



HAL
open science

Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée

Adèle Croisy

► **To cite this version:**

Adèle Croisy. Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01535774

HAL Id: dumas-01535774

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01535774>

Submitted on 9 Jun 2017

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**SATISFACTION DES PRIMIPARES
BENEFICIAINT D'UNE CESARIENNE
PROGRAMMEE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Adèle CROISY

Née le 01/05/1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

DE

CLERMONT- FERRAND

Université d'Auvergne – Clermont 1

**SATISFACTION DES PRIMIPARES
BENEFICIAINT D'UNE CESARIENNE
PROGRAMMEE**

MEMOIRE PRESENTE ET SOUTENU PAR

Adèle CROISY

Née le 01/05/1992

DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Année 2016



UdA | Université d'Auvergne



MAÏEUTIQUE

Remerciements

A ma directrice de mémoire, Emilie Blanchet, et à ma co-directrice, Annick Viallon, pour leurs conseils, leurs corrections attentives et leur soutien indispensable.

A Sylvain Gony, qui a su nous motiver et nous rassurer dès nos premiers pas.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe enseignante de l'école de Clermont-Ferrand, pour la transmission de leur savoir et pour leur aide dans les moments difficiles pendant ces quatre années d'étude.

Aux femmes qui ont accepté de participer à cette étude.

A Nadine, Guillaume et Manon pour leur relecture et leurs conseils.

A ma famille, pour leur soutien, leurs encouragements et leur patience tout au long de mes études.

Glossaire

CHU : Centre hospitalier universitaire

CIANE : Collectif inter associatif autour de la naissance

CNGOF : Collège national des gynécologues et obstétriciens français

DPC : Développement professionnel continu

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

HAS : Haute autorité de santé

HBPM : Héparine de bas poids moléculaire

NP1 : Preuves obtenues d'au moins un essai clinique randomisé de façon appropriée.

NP2 : Preuves obtenues d'essais cliniques bien menés, sans randomisation.

NP3 : Preuves obtenues d'études de cohorte ou de cas-témoins bien menées, de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.

NP4 : Preuves obtenues de séries chronologiques multiples, avec ou sans intervention.

NP5 : Preuves fondées sur la base d'opinions expertes reconnues, à partir de l'expérience clinique, d'études descriptives ou de rapports de Comités d'experts.

OMS : Organisation mondiale de la santé

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

RPC : Recommandations pour la pratique clinique

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VME : Version par manœuvres externes

Sommaire

INTRODUCTION.....	
REVUE DE LA LITTERATURE.....	
1. Terminologie.....	2
2. Historique.....	2
3. Césariennes sur femmes vivantes.....	3
4. Description césarienne.....	4
5. Impact psychologique.....	9
6. Le lien mère-enfant.....	12
7. Les sources d'informations.....	14
POPULATION ET METHODE.....	
1. Objectifs et critères de jugement de l'étude.....	20
2. Type d'étude.....	20
3. Durée de l'étude.....	20
4. Lieu de l'étude.....	20
5. Population cible.....	20
6. Population source.....	20
7. Critères de sélection des sujets.....	20
8. Le recueil et l'analyse des données.....	21
9. Aspects éthique et règlementaire.....	22
RESULTATS.....	
1. Description de la population.....	23
2. Analyse des résultats.....	24
DISCUSSION.....	
1. Atteinte des objectifs.....	51
2. Forces et faiblesses de l'étude.....	51
3. Analyse des résultats.....	52
4. Projet d'action.....	58
CONCLUSION.....	
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	
ANNEXES.....	

INTRODUCTION

L'accouchement constitue un moment unique et marquant dans la vie d'un couple. Il s'agit d'accueillir un nouveau membre au sein d'un couple ou d'une famille pré existante, ce qui peut être vécu comme un bouleversement psychologique nécessitant un accompagnement particulier.

En France, l'accouchement par césarienne est de plus en plus fréquent. Au cours des stages, nous accompagnons certaines des femmes qui vivent ce type de naissance et il est souvent constaté la récurrence d'une certaine déception. L'impression de ne pas avoir accouché et la difficulté d'établir le lien avec cet enfant auquel elles n'ont pas donné naissance sont des idées souvent retrouvées. C'est devant de tels propos que nous nous sentons souvent impuissants.

Il semble qu'il existe une corrélation entre l'information reçue par la patiente pendant sa grossesse sur l'accouchement par césarienne, et le degré de satisfaction finale.

En ce qui concerne l'accouchement par césarienne programmée, le personnel peut anticiper ce mal-être et tout mettre en œuvre pour améliorer le vécu.

Dans ce travail, il a été choisi de s'entretenir avec les patientes pour recueillir au plus juste le ressenti de leur accouchement. L'hypothèse était qu'une information plus détaillée augmenterait la satisfaction des femmes pour ce moment unique qu'est la naissance d'un enfant.

Après un rappel des données théoriques concernant la césarienne et son vécu, les résultats de l'étude visant la satisfaction des primipares d'une maternité de type 3 en Auvergne ont été présentés. Ceux-ci ont ensuite été discutés et des aménagements possibles ont été exposés, afin de concilier au mieux les souhaits des patientes et les possibilités du personnel.

**REVUE DE LA
LITTERATURE**

1. Terminologie

Les origines de la césarienne remontent à la nuit des temps et rendent la recherche d'une réalité historique très incertaine. La légende voudrait que ce terme se rapporte à la naissance de Jules César. Cependant, l'analyse des textes extraits de « L'accouchement au cours des siècles » de Pecker A et Roulland H révèle de nombreuses incohérences dans le récit de Pline l'Ancien, qui remettent en question la véracité d'une telle légende. Le nom « César » serait plutôt un héritage de ses ancêtres et l'histoire ne visait qu'à attribuer aux dieux et aux héros une naissance extraordinaire, à la hauteur de l'importance du personnage.

Le mot césarienne vient en fait du latin « caedere », qui signifie couper, en référence à la naissance qui nécessite d'inciser le corps de la femme. Quoiqu'il en soit le terme de césarienne a été utilisé en premier par François Rousset en 1581 dans son ouvrage intitulé « Enfancement césarien ». Il s'est intéressé également aux circonstances de la naissance de César, confirmant que celle-ci se rapportait bien à une légende et non pas à une réalité historique [1,2].

2. Historique

2.1 Mythologie et légendes

De nombreuses légendes et mythologies relatent la naissance des dieux ou des héros par césarienne, par les flancs le plus souvent, privilège visant à les placer au-dessus des simples mortels. Parmi eux, Esculape et Dionysos dans la mythologie Grecque et Romaine, furent retirés du ventre de leur mère décédée. Aussi, le prince Siddhatta Gautama, de la mythologie indienne, qui devient Buddha et Indra le dieu suprême, vinrent au monde par le flanc droit de leur mère. La mythologie Perse relate également la naissance du héros Rostam par césarienne avec l'aide du grand oiseau Simurgh [1].

2.2 Césariennes post mortem

Pour les populations d'Afrique centrale et orientale, la césarienne post mortem avait un but mystique. Elle visait à extirper le fœtus, cause possible de la mort, afin d'épargner les survivants des maléfices liés à cet enfant.

Numa Pompilius (715-673 avant J-C) avait codifié la césarienne post mortem dans la Lex Regia, afin d'extraire l'enfant avant l'inhumation de la mère. Le but était de sauver la vie d'un enfant non encore né.

Guy de Chauliac (1298-1368) fut le premier à préciser la technique opératoire. L'incision devait être faite « à costé gauche d'autant que cette partie est plus libre que la dextre à cause du foye ». Il préconisait également de laisser la bouche de la femme ouverte afin de faire parvenir de l'air à l'enfant [1].

Plus tard, l'église catholique recommanda la césarienne post mortem pour permettre de baptiser l'enfant.

3. Césariennes sur femmes vivantes

La date de la première césarienne sur femme vivante est assez incertaine. Selon certains récits, elle aurait été réalisée en 1500 par Jacques Nüfer, éleveur de porcs suisse. Il aurait sauvé sa femme et son enfant après de longues heures de travail et l'intervention de plusieurs sages-femmes. Cependant un tel récit semble peu vraisemblable. C'est à François Rousset (Avignon 1581) que l'on doit la première description technique de la césarienne sur femme vivante dans son célèbre livre « Traite nouveau de l'hysterotomotokie ou Enfancement césarien ». Il définissait la césarienne comme « Extraction de l'enfant par incision latérale du ventre & matrice de la femme grosse ne pouvant autrement accoucher. Et ce sans préjudicier à la vie de l'un ; ny de l'autre, ny empescher la fécondité maternelle par après ». Cependant, jusqu'à l'époque moderne, la césarienne était surtout caractérisée par sa très forte mortalité. C'est la raison pour laquelle Ambroise Paré la condamne malgré les tentatives de Rousset pour le convaincre de sa légitimité. En effet, Rousset minimisait les deux principales complications maternelles responsables d'une mortalité très élevée : l'hémorragie et l'infection [1].

Jusqu'à la fin du XIXème siècle, la césarienne est restée une intervention d'exception pratiquée uniquement « lorsque le bassin est si rétréci que la main de l'accoucheur ne peut y être introduite ou que le vagin est rempli de tumeurs », selon les obstétriciens de l'époque.

Ce n'est vraiment qu'au XXème siècle que la vraie césarienne devient courante et indiscutable. Des progrès extraordinaires sont réalisés à de nombreux niveaux engendrant une chute historique de la mortalité des césariennes. Il y a notamment un avènement de

l'asepsie avec une amélioration des gestes et techniques chirurgicales diminuant considérablement les risques. Les progrès de l'anesthésie-réanimation dont a bénéficié l'obstétrique et la généralisation de l'anesthésie péridurale ont également contribué pour beaucoup à l'amélioration de la prise en charge.

Encore plus récemment, l'apparition de l'antibiothérapie avec la pénicilline en 1940, puis les autres antibiotiques, ont joué un rôle primordial dans la prévention des infections. Ensuite, la transfusion, la découverte des ocytociques et le développement des techniques de surveillance de la vitalité fœtale ont conduit à une augmentation considérable du nombre de césariennes [2].

4. Description césarienne

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles.

Les recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues obstétriciens français sont les suivantes :

« Sauf indication médicale contraire, il est recommandé de ne réaliser une césarienne avant travail qu'à partir de 39 SA (NP 3).

L'anesthésie loco-régionale doit être préférée à l'anesthésie générale à chaque fois que cela est possible (NP 2). La patiente doit être installée en décubitus latéral gauche jusqu'à la naissance (NP 5). Lors d'une césarienne avant travail, la présence systématique d'un pédiatre en salle de travail n'est pas indispensable (NP4).

En ce qui concerne la technique chirurgicale, la solidité pariétale est meilleure en cas d'incision transversale (NP2). L'ouverture des différents plans selon la technique de Joël-Cohen réduit la durée d'extraction fœtale (NP2). Lors d'une hystérotomie transversale, l'ouverture digitale et l'ouverture aux ciseaux présentent des risques d'extension latérale involontaire équivalents (NP 2). Après clampage du cordon ombilical, l'injection unique d'une dose d'antibiotiques diminue le risque de complications infectieuses maternelles post-opératoires (NP1). La délivrance spontanée (non manuelle) du placenta (après injection intraveineuse d'ocytociques) minimise les pertes sanguines per-opératoires et diminue le risque d'endométrite post-opératoire (NP 3). L'extériorisation utérine au moment de la fermeture de l'hystérotomie n'a pas d'avantage ou d'inconvénient démontré

(NP 3). La suture utérine par surjet en un plan n'augmente pas le risque d'endométrite (NP2) ou de déhiscence utérine ultérieure (NP 3). L'absence de fermeture des feuillets péritonéaux (viscéral et pariétal) est associée à une réduction de la morbidité post-opératoire précoce (douleur et recours aux antibiotiques) (NP1).

L'ensemble de ces avantages est rassemblé dans la technique de Misgav-Ladach. De plus, comparée à la technique classique de Pfannenstiel, celle-ci réduit significativement les pertes sanguines per-opératoires (NP2).

Après analgésie loco-régionale, l'administration de morphine par voie intra-rachidienne est plus efficace que son administration par voie intra-musculaire (NP 1). Après anesthésie générale, l'administration de morphine par voie intra-veineuse auto-contrôlée est plus efficace que l'administration de morphine par voie intra-musculaire (NP 1). » [3]

« Le sondage vésical à demeure avant la réalisation de la césarienne reste la prise en charge de référence (accord professionnel). On privilégiera son retrait avant la 12^e heure (accord professionnel).

Un lever précoce dès J1 (voire plus précocement dès la 6^e-8^e heure) postopératoire avec aide de l'équipe soignante est conseillé et encouragé (accord professionnel).

La réalimentation doit être précoce après césarienne programmée ou en urgence que celle-ci ait été réalisée sous anesthésie locorégionale ou anesthésie générale (grade B).

Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) avec ou sans l'adjonction d'HBPM selon la présence ou non de facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). » [4]

4.1 Césarienne programmée

Un peu moins de la moitié des césariennes réalisées en France sont programmées. D'après les recommandations de la Haute autorité de santé de Janvier 2012, les indications de la césarienne programmée à terme sont les suivantes : utérus cicatriciel, grossesse gémellaire, présentation par le siège, macrosomie, transmission mère-enfant d'infections maternelles, indications de fréquence plus rare ou césarienne sur demande [5].

- **Utérus cicatriciel**

Un utérus est dit cicatriciel lorsqu'il comporte une ou plusieurs cicatrices dans le myomètre. Les femmes enceintes porteuses d'un utérus cicatriciel sont de plus en plus nombreuses étant donné l'augmentation du taux de césariennes dans les pays industrialisés ces dernières années. Cependant, un antécédent de césarienne ne suffit pas à poser l'indication de césarienne programmée. L'équipe médicale prend en compte l'éventuel déroulement d'un travail antérieur ainsi que le ressenti maternel par rapport à cette grossesse. La tentative de voie basse semble raisonnablement possible si la femme possède un utérus uni ou bi cicatriciel. Dans le cas d'une femme avec antécédent de trois césariennes ou plus, il est recommandé de proposer une césarienne programmée [5].

- **Grossesse gémellaire**

Spontanément, ces grossesses sont assez rares mais leur fréquence a considérablement augmenté suite à l'augmentation de la prise en charge de la stérilité féminine par certains traitements hormonaux ainsi que les fécondations in vitro [2]. De nature, la grossesse gémellaire se trouve associée à plus de risques qu'une grossesse monofœtale. Ces risques sont notamment une prématurité et un faible poids de naissance. De fait la césarienne avant travail est plus importante dans le cadre de ces grossesses. Cependant, les données ne permettent que très rarement de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre. En effet, la présentation du premier jumeau en céphalique n'est pas une indication de césarienne programmée, mais si celui-ci est en présentation du siège, les données ne permettent pas de se prononcer. Les études sont souvent contradictoires et il faut donc apprécier la situation au cas par cas, en prenant soin d'informer et de recueillir le ressenti et la motivation des parents pour cet accouchement [5].

- **Présentation par le siège**

La présentation par le siège correspond à la présence de l'extrémité pelvienne du fœtus en regard du détroit supérieur du bassin maternel. Le siège peut être complet si les membres inférieurs sont repliés « en tailleur » ou décomplété s'ils sont en extension et relevés devant le tronc fœtal. Le taux de présentation en siège lors d'un accouchement à terme d'un enfant unique se situe aux alentours de 3 à 5% des accouchements [5].

La seule présentation par le siège ne constitue pas une indication de césarienne programmée. Plusieurs critères sont à évaluer avant de prendre une décision. Ce sont

notamment une radiopelvimétrie normale, une absence de déflexion de la tête fœtale, une estimation pondérale entre 2500g et 3800g ainsi qu'une coopération de la patiente.

Dans le cas d'une césarienne programmée pour siège, une version par manœuvre externe doit être encouragée car elle permet d'augmenter le pourcentage de fœtus en présentation céphalique au moment de l'accouchement et donc de diminuer le nombre de césariennes [3].

Si l'indication de césarienne programmée persiste, il faut veiller à effectuer une échographie abdominale juste avant le passage au bloc pour vérifier de manière certaine la présentation.

Encore une fois, la communication avec la patiente est primordiale pour se mettre en accord et faire en sorte que l'accouchement corresponde au mieux aux attentes du couple.

- **Macrosomie**

La macrosomie fœtale correspond à un bébé dont le poids de naissance dépasse 4000g ou le 90ème percentile selon les courbes de référence. Elle concerne entre 5 et 10% des grossesses. Cependant l'évaluation du poids fœtal reste difficile à estimer malgré l'évolution des examens prénataux et il faut garder à l'esprit qu'une marge d'erreur subsiste [5].

La macrosomie constitue notamment une des complications du diabète maternel. D'après les recommandations pour la pratique clinique du CNGOF publiée en Décembre 2015, « Une césarienne devrait être réalisée avant travail en cas d'estimation de poids fœtal supérieure à 4 500 g chez la patiente diabétique (grade C), d'estimation de poids fœtal supérieure à 5 000 g chez la patiente non diabétique (grade C).

En cas d'antécédent de dystocie des épaules associée à des complications néonatales ou maternelles sévères, une césarienne pourra être envisagée à la grossesse suivante (accord professionnel). » [6]

- **Transmission mère-enfant d'infections maternelles**

Lorsque la mère est porteuse d'une infection susceptible de se transmettre au bébé lors du travail ou de l'accouchement, une césarienne programmée permet de réduire ce risque. C'est notamment le cas pour le virus de l'immunodéficience humaine ou l'herpès simplex

virus de type 1 ou 2. Une surveillance rapprochée de la charge virale maternelle permet une adaptation de la prise en charge. En effet, si une charge virale supérieure à 400 copies VIH/ml recommande une césarienne programmée, la discussion sera plus ouverte pour une charge virale comprise entre 50 et 400 copies VIH/ml [5].

En ce qui concerne une mono infection par le virus de l'hépatite C ou de l'hépatite B, une césarienne programmée n'est pas recommandée.

- **Indications de fréquence plus rare**

Il existe des situations plus rares et particulières pour lesquelles il faut adapter la prise en charge. Il peut s'agir par exemple d'un défaut de placentation, de malformations fœtales, d'une pathologie maternelle intercurrente ou de problèmes périnéaux.

Une discussion pluridisciplinaire, en fonction de la balance bénéfique/risque, est alors nécessaire pour évaluer si la césarienne programmée est préférable.

- **Césarienne sur demande**

La césarienne sur demande correspond à la situation où une femme enceinte souhaite une césarienne en l'absence d'indication médicale ou obstétricale. Cette demande pourrait être résumée par la formule « Un enfant si je veux, quand je veux et comme je veux » [3].

Les raisons d'une telle requête sont multiples. Certaines femmes redoutent les conséquences d'un accouchement par voie basse sur leur vie sexuelle et le fonctionnement de leurs sphincters. D'autres ne supportent pas psychologiquement le vécu de l'accouchement et préfèrent avoir leur bébé sans devoir agir de manière active. Enfin, c'est parfois simplement le côté pratique qui prend le dessus pour planifier la naissance de son enfant selon les contraintes d'organisation, permettant également d'éviter la peur de l'imprévu.

Cependant la demande maternelle ne constitue pas en soi une indication de césarienne. Il est important de rechercher les raisons de cette demande et de prendre le temps d'informer la patiente sur les risques d'une telle intervention.

4.2 Césarienne en urgence

La césarienne en urgence représente quasiment la moitié des césariennes. Dans deux tiers des cas la césarienne est effectuée avant le travail. Une césarienne en urgence peut être réalisée pour le bébé, pour la maman, ou après constatation de l'inefficacité du travail. L'urgence peut donc être réelle et vitale dans certains cas, et relative dans d'autres [7].

L'indication la plus fréquente de césarienne en urgence est l'hypoxie qui se traduit par une anomalie du rythme cardiaque fœtal. Dans d'autres cas elle peut être motivée par la présence d'un hématome rétro placentaire, une dystocie d'origine maternelle ou fœtale, une hémorragie en fin de grossesse ou une rupture utérine [7].

La dystocie se produit lorsque le travail ne progresse plus, que ce soit d'origine maternelle ou fœtale. Dans ce cas, une césarienne en urgence peut être réalisée lorsque l'on réalise que le travail n'aboutira pas à la naissance par voie basse [7].

5. Impact psychologique

5.1 De l'accouchement

La naissance se caractérise par la présence d'émotions contradictoires. C'est à la fois un début par la rencontre avec son enfant, et une fin par la séparation du corps de la mère. C'est la rencontre avec l'enfant « réel » qui peut être différent de l'enfant imaginé.

La femme doit alors accepter que l'unité qu'elle entretenait avec son enfant n'existe plus en tant que telle. L'enfant est maintenant « autre » et elle doit accepter la rencontre en établissant le contact.

Cette période peut être particulièrement angoissante pour la femme qui doit à la fois renoncer à la fusion avec son enfant, mais aussi à son couple tel qu'il était.

Lors de la naissance, la femme va sentir ressurgir ses peurs sur ses capacités à être mère. Pour que cette capacité prenne place dans son esprit elle doit d'abord « être capable » de donner naissance à son enfant [8].

C Bergeret-Amselek considère ainsi la naissance comme une « expérience limite » ou « expérience extrême » par laquelle « le condensé de toute la crise de la maternalité se solde par le détachement de l'enfant hors du corps ». La mère ne peut faire « marche arrière » et doit alors faire face à ses peurs [9].

L'accouchement permet à la femme de devenir mère. C'est un passage où la femme découvre son enfant mais se découvre également.

Dans ce contexte de sensibilité extrême, la charge affective est très forte. La vulnérabilité et la dépendance fragilisent d'autant plus les femmes [8]. Elles doivent accepter de renoncer temporairement à leur pudeur. Il faut être particulièrement attentif. Si dans la plupart des cas l'accouchement est vécu comme un accomplissement et un moment de bonheur intense, il se peut aussi que la femme ressente un vide et un sentiment d'échec.

Dans ce contexte, une situation imprévue sortant de la « normalité » peut être vécue de manière très intense par la femme et s'inscrire définitivement dans son esprit. Toutes les émotions de la femme sont en éveil et elle vit les événements d'autant plus profondément. Selon De Vallors M, « Toute situation exceptionnelle de par les circonstances et les réactions affectives qu'elle implique, entraîne un état « d'éveil » particulièrement propice à l'acquisition définitive par la mémoire des différents aspects de la situation que le sujet perçoit » [8].

5.2 De la césarienne

La difficulté majeure pour une femme bénéficiant d'une césarienne est le sentiment de ne pas avoir accouché. Dans une de ses études, Ryding montra que 75% des femmes ayant subi une césarienne la vivaient comme un événement traumatique. D'autre part, une revue des articles sur les conséquences psychosociales de la césarienne conclut que les femmes ont une perception plus négative de la naissance, d'elles-mêmes et de leur enfant, et qu'il existe plus de risques de troubles de l'humeur en post-partum [10,11].

La plupart des femmes rapportent après une césarienne leur vécu subjectif de « ne pas avoir accouché », ou leur impression de « non accouchement ». Les femmes ressentent un sentiment d'échec face à un accouchement où elles n'ont pas participé. Des corrélations entre accouchement par césarienne et troubles psychiques du post partum ont été mises en évidence dès 1981 par Jonquiere-Witchmann et Kendell [12,13]. Ces études ont été confirmées par une étude de Nott en 1987, puis par Thamassinou en 1988 dans une revue de la littérature [14]. Ces données sont également reprises et précisées par Dayan et ses collaborateurs en 1999 dans un ouvrage sur « la psychopathologie de la périnatalité ». Une étude de référence est celle de Thalassinou en 1993 qui étudie les scores d'anxiété et de dépression de façon précoce (au quatrième jour) et tardive (1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} mois) chez trois groupes de femmes : l'un ayant accouché spontanément par voie

basse, l'autre ayant subi une césarienne, le dernier ayant subi une intervention chirurgicale gynécologique hors grossesse. Il conclut que la césarienne augmente le risque de troubles anxio-dépressifs en post partum précoce [15].

La femme peut très mal vivre le sentiment de passivité lié à la césarienne. Elle se sent impuissante et incapable de participer à la naissance. Dans la plupart des cas, ce temps de passage est reconstitué grâce à l'entourage. Cependant chez certaines femmes, le sentiment d'avoir réalisé un bel accouchement est nécessaire pour se construire en tant que mère.

Une femme césarisée ne peut pas s'identifier aux accouchements vécus par sa mère ou sa grand-mère, ce qui peut lui faire ressentir un sentiment d'invalidité dans sa capacité maternelle. Le vécu de la césarienne dépend pour beaucoup de l'idéalisation par la femme de sa place dans son accouchement [16].

De plus, la douleur ainsi que toutes les sensations sont primordiales dans l'accouchement. « Ainsi, c'est dans la perception de la douleur que la femme se sent actrice de son accouchement et permet à l'évènement de prendre un sens » [17].

Par ailleurs, lors de l'extraction du bébé de l'utérus, certaines femmes ressentent une sensation d'arrachement, qui peut induire un effet traumatique [16].

L'accouchement a une valeur pédagogique. En dépassant ses limites, en luttant contre la douleur des contractions et en aidant cet enfant à travers le passage vers l'extérieur, la femme se sent fière d'avoir accompli son travail de mère. On comprend alors pourquoi les femmes césarisées ont du mal à établir le lien avec cet enfant qu'elles n'ont pas fait naître « elles-mêmes », qu'elles n'ont pas « sentie passer » [17]. Le passage par la filière pelvi-génitale semble jouer un rôle majeur dans l'expérience d'accouchement.

Ainsi, une étude de Ryding El et Wijma K démontre l'enjeu de la modalité d'accouchement sur le vécu des parturientes. Une césarienne est moins bien vécue qu'un accouchement par voie basse. Une césarienne programmée est vécue plus positivement qu'une césarienne en urgence. Les accouchements nécessitant une aide instrumentale sont de vécu plus négatif que les accouchements voie basse eutociques, mais ils sont vécus de façon moins négative qu'une césarienne. Dans les jours suivants l'accouchement, les parturientes ayant subi une césarienne en urgence sont plus sujettes à des troubles anxio-dépressifs que les patientes des autres groupes [18].

Cette étude confirme que le passage de l'enfant par les voies naturelles et les sensations ressenties lors de l'expulsion favorisent l'intégration de l'évènement par la patiente. Cette participation active de la femme dans son accouchement en améliore ainsi le vécu. C'est ici que l'accompagnement prend tout son sens.

D'après Dubernard et Distriquin, le contact avec la réalité, en cas de césarienne, serait moins décevant si l'information était donnée pendant la grossesse. Il est donc indispensable que l'équipe médicale puisse amener les parents à réfléchir sur un éventuel recours à la césarienne, pendant les consultations prénatales ou durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité [19].

6. Le lien mère-enfant

N'étant plus « dans » sa mère, la place de l'enfant est alors près d'elle afin de lui permettre de retrouver la sensation de continuité rompue à l'accouchement.

Le besoin d'attachement se traduit essentiellement par le besoin de contact. Selon D. Anzieu, le contact corporel et social rend possible des échanges de signes permettant une communication réciproque, où chacun se sent reconnu par l'autre. Winnicot va au-delà, considérant que la recherche du contact entre une mère et son enfant est un facteur essentiel du développement affectif, cognitif et social de ce dernier. Pour lui, tenir son enfant dans ses bras, est non seulement un geste d'amour, mais « c'est peut-être la seule manière dont une mère peut manifester à son enfant son amour pour lui » [20].

Lors du temps en salle de réveil, certaines femmes sont séparées de leur bébé. Pourtant c'est dans les quelques heures qui suivent l'accouchement que le bébé communique de façon très intense avec sa mère, notamment par le regard. Priver les femmes de ce moment privilégié revient à les priver d'une bonne mise en route de la relation mère enfant [21].

Les théories de l'attachement sont fondées par John Bowlby, René Spitz et René Zazzo dans le domaine du développement. Ainsi, d'après René Zazzo, la théorie de l'attachement se fonde sur : « La construction des premiers liens entre l'enfant et la mère répond à un besoin biologique fondamental : il s'agit d'un besoin primaire c'est-à-dire qui n'est dérivé d'aucun autre » [22].

D'autre part, Donal Winnicott, psychanalyste britannique, emploie le terme de *holding* pour parler de l'ensemble des soins que la mère donne à l'enfant afin de satisfaire ses besoins physiologiques spécifiques à sa sensibilité. Pour lui, l'aspect essentiel du

maintien est « le fait de tenir physiquement l'enfant. Le centre de gravité du nourrisson ne se situe pas dans son propre corps, mais entre lui et sa mère » [23].

Le Docteur Marc Piliot confirme cette idée puisque pour lui, c'est la mère qui va instaurer une continuité entre les deux mondes [24]. De plus, l'enfant est capable de reconnaître les sons entendus in utero comme la voix de sa mère ou de son père. Lui permettre de les entendre favoriserait donc un état de calme et d'apaisement [25].

Aussi, éviter une séparation mère-enfant permet de procéder à une tétée précoce et favoriser la mise en place de l'allaitement maternel. Dans un même temps, cela permet de stimuler la rétraction utérine. En effet, la césarienne programmée est un facteur d'échec de l'allaitement maternel, dont les bénéfices sur la santé de l'enfant sont bien connus [26].

Dans ses recherches en santé primale, Michel Odent montre que la césarienne peut avoir des conséquences sur la personnalité, notamment provoquer une « altération de la capacité d'aimer » [27]. Une fois encore une des conséquences directes de la césarienne serait de perturber la mise en place de la relation mère-enfant.

La césarienne semble donc être un obstacle réel à la rencontre mère-enfant. La séparation de cette unité est trop brutale et la femme ne se retrouve pas dans son rôle de mère. Le statut d'opérée prend le dessus sur celui d'accouchée. Elles ne sont pas capables physiquement de s'occuper de leur enfant dès sa naissance, ce qui crée un sentiment d'échec. Psychiquement, la culpabilité et le doute entravent alors l'instauration de l'attachement maternel primaire [28].

Le personnel soignant joue alors un rôle primordial puisqu'il est l'acteur au premier plan pour la création des conditions les plus favorables à l'instauration du lien. Il doit valoriser ces femmes et les conforter dans leur rôle de mère. Le contact doit être privilégié et la séparation évitée au maximum. Si celle-ci est nécessaire, le personnel doit s'attacher à rassurer la maman [29].

Pour Yves Halfon, le vécu du post partum immédiat serait plus péjoratif lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie basse [30].

En outre, la césarienne ne constitue pas une contre-indication au peau à peau mais en pratique il reste souvent difficile à mettre en place. Si tel est le cas, c'est ici que le rôle du père trouve tout son sens. Les équipes doivent proposer au papa de participer à ce moment

de rencontre primordial [31]. Cela permet de l'inclure dans le processus de naissance, ce qui est très important puisqu'il en est souvent exclu de par la césarienne.

Les pères sont plus présents dans le post-partum et prennent plus d'initiatives dans les soins de leur bébé. « Ainsi, la place de chaque parent auprès de l'enfant se trouve modifiée. Le père, prenant le relai et s'engageant activement dans la relation avec le bébé, a parfois du mal à laisser sa place à une mère qui va d'autant moins le revendiquer qu'elle se sent dévalorisée par le déroulement de l'accouchement » [16].

Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français en 2015 sont une mise à jour concernant le post partum. Elles privilégient le retrait de la sonde urinaire à demeure avant la douzième heure [4]. Cela permettrait aux femmes de se lever plus précocement et de pouvoir participer davantage aux soins de leur bébé.

7. Les sources d'informations

7.1 La réglementation

Notre système de soins s'inscrit dans une démarche constante d'amélioration de la qualité. Dans ce contexte, la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a été publiée au journal officiel du 17 août 2004. Elle a créé une Haute autorité de santé chargée de se prononcer sur l'efficacité thérapeutique des produits, des actes et des protocoles de soins [32]. La HAS veille donc à ce que les services délivrés correspondent aux services attendus, notamment au travers des recommandations de bonne pratique. La césarienne concernant un grand nombre de femme, elle est particulièrement concernée par ces dispositions.

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé dite « loi Kouchner » reconsidère la voix des usagers [33]. Elle a pour but de mieux répondre aux attentes des patients, de redéfinir le rôle essentiel des professionnels de santé et d'améliorer les droits des patients.

Cette loi a redéfini le rapport entre les professionnels de santé et les patients. Ces derniers sont davantage impliqués dans les décisions concernant leur santé et deviennent les principaux acteurs de leurs parcours de soins.

En ce qui concerne la naissance, les couples demandent une prise en charge personnalisée et une réelle qualité de soins, dans un moment très particulier de leurs vies. La satisfaction d'un patient peut être corrélée à son implication dans les décisions le concernant. Ecouter les femmes et prendre en compte leurs souhaits semble donc représenter un intérêt important, notamment en ce qui concerne les césariennes.

Pour la césarienne, comme pour tout geste chirurgical, la balance bénéfice/risque doit être considérée et expliquée à la patiente. Les recommandations pour la pratique clinique élaborées par le CNGOF en soulignent l'importance. « L'évolution actuelle de la relation médecin-patient s'engage vers un processus d'échanges où la patiente devient un acteur essentiel du choix, une fois qu'elle aurait été dûment et entièrement informée par l'obstétricien » [34].

Plus récemment, on retrouve la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, appelée loi HPST [35]. Elle introduit la notion de développement professionnel continu qui est un dispositif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. D'après l'article L.4153-1 du code de la santé publique, le DPC constitue une obligation pour les sages-femmes [36].

Le service de maternité de l'hôpital de Beaujon a effectué cette démarche en 2010 dans le cadre de sa certification. Deux études ont été réalisées portant sur l'« amélioration de la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en cas de césarienne programmée à l'hôpital Beaujon » [37].

Le 2 mars 2005, le décret n° 2005-213 a été établi, il est relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge [38]. Il permet de faire participer les usagers au fonctionnement des établissements de santé.

Le plan de périnatalité 2005-2007 inclut le projet de naissance. Son but est d'exprimer les souhaits des parents en ce qui concerne la naissance de leur enfant. Ce document écrit permet aux professionnels de prendre connaissance des souhaits du couple. Ce n'est pas un contrat mais une base d'échange. Cet outil, peu utilisé en France, devrait pourtant être favorisé dans le contexte de la césarienne programmée. Etablir un projet de naissance permet aux parents de se sentir plus actifs dans cet accouchement. Il permet également de

voir comment le couple se prépare à cet acte médical et dépister un manque d'information ou des appréhensions qui pourront alors être pris en charge [39].

Le patient est désormais acteur du système de santé. Les différentes réglementations visent à améliorer la qualité de la prise en charge. Les professionnels de santé se doivent de faire évoluer les pratiques, notamment à propos de la césarienne qui concerne de plus en plus de femmes.

7.2 La préparation à la naissance et à la parentalité

De par sa fréquence, la césarienne nécessite une information aussi claire et appropriée que pour un accouchement par voie basse.

La préparation à la naissance et à la parentalité semble être le lieu le plus propice à ces échanges. Cependant de nombreux couples mettent fin aux séances dès lors qu'ils apprennent que l'accouchement ne se fera pas par voie basse, considérant que cela ne les concerne plus.

Dans leurs travaux sur le stress et la grossesse, Molénat et Roegiers insistent sur l'importance de la création d'une relation de confiance entre la femme et l'équipe obstétricale dès la grossesse [40]. L'entretien prénatal précoce semble alors tout à fait approprié pour établir un premier dialogue permettant d'anticiper la naissance et d'accueillir l'enfant dans les meilleures conditions.

Les recommandations professionnelles de la HAS de 2005 concernant la préparation à la naissance et à la parentalité définissent les objectifs de l'entretien prénatal précoce [41]. Ils comprennent notamment une identification des besoins d'information et des compétences parentales à développer et à soutenir. Même si au stade de l'entretien l'indication de césarienne n'est souvent pas encore posée, il convient de repérer les femmes d'ores et déjà concernées.

Dans les objectifs des séances de PNP, il y a notamment les « autres modes d'intervention en cours de naissance (extraction instrumentale, césarienne) » et les soins pour la cicatrice de césarienne. On trouve également l'utilisation des ressources du système de soins comme le renvoi vers des brochures crédibles qui complètent l'information orale [42]. Ces objectifs concernent la césarienne, qui devrait donc être systématiquement abordée avec chaque femme durant sa grossesse.

Pour Hillan, une césarienne programmée serait mieux vécu que celle en urgence grâce notamment aux informations reçues en amont. Les professionnels de santé ainsi que la famille permettent à la femme de se projeter davantage dans ce mode d'accouchement [43].

Une enquête a été menée par la DRESS (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) en 2006 auprès des femmes en maternité. Elle a permis d'établir un état des lieux des attentes et de la satisfaction des femmes ayant accouché en France avant le plan de périnatalité [44].

Les femmes ont une perception très positive du suivi de leur grossesse et de la prise en charge de leur accouchement. Cependant, il semblerait que des progrès puissent être faits au niveau des conseils et de l'information. Cette enquête révèle « qu'en cas de césarienne (programmée ou non), une femme sur dix juge les informations fournies insuffisantes et une sur vingt inexistantes » [44].

Dans cette enquête, la part des femmes insatisfaites est multipliée par deux pour celles ayant subi une césarienne. Une attention toute particulière doit donc être portée à ces femmes, d'autant plus lorsque la césarienne est programmée et que cela laisse aux professionnels du temps pour informer et préparer la femme.

Dans la littérature, il ressort qu'il existe une certaine réticence des professionnels à aborder la césarienne, que ce soit en consultations ou en préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, le sujet est souvent évité, considérant que ça ne ferait que créer des angoisses inutiles. Il en découle une information très variablement reçue par les femmes en ce qui concerne la césarienne [16].

La césarienne reste une possibilité à laquelle il convient de préparer les parents pour éviter une déception si cela devait se produire. Délivrer l'information de manière systématique éviterait la désillusion de la naissance parfaite et permettrait aux parents de se construire au mieux quelque soient les éventualités [16].

Malgré un intérêt réel pour ces sujets, les études scientifiques n'ont jamais permis d'avoir des conclusions significatives et de formuler des recommandations pour la pratique clinique. La décision de césarienne est prise au cas par cas et ne doit pas induire un arrêt d'investissement dans les séances de PNP. L'entretien prénatal précoce doit également être proposé plus systématiquement. Aborder la césarienne pendant la grossesse de

manière sereine permet d'envisager cette éventualité sans dramatisation, favorisant ainsi la sécurité du couple [16].

La sage-femme possède un rôle essentiel dans le processus du « devenir parents ». Les cours de PNP doivent permettre de dissiper les mythes qui entourent la parentalité, permettant aux parents de réaliser davantage la réalité de leur nouveau rôle [45].

7.3 L'association Césarine

L'association Césarine, créée en 2005, est une association de parents qui ont été confrontés à la naissance par césarienne [46]. Elle s'adresse aussi bien aux parents qu'aux professionnels de santé. Elle permet de trouver un lieu d'échanges, de soutien mais aussi d'information. Pour cela elle utilise différents outils, dont une enquête, présentant un état des lieux du vécu des patientes.

Cette enquête sur le vécu des césariennes en France est disponible en ligne sur le site de Césarine. Cependant, les parents doivent visiter le site pour répondre au questionnaire, ce qui engendre d'emblée un biais.

Les résultats avancent d'abord une différence significative entre les vécus physiques et psychologiques de la césarienne. Ainsi, sur 12 301 réponses, les résultats de l'enquête montrent que la naissance par césarienne a été plutôt bien vécue physiquement par 40,76% des mères, même très bien vécue pour 19,59% d'entre elles. L'expérience s'est révélée physiquement difficile dans 39,64% des cas. Ce chiffre s'élève par contre à 59,8% dès qu'il est question du vécu psychologique. Les expériences plutôt positives ou tout à fait positives ne concernent plus que 40,2% des césariennes [47].

D'après la même étude, sur 12 301 femmes césarisées, hors contexte d'urgence vitale pour le nouveau-né, 81,78% des femmes ayant répondu au questionnaire auraient vu leur enfant pour la première fois au bloc opératoire, mais seulement 37,48 % auraient eu un contact physique avec leur enfant [47].

A chaque étape de la prise en charge, l'accompagnement semble très important afin de réduire les expériences négatives. Dès l'annonce de la césarienne jusqu'aux jours qui suivent la naissance, les parents ont besoin d'une information adaptée, afin de pouvoir vivre la grossesse et l'accouchement le plus sereinement possible. Cependant, ces informations ne semblent pas toujours suffisantes. Les réponses de l'enquête montrent ainsi que dans 24,28% des cas, les parents ont jugé insuffisante l'information reçue sur

les raisons de la césarienne. 23,19% disent avoir reçu « un peu d'information ». Seuls 52,52 % ont donc été satisfaits des informations données. Le déroulement de l'opération, quant à lui, ne leur a pas été expliqué dans 18,42% des cas ou très peu pour 24,32% [47].

L'étude que nous avons réalisée s'intéresse à l'information reçue par les femmes bénéficiant d'une césarienne programmée.

**POPULATION ET
METHODE**

1. Objectifs et critères de jugement de l'étude

1.1 Objectif principal

L'objectif principal était l'évaluation de la satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée.

1.2 Objectif secondaire

L'objectif secondaire était l'étude de l'influence du type de préparation à la naissance et à la parentalité sur les informations reçues en anténatal à propos de la césarienne.

2. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude qualitative de type descriptive transversale.

3. Durée de l'étude

Cette étude s'est déroulée du 14 Septembre 2015 au 15 Février 2016, sur une durée de cinq mois.

4. Lieu de l'étude

Cette étude s'est concentrée sur une maternité de type 3 de la région Auvergne.

5. Population cible

La population cible de l'étude était définie par l'ensemble des femmes primipares ayant bénéficié d'une césarienne programmée à cette même maternité de type 3 de la région Auvergne.

6. Population source

La population source de l'étude était définie par l'ensemble des femmes primipares ayant bénéficié d'une césarienne programmée à la maternité de type 3 de la région Auvergne pendant la durée de l'étude.

7. Critères de sélection des sujets

7.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- être une primipare
- accoucher d'un enfant vivant en bonne santé

- bénéficiaire d'une césarienne programmée pour présentation du siège, disproportion fœto-pelvienne, grossesse gémellaire, placenta prævia ou contre-indication maternelle aux efforts expulsifs
- bénéficiaire d'une anesthésie locorégionale (être consciente pendant l'intervention)
- parler et comprendre le Français

7.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants:

- bénéficiaire d'une césarienne programmée pour pathologie fœtale
- donner naissance à un enfant nécessitant une hospitalisation en service de néonatalogie
- bénéficiaire d'une césarienne dans un contexte d'urgence médicale
- bénéficiaire d'une césarienne sur demande

8. Le recueil et l'analyse des données

Afin de répondre aux l'objectifs de l'étude, des entretiens individuels semi directifs ont été effectués. En effet, ce type d'entretien laissait libre cours aux choix de réponse des enquêtées, avec leurs mots et des détails faisant sens selon elles. Cette méthode a permis l'étonnement et ouvert le questionnement. Tous ces éléments semblaient essentiels pour évaluer une satisfaction, reflet du vécu et du ressenti des patientes.

Pour réaliser cette étude il a été élaboré une grille d'entretien (Annexe III). Celle-ci abordait notamment la satisfaction et les informations reçues sur les différentes périodes de la prise en charge : avant l'arrivée dans le service, à l'arrivée, pendant l'intervention et en suites de couches.

Une fois les entretiens réalisés, une retranscription intégrale des propos recueillis, sur support informatique, a été effectuée. Afin d'être le plus objectif possible, la discussion a été saisie mot pour mot, sans correction ni reformulation. Les messages infra verbaux tels que les hésitations, les silences et les rires ont également été notés.

Les thèmes et les catégories dégagés en amont (analyse descendante) ont servi à découper le contenu de l'entretien et y ont été ajouté les nouvelles catégories présentées par l'enquêtée (analyse ascendante).

Puis il a été réalisé une analyse verticale individuelle de chaque entretien afin de voir la diversité des thèmes abordés, leur récurrence, leur approfondissement et la dynamique de construction de l'entretien.

Nous avons ensuite analysé le contenu des entretiens dialogiques pour identifier les différences et les ressemblances entre les discours des enquêtées. Le but étant de découper et de classer les unités de signification pour aboutir à une interprétation [48].

Enfin, une analyse horizontale a permis de mettre en perspective l'ensemble des entretiens pour une analyse finale des données par rapport à l'objectif de recherche.

9. Aspects éthique et règlementaire

L'autorisation du médecin chef du pôle femme et enfant et de la sage-femme coordonnatrice du pôle femme et enfant ont été recueillies par écrit après présentation de l'étude et de sa méthode.

Avant chaque entretien, les modalités en termes de confidentialité ont été exposées. Le consentement a été recueilli grâce à formulaire de consentement (Annexe II) après don et lecture d'une lettre d'information (Annexe I).

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, transférés sur ordinateur et retranscrits intégralement. Dans le respect de l'anonymat des patientes, leur nom n'a jamais été cité.

RESULTATS

Dans cette partie, l'échantillon étudié a tout d'abord été décrit. Le profil des patientes interrogées a été brièvement présenté ainsi que les détails spécifiques de l'enquête.

Dans un deuxième temps une analyse des résultats a été effectuée, développant les thèmes abordés au cours des entretiens.

1. Description de la population.

Les entretiens ont été réalisés entre le 14 Septembre 2015 et le 15 Février 2016, soit sur une période de cinq mois. Sur ces cinq mois, soixante-quinze césariennes étaient programmées, mais un peu moins d'un tiers concernaient des primipares. Aussi, parmi les primipares, seulement dix-sept répondaient à nos critères d'inclusion et d'exclusion.

En tout, quinze femmes ont été sollicitées, trois d'entre elles ont refusé évoquant une fatigue importante et un manque de temps. Les douze autres ont accepté de participer à l'étude. Elles ont toutes été interrogées dans leur chambre, en suites de couches, entre le deuxième et le troisième jour du post-partum. Les entretiens ont duré de 12 à 34 minutes. Au total, l'ensemble des entretiens représentait environ 245 minutes d'enregistrement audio soit 67 pages de retranscription intégrale et une moyenne de 5,6 pages par patiente.

Le profil des femmes était assez varié avec une moyenne d'âge à 30,3 ans et des extrêmes à 27 et 36 ans.

Une des femmes a accouché d'une grossesse gémellaire, les autres grossesses étaient singleton.

L'indication de la césarienne était une présentation du siège après échec ou refus de version par manœuvres externes pour neuf des femmes.

Deux femmes présentaient un placenta ou des vaisseaux prævia et une possédait un utérus cicatriciel après myomectomies multiples.

Tableau I : Indications des césariennes programmées de la population de l'étude

	Age	Indication de césarienne	Précisions
Madame A	33	Siège	Echec VME*
Madame B	36	Placenta prævia	
Madame C	31	Siège	Echec VME
Madame D	32	Vaisseaux prævia	
Madame E	27	Siège	Echec VME
Madame F	29	Grossesse gémellaire	Siège x2
Madame G	28	Siège	Refus VME
Madame H	29	Siège	Echec VME
Madame I	31	Utérus cicatriciel	Myomectomies
Madame J	29	Siège	Refus VME
Madame K	29	Siège	Echec VME
Madame L	30	Siège	Echec VME

* version par manœuvres externes

2. Analyse des résultats.

Les réponses des femmes enquêtées pour cette étude nous ont renseignées sur leur vécu par rapport à la prise en charge de leur césarienne programmée. Nous avons analysé les thèmes les plus récurrents et pertinents pour cette étude.

2.1 Concernant la période avant l'hospitalisation.

2.1.1 Préparation à la naissance et à la parentalité.

Toutes les femmes interrogées avaient suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Quatre d'entre elles avaient bénéficié de séances individuelles, pour les autres c'était des séances en groupe.

Parmi les huit femmes ayant fait une préparation en groupe, trois avaient cessé de se rendre aux séances après l'annonce de la césarienne. Pour Madame A « *J'ai suivi les premières et quand j'ai su que ça allait être une césarienne il y en a que je n'ai pas suivies. [...] Préparation à la douleur, ben, il y avait une heure ça servait à rien.* ».

Pour les femmes ayant assisté à toutes leurs séances en groupe, elles étaient d'accord sur leur intérêt limité en cas de césarienne programmée.

Madame C s'amuse à décrire les séances : « *qui m'ont servies à rien du coup. C'était plutôt des préparations à l'accouchement par voie basse donc du coup vu que j'ai eu la césarienne...* ».

Les dames A, C, G, H, J et K soulignent qu'elles n'avaient pas eu de séance de préparation et d'information sur la césarienne.

Madame G nous a expliqué que « *Dans les cours de préparation on avait pas du tout abordé la césarienne. Alors peut-être parce que ça peut faire peur mais du coup je pense que ça serait pas mal que des fois ils en parlent. On était six ou cinq. La césarienne elle a dit que c'était un cas qui était possible mais après on en a pas plus parlé, la césarienne programmée encore moins !* ».

De même pour Madame K « *Non, on n'a pas parlé de la césarienne ou très brièvement puisque au bout d'un certain moment je commençais à me douter que mon bébé risquait d'avoir du mal à se retourner donc j'en avais parlé à la sage-femme et des fois quand on parlait de l'accouchement ou de choses comme ça elle faisait un petit lien pour moi sur la césarienne mais c'était très bref.* ».

Les dames E, F, I et L, pour qui les séances étaient individuelles, ont reçu des explications naturellement plus adaptées avec une meilleure satisfaction. « *Ma sage-femme m'avait très bien expliqué en prépa à l'accouchement comment ça allait se passer tout ça quoi. En fait c'était des séances individuelles donc ça c'est très bien.* ». Les femmes étaient alors plus à l'aise pour poser leurs questions et exprimer leurs peurs comme Madame I « *On a parlé de la césarienne en général, comment ça allait se passer, mes questions, les appréhensions les choses comme ça.* ».

A partir de ces extraits d'entretiens, on peut déduire qu'il existe une grande différence d'information par rapport à la césarienne entre le suivi individuel et en groupe.

Effectivement, lors des séances en groupe aucune des femmes n'avait reçu d'informations à ce propos. De plus, ces dernières n'osaient pas poser leurs questions, se sentant les seules concernées. Les commentaires étaient souvent similaires, avec une sensation d'inutilité de ces séances. Certaines d'entre elles se sentaient alors davantage concernées

par des séances de yoga ou de sophrologie, pour apprendre à gérer leurs angoisses. En effet, le sentiment de stress était ressorti chez huit femmes sur douze, justifié par l'appréhension de l'opération et de la rencontre avec l'enfant. Madame E nous a expliqué que « *On sait bien que c'est programmé du coup donc on le voit venir. C'est pas comme un accouchement où on perd les eaux, on a les contractions puis allez on y va, on n'a pas le temps de trop cogiter on va dire. Que là comme c'était programmé c'est un petit peu d'angoisse aussi puis bon ça reste une opération [...]* ».

Certaines des femmes interrogées avaient, quant à elles, dû cesser leurs séances car elles devaient se faire hospitaliser comme les dames B et D qui présentaient un placenta prævia.

2.1.2 La décision de césarienne

Toutes les femmes ont su exprimer clairement l'indication de leur césarienne.

En ce qui concerne les cas où le siège était l'indication, la décision avait toujours été prise au moment de l'échec de la version par manœuvre externe ou lors du refus de cette version. Cette décision arrivait donc en général aux alentours de 37 semaines d'aménorrhée. C'était le cas de Madame E « *Elle s'est prise en fait à 37 semaines. Ils ont essayé de me faire la version qui n'a pas marché, quarante-huit heures après je suis revenue à l'hôpital pour voir si tout allait bien pour moi, mon bébé et du coup c'est vrai qu'à ce moment-là avec le docteur on en a parlé, suivant la radio du bassin tout ça, que ça passerait mais que si on avançait trop dans les semaines on programmerait. Après moi j'ai pris ma décision* » ou de Madame J pour qui cette décision s'était prise « *il y a même pas deux semaines* ».

Pour toutes ces femmes, la notion de choix entre césarienne et voie basse était bien comprise. Par exemple Madame A soulignait « *C'est nous qui avons pris la décision* » et Madame E disait également « *Après moi j'ai pris ma décision.* ». Madame L disait aussi que « *au moment de la version on avait déjà eu la décision à prendre si moi je voulais accoucher en siège ou impérativement par césarienne.* ».

Cependant, les deux femmes ayant refusé la VME avaient ressenties un manque d'information, et un discours notamment centré sur les risques liés à la césarienne.

Madame G nous a expliqué « *J'ai pas vraiment reçu d'informations, en fait ils m'ont plus orienté vers les massages la version et finalement avec mon mari on a réfléchi et on a décidé de pas le faire et de laisser faire les choses jusqu'au dernier moment. Et du coup*

après on a fait l'échographie, on a vu qu'elle était toujours en position de siège et c'est là qu'on a décidé d'avoir la césarienne mais sans avoir trop d'infos sur la césarienne pour autant. Ils nous ont parlé des risques mais après je savais pas où est-ce qu'ils allaient ouvrir et cetera, mais par contre tous les risques ils nous en avaient parlé quoi. A ce moment-là j'ai trouvé les infos plutôt insuffisantes. ».

On a retrouvé ce discours chez Madame J « Ils m'ont dit que ça serai bien si je faisais la voie basse, [...]. Et ils m'ont dit que (rires) c'était terrible en fait. Ils m'ont dit aussi que la césarienne c'est pas très bien pour toi, c'est pas bien pour le bébé, ouais et finalement ... [...]Moi j'ai pas aimé l'explication en fait. Parce que c'était très pessimiste. [...] J'avais l'impression que je vais mourir parce que [...] ils m'ont dit que la césarienne peut-être on va couper l'estomac avec ou bien je sais pas quoi (rires) et les intestins. Et peut-être votre fille elle sera blessée... Ils m'ont parlé que de trucs qui sont très moches vous voyez. Et donc j'ai pas aimé l'explication pas du tout. ».

Pour les sept autres femmes dont l'indication était également la présentation du siège, mais après un échec de la VME ou pour la grossesse gémellaire, les explications étaient toujours jugées beaucoup plus positivement. En effet les dames A, C, E, F, H, K et L ont toutes trouvé que « ça paraissait clair ». Madame K a dit que « Sur le coup j'ai jugé que c'était suffisant et en fait après en rentrant je me suis aperçu que j'avais plus de questions. ».

Les femmes pour lesquelles le placenta était bas inséré ont eu l'annonce de l'indication de césarienne au moment de la découverte, c'est-à-dire après une consultation. Cependant la notion de rapidité était également présente puisque Madame B exprimait que cette décision s'était prise « Pile au dernier moment » et Madame D elle nous disait « J'ai saigné donc ils ont fixé une date direct ». En ce qui concerne les informations, Madame D était surprise en nous disant « J'ai rien reçu du tout. Le placenta était bas et si je dépassais le terme c'était risqué pour le bébé du coup ils m'ont dit qu'il fallait programmer. Ils m'ont rien dit d'autre. ».

Pour Madame I ayant eu des fibromes enlevés par coelioscopie, « la décision s'est imposée dès le début ». Dans son cas, c'est un professeur qui lui a annoncé. Elle semblait satisfaite de sa prise en charge puisqu'elle nous disait que « il m'a expliqué un peu dans les grandes lignes on va dire mais sinon le détail c'est vraiment la sage-femme qui m'a expliqué. C'était suffisant vu que j'étais suivi en plus il y avait pas besoin. ».

Cinq femmes sur douze se souvenaient avoir reçu un papier d'information sur la césarienne programmée. Trois d'entre elles ont dit l'avoir trouvé utile, « *même un peu trop sur certains trucs* » selon Madame C, « *Ça m'a fait un peu peur sur le moment donc j'ai fait abstraction de ce qui m'a fait peur, j'ai pris en compte ce qui m'aiderais.* ». Madame H quant à elle nous disait « *Je l'ai trouvé utile parce que pour le papa aussi qui était là mais lui il avait des questions qui pensait pas forcément à ce moment-là et après en relisant le papier il a dit ah oui c'est vrai, voilà.* ».

Lorsqu'on leur demande si certaines de leurs questions étaient restées sans réponses, huit femmes sur douze nous disaient qu'il n'y en avait aucune, comme Madame I « *J'ai posé pleins de questions j'ai eu toutes les réponses.* ».

Pour les femmes A, D, G et K des questions comme « *Comment ça allait se passer le jour J quoi. Au niveau de l'anesthésie, ou est-ce qu'ils allaient ouvrir, comment est-ce qu'ils allaient faire pour sortir le bébé et cetera. Je ne savais pas trop.* » se sont posées.

Madame A se questionnait sur « *l'allaitement et la césarienne ou la contraception après et la césarienne. Des choses qu'on m'avait dites du coup qui étaient remises en question et ça avait provoqué d'autres questions.* ».

2.1.3 Les informations extérieures

Malgré cela, une seule femme déclarait ne pas avoir recherché d'informations complémentaires.

Quatre femmes disaient s'être adressées à leur sage-femme libérale, comme Madame F « *les questions qui sont venues je les ai posé à la sage-femme parce que je la voyais régulièrement.* ».

Trois femmes s'étaient renseignée sur internet, mais pour la plupart elles préféraient éviter cette source d'information, comme Madame C « *Pas d'internet parce qu'il y a tellement de trucs sur internet que voilà...* » et Madame L « *Internet non je me suis interdite toute la grossesse d'aller dessus donc c'est un truc auquel je me suis tenue.* ». Madame K nous signalait que « *sur internet quand j'étais enceinte j'étais abonnée à un truc où je recevais toutes les semaines ce qu'il se passait, et par contre vers la fin je me disais ils sont rigolos ils parlent pas du tout de césarienne quoi. [...] ils parlent jamais des bébés qui sont pas retournés. Pour eux les bébés ils ont tous la tête en bas, je me suis fait la réflexion.* ».

En ce qui concerne Madame D, en hospitalisation, elle s'était adressée directement aux sages-femmes du service afin d'en savoir d'avantage sur le déroulement de la césarienne.

En revanche, la famille et les amis ressortaient dans neuf discours sur douze comme source d'informations. Comme nous expliquait Madame E « *C'est peut-être des petites questions un peu plus personnelles que du coup comme c'est la famille on se gêne pas pour les poser.* ».

2.1.4 La satisfaction

Pour la période avant l'hospitalisation, concernant notamment l'annonce de la césarienne et les informations reçues, la satisfaction des femmes était très variable. Sur une échelle de 0 à 10, la satisfaction allait de 3 à 10 avec une moyenne de 7,7 pour les douze femmes. Cette moyenne était la plus faible de notre étude à égalité avec la satisfaction concernant les suites de couches.

Neuf femmes sur douze étaient globalement satisfaites avec des notes qui variaient entre 7,5 et 10 (Mesdames A, B, C, E, F, H, I, K et L) comme Madame I « *Franchement j'ai été bien orientée j'ai eu toutes les réponses à mes questions, je vais dire 8. Juste pour pas dire 10 quoi (rires) voilà c'est juste ça.* ».

Concernant le ressenti de Madame J ayant refusé la VME ; « *L'annonce de la césarienne avec l'explication que j'ai eu ici, j'ai pas du tout aimé je dis 3 et ça c'est bien 3 avec le stress que j'ai eu.* ». Etant d'origine Maghrébine, elle nous expliquait que « *En général j'ai trouvé que là en France vous expliquez les trucs qui sont très justes ok mais vous parlez des trucs qui sont pessimistes, qui sont dangereux vous voyez. Chez nous c'est pas pareil en fait, ils parlent des trucs qui sont mal mais ils parlent des trucs qui sont bien en même temps.* ».

La note de 6 avait été attribuée par Madame G qui avait également refusé la VME.

Madame D avait été hospitalisée rapidement pour un placenta prævia et avait également une satisfaction mitigée, elle nous disait « *Je dirais la moitié. J'aurais aimé avoir plus d'informations sur le déroulement, pour tout, chaque personne disait la version différente et tu sais pas qui dit la vérité donc c'est pour ça je dis la moitié.* ».

2.2 Concernant l'arrivée en service de suites de couches

2.2.1 L'arrivée

Pour toutes les femmes, l'accueil dans le service s'était bien passé. « *Parfait, les sages-femmes très gentilles* » dit Madame L.

Les dames C et G s'étaient présentées d'abord aux urgences obstétrique, ayant reçu l'information qu'une échographie devait être réalisée pour vérifier la présentation fœtale. Madame G expliquait que « *en fait la maternité ici nous attendait directement à 5 heures donc ils nous ont cherché partout pendant une heure à peu près.* ».

Pour Madame H, le service n'avait pas conscience de son arrivée. « *Personne savait que j'étais là. [...]. Personne est venu dans la chambre et avec mon mari à un moment on est sortis et on fait bonjour (rires) on est arrivés depuis 4 heures et demi – ah bah on vous cherche partout- voilà.* »

Seule Madame K avait émis des réticences quant à son entrée dans le service, trop tôt pour elle. « *Quand je suis arrivée bah c'était long. J'ai trouvé que d'être convoqué à seize heures. Par exemple ma belle-sœur elle me dit, enfin elle est pas d'ici donc c'est pas du tout la même prise en charge, elle me dit bah moi j'avais rendez-vous à vingt heures. Alors je me suis dit ah bah je sais pas peut être qu'ils vont me faire des choses. Mais en fait ils ont fait des choses mais pas au point d'être occupée.* »

Les attentes des femmes étaient généralement d'être prises en charge rapidement et rassurées. « *Qu'on m'accueille et qu'on m'explique les étapes qui allaient suivre* » pour Madame C, « *Qu'on arrive à me soulager, enfin non pas me soulager non à ce que je stress moins en fait voilà, à me canaliser, à me rassurer calmer mon stress et tout* » pour Madame H, et « *Etre rassurée c'est ce que j'avais besoin* » nous disait Madame J.

Toutes les femmes interrogées avaient compris l'intérêt des actes réalisés à ce moment-là. Comme Madame K pour qui « *le monitoring et tout non c'est quand même bien expliqué* » ou Madame J « *tout était expliqué* ».

2.2.2 Les explications

Les informations reçues portaient notamment sur les horaires, la douche à la Bétadine, les bas de contention, le jeûne et l'échographie de contrôle. Par exemple Madame A expliquait « *On m'a bien dit comment ça allait se dérouler au moins au niveau horaires*

à peu près s'il n'y avait pas d'urgences » ainsi que Madame D « ils m'ont préparé pour la douche et tout le bazar, la piqûre, faut arrêter de manger à minuit, ça c'était tout programmé les infos étaient parfaites. ».

Toutes les femmes avaient estimé avoir reçu assez d'informations sur cette période comme Madame F « *C'était pas nécessaire que j'ai plus d'infos* », Madame H « *J'aurais pas aimé avoir plus d'informations ça suffit. Trop d'informations tuent l'information* » ou Madame L « *Non ça suffisait l'essentiel était dit* ».

2.2.3 La satisfaction

En ce qui concerne l'accueil dans le service, la satisfaction était assez homogène. Sur une échelle de 0 à 10 la satisfaction variait de 7 à 10 avec une moyenne de 8,9 sur les douze femmes.

Onze femmes sur douze étaient plutôt satisfaites avec des notes entre 8 et 10.

Même Madame H qui avait été « oubliée » dit « *Oh bah, après non très bien je peux dire, à part le fait que personne..., on va dire 10 mais après elles ont rattrapé le coup et tout, on a papoté. Petit manque de communication.* ».

Madame I avait également un ressenti positif de cet arrivée « *Je vais dire 8 aussi parce que on pouvait pas faire mieux je veux dire l'accueil a été ok, les questions enfin elles m'ont expliqué en général globalement comment ça allait se passer donc je dirai 8* ».

Une seule femme a donné une note inférieure à 8. En effet Madame K avait évalué sa satisfaction à 7 car « *le problème c'est d'arriver si tôt mais bon ça il y a pas le choix je pense c'est comme ça* ».

2.3 Concernant l'accouchement

2.3.1 Les explications sur le déroulement

Toutes les femmes avaient été informées du déroulement de la césarienne. « *Ils ont vraiment tout expliqué, pas dans les détails parce que voilà mais ils ont vraiment tout expliqué de A à Z ce qu'il se passait sur le moment* » pour Madame C et « *pendant l'intervention ils m'ont demandé si je voulais savoir au fur et à mesure des étapes si je voulais savoir un peu ce qu'ils me faisaient à tel moment alors j'ai dit oui* » pour Madame E.

Madame K confirmait « à la fois j'avais des questions et à la fois les questions que j'avaient pas enfin on m'expliquait tout donc il y a des choses auxquelles j'avais pas pensé et on m'en parlait aussi donc c'était complet ».

Aucune question n'était restée sans réponse pour les femmes interrogées. Madame I nous expliquait ironiquement « *Vraiment aucunes parce que j'ai posé vraiment toutes les questions des fois je me disais mais je vais peut-être les emmerder mais en fait non je posais toutes les questions.* ».

Madame K était également ravie de la prise en charge, « *vraiment il y avait beaucoup de monde mais à partir du moment où je suis descendue chaque personne qui venait se présentait, [...]. Enfin ils étaient vraiment gentil moi j'ai trouvé qu'ils étaient vraiment gentil les gens, franchement j'étais contente.* » Elle précisait même que « *Après pendant la césarienne en elle-même je voyais pas mais il y avait une auxiliaire, je crois que c'était une auxiliaire qui m'expliquait tout ce qui se passait de l'autre côté et j'ai trouvé ça vraiment sympa enfin voilà.* ».

2.3.2 La présence du père

Seule une femme sur douze a pu être accompagnée par son conjoint durant la césarienne. Il s'agit de Madame F qui présentait une grossesse gémellaire. « *Il était vers la tête jusqu'à ce que les filles arrivent, après il est parti et il est revenu avec elles en fin d'intervention.* »

Madame E avait été déçue car « *malheureusement le papa n'est pas venu. Parce qu'en fait le médecin qui devait m'opérer avait eu une nuit très très difficile et du coup c'est un de ses collègues qui a pris le relais et ce collègue ne souhaitait pas qu'il y ait le papa. Donc au dernier moment je l'ai pas vu donc je me suis dit que c'est que ça avait pas été possible. Mais on m'a rien dit du tout non plus donc j'étais un peu surprise sur le coup. Bon bah j'ai vu qu'il n'était pas là donc voilà. Mais bon après ça a été parce que c'est vrai qu'en 5 minutes c'est fait. C'est la préparation qui est un peu longue et le temps qu'ils recousent tout ça. Mais ça va je l'ai pas mal vécu parce que c'est tellement rapide.* ».

Madame L regrettait également. « *Mon ami était pas là c'est le seul truc j'aurais bien voulu qu'on vive ça tous les deux.* »

Madame H avait également trouvé dommage de ne pas pouvoir être accompagnée, mais s'était finalement bien faite à l'idée. *« J'ai trouvé ça dommage par contre. Mais après d'un côté en y réfléchissant après c'est pas plus mal parce que bon on voit la personne enfin la mère de son enfant dans une situation pas facile. D'un côté oui après bon le fait qu'il soit à l'écart en train d'attendre et tout c'est vrai que voilà on trouve ça dommage. »*

Pour Madame I *« vu qu'il y avait du monde et tout le monde m'expliquait un peu ce qu'il faisait enfin ce qu'il se passait, il y avait pas forcément besoin qu'il soit là. De toute façon dès que ça a été fini j'ai été dans la salle de réveil juste à côté et il est venu dans les cinq minutes donc... »*.

En ce qui concerne Madame K, elle avait regretté jusqu'au bout l'absence de son conjoint, *« on avait demandé par exemple si le papa allait pouvoir venir et tout. On savait bien que non on était prévenus au moins on a essayé jusqu'au bout (rires) »*. C'est un point auquel elle accordait une très grande importance.

2.3.3 Le ressenti

Madame A s'était inquiétée du nombre de personne dans la pièce. *« La seule question qui est restée sans réponse c'était de savoir combien il y avait de personnes, je ne sais pas pourquoi ça m'inquiétait, dans la salle et j'ai jamais su. Et c'est bizarre parce que je pense qu'il y a beaucoup de monde forcément, au moins dix à mon avis sur les voix et les personnes que j'ai vu passer moi j'ai compté onze. C'est bizarre parce que vraiment on ne voit rien. »*

De la même manière, les dames E, G, I, K et L avaient trouvé qu'il y avait beaucoup de personnel.

« Il y a beaucoup de monde ça m'a surprise d'ailleurs, il y avait dix personnes. Ils se sont un peu présentés chacun leur tour, leur rôle tout ça. Je ne pensais pas qu'il y aurait autant de monde. »

« [...] il y avait tout le monde qui arrivait mais après chacun expliquait son rôle et je voyais voilà qu'ils expliquaient ce qu'ils faisaient, [...] donc ça a été. »

« Quand je me suis retrouvée assise et je les voyais tous là il y avait les internes qui étaient avec leurs ciseaux, derrière mon dos il y avait les anesthésistes qui préparaient

les piqûres, après il y avait les auxiliaires qui mettaient des trucs sur la pompe. Là je me suis dit c'est vraiment un gros truc qui m'attend. »

Pour Mesdames A, H et L, c'est la bonne ambiance régnant au bloc qui était ressortie. *« Moi j'écoutais les conversations des vacances de tout c'était vachement rigolo », « ça rigolait dans tous les sens », « franchement, il manquait plus qu'un cocktail et des chips quoi (rires) et non je me suis marrée, bon j'étais super stressée mais franchement j'en garde un super souvenir parce que c'était que des jeunes et ils disaient que des conneries. »*

Cependant pour Madame A *« c'est pendant le temps de recoudre que c'est long et on a le temps de réfléchir », « ça paraît long parce qu'on a vu le bébé et ils l'ont pris à l'autre bout du couloir ».*

Madame D trouvait que *« c'est un peu bizarre au niveau des sensations, on est pas mal secouées tout ça mais bon après ça va. Je l'ai pas mal vécu ».* Madame J nous disait qu' *« on ressent tout ce qu'on fait mais en même temps il y a pas de douleur ».*

2.3.4 L'accompagnement par le personnel

Les femmes ont toutes été très satisfaites de l'accompagnement par le personnel.

Pour Madame B par exemple *« Bien, c'était bien. Ils m'ont bien accueilli, ils m'ont bien expliqué à quoi servait ce qu'ils me faisaient comme actes »* ou encore Madame C *« Super bien franchement. Qu'elles ne changent rien. Après je ne sais pas si elles avaient l'habitude de travailler toutes ensemble ou pas mais elles étaient assez organisées ».*

Madame H était même surprise *« C'était vraiment bien même après, même pendant, que ce soit hommes, femmes j'ai été voilà agréablement surprise parce que même les hommes sont très attentionnés ».*

Madame L s'imaginait une tout autre prise en charge et elle a été agréablement surprise par l'attention du personnel. *« Ouais nickel je m'attendais pas à ça. [...] je me suis sentie centre du monde et du coup ça m'a, ça m'a fait plaisir. [...] j'ai trouvé ça super humain quoi. » « Je me suis sentie considérée non c'était bien. Le monde m'a pas gêné parce que c'était cool quoi. »*

2.3.5 Les premiers contacts avec le bébé

Dix femmes sur douze avaient eu un contact visuel avec leur enfant dès la naissance.

Comme Madame C « *Quand ils l'ont sortie ils ont vu qu'elle avait le temps de me voir donc ils me l'ont présenté* » ou Madame D « *A la naissance je l'ai entendu crier, ils me l'ont montré rapidement et hop ils l'ont emmené direct.* ».

Madame E confirmait cette notion de rapidité puisqu'elle nous disait que « *quand ils l'ont sorti tout de suite on me l'a montré et après ils l'ont emmené en couveuse* » tout comme Madame J « *Après l'accouchement, direct quand elle est sortie ils me l'ont montrée.* ».

Les deux autres femmes qui n'avaient pas pu voir leurs enfant d'emblée étaient cependant conscientes des raisons ayant motivé ce choix.

Madame G nous expliquait qu'elle avait bien été prévenue de la possibilité que l'équipe emmène son bébé dans un premier temps. « *Heu alors ils l'ont sorti ils l'ont emmené directement faire des soins et après ils sont venus quand ils étaient en train de me refermer. Et du coup ouais je l'ai vu et après ils l'ont collé un peu contre moi. [...] Et au moment des soins elle avait son papa vers elle. Par contre ils m'avaient prévenue aussi que si jamais elle avait besoin de soins ça serait comme ça que ça se passerait donc j'étais au courant quoi. [...] Du coup vu qu'ils m'avaient expliqué ça allait.* »

Madame I semblait également avoir compris que son bébé nécessitait une prise en charge immédiate justifiant qu'on ne le lui montre pas directement. « *Euh alors euh pff quand elle est sortie je l'ai pas vu tout de suite, il ont été la nettoyer, j'entendais les bruits mais j'ai pas pu la voir parce qu'elle avait des trucs dans la bouche. Euh je l'ai vu quoi quand elle est sortie on va dire euh quinze minutes à peu près que je l'ai vu, j'ai pu la toucher, lui faire un petit câlin et elle est repartie parce qu'elle était nue.* »

En dehors du contexte d'urgence, les femmes avaient donc toutes pu établir un premier contact rapide, dans les premières secondes de vie, avec leur enfant.

Pour ce qui est du contact physique tout de suite après la naissance, seulement six des douze femmes avaient pu en établir un.

Pour Madame A « *Tout de suite ils me l'ont mis sur l'épaule* ».

Madame B avait « *fait un petit bisou* » tout comme les dames C, E, F, H.

Pour la Dame D, le premier contact physique ne s'était fait qu'en salle de réveil, « *avant j'ai vu juste vite fait la tête* ».

Madame J regrettait les premiers instants avec son bébé, elle aurait souhaité pouvoir établir davantage de liens. Elle l'exprimait « *Comme j'avais les mains comme ça toutes mortes, je voulais la toucher mais j'arrivais pas c'est pour cela que j'ai commencé à pleurer. J'ai même pas pu lui faire un bisou ils l'ont pas approché assez. J'étais pas triste comme je l'ai vu toute belle en bonne santé ça me va mais c'est parce que j'arrivais pas à la toucher. C'est en salle de réveil seulement que j'ai pu la toucher. Donc mon mari il l'a touché avant moi, et ça ça m'embête trop (rires).* ».

Pour les dames G, I, K et L, le contact physique était arrivé dans un deuxième temps. « *Par contre pas de contact physique tout de suite là elles l'ont emmené vers le papa [...] et après elles me l'ont ramené et là elles m'ont dégagé la main et pendant un petit moment j'ai pu le toucher et tout. Un moment qui m'a paru assez long d'ailleurs j'étais contente et après ils l'ont ramené vers le papa.* »

2.3.6 Les manques pendant l'intervention

Dix des douze femmes nous disaient que rien ne leur avait manqué pendant la césarienne.

Madame C était heureuse de son accouchement « *J'ai eu la chance de voir ma fille tout de suite mais je sais qu'il y a des mamans qui ne peuvent pas les voir tout de suite donc elles ont un autre ressenti. Moi franchement c'était nickel, je n'ai rien à dire* ».

Madame H était également satisfaite et pensait qu'il ne fallait pas en faire trop comme elle nous l'expliquait « *Franchement fin voilà faut pas trop en faire parce qu'après on est perdus, [...]. En plus plusieurs fois ma gynéco elle est venue me voir en disant « vous avez d'autres questions » non c'est vrai que pour ça il y a pas de soucis. J'en ferai pas un deuxième mais si je devais en faire un deuxième je reviendrai (rires).* ».

Les femmes J et K, pour qui quelque chose a manqué pendant la césarienne, avaient la même réponse : le papa.

Madame J ne comprenait pas vraiment pourquoi elle n'avait pas pu être accompagnée. « *Normalement ça se fait pas mais moi je voudrais que quelqu'un de ma famille soit avec moi pendant l'accouchement, même si c'est une césarienne. Il peut se stériliser [...]. Moi j'ai demandé qu'il soit là mais ils m'ont dit s'il tombe dans les pommes on sera pas vraiment prêts pour s'en occuper. Mais finalement il peut être juste à côté parce que tout est couvert.* »

2.3.7 La satisfaction

Concernant la césarienne en elle-même, la satisfaction était très élevée avec une moyenne de 9,2 sur 10. Cette moyenne était la plus élevée de notre étude. Les femmes étudiées étaient donc particulièrement satisfaites de leur prise en charge au décours de la césarienne.

Les femmes A, D, F, G, H et L avaient attribué la note de 10, cette dernière était à 9 pour les dames B, C, E et J.

Madame H nous avait répondu « *Oh bah 10, plus même* » et Madame L « *Oh 10 très bien.* ».

La seule femme ayant noté sa satisfaction à 6 était Madame K pour qui la présence du père était indispensable pour ce moment de leur vie. « *Et ben en fait si il y avait le papa j'aurai mis parfait parce que c'était vraiment, je veux dire tout le monde était hyper sympa, j'ai eu beaucoup d'explications et tout. Mais il y a pas le papa alors ça peut être tellement important que je pourrai mettre 5, je sais pas du coup, bah si c'est quand même important je vais mettre 6 mais jute pour le papa.* »

2.4 Concernant la salle de réveil.

2.4.1 La présence de l'enfant et du conjoint

Toutes les femmes avaient à leurs côtés leur enfant ainsi que leur conjoint comme pour Madame E « *J'avais le bébé à côté de moi en couveuse puis j'avais mon conjoint aussi à côté donc ça allait.* ».

Tous les enfants étaient en couveuse sur cette période.

Madame K l'avait remarqué et nous a dit « *Par contre je sais pas si ça se passe tout le temps comme ça mais il est resté dans la couveuse pendant les deux heures, bon apparemment il avait froid et puis moi j'étais vraiment pas bien, je m'endormais un peu au milieu des phrases.* ». Elle soulignait également qu'elle avait trouvé ce moment, sans contact avec son enfant, particulièrement long. « *On regardait l'heure parce qu'on avait vu à quelle heure on était arrivés, on savait qu'on restait deux heures donc on se disait ah on va bientôt remonter dans notre chambre, on sera vraiment tous les trois avec le bébé vu que là il était à côté mais il était dans la couveuse c'était un peu long.* ».

Certaines femmes ne pouvaient même pas accéder à leur bébé comme Madame D « *Il était à côté je l'entendais mais je ne pouvais pas le toucher rien du tout. Je l'ai pris après*

quand je suis montée dans la chambre » ou Madame E « il y a des espèces de petites trappes donc mon conjoint a pu le toucher tout ça puis moi je pouvais pas du tout bouger ».

2.4.2 Le peau à peau

Seulement quatre des douze femmes avaient pu réaliser le peau à peau en salle de réveil.

Notamment Madame C « *Ils me l'ont mise sur moi, ils l'ont bien couverte* ».

Madame I en avait fait la demande et a pu en bénéficier « *Oui j'ai pu j'ai demandé qu'on l'enlève de la couveuse, ils me l'ont donné donc j'ai fait le peau à peau j'ai même commencé à l'allaiter enfin à faire une mise au sein et après vu que c'était froid ils la remettait un peu dans la couveuse et je demandais. Ils ont pas refusé j'ai demandé aux sages-femmes et il y a pas eu de refus en fait.* ».

Madame J trouvait cependant que ce moment était arrivé tardivement « *C'est vers la fin que j'ai pu la mettre en peau à peau. On me l'a pas proposé avant. Moi je voulais mais je me disais que c'était mieux qu'elle soit dans la couveuse* ».

Parmi les femmes n'ayant pas pu établir le premier contact en peau à peau, la plupart disaient que cela ne leur avait pas manqué.

Madame F pensait que « *c'était nécessaire qu'elles soient en couveuse. Après je pouvais les toucher aussi, donc du coup peau à peau mais doigt à doigt quoi (rires)* ».

Les femmes G, H et K avaient beaucoup regretté de ne pas avoir vécu ce moment. Ou du moins que le papa n'ait pas pu non plus le réaliser.

Madame G nous disait que « *Non on n'en a pas fait. Ils l'ont pas proposé même au papa... En fait on y avait pas trop pensé donc ça nous a pas manqué, après savoir si on l'aurait voulu ou pas je sais pas. Et puis vraiment j'étais vaseuse après peut être que le papa aurait aimé je sais pas.* ».

Madame H aurait aimé que son bébé ne se retrouve pas seul juste après sa naissance, d'autant qu'elle pensait que le peau à peau avec le père était réalisé de façon systématique. « *Non par contre même mon mari il n'a pas fait il a trouvé ça dommage par contre. [...] J'aurais bien aimé qu'au moment où il sorte il sente qu'on était là pour lui quoi. [...] On lui a pas proposé il a trouvé ça bizarre puisqu'on a une petite fille d'une première union*

qui est née sous césarienne aussi et il avait fait, [...]. Moi j'avais trouvé ça normal qu'elle soit avec le papa et puis moi je pensais que mon fils ça allait être pareil, [...] et il m'a dit « j'ai même pas pu faire le peau à peau » (rires) ».

Pour Madame K, ce fut un réel manque de ne pas avoir pu créer les liens privilégiés dès le début de la vie de leur bébé. Elle ne s'attendait pas à ce qu'il y ait une telle distance entre les parents et leur enfant après la naissance. *« Non alors ça j'ai été étonnée aussi parce que pareil par exemple quand je vois l'accouchement de ma belle-sœur par césarienne bah ils l'avaient mis en peau à peau sur le papa du coup. Et là non alors que moi je lui avais dit tu vas faire le peau à peau parce que je le pensais en fait. C'est vrai que c'est une question que j'ai pas eu. Et ça c'est pareil on parle des interactions précoces, il y a eu deux heures même un peu plus entre le moment où il est sorti et la salle de réveil où il y a eu aucunes interactions quoi. »*

2.4.3 La mise au sein

Dix femmes souhaitaient réaliser un allaitement maternel. Seules les femmes E et G donnaient le biberon.

Parmi ces dix femmes, seulement quatre ont pu faire une mise au sein. Ce sont les femmes A, C, I et L.

Cependant pour Madame A cette première tétée était arrivée *« juste avant de partir. Il y a eu un grand laps de temps et les cinq minutes avant elles ont vérifié qu'il prenait bien le sein et une fois qu'il était au sein on est repartis comme ça dans la chambre »*.

Madame L avait tout particulièrement apprécié ce moment de premier contact où elle avait pu se retrouver avec son enfant et son conjoint en toute intimité. *« Il y a la petite qui est arrivée en couveuse en fait avec le papa donc voilà bon c'est le moment magique et puis après j'ai eu le droit de la toucher et après ils me l'ont sortie, ils me l'ont mise au sein, parce que j'ai donné le colostrum. [...] Non franchement c'était, elle a fait participer le papa non non rien à dire franchement un très bon souvenir. Et puis aussi ils avaient une salle à côté ils nous ont laissé notre intimité quand même à tous les trois. Ils venaient mais c'était pas du tout gênant et ça j'ai apprécié. [...] Des gens très humains, très bien. »*

Les dames H et J avaient des souvenirs flous de ce moment et n'ont pas su nous dire si une première mise au sein avait été faite sur cette période. *« Euh quand est-ce que ... et beh je sais plus ... Oui je crois, mes souvenirs je crois qu'on l'a fait oui. Je vous dirais*

une bêtise en vous certifiant à cent pour cent je suis pas sûre mais je crois que oui » nous a dit Madame H.

Madame F n'avait fait la première mise au sein qu'au retour en chambre, *« je n'ai pas pu le faire en salle de réveil parce qu'elles étaient en couveuse. »*.

Madame K n'avait pas réalisé tout de suite que ce moment lui avait manqué, mais après réflexion, elle aurait aimé qu'elle ou son conjoint partagent plus d'instant avec leur enfant. Elle se serait sentie capable et aurait souhaité porter son enfant davantage. *« Non plus et après la mise au sein elle a été faite très tard à quatorze heures je crois et il est né à neuf heures dix-neuf, c'est au début on fait un peu ce qu'on nous dit. C'est après j'ai réalisé j'ai dit oula mais il y pas eu de mise au sein avant. [...] Moi j'avais beau pas sentir mes jambes je pouvais quand même le prendre dans mes bras, la dernière demi-heure j'étais capable c'est sûr. Sur le coup j'y ai pas pensé mais c'est après une fois que je suis remontée dans la chambre j'ai dit quand même ça a duré longtemps, il y a pas eu de mise au sein, le papa me dit j'ai pas fait de peau à peau alors que moi je lui avais dit oui tu feras du peau à peau, oui je lui avais même dit après une césarienne le peau à peau c'est le papa qui le fait. »*

2.4.4 La satisfaction

Pour la période d'approximativement deux heures en salle de réveil, la satisfaction fluctuait entre 6 et 10 avec une moyenne de 8,75.

Les dames A, B, C, E, F, J et L avaient donné la note de 9 ou 10. *« Bah très bien parce qu'il y avait l'accompagnement, on était jamais tout seuls donc c'était bien. Donc 10. »*

« Oh bah on va dire 8 pour le coup pour le peau à peau » pour Madame H.

C'était également le cas pour Madame D qui ne pouvait pas du tout bouger et qui n'a donc pas pu toucher son enfant ni établir de réel contact pendant cette période. Elle avait donc estimé sa satisfaction à 7 sur 10.

Madame K confirmait cette idée puisque, pour elle, le relationnel avec le bébé était d'une importance capitale et elle avait ressenti un manque à ce moment-là. *« Bah franchement, je mettrai 6 aussi. Médicalement j'étais bien suivie la personne elle venait, je trouvais même qu'elle venait hyper souvent pour tester mes jambes, regarder ma cicatrice et tout. Médicalement ouais mais après c'est au niveau du relationnel avec le bébé. »*

2.5 Concernant les suites de couches.

2.5.1 Le retour en chambre

Les femmes A, B, E, G et K nous avaient surtout fait remarquer leur fatigue.

« *Ben j'étais tellement sonnée que je ne sais même pas* » pour Madame A.

« *Je l'ai prise sur moi, je sais plus je m'en rappelle plus. Je me suis reposée* » nous racontait Madame B.

Madame F nous avait parlé des douleurs. « *Après c'était un peu compliqué avec les douleurs ça c'est encore difficile à gérer mais ça va.* »

Pour Madame H tout s'était très bien passé. « *Très bien, impeccable, non non ça s'est super bien passé. Chaton était avec nous direct donc voilà, et puis non ça s'est super bien passé il y a pas eu de soucis toujours très bien accompagnés.* »

2.5.2 Les informations

Les femmes avaient notamment reçu des informations sur l'allaitement, la sonde urinaire, le premier lever, et la toilette comme pour Madame B « *Ils m'ont expliqué comment il fallait allaiter et tout ça. Ils m'ont expliqué quand ils enlèveraient la sonde, me lever, qu'ils allaient venir le matin faire la toilette et tout ça.* ».

Les dames D, H, I et L estimaient avoir reçu suffisamment d'informations et de manière adaptée. « *Euh on m'a expliqué que si j'avais besoin de quoi que ce soit, par rapport à la mise au sein, par rapport, bon du coup c'est les sages-femmes qui venaient pour le petit, pour le changer pour tout, et puis même pour moi si j'avais besoin de quoi que ce soit voilà. Les choses basiques surtout. La sonde et tout on m'a expliqué, après de faire attention quand je me relevais, pas forcer sur les abdos, le fait que j'allais avoir des pertes de sang aussi.* » selon Madame H.

Pour les autres dames, l'information était fluctuante. Par exemple pour Madame C l'information était venue au fur et à mesure mais finalement elle disait l'avoir bien vécu. « *Sur cette action là on m'a prévenu pas à pas au fur et à mesure. Je pense pas que j'aurais aimé le savoir. Je ne peux pas savoir mais le fait qu'ils m'aient dit pas à pas comment ça allait se dérouler je me suis sentie un peu plus à l'aise.* »

Madame A n'avait pas été prévenue de l'intérêt à rester calme et déplorait un manque d'information à ce sujet. Lorsqu'on lui demandait si elle avait reçu des informations sur le déroulement des suites de couches, elle nous répondait *« Et ben là pas trop en fait parce que je pense que je n'aurais pas fait la même chose. Par rapport au fait de partir et vadrouiller parce que je ne sentais pas la douleur et en fait j'ai eu super mal. Par rapport aux visites je ne pensais pas que j'allais être fatiguée comme ça. La sonde je crois que j'avais vu les infos, je sais même plus... Mais je ne sais même pas si on me l'avait dit en fait. Je pense qu'on me l'avait dit la veille mais pas plus que ça. Le premier lever moi je l'ai fait toute seule je me sentais en forme moi (rires). »*

Madame E nous expliquait avoir été tellement fatiguée qu'elle n'avait réussi à retenir aucune information. *« Euh... c'est vrai que j'étais tellement fatiguée que sur le coup ... je vais avoir un peu de mal à vous répondre. Après je sais que le séjour c'est cinq jours au lieu de trois par voie basse et puis la sonde urinaire je le savais. »*

Pour les dames F et G, c'était le problème de la multiplicité des discours qui ressortait.

« Heu des gens sont passés par contre il y avait tellement de personnel différent du coup les avis, les conseils pour les biberons et cetera ils sont super différents d'une fois à une autre et c'est le problème. [...] On m'avait aussi expliqué que je pourrai pas me lever avant le mercredi matin. Après c'était au niveau des soins je savais pas comment ça allait se passer pour la cicatrice et ça on m'en a parlé que hier ou avant-hier. »

Un vrai manque d'information par rapport au déroulement des suites de couches avait été ressenti par Madame J. *« J'ai pas vraiment reçu d'informations. Ils m'ont dit on va vous apprendre comment est la douche comment on fait le change mais pas vraiment comme la césarienne par exemple. Je savais pas que je pourrai pas me lever, je savais pour la sonde urinaire par contre mais c'est tout. Il y avait pas d'explications théoriques. »*

Madame K s'était, elle aussi, retrouvée un peu perdue et avait ressenti un léger manque de soutien. *« A la fois il y a des trucs c'est peut être logique mais je m'attendais peut être à être encore plus maternée quelque part. [...] bon après c'est peut-être à moi de poser des questions mais je sais pas je m'attendais peut être à ce qu'on me mâche tout le travail j'en sais rien. Mais donc du coup ce matin je demande est-ce que je peux me laver ? Oui oui vous pouvez vous laver. [...] Après c'est des petits détails quoi mais je pensais vraiment être plus entourée. »*

2.5.3 Le vécu des suites de la césarienne

Les femmes A, B, D et E nous avaient parlé de la douleur. Madame A n'avait pas réalisé les conséquences de son statut d'opérée et avait regretté de s'être trop mobilisée le premier jour. *« Le lendemain j'étais en pleurs dans le couloir ici tellement j'avais mal. Ça m'a bien arrêtée. Quand elles m'ont vu dans les couloirs elles m'ont dit : retournez vous coucher, vous avez été opérée. Parce que je ne m'en rendais pas compte. Je ne voyais pas ça comme une opération. Physiquement je comprenais bien que ce n'était pas la même chose qu'un accouchement mais en répercutions je ne voyais pas la différence. »*

Au contraire Madame H avait un vécu beaucoup plus positif que ce à quoi elle s'attendait.

« Euh beh du coup bien, mieux que ce que je pensais. Je m'attendais là au jour d'aujourd'hui, je pensais pas être dans l'état où je suis, pouvoir m'habiller avec mes habits, me pomponner, pouvoir m'occuper de mon fils et tout, j'aurai pas cru. Et c'est pour ça que, encore une fois, bonne surprise et ça prouve que le professionnalisme est là parce que quand on dit nos craintes nos peurs et tout ça au final on fait plus attention. »

Pour Madame K c'était la mise en place de l'allaitement qui avait posé problème, avec la difficulté de faire face aux différents avis du personnel soignant parfois contradictoires.

« Je l'ai quand même bien vécu enfin (soupir) j'en sais rien parce que hier j'étais quand même dans un état. Hier c'était vraiment très très difficile. J'ai envie d'arrêter l'allaitement et je me dis j'aurais pas fait le choix d'allaiter je profiterais beaucoup plus. [...] Et aujourd'hui quand je vois que j'ai dix mille avis différents ça me conforte encore moins dans l'envie de continuer quoi. Je me dis bon allez je passe au bib quoi au moins peut-être [...] il sera mieux. »

Le fait d'être immobilisée avait été mal vécu par Madame L. *« J'aime pas être bloquée moi c'est quelque chose que je ne supporte pas je suis toujours en train de bouger donc, je fais du sport donc ça ça va pas. » « Et ouais il y avait la sonde donc de demander toujours tout à tout le monde là c'est chiant. »*

Il en était de même pour Madame I pour qui *« la suite par contre c'est vrai que c'était un peu le moins pas par rapport aux personnes mais par rapport à moi parce que j'étais un peu handicapée donc quand la petite par exemple elle fait ses selles et tout il faut que j'appelle juste pour enlever la couche [...] c'était on va dire le moins quoi mais ça c'est normal toutes les femmes c'est pareil quoi. »*

2.5.4 Les soins au bébé

Aucune des douze femmes n'avait pu prodiguer des soins à son bébé le premier jour après la naissance.

Trois femmes (A, G et H) avaient alors souligné le rôle du papa, puisque c'est eux qui avaient réalisé les soins à ce moment-là. Comme Madame A « *Ah bah au début je ne pouvais rien faire et heureusement c'est le papa qui faisait* ».

La tétée et les biberons étaient les seuls gestes que les femmes reconnaissaient avoir pu faire.

Madame E par exemple « *J'ai juste pu donner le biberon parce que j'étais complètement allongée je ne pouvais pas bouger. J'avais la sonde, j'avais encore l'effet de l'anesthésie plus les douleurs tout ça* ».

C'est à partir du deuxième jour, et en particulier après le retrait de la sonde urinaire, que les femmes avaient pu se mobiliser et s'occuper davantage de leur enfant.

Madame C notamment nous expliquait qu'« *à partir du moment où ils m'ont enlevé la sonde ils m'ont laissé me débrouiller toute seule. Si j'ai besoin j'appelle et elles arrivent* ».

Tout comme Madame I « *Le premier jour rien du tout non j'ai rien fais de spécial. Il y a que quand j'ai eu la sonde enlevée j'ai pu bouger un peu, j'ai pu commencer mais sinon le premier jour rien du tout.* ».

Huit femmes avaient dit avoir eu conscience qu'elles ne pourraient pas s'occuper d'emblée à cent pour cent de leur bébé.

Madame B nous disait qu'« *avant la césarienne ils m'avaient expliqué que je pourrais peut être pas me débrouiller toute seule tout de suite* ».

Madame D ajoutait que « *c'est normal une césarienne faut se reposer parce que si tu te lèves tu as des vertiges tu risques de tomber* ».

Les dames G, H, J et K disaient également avoir été conscientes de ce qu'elles ne pourraient pas faire, mais soulignaient cependant que c'est plutôt leur propre logique, ou leur famille qui les avaient informés de cela, que grâce au personnel soignant.

De ce fait pour Madame J « *ça serait mieux qu'on parle plus de ça.* ».

Madame G notamment nous disait que « *j'en avais conscience. Je me doutais bien que je ne serai pas capable de tout faire. C'est pas le personnel qui me l'avait dit mais dans ma famille on m'avait prévenu* ».

Pour Madame K « *Déjà c'était logique et on m'en avait parlé mais on c'était ma belle-sœur voilà. Pas tellement le personnel je crois pas. Après peut être que je le savais déjà et que j'ai pas posé la question, peut-être que j'aurais posé la question elles me l'auraient dit* ».

Les dames F et L étaient davantage dans le déni de leur état. En effet, elles ne voulaient pas accepter d'être immobilisées, peu importe l'information qu'on aurait pu leur apporter.

Madame F admettait cela. « *Je n'en avais pas conscience parce que je m'étais dit que j'aurai pas mal et que juste après je pourrai me lever et faire tout ce que je voulais même si on m'avait dit que non. On m'avait prévenu mais moi je m'étais dit autre chose. Je pensais que je pourrai. Ça avait été abordé mais c'est moi qui me disais non. Ça aurait rien changé qu'on m'en parle plus puisque je m'étais dit que ça serai autrement.* »

On retrouvait effectivement les même propos chez Madame L « *Non non mais j'en avais pas conscience parce que ça on me l'a dit mais moi j'ai dit ce weekend je prends ma poussette et je vais me promener mais non. Et en fait je me dis ... enfin j'ai un souci avec ça avec le fait de rester à rien faire* ».

Madame A ne s'attendait pas à avoir besoin d'une personne qui l'aide autant après son accouchement, mais elle n'aurait pas aimé être plus informée. « *Je l'avais compris mais je ne pensais pas qu'il fallait vraiment une personne vingt-quatre heures sur vingt-quatre à côté. Mais moi je préfère qu'on me dise pas trop les trucs mauvais. Tous les mauvais côtés moins je les sais... je m'en rends bien compte après.* »

Madame E nous disait « *J'étais consciente que je ne pourrai pas forcément m'occuper de mon bébé mais pas à ce point c'est frustrant* ». Lorsqu'on lui demandait si elle aurait souhaité être davantage informée sur ce point elle nous répondait « *Ouais peut être que oui parce que c'est vrai qu'on s'attend pas vraiment à ça* ».

Le cas particulier de Madame I nous montrait qu'elle se doutait des suites de la césarienne, grâce à son expérience d'opération par cœlioscopie pour l'ablation de ses

fibromes. Elle soulignait cependant que si elle n'avait pas vécu cette opération, elle aurait souhaité recevoir plus d'informations. « *Quand j'ai eu l'opération de la cœlioscopie c'était un peu pareil, [...]. Donc je m'y attendais un petit peu mais c'est vrai que bon on s'y attend mais quand c'est là ça fait toujours bizarre [...]. J'aurais pas forcément aimé qu'on m'en parlé plus parce que j'avais eu la cœlioscopie voilà. Mais j'aurais pas eu la cœlioscopie c'est vrai que j'aurais voulu qu'on m'explique voilà que j'allais avoir des pertes voilà des trucs comme ça.* »

2.5.5 L'accompagnement par l'équipe soignante

Les femmes étaient globalement toutes satisfaites de l'accompagnement par l'équipe soignante.

Les dames A, F soulignaient leur disponibilité et leur gentillesse, « *N'importe quoi dont j'aurais eu besoin tout le monde était super sympa* », « *Euh très bien du coup parce que vu que je peux pas faire grand-chose elles sont très présentes justement* ».

En revanche Madame A était chamboulée par la durée du séjour et nous disait les larmes aux yeux « *Par contre on m'avait dit que je resterai jusqu'à samedi ou dimanche et là quand ils m'ont dit vous partez vendredi j'étais en pleurs. Moi je trouve que c'est trop court. Franchement une journée de plus. J'ai mal encore puis chez soi on n'arrête pas. Je ne pourrai rien demander s'il y a un problème avec l'allaitement...* ».

Madame H était particulièrement contente de la prise en charge, elle nous répondait « *Ahlala trop bien* » lorsqu'on lui demandait ce qu'elle avait pensé de l'accompagnement. Elle ajoutait également « *Très bien et tout le monde est très professionnel que ça soit du plus haut, la plus haute personne, la personne par exemple qui vient nous faire le ménage ça a rien à voir mais tout le monde est, ouais ouais il y a pas de différence. Franchement que ça reste comme ça parce que c'est ce que je disais, on a beau dire les grands hôpitaux et tout des fois mais non non il y a pas de soucis* ».

L'avis de Madame I était un peu plus mitigé car elle se demandait comment ça se serait passé si elle n'avait pas connu la cœlioscopie. « *Ca s'est bien passé globalement. Par contre comme je disais si j'aurais pas eu la cœlioscopie, j'aurais été un peu, par rapport aux suites de couches, un peu dégoutée. Elles m'ont juste dit que je vais peut-être avoir une sonde et que euh je vais pas être active tout de suite. [...]. J'ai un peu découvert au fur et à mesure. C'est le seul bémol on va dire.* »

Les dames C, D, G, K et L parlaient d'un problème récurrent, la multiplicité des avis des professionnels de santé. Les conseils étaient parfois contradictoires et les femmes perdues face à des dialogues souvent différents.

Par exemple « *Après il y a des jeunes et des moins jeunes au niveau des sages-femmes et des auxiliaires. Il y en a qui ont plus d'expérience que d'autres, il y a des nouvelles techniques. Les sages-femmes et les auxiliaires un peu plus âgées ne les appliquent pas. Elles ont chacune leur niveau d'expérience, chacune donne leurs petits conseils et c'est à moi de prendre ce que je veux prendre* » selon Madame C.

Madame D visait plus particulièrement une personne avec qui cela ne s'est pas bien passé pour elle. « *L'accompagnement de la journée je veux bien mais celle du soir non, elle est désagréable. Je lui dis moi je fais ça ça, elles font ça ça et elles ne sont pas d'accord et elles me disent je ne suis pas au courant.* »

Madame L était fatiguée de ne plus savoir comment s'y prendre avec son enfant, elle nous expliquait que « *les sages-femmes après elles disent pas toutes tout à fait les mêmes choses et moi comme j'ai pas de mémoire et ben mon ami il dit quelque chose et je dis mais non la dernière a dit ça et il me dit mais non c'est pas possible et je me souviens pas donc du coup (soupir,) là c'est compliqué* ».

Au-delà de ce problème de discours, Madame K reconnaissait tout de même « *je suis contente d'être là malgré les problèmes d'allaitement et les petites choses. Je me sens en sécurité. Il pleure un peu trop bah je sonne, des fois juste elles le portent et ça le calme et voilà. Non on est bien entourées quand même il y a pas à se plaindre* ».

Le discours de Madame J était un peu plus particulier, puisqu'elle abordait un problème davantage culturel. Etant d'origine magrèbine elle déplorait le manque de pudeur lors des allers et venus dans sa chambre. « *A part les équipes j'ai pas aimé un truc, par exemple moi je l'allaiter et il y a des hommes qui entrent comme ça. Voilà ils frappent mais moi j'ai pas le temps de me couvrir ou bien... Et finalement c'est un truc personnel vous voyez. Si c'est une femme c'est grave mais c'est pas si grave qu'un homme. [...] Moi j'ai pensé à mettre un papier sur la porte (rires), si vous êtes un homme, voilà, attendez la réponse pour entrer.* »

2.5.6 La satisfaction

Pour la période concernant le séjour en suite de couches, la satisfaction était très hétérogène allant de 3 à 10 et une moyenne de 7,7, égale à la moyenne de la satisfaction sur la période précédant l'hospitalisation. Cette satisfaction était la plus basse de notre étude.

Des notes entre 8 et 10 avaient été données par les dames A, B, C, F, H et J.

Les dames E, I mettaient 7 en justifiant par un manque d'information. « *Euh pfff je vais dire 7 pour pas dire parce que voilà je suis pas sûre que les infos, j'aurais jamais eu d'opération c'était pas très clair. Ça peut surprendre des personnes je pense donc je vais dire 7* » pour Madame I.

Pour les dames K et L, la note de 7 était plutôt due aux divergences de discours entre les professionnels.

Madame G nous disait que sa satisfaction était « *plus 6 du fait qu'il y en ait trop avec des avis différents* ».

La note de 3 était attribuée par Madame D, elle soulignait cependant « *Mais c'est qu'une personne* ».

2.6 Concernant la satisfaction globale

Tableau II : Satisfaction globale des femmes de l'étude

	Age	Indication de césarienne	Précisions	Satisfaction
Madame A	33	Siège	Echec VME*	10
Madame B	36	Placenta prævia		9
Madame C	31	Siège	Echec VME	8,5
Madame D	32	Vaisseaux prævia		8
Madame E	27	Siège	Echec VME	8
Madame F	29	Grossesse gémellaire	Siège x2	10
Madame G	28	Siège	Refus VME	7
Madame H	29	Siège	Echec VME	10
Madame I	31	Utérus cicatriciel	Myomectomies	8
Madame J	29	Siège	Refus VME	6
Madame K	29	Siège	Echec VME	7
Madame L	30	Siège	Echec VME	8

* version par manœuvres externes

Sur la population de notre étude, les femmes étaient plutôt satisfaites de leur prise en charge globale concernant leur césarienne programmée.

La moyenne de leur satisfaction globale entre 0 et 10 était de 8,3.

Madame C nous disait ironiquement « *Rien ne m'a manqué ou alors j'en ai plus souvenir, on vous fait un lavage de cerveau entre temps (rires). Franchement tout se passe bien* ».

Madame F admettait qu'elle n'aurait pas pu être mieux informée. « *Bah ma satisfaction générale est très bonne, je dirais 10 si ça compte pas le fait de pas pouvoir s'en occuper c'est surtout ça ne fait. Mais de toute façon je m'étais dit autre chose donc j'aurais pas pu être mieux informée.* »

Madame I soulignait que « *globalement je suis satisfaite, un bon vécu de cette première, de ce premier accouchement on va dire (rires). [...] Dans l'ensemble ça s'est vraiment bien passé. L'accompagnement a été vraiment exceptionnel le jour enfin la salle franchement rien à dire, toute l'équipe ils m'ont expliqué vraiment de A à Z. Il y avait pas de questions bêtes donc je posais beaucoup de questions (rires) mais ils m'ont tout expliqué voilà franchement rien à dire* ».

La moins bonne satisfaction avait été donnée par Madame J. Elle nous expliquait son vécu, « *Le départ c'était horrible et la fin c'était beaucoup mieux. Moi je veux le séparer en fait. Au niveau théorique c'est toujours 3 sur 10. Au niveau pratique on met 8 ou 9 sur 10. En total ça sera 6 vous voyez. Je dirais pas qu'il y a eu un manque mais trop pessimiste. [...]. Franchement la grossesse et l'annonce de la césarienne ça m'a fait beaucoup de douleurs, beaucoup de dépression, c'est juste maintenant que je suis heureuse. [...] les étrangers par exemple quand ils viennent ils parlent avec ces médecins juste des côtés négatifs et ils pensent que ça c'est tout l'histoire vous voyez. ».*

DISCUSSION

1. Atteinte des objectifs

A l'aide de nos entretiens, nous avons pu déterminer la satisfaction et aborder le vécu des primipares incluses dans notre étude ayant bénéficié d'une césarienne programmée. L'objectif principal est atteint.

Nous avons également comparé les informations reçues en fonction du type de préparation à la naissance et à la parentalité (en individuel ou en groupe). L'objectif secondaire est également atteint.

2. Forces et faiblesses de l'étude

2.1 Points forts

La réalisation d'une étude qualitative était appropriée pour ce type de recherche. En effet, elle permettait aux femmes de s'exprimer librement et d'utiliser leurs propres mots afin d'approcher au plus juste leur expérience. Cela nous a permis de répondre à la problématique de notre travail.

De plus, ces entretiens nous ont permis de partager un moment privilégié d'écoute et d'échange avec ces femmes, tout en recevant le maximum d'informations nécessaire à notre travail. Ce fut également très enrichissant sur le plan personnel.

Sur la durée de notre étude, soixante-quinze césariennes étaient programmées, dont un peu moins d'un tiers concernaient des primipares. En tout, dix-sept femmes répondaient à nos critères d'inclusion. Avec quinze femmes rencontrées nous avons été relativement efficaces quant à l'inclusion des femmes, et ce nombre a été suffisant pour atteindre nos objectifs.

Le recueil des données sur cinq mois nous a permis de retranscrire nos entretiens au fur et à mesure et d'analyser nos données régulièrement.

2.2 Points faibles

L'objectif a priori était de rencontrer quinze femmes. Avec trois refus, nous comptabilisons douze entretiens. Ce nombre est trop faible pour avancer d'avantage la recherche. En effet, les suites de couches sont une période de bouleversement, aussi bien physique que psychique, et les femmes n'ont parfois pas le temps, ni le souhait de prendre part à des travaux de recherche.

Nous avons exclu les femmes ne parlant pas le français, alors qu'elles constituent un groupe particulièrement à risque quant au manque d'informations.

Nous avons également dû faire face à un nombre important de césarienne programmée finissant en césarienne en urgence. Certaines femmes se mettaient en travail avant la date fixée, d'autres présentaient des saignements sur un placenta prævia, ne permettant pas leur inclusion pour cette étude.

La réalisation d'entretiens semi-directifs a été parfois difficile à mettre en place devant un manque d'expérience dans la réalisation de ce type d'étude. Il a fallu apprendre à se focaliser sur des questions ouvertes, à laisser parler et à accepter les temps de silence.

La satisfaction et le vécu sont des notions subjectives qu'il est difficile d'estimer sans biais.

De plus, il est délicat d'affirmer que les patientes ont répondu totalement sincèrement puisqu'elles ont été interrogées par une personne appartenant au milieu médical.

Lors des entretiens, les femmes étaient entre le deuxième et le quatrième jour après la césarienne. Nous leur demandions de se rappeler de leurs sentiments à chaque étape de leur prise en charge, depuis l'annonce de la césarienne. Ces sentiments ont pu évoluer entre temps, créant un biais de mémorisation difficilement estimable.

Il faut également préciser que nos résultats ne peuvent pas être généralisés, puisque notre population s'est concentrée sur une maternité de type 3 en Auvergne.

Enfin, pour la plupart des femmes de notre étude, l'indication de césarienne était une présentation du siège. Il aurait été intéressant d'avoir un échantillon plus hétérogène afin d'étudier davantage des parcours de soins différents. Pour cela, il aurait fallu interroger plus de femmes, et avoir plus de temps.

3. Analyse des résultats

3.1 La préparation à la naissance et à la parentalité

Toutes les femmes avaient suivi des séances de PNP. Cela montre un réel intérêt, une demande d'informations et d'aide en pré natal de la part des couples.

Les objectifs des séances de PNP définis par la HAS en 2005 comprennent des explications sur les autres modes d'intervention au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne) [49].

Pourtant, en dehors des femmes ayant suivi des séances individuelles, elles avaient toutes estimé n'avoir reçu que peu ou pas d'informations sur ce mode d'accouchement. Certaines avaient même mis fin à leurs séances, ne se sentant plus concernées par les apports théoriques sur quelque chose qu'elles n'allaient plus vivre.

En revanche, les séances individuelles avaient apporté aux femmes toutes les réponses à leurs questions. Elles avaient pu avoir un interlocuteur privilégié pour parler de leurs angoisses suite à l'annonce de la césarienne. En effet, les questions arrivaient souvent dans un second temps, lorsqu'elles avaient pu prendre pleinement conscience du changement de leur projet de naissance et des conséquences que cela impliquait.

3.2 L'annonce de la césarienne

Toutes les femmes interrogées connaissaient l'indication de leur césarienne. Les explications reçues au moment de l'annonce étaient généralement jugées suffisantes, sauf pour une dame qui avait été hospitalisée par la suite pour un placenta prævia et qui avait donc pu poser ses questions au personnel du service.

En revanche, seulement cinq des douze femmes avaient reçu un papier d'information sur la césarienne (Annexe IV), alors que celui-ci devrait être systématiquement délivré, idéalement même à toutes les femmes enceintes selon la HAS [50].

Aussi, lorsque l'indication était une présentation du siège après échec de la VME, les femmes étaient toujours conscientes que la césarienne était leur choix, après avoir reçu des informations sur les différents modes d'accouchement ainsi que leurs avantages et inconvénients.

A l'inverse, les femmes ayant refusé la VME n'étaient pas satisfaites de leur prise en charge. Seuls les risques de la césarienne avaient été exposés. Les bénéfices d'une telle intervention ainsi que les risques d'un accouchement par voie basse d'un siège n'avaient pas été abordés. Après avoir reçu les informations sur la VME, elles avaient jugé que c'était trop dangereux pour leur bébé. Le professionnel doit au patient une information claire et appropriée sur les bénéfices et les risques de chaque option [33].

De plus, une telle décision ne repose que très peu sur des arguments chiffrables. La raison se laisse dépasser par les craintes. Dans ce cas le plus judicieux semble de privilégier l'écoute pour répondre aux angoisses de la mère et lui permettre d'y remédier. L'accompagnement humain est alors au cœur de la décision et la sage-femme possède une place primordiale. Aborder ces problématiques le plus tôt possible, notamment lors de l'entretien prénatal précoce, permettrait de mettre fin aux angoisses non justifiées [51].

Pour beaucoup, la rapidité entre l'annonce de la césarienne et la date de l'intervention était frappante. Les femmes n'avaient pas le temps de se projeter dans ce mode de naissance. D'où l'intérêt d'une information systématique pour toutes les femmes en prénatal. Une fois rassurées, les femmes aborderaient la perspective de leur accouchement plus sereinement et seraient plus à même de faire face aux imprévus.

Un entretien avec une sage-femme permet également aux parents d'établir un projet de naissance, afin de faire part aux professionnels de leurs souhaits en fonction des évènements.

3.3 L'arrivée dans le service

Les femmes n'avaient généralement pas d'attentes particulières par rapport à leur arrivée. Elles souhaitaient être rassurées et informées avant tout.

L'accueil s'était toujours bien passé, les femmes montrant une grande confiance en le personnel.

Cependant neuf femmes sur douze ont ressenti un certain « stress » qui leur a fait passer une mauvaise nuit. L'angoisse de l'intervention et de la rencontre avec l'enfant se surajoute à celle engendrée par le milieu médical et l'absence du conjoint. Certaines mamans pourraient se présenter le matin même de l'intervention à jeun [52]. Ceci peut être discuté dans le cadre notamment du projet de naissance.

3.4 La césarienne

Toutes les femmes étaient très satisfaites de leur accouchement. Le personnel soignant a été décrit comme attentionné, respectueux et agréable. Le choix des femmes de savoir ou non le déroulement de l'intervention a été respecté.

La multiplicité des intervenants est ressortie à plusieurs reprises, mais finalement non ressentie comme invasif puisque chacun se présentait et expliquait son rôle.

Dans onze cas sur douze, le conjoint était absent lors de l'accouchement. Pourtant, bon nombre de femmes le regrettent. Dans le cadre d'une césarienne programmée, le risque vital immédiat de la mère ou de l'enfant est écarté. Rien n'empêche alors de prendre le temps d'habiller le papa de manière stérile, pour qu'il puisse participer à la naissance de son enfant.

Même si peu d'études ont été réalisées à ce sujet, le collectif inter associatif autour de la naissance (CIANE), recommande la présence du père au bloc obstétrical dans sa charte pour un label « naissance respectée » [53]. L'association Césarine, membre du CIANE, recommande également la préservation de la triade mère, père, enfant avec la présence du conjoint pendant la césarienne [54].

Comme l'explique une femme de notre étude, l'accompagnant se trouve derrière le champ opératoire. Cela permet d'éviter le risque de malaise lié à l'opération, tout en apportant un soutien irremplaçable à la femme.

On constate que dix femmes sur douze ont pu voir leur bébé à la naissance, et seulement six ont pu établir un premier contact physique à ce moment-là. Ces données correspondent à celles recueillies par l'association Césarine [47]. Les interactions précoces sont pourtant d'une importance capitale dans les premiers instants de vie de l'enfant.

L'OMS recommande notamment l'accueil de l'enfant par la mère dans le post partum immédiat. L'initiative « amis des bébés » encourage aussi sa réalisation. Dans le cas d'une césarienne cette pratique est difficilement réalisable. Le peau à peau père enfant est alors particulièrement indiqué. Ce moment de complicité est réconfortant pour l'enfant et pourrait également être bénéfique pour le bébé sur le plan comportemental notamment [55].

Les enfants bénéficiant du peau à peau avec leur père seraient plus calmes et plus alertes. En effet, ils somnoient soixante minutes dans ce cas contre cent dix minutes lorsqu'ils sont en couveuse. Cela favoriserait également le réflexe de succion [56]. Tous ces arguments sont en faveur du peau à peau. Parmi les couples de notre étude, dans aucun cas le papa n'a pu réaliser ce peau à peau, et le bébé était le plus souvent en couveuse pendant les deux heures du post partum immédiat.

3.5 La salle de réveil

Toutes les femmes étaient réunies avec leur conjoint ainsi que leur bébé. La triade a donc été respectée à ce moment-là.

Cependant, tous les bébés étaient en couveuse d'emblée. Par la suite quatre des douze femmes ont pu réaliser le peau à peau et la première mise au sein, sur dix femmes souhaitant allaiter.

De nombreuses études ont prouvé l'augmentation du risque de détresse respiratoire lors d'un accouchement par césarienne [57]. Dans le cadre d'une césarienne programmée, l'enfant est généralement à un terme supérieur à 37 semaines d'aménorrhées. Après un examen du nouveau-né et quelques minutes en couveuse, l'enfant pourrait être placé en peau à peau avec son père ou sa mère. Cette pratique n'est généralement pas assez développée, et c'est ce que l'on retrouve dans notre étude. En effet, le protocole des soins au nouveau-né de la maternité de notre étude impose une surveillance en couveuse du fait du risque de détresse respiratoire, donc une impossibilité de réaliser le peau à peau par le papa dans les premières minutes de vie. Cependant, ce même protocole conseille le peau à peau, lorsque l'état clinique et d'éveil de la maman ainsi que celui du nouveau-né le permettent (Annexe V).

Pour la tétée précoce, nous relevons le même constat. Trop peu de mères ont pu débiter leur allaitement lors du post partum immédiat alors que cela fait partie des critères de réussite.

3.6 Les suites de couches

Les douze femmes de notre étude s'étaient levées pour la première fois plus de vingt-quatre heures après la césarienne. Pourtant les dernières recommandations de la HAS concernant les suites de couches préconisent un premier lever dès la sixième heure et un retrait de la sonde à demeure avant la deuxième heure [4].

Un lever précoce favorise une autonomie des femmes et donc une meilleure implication dans les soins au nouveau-né. Mise à part l'alimentation, aucun soin n'avait été réalisé par les femmes ayant participé à notre étude. Bien qu'elles aient été très satisfaites de l'accompagnement par le personnel soignant, cette passivité a été mal vécue par la plupart des femmes. En général elles en étaient plus ou moins conscientes mais plutôt par logique personnelle que suite à une information claire. Elles auraient souhaité être mieux

informées sur ce point-là, afin d'éviter une trop grande frustration qui ressort dans de nombreux cas.

3.7 La satisfaction

L'objectif de notre étude était d'évaluer la satisfaction des primipares qui avaient bénéficié d'une césarienne programmée. En raison de la complexité de l'approche de la satisfaction, la question avait été abordée à plusieurs reprises, concernant les différentes étapes de la prise en charge. Il est ainsi possible de comparer, pour une même femme, l'évolution de sa satisfaction, puis de comparer les femmes entre elles.

Sept femmes sur douze étaient restées constantes dans l'évaluation de leur satisfaction, avec un écart inférieur ou égal à 2 entre la note minimale et la note maximale.

Quatre femmes avaient un écart de satisfaction entre 3 et 4, et une montre un écart de 7 avec une note minimum de 3 sur 10.

La satisfaction concernant la période avant l'hospitalisation était la plus basse avec une note de 7,7 sur 10. Les femmes n'étaient globalement pas satisfaites des informations qui leurs avaient été apportées, notamment durant les séances en groupe de PNP. Les femmes avaient recherché des informations extérieures qui ne correspondent pas forcément à la réalité de la prise en charge dans la maternité de leur accouchement. Elles s'exposaient alors à être surprises voire déçues.

Un entretien avec une sage-femme connaissant bien les habitudes de l'établissement permettrait de cibler les informations pour mieux préparer les femmes et diminuer la frustration.

On peut comparer cette période à celle des suites de couches pour laquelle la satisfaction de 7,7 sur 10 était exactement identique. C'est ici qu'il a été retrouvé le plus de manques d'informations. Les femmes étaient très satisfaites de l'accompagnement par le personnel mais se trouvaient perdues dans cette passivité, que ce soit dans les soins à leur bébé ou même pour s'occuper d'elles. Elles auraient aimé être encore plus entourées notamment sur le plan psychologique. Cela correspond aux résultats de l'enquête menée par l'association Césarine sur le déroulement de l'accouchement par césarienne en France [47].

L'accueil dans le service la veille de la césarienne ainsi que la salle de réveil ont été agréablement vécus par la plupart des femmes étudiées avec une satisfaction respectivement de 8,9 et 8,75 sur 10. Pourtant, peu de femmes avaient pu bénéficier du peau à peau et de la tétée précoce. La raison principale évoquée par ces femmes était la nécessité pour l'enfant d'être en couveuse. La confiance qu'elles font au personnel engendre une non remise en question de la prise en charge. Dans un moment de bonheur intense conjugué à une fatigue souvent importante, les femmes se sont laissées porter. Le rôle du personnel soignant est primordial pour les accompagner dans ce moment de grand bouleversement. En fonction de l'état maternel et néonatal, les interactions mère-enfant devraient être encouragées. Sans quoi, c'est dans un second temps, lors du retour en chambre, qu'elles ont réalisé que ces moments leurs avaient manqué.

Concernant l'intervention en elle-même, la satisfaction était très bonne avec une moyenne de 9,2 sur 10. Les femmes ont toutes apprécié une prise en charge globale, multidisciplinaire qui est restée personnalisée. Rien n'a été reproché sur cette période.

Lorsqu'a été recueillie la satisfaction globale sur toute la prise en charge, les femmes ont attribué des notes plutôt bonnes allant de 6 à 10 et une moyenne de 8,5. Cette moyenne correspond, à 0,5 près, à la moyenne des notes sur chaque période prise séparément. La corrélation de l'évaluation de la satisfaction montre donc que celle-ci fait sens pour cette étude, malgré la difficulté dans son abord.

4. Projet d'action

4.1 Préparation à la naissance et à la parentalité

Cette étude montre que la césarienne reste un sujet peu abordé, notamment par les sages-femmes. La césarienne programmée est vécue par de nombreuses femmes, pourtant elle reste absente des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Aborder davantage la césarienne permettrait aux femmes de l'envisager, afin qu'elle devienne, dans l'esprit commun, un accouchement au même titre que la naissance par les voies naturelles. L'inconnu laisserait alors sa place à la connaissance, permettant aux mécanismes d'adaptation de se mettre en place plus rapidement.

La sage-femme intervient à de nombreux niveaux en prénatal. Notamment lors des séances de PNP, mais aussi au cours des consultations prénatales ou des hospitalisations en service de grossesses à risque. Elle dispose donc de temps afin de présenter

systématiquement tous les différents types de naissance, par voie basse, par voie haute en urgence et par voie haute de manière programmée. La brochure déjà existante sur la césarienne pourrait être distribuée à toutes les femmes à l'occasion d'une de ces rencontres avec la sage-femme [50]. Cela permettrait de créer un premier contact avec la femme, qui serait alors plus à l'aise pour poser ses questions par la suite et ainsi faire de la césarienne un sujet de discussion classique.

La sage-femme pourrait également utiliser des supports tels que celui de l'association « Les baleines bleues » par Chantal Fabre-Clergue, où soixante cartes permettent d'aborder la grossesse, l'accouchement, le post-partum et la sexualité. En effet la carte vingt du jeu numéro un sur la grossesse peut permettre d'échanger sur la césarienne [58].

4.2 Entretien avec le couple

La sage-femme se doit d'avoir un rôle d'écoute, d'information, de prévention et d'éducation auprès des femmes. Durant la grossesse, elle devrait donc sensibiliser toutes les femmes à la césarienne, d'autant plus si celle-ci est programmée.

Dans le cas d'une femme pour laquelle l'indication de césarienne programmée est posée tôt au cours de la grossesse, une séance individualisée avec le couple devrait être envisageable. La sage-femme possède du temps et doit le mettre à profit pour cibler sa prise en charge, d'autant plus dans ces cas où les femmes vont cesser de se rendre à leurs séances de PNP.

Lorsque l'enfant est en siège, la décision de césarienne programmée est souvent prise beaucoup plus tardivement, ne laissant aux femmes que peu de temps pour s'adapter. Notre travail montre que les interrogations et les angoisses ne surviennent généralement que dans un deuxième temps, après l'annonce. L'arrivée dans le service de suites de couches la veille de l'intervention peut alors être mise à profit. Comme l'avait expliqué une des femmes interrogée, le temps semble souvent long. L'attente de l'enfant et l'angoisse de l'intervention prennent le dessus. Une demi-heure pourrait être aménagée afin de répondre à la demande des patientes d'être rassurées et informées sur le déroulement du séjour. Les sages-femmes n'ont souvent qu'une femme entrant pour une césarienne programmée dans leur secteur. Il semblerait concevable d'accorder, dans la soirée, un moment au couple pour reprendre avec eux les étapes de la naissance et de la prise en charge classique en suites de couches. Afin de permettre aux couples de préparer leurs questions et de discuter en amont de leurs appréhensions, ils seraient informés de

l'entretien et de son horaire dès leur arrivée, tout en précisant que cela reste modulable selon les contraintes organisationnelles du service.

Dans un cas comme dans l'autre, les thèmes de cet entretien seraient les mêmes :

- Qu'est-ce qu'une césarienne ?

On aborderait le type d'anesthésie, la mise en place de la sonde urinaire à demeure avec le rasage du pubis. On parlerait de l'incision en expliquant la localisation, le type de suture, la taille de l'incision et les soins à réaliser. On expliquerait ensuite la prise en charge de l'enfant après la naissance selon son état néonatal, et la durée globale de l'intervention. On pourrait préciser le nombre d'intervenants ainsi que leur fonction, afin d'éviter le sentiment de panique lié au grand nombre de personnel soignant présent.

- La salle de réveil

Le temps en salle de réveil serait expliqué pour la maman, avec l'intérêt des surveillances régulières, et pour le bébé. Selon l'état néonatal, la nécessité d'un temps en couveuse serait évoquée, ainsi que le peau à peau et la tétée précoce dans le cadre d'un allaitement maternel. On insisterait sur l'intérêt des interactions précoces lorsque leur accompagnement est possible.

- Les suites de couches

Le temps de séjour serait précisé, ainsi que sa justification par rapport à un accouchement par voie basse. On insisterait sur la présence de la sonde urinaire et son délai de retrait, ainsi que le premier lever qui intervient dans les douze à vingt-quatre heures, entravant quelque peu l'autonomie. Par conséquent on informerait les femmes sur les difficultés qu'elles pourraient rencontrer dans les premiers soins à leur bébé. Nous pourrions ainsi diminuer la frustration et valoriser leur capacité à être mère en expliquant tout ce qu'elles pourraient faire malgré l'alitement. On aborderait l'allaitement pour répondre aux femmes qui se demandent si on peut donner le sein après une césarienne. On parlerait également des conséquences sur une prochaine grossesse, en soulignant la possibilité d'un accouchement par voie basse même après une césarienne.

- Questions personnelles

Un temps libre serait accordé aux parents afin de répondre à leurs questions. Chaque couple est différent et les interrogations peuvent être multiples. Il est important d'en prendre compte et de s'adapter. Ce moment permettrait de corriger si besoin certaines idées fausses et de faire prendre aux femmes pleinement conscience du versant médical d'une césarienne pour qu'elles puissent mieux gérer la dimension psychologique.

Afin d'offrir aux sages-femmes un support d'aide à la réalisation de ces entretiens, nous pourrions créer un livret contenant toutes ces informations essentielles. Ce dernier pourrait ensuite être laissé au couple.

CONCLUSION

Au cours de notre étude, nous avons mis en évidence les différentes difficultés auxquelles les femmes accouchant par césarienne programmée doivent faire face. Dès l'annonce, elles se retrouvent en dehors du cadre habituel de la grossesse et perdent tous les repères qu'elles ont élaborés.

Nous avons pu confirmer notre hypothèse selon laquelle la césarienne n'était abordée que très succinctement durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Les femmes sont alors seules dans une situation qui les déconcerte. Elles font souvent appel à la famille ou les amis, pouvant les amener sur de fausses pistes puisqu'ils parlent à travers leur propre vécu, déjà subjectif.

La peur prend le dessus et les femmes, d'autant plus lorsqu'elles sont primipares, préfèrent se retrancher dans le confort de la prise en charge plutôt que d'être actrice de leur accouchement. Elles se désinvestissent dans la naissance de leur enfant, estimant qu'elles n'ont plus de rôle à jouer.

Le devoir des sages-femmes est d'éviter ce désinvestissement pouvant amener à une difficulté dans l'apprentissage du rôle de mère. Une information complète au cours de la grossesse devrait être délivrée, mettant en évidence les différentes possibilités d'accouchement et leur déroulement. En préparant, accompagnant et rassurant, les sages-femmes doivent aider les femmes à se réapproprier ce moment qui leur appartient.

C'est ainsi que la mise en place d'un entretien personnalisé avec le couple pourrait être intéressante. Celui-ci pourrait se dérouler pendant la grossesse si le temps le permet, ou à défaut la veille de la césarienne, après leur entrée dans le service de suites de couches.

Les femmes ont besoin d'un accompagnement particulier que seule une personne formée sur les différentes voies d'accouchement peut prendre en charge. La sage-femme rencontre la femme et le couple à de multiples occasions durant la grossesse, elle doit être l'interlocuteur privilégié pour aborder sereinement tous les imprévus pouvant survenir pendant la grossesse.

Il serait intéressant de mettre en place ces séances au sein de la maternité de notre étude. Nous pourrions ainsi réévaluer à distance, par le biais d'une seconde étude, l'impact sur la satisfaction des femmes.

REFERENCES
BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Espeset A. Césarienne, des histoires dans l'histoire [Internet]. 2010 [cité 2 sept 2015]. Disponible sur: <http://www.gynazur.eu/gynazur2010/pdf>
- [2] Chevalier G. La césarienne : une autre naissance. In Paris: Pierre Horay; 2004. p. 19. (Singulier Pluriel).
- [3] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2000 [cité 23 août 2015]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_08.HTM#Indic
- [4] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique - Post partum [Internet]. CNGOF. 2015 [cité 16 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=2176>
- [5] Haute Autorité de Santé. Indications césarienne [Internet]. 2012 [cité 23 août 2015]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indications-cesarienne.pdf
- [6] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandations pour la pratique clinique - Dystocie des épaules [Internet]. CNGOF. 2015 [cité 17 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/apercu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015-RPC-DYSTOCIE-EPAULES.pdf&i=2174>
- [7] Association Césarine. Pourquoi une césarienne en cours de travail ? [Internet]. 2014 [cité 26 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.cesarine.org/avant/urgence/>
- [8] De Vallors M. Le versant psychique de l'accouchement. Doss Obstétrique. 2000;(287):30-7.
- [9] Bergeret-Ameselek C. Le mystère des mères. Paris: Desclée de Brouwer; 1998. 183 p.
- [10] Ryding EL, Wijma B, Wijma K. Posttraumatic stress reactions after emergency cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand. oct 1997;76(9):856-61.
- [11] Lobel M, Deluca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: review and analysis of their causes and implications. Soc Sci Med 1982. juin 2007;64(11):2272-84.
- [12] Jonquiere-Wichmann M. Puerperal psychoses. Schweiz Arch Für Neurol Neurochir Psychiatr Arch Suisses Neurol Neurochir Psychiatr. 1981;128(1):105-49.
- [13] Kendell RE, Rennie D, Clarke JA, Dean C. The social and obstetric correlates of psychiatric admission in the puerperium. Psychol Med. mai 1981;11(2):341-50.
- [14] Thallassinis M, Rouillon F, Engelmann P, Lemperiere T. Study of the relation of gynecologic and obstetric findings and psychological disorders of pregnancy and the puerperium. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1988;17(7):879-87.

- [15] Thallassinis M, Zittoun C, Rouillon F, Engelmann P. Anxiety and depressive disorders in the postpartum period in pregnant females. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 1993;22(1):101-6.
- [16] Racinet C, Vendittelli F. La césarienne : une approche fondée sur les faits. In Montpellier: Sauramps médical; 2014. p. 147-83.
- [17] Szejer M, Stewart R. Ces neuf mois-là : Une approche psychanalytique de la grossesse et de la naissance. Paris: Robert Laffont; 2002. 310 p.
- [18] Ryding EL, Wijma K, Wijma B. Psychological impact of emergency cesarean section in comparison with elective cesarean section, instrumental and normal vaginal delivery. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* sept 1998;19(3):135-44.
- [19] Dubernard F, Distriquin M. Césarienne, du côté des maternités amies des bébés. *Prof Sage-Femme.* 2005;(116):46.
- [20] Bowlby J. Attachement et pertes. Vol. 1, L'attachement. Paris: Presses Universitaires de France; 2002. 540 p.
- [21] Stern D, Bruschiweiler-Stern N. La naissance d'une mère. Paris: Odile Jacob; 2009. 256 p.
- [22] Pedinielli J-L, Bernoussi A. Les états dépressifs. 2e édition. Paris: Armand Colin; 2011. 128 p.
- [23] Winnicott D. L'enfant et sa famille. Paris: Payot; 1991. 210 p. (Petite Bibliothèque Payot).
- [24] Piliot M. Le regard du naissant. *Cah Matern.* août 2005;(23-24):65-80.
- [25] Razuel C, Benchouk M, Bonnet J, Jarabo G, Pierret B. Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum? *Rev Sage-Femme.* 2010;9(5):240-9.
- [26] Marret S, Marpeau L. « Césarienne programmée n'est pas la panacée ! ». *Gynécologie Obstétrique Fertil.* oct 2010;38(10):559-60.
- [27] Odent M. Césariennes : questions, effets, enjeux : Alerte face à la banalisation. Gap: Le Souffle d'Or; 2005. 183 p.
- [28] Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry.* oct 1997;31(5):728-38.
- [29] Haute Autorité de Santé. Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé [Internet]. 2011 [cité 16 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-02/20120213_guide_pec_enfant_ado.pdf
- [30] Halfon Y. Le vécu des femmes césarisées. *Doss Obstétrique.* sept 1987;
- [31] Labassi I, Jehl A, Sarret C. Le peau à peau en salle de naissance. *Prof Sage-Femme.* 2008;(149):33-4.

- [32] Legifrance. Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie [Internet]. 2004-810 août 13, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000625158&dateTexte=&categorieLien=id>
- [33] Legifrance. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé [Internet]. 2002-303 mars 4, 2002. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
- [34] Carbonne B, Frydman R, Goffinet F, Pierre F, Subtil D, D'Ercole C, et al. Césarienne: conséquences et indications. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2000;29(2):9-108.
- [35] Legifrance. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [Internet]. 2009-879 juill 21, 2009. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>
- [36] Legifrance. Article L4153-1 [Internet]. Code de la santé publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006688964&dateTexte=&categorieLien=cid>
- [37] Davitian C, Ducarme G, Grossetti A, Desfeux P, Yver C, Pejoan H, et al. Évaluation des pratiques professionnelles dans le cadre de la certification d'un établissement public de santé à propos des césariennes programmées. *Rev Sage-Femme.* juin 2010;9(3):153-9.
- [38] Legifrance. Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005 relatif à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et modifiant le code de la santé publique (partie Réglementaire) [Internet]. 2005-213 mars 2, 2005. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2005/3/2/SANH0520635D/jo/texte>
- [39] Puech F. L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. *ADSP.* déc 2007;(61-62):35-45.
- [40] Roegiers L, Molenat F. Stress et grossesse : Quelle prévention pour quel risque? Toulouse: Erès; 2011. 327 p.
- [41] Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. 2005 [cité 16 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
- [42] RPC CE. Recommandations pour la pratique clinique. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)(novembre 2005). *Gynécologie Obstétrique Fertil.* 2006;34:540-63.
- [43] Hillan E. Quelques chiffres autour de la césarienne. *Doss Obstétrique.* mai 2001;(294):8.
- [44] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. *Etudes Résultats.* sept 2008;(660):1-6.
- [45] Page L-A, Kitzinger I S, Simon A, Teurnier F. Le nouvel art de la sage-femme, science et écoute mises en pratique. Paris: Elsevier; 2004. 418 p.

- [46] Association Césarine. Présentation de l'association [Internet]. 2014 [cité 26 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.cesarine.org/cesarine/association/>
- [47] Association Césarine. Enquête sur le vécu des césariennes en France et résultats [Internet]. [cité 26 nov 2015]. Disponible sur: http://www.cesarine.org/quest/stats.php?QUESTIONNAIRE_ID=1
- [48] Bardin L. L'analyse de contenu. 2e édition. Paris: Presses Universitaires de France; 2013. 320 p. (Quadrige Manuels).
- [49] Haute Autorité de Santé - Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. [cité 16 févr 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
- [50] Blanchard S, Fontaine A, Garcia-Lebailly K, Paysant S, Sirven A, Vardon D. La césarienne : Ce que toute femme enceinte devrait savoir... [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2013 [cité 3 mars 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-07/brochure_patient_cesarienne_mel_2013-07-02_11-25-35_632.pdf
- [51] Heimann S. La césarienne sur demande maternelle: quelle est la vraie demande de la mère ? Rev Médecine Périnatale. mars 2010;2(1):8-11.
- [52] Association Césarine. Se préparer à une césarienne [Internet]. [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cesarine.org/avant/preparer/>
- [53] Collectif interassociatif autour de la naissance. Initiative pour un Label Naissance respectée - charte fondatrice du Ciane [Internet]. Scribd. [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: <https://fr.scribd.com/doc/2520698/Initiative-pour-un-Label-Naissance-respectee-charte-fondatrice-du-Ciane>
- [54] Association Césarine. Le père peut-il être présent en cas de césarienne [Internet]. [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: <http://www.cesarine.org/pendant/pere/>
- [55] Chaillet N. Peau à peau après césarienne, quelles évidences et quels défis? [Internet]. 2010 [cité 29 févr 2016]. Disponible sur: http://www.aspq.org/documents/file/25-11-10_11h20_nilschaillet_peau-a-peau-apres-cesarienne.pdf
- [56] Erlandsson K, Dsilna A, Fagerberg I, Christensson K. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth Berkeley Calif. juin 2007;34(2):105-14.
- [57] Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. Br J Obstet Gynaecol. févr 1995;102(2):101-6.
- [58] Fabre-Clergue C. Jeu de cartes n°1 « Pendant la grossesse » [Internet]. Les Baleines Bleues. 2014 [cité 5 avr 2016]. Disponible sur: <http://www.lesbaleinesbleues.com/boutique.php?id=jeu2>

ANNEXES

ANNEXE I : Lettre d'information

LETTRE D'INFORMATION

Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée

Investigateurs :

- CROISY Adèle, étudiante sage-femme à Clermont-Ferrand
- sous la direction de Madame BLANCHET Emilie, sage-femme d'Etat

Pour tous renseignements ou informations, n'hésitez pas à nous contacter par mail adele.croisy@etu.udamail.fr ou eblanchet@chu-clermont-ferrand.fr

Madame, Mademoiselle,

Vous avez été invitée à participer à une étude appelée "Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée".

Une étude sur la satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée est engagée au sein du service de suites de couches. Elle s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche de fin d'études d'une étudiante sage-femme. Cette étude est sous la responsabilité de Madame BLANCHET Emilie, sage-femme d'Etat.

1. Pourquoi cette étude

L'accouchement est une expérience humaine très forte. La manière dont une femme donne naissance, par voie basse ou par césarienne, semble avoir un impact sur le ressenti de l'accouchement.

En France près d'une femme sur cinq donne naissance à son enfant par césarienne et dans moins de la moitié des cas elle est programmée. Ce n'est donc pas un évènement rare. Les échanges sont primordiaux afin qu'une discussion puisse s'établir entre la femme et l'équipe médicale.

Le vécu de la césarienne est donc une question très importante à laquelle il convient de s'intéresser pour que les femmes soient au mieux informées et préparées afin

qu'elles vivent leur accouchement sereinement et puisse accueillir leur enfant dans de bonnes conditions.

2. L'étude en pratique

L'accord des patientes sera demandé en service de suites de couches grâce au formulaire de consentement. Elles seront ensuite interrogées lors d'un entretien semi directif dans la mesure du possible au troisième ou quatrième jour de suites de couches.

Les propos seront recueillis grâce à un dictaphone puis retranscrits intégralement sur support informatique.

Les entretiens seront analysés de manière individuelle afin de faire ressortir les thèmes abordés dans chaque discours. Ensuite nous recouperons les entretiens pour extraire les similitudes et les divergences par thème. Enfin nous interpréterons les résultats en fonction des objectifs de recherche.

3. Confidentialité et sécurité des données

Vos données personnelles seront identifiées par un numéro d'anonymat.

Le personnel impliqué dans l'étude est soumis au secret professionnel.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification.

Conformément aux dispositions de cette dernière, l'étude a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL).

4. Vos droits

Votre participation à cette étude est entièrement libre et volontaire.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à n'importe quel moment, sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 7 août 2004, vous avez le droit d'avoir communication des données vous concernant et le droit de demander éventuellement la destruction de ces données si vous décidez d'arrêter votre participation

à l'étude. Vous avez également la possibilité de vérifier l'exactitude des informations que vous aurez fournies et la possibilité de demander éventuellement leur correction. Ces droits pourront s'exercer à tout moment en adressant une demande écrite à Madame BLANCHET Emilie, CHU Estaing Place Lucie et Raymond Aubrac 63 000 Clermont-Ferrand.

5. Obtention d'informations complémentaires

Si vous le souhaitez, vous pourrez durant toute la durée de l'étude contacter les responsables pour obtenir des précisions ou des informations complémentaires :

- Madame BLANCHET Emilie, sage-femme d'Etat: eblanchet@chu-clermontferrand.fr,
- Mademoiselle CROISY Adèle, étudiante sage-femme :
adele.croisy@etu.udamail.fr

Si vous décidez de participer à cette recherche, nous vous demanderons de signer un formulaire de consentement. Cette signature confirmera votre accord pour participer à cette étude.

Annexe II : Formulaire de consentement

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée

Directeur du mémoire : BLANCHET Emilie, eblanchet@chu-clermontferrand.fr

Investigateur : CROISY Adèle, adele.croisy@etu.udamail.fr

L'étudiante sage-femme CROISY Adèle

Adresse : Ecole de sages-femmes, U.F.R. de médecine et pharmacie 28 place Henri DUNANT, 63001 Clermont-Ferrand BP 38.

Tél : 04 73 75 03 15

M'a proposé de participer à l'étude intitulée : « Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée. »

J'ai lu et compris la lettre d'information dont j'ai reçu un exemplaire. J'ai compris les informations écrites et orales qui m'ont été communiquées. L'étudiante sage-femme a répondu à toutes mes questions concernant l'étude. J'ai bien noté que je pourrai à tout moment, poser des questions ou demander des informations complémentaires à l'étudiante sage-femme qui m'a présentée l'étude.

J'ai eu le temps nécessaire pour réfléchir à mon implication dans cette étude. Je suis consciente que ma participation est entièrement libre et volontaire. J'ai compris que les frais spécifiques à l'étude ne seront pas à ma charge.

Je peux à tout moment décider de quitter l'étude sans motiver ma décision et sans qu'elle n'entraîne de conséquences dans la qualité de ma prise en charge et sans encourir aucune responsabilité ni aucun préjudice de ce fait.

J'ai compris que les données collectées à l'occasion de cette recherche seront protégées dans le respect de la confidentialité. Elles pourront uniquement être consultées

par les personnes soumises au secret professionnel appartenant à l'équipe de l'étude de l'étudiante sage-femme.

J'accepte le traitement informatisé des données à caractère personnel me concernant dans les conditions prévues par la loi informatique et liberté. J'ai été informée de mon droit d'accès et de rectification des données me concernant par simple demande auprès de l'étudiante sage-femme responsable de l'étude.

J'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche, dans les conditions établies par la loi, et telles que précisées dans la lettre d'information qui m'a été remise.

J'ai compris que je n'ai pas le droit de citer quelqu'un nominativement (nom et/ou prénom) afin de garantir l'anonymat de ces personnes.

J'accepte de participer à l'étude intitulée : « Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée »

- Noms :

Prénoms :

Numéro d'anonymat du (de la) patient(e) : |__|__|__|

Je refuse de participer à l'étude intitulée : « Satisfaction des primipares bénéficiant d'une césarienne programmée »

Fait à :

Le :

Signature

ANNEXE III : Guide d'entretien

Age :

Conditions de vie :

1) Concernant la période avant l'hospitalisation

Avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ? Quelles informations avez-vous reçu sur la césarienne ?

Quelle est l'indication de votre césarienne?

A quel moment la décision de césarienne a-t-elle été prise ? Quel type de professionnel vous en a parlé pour la première fois?

Quelles explications avez-vous reçues ? Comment les avez-vous jugées?

Avez-vous reçu un papier d'information? Si oui vous a t'il été utile ?

Quelles sont vos questions qui sont restées sans réponse ?

Avez-vous cherché des informations extérieures? Si oui par quelle source?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction par rapport à la période avant l'hospitalisation sur une échelle de 0 à 10?

2) Concernant l'arrivée en service de suites de couches

Comment s'est passé l'accueil dans le service la veille de la césarienne?

Quelles étaient vos attentes ?

S'il y en a, quels sont les actes réalisés dont vous n'avez pas compris l'intérêt ?

Quelles explications vous a-t-on données sur le déroulement de la soirée, de la nuit et du lendemain matin ? Auriez-vous aimé en avoir d'avantage ?

Comment s'est passée la nuit?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction par rapport à votre prise en charge à l'arrivée en service de suite de couches sur une échelle de 0 à 10?

3) Concernant l'intervention

Comment avez-vous été prévenue du déroulement de la césarienne?

Quelles sont vos questions qui sont restées sans réponse ?

Par qui avez-vous été accompagnée pendant la césarienne?

Qu'avez-vous ressenti pendant l'intervention?

Que pensez-vous de l'accompagnement par le personnel ?

Quand s'est produit le premier contact visuel avec votre bébé? Le premier contact physique?

Quelque chose vous a-t-il manqué pendant l'intervention?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction par rapport à votre prise en charge pendant l'intervention sur une échelle de 0 à 10?

4) Concernant la salle de réveil

Qui aviez-vous à vos côtés ?

Avez-vous eu la possibilité de faire du peau à peau ? Si non l'auriez-vous souhaité ?

Si allaitement maternel : Avez-vous pu faire une mise au sein ? Si non pourquoi ?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction par rapport à votre prise en charge en salle de réveil sur une échelle de 0 à 10?

5) Concernant les suites de couches

Comment s'est passé le retour en chambre?

Quelles informations aviez-vous reçues sur le déroulement des premiers jours en suites de couches?

Comment avez-vous vécu les suites de la césarienne?

Quels soins avez-vous pu prodiguer à votre bébé dès le premier jour? Quels sont ceux que vous n'avez pas pu réaliser?

Comment l'équipe soignante de la maternité vous a-t-elle accompagnée ?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction par rapport à votre prise en charge en suites de couches sur une échelle de 0 à 10?

Comment qualifieriez-vous votre satisfaction générale par rapport aux informations que vous aviez reçues sur cet accouchement sur une échelle de 0 à 10?

Annexe IV : Extrait de la fiche d'information de la maternité de notre étude

Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

CHU ESTAING - Pôle G.O.R.H.

CÉSARIENNE PROGRAMMÉE

Votre médecin vous a proposé une **césarienne**. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

QU'EST-CE QU'UNE CÉSARIENNE ?

La césarienne permet l'accouchement par une incision de l'abdomen et de l'utérus, lorsque les conditions, chez la mère ou chez l'enfant, ne sont pas favorables à un accouchement par les voies naturelles.

COMMENT SE PASSE L'OPÉRATION ?

L'intervention est réalisée le plus souvent sous anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie), cependant, une anesthésie générale est parfois nécessaire, selon votre cas et les décisions du chirurgien et de l'anesthésiste.

L'ouverture de l'abdomen se fait par une incision horizontale le plus souvent. Parfois, une incision verticale est préférable du fait des antécédents ou de circonstances particulières. L'ouverture de l'utérus permet d'extraire l'enfant qui est confié à la sage-femme ou au pédiatre. Les parois de l'utérus et de l'abdomen sont ensuite suturées.

QUE SE PASSE-T-IL APRÈS UNE CÉSARIENNE ?

Les suites d'une césarienne et la durée d'hospitalisation sont un peu plus longues que celles d'un accouchement par les voies naturelles. Par contre, vous pourrez allaiter et vous occuper de votre bébé comme après un accouchement normal.

La césarienne n'empêche pas d'avoir d'autres grossesses ultérieurement. En dehors de certains cas, un accouchement par les voies naturelles peut le plus souvent être envisagé pour les grossesses suivantes.

EXISTE-T-IL DES INCONVÉNIENTS OU DES RISQUES ?

La césarienne est une intervention courante dont le déroulement est simple dans la majorité des cas.

En cours d'opération, des lésions d'organes de voisinage de l'utérus peuvent se produire de manière exceptionnelle: blessure intestinale, des voies urinaires ou des vaisseaux sanguins, nécessitant une prise en charge chirurgicale spécifique. Dans le cas exceptionnel d'hémorragie provenant de l'utérus pouvant menacer la vie de la patiente, une transfusion sanguine ou de produits dérivés du sang peut être rendue nécessaire. Dans cette situation, si les traitements médicaux et chirurgicaux spécifiques mis en œuvre pour traiter l'hémorragie sont inefficaces, il peut s'avérer nécessaire très exceptionnellement de réaliser une hystérectomie (ablation de l'utérus pour arrêter le saignement).

Réseau de Santé Périnatale d'Auvergne

CHU ESTAING - Pôle G.O.R.H.

Dans les suites de l'intervention, les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques puissants. Parfois, un hématome ou une infection (abcès) de la cicatrice peuvent survenir, nécessitant le plus souvent de simples soins locaux. Il n'est pas rare qu'une infection urinaire survienne, généralement sans gravité après une césarienne. Sauf cas particulier, un traitement anticoagulant est prescrit pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire. Exceptionnellement, une hémorragie ou une infection sévère peuvent survenir dans les jours suivant l'opération et nécessiter des traitements spécifiques, voire une réintervention. Comme toute chirurgie, la césarienne peut comporter très exceptionnellement un risque vital ou de séquelles graves.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

EN PRATIQUE

- **Avant l'opération**
 - une consultation pré-anesthésique doit être réalisée systématiquement avant toute intervention.
 - le plus souvent, vous serez hospitalisée la veille de la césarienne
 - après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire
 - une perfusion sera mise en place puis l'anesthésie sera réalisée. En cas d'anesthésie générale, celle-ci sera débutée au dernier moment après les préparatifs de la césarienne.
- **Après l'opération**
 - vous serez surveillée quelques heures en salle de réveil ou en salle d'accouchement avant de retourner dans votre chambre.
 - une sonde urinaire, de même que la perfusion intraveineuse, sont généralement laissées en place pour pendant les 24 premières heures post-opératoires et dans de rares cas pour une durée supérieure.
 - un petit drain (tuyau) est parfois mis en place pour quelques jours sous la paroi de l'abdomen.
 - un traitement anticoagulant peut être instauré dans les suites.
 - la reprise d'une alimentation normale se fait en général dans les deux jours suivant la césarienne.
 - La sortie a généralement lieu entre le 4^e et le 7^e jour post-opératoire.
- **Après le retour**
 - un saignement vaginal modéré est banal au cours de la période post-opératoire et peut durer jusqu'à 3 semaines
 - il est recommandé d'attendre la fin des saignements pour reprendre une activité sexuelle.
 - **des douches sont possibles quelques jours après l'opération mais il est recommandé d'attendre trois semaines avant de prendre un bain.**
 - **après votre retour à domicile, si des douleurs, des saignements, des vomissements, de la fièvre, une douleur dans les mollets ou toute autre anomalie apparaissent, il est indispensable d'en informer votre médecin.**

Cette feuille d'information ne peut sans doute pas répondre à toutes vos interrogations. Dans tous les cas, n'hésitez pas à poser au chirurgien toutes les questions qui vous viennent à l'esprit en utilisant la case suivante :

Annexe V : Extrait du protocole « Soins au nouveau-né » de la maternité de l'étude

6.2- Après une naissance par césarienne

Les soins (collyre, vitamine K, mensurations, examen clinique,...) sont effectués en salle de réanimation sur une table préchauffée. L'enfant est ensuite placé en couveuse, dans cette même salle puis en salle de réveil, auprès de sa mère, jusqu'au transfert conjoint en suites de couches. La surveillance est réalisée par la Sage-femme et l'AP sous son autorité.

Le peau-à-peau est recommandé pour le lien mère-enfant, mais dépend de l'état clinique et d'éveil de la maman, de celui du nouveau-né, de la disponibilité de la SF et de l'AP. Le peau-à-peau avec le papa est autorisé mais la présence de la SF et ou de l'AP est obligatoire (10). La surveillance par un membre de la famille n'est en aucun cas une sécurité suffisante.

Résumé

Introduction : En France, une femme sur cinq donne naissance à son enfant par césarienne. Ce n'est pas un évènement rare et il est important d'apporter à ces femmes une prise en charge adaptée et un accompagnement personnalisé. Les objectifs de notre étude étaient d'évaluer la satisfaction des primipares ayant bénéficié d'une césarienne programmée et de voir s'il existait une différence entre le suivi individuel ou en groupe pour les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Matériel et méthode : L'étude réalisée était qualitative descriptive transversale. Nous avons interrogé douze femmes à l'aide d'entretiens semi-directifs. Elles avaient toutes bénéficié d'une césarienne programmée entre le 14 Septembre 2015 et le 15 Février 2016.

Résultats : Les femmes étaient globalement satisfaites de leur prise en charge. La moyenne de leur satisfaction globale sur une échelle de 0 à 10 était de 8,5 concernant les informations reçues et l'accompagnement par le personnel soignant. Il persiste cependant une insuffisance d'information globale sur la césarienne.

Discussion : Il serait intéressant de mettre en place un entretien personnalisé par les sages-femmes avec le couple afin de leur offrir une information claire, loyale et appropriée, correspondant à la maternité de leur lieu d'accouchement.

Mots-clefs : Césarienne programmée, primipare, satisfaction, informations.

Abstract

Background : In France, one in five women give birth by caesarean section. This is not a rare event and it is important to provide this women an appropriate care and an individual support. The objectives of our study were to assess primiparous satisfaction who had a planned caesarean section and see whether there was any difference between individual follow-up and group one for the birth and parenthood preparation classes.

Study design : The study carried was qualitative descriptive cross-sectional. We have questioned twelve women using semi-structured interviews. They all had a planned caesarean section between the 14th of September 2015 and the 15th of February 2016.

Results : Women were usually satisfied with their care. The average of their overall satisfaction on a scale of 0 to 10 was 8,5 regarding the information received and the support given by the caregivers. However, a lack of global information about caesarean section remains.

Discussion : It would be interesting to organize an individual interview by the midwives with the couple in order to offer them a clear, honest and appropriate information, related to the maternity ward where they will give birth.

Keywords : Planned caesarean section, primiparous, satisfaction, information.