De plus, la douleur parfois intense après une césarienne pourrait avoir des conséquences négatives sur le moral de la jeune maman. ^{{5}{6}{23}}

D'où la problématique de ce mémoire : Quel est le vécu de la césarienne en urgence chez les femmes ?

Quelques études sur le sujet ont déjà été publiées.

En 1997, une équipe de chercheurs australiens a testé les notions d'estime de soi et d'humeur, chez 272 femmes à la fin de leur première grossesse puis peu après l'accouchement. Cette étude a mis en évidence une amélioration de l'humeur et de l'estime de soi après un

accouchement par voie basse spontanée. En revanche, après une césarienne, l'humeur a tendance à se dégrader et l'estime de soi est plutôt négative. ^{13}

Une autre étude pendant la même année a été réalisée auprès de 25 femmes, quelques jours puis un à deux mois après une césarienne d'urgence. Dix-neuf d'entre elles ont vraiment vécu la césarienne comme un événement traumatisant. ^{26}

Enfin, nous pouvons citer une dernière étude datant de 1998, qui a mis en évidence une présence importante, peu après la naissance, de sentiments négatifs, tels que la peur, la culpabilité, la colère ... toujours dans le cas d'un accouchement par césarienne en urgence. Ces sentiments l'emportaient sur le bonheur lié à la naissance. ^{25}

Bien évidemment, certaines femmes vivent très bien la césarienne et ne sont pas envahies de sentiments néfastes. Le vécu est également différent selon les cultures. Dans certains pays tels que le Maroc ou l'Algérie, l'accouchement par césarienne est un échec voire une déception pour beaucoup de femmes qui ne se sentent pas féminines tant qu'elles n'auront pas donné naissance par les voies naturelles. En revanche, au Brésil, où près de 60% des accouchements se font par césarienne, ce mode de naissance est associé à une réussite sociale, ce qui engendre un très bon vécu de l'accouchement. ^{6} ^{19}

3. Objectifs et hypothèses

L'objectif principal de ce mémoire est de connaître le ressenti des femmes face à la césarienne en urgence, événement inattendu la plupart du temps et survenant parfois très rapidement.

Plusieurs objectifs secondaires ont été déclinés :

- Information reçue par les femmes
- Représentation de la césarienne chez les femmes
- Influence du vécu à long terme.

Plusieurs hypothèses ont été émises :

- La césarienne en urgence est souvent mal vécue
- Les femmes ne sont pas bien informées sur la possibilité d'une césarienne pendant le travail
- Les femmes ne sont pas suffisamment informées non plus des suites opératoires d'une césarienne et des éventuelles complications.

1. Choix de l'étude

Pour tenter de répondre à la problématique, nous avons choisi de réaliser une étude prospective, en procédant par entretien semi-directif. En effet, le vécu relève d'une étude qualitative et l'entretien permet d'analyser le « pourquoi » et le « comment ».

Nous avons élaboré un guide d'entretien (annexe II) comprenant cinq grands thèmes : le déroulement de la grossesse, celui de l'accouchement, celui des suites de naissances, la douleur et le ressenti au moment de la réalisation de l'entretien.

2. Constitution de l'échantillon

Nous avons choisi de réaliser les entretiens à une distance suffisante de l'accouchement, afin d'étudier d'éventuelles conséquences néfastes à long terme et d'éviter le biais de mémoire. Nous avons donc fait le choix de réaliser les entretiens, six mois à un an après l'accouchement. L'accès aux dossiers obstétricaux a permis de sélectionner des femmes qui avaient accouché pendant cette période. Notre objectif était de réaliser de 10 à 15 entretiens.

Les femmes que nous avons sélectionnées étaient toutes majeures et ne présentaient pas d'antécédents particuliers. Elles avaient accouché par césarienne pour la première fois, pendant le travail, à terme (soit après 37 SA), d'un enfant unique, bien portant.

Étaient exclues les césariennes programmées et/ou sous anesthésie générale et/ou pendant le travail, sans notion de réelle urgence ; les naissances prématurées ; les naissances multiples. Nous n'avons pas non plus réalisé d'entretien auprès de femmes parlant peu ou pas français.

Les motifs retenus de césariennes en urgence étaient les suivants :

- Altération du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF)
- Stagnation de la dilatation associée à une ARCF modérée
- Non engagement de la présentation à dilatation complète associé à un pH pathologique ou pré-pathologique et/ou une ARCF
- Bradycardie
- Suspicion de chorioamniotite.

Au total, 45 femmes répondaient à ces critères. La sélection s'est faite de manière aléatoire.

Dans la catégorie « *stagnation de la dilation* », nous avons six femmes. Nous en avons sélectionné deux qui ont accepté de participer. Deux entretiens ont donc été réalisés.

Dans la catégorie « *non engagement de la présentation à dilatation complète* », nous avons 14 femmes. Nous en avons sélectionné cinq. Les cinq ont accepté mais une ne s'est pas présentée au rendez-vous. Nous avons donc réalisé quatre entretiens.

Dans la catégorie « *bradycardie* », nous avons quatre femmes, nous en avons choisi deux. Une a accepté, une a refusé par manque de temps. Nous avons donc contacté les deux autres mais aucune d'entre elles n'a répondu. Nous n'avons donc pu réaliser qu'un entretien.

Dans la catégorie « *ARCF* », nous avons 16 femmes. Nous en avons sélectionné quatre. Deux ont accepté, une a refusé faute de temps, une n'a pas répondu. Nous en avons donc sélectionné deux autres. Une a accepté, l'autre a également accepté mais n'a finalement pas donné suite. Trois entretiens ont été réalisés.

Dans la catégorie « *suspicion de chorioamniotite* », figurent cinq patientes. Nous en avons sélectionné deux, qui ont accepté. Deux entretiens ont donc été réalisés.

3. Réalisation de l'étude

Le contact s'est fait par téléphone, en nous présentant comme étudiante Sage-Femme, réalisant un mémoire de fin d'étude. Nous avons expliqué brièvement l'étude, sans préciser l'intitulé exact du sujet, afin de ne pas, par la suite, influencer les potentielles réponses. Après avoir expliqué notre projet, nous avons demandé aux femmes leur accord pour réaliser un entretien d'environ 45 minutes, à l'endroit de leur choix. Un temps de réflexion leur a également été proposé. Les entretiens se sont déroulés dans un lieu à leur convenance. Huit ont été réalisés à domicile, trois dans des lieux publics, un sur le lieu de travail de la femme interrogée.

L'étude s'est déroulée du 26 août au 24 octobre 2015. Au total, 12 entretiens ont été réalisés.

4. Recueil et exploitation des données

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord préalable des femmes et intégralement retranscrits. Cependant, par souci de confidentialité, ils ne figurent pas dans ce mémoire. Nous avons ensuite exploité les données de tous ces entretiens pour réaliser une analyse thématique.

Résultats

1. Caractéristiques générales

Les femmes interrogées avaient entre 26 et 38 ans. Onze d'entre elles étaient d'origine française, une était d'origine angolaise. Nous avons recensé 10 primipares, une deuxième pare et une troisième pare. Elles étaient issues de milieux socio-professionnels variés. En ce qui concerne leur situation sociale, quatre vivaient en concubinage, quatre étaient mariées, trois étaient pacsées et une était célibataire. Toutes les grossesses étaient désirées et ont été obtenues spontanément. Les accouchements ont eu lieu entre 38 et 41 SA + 2 jours.

2. Présentation des femmes interrogées

Dans un souci de confidentialité et afin de respecter l'anonymat, les femmes enquêtées ont été nommées de A à L. De plus, seule la première lettre du prénom du ou des enfant(s) est notée.

- Madame A

Madame A est âgée de 34 ans, elle est d'origine française. Elle vit en concubinage et travaille comme Adjoint administratif. Elle a accouché d'un premier enfant, à 40 SA, une fille de 3220g. Une césarienne a été réalisée pour non engagement de la présentation à dilatation complète et ARCF. L'entretien a duré un peu plus d'une heure. Madame A se confie facilement dès le début et semble être très émue à l'évocation des souvenirs de son accouchement.

Après une grossesse qui s'est « *très bien passée* », Madame A n'avait « *pas du tout* » envisagé la possibilité d'accoucher par césarienne. Elle insiste bien, en incluant son compagnon : « *Moi et mon conjoint on n'était pas préparés à ce que ça se passe de cette façon-là [...] on n'avait même pas imaginé que ça se termine en césarienne* ».

Madame A a participé à des séances de préparation à la naissance mais à propos de la césarienne, elle ne se dit « *pas préparée du tout* » et précise que pendant les cours « *on ne l'a pas abordée non plus [la césarienne]* ». En ce qui concerne son ressenti pendant la césarienne, elle dit qu'elle n'a « *pas eu le temps de réagir* », car « *ça va tellement vite qu'on se retrouve ficelé là* ». Elle pleure un peu en repensant à son accouchement mais elle est très contente du soutien qu'elle a eu de la part de l'équipe médicale présente : « *On a été bien entourés [...] l'anesthésiste elle m'a beaucoup rassurée pendant la césarienne [...] on a vu la psychologue* ».

aussi ». Elle relativise en disant « *c'est rien, le principal c'est que tout le monde aille bien.* » même si pour elle, la césarienne représente « *un accouchement raté* ».

Aujourd'hui, Madame A est encore troublée par son accouchement « *Ce n'est pas encore complètement digéré [...] j'ai l'impression d'avoir raté quelque chose.* ». Même si elle affirme avoir « *encore pas mal de regret* », elle relativise de nouveau ensuite : « *Le principal c'est que tout le monde aille bien.* ».

- Madame B

Madame B est une femme de 26 ans, d'origine française. Elle est mariée. Elle exerce la profession d'Hôtesse d'accueil, elle était en congé parental au moment de l'entretien. Il s'agit de son deuxième enfant. La première fois, Madame B avait accouché par les voies naturelles. En revanche, pour le deuxième accouchement, une césarienne a été réalisée à 40 SA pour stagnation et ARCF à 7 cm, ainsi qu'une présentation transversale secondaire.

L'entretien a duré un peu moins d'une heure. Madame B était souriante et semblait ravie de raconter sa grossesse et son accouchement.

Madame B a accouché une première fois par les voies naturelles avec extraction instrumentale pour ARCF. Elle n'en garde pas un bon souvenir « *ça a été très compliqué, j'ai eu les forceps* ». Pour l'accouchement de son deuxième enfant, madame B avait très peur de revivre la même expérience ; « *comme j'avais déjà souffert pour le premier [...] j'envisageais que j'allais souffrir.* ».

À 7 cm de dilatation, le bébé de Madame B se place en présentation transverse et des ARCF apparaissent. L'équipe médicale de garde lui annonce alors que son enfant allait devoir naître par césarienne. Madame B n'avait « *pas du tout* » pensé à la césarienne : « *pour moi j'allais pas accoucher par césarienne, c'était pas possible* ». Sur le moment, elle était déçue et apeurée : « *quand on m'a annoncé césarienne j'ai pleuré, ça m'a embêtée.* » Pour elle, cette opération représentait « *le danger du bloc opératoire, les infections.* ».

Les suites de naissance ont été difficiles au début, à cause de la douleur : « *La douleur était forte ça faisait vraiment mal, ça tirait* », et en raison des difficultés à s'occuper de son bébé : « *Je ne savais pas que l'on ne pouvait pas s'occuper de son enfant après la césarienne, qu'on devait rester couchée, qu'on devait appeler la sage-femme pour le nourrir, pour prendre le bain.* ». Elle dit avoir été « *vraiment déçue* » des suites immédiates de la césarienne.

Finalement, malgré la déception et les difficultés rencontrées, Madame B dit avoir préféré son accouchement par césarienne : « *Mon accouchement par césarienne était mieux* ». Pour elle, cette naissance était moins traumatisante que la première : « *c'était super, ça était mon plus bel accouchement [...] Je suis tombée sur une équipe vraiment super, alors que pour mon premier ça avait été l'inverse.* ».

- Madame C

Madame C a 30 ans. Elle est d'origine française et vit en concubinage. Elle travaille en tant que Responsable de magasin. Elle a accouché d'un premier enfant à 40 SA + 1, un garçon de 3240g. Une césarienne a été effectuée pour ARCF à 2 cm de dilatation. L'entretien a duré une demi-heure. Madame C se confie facilement et simplement.

La grossesse de Madame C s'est « *très très bien* » passée. En revanche, ce n'est pas le cas pour son accouchement, selon elle. Très vite, son bébé montre des signes d'ARCF et à 2 cm de dilatation, une césarienne est décidée : « *Au moment où j'ai entendu césarienne, ça a été à une vitesse !* ». Madame C explique qu'à ce moment, elle ressentait surtout de la peur : « *J'avais peur, j'avais entendu que le bébé souffrait, alors j'avais peur qu'on perde notre enfant* ».

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

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

- Madame D

Madame D a 31 ans. Elle est mariée et exerce la profession de Médecin généraliste. Elle a accouché d'un troisième enfant, un garçon de 3840g par césarienne, à 40SA+4, pour suspicion de chorioamniotite, à 9 cm de dilatation. Ses deux premiers accouchements se sont déroulés sans complication, par les voies naturelles, à terme.

L'entretien a duré 37 minutes. Madame D est souriante, elle parle facilement de sa grossesse et de son accouchement.

Madame D a eu une grossesse qui s'est « *très bien* » déroulée, comme les deux premières. Pour elle, la césarienne était une option possible car le bébé était en présentation du siège, jusqu'au 8^{ème} mois de grossesse : « *s'il était en siège, je me disais que je n'accoucherais pas par voie basse* ». Elle avait donc envisagé une césarienne programmée, mais pas en urgence : « *c'est quelque chose auquel je n'avais pas pensé.* ».

Madame D commençait à trouver l'accouchement « *un petit peu long* » et à en avoir « *marre* ». Elle avait également un début d'hyperthermie. Quand elle a su que l'accouchement se ferait finalement par césarienne, c'était pour elle un soulagement, « *J'étais soulagée de savoir qu'il [le bébé] allait sortir.* »

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

- Madame E

Madame E est âgée de 29 ans. Elle est pacsée et d'origine française. Elle a accouché d'un premier enfant, un garçon de 3940 g à 41 SA + 2 par césarienne pour suspicion de chorioamniotite, à 8 cm de dilatation. L'entretien a duré 1 h 30. Madame E avait beaucoup à dire sur son accouchement, elle en garde encore aujourd'hui de mauvais souvenirs.

Quand elle parle de sa grossesse, madame E la décrit comme une « *parenthèse enchantée* ». En revanche, elle apparaît plus mitigée par rapport à l'accouchement. Elle le décrit comme « *génial* » en début de travail, puis comme « *un conte de fée qui tourne en cauchemar* ». Elle avait préparé un projet de naissance, avec son conjoint, dans le but de « *pouvoir tout faire à deux* » et de « *ne pas être séparés* » car « *c'était vraiment le désir profond qu'on avait* ». Elle avait envisagé la possibilité d'une césarienne dans son projet, en précisant qu'elle ne voulait « *surtout pas être séparée de [son] conjoint en cas de césarienne.* ».

Madame E décrit la césarienne comme quelque chose de « *violent* » et de « *vraiment dur* ». Sur le moment elle ressentait « *la confusion, la panique, la peur* » et elle dit même que « *[son] pire cauchemar se réalisait* ». Elle explique que le plus dur pour elle, c'était l'absence contrainte de son compagnon du bloc opératoire : « *C'était vraiment cette séparation qui me faisait peur. Ce n'était pas la césarienne. [...] J'ai trouvé que c'était violent pour moi, pour notre séparation, pour lui. [...] Je me dis que si mon compagnon avait été là, ça aurait tout changé ... vraiment tout.* ».

Madame E n'a eu « *aucune* » information sur la césarienne avant son accouchement, ce qu'elle considère comme « *une grosse lacune* ». Elle trouve qu'il n'y a « *pas suffisamment d'infos sur la césarienne, sur, avant et après* ». Quand nous lui demandons si elle aurait aimé avoir plus d'informations sur la césarienne, elle répond sans hésiter que oui : « *Je trouve que ça fait plus peur de pas savoir que de savoir.* ».

Madame E garde toujours des traces douloureuses de la naissance de son enfant : « *Le souvenir douloureux s'est pas encore estompé. [...] Toutes ces blessures physiques et psychiques elles sont encore là. [...] Le bon côté n'a pas encore repris le pas sur le mauvais. Ça reste encore de la souffrance.* ».

Elle insiste sur le fait que dans son cas, la césarienne était nécessaire : « *C'est normal, il fallait qu'ils sauvent le petit, c'était l'urgence quoi* », mais elle regrette le manque d'humanité « *Le problème c'est l'humain qui n'a pas été pris en compte.* ».

- Madame F

Madame F est âgée de 31 ans. Elle vit en concubinage, elle est d'origine française. Elle est Employée de bureau. Elle a donné naissance à un garçon de 4040 g à 40 SA, par césarienne, pour non engagement de la présentation à dilatation complète et ARCF modérée. L'entretien a duré 54 minutes. Madame F est souriante du début à la fin, rit beaucoup et fait quelques blagues. Elle semble très détendue et très à l'aise.

La grossesse de Madame F s'est bien déroulée malgré un début « *plutôt chaotique* ». Elle avait imaginé son accouchement de la même façon que celui de sa mère et de sa sœur : « *à peu près comme ce qui est arrivé à ma mère et à ma sœur* », c'est-à-dire un accouchement rapide, par voie vaginale : « *tout bêtement qu'il passe par en bas* ».

Madame F décrit la césarienne comme une « *délivrance* » après un travail « *vraiment long* ». Effectivement, son dossier obstétrical retrace un travail de 17 heures. Elle garde un bon souvenir du bloc opératoire et des personnes présentes : « *Je me suis bien marrée. Pour une césarienne c'était cool* ». À propos de l'opération en elle-même, Madame F s'attendait à « *quelque chose de pire en fait* ».

Cependant, elle explique ressentir une légère déception et quelques regrets de ne pas avoir accouché par voie basse, encore aujourd'hui : « *un peu de déception quand même [...] Toujours un peu de regret* ».

Elle met également en avant un certain manque de contact avec le bébé dû à la césarienne : « *Je pense que si j'avais accouché par voie basse, j'aurais sûrement été beaucoup moins shootée et ... plus ... plus en état de l'accueillir vraiment, de réaliser de le voir sortir et de l'avoir sur moi. [...] Le lien a pas été facile à se faire.* ».

- Madame G

Madame G est âgée de 29 ans. Elle est pacsée, d'origine française et exerce la profession de Technicienne de comptoir. Elle a donné naissance à un premier enfant, une fille de 3790 g, à 41 SA, par césarienne pour stagnation de la dilatation et ARCF. L'entretien a duré 45 minutes. Madame G semble plutôt timide, elle se confie difficilement au début puis de plus en plus facilement au fil de l'entretien.

La grossesse de Madame G s'est bien passée, sans difficulté : « *J'ai même travaillé deux semaines de plus car tout allait bien* ». L'accouchement lui faisait « *peur* » et elle craignait de « *pas arriver à sortir le bébé* ». Elle précise ensuite que « *le jour J, ça c'est bien passé.* ».

Selon elle, son accouchement se déroulait bien, même s'il était long, ce qui lui a fait penser que finalement « *ça pourrait être une césarienne.* ». L'annonce de la césarienne a été pour elle « *un soulagement* » car « *ça allait se terminer, elle [sa fille] allait pouvoir arriver* ». Elle précise également qu'une fois l'annonce faite « *ça a été vite.* ».

Même si elle était soulagée, elle dit avoir ressenti « *un peu de tristesse* » pendant la césarienne et elle explique qu'elle ne « *contrôlait plus rien* ». Au moment de la naissance de sa fille, elle estime qu'elle avait « *du mal à [se] rendre compte* », probablement dû au fait qu'elle ne « *l'a pas sortie d' [elle] même* », même si elle qualifie ce moment de « *magique quand même* ».

Elle relativise en disant que « *ça s'est bien passé quand même* » et que le fait que sa fille aille bien « *c'était le principal* », elle était donc « *rassurée* », une fois sa fille née.

Madame G possédait quelques notions sur la césarienne grâce à des documents qu'elle a lus : « *je savais un petit peu pour la césarienne comment ça se passait.* ». De plus, son bébé était en siège à sept mois de grossesse, « *c'était possible qu'il y ait une césarienne si elle restait comme ça* ». Cependant, elle explique qu'elle aurait aimé avoir plus d'informations sur la césarienne en elle-même : « *plus être au courant de comment ça se passe pendant la césarienne [...] c'est quand même utile d'en parler un peu plus.* ».

- Madame H

Madame H a 27 ans. Elle est mariée, d'origine française. Elle exerce la profession de Gestionnaire d'agence d'intérim. Elle a accouché d'un premier enfant, une fille de 3560 g à 40 SA, par césarienne pour non engagement de la présentation à dilatation complète et pH pathologique. L'entretien a duré un peu plus d'une demi-heure. Madame H parle franchement dès le début, sans hésitation. Elle se confie sans problème.

Quand elle parle de sa grossesse Madame H raconte qu'elle s'est « *bien* » passée, malgré une mise au repos de plusieurs semaines : « *J'ai dû rester allongée un bon bout de temps.* ».

Pendant cette période, Madame H projetait son accouchement comme quelque chose de « *classique* » mais « *douloureux* ». Elle n'avait pas pensé un seul instant qu'une naissance par césarienne était possible : « *Pour moi, la césarienne c'est vraiment s'il y avait un gros souci et du coup je l'envisageais pas.* ».

Quand l'annonce de la césarienne a été faite, Madame H est restée sous le choc et elle n'a pas réalisé tout de suite ce qui allait suivre. Quand elle a commencé à réaliser, la peur et l'angoisse ont pris le dessus : « *J'ai pas compris ce qui s'est passé, je me souviens à peine de ce qu'on m'a dit ... En fait, j'ai juste entendu le mot "césarienne" et du coup, je me suis mise à pleurer, à hurler* ». Elle avait peu de notions à ce sujet : « *On m'en a pas du tout parlé. [...] Je savais pas du tout ce qu'il allait m'arriver. Pour moi ... quand on m'a dit césarienne, je me suis dit ça y'est on va me couper le ventre en deux, on va me faire une énorme cicatrice.* ».

Madame H estime qu'il y a un défaut d'informations sur la césarienne : « *Je pense qu'il y a pas assez de préparation à l'éventualité d'une césarienne. [...] On ne dit pas que la césarienne c'est très rapide* ». Elle suppose que si elle avait eu plus d'informations, elle aurait

été plus préparée et donc moins traumatisée sur le moment : *« J'aurais peut-être aimé cette explication sur la césarienne, au moins j'aurais su ce qui m'attendait quand on m'a dit qu'il y aurait une césarienne. »*.

Aujourd'hui Madame H garde encore un souvenir amer de son accouchement : *« Y'a de la joie parce que c'est le jour où notre enfant est né et en même temps [...] pour moi c'est le pire jour »*. Elle qualifie la césarienne d' *« accouchement loupé »* et de *« sensation qu'il manque un truc. »*.

- Madame I

Madame I est une femme de 34 ans, d'origine française. Elle est pacsée et exerce la profession d'Enseignante. Elle a accouché à 40 SA d'un garçon de 3030 g par césarienne pour non engagement de la présentation à dilatation complète et pH pré-pathologique. L'entretien a duré une heure. Madame I inclut beaucoup son conjoint pendant l'entretien.

À l'exception d'une grippe pendant la grossesse, *« j'ai eu la grippe alors que j'étais vaccinée »*, la grossesse de madame I s'est *« très bien »* passée et de manière sereine. Madame I et son conjoint ne pensaient pas du tout à l'accouchement, ils se laissaient porter par les événements : *« On n'avait pas du tout imaginé [...] on s'attendait à rien, ni césarienne ni accouchement naturel. »*. Pour eux, la césarienne apparaissait donc comme une *« possibilité »*.

D'ailleurs, pendant l'accouchement, la césarienne est justement de plus en plus apparue comme une éventualité car le travail était long et le bébé ne s'engageait pas : *« Ça faisait déjà cinq heures qu'on nous avait préparés à la possibilité qu'on aille au bloc opératoire. »*.

Finalement, à l'annonce du départ pour le bloc opératoire, Madame I se dit soulagée que le bébé naisse enfin et en même temps curieuse de découvrir le bloc opératoire : *« J'ai jamais été opérée de ma vie, alors c'était assez surprenant de voir les instruments, les lumières ... »*. Cependant, elle ressentait également de la déception car son conjoint n'a pas pu assister à la césarienne : *« La déception [...] de pas pouvoir partager ce moment avec lui. »*.

Madame I se dit satisfaite de son accouchement, même si elle ressent encore malgré tout une légère déception : *« Mais pour moi c'était super parce que j'ai quand même eu les sensations d'accouchement [...] y'a quand même une petite déception qu'il ne puisse pas sortir normalement »*. Cependant, la déception est compensée par la curiosité du bloc opératoire :

« *Le fait que tout soit nouveau, que ce soit intéressant autour de moi ça a compensé vraiment la déception* ».

Madame I apparaît très réaliste sur le déroulement de son accouchement et sur la nécessité d'une césarienne : « *Ce n'est pas une décision qui est prise à la légère, si c'est nécessaire c'est nécessaire, faut faire confiance à l'équipe et puis voilà.* ».

Aujourd'hui, Madame I parle de son accouchement comme d'un « *bon souvenir [...] c'était une opération pour quelque chose de joyeux* » et en même temps « *une drôle d'expérience* », à la découverte du bloc opératoire.

- Madame J

Madame J a 38 ans. Elle est mariée, d'origine française et exerce la profession d'Opticienne. Elle a accouché d'un premier enfant, un garçon de 2730 g, à 38 SA par césarienne pour bradycardie à 6 cm de dilatation. L'entretien a duré 49 minutes. Madame J était très émue au souvenir de son accouchement, au point qu'elle a laissé échapper quelques larmes.

Après un parcours d'infertilité de plusieurs années ainsi que plusieurs tentatives de FIV, Madame J décrit sa grossesse, apparue de manière spontanée, comme « *un petit miracle* ». Cette grossesse s'est « *bien* » passée, malgré une angoisse permanente d'un éventuel problème : « *J'étais hyper angoissée [...] j'avais peur que le miracle s'arrête, je me disais que c'était trop beau.* ».

Madame J souhaitait un accouchement le plus naturel possible : « *Je voulais accoucher dans la salle nature [...] je voulais faire sans [péridurale], naturellement* ». Cependant, elle restait réaliste et elle savait que les choses pouvaient se dérouler d'une autre manière : « *Je savais très bien que ça pouvait se passer autrement que comme on l'envisageait.* ».

Madame J était préparée au fait que tout ne se passe pas comme elle l'avait prévu, en particulier grâce aux cours de préparation à la naissance, pendant lesquels la césarienne est évoquée : « *On nous répète bien qu'il faut envisager toutes les possibilités. On nous renseigne sur différentes choses.* ».

L'accouchement de Madame J se déroule de manière très rapide, après une maturation par propess® pour un bébé de petit poids : « *J'étais dilatée à six [cm] très rapidement.* ». La consultation de son dossier obstétrical montre effectivement une pose de propess® à 10 heures et un col retrouvé à 6 cm à 15 heures.

Madame J a été marquée, après l'annonce de la césarienne, par la rapidité : « *J'ai surtout le souvenir de la vitesse. [...] Je pensais pas que c'était aussi rapide par contre [...] que ça prenait aussi peu de temps à faire une césarienne* ». Elle s'est dite également très bouleversée par la naissance de son enfant, en particulier à cause de son parcours d'infertilité : « *C'est un bébé que j'attendais depuis tellement longtemps. C'est comme si ça n'avait pas été le mien, ce n'était pas possible.* ».

Madame J garde surtout le souvenir d'une opération, plus que d'un accouchement : « *J'ai pas l'impression d'avoir accouché, j'ai l'impression qu'on m'a opérée d'un bébé.* ».

- Madame K

Madame K a 26 ans. Elle est d'origine angolaise et elle est célibataire. Elle exerce la profession d'Aide-soignante. Elle a accouché d'une fille de 3590 g à 40 SA par césarienne pour ARCF. L'entretien a duré 39 minutes. Madame K se confie sans difficulté.

La grossesse de madame K a été marquée par des vomissements importants à sept mois de grossesse qui ont disparu spontanément au bout de quelques jours. Pour le reste, il n'y a pas eu de complications particulières.

Dès le début de l'entretien, Madame K évoque son souhait d'un accouchement naturel, et surtout, sans césarienne : « *Moi dans ma tête, j'allais accoucher sans césarienne, sans péridurale et naturel.* ». Madame K rompt spontanément la poche des eaux à 40 SA. Le travail est déclenché 48 heures plus tard mais la dilatation reste à 1 cm et une ARCF, de plus en plus sévère, est présente. Madame K finit par se douter qu'elle donnera naissance à son enfant par césarienne : « *Quand ils sont rentrés à sept pour moi, dans ma tête c'était une césarienne.* ».

Finalement, elle s'attendait à pire : « *En plus j'appréhendais la césarienne parce que j'appréhendais la douleur. Mais après j'ai pas eu mal. [...] J'avais pas mal. J'étais mieux que ce que je croyais.* ».

Madame K exprime néanmoins une certaine déception envers son accouchement : « *Ça m'a un peu frustrée. [...] Parce qu'avec la césarienne j'ai pas senti que j'ai accouché [...] pour moi c'était l'échec* », même si elle relativise ensuite « *L'important pour moi c'était d'avoir mon enfant.* ».

- Madame L

Madame L a 30 ans. Elle est d'origine française et vit en concubinage. Elle exerce la profession d'Éducatrice spécialisée. Elle a accouché d'un garçon de 3170 g à 39 SA, par césarienne pour ARCF. L'entretien a duré 45 minutes. Madame L est souriante et détendue pendant tout l'entretien. Son fils est dans son parc, à côté d'elle.

La grossesse de Madame L est marquée par des épisodes de contractions régulières mais sans incidence sur le col. Cependant, cela a nécessité du repos aux alentours du sixième mois de grossesse : « *J'ai été alitée deux mois. J'avais des contractions.* ».

Madame L raconte spontanément l'angoisse que représentait la césarienne pour elle, sa mère ayant elle-même accouché trois fois de cette façon : « *J'avais peur de la césarienne parce que ... ma maman a eu trois césariennes* ». Elle se met en travail spontanément à 39SA. Quand elle arrive à la maternité, le travail est déjà bien avancé : « *Quand je suis arrivée, j'étais dilatée à cinq [cm].* ».

Madame L évoque souvent la rapidité de la césarienne : « *C'est difficile de réaliser, c'est très rapide, on vous installe très rapidement même si on vous rassure* » ; ainsi que son ressenti à l'annonce de la décision : « *C'était un peu la panique. [...] J'me suis écroulée et j'ai pleuré parce que ce n'est pas ce que je souhaitais.* ».

Bien qu'elle ressente une pointe de déception, elle garde un bon souvenir de la naissance de son enfant : « *J'étais déçue de pas pouvoir faire un accouchement par voie basse mais finalement je l'ai pas vécu si négativement. J'étais surprise de pas le vivre si mal que ça. [...] Même si j'étais déçue quand même sur le coup.* ». Elle explique également être satisfaite de cette décision : « *Il m'a réexpliqué le chirurgien et donc au final je suis plutôt contente qu'il ait pris cette décision là parce que voilà on sait jamais ce qui aurait pu arriver.* ».

Elle met également en avant le peu d'informations qu'elle a reçu au sujet de la césarienne : « *Par contre, les suites après césarienne je savais pas trop. J'avais pas trop d'informations dessus. Sur comment ça allait se passer, au bout de combien de temps j'allais me lever, les douleurs ...* ». Elle précise qu'elle aurait peut-être préféré connaître un peu plus le déroulement d'une césarienne : « *J'aurais aimé savoir que ça se passait comme ça. [...] Et puis comment s'occuper de son bébé après une césarienne.* ».

1. Critiques de l'étude

1.1. *Points forts*

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

1.2. *Points faibles*

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

2. La césarienne comme issue possible de la grossesse ?

2.1. *Représentations de l'accouchement*

Selon la Psychanalyste Evelyne Prieur-Richard, la naissance est souvent rêvée, imaginée. Elle est parfois source d'angoisse, de peur, ou au contraire, idéalisée. Dans notre étude, nous pouvons constater qu'effectivement, la peur est souvent associée à l'accouchement, en particulier la peur de la douleur : « *J'avais peur quand même un peu [de l'accouchement] j'me suis dit ça va être l'horreur.* » [Mme B], « *J'avais peur de l'accouchement en lui-même [...] de pas arriver à sortir le bébé.* » [Mme G] ; « *J'imaginais un accouchement douloureux mais classique.* » [Mme H] ; « *Je voulais pas de césarienne, c'était la seule chose, mais après le reste j'avais pas peur* » [Mme K] ; « *J'avais envie d'accoucher par voie basse et d'avoir la péridurale [...] j'avais quand même des appréhensions d'avoir une césarienne.* » [Mme L].^{6}

Deux femmes évoquent ici la possibilité d'un accouchement par césarienne, contrairement à d'autres qui ne l'avaient pas vraiment envisagé : « *Moi et mon conjoint [...] on n'avait même pas imaginé que ça se termine en césarienne* » [Mme A] ; « *Pour moi j'allais pas accoucher par césarienne c'était pas possible* » [Mme B] ; « *C'est vrai que c'est quelque chose auquel je n'avais pas pensé. Avec mon mari, on n'avait jamais parlé de césarienne en urgence.* » [Mme D] ; « *Je m'attendais pas à ce que ça se passe comme ça s'est passé*

[L'accouchement] » [Mme F] ; « Pour moi, la césarienne c'est vraiment s'il y avait un gros souci et du coup je l'envisageais pas. » [Mme H].

Il est vrai que dans l'imaginaire collectif, en France, la naissance est souvent synonyme d'accouchement par voie vaginale. Dans le cas d'une grossesse sans particularité, la césarienne n'est que très rarement envisagée, encore moins une fois que le travail a commencé : « Jusqu'au dernier moment, y'avait pas de raison que j'en ai une [...] donc c'est vrai que j'avais pas envisagé ça. » [Mme A]. ^{{3}{24}}

2.2. Représentations de la césarienne

Bien que la césarienne reste une notion abstraite, les femmes possèdent néanmoins quelques notions à ce sujet. Cependant, nous pouvons nous demander quelles représentations se font les femmes d'une césarienne. Plusieurs études ont mis en évidence une vision d'un accouchement anormal et non naturel. C'est aussi la vision de Madame C : « Je trouvais ça dommage d'avoir une césarienne car vous ne pouvez pas avoir votre bébé sur vous, vous n'accouchez pas normalement. ». ^{3}

À l'évocation du mot césarienne, les termes employés sont plutôt défavorables : « accouchement raté », « accouchement loupé », « l'échec ».

D'autres femmes évoquent plutôt le danger et mettent en avant l'opération chirurgicale mais toujours avec une vision plutôt négative : « Le danger du bloc opératoire », « Le recours d'urgence », « L'opération [...] la cicatrice », « Une opération donc c'est pas l'accouchement rêvé ».

Finalement, une seule des 12 femmes exprime une vision plutôt positive de la césarienne : « le progrès ». Les trois dernières femmes n'ont une vision ni positive ni négative, pour elles, il s'agit simplement d'une « possibilité » ou d'un « moyen d'accoucher ».

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

2.3. Peu d'informations ?

Si la césarienne semble avoir plutôt une connotation négative, c'est peut-être parce qu'il s'agit d'un sujet rarement évoqué, en anténatal, que ce soit en PNP ou en consultation, dans le cas d'une grossesse physiologique.

Dans notre étude, quatre femmes ont mis en évidence le peu d'information reçue, pendant leur grossesse, sur la césarienne : « *C'est vrai qu'on n'était pas préparés du tout, on n'avait même pas imaginé que ça se termine en césarienne. [...] On ne l'a pas abordé non plus [en PNP].* » [Mme A] ; « *Simplement sur la césarienne en urgence c'est que... on vous a pas préparé à ça [...] c'est vrai que ça peut être très inquiétant.* » [Mme C] ; « *Je trouve que c'est une grosse lacune. [...] Y'a pas suffisamment d'infos sur la césarienne, sur avant et après.* » [Mme E] ; « *On m'avait pas du tout parlé de la césarienne, je savais pas du tout ce qu'il allait m'arriver. [...] Je pense qu'il n'y a pas assez de préparation à l'éventualité d'une césarienne.* » [Mme H].

Ces quatre femmes ne gardent pas un bon souvenir de leur accouchement : « *Je pense que c'est pas encore complètement digéré.* » [Mme A] ; « *Si je pouvais éviter tout ça [la prochaine fois], ça serait bien.* » [Mme C] ; « *Le bon côté a pas encore repris le pas sur le mauvais. Ça reste encore de la souffrance.* » [Mme E] ; « *Pour moi c'est le pire jour...* » [Mme H].

En revanche Madame I avait reçu des informations sur la césarienne, en cours de préparation à la naissance, ainsi que pendant la visite de la maternité : « *Du coup, on savait ... c'était comme on s'est dit, une possibilité.* ». Elle garde un bon souvenir de son accouchement : « *J'avais retenu tous les évènements de ce qui s'était passé autour de moi dans la salle et j'en garde un bon souvenir* ». Madame F avait des connaissances sur l'accouchement et la césarienne, par sa formation initiale d'aide-soignante : « *J'avais entendu plein de trucs, j'imaginais quelque chose de pire que ce que c'était.* ». Elle garde également un souvenir agréable de la naissance de son enfant : « *Pour une césarienne c'était cool. [...] C'était plein de nouveaux trucs, la nouveauté.* ».

Un lien semble donc s'établir entre les connaissances des femmes sur la césarienne et le vécu de celle-ci. En effet, dans le cas où une information a été apportée sur les raisons pouvant conduire à la réalisation d'une césarienne et à son déroulement, le souvenir de l'accouchement a plus de chance d'être ressenti comme un bon moment. En revanche, quand aucune information n'a été apportée en anténatal, il existe un risque plus élevé de garder un souvenir douloureux et traumatisant de l'accouchement.

3. Une naissance chamboulée

3.1. *Quand la décision est prise ...*

Le vécu d'une césarienne en urgence commence probablement au moment où la décision de partir au bloc opératoire est annoncée à la femme. Une autre question survient alors, comment les femmes réagissent-elles à cet instant ?

Madame A décrit plutôt un état de sidération : *« J'ai pas eu le temps de réagir, quelque part on sait ce qui va se passer, ce que c'est une césarienne, enfin on sait ce que c'est sans savoir, mais ... ça va tellement vite qu'on se retrouve ficelé là. »*.

Pour d'autres femmes, c'est plutôt la frustration et la tristesse, voire la panique, qui l'emportent : *« Quand on m'a annoncé césarienne j'ai pleuré, ça m'a embêté. [...] Y'a eu la peur du bloc opératoire en fait [...] je paniquais. »* [Mme B] ; *« Un gouffre qui s'ouvre sous moi, une espèce de truc dans lequel on me plonge, un moment de panique. La confusion, la panique, la peur et ... j'ai pleuré, j'ai pleuré, j'ai pleuré. C'est sorti quoi, à chaudes larmes. Mon pire cauchemar se réalisait. »* [Mme E] ; *« En fait j'ai juste entendu le mot "césarienne " et du coup je me suis mise à pleurer, à hurler, [...] crier "Non j'veux pas, j'veux pas". »* [Mme H] ; *« Je me suis écroulée et j'ai pleuré parce que c'est pas ce que je souhaitais »* [Mme L].

À l'inverse, trois femmes ont mis en avant le soulagement ressenti à l'annonce de la décision : *« J'étais soulagée de savoir qu'il allait sortir. [...] Je commençais à en avoir marre »* [Mme D] ; *« C'était long très long [...] au bout de 17 heures j'en pouvais plus. [...] Moi c'était une délivrance, je me suis dit "oh il était temps" »* [Mme F] ; *« Quand ils m'ont annoncé qu'il allait y avoir la césarienne, ça était un soulagement parce que je me suis dit que ça allait se terminer, qu'elle allait pouvoir arriver. »* [Mme G].

L'annonce d'une césarienne non prévue, pendant le travail, est donc susceptible de provoquer un bouleversement émotionnel, voire une réaction de choc. Cependant, celle-ci paraît être, en partie, influencée par le déroulement du travail. Grâce aux différents témoignages ci-dessus, nous pouvons dégager deux types de réaction : la césarienne apparaît comme brutale lorsque le travail se déroule de façon harmonieuse et assez rapide, et à l'inverse, elle est plutôt ressentie comme un soulagement, lorsque le travail est long et difficile.

3.2. Importance de communiquer avec la patiente

Malgré les réactions émotionnelles variées, à l'annonce de la césarienne, plusieurs des femmes interrogées ont mis en avant une relation de confiance avec le personnel médical : « *L'anesthésiste est restée avec moi une partie de la césarienne, elle m'a beaucoup rassurée.* » [Mme A] ; « *Elles [L'infirmière et l'anesthésiste] me posaient des questions [...] et puis, elles me rassuraient aussi.* » [Mme B] ; « *Ils m'ont tout bien expliqué, je garde un très très bon souvenir de l'infirmière de bloc. Elle était vraiment très très gentille.* » [Mme D] ; « *Une super équipe de bloc aussi, surtout l'infirmier. Il était génial, il m'a accompagnée. Je pense que s'il n'avait pas été là, j'aurais perdu pied.* » [Mme E] ; « *On parlait, je me souviens qu'il y avait toujours quelqu'un à côté de moi en me disant "ça va aller, là il fait ci, là il fait ça". [...] Je pense que ça m'a rassurée.* » [Mme H] ; « *J'étais un peu déçue que mon compagnon ne soit pas à côté de moi, là, il y'avait quelqu'un ... qui a pu m'accompagner quand même... Et puis il [l'infirmier anesthésiste] a tout fait pour rendre le moment agréable.* » [Mme I] ; « *Les gynécos, ils me parlaient, ils étaient gentils. Même l'anesthésiste, il est toujours resté à côté de moi. [...] J'étais rassurée.* » [Mme K] ; « *J'étais angoissée et l'infirmière anesthésiste qui a été là jusqu'à la fin m'a vraiment rassurée.* » [Mme L].

Le mot « rassuré » apparaît cinq fois ici, ce qui témoigne de l'importance de la part des soignants présents au bloc opératoire, d'un rôle de soutien, de mise en confiance et d'écoute, auprès de la future mère.

Il semble donc nécessaire qu'une bonne communication s'établisse entre la patiente et l'équipe médicale. D'une part, pour que la femme se sente rassurée, entourée et en confiance, d'autre part, afin qu'elle comprenne les raisons pour lesquelles une césarienne a été réalisée. Ce constat est d'autant plus vrai lorsque le conjoint ne peut pas assister à la césarienne.

3.3. La nécessité de réexpliquer

Selon une étude menée en 2002 en Australie, la césarienne en urgence augmenterait le risque de ressentir l'accouchement comme traumatique et de développer une dépression du post-partum par la suite. Cette hypothèse est d'autant plus vraie lorsque la femme n'a pas bien appréhendé les raisons qui ont conduit à la réalisation d'une césarienne. ⁽²⁹⁾

Bien qu'une explication claire ait été fournie au moment de la naissance, celle-ci n'a pas forcément été assimilée par la mère, probablement en raison de son état émotionnel à cet instant : « *C'est vrai qu'on ne percute pas forcément. Les explications peuvent être les bonnes*

mais on n'entend pas car on est dans un autre état [...] sur le moment, on n'écoute qu'une partie des infos donc c'est bien qu'ils reviennent nous dire les infos. » [Mme I].

C'est pourquoi, au CHU de Caen, un professionnel de santé va voir la mère, dans le service de suites de naissance, quelques jours après l'accouchement, afin de rediscuter de la césarienne, de réexpliquer les indications de celle-ci et de répondre aux éventuelles questions du couple.

Parmi les 12 femmes de notre étude, huit ont reçu en suite de naissance la visite d'un Interne de gynécologie ou d'un Gynécologue-Obstétricien, afin de reparler de l'accouchement. Madame A a expliqué que cela avait été bénéfique pour elle : *« Ils [le gynécologue et l'anesthésiste] sont revenus et ils ont vraiment pris le temps d'expliquer plus en détail ce qui s'était passé et puis qu'il avait fallu aller vite. [...] On a été agréablement surpris. Oui ça m'a aidée à avaler un peu le truc. ».*

Trois autres femmes ont également fait l'éloge de cette visite : *« J'ai vu l'interne de gynéco le lendemain matin [...] c'était bien de réexpliquer. » [Mme D] ; « Même le docteur [...] est venu me voir après m'expliquer tout. Vraiment très bien » [Mme H] ; « L'interne de service est venu me réexpliquer les raisons. Après j'étais pas non plus en grand questionnement contrairement à certaines femmes. Mais c'est vrai que c'était bien quand même. » [Mme L].*

D'autres femmes, en revanche, ont jugé cette prise en charge non nécessaire : *« Comme j'avais bien compris à la base, je pense qu'il n'y avait pas besoin » [Mme F] ; « Oui mais déjà sur le coup, ça m'avait paru clair. ». [Mme J].*

Quant à Madame E, elle n'a pas reçu de visite pour rediscuter de son accouchement : *« à aucun moment on m'a reparlé de la césarienne ».* Pourtant, elle aurait souhaité bénéficier de cet échange : *« J'aurais juste voulu qu'on me réexplique le déroulement de tout ça et qu'on en reparle ».* Dans son récit, elle déplore l'absence d'un temps d'écoute et d'échange dont elle aurait eu besoin, au sujet de son accouchement : *« Personne n'est venu me rétablir la vérité et du coup, je dois faire avec mes propres souvenirs qui sont certainement faussés par l'émotion, la fatigue, la douleur et tous les produits. C'est à moi de reconstituer le puzzle de mon truc. ».*

Bien que certaines femmes n'en éprouvent pas le besoin, il semble nécessaire et important qu'un professionnel de santé prenne le temps, quelques jours après la naissance, de rappeler les raisons et le déroulement de la césarienne. C'est d'autant plus le cas lors d'une césarienne

très urgente, pendant laquelle il n'y a pas forcément eu un temps nécessaire pour donner les explications au couple.

3.4. Le conjoint : une présence importante³

Aujourd'hui, la présence du conjoint en salle de césarienne est de plus en plus encouragée et de plus en plus fréquente. Cependant, il arrive encore assez souvent que la future mère se retrouve seule au bloc opératoire. D'après une enquête réalisée par l'Association Césarine, seulement 25% des pères seraient présents au bloc opératoire, soit parce que la naissance est très urgente et que le père ne peut pas arriver à temps, soit parce que l'équipe du bloc opératoire refuse sa présence. ^{24}

Comme nous l'avons vu précédemment, la césarienne, en particulier lorsqu'elle est décidée dans l'urgence, est susceptible de provoquer un état de stress chez la femme, voire de confusion, d'angoisse, et de rejet. La future maman se retrouve alors au bloc opératoire, dans une situation qu'elle ne contrôle plus, à tel point que cela peut lui faire perdre tous ses moyens. Ainsi, Madame H témoigne du refus initial de la présence de son conjoint au bloc opératoire, ce qui l'a plongée dans un état de panique extrême : *« Au départ, ils ne voulaient pas [l'équipe] mais j'ai tellement hurlé, pleuré, crié en hurlant le nom de mon conjoint qu'au bout d'un moment, ils l'ont fait venir. Je voulais pas faire ça quand il était pas là. »*.

Plusieurs femmes ont mis en évidence un bénéfice, lorsque leur conjoint se trouve à leurs côtés pendant la césarienne : *« Mon mari a pu y assister heureusement. La peur aussi que j'avais, c'était que mon mari n'y assiste pas. »* [Mme B] ; *« Oui, oui ça m'a rassurée. Je crois que j'aurais pu le faire toute seule quand même, mais j'étais contente qu'il soit là. »* [Mme F] ; *« J'ai demandé à ce que mon compagnon soit présent, ils ont bien voulu [...] C'est important quoi, pour tout, pour le soutien. »* [Mme L] ; *« Puis ... le jour J, ça était un peu en catastrophe mais le médecin chirurgien qui a fait la césarienne a autorisé le papa à être présent, heureusement. »* [Mme G].

Le conjoint apparaît comme un repère pour la future mère, un proche à qui se raccrocher dans un endroit qui lui est étranger, dans une situation qu'elle n'avait pas envisagée et qui bien souvent lui échappe. Assister à la césarienne est également important pour le futur père, c'est

³ Nous parlons ici du conjoint car c'est lui qui accompagne la maman pendant l'accouchement la plupart du temps. Cependant, il arrive parfois que la mère soit accompagnée par sa propre mère, sa sœur, une amie... Cette analyse, à quelques exceptions près, est également valable dans ce cas.

aussi la naissance de son enfant et le fait de ne pas y assister peut-être perçu comme un manquement. ^{{3}{6}{7}{24}}

4. Après la naissance

4.1. *Le sentiment de ne pas avoir accouché*

Pour Béatrice Jacques, Sociologue, l'accouchement se place comme l'aboutissement de la grossesse car il représente la mise au monde de l'enfant. Cette notion renvoie implicitement à un rôle actif de la part de la future mère. Or, dans le cas d'une césarienne, c'est comme si cette intervention reflétait une impression de passivité et de manque : « *J'avais comme l'impression qu'il manquait quelque chose. L'impression d'avoir raté quelque chose.* » [Mme A] ; « *Je trouvais ça dommage d'avoir une césarienne car vous ne pouvez pas avoir votre bébé sur vous, vous accouchez pas normalement, vous n'avez pas cette sensation.* » [Mme C] ; « *J'avais du mal à me rendre compte un petit peu parce que je l'ai pas sorti de moi-même...* » [Mme G] ; « *J'ai pas l'impression d'avoir accouché, j'ai l'impression qu'on m'a opérée d'un bébé.* » [Mme J] ; « *Avec la césarienne j'ai pas senti que j'ai accouché [...] j'ai pas poussé...* » [Mme K] ; « *On a quand même une sensation ou on se dit qu'il manque un truc...* » [Mme H]. ^{14}

Malgré le manque exprimé plus haut, Madame H relativise ensuite : « *Au moment où il l'a sorti, il a abaissé le drap et du coup je l'ai vu. Je pense que le fait de sentir vraiment les sensations du bébé qui sort de soi et de le voir aussitôt, je pense que ça a compensé le fait d'avoir eu la césarienne.* ». Mme I parle également de sensations : « *On a fait une tentative de poussée mais non. [...] Pour moi, c'était super parce que j'ai quand même eu les sensations d'accouchement !* ».

Les mots « sensation » et « impression » apparaissent plusieurs fois, dans les différents discours, tout en étant associés au mot « manque ». C'est bien ce manque de sensation ou d'impression qui donne ce sentiment de ne pas avoir accouché. Au contraire, la présence de « sensation d'accouchement » semble donner une impression d'avoir participé activement à la naissance de leur enfant.

4.2. *Entre déception et nécessité*

À l'évocation de l'accouchement, les termes se rapportant à une déception ou à un regret reviennent souvent dans les discours : « *J'ai encore pas mal de regret.* » [Mme A] ; « *Un peu de déception quand même. J'aurais bien aimé qu'il naisse par voie basse.* » [Mme F] ; « *J'ai*

peut-être été déçue, je regrette » [Mme G] ; « J'étais déçue quand même sur le coup. » [Mme L] ; « Y'a quand même une petite déception de pas pouvoir ... qu'il puisse pas sortir normalement. » [Mme I] ; « C'est plus difficile à vivre après coup. C'est pas quand on nous l'annonce et qu'on est dans l'action, c'est plus après. » [Mme J].

Cependant, ces propos sont souvent nuancés ensuite par la nécessité de l'intervention et le soulagement liés à la bonne santé de l'enfant : *« Le principal c'est que tout le monde aille bien. » [Mme A] ; « Après, je leur en veux pas de m'avoir fait une césarienne, c'est normal il fallait qu'ils sauvent le petit, c'était l'urgence ! » [Mme E] ; « Quand elle est arrivée ... elle était là, on m'a dit que tout allait bien pour elle et c'était le principal. J'étais rassurée. » [Mme G] ; « On se dit que c'est mieux pour le bébé mais on a quand même une sensation ou on se dit qu'il manque un truc » [Mme H] ; « Si c'est une décision qui est prise c'est parce que l'équipe sait que c'est nécessaire » [Mme I] ; « Au final tout va bien... le but c'est que l'enfant aille bien, qu'il soit en bonne santé. » [Mme J] ; « Jusqu'à longtemps, je ne sentais pas vraiment que j'avais accouché [...] Mais après je me suis dit que l'importance c'était que mon enfant il soit bien et tout, donc... après le reste ... ». [Mme K] ; « Au final, je suis plutôt contente qu'ils aient pris cette décision là parce que voilà, on sait jamais ce qui aurait pu arriver... » [Mme L].*

Dans de nombreux témoignages, il existe donc une ambivalence : d'un côté, le soulagement que l'enfant soit en bonne santé, dans un contexte où il aurait pu ne pas l'être, de l'autre, la déception et/ou le regret, liés à l'absence de mise au monde par voie basse. Ces deux émotions sont souvent exprimées l'une après l'autre. Cela laisse penser probablement qu'un sentiment de culpabilité à exprimer un mauvais vécu de cet acte, qui a permis à leur bébé de naître en bonne santé, existe également.

Cependant, ces sentiments plutôt négatifs laissent souvent place, de manière progressive, à une sorte d'acceptation et de compréhension de cet accouchement chamboulé.

4.3. Quelques difficultés à s'occuper du bébé

La césarienne est une naissance mais également une opération chirurgicale. Comme pour toute intervention, un temps de rétablissement, plus ou moins long selon les personnes est nécessaire. Cependant, la césarienne se place dans un contexte particulier, puisque la femme a donné naissance à un nouveau-né dont elle doit s'occuper. Une question se pose alors : la césarienne occasionne-t-elle des difficultés à réaliser les soins quotidiens du bébé ?

À travers les récits des femmes, nous pouvons constater que les termes se rapportant à la frustration apparaissent plusieurs fois : « *Ca m'a un peu frustrée de pas pouvoir faire le premier bain, des choses comme ça ... changer les premières couches.* » [Mme A] ; « *J'ai pas pu faire le premier biberon, j'ai pas pu faire le premier bain, j'ai pas pu faire le premier change. Du coup, c'était ça qui était très frustrant.* » [Mme H] ; « *On se sent un peu impuissante [...] C'est frustrant, c'est hyper frustrant.* » [Mme J] ; « *Fallait que je fasse beaucoup appel à l'équipe et c'était difficile de les appeler tout le temps. Donc c'est vrai que les premiers jours ça a été dur.* » [Mme L].

Madame B évoque surtout la déception : « *Je ne savais pas qu'on ne pouvait pas s'occuper de son enfant après la césarienne [...] J'étais déçue, j'ai pas aimé du tout* ». Pour Madame G et Madame E, il s'agit plutôt d'un sentiment de ne pas être à la hauteur : « *Je ne pouvais pas trop faire ce que je voulais, surtout les premiers jours. [...] On se sent rabaissée parce qu'on n'est pas capable de s'occuper de son bébé.* » [Mme G] ; « *On est maman, on a envie ... c'est un moment qu'on a attendu, on a envie de faire plein de choses, de profiter de son bébé et on est diminuée, on est très très diminuée. [...] Y'a des choses que j'ai pas pu faire parce que j'avais mal. Je voulais le porter, je pouvais pas parce que j'avais mal.* » [Mme E].

Sept femmes sur 12, soit un peu plus de la moitié, nous ont fait part des difficultés ressenties les premiers jours, dans les soins à apporter au nouveau-né. Nous pouvons nous demander si ces difficultés n'ont pas un lien avec une éventuelle douleur. En effet, pendant les 48 heures qui suivent une césarienne, la douleur est considérée comme forte, en l'absence de traitement, car elle est à la fois somatique, liée à la cicatrice utérine et viscérale, liée aux tranchées : « *La douleur était forte ça faisait vraiment mal, ça tirait.* » [Mme B] ; « *Je m'attendais pas à souffrir autant. Je trouve que la douleur est extrêmement importante.* » [Mme E]. Sa prise en charge, comme pour toute chirurgie, est donc impérative. De plus, les sentiments de déception et de frustration évoqués plus haut peuvent venir majorer les douleurs somatiques. ^{{28}{30}}

À noter que parmi les 12 femmes interrogées, neuf ont pu bénéficier d'un système sous-cutané, péricicatriciel, diffusant un anesthésiant. Parmi ces neuf femmes, sept ont mis en avant un soulagement efficace de la douleur ainsi qu'une bonne prise en charge : « *C'était vraiment supportable [la douleur].* » [Mme G et L] ; « *C'est pas ce que je retiendrai de ma césarienne, la douleur.* » [Mme A] ; « *Ça a été la douleur* » [Mme C] ; « *J'ai eu un peu de douleur quand même mais ça allait.* » [Mme F] ; « *J'ai été épatée de pouvoir être debout aussi vite.* » [Mme I] ; « *J'avais pas mal. J'étais mieux que ce que je croyais.* » [Mme K].

La douleur reste avant tout une notion très subjective. En effet, chacun ressent et supporte la douleur à sa façon. Malgré une prise en charge adéquate de celle-ci, il existe néanmoins quelques difficultés les premiers jours, dans les gestes quotidiens et les soins à apporter au nouveau-né. Ces difficultés sont souvent exprimées par les femmes, sous forme de frustration et peuvent donc influencer le vécu de manière plutôt négative.

Le rôle du personnel soignant est primordial, par son aide, son soutien et son écoute. En effet, il paraît important dans ce cas de dédramatiser la situation, de bien soutenir la mère et de la rassurer, en expliquant qu'il est normal d'avoir des difficultés les premiers jours, que c'est le cas pour la plupart des femmes. Ce réconfort leur évite ainsi une certaine culpabilité. L'information pourrait être apportée peu de temps après la naissance, quelques heures après l'arrivée dans le service de suites de naissance par exemple.

5. À long terme

5.1. *L'urgence : un souvenir marquant*

Dans de nombreuses maternités, dont le CHU de Caen, un code couleur est mis en place afin d'estimer le délai entre la décision de césarienne et la naissance, selon le degré d'urgence. Ce délai est compris entre une heure (code vert) et moins de 15 minutes (code rouge). En cas d'extrême urgence, il est donc nécessaire de faire naître le bébé rapidement, ce qui est susceptible de provoquer chez la maman un sentiment d'angoisse, voire de panique. ^{8}

Parmi les 12 femmes interrogées, huit ont évoqué spontanément la rapidité, entre la décision de réaliser une césarienne et la naissance de leur enfant ; « *Ca va tellement vite qu'on a le temps de rien dire et ...* » [Mme A] ; « *Au moment où j'ai entendu césarienne, ça a été à une vitesse...* » [Mme C] ; « *Ca peut aller très vite et quand faut y aller, faut y aller.* » [Mme D] ; « *La façon dont tout le monde débarque, vous sentez que... [...] Ça va vite ... ça va extrêmement vite.* » [Mme E] ; « *Ca a été vite, ils m'ont vite passée avec le brancard et on est passé directement en salle [de césarienne].* » [Mme G] ; « *En fait, on ne dit pas que la césarienne c'est très rapide, c'est d'un seul coup.* » [Mme H] ; « *J'ai surtout le souvenir de la vitesse. Ce qui m'a le plus surprise, c'est la rapidité avec laquelle il est sorti de mon ventre. Je pensais pas que ça prenait aussi peu de temps à faire une césarienne. Mais ... c'est trois minutes à tout casser non ? J'étais impressionnée.* » [Mme J] ; « *Sur le moment, c'est vrai que c'est allé très vite.* » [Mme L].

Au total, les termes se rapportant au champ lexical de la vitesse apparaissent 12 fois. Cette répétition témoigne d'un élément très marquant pour les femmes. La rapidité est susceptible d'augmenter l'incompréhension de l'évènement, c'est pourquoi il serait envisageable de l'évoquer en anténatal. Cela permettrait probablement aux femmes d'être moins envahies par la panique à cet instant et de mieux comprendre ce qui se passe autour d'elles.

5.2. Quel ressenti après plusieurs mois ?

Notre étude a été réalisée à distance de l'accouchement, dans l'objectif, entre autres, d'évaluer si la césarienne avait un impact psychologique à long terme. De nombreuses études ont mis en évidence la césarienne comme facteur de risque de dépression du post-partum voire, dans de rares cas, d'un état de stress post traumatique. ^{{10}{21}{26}}

Plusieurs femmes mettent en avant un sentiment d'amertume toujours présent : « *Je pense que c'est pas encore complètement digéré. [...] J'ai encore pas mal de regret.* » [Mme A] ; « *Le souvenir douloureux ne s'est pas encore estompé.* » [Mme E] ; « *Un peu de regret forcément* » [Mme F] ; « *C'est mitigé parce qu'il y a de la joie, parce que c'est le jour où notre enfant est né et en même temps [...] pour moi c'est le pire jour...* » [Mme H] ; « *Ca me bouleverse toujours autant [...] mais il y a ... une petite frustration quand même.* » [Mme J].

À l'inverse, d'autres femmes gardent un bon souvenir de leur accouchement et ne ressentent aucune émotion négative : « *C'est toujours émouvant comme pour les autres accouchements. J'ai pas de tristesse ou de déception.* » [Mme D] ; « *Finalement, ça s'est bien passé quand même* » [Mme G] ; « *J'avais retenu tous les évènements de ce qui s'était passé autour de moi dans la salle et j'en garde un bon souvenir* » [Mme I] ; « *J'ai pas mal vécu les choses. Je pense que pour l'accouchement, on a été bien accompagné. [...] Au final, je suis plutôt contente qu'ils aient pris cette décision* » [Mme L].

Dans le cas de Madame B, après un premier accouchement traumatique avec utilisation de forceps, la césarienne est apparue comme beaucoup plus douce et surtout moins douloureuse sur le moment : « *C'était mieux que pour le premier. Vraiment, ça s'est super bien passé. [...] Mon accouchement par césarienne était mieux.* » ^{10}

L'accouchement s'inscrit encore comme un évènement douloureux pour cinq femmes sur 12, ce qui représente un peu moins de la moitié. Bien qu'il ne soit pas possible de généraliser ce constat à partir d'un échantillon de seulement 12 personnes, notre étude montre que la

césarienne en urgence est susceptible de laisser des souvenirs douloureux voire traumatiques, même plusieurs mois après.

Il pourrait être intéressant de réinterroger toutes ces femmes dans quelques mois, afin de savoir si leur ressenti reste toujours le même ou si au contraire il a évolué ou régressé.

5.3. Une seule césarienne

Après une césarienne se pose la question de la voie d'accouchement pour une naissance future. Dans le cas d'un utérus unicatriciel, à l'exception d'une cicatrice corporelle, l'accouchement par voie vaginale est envisageable et même recommandé par le CNGOF et l'HAS, plutôt qu'une césarienne programmée. ^{{2}{4}}

D'après l'enquête périnatale nationale, réalisée en 2010, 51% des femmes porteuses d'un utérus cicatriciel auront une césarienne programmée avant travail. Les 49% restantes tenteront un accouchement par les voies naturelles. Parmi elles, 75% accoucheront par voie vaginale, les autres auront une césarienne pendant le travail. Au final, 36,5% des femmes avec un antécédent de césarienne accoucheront par voie basse. ^{{6}{7}}

Certaines femmes seront en demande d'un futur accouchement par les voies naturelles, tandis que d'autres préféreront recourir à la césarienne programmée. Elles l'envisageront pour des raisons de facilité ou parce qu'elles ne voudront pas revivre un accouchement long et difficile, voire traumatisant, conclu par une césarienne en urgence. ^{24}

Néanmoins, dans la majorité des cas, les femmes sont plutôt en demande d'un accouchement par voie basse. Dans notre étude, aucune ne souhaitait d'emblée une césarienne programmée pour une naissance future : « *Si tout va bien, j'aimerais accoucher normalement ... pour connaître cette sensation.* » [Mme C] ; « *J'espère que pour le 2^{ème}, il passera par voie basse, j'aimerais bien.* » [Mme F] ; « *J'aimerais mieux accoucher normalement la prochaine fois.* » [Mme G] ; « *J'aimerais bien pas de césarienne [...] J'aimerais au moins essayer de faire un accouchement normal.* » [Mme H] ; « *J'aimerais bien tester quelque chose de naturel.* » [Mme I] ; « *Plutôt normalement si c'est possible.* » [Mme K] ; « *J'aimerais mieux accoucher par voie basse quand même la prochaine fois.* » [Mme L].

Des mots tels que « normal », « normalement » ou « naturel » apparaissent plusieurs fois. Cela montre là encore que la césarienne apparaît comme un accouchement « hors norme ».

D'après Michel Odent, ancien Gynécologue-Obstétricien, beaucoup de femmes qui ont accouché une première fois par césarienne puis par voie vaginale, se disent « guéries ». Elles évoquent également le fait de se sentir « femme à nouveau », d'avoir finalement réussi à mettre au monde d'elles-mêmes leur enfant. Cette nouvelle naissance apparaît donc comme un remède après un précédent accouchement, considéré comme raté ou non conforme à leurs souhaits initiaux. ^{19}

6. Propositions

6.1. *En parler un peu plus via un groupe de parole ?*

Dans le cas d'une grossesse physiologique menée à terme, peu de femmes se sentent concernées par la césarienne. Or, une femme sur cinq accouchera de cette façon. Le sujet est pourtant parfois abordé pendant la grossesse, souvent lors des cours de préparation à la naissance, mais sans réel impact. Il en résulte que quand le travail a commencé et que l'accouchement ne peut se faire autrement que par voie haute, les femmes se trouvent souvent démunies, voire sidérées, devant une situation qui leur échappe.

Plusieurs femmes interrogées estiment que recevoir plus d'informations sur la césarienne serait nécessaire, plutôt que pas du tout : « *Je trouve que ça fait plus peur de pas savoir que de savoir.* » [Mme E] ; « *C'est quand même utile d'en parler un peu plus [...] Les quelques détails, plus être au courant de comment ça se passe pendant la césarienne, les sensations qu'il y a* » [Mme G] ; « *Au final quand on explique un accouchement classique ... on rentre dans les détails [...] j'aurais peut-être aimé cette explication sur la césarienne, au moins j'aurais su ce qui m'attendait quand on m'a dit césarienne* ». [Mme H].

Il serait peut-être souhaitable d'encourager les femmes à envisager la césarienne comme une issue possible à tout moment pendant le travail. En effet, informer plus systématiquement et plus amplement les femmes en anténatal, sans être alarmiste, en particulier lors des séances de PNP, pourrait peut-être permettre un meilleur ressenti des événements.

Constituer des groupes de parole de femmes ayant vécu une césarienne nous semblerait également une alternative intéressante. Chacune pourrait exprimer son vécu, positif ou négatif, expliquer avec des paroles non médicales le déroulement d'une césarienne en urgence aux autres femmes, mais également peut-être panser des maux avec leurs mots à elles.

6.2. Encourager systématiquement la présence du père au bloc opératoire

Comme nous l'avons constaté précédemment, la présence du conjoint donne un sentiment de sécurité et d'apaisement à la future maman. Elle est donc bénéfique, pas seulement pour la mère mais également pour l'équipe médicale présente au bloc : moins stressées, les femmes et leur enfant vivent mieux cette intervention. Au CHU de Caen, elle est acceptée la plupart du temps.

Pour deux des 12 femmes interrogées, le conjoint n'a pas pu être présent, par refus de l'équipe médicale. Madame I évoque une déception face à cette absence : « *La déception de pas pouvoir être avec mon compagnon, de pas pouvoir partager ce moment avec lui...* ». Cependant, elle savait que son compagnon pourrait ne pas l'accompagner lors d'une césarienne : « *Lors de la visite aussi, ils avaient bien précisé que le papa pouvait ne pas être là, notamment en cas d'urgence, et c'est ce qui s'est passé* ». Nous pouvons supposer que le fait de connaître à l'avance cette possible absence lui a sans doute permis de mieux accepter cette séparation.

En revanche, Madame E ne se voyait pas donner naissance à son enfant sans la présence de son compagnon, même en cas de césarienne : « *Notre projet de naissance, c'était de pouvoir tout faire à deux. [...] Je voulais surtout pas être séparée de mon conjoint, en cas de césarienne.* ». Le souvenir de son accouchement est encore douloureux aujourd'hui : « *C'est qu'aujourd'hui, quand je regarde mon accouchement et mon séjour à la mater', toutes ses blessures physiques et psychiques, elles sont encore là.* », elle l'attribue à l'absence de son compagnon ; « *Finalement, je pense que j'ai plus mal vécu psychologiquement la séparation [...] Je me dis que si mon compagnon avait été là, ça aurait tout changé... vraiment tout.* ».

Une enquête réalisée en 2014, par l'Association Césarine, met en évidence une amélioration du vécu de la césarienne lorsque le papa est présent. De manière générale, 41% des femmes ont un vécu positif de leur césarienne, quand le père est présent, ce chiffre monte à 50% et même à 55% lorsque le père, la mère et l'enfant se trouvent réunis à la sortie du bloc opératoire. ^{{6}{7}}

Dans la mesure du possible, cette proposition devrait être systématique, même si l'intervention a déjà commencé. La présence du père permet d'une part à la mère d'être rassurée et d'autre part au couple de vivre à deux la naissance de leur enfant, comme cela aurait forcément été le cas lors d'un accouchement par les voies naturelles.

6.3. Revoir le même Gynécologue-Obstétricien en visite post-natale

Durant les entretiens, deux femmes ont mis en évidence un élément auquel nous n'avions pas pensé : la possibilité de revoir, en visite post-natale, le Gynécologue-Obstétricien qui a réalisé la césarienne. Ainsi, elles expliquent avoir ressenti un bénéfice important de cette visite : « *La gynéco avait demandé à me revoir pour la visite après la naissance, ce qui fait que j'ai pu lui poser les questions à ce moment-là. [...] Et puis il y un maître-mot que je pense important, c'est de sentir en confiance. Et moi j'ai eu confiance de A à Z.* » [Mme I] ; « *Après, c'est vrai qu'on a eu le rendez-vous ensemble et donc il m'a réexpliqué tout en détail mais sur le moment, c'est vrai que c'est allé très vite. [...] J'ai trouvé ça bien d'en reparler avec lui puisque c'est lui qui était là.* » [Mme L].

Le fait de revoir le même professionnel de santé apporte un sentiment de sécurité, de confiance. Il paraît le plus à même de répondre à d'éventuelles questions, toujours en suspens. Il semble donc le mieux placé pour réaliser la visite post-natale, si, bien entendu, la femme l'accepte.

6.4. Discuter autour de la cicatrice

Après une césarienne, la cicatrice est susceptible de provoquer une perte de sensibilité, des rougeurs, des indurations plus ou moins importantes, voire un bourrelet disgracieux... Il peut se passer plusieurs mois à plusieurs années avant une cicatrisation totale et définitive. De plus, cette cicatrice physique n'est pas sans rappeler la cicatrice psychique liée au souvenir parfois douloureux de l'accouchement : « *La cicatrice est encore rouge et pas belle.* » [Mme E].

Plusieurs études ont mis en évidence un bénéfice du massage dans l'amélioration de la qualité de la cicatrice. En effet, masser la cicatrice permet d'assouplir la peau et donc de retrouver des sensations fines à ce niveau. Il a également pour conséquence d'éviter que la cicatrice ne durcisse et provoque des adhérences. Le massage est aussi bénéfique sur le plan psychique, afin que les femmes se réapproprient cette partie de leur corps, après une impression d'intrusion, voire de « coupure en deux » : « *Quand on m'a dit césarienne, je me suis dit ça y'est, on va me couper le ventre en deux, on va me faire une énorme cicatrice.* » [Mme H].

Donner des conseils en suites de naissance, faire en sorte que la mère regarde, touche et masse sa cicatrice à distance légitimeraient probablement une meilleure acceptation de cette naissance parfois difficile sur le plan psychique. ^{6}

Conclusion

La césarienne, qu'elle soit programmée ou en urgence, reste un grand progrès de l'obstétrique moderne. Elle a permis et elle permet toujours de sauver beaucoup de femmes et de nouveau-nés. L'amélioration de la technique opératoire ainsi que la prise en charge de la douleur, grâce notamment au système anesthésiant sous cutané au CHU de Caen, apportent aujourd'hui un très bon rétablissement des patientes après une césarienne. Cependant, il paraît important de ne pas trop banaliser cette intervention et de lui laisser sa place d'« issue de secours », lorsque l'accouchement par les voies naturelles devient impossible.

Le vécu est avant tout une notion subjective, il est donc propre à chaque femme, selon son histoire, sa culture, les événements qui l'entourent... L'information reçue ou non avant et après la grossesse, la présence du conjoint, l'accompagnement et le soutien par l'équipe médicale apparaissent comme des facteurs primordiaux.

Les réactions face à l'annonce d'une césarienne imminente sont diverses, parfois c'est la panique qui l'emporte, tandis que pour d'autres femmes, c'est plutôt le soulagement après un travail interminable.

Le personnel soignant joue un rôle important auprès de la mère, que ce soit au bloc opératoire ou en suites de naissance. Sa présence est prépondérante, tant pour le réconfort, l'écoute et l'accompagnement que pour l'aide dans les soins quotidiens, surtout pendant les 48 premières heures.

Après une césarienne, les femmes se sentent diminuées physiquement. Cette fatigue peut entraîner de réelles complications dans les soins à apporter au bébé, au point qu'elles se trouvent parfois « incapables ». Notre rôle est donc de les déculpabiliser et de ne pas hésiter à reparler de la césarienne et de son ressenti. Il est également indispensable de favoriser l'acceptation de la césarienne, de valoriser ces femmes et de souligner qu'elles sont mères au même titre que les autres.

Bien que la césarienne soit une intervention chirurgicale, elle reste avant tout une mise au monde du nouveau-né, même si le souvenir est plus souvent celui d'une opération que d'un accouchement. Il convient donc de présenter le plus possible la césarienne en tant que naissance et pas seulement comme une simple intervention chirurgicale.

La visite auprès de la mère de l'obstétricien qui a pratiqué la césarienne, afin de rediscuter des indications de celle-ci et de son déroulement, permet une meilleure compréhension des événements souvent jugés trop rapides. Il en résulte un grand bénéfice pour les femmes et probablement aussi pour leur conjoint.

Le père a lui aussi toute sa place aux côtés de sa compagne, pour laquelle il représente un repère, un soutien et une aide, surtout les premiers jours. Il pourrait justement être intéressant d'étudier le versant paternel de cette situation, afin d'en connaître le ressenti et les impressions. En effet, le père est souvent sous-estimé dans de telles circonstances, pourtant lui aussi éprouve probablement des sentiments de stress et de panique à cet instant fort de la naissance.

Bibliographie

- {1} Amalberti R. La gestion des risques ... en général et en obstétrique : un chemin pavé d'ambiguïtés. Journal de Gynécologie Obstétrique et de la Reproduction 2009 ; 38 : 456 – 58
- {2} Beucher G, Deneux-Tharaux C, Diemunsch P, Gallot D, Haumonté J-B, Kayem G et al. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel. Recommandations pour la pratique clinique, 36^{ème} journées nationales, paris 2012.
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_utérus_cicatriciel_2012.pdf. Consulté le 21 février 2016.
- {3} Benhamou D. La césarienne naturelle. Sociétés françaises d'anesthésie et de réanimation. Elsevier Masson. Mai 2015 ; 1 :313 – 317.
- {4} Blanchard S, Dhénain M, Revel C, Nouyrigat E, Schmitz T. Indications de la césarienne programmée à terme. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire scientifique. Janvier 2012.
http://www.has-santé.fr/indications_césarienne_programmée_argumentaire.pdf (consulté le 21 février 2016)
- {5} Bydlowski M. La dette de vie, itinéraire psychanalytique de la maternité. 6^{ème} ed. Paris : le fil rouge ; 2008, 200p.
- {6} Césarine. Aspects psychologiques : En quoi une césarienne diffère-t-elle d'un accouchement normal ? [En ligne] <http://www.cesarine.org/après/psy/>. Consulté le 15 octobre 2015.
- {7} Ciane. Enquête sur les accouchements. Respect des souhaits et vécu de l'accouchement. Août 2012. [En ligne] <http://ciane.net/publications/enquete-accouchement/>. Consulté le 15 février 2016.
- {8} Clément H-J, Dubernard G, Dupuis O, Huissoud C, Mesnildot P, Rudigoz R – C et al. La mise en œuvre des codes « couleur » réduit le délai décision – naissance des césariennes urgentes. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Février 2009. Vol 38, n°1 ; Elsevier – Masson. P 51 – 59.

- {9} Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. Les morts maternelles en France. Mieux comprendre pour mieux prévenir. [En ligne] http://www.invs.santé.fr/publications/2010/mortalité_maternelle/rapport_mortalité_maternelle.pdf. Consulté le 1 novembre 2015.
- {10} Danion-Grillat A, Sibertin-Blanc D, Moro MR, Zimmerman MA. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. 1^{ère} partie – Module 2 : De la conception à la naissance – Objectif 19. [En ligne]. <http://www.médecine.ups-tlse.fr/module02>. Consulté le 5 mars 2016.
- {11} Deneux-Tharaux C, Carmona E, Bouvier-Colle M-H, Bréart G. Mortalité maternelle du postpartum et accouchement par césarienne. Revue d'épidémiologie et de santé publique. Août 2006, Vol 54. Elsevier-Masson, Paris 2S43 – 2S45.
- {12} Deruelle P. Doit-on et peut-on diminuer le nombre de césarienne ? Les dossiers de l'obstétrique. Mars 2015, Vol 446. ELPEA, Paris. P16 – 17.
- {13} Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetrical intervention : a prospective longitudinal study. Australian New Zealand Journal of psychiatry 1997; 31(5) : 728 – 38.
- {14} Jacques B. Sociologie de l'accouchement. PUF – Le Monde, collection partage du savoir, 2007 ; 208p.
- {15} Lansac J, Marret H, Oury J-F. Pratique de l'accouchement. Elsevier-Masson, Issy-les-Moulineaux, 2006. P449 – 470.
- {16} Leyronnas D. La césarienne est-elle une pratique sans risque pour le nouveau-né ? Les dossiers de l'obstétrique. Mars 2015, Vol 446. ELPEA, Paris. P22 – 24.
- {17} Leroy F. Histoire de naître, de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. 1^{ère} ed. Bruxelles : De boeck et Larcier ; 2002, 456p.
- {18} Mignot S. Césarienne : des cicatrisations difficiles. Profession sage-femme. Juin 2005 ; 166 : 44 – 45
- {19} Odent M. Césarienne : questions, effets, enjeux, alerte face à la banalisation. Le souffle d'Or, barrer-sur-Méouge, 2005, 183p.

{20} Organisation Mondiale de la Santé.
Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne. [en ligne]
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/fr/. Consulté le 15 octobre 2015.

{21} Poinso F, Samuëlian JC, Delzenne V, Huiart L, Sparrow J. Dépressions du post-partum : délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. La psychiatrie de l'enfant. 2/2001 (Vol 44), p 379 – 413.
<http://www.cairn.info/revue-la-psychiatrie-de-l-enfant-2001-2-page-379.htm>.

{22} Rumeau-Rouquette C. Bien naître, la périnatalité entre espoir et désenchantement. Edition EDK, Paris, 2001, 213p.

{23} Racinet C, Favier M, Meddoun M. La césarienne. 1^{ère} ed. Paris : sauramps médical ; 2002, p13 – 18 et p399 – 406.

{24} Rossigneux-Delage P. L'impact psychologique de la césarienne. Les dossiers de l'obstétrique. Mars 2015, Vol 446. ELPEA, Paris. P26 – 28.

{25} Ryding EL. Experience of emergency cesarean section : a phenological study of 53 women. Birth. 1998 dec ; 25 (4) : 246 – 51.

{26} Ryding EL, WijmaK, Wijma B. Post traumatic stress reaction after emergency cesarean sections. 1997. Gynecol Obstet ; 76 (9) : 856 – 61.

{27} Seguy B. Excès juridique : césarienne alibi et césarienne salvatrice. Médecine & Droit 2006 ; 336 : 149 – 50.

{28} Société française de médecine périnatale. 41^{ème} journée nationales de la société française de médecine périnatale. Grenoble, 12 – 14 octobre 2011 ; Springer verlag. 288p. [En ligne]
<http://http://www.google.fr/url?sa=t&source=web&rct=j&url/link.springer.com/pdf>. Consulté le 17 février 2016.

{29} Soderquist J, Wijma K, Wijma B. Traumatic stress after childbirth: The role of obstetric variables. J psychosom Obstet Gynaecol. 2002, 23 : 31 – 9.

{30} Wallois M. Prise en charge de la douleur après césarienne sous anesthésie loco-régionale. Le praticien en anesthésie réanimation. Février 2015, Vol 19 (1) : 28 – 33. Elsevier – Masson.

Annexes

Annexe I : Représentation de la mise au monde d'Esculape par extraction post-mortem.

Gravure du livre d'Alessandro Benedetti « De re medica », Venise, 1533 (tirée de J-P Pundel, Histoire de l'opération césarienne, Presse académiques européennes, Bruxelles 1969 p24).



Thème : Le vécu de la césarienne en urgence

Profil de la patiente (critères médicaux-sociaux) : âge, situation sociale (mariée, pacsée, concubinage, célibataire), nationalité et pays d'origine, profession, parité.

-Date et terme de l'accouchement.

-Sexe du bébé.

Le déroulement de la grossesse

Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulée votre grossesse ?

-Grossesse spontanée ou non, surprise ou non.

-Pathologie(s) pendant la grossesse.

-PNP ou non : Classique/Yoga/Hapto/Piscine/Sophrologie/Chant/Autres.

Comment aviez-vous imaginé votre accouchement ?

Aviez-vous envisagé la possibilité d'accoucher par césarienne ?

-Imagination, appréhensions, notions sur la césarienne.

Le déroulement de l'accouchement

Pouvez-vous me raconter votre accouchement ?

Déclenchement, douleur, projet de naissance, difficultés ...

Comment se déroulait l'accouchement selon vous ?

Plutôt bien/pas bien, long/rapide ...

Avez-vous eu des difficultés à vous lever ?

Temps après la naissance, douleur ...

Avez-vous eu des difficultés à vous occuper de votre bébé ?

Soins quotidiens, alimentation ...

Quelqu'un est-il venu vous réexpliquer les raisons de la césarienne ?

Oui ou non, explications claires ou non, aides dans la compréhension et dans le vécu ...

La douleur

Avez-vous ressenti de la douleur ?

Soulagement ou non, médicaments ...

Avez-vous été bien soulagée ?

Oui ou non, pourquoi, avec quoi ...

Est-ce que la douleur a eu une influence sur votre moral ?

Difficultés à s'occuper du bébé, dans les soins quotidiens...

Actuellement

Vous posez-vous toujours des questions sur votre accouchement ?

Questions toujours en suspens, éléments toujours pas compris ...

Quel est votre ressenti actuel quand vous repensez à votre césarienne ?

Joie, tristesse, émotion ...

À votre avis, des points seraient-ils à améliorer dans la prise en charge ?

Aide à la toilette, aux soins du bébé, moralement ...

Est-ce que vous envisagez une grossesse et un accouchement futurs ?

Projet ou non, voie d'accouchement souhaitée...