

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

FILIERE : SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du Diplôme de Master

En Psychologie Clinique

Thème

**Le vécu psychologique de l'accouchement des
femmes césarisées et l'accueil du bébé.**

Préparé par :

M^r : BOURAOUI Farouk

M^{elle} : BOUZID Wassila

Encadré par :

M^{me} : TOUATI. S

Année Universitaire 2013/2014

TABLE DES MATIERES

Introduction	01
--------------------	----

PARTIE THEORIQUE

Chapitre I : Le processus de la grossesse

Préambule

1-Définition de la grossesse	03
2-Les études psychanalytiques sur la grossesse	03
3-Le désir d'enfant	09
4-Les trimestres de la grossesse	11
Résumé	23

Chapitre II : Le vécu de l'accouchement par césarienne

Préambule

1-Définition de l'accouchement	24
2-Les phases de l'accouchement	24
3-Les types d'accouchement	25
4-Les indications de la césarienne.....	26
5-La pratique de la césarienne	28
6-Les complications de la césarienne	28
7-Le vécu psychologique de la césarienne	32
Résumé	38

Chapitre III : L'accueil du bébé

Préambule

1-L'accueil du bébé à la naissance	39
2-Les interactions précoces entre la mère et le bébé	42
3-Les conséquences de la césarienne sur la relation mère-bébé	48
Résumé	51

Problématique et formulation des hypothèses

1-Problématique	53
2-Hypothèse de recherche	56
3-Définition opérationnelle des concepts clés.....	56

PARTIE PRATIQUE

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule

1-Le terrain de recherche	58
2-L'échantillon de recherche	59
3-Les techniques de recherche	61
3-1-L'entretien clinique	61
3-2-Le questionnaire	63
3-3-L'observation.....	64
4-Le déroulement de la pratique	65
4-1-Les étapes suivies	66
4-1-1-La première étape : pré-enquête	66
4-1-2-La deuxième étape : l'application des entretiens.....	66
4-1-3-L'application du questionnaire.....	69
4-1-3-L'observation des mères avec leur nouveau-né	71
Résumé de la partie méthodologique	72

Chapitre V : Présentation et analyse des résultats

1-Présentations et analyse des données de l'entretien.....	73
2- Présentation des résultats du questionnaire.....	78
3-Description et analyse des données de l'observation.....	79
4-Illustration de cas	81
5-Synthèse et discussion des hypothèses	89
Conclusion.....	94

Liste bibliographique.

Annexes.

Remerciements

Tout d'abord,

Nous aimerions remercier dieu de nous avoir donné la volonté et la patience de pouvoir mener ce travail à terme.

Nous remercions également et sincèrement :

Notre promotrice, Mme Touati Saïda pour nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et pour nous avoir éclairé dans notre démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils tout en offrant une grande liberté dans la réalisation de ce travail ; mais aussi pour tout ce qu'elle nous a transmis au cours de ces cours de psychologie, notamment son humanité à l'égard de chaque personne.

*Je remercie également le directeur de la clinique le Rameau d'Olivier Mr Touati de nous avoir permis de mener à bien notre recherche .
le chef du service Mme Ait Chaban , Les sages-femmes et les infirmières, pour le soutien qu'elles nous ont apporté.*

Nous remercions le docteur Bouraoui Kamel pour sa disponibilité et ses précieux conseils

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

Dédicaces

Avec un cœur plein de joie, je dédie ce de modeste travail :

A mes chers parents, source de ma volonté et de ma réussite, ils ont toujours été à mes côtés, que dieu les gardent.

A mes frères : Lyes, Nabil, Yanis, pour leurs encouragements et leur soutien.

A M^{me} Touati (S), merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.

A tous mes amis, Bilal, Rachid, Salah, Salim, Mahmoud, Nordine, pour l'aide qu'ils m'ont apporté.

A Ma binôme, pour son respect et sa confiance.

Farouk

Dédicaces

En signe de respect Et de remerciements, je dédie ce modeste travail

*A mes chers parents pour leur soutien et l'amour qu'ils ont pu me
donner à chaque instant, pour leur prière continue, que dieu les
protègent.*

*A mes frères et sœurs : Mami, Kamel, Lamine, Lamia, qui ont rendu
les moments les plus difficiles supportables par leurs encouragements.*

*A M^{me} Touati (S), pour sa tendresse, sa modestie et la qualité de son
encadrement, vous êtes mon modèle.*

*A mes amis, pour le réconfort qu'ils m'ont apportée, tout au long de ce
travail.*

A mon binôme, pour son sérieux et aux efforts qu'il a fournis.

Wassila

INTRODUCTION

Devenir mère est un changement mémorable et irréversible dans la vie d'une femme. Avant la naissance de leur enfant, les femmes ont une perception de l'expérience de la maternité fondée sur les mythes qui entourent cet événement dans notre société. Cette perception est également influencée par l'expérience de maternité de leurs amies, leur mère et toutes les femmes de leur entourage. La plupart des femmes ont des attentes et des aspirations quant à leur futur rôle de mère.

La maternité est un vaste monde, qu'il faut décrire en apportant les mots qui permettront aux parturientes (futures mères) de pouvoir dire ce qu'elles vivent au point de pouvoir trouver et retrouver le pouvoir de donner naissance. Néanmoins la maternité n'est pas seulement liée à la reproduction, la mise au monde d'un enfant peut être le désir conscient d'un couple, une heureuse surprise ou un accident, cet événement vient accomplir l'existence de l'homme.

Désirer un enfant s'inscrit pour chacun, dans des processus psychiques complexes qui relèvent de son histoire générationnelle, de son expérience comme enfant, de son projet de devenir parent où la grossesse transforme alors l'épouse ou la compagne en future mère et le compagnon ou mari en futur père et des valeurs sociales ambiantes, de la culture dans laquelle on vit.

La grossesse et la naissance entraînent des remaniements psychiques. Classiquement, cette période est une période de grande malléabilité psychique source à la fois de vulnérabilité et de grandes capacités d'adaptation. On désigne par accès à la parentalité l'ensemble des remaniements psychiques à l'œuvre chez chaque parent pour investir le bébé et s'y attacher.

Il se peut qu'à l'occasion de cette mise au monde, la femme subisse des épreuves obstétricales importantes sinon sévères dont les extractions instrumentales.

Cet état peut se terminer par un accouchement césarisé, cette dernière se justifie lorsque des diagnostics spécifiques sont relevés sur les parturientes. Il s'agit donc de femmes présentant des risques lors de l'accouchement naturel.

L'émerveillement suscité par l'enfant réel chez ses parents après la naissance, leur permet de le découvrir conforme à leurs attentes, du moins reconnaissable et tellement unique déjà dans ses mimiques et sa façon d'être.

Les conditions entourant l'accouchement, les contacts du réel sont parmi les facteurs qui déterminent la qualité de la rencontre avec le bébé.

Notre recherche porte sur le vécu psychologique de l'accouchement des femmes césarisées et son rapport avec l'accueil du bébé, pendant la première grossesse.

Et pour reprendre le problème posé, nous nous sommes basés sur une démarche rigoureuse liée à l'expérience pratique qui est la méthode clinique, dont l'objectif est de décrire le vécu psychologique des parturientes qui ont subi une césarienne et l'accueil de leur bébé.

Trois techniques, ont été choisies qui sont l'observation naturelle, l'entretien clinique et les questionnaires, l'observation a pour objectif de relever des phénomènes comportementaux significatifs des parturientes, de leur donner un sens, de les situer dans la dynamique individuelle.

L'entretien clinique est un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des sujets. Au cours des entretiens, les parturientes ont pu nous apporter leurs témoignages, notamment à propos des sentiments éprouvés au cours de leur grossesse et de leur accouchement, de leur rencontre avec leur enfant et des relations qu'elles ont établies. Le questionnaire permet de compléter les données recueillies lors des entretiens.

La partie théorique qui va suivre, nous permettra d'aborder le parcours de la grossesse, le vécu de l'accouchement et l'accueil du bébé.

Partie théorique

Chapitre I

Chapitre I

Le processus de la grossesse

“L’enfant désiré n’est pas forcément l’enfant voulu. C’est celui qui est fait avec toute l’inconscience du désir.” (P.Verlain).¹

Préambule

Un grand nombre de femmes vivent des émotions qui peuvent sembler contradictoires durant la grossesse, y compris certaines femmes qui avaient fortement désiré un bébé. L’arrivée d’un bébé change une vie, et si ces changements apportent de la joie, ils peuvent aussi susciter bien des questions et bien des inquiétudes.

La naissance d’un enfant est un événement riche en émotions. Il est considéré comme un processus normal et significatif dans la vie d’une femme et de la famille. Il est à la fois un phénomène banal et exceptionnel, commun et particulier, un moment unique dans la vie de toute femme.

1-Définition de la grossesse

C’est l’ensemble des phénomènes se déroulant entre la fécondation et l’accouchement, durant lesquels l’embryon, puis le fœtus, se développe dans l’utérus maternel. Synonyme de gestation, la grossesse dure en moyenne 9 mois, regroupées en trois trimestres, soit 273 jours à partir de la date de la fécondation. Mais les obstétriciens comptent souvent en semaines d’aménorrhée, c’est-à-dire en semaine d’absence de règle : le début de la grossesse est alors fixé aux premiers des dernières règles normales ; sa durée étant de 37 semaines d’aménorrhée. Avant 37 semaines d’aménorrhée, l’accouchement est dit prématuré, après 41 semaines et 3 jours, on parle de terme dépassé².

2- Les études psychanalytiques antérieures sur la grossesse

La grossesse n'est pas seulement un état physiologique particulier, elle représente aussi sur le plan psychique une phase de remaniement des équilibres acquis comportant à la fois le risque de décompensation psychologique et la chance d'une réorganisation enrichissante de la personnalité.

S. Freud ne parle presque pas spécialement de la grossesse. Il l'explique surtout dans le contexte du développement de la fille et de sa féminité. Cependant il souligne que « c’est une partie de son propre corps qui se présente à elle comme un objet étranger, auquel elle peut maintenant, en partant du narcissisme, vouer le plein amour d’objet ».

La grossesse est une étape fondamentale du développement de l'identité féminine. Le désir de procréer est attribué à la fonction typiquement réceptive de la psyché féminine. Les tendances réceptives qui sont soutenues par la production hormonale, jouent le rôle

¹ RIBET P. (2002), **Dictionnaire des citations et de langue française**, paris, Maxi-Livre, p 241.

² YBERT E. (2010), **Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles**, Paris, Larousse, p 428.

central durant la grossesse. C'est durant cette période que se produit « une forte perturbation de l'économie libidinale » associé à un phénomène de régression¹.

En effet, la femme enceinte va procéder à la recherche de toutes les tendances libidinales qu'elle a auparavant abandonnées.

Elle revit les situations qui se sont déjà produites au cours de son développement concernant la relation à l'objet. LETONDEUR a cité **DEUTSCH** qui d'après elle « L'enfant revêt aussi le sens d'un objet du monde extérieur et devient le dépositaire libidinal de divers investissements d'objet ». L'enfant à naître est cet objet que nous pouvons qualifier de virtuel².

Dans l'acte de la préparation de l'acte sexuel, les limites entre le moi et l'objet sont inexistantes. Le coït voit alors « l'identité entre le sujet et l'objet complètement établie ». C'est au moment de la fécondation que l'objet est incorporé par la femme. L'enfant est cet objet incorporé, introjecté dans le moi de la femme.

La révélation de la grossesse peut être assimilée à un choc. De nombreuses interrogations concernant les différents changements à venir voient alors le jour. La femme enceinte a la possibilité de mettre fin à sa grossesse. Le non recours à l'avortement est le premier acte d'affirmation identitaire de l'embryon qui devient, pour les parents, enfant virtuel de la grossesse.

En début de grossesse, un conflit d'ambivalence lié aux phases orales du développement s'exprime dans le sentiment que l'objet incorporé doit être expulsé. Cette hostilité peut se traduire par des nausées, des vomissements importants et des émotions plus ou moins conscientes envers la grossesse ou envers le fœtus. Souvent cette hostilité exprime une peur envers le contenu réel de son corps soit le fœtus.

Ce fœtus est assimilé à un parasite appelé par **S. Ferenczi** « endoparasite ». Selon lui, « l'homme, en tant qu'individu, est avant sa naissance un endoparasite aquatique et après sa naissance, pendant un bon moment, un ectoparasite aérien de la mère ». La future mère et le fœtus ne font qu'un, l'organisme de l'un agit sur l'organisme de l'autre et réciproquement. Le fœtus ne vit que grâce au corps de la mère. Selon **S. Ferenczi** « La première substance nutritive du nourrisson est le corps de la mère ». Sa survie ne dépend que de la vie de la mère. Certaines femmes ont des difficultés à accepter cette réalité, il peut alors en découler un sentiment de haine envers le fœtus qu'elle porte.

L'annonce de la grossesse à l'entourage peut être sujette à des hésitations.

Le silence ou l'annonce aux futurs grands-parents « illustre qualitativement leur place de parents internes (d'imagos parentales) et l'inertie des enjeux générationnels ».

Ensuite, la femme enceinte parvient à transformer le fœtus parasite en un être aimé grâce au processus d'identification. Elle identifie et accepte le corps du fœtus comme faisant partie de son propre corps. Une nouvelle équation rentre alors en jeu : « fèces = enfant ». La relation à l'enfant-objet est de type sadique-anal. Cela se manifeste à travers des fantasmes et des rêves mais également à travers les comportements de la femme enceinte (les sautes d'humeur

¹ LETONDEUR A. (2005), **Les fantasmes maternels d'enfant malformé au cours de la grossesse**, Université Paris X, p 16.

² Ibid. p 16.

en sont un exemple). Un sentiment d'ambivalence envers l'enfant-objet est alors présent. Il peut apparaître sous forme de dégoût (association inconsciente entre les fèces et l'enfant) et de symptôme de travail (expulsion, rétention)¹.

Il est à noter que si celles-ci prédominent cela peut entraîner une fausse couche. Vers cinq mois, les mouvements fœtaux sont perceptibles pour la femme enceinte. L'enfant fait toujours parti de son corps mais il est dorénavant capable d'autonomie. Il perd alors sa signification anale. La composante narcissique de la libido accède au niveau supérieur, le niveau phallique².

Les sentiments d'ambivalence propre au stade sadique-anal disparaissent et de nouveaux sentiments d'amour et de tendresse envers l'enfant peuvent alors s'instaurer.

Durant l'acte sexuel, l'enfant est introjecté et devient une composante du Moi de la femme. Nous entendons par processus d'introjection que la libido qui était alors dirigée vers le partenaire sexuel se dirige dorénavant vers le Moi de la femme, la libido est transformée en libido narcissique. Selon **H. Deutsch**, Elle représente le narcissisme secondaire, en effet, car elle s'écoule vers l'enfant-objet, objet qui est une partie du Moi de la femme). C'est par ce processus d'introjection que l'enfant incarne alors l'idéal du Moi de la femme enceinte. La libido narcissique se dirige donc vers ce Surmoi. Toute une masse d'investissement d'objet libidinaux sont retirés du monde extérieur et attribués à l'enfant en tant que sur moi. Chez la femme, le processus de sublimation est donc lié à l'enfant³.

D.W WINNICOTT parle de La préoccupation maternelle primaire, décrit les remaniements psychiques particuliers qui surviennent chez la femme au cours de la grossesse et qui durent encore après l'accouchement. La femme enceinte présente un état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une. Cet état que **D.W WINNICOTT** appelle la « préoccupation maternelle primaire », se développe progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un degré accru à la fin de la gestation. Il persiste quelques semaines après la naissance de l'enfant et disparaît sans laisser de souvenir à la mère lorsqu'elle s'en est remise. Cet état de préoccupation maternelle primaire au cours duquel un des aspects de la personnalité de la mère prend temporairement le dessus au point d'être comparable à un trouble pathologique, fournit un cadre essentiel pour l'enfant : la mère ainsi sensibilisée peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins⁴.

Dans les années 50, le pédiatre **T.B BRAZELTON** s'intéresse également aux pathologies infantiles et à leur origine dans l'environnement psychoaffectif. Les travaux qu'il entreprend sur l'interaction mère nourrisson l'orientent notamment vers la pratique d'entretiens prénataux effectués selon une approche psychanalytique. Le pédiatre exprime son étonnement sur les remaniements psychiques ordinaires qu'il observe chez la femme enceinte et qui lui laissait présager un sombre pronostic, avant qu'il n'en comprenne la portée psychologique. Les femmes qu'il examine sont toutes enceintes pour la première fois. Elles présentent un état d'anxiété qui, au départ, lui semble pathologique. La bizarrerie des matériaux inconscients

¹ MISSONNIER S. (2004), « L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, p 119.

² Ibid. p 119.

³ MISSONNIER S. Op cit. p 17.

⁴ WINNICOTT D.W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, p 285.

exprimés, l'univers fantasmatique de ces femmes, l'inquiète et lui font redouter des difficultés avec l'enfant au moment de la naissance. Cependant il n'en est rien.

Contrairement aux prévisions, ces mères s'adaptent parfaitement à leur nouveau rôle. Ces observations incitent l'auteur à penser que l'ébranlement qui survient lors de la grossesse prépare les liens d'attachement entre la mère et l'enfant. Il faut qu'apparaisse cet état de sensibilité au nouveau-né et à ses exigences pour que la mère soit capable de s'occuper de son enfant. L'équilibre antérieur ordinaire ne permettrait sans doute pas cette adaptation. On voit combien ces observations rejoignent celle de Winnicott¹.

En France, le psychiatre P.C RACAMIER se consacre à l'étude des psychoses puerpérales. En 1961, dans un article intitulé *La mère et l'enfant dans les psychoses du post-partum*, il propose une importante analyse du processus psychique en œuvre au cours de la grossesse, qu'il désigne sous le terme de « maternalité ». Pour cet auteur, l'amour maternel est un composé d'une grande complexité ; son accomplissement réussi ne va pas de soi.

Durant la grossesse, l'économie psychique de la femme s'oriente progressivement vers un régime narcissique et fusionnel, qui se concentre autour du fœtus. La femme a tendance à s'aimer plus fortement. Elle aime indistinctement l'enfant qu'elle porte et son propre corps².

Le fonctionnement psychique s'approche alors normalement mais réversiblement d'une modalité « psychotique », terme qu'il ne faut pas entendre au sens d'une entité clinique regroupant les symptômes que l'on rencontre au cours de ces maladies, mais qu'il convient d'utiliser dans le sens d'une organisation particulière du moi et de la personnalité : « le moi se départit, pour traiter avec les pulsions, des mécanismes de défense élaborés propres à la névrose ou à l'état normal habituel, le sens de l'identité personnelle devient fluctuant et fragile ; la relation d'objet s'établit sur le mode de la confusion de soi et d'autrui »³.

L.V BENEDEK, conçoit la grossesse comme un événement psychosomatique, pense qu'il existe plusieurs correspondances entre les changements physiologiques et les modalités psychologiques deviennent de plus en plus évidentes.

Selon le concept de crise de maturation de C. BIBRING, la grossesse est un processus pendant lequel la femme revit

Les conflits infantiles précédents, en particulier, les premières relations avec sa mère ainsi que les identifications à elle. La crise de maturation est un moment crucial du développement de la femme. Durant cette crise qui est évolutive, la femme court des risques de distorsions psychopathologiques : les changements dus à la grossesse peuvent être perçus par la femme comme une menace à son intégrité. Ainsi, les changements provoqués par la première grossesse sont semblables aux changements durant la puberté et la ménopause qui obligent la femme de vivre les nouvelles adaptations.

¹ BRAZELTON T.B. et al. (1981), « Quatre stades précoces au cours du développement de la mère-nourrisson » *Psychiatrie de l'enfant*, XXIV, p 397.

² RACAMIER PC. (1979 1998), « La maternalité psychotique », in : **De psychanalyse en psychiatrie, Etude psychopathologiques**, Paris, Payot et Rivages, p 193.

³ RACAMIER PC. Ibid. p 193.

E. ERIKSON a notamment effectué ce rapprochement. Selon ce dernier, chaque étape du cycle vital comporte l'exigence d'un certain nombre de tâches, et de leur exécution dépend le passage à l'étape suivante¹.

Autant dire qu'à l'instar de l'adolescence, la période de la grossesse est, de façon essentielle, une période de conflictualité exagérée, une période de crise maturative. Cela est à comprendre comme une crise qui se traverse en mobilisant de l'énergie, en réveillant de l'anxiété et des conflits latents, mais qui se présente aussi comme une recherche et comme un engagement dans de nouvelles virtualités. En fait cette crise contient sa propre capacité évolutive et contribue au processus de formation d'une identité nouvelle².

La grossesse représente un espace de vérification, en donnant la possibilité d'élaborer le processus de séparation par rapport à sa propre mère, D. PINES Durant la grossesse la femme doit affronter plusieurs adaptations et transformations déclenchées par les changements somatiques et psychiques³.

La psychanalyse contribue à éclairer les premières étapes de la vie psychologique de l'enfant et permet de concevoir les moments de maturation qu'il traverse. De là à envisager la maternité comme une crise en liaison avec ses étapes, il n'y a qu'un pas. On va alors considérer les troubles mentaux de la puerpéralité comme le résultat d'une réviviscence des problématiques issues des particularités ou des difficultés que la femme aura connues. Notamment lors de son développement libidinal⁴.

Dans le prolongement de ces différents travaux, forte de son expérience auprès des femmes suivies au sein d'une maternité hospitalière, la psychanalyste M. BYDLOWSKI a employé le terme de *transparence psychique* pour qualifier l'état de susceptibilité particulière de la femme au cours de la grossesse. Selon M. BYDLOWSKI, les raisons de cette transparence psychique s'expliquent par l'hyper investissement sur le mode narcissique de l'enfant. Celui-ci envahit progressivement le psychisme de la mère avec une intensité comparable à celle que l'on rencontre dans l'état amoureux. La transparence psychique se caractérise par deux éléments spécifiques au cours de la grossesse. Tout d'abord, ce concept traduit un état relationnel particulier, où la femme se trouve dans une situation d'appel à l'aide latent, quasi permanent, envers un référent⁵.

Cet état relationnel conditionne une aptitude particulière au transfert. En deuxième lieu, il existe une authenticité particulière de la vie psychique qui est perceptible dès les premières semaines de la gestation

Les remémorations infantiles vont de soi. Elles ne soulèvent pas les résistances habituelles. L'état de conscience est modifié et le seuil de perméabilité à l'inconscient, abaissé. L'inconscient est à nu. Les fantasmes régressifs et les remémorations infantiles affluent à la conscience. Il est facile dans ce contexte d'exhumer des conflits anciens et de les

¹ ROCHER-BARAT C. (2003-2004), **La maternité adolescente**, université Charles -De Gaulle Lille III, p 10.

² ROCHER-BARAT C, Ibid. p 11.

³ MOUSKHELICHVILI G. (2009), **Une étude de représentation maternelle du fœtus**, volume 1, université Montréal, p 53.

⁴ DELASSUS MJ. (1995), **Le sens de la maternité, cycle du don et genèse du lien**, Paris, Dunod, p 73.

⁵ GEISSMANN C. HOUZEL D. (2000), **Devenir parent**, In L'enfant ses parents et le psychanalyste, Paris, Bayard Compact, p 300.

dédramatiser. Cette transparence psychique explique que la problématique ordinaire des femmes enceintes ait pu dans un premier temps être confondue avec un état pathologique¹.

Pendant la grossesse la fantaisie et la réalité se confondent et créent un déséquilibre où le fantasmatique peut être prééminent. Il y a deux conséquences de cette confusion : soit un ralentissement de l'adaptation à la réalité, soit une forte limitation de ces fantaisies.

La fin de grossesse, le moment de l'accouchement et les jours suivants correspondent à une période de mutation, au cours de laquelle la femme est particulièrement réactive et vulnérable.

Au moment de la naissance, les psychanalystes insistent sur l'importance des premières paroles au sujet du bébé. La mère vit une telle intensité archaïque de la relation à l'Autre qu'une parole peut agir dans la relation de la mère à son enfant. "Les paroles qui ont été dites s'écrivent comme des destins." F. Dolto. Le moment de l'accouchement est particulièrement chargé au niveau affectif, d'où une réceptivité et une vulnérabilité exacerbées chez la femme. Il est absolument nécessaire de parler de manière positive avec la femme. La personnalité de la femme est labile dans les heures, les jours et les semaines qui suivent.

D'après D. STERN il Ya Peu à peu, une activité de représentation mentale à la fois nouvelle et spécifique qui se développe au cours de la grossesse, dont la période la plus active se situe entre le quatrième et le septième ou le huitième mois de la grossesse (période de déconstruction de l'enfant imaginaire²).

Selon M. AMANITE l'image de l'enfant s'affirme progressivement dans le psychisme maternel. Chez la plupart des femmes enceintes, une représentation de l'enfant à naître s'organise et contribue à développer un modèle opérationnel d'anticipation de l'enfant. L'enfant se voit peu à peu attribuer un tempérament, à la faveur notamment de ses mouvements à l'intérieur de l'utérus. La mère construit une image différenciée de l'enfant à naître. Parallèlement, la femme s' imagine dans son rôle maternel, en s'identifiant ou en se différenciant de sa propre mère et en imaginant également la relation qui l'unira à son enfant. Elle anticipe la façon dont elle va être mère. Ces deux sortes de représentations concourent à l'individuation d'une *organisation* ou d'une *structure* de fonctionnement interne³.

La femme élabore au cours de la grossesse une image du soi maternel à partir de laquelle elle semble forger son espace interne de relation avec l'enfant et qui forme déjà *son* style maternel.

Ces représentations, qui rassemblent en un ensemble suffisamment cohérent les significations, les affections, les expériences et les anticipations de la femme, ont une valeur organisatrice des relations futures. Plusieurs auteurs ont souligné la continuité entre le style maternel développé au cours de la grossesse et le type de maternage observé par la suite. Les représentations maternelles élaborées au cours de la grossesse semblent même permettre de prédire de façon fiable la qualité de l'attachement de l'enfant à l'âge de un an. En effet, il semble exister une relation entre l'organisation et la qualité du monde des représentations de la mère pendant la grossesse et le développement du nourrisson. Les mères dont le monde de

¹ Ibid. p 300.

² LETONDEUR A. (2005), *Les fantasmes maternels d'enfant malformé au cours de la grossesse*, Université Paris X, p 11.

³ BAYLE B. (2004), « *Tout se joue-t-il avant la naissance ?* », <http://denoitbayle1.free.fr/toutsejouetil.pdf>, p 02.

représentations est suffisamment équilibré, ont des nourrissons dont l'attachement est stable. En revanche, lorsque les mères sont incapables de se dégager des relations qu'elles ont entretenues avec leurs parents au cours de leur enfance et qu'elles se maintiennent dans une forte dépendance aux images parentales, le développement du nourrisson s'en trouve affecté. Ces mères ont du mal à répondre aux attentes du nourrisson et à soutenir son attachement¹.

3- Le désir d'enfant

La grossesse est une période de crise impliquant des changements profonds tant au niveau psychologique qu'au niveau somatique. Selon différents auteurs, le désir d'enfant émane des pulsions libidinales génitales, du besoin de gratification narcissique, de l'identification à la fonction reproductive maternelle, de l'idéal du moi féminin, ou encore sert de consolation aux fantasmes de castration. Comme lors de toutes périodes de crise dans l'expérience humaine, les conflits des stades développementaux antérieurs sont revécus, offrant une nouvelle possibilité de réajuster les résolutions partielles ou inadéquates des conflits antérieures.

La grossesse vient réaliser concrètement ce désir d'enfant vécu jusque-là comme un rêve. On voit ici combien le désir d'enfant n'est pas un désir comme les autres. Désirer un enfant se présente souvent comme une démarche consciente et raisonnable, parfois même délibérée, voire programmée. Ce souhait conscient s'intègre dans un plan de vie en relation avec les idéaux sociaux et familiaux de chaque sujet. Mais ce projet conscient est toujours infiltré de significations inconscientes qui viendront faire retour dans cet étranger familier, enfant².

Le désir d'enfant représente un ensemble complexe qui mêle des sentiments (conscients et inconscients) plus ou moins ambivalents et doit être distingué de la volonté d'avoir un enfant. Par désir d'enfant, la psychiatre M. BYDLOWSKI entend la résultante « d'une combinaison harmonieuse entre le désir d'être comme sa mère des premiers soins et un autre désir, celui d'avoir comme elle un enfant du père ».

En effet, la constellation œdipienne fait que l'enfant devient l'objet de l'amour que sa mère porte à son père. Maintenant assouvi, le désir d'enfant de la femme sexuellement mûre est le prolongement du désir infantile de recevoir un enfant de son père. H. DEUTSCH, ce désir est présent chez la petite fille dès l'âge de dix-huit mois. A cet âge, la petite fille s'identifie à la mère, c'est par cette identification qu'elle va vouloir devenir mère comme sa mère. Puis par le biais du refoulement, l'image maternelle est oubliée. A la période de latence durant laquelle la petite fille prend connaissance de la différenciation des sexes et du fait qu'elle n'a pas de pénis, elle se détourne du premier objet d'amour et se retourne vers le père dont elle désire un enfant. A l'adolescence, une différenciation entre la mère des premiers soins et la femme du père est réalisée. Il est important pour la continuité d'être du désir d'enfant que l'intensité du conflit œdipien ne vienne pas faire oublier la relation et l'image de la mère des premiers soins. Dans un développement dit normal, tout cela se déroule sans entrave.

¹ BAYLE B. Ibid. p 07.

² ABDEL-BAKI A. POULIN M.J. (2004), « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », in Perspectives psycho dynamiques du vécu normal, **Psychothérapie**, Vol24, p 3.

Il est important de distinguer désir d'enfant et projet d'enfant d'une part et désir d'enfant de désir de grossesse, d'autre part. Le projet d'enfant appartient à une catégorie consciente, il peut être calculé grâce aux moyens contraceptifs.

Nous pouvons traduire désir de grossesse par un « désir d'être enceinte » M. BYDLOWSKI¹.

De plus, nous ne devons pas confondre, désir d'enfant et besoin d'enfant. Le besoin d'enfant se réfère à des femmes, des couples souffrant de stérilité qui font la demande quasi obsédante d'avoir un enfant. Le besoin d'enfant se retrouve également chez des femmes ayant fait une fausse couche ou une grossesse extra-utérine et chez des femmes ayant vécu la perte d'un proche. L'enfant est alors attendu comme celui par qui tout serait réparé.

Le désir d'enfant serait la traduction naturelle du désir sexuel dans sa fonction collective d'assurer la reproduction de l'espèce et dans sa fonction individuelle de transmettre l'histoire personnelle et familiale ».

Avec l'apparition des moyens de contraception, le désir d'enfant devient « une démarche consciente et raisonnable, délibérée, voire programmée ».

Le désir d'enfant permet, au fil des mois de la grossesse, la prise de conscience de l'existence de cet enfant et sa véritable attente².

Selon Freud, le désir d'enfant se rapporterait aux pulsions génitales caractérisées chez la femme par l'envie du « pénis », si nous devons situer ce désir dans l'histoire individuelle de la fille, nous dirions qu'il est antérieur au désir de pénis et qu'il contribue à le constituer. D'après cette théorie, la petite fille se sentirait lésée par rapport au petit garçon qui possède un pénis, elle se consolera alors de cette infortune au cours de l'œdipe par le projet d'acquiescer au-dedans de soi un pénis qui aurait la forme symbolique d'un enfant « enfant du père » si il s'agit de l'enfant œdipien³.

Freud n'a pas parler que du désir mais a souligné l'importance des fantasmes dans l'accomplissement de ce dernier. Il décrivait les fantasmes durant la grossesse dans le contexte des névroses et des rêves. La constipation du névrosé peut être provoquée par les fantasmes de grossesse et la défécation est perçue comme un accouchement. Dans les rêves « s'empoisonner » signifie également la grossesse ou devenir enceinte : la mère, souffrant des nausées, semble être empoisonnée à l'enfant qu'elle porte.

M.B GANEM souligne que les fantasmes varient en fonction de la période de grossesse. Les trois premiers mois de la grossesse mettent en évidence des fantasmes de la mort ainsi que des fantasmes du sang qui peuvent parfois apparaître après des relations sexuelles insatisfaisantes. Dû aux modifications hormonales et corporelles que la femme enceinte subit.

Durant la période de la 12^{ème} semaine, ces fantasmes s'intègrent, d'après lui, dans « *une triangulation amoureuse ou sadomasochiste* ». Ce triangle se compose du couple et de l'enfant qui est sujet du fantasme. La triangulation peut entraîner une culpabilité chez l'un ou chez l'autre partenaire. À partir du moment où les femmes perçoivent les mouvements fœtaux, les fantasmes de la vie mettent en arrière les fantasmes de la mort qui sont rattachés

¹ LETONDEUR A. (2005), *Les fantasmes maternels d'enfants malformés au cours de la grossesse*, université Paris x, p 9.

² . Ibid., p 10.

³ ANGELINO I. (2009), *L'enfant, la famille, la maltraitance*, Paris, Dunod, p 24.

habituellement à une angoisse de malformations fœtales. Certaines femmes enceintes parlent de leurs fantasmes érotiques (rapport sexuel avec deux hommes, domination sadique, etc.). Entre autres, les fantasmes pareils peuvent être provoqués par les mouvements fœtaux. En général, la femme vit ce type de fantasme de manière positive.

Les fantasmes de la mort se réactivent environ deux mois avant l'accouchement. Ils sont associés à la peur de la perte de l'enfant ; dans ces fantasmes se jouent les scénarios catastrophes qui résultent les malformations fœtales¹.

C'est à travers donc ce processus psychique de base qui est l'identification aux premiers objets d'amour qui sont bien les parents que se construit la personnalité de la femme et de l'homme, et c'est la qualité de ce processus qui est mis à l'épreuve au cours de cette expérience de parentalité².

4- Les trimestres de la grossesse

4-1- Premier trimestre

Pendant le premier trimestre, le corps s'adapte à la grossesse. Au début, la femme ne paraîtra pas enceinte, et n'en ressentira peut-être aucun signe, mais l'activité de ses hormones commencera rapidement à s'accélérer, sa libido augmentera ou diminuera, son appétit changera, et elle découvrira peut être un goût nouveau pour une nourriture plus simple et plus sucrée.

4-1-1- Les changements physiques et physiologiques

La grossesse implique un métabolisme plus élevé-supérieur à la normale de 10 à 25%, ce qui signifie que toutes les fonctions du corps s'accroissent, notre débit cardiaque s'élève fortement, pour atteindre pratiquement le niveau qui se maintiendra pendant toute la grossesse. Notre rythme cardiaque augmente également, et continuera à le faire jusqu'au milieu deuxième trimestre. Notre respiration devient plus rapide, car nous envoyons maintenant plus d'oxygène au fœtus et expirer plus de gaz carbonique.

En raison de l'action des œstrogènes et de la progestérone, les seins grossissent et s'alourdissent rapidement et sont souvent très sensibles au toucher. Les dépôts graisseux augmentent et de nouveaux canaux galactophores se développent. L'aréole, autour du mamelon, devient plus sombre et se couvre de petits nodules appelés tubercules de Montgomery. Sous la peau, nous découvrirons un réseau de lignes bleutées résultant de l'augmentation de l'irrigation sanguine des seins.

L'utérus s'élargit dès le début de la grossesse, mais on ne le sent pas au travers de la paroi abdominale avant la fin du premier trimestre, lorsqu'il commence à s'élever au-dessus du pelvis, tant qu'il est encore bas, il grossit en comprimant la vessie, et nous aurons sûrement besoin d'uriner fréquemment.

¹ MOUSKHELICHVILI G. (2009), *Une étude de représentation maternelle du fœtus*, volume 1, université Montréal, p 64.

² MENECHAL I. (1997), *Introduction à la psychopathologie*, Paris, Dunod, p 90.

De plus, les fibres musculaires de l'utérus commencent à s'épaissir jusqu'à devenir vraiment très solides. La taille ne s'épaissira cependant pas de manière visible avant la fin de ce trimestre¹.

4-1-2- L'évolution du bébé

a/ Les 4 premières semaines

Sa taille augmente de façon vertigineuse. Il est de la taille d'un grain de blé. Il passe de 0,2 mm à deux millimètres grâce aux divisions cellulaires qui s'accélèrent. Le cœur commence à battre. Les premiers vaisseaux sanguins font leur apparition. Les battements rythmiques de cette ébauche de cœur mettent en mouvement le liquide des vaisseaux.

Ils ne contiennent pas encore de globules rouges mais des cellules primitives, mère de toute la ligne des cellules sanguines. Néanmoins, le groupe sanguin de votre bébé est génétiquement défini depuis le zygote. Un rein primitif apparaît.²

Le chorion produit de petites saillies en forme de doigts, la villosité chorionique, grâce auxquelles le cocon s'implante fermement dans la paroi utérine.

Les cellules se spécialisent pendant ces premières semaines, les cellules de l'embryon se spécialisent. Il en excite dès lors trois niveaux, destiné à créer divers organes du corps.

Le feuillet interne forme un tube primitif qui se transformera ultérieurement en poumons, foie, thyroïde, pancréas, voies urinaires et vessie. Le feuillet médian produira le squelette, les muscles (dont le cœur), les testicules ou les ovaires, les reins, la rate, les vaisseaux sanguins, les cellules sanguines et la couche de peaux la plus profonde, le derme, le feuillet externe fournira la peau, les glandes sudoripares, les mamelons et les seins s'il s'agit d'une fille, les cheveux, les ongles, l'émail des dents et les cristallin des yeux. Ces trois niveaux de cellules se différencient pour créer un corps humain entier.

A la fin de cette période, l'embryon n'est plus un sac creux formé de nombreuses cellules, il a la forme d'une crevette-il est long et étroit avec une taille légèrement marquer au milieu. Il a un sommet, une base et des flancs. Le sommet a la forme d'une queue pointue. Au milieu, la couche de cellules de surface, qui donnera le cerveau et le système nerveux, forme deux plis en longueur. Le creux qui se forme entre les deux plis se referme ensuite pour devenir un tube, l'ébauche de la colonne vertébrale. Le tube grandit au sommet, il donnera le cerveau³.

b/ De 4 aux 8 semaines

Le bébé mesure maintenant entre 10 et 14 mm et pèse 1,5 gramme. C'est toujours un embryon dont la croissance est très rapide.

Le volume de sa tête augmente encore et devient très important en comparaison avec le reste du corps. Elle est toujours très penchée sur la poitrine⁴.

¹ STOPPARD M. (1993), *Le livre de la naissance*, Londres, Liber, p 59.

² CATANO J.W. BEAZLEY G.M. (2006), « *Grossesse en santé...bébé en santé* », <http://unenouvellevie.Canada>, Consulté le 25/03/2014 à 10h45.

³ CATANO JW. BEAZLEY GM. Ibid. p 64.

⁴ DORE N.et LE HENAFF D. (2008), *Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans*, Québec, Institut national de santé publique, p 15.

Dans le tube qui constituera à terme le cerveau et la colonne vertébrale, les cellules de l'embryon se multiplient à une vitesse phénoménale, puis se déplacent vers les parties du corps auxquelles elles sont destinées. Les cellules nerveuses qui formeront le cerveau empruntent un chemin tracé par des cellules de liaison. Celles-ci permettent aux cellules nerveuses de se rapprocher les unes des autres, de s'accoler et de devenir actives. La tête se développe rapidement, de manière à accueillir le cerveau qui grossit, et le corps se déroule un peu. Un cou commence à se former et la queue primitive disparaît.

La peau commence à se différencier en deux couches, et les glandes sudoripares et sébacées se développent. Des poils poussent à partir des follicules pileux ; la peau devient duveteuse. Tous les principaux organes se développent. Le cœur atteint sa forme définitive et bat fortement. L'estomac, le foie, la rate, l'appendice et les intestins se développent. Les intestins deviennent assez longs pour former une boucle à l'extérieur du corps, le système circulatoire s'établit, et la plupart des muscles prennent leur forme définitive.

Les traits de visages sous la peau du visage, un système osseux primitif apparaît et commence à fusionner. L'un de ses os débute entre les yeux et s'achève de part et de l'autre des narines, formant ainsi le nez et le milieu de la lèvre supérieure, deux os apparaissent sous les yeux, qui délimitent les joues et les cotes de la lèvre supérieure, enfin, deux autres se développent sous la bouche et s'accolent pour former la lèvre inférieure et le menton. Cette structure osseuse fournit le cadre sur lequel se grefferont les muscles de la face, qui donnent sa mobilité au visage. Certaines pigments peuvent déjà être détectés dans les yeux, qui sont couverts et très écartés l'un de l'autre. Les parties interne et externe des oreilles se forme petit à petit, et les papilles gustatives commencent à se développer, les bourgeons de toutes les dents de lait sont en place.

Les bras et les jambes les ébauches de membres poursuivent leur développement. Les poignets et les doigts apparaissent au bout des bras, qui s'allongent et se protègent en avant. Le coude se forme. Des coussinets tactiles se forment au bout des doigts.

Des bourgeons de jambes poussent, puis se développent en trois parties distinctes : la cuisse, le mollet et le pied. Les orteils commencent à apparaître. A ce stade, les bras et les mains de bébé se développent plus vite que ses jambes et ses pieds. Cette tendance s'observera encore après la naissance : l'enfant sera capable d'agripper des objets longtemps avant de pouvoir marcher¹.

c/ De 8 aux 12 semaines

Le bébé mesure 7,5 cm. La longueur de son pied est de 9 mm son poids est de 18 grammes.

Pour la première fois, la tête redressée lentement au cours des dernières semaines est maintenant presque droite. Son cerveau se développe très vite².

¹ DORE N.et LE HENAFF D. Ibid. p 66.

² CATANO J.W. BEAZLEY G.M. Op cit, p 29.

A 14 semaines d'aménorrhée, tous les principaux organes de votre bébé sont formés, et ses intestins sont fixés dans la cavité abdominale. Il aborde maintenant une phase de croissance et de maturation.

A neuf semaines après la conception, on peut distinguer le bébé comme un être humain, que l'on appelle désormais fœtus plutôt qu'embryon. Sa tête est très grande par rapport au reste de son corps ; à 12 semaines, elle représentera environ un tiers de sa longueur totale. Ses yeux sont complètement formés, bien que les paupières se développent encore et restent fermées. Son visage est également formé. Son tronc s'est redressé et les premiers tissus osseux, ainsi que les côtes apparaissent. Ses doigts et ses orteils ont des ongles, et quelques cheveux peuvent déjà avoir poussé. Ses organes génitaux externes se développent, au niveau interne, son cœur bat 110 à 160 fois par minute, et son système circulatoire continue de se développer, le fœtus avale du liquide amniotique et l'élimine en urinant.

Son réflexe de succion s'élabore : ses lèvres se joignent, sa tête se tourne, et son front se plisse. Les muscles qu'il utilisera après la naissance pour respirer et avaler se rodent.

En fait, à la fin de ce mois, le bébé va découvrir le mouvement, et commence à gigoter vigoureusement, mais la femme va pas le ressentir probablement avant le quatrième mois.

La production de cellules sanguines tandis que le bébé continue à dépendre de placenta pour son alimentation, son oxygène et l'élimination de ses déchets jusqu'à sa naissance, le système de formation de cellules sanguines qui lui permettront de mener une vie indépendante s'élabore. Vers la fin de ce mois, la vésicule vitelline est assumée par la moelle épinière de bébé, son foie et sa rate¹.

4-1-3- L'aspect psychologique

Pendant le premier trimestre, le corps s'adapte à la grossesse. Au début, la femme ne paraît pas enceinte, et ne sentira peut-être aucun signe, mais l'activité des hormones commenceront rapidement à affecter la future mère de diverses manières. L'humeur pourra être changeante, la libido augmentera ou diminuera, l'appétit changera, et elle découvre peut-être un goût nouveau pour une nourriture plus simple et plus sucrée².

L'ambivalence est une réaction de défense (consciente ou inconsciente) peut se produire contre les changements que fait subir la grossesse : modifications de l'apparence corporelle, changement de l'environnement (dans le couple, dans le travail, dans la famille), ambivalence vis-à-vis de la maternité (désir d'enfant), de la place de l'enfant dans la société. Mais il y a aussi des réactions positives : réalisation de la féminité, joie de mettre au monde, de continuer la lignée, etc.³

Ce qui domine au début de grossesse, c'est le sentiment intense d'un brouillage de l'image de soi, le corps de la femme prend valeur de corps de mère et semble venir se confondre avec

¹ DORE N. et LE HENAFF D, Op cit, p 67.

² MOUSKHELICHVILI G. (2009), *Une étude des représentations maternelles du fœtus*, volume 1, université Montréal, p 66.

³ ABDEL-BAKI A. et POULIN MJ. (2004), « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », *Psychothérapies*, vol 41, N°2, p 11-16.

le corps « oublié » de la mère. Il ravive chez la femme les fantasmes de vie intra utérines dans le corps de sa mère, faisant refluer en elle un passé perdu, identifié tantôt au ventre maternel, tantôt au fœtus. La femme connaît un moment de désorientation, de brouillage des limites¹.

Durant les premiers trois mois de la grossesse, les femmes n'ont presque pas de représentations conscientes de leur bébé or les représentations inconscientes sont bien activées. Selon R. D'ALLONES Les femmes pensent plutôt à leur capacité de concevoir un enfant. C'est le temps du « *Blanc d'enfant* ».

Dans les rêves du premier trimestre, le fœtus peut apparaître en des symbolismes typiques : vers, petits animaux rampants et répugnants (qui sont en général détruits), ou, très souvent, un enfant mort².

Le premier trimestre ouvre sur l'état d'être enceinte qui relie la femme à un corps fécondant habité. Il ne s'agit nullement de l'attente d'un enfant mais plus exactement d'un «état d'être». La métamorphose corporelle est bien intériorisée dans le changement propre de la femme d'un point de vue psychique, mais il n'y a pas de représentation d'enfant. Les femmes parlent de leur ventre, de leurs états, de leurs maux de corps, et mesurent le changement psychique de leur propre statut, s'en étonnant au regard du peu de transformation physique. Elles sont le plus souvent avides de paroles sur cette période nouvelle qui fait naître des émois jusque-là inconnus. Chaque femme s'approprie selon un mode qui est le sien et selon sa structure psychique, la réalité de la grossesse et les premiers changements liés à cet état qui vont progressivement se constituer en emblème du « maternel ».ces emblèmes seront revendiqués avec force et exubérance, énoncés sur le mode de la défiance, de l'inquiétude ou bien encore perçue comme des marques imposées et subies.

4-2-Le deuxième trimestre

4-2-1-Les changements physiques et physiologiques chez la femme

On remarque peut-être que les mamelons commencent à sécréter du colostrum. La taille s'effacera, et nous aurons « l'air enceinte », les pigmentations augmentera, la gencive peut devenir un peu spongieuses sous l'action des hormones de grossesse. L'apparition des caries dentaire n'est pourtant pas plus important pendant la grossesse et aucune observation scientifique ne confirme l'adage « un enfant – une dent ». La digestion toute la musculature de nos intestins est relâchée, ce qui explique beaucoup de petits inconforts de la grossesse. Le reflux œsophagien peut provoquer des brûlures au niveau d'estomac en raison du relâchement du sphincter, en haut de l'estomac. Les sécrétions gastriques sont réduites et les aliments

¹ MARINOPOULOS M. (2007), *Le déni de grossesse*, Bruxelles, yapaka.be, p 28.

² MOUSKHELICHVILI G. Op cit. 66.

séjourner plus longtemps dans l'estomac. Le relâchement des muscles intestinaux est également responsable de selles moins fréquentes, ce qui permet une absorption plus complète des aliments, mais provoque souvent la constipation¹.

Les formes s'arrondissent une fois que l'utérus dépasse le niveau de pelvis, la taille commencera à s'effacer et nous devons porter des vêtements plus grands et plus larges. Pendant le deuxième trimestre, la femme enceinte s'entend souvent dire qu'elle paraît bien mince pour cette période. Si cela nous arrive ne inquiétez pas, nos rondeurs dépendent de nombreux facteurs : la taille, la morphologie, le fait qu'il s'agit ou non d'une première grossesse, la taille de l'enfant. Si le médecin est satisfait de l'évolution de la grossesse, on peut l'être aussi².

Le deuxième trimestre de grossesse débute à la douzième semaine depuis la conception, ou la quatorzième semaine d'aménorrhée. Le bébé grandit régulièrement. La femme enceinte passera probablement une échographie où peut être on peut déterminer son sexe. Le médecin mesurera la longueur de son fémur et le diamètre de sa tête, ce qui permettra de confirmer la date d'accouchement présumé.

4-2-2-L'évolution du bébé

a/ De 12 à 16 semaines

Le bébé a de plus une apparence humaine ; ses jambes sont plus longues que ses bras, et les différentes parties de ses jambes sont proportionnées. Le squelette du fœtus continu à produire des os et ceux qui contiennent assez de calcium peuvent se voir sur une radiographie. Le fœtus compte désormais autant de cellules nerveuses qu'un adulte. Les nerfs du cerveau commencent à être enrobés d'une couche de graisse protectrice appelée myéline. C'est une étape importante de leur maturation, car elle facilite le passage de et vers le cerveau.

Les organes génitaux externes du fœtus deviennent plus distincts. Un plateau vaginal, précurseur du vagin, se développe nettement chez les filles ; de même, les testicules des garçons apparaissent dans les régions inguinale tandis qu'ils descendent dans le scrotum.

b/ De 16 à 20 semaines

Sa taille est de 14 cm. Son poids est de 110 grammes. Le diamètre de sa tête est aux environs de 3,6 cm. Il commence à être plus actif à partir de cette semaine. En plus des mouvements physiques involontaires des bras et des jambes, il est capable d'ouvrir la bouche, tourner les yeux et froncer les sourcils.

Son cœur bat deux fois plus vite que celui de la maman : entre 110 et 120 battements par minute. On peut l'entendre grâce à l'échographie. Le sens du toucher commence à se développer chez le bébé³.

¹ DORE N. et LE HENAFF D. (2008), **Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans**, Québec, Institut national de santé publique, p 15.

² Ibid., p 61.

³ CATANO J.W. BEAZLEY G.M. (2006), « **Grossesse en santé... bébé en santé** », <http://unenouvellevie.Canada>, consulté le 25/03/2014 à 10h45.

A 19 semaines d'aménorrhée, la croissance du bébé va ralentir, à l'exception de son poids. Il aborde une autre phase de maturation : il se constitue des défenses.

Ses mouvements avec le raccordement des fibres nerveuses entre elle, le développement musculaire et l'augmentation de sa force, ses mouvements deviennent plus ciblés et coordonnés. Et se livre à son propre programme athlétique, il s'étire, s'agrippe et se tourne pour se muscler, amélioré sa mobilité et renforcer ses os. Il se peut que ces mouvements fassent mal au ventre.

Les organes sexuels le scrotum du futur petit garçon est consolidé. Le vagin d'une petite fille commence à se creusé, et ses ovaires contiennent environ sept millions d'ovules, qui se réduiront jusqu'à deux millions au moment de la naissance. Les mamelons et les glandes mammaires se développent chez les deux sexes.

c/ De 20 à 24 semaines

À 22 semaines de grossesse, le fœtus commence à avoir des cils et des cheveux, et son corps est couvert d'un petit duvet appelé lanugo.

À 24 semaines, il entend les sons de basse fréquence provenant de l'extérieur de l'utérus¹.

Son corps croît nettement plus vite que sa tête ; à la fin de ce moi, ses proportions atteindront approximativement celle d'un nouveau-né. Ses bras et ses jambes possèdent une musculature normale, ses jambes sont proportionnées à son corps et ses os commencent à durcir. Les organes génitaux sont maintenant complètement différenciés.

Son ouïe : le bébé peut percevoir des fréquences sonores inaudibles pour nous. Il réagit d'avantage aux hautes fréquences qu'aux basses. A partir de ce mois, il commencera à répondre aux battements d'un tambour en sautant.

Sa respiration : à l'intérieure de ses poumons, des alvéoles d'air se forment en nombre toujours croissent. Ce processus se poursuivra jusqu'à l'âge de 8ans. Autour de celle-ci, les vaisseaux sanguins qui l'aideront à absorbé l'oxygène et à expulsé le gaz carbonique se multiplient. De plus, ses narines sont maintenant ouvertes, et l'enfant commence à faire des mouvements respiratoires avec ses muscles. Ainsi, le système respiratoire est bien rodé avant la naissance².

4-2-3- L'aspect psychologique

Le début de ce trimestre est aussi et surtout marqué par un évènement inoubliable pour une maman qui va ressentir les mouvements de son enfant en elle ! L'émotion d'une nouvelle rencontre avec bébé, un lien va alors se tisser entre la mère et l'enfant à naître ; lien qui pourra bientôt être partagé avec le papa lorsque les mouvements seront plus marqués. Il faut souligner que le fœtus a des mouvements spontanés dès la 7ème semaines après la conception, mais la mère ne les perçoit qu'entre la 16ème semaine Ses mouvements sont des mouvements

¹ DORE N. et LE HENAFF D. (2008), **Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans** », Québec, Institut national de santé publique, p 15.

² Ibid., p 67.

de torsion assez lents, mais aussi des coups de pied avec une fréquence constante du 5^{ème} au 9^{ème} mois. La perception des mouvements fœtaux amplifie son sentiment croissant de l'existence et de l'individualité de son enfant¹.

Le deuxième trimestre voit naître l'attente d'un enfant qui se caractérise par la représentation de l'enfant et les émergences fantasmatiques et imaginaires qui l'accompagnent. Dans cette période, l'enfant est examiné en le corps de sa mère, et les explorations guettent sa bonne santé. Ce bébé virtuel porté par les pensées de ses deux parents accompagne le bébé réel, de chair, niché au creux du corps de sa mère².

Selon M. SOULE « accepter cette perception, c'est reconnaître la réalité de l'enfant, son autonomie » car désormais, il y a un terme fixé pour l'enfant imaginaire³.

Lorsque la mère arrive à objectiver l'enfant, à le considéré comme extérieure à son moi, elle accède alors à une dynamique relationnelle avec l'enfant, qui d'un autre ordre.

Cette première relation assure le développement du travail psychoaffectif de la grossesse et joue surtout un rôle unificateur capital au niveau du sujet car cette image unifiée de l'embryon supporte les projections imaginaires de la mère et permet un investissement libidinal et ambivalent précoce de l'enfant, devenant aussi un support d'une part représentatif du père « le fœtus, le corps fœtal ne peut pas constituer le support de l'identification maternelle ne peut pas représenter le lieu de projection de l'amour. Seul l'enfant à venir peut servir de support⁴.

Au cours du deuxième trimestre de sa grossesse, la femme a des représentations de l'enfant assez définies. Les conversations avec son enfant, le fait de toucher son ventre sont les modes d'interactions avec le fœtus qui sont des stimulants constants de l'activité représentationnelle. L'enfant est représenté comme un être séparé de sa mère, mais qui existe en elle, en connaissant les pensées de sa mère, en écoutant ses paroles, en faisant partie de ses rêves.

Dans les rêves du deuxième trimestre, le fœtus prend peu à peu une forme plus humaine. D'habitude, le fœtus apparaît plus grand qu'un nouveau-né et jamais comme un fœtus nageant dans le ventre de sa mère.

Le fœtus est souvent doté de plusieurs caractéristiques telles que le sexe, la couleur des yeux et des cheveux, etc. Il arrive que le fœtus a des traits d'un enfant idéal où l'on peut reconnaître la réalisation des souhaits de la femme enceinte : il représente alors sa mère avec

¹ GORRE F. (2008), *Le déni de grossesse*, Paris, Université de Rennes 1, p 30-31.

² MARINOPOULOS M. (2007), *Le déni de grossesse*, Bruxelles, yapaka.be, p 31.

³ FERRAGUE G. (2002), *Le déni de grossesse : une revue de littérature*, Thèse de médecine générale, Sous (la dir) de Dr LEVASSEUR G, Université de Rennes 1, p 31.

⁴ Ibid., p 203

ces plus belles qualités dont elle rêvait toujours avoir et il ressemble à son père, l'homme idéal de sa mère ou à quelqu'un de ses grands-parents maternels¹.

L'utilisation de l'échographie est plus courante dans le domaine obstétrical qui revêt d'un caractère récent, la première rencontre visuelle de la mère avec son enfant, cette image en noir et blanc du fœtus matérialise l'idée de l'enfant, et témoigne de sa présence bien réelle in utero. Elle a donc un retentissement sur le plan affectif, et peut précipiter à la prise de conscience de la mère pour la réalité de sa grossesse. L'échographie représente l'ébauche d'un lien entre la mère et le fœtus, en lui fournissant la preuve visuelle de l'existence du futur enfant.

La connaissance du sexe demandé et redouté peut influencer sur la représentation du futur enfant, mais son caractère impersonnel, présage-t-il vraiment de l'enfant à sa naissance, elle peut raviver des angoisses de morcèlements, perception extérieure au corps de la mère, sur écran, non ressentit à l'intérieure².

Grace à l'échographie le fœtus est plus en plus assimilé à un enfant. Faisant avancé le moment de sa mise au monde, suscitant une intensité émotionnelle indéniable, car confrontons l'enfant « imaginaire » avec l'enfant « réel » tel qu'il apparaît sur l'écran³.

Ainsi ce trimestre est marqué par la mère qui arrive à « assigner à l'enfant la valeur d'un objet existant en dehors de son moi ». Un certain nombre de facteurs aide la femme dans cette objectivation et en particulier, la survenue des mouvements fœtaux actifs, mais aussi la sollicitude comme femme enceinte dont elle est l'objet de la part du père, de la part de son entourage, la surveillance médicale de la grossesse est aussi un des facteurs non négligeable de cette objectivation⁴.

4-3- Le troisième trimestre

4-3-1- Les changements physiques et physiologique chez la femme

La forme morphologique de la femme s'arrondit rapidement et elle sera d'avantage sujette à la fatigue, ne dort pas aussi bien qu'à l'accoutumée, ce qui augmente le besoin de repos. Du fait de l'élongation de ligament, on peut trouver la marche inconfortable. Une fois que l'enfant sera descendu dans le pelvis, on sent moins essoufflée, car la pression sur le diaphragme diminue.

¹ ABDEL-BAKI A. et POULIN M.J. (2004), « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », *Psychothérapies*, (2004), vol 41, N°2, p 66.

² COURVOISIER A. (1985), « Echographie obstétricale et fantasme », *Neuropsychiatrie de l'enfance*, N°33, p 103-105.

³ FELLOUS M. et al. (2004), « l'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », In *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, p 29-30.

⁴ DELAMBRE G. PARQUET P.J. (1980), « Dessin de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse », in *les cahiers du nouveau-né*, Paris, n°04, p 202.

La respiration, la réduction des mouvements du diaphragme résultant de la croissance de l'enfant dans l'abdomen oblige la femme enceinte à respirer plus profondément : elle inspire plus d'air, ce qui permet un meilleur mélange des gaz et une consommation d'oxygène plus efficace.

Le débit ventilatoire passe de sept litres d'air à la minute à 10 litres, soit plus de 40 pourcent d'augmentation, tandis que les besoins ne croissent que de 20%. Il en résulte une hyperventilation : le volume de gaz carbonique expirés supérieur à la normale. Le faible taux de CO_2 dans le sang donne le souffle court, ce qui peut être gênant pendant ce trimestre, la femme va être soulagée lorsque le bébé s'engagera dans le pelvis. Dans ce cas-là il faut éviter tout travail fatigant.

Les éventuels problèmes d'hypertension peuvent être gênants à la fin de la grossesse. Les signes qui devront être alarmés sont le gonflement des mains, des poignets, des chevilles, des pieds et du visage. Le pré éclampsie peut altérer le fonctionnement du placenta et l'empêcher de transporter efficacement les nutriments jusqu'à l'enfant, dans ce cas, il faut être hospitalisé.¹

4-3-2- L'évolution du bébé

34 semaines après le début des dernières règles, le bébé est parfaitement formé. Toutes ses proportions sont exactement les mêmes qu'à la naissance. Il doit cependant parfaire sa maturation et prendre du poids avant d'être prêt à naître².

a/ De 24 à 28 semaines

De grands changements se produisent dans le système nerveux au cours de ce mois. Le cerveau grossit, les cellules du cerveau et les connections nerveuses sont complètement établies et actives.

Sa respiration : son appareil respiratoire est complètement mature et les alvéoles pulmonaires se préparent à inspirer pour la première fois hors de l'utérus. Elles se couvrent d'une couche de cellules spéciales et d'un liquide qui régule leur distension.

b/ De 28 à 32 semaines

À 32 semaines de grossesse, l'utérus atteint le creux de l'estomac, aussi appelé le creux épigastrique. Les intestins, le foie et les poumons sont comprimés vers le haut. À mesure que la grossesse avance et que le bébé prend du poids, l'utérus grossit vers l'avant en étirant les muscles et la peau du ventre³.

Sa peau, ses ongles et ses cheveux : sa peau est plus rose que rouge, en raison de la couche de graisse blanche sous-cutanée, qui se forme pour produire de l'énergie et régler sa

¹ DELAMBRE G. PARQUET PJ. Ibid., p 62.

² DELAMBRE G. PARQUET PJ. Ibid., p 68.

³ DORE N. et LE HENAFF D, (2008), **Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans**, Québec, Institut national de santé publique, p 68.

température corporelle après la naissance. Ses ongles atteignent le bout de ses doigts, mais les angles du pied n'ont pas complètement encore poussé. Votre enfant peut avoir beaucoup de cheveux.

Ses yeux ses iris peuvent se dilater et se contracter. Ils se contractent en réaction à une lumière vive, ou pour lui permettre de fixé son regard, quoi que cette fonction ne soit pas utile avant la naissance. L'enfant peut fermer les paupières et à commencer à ciller.

Sa position certains bébé se tournent la tête vers le bas à cette époque de la grossesse, mais il Ya encore du temps et beaucoup ne s'engage qu'après 36 semaines. Cependant, quelques-uns restent en position de siège jusqu'à la naissance, bien que la plupart se retournent deux mêmes.

c/ De 32 à 38 semaines

Pendant ce mois, le bébé perdra presque tout le duvet qui couvrait son corps. Il se peut qu'il en reste de petites plaques, sur les épaules, les bras et les jambes et dans les plis du corps.

Ses intestins sont remplis d'une substance vert foncé, presque noir, le méconium. C'est un mélange des sécrétions de ses glandes alimentaires et de lanugo, de pigments et de cellules de la paroi de son intestin. Il composera les premières selles du bébé après la naissance ; il se peut qu'il déféquer pendant l'accouchement.

Le système immunitaire est propre système est encore immature ; en compensation, il reçoit des antis corps de notre organisme par le placenta, qui le protégé de toutes les maladies que la future mère peut attraper comme la grippe, les oreilles ou la rubéole. Après la naissance, il continuera à recevoir les antis corps par l'allaitement¹

4-3-3- L'aspect psychologique

Les thèmes des rêves sont bien souvent rattachés aux préoccupations de la mère concernant la fin de cette période : l'enfant peut être représenté comme un bon mangeur doté d'une bonne santé physique et très sympathique, ou comme un enfant malformé et, même, comme un monstre. Un changement de perspective s'opère à l'égard du fœtus qui va devenir bébé du dehors. Cela met à l'épreuve l'anticipation maternelle de l'accouchement et de la nidation externe et la reviviscence de ses angoisses archaïques dans cette perspective de vidage².

Durant ce trimestre, la grossesse devient gênante. La femme se trouve à part dans la vie sociale (on lui laisse sa place assise, on la ménage...). Des questions surgissent : comment se passera l'accouchement ? L'enfant sera-t-il normal ? « Selon la théorie du conflit, plus le but

¹ Ibid., p 69.

² MOUSKHELICHVILI G. (2009), **Une étude des représentations maternelles du fœtus**, volume 1, université Montréal, p 54.

est proche, plus le niveau d'anxiété est élevé. Ce conflit détermine en majeure partie la condition psychologique du dernier trimestre¹.

Ce trimestre aborde donc l'acte de naissance et l'inévitable séparation des corps et des êtres. Ces derniers mois voient l'enfant dans un rythme de vie intra utérin différent de celui de sa mère. Elles disent elles-mêmes «quand je dors, il n'arrête pas de faire la fête» ou bien encore «quand je suis calme, c'est là qu'il décide de bouger», annonçant leurs perceptions d'une diffusion qui se nomme d'abord dans des différences de besoins biologiques. La préparation à l'accouchement est un exercice tant physique que psychique. La mise en mots et en images des corps séparés renforce l'enfant dans son statut d'être différent, dont il faut se séparer. La démonstration mimée, durant une séance de préparation, d'une scène de naissance où on voit un enfant sortant du bassin de sa mère, est un exercice de mise en images de la séparation, tout à fait fondamental pour le processus psychique mis en œuvre².

La peur d'accoucher et les perceptions coupables, face à la perte d'une partie à l'intérieur de soi, pourrait s'exprimer par des insomnies, la peur d'accoucher, les changements d'humeur allant du plaisir de la venue du bébé à la peur consciente et inconsciente de la mort. La future mère a peur de l'inconnu, peur de mourir, peur de souffrir, peur de perdre ses organes génitaux dans une mare de sang, elle a peur de perdre son bébé, qu'il meurt, qu'il naisse malformé.

Elle a peur de ne pas être à la hauteur pour l'accouchement, et comme future mère, elle a peur des changements relationnels que cela induira dans sa vie, ce qui se reflète dans ses rêves. Ses vieux sentiments de culpabilité refont surface, durant la dernière semaine, lorsqu'elle sera capable de laisser aller son bébé interne « Letting go » sans perdre le contrôle, alors, la future mère sera prête à terminer sa grossesse³.

¹ ABDEL-BAKI A. et POULIN MJ. (2004), « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », *Psychothérapies*, (2004), vol 41, N°2, p 66.

² MARINOPOULOS M. (2007), *Le déni de grossesse*, Bruxelles, yapaka.be, p 31.

³ Ibid. p 13-14.

Résumé

La grossesse constitue une période sensible dans la vie d'une femme, une traversée marquée par un intense vécu corporel et psychique. Moment de fragilité et de maturation, la grossesse implique toujours d'importants réaménagements psychiques bien connus des psychothérapeutes de la périnatalité. Le temps de la grossesse prépare la femme à des changements qui affecteront tous les domaines de sa vie, allant de l'image de soi et de son corps à sa relation de couple et à sa vie sociale, professionnelle et familiale. Cette période sera plus ou moins bien vécue selon les ressources physiques et psychiques de la femme, ainsi que les caractéristiques du contexte familial et social dans lequel intervient la grossesse.

La première grossesse est un moment particulier, modifications hormonales, corporelles et psychiques, des symptômes peuvent apparaître sur un terrain prédisposée à l'anxiété, avec une forte labilité psychique, une sensibilité accrue est repérable. Un appel à l'aide latent et selon certains auteurs c'est une folie normale.

Les trois moments marquants la grossesse ne sont jamais vécus à l'identique, mais ils transparaissent dans diverses modalités d'expression et l'édification psychique qui accompagne la gestation n'est pas dissociable de son évolution biologique.

Au premier trimestre c'est la fusion, période de blanc d'enfant ou le plus important c'est l'être enceint, puis viendra au deuxième trimestre la différenciation objectale le moment où elle sera prête à ressentir son enfant, et à se le représenter, à en parler, à le décrire comme au jour de sa naissance, à lui parler dans un dialogue imaginaire et réel, à le voir réellement sur l'image échographique, et enfin viendra la séparation de l'enfant imaginaire qui devra laisser place à l'enfant réel.

La subjectivité des femmes est mobilisée d'une manière spécifique par la mise en jeu de leur corps dans la transmission de la vie et c'est à de cette expérience corporelle à la fois intense et troublante que chacune élabore la maternité symbolique.

Cette période sera plus ou moins bien vécu selon les ressources physique et psychique de la femme, ainsi que les caractéristiques du contexte familiales et sociales dans le quel intervient la grossesse.

Chapitre II

Chapitre II

Le vécu de l'accouchement par césarienne

“ *La joie féconde, la douleur accouche.*” (J.Laforge).¹

Préambule

Après neuf mois de grossesse, la naissance tant attendu approche, l'accouchement est une épreuve difficile aussi bien sur le plan physiologique que psychologique. Le moment de l'accouchement est venu et la manière dont l'enfant vient au monde est un moment décisif, lorsque l'accouchement ne se passe pas comme prévu qu'il présente un risque pour la mère ou pour le bébé, la césarienne est parfois incontournable. Aujourd'hui bien maîtrisée, cependant cette opération présente des risques sur le plan physiologique et psychologique.

1-Définition de l'accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et physiologiques aboutissant à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors de l'utérus. L'accouchement a lieu à terme lorsqu'il survient entre la trente-huitième et quarantième deuxième semaine d'aménorrhée (arrêt des règles). Il est considéré comme prématuré lorsqu'il se produit avant la trente-septième semaine, l'accouchement est dit spontané lorsqu'il se déclenche tout seul et provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure².

2-Les phases de l'accouchement

Pour venir au monde, le bébé doit franchir un goulet de tissu musculaire extensible qui chemine dans un détroit osseux peut modifiable : le bassin. On divise un peu schématiquement l'accouchement normal en trois phases :

2-1-La dilatation :

La dilatation est celle du col de l'utérus qui s'ouvre pour laisser le passage à l'enfant³.

L'objectif de la dilataion est de permettre au col de s'ouvrir afin de laisser le passage au bébé. Le col se dilate d'un centimètre après chaque heure environ, les cinq premiers centimètres sont les plus longs à atteindre, et le rythme des contractions s'accélère lorsque la dilatation atteint sept centimètres, elles deviennent plus intenses, plus rapide et plus fatigantes. Une fois le col est dilaté, le travail d'expulsion commence⁴.

¹ RIBET P. (2002), **Dictionnaire des citations et de langue française**, paris, Maxi-Livre, p 118.

² NAUDIN C. GRUNBEH N. (2006), **Larousse médicale**, Paris, Larousse, p 06.

³ FRYDMAN R. Cohen-SOLAL J. (1989), **Ma grossesse mon enfant**, Paris, Odile Jacob, p 286.

⁴ MARGER R. et al. (1979), **Précis obstétrique**, Paris, Masson, p 115.

2-2-L'expulsion

L'expulsion correspond à la descente du bébé hors de l'utérus dans le vagin, à travers le bassin osseux, puis à travers le bassin mou ; et ensuite à l'expulsion active hors de la vulve¹.

Pour un bon déroulement de l'accouchement, la parturiente doit tenter de ne pousser que lors des contractions, si la poche des eaux est encore intacte, elle peut être rompue artificiellement ou se rompre spontanément, le périnée se distend progressivement et la tête de l'enfant apparaît.

Chez la primipare la durée de la période d'expulsion est en moyenne, pour les classiques de une à deux heures. En fait la surveillance instrumentale du fœtus a considérablement limité cette durée. Dans l'intérêt du fœtus, l'expulsion proprement dite ne devrait pas dépasser (20minutes chez les primipares), chez les multipares, elle est beaucoup plus rapide, excédent rarement de 15minutes.

Le travail est en générale plus rapide chez les multipares que chez les primipares, l'âge de la mère peut avoir une influence sur la facilité du travail. S'agissant de la primipare, les femmes de moins de trente ans en générale celles qui accouchent le mieux².

2-3- La délivrance

La délivrance est le décollement puis le rejet du placenta et des membranes³.

La délivrance peut être facilitée par la perfusion d'un médicament ou par un geste médicale. Le placenta est examiné par la sage-femme qui vérifie qu'il a été expulsé entièrement et qu'il ne reste rien à l'intérieur de l'utérus, la persistance de fragments placentaire pourrait provoquer une infection ou une hémorragie⁴.

3- Les types d'accouchement

3-1-L'accouchement par Épisiotomie

L'épisiotomie est une intervention réalisée par le médecin ou la sage-femme à la fin de la phase d'expulsion du fœtus, c'est un geste médical peu douloureux réalisé par une simple paire de ciseaux, et la taille de l'incision ne dépasse pas 5cm de long. Le médecin fait une épisiotomie pour élargir l'orifice vaginal et faciliter le passage de l'enfant⁵.

3-2-L'accouchement par forceps

Il consiste en des instruments métalliques, en forme de cuillères, employées par l'obstétricien pour guider le passage de la tête fœtale afin de faciliter sa sortie il est placé de

¹ FRYDMAN R. Cohen-SOLAL J. Op cit. p 286.

² MARGER R. et al, Op cit, p 129.

³ FRYDMAN R. Cohen-SOLAL J, Op cit, p 287.

⁴ CANSAC J. et al. (2006), **Pratique de l'accouchement**, Paris, Masson, p 82.

⁵ HADJAM H. (2000), **Guide médicale de la famille**. Alger. EDC Omega, p 279.

part et d'autres de la tête du bébé au niveau des tempes. Il écarte les parois vaginales devant la tête et lui faciliter aussi le passage. Plusieurs circonstances déterminent l'emploi des forceps :

- La mère est trop fatiguée ou incapable de pousser pour expulser le fœtus,
- Il peut y avoir une contre-indication chez la mère aux efforts d'expulsion telle qu'une maladie du cœur, la tête du bébé ne progresse pas malgré les efforts de pousser.
- Une souffrance fœtale est déclarée au cours de l'accouchement pour divers raisons (compression du cordon qui entraîne le ralentissement du rythme cardiaque par exemple)¹.

3-3-L'accouchement par césarienne

La césarienne est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser, sous anesthésie générale ou péridurale la paroi abdominale et l'utérus pour extraire le bébé. De nombreux facteurs déterminent le choix de la césarienne : tantôt elle est programmée dès le début de la grossesse lors de certaines anomalies osseuses ou certaines fragilité utérine (liées à des césariennes antérieures) ; tantôt elle s'impose lorsque toutes les conditions favorables ne sont pas réunies ; tantôt elle est décidée au cours de l'accouchement en cas de souffrance fœtale, d'arrêt de dilation du col, de mauvaise orientation du bébé (position transversale).

La césarienne est habituellement pratiquée sous anesthésie péridurale. (Cette dernière permet à la mère de participer à la naissance de l'enfant).

4-Les indications de la césarienne

Il existe plusieurs situations au cours de laquelle la césarienne est indiquée.

4-1- Les indications organiques

4-1-1-Les causes mécaniques

On utilise ce terme quand le bébé ne peut plus progresser naturellement dans le bassin de la mère. Il existe de nombreuses raisons à cela :

- un gros bébé par rapport au bassin de la mère ; le périmètre crânien et la largeur des épaules du bébé seront comparés aux diamètres du bassin de la mère.
- la présentation du siège dans certains cas et les présentations de l'épaule ou du front.
- le bassin de la mère très étroit ou déformé (à la suite d'une fracture, par ex). Dans ce cas, la césarienne sera programmée quelle que soient la taille, la présentation et le poids du bébé².
- un obstacle anatomique comme un gros fibrome de l'utérus, un placenta praevia situé sur le trajet du col de l'utérus peut parfois empêcher la progression du bébé.
- en cas de grossesse multiples (jumeaux, triplés...), selon les positions respectives des bébés.

¹ Dictionnaire Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles, Paris, (2010), Larousse, p 13.

² ROUZBEH S.R.(2005), **Comprendre le coût bénéfice d'une césarienne sur demande maternelle et d'un accouchement par voie basse**, Université de Lausanne, Paris, p 05.

a- Les indications liées à la mère

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

b- Les indications liées au bébé

- une insuffisance de croissance intra-utérine responsable d'un petit poids de naissance.
- une naissance très prématurée.
- certaines grossesses multiples.
- une déflexion primitive de la tête.
- une mauvaise position du cordon ombilical.
- certaines malformations fœtales.
- une présentation de siège¹.

4-2- Les indications psychologiques

Dans le cadre douloureux des traumatismes sexuels et des peurs qui y sont régulièrement associées, les femmes expriment assez fréquemment le désir d'accoucher par la césarienne, pendant ainsi être protégées des fantasmes associés au passage du bébé et surtout de la tête, à travers des voies génitales, source d'une terrifiante angoisse².

Il existe des situations particulières, elles sont souvent la conséquence d'un lien de confiance (encore) insuffisant entre la patiente et l'équipe médicale³.

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

La peur des femmes devant la douleur pendant le travail de l'accouchement par les voies basses⁴.

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

¹ ROUZBEH S.R.Ibid. p 05.

² BAYLE B. (2006), *Maternité et traumatisme sexuel de l'enfant*, Paris, Harmattan. p 117.

³ Bayle B.Ibid. p 117.

⁴ GIANA A.et LERIDON H, (2000), *Les enjeux de la stérilité*, paris, Inserm Ned. p 256.

Beaucoup de causes se cachent dans le psychisme, il y a parfois une impossibilité inconsciente mais absolue de laisser l'enfant sortir par-là, celle-ci peut être liée à un manque de confiance en soi, à une difficulté secrète à devenir mère, à un refus de se laisser faire, à un peur d'être ouverte, écartelé, voir à un désir de garder une sorte de virginité, pour certaines femmes, il est inconcevable de se laisser traverser¹.

5- La pratique de la césarienne

Une césarienne dure généralement une petite heure, mais le bébé est dégagé dans les 5-10 premières minutes. Le reste du temps est occupé à recoudre les incisions.

5-1- La préparation

-Tout d'abord, on doit installer la femme sur une table d'opérateur légèrement inclinée vers la gauche afin d'éviter un syndrome de compression de la veine cave inférieure.

-Ensuite, injection de l'anesthésie générale, rachi-anesthésie (loco régionale).

Avant le début de l'opération, on rasera d'abord les poils pubiens, et administrera une péridurale, une perfusion intraveineuse sera passée pour alimenter le corps en liquide pendant l'opération. Puis un cathéter (fin tube flexible) est inséré dans l'urètre et la vessie pour vider l'urine qu'elle contient. Un petit écran est placé devant le visage de la femme pour qu'elle ne puisse pas voir l'opération. Enfin l'abdomen est nettoyé pour éviter toute infection.

5-2-L'opération : Consiste à

-Inciser la peau sera dans la plupart des cas horizontale, situer à environ deux doigts au-dessus de l'os pubien l'incision verticale est rarement pratiquée.

-Ecarter les muscles abdominaux.

-Ouverture de l'utérus et l'ouverture de la poche des eaux.

-La sortie du bébé, le chirurgien passe ses mains dans l'ouverture et extrait le bébé, le cordon ombilical est coupé puis le chirurgien extrait le placenta également.

-Refermer l'utérus, le chirurgien extrait l'utérus du ventre pour faire la suture, puis refermer la peau².

6- Les complications de la césarienne

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

6-1-Les complications physiologiques

6-1-1-Concernant la mère

Elles peuvent survenir pendant l'intervention :

-Anémie, suite à une hémorragie ou par défaut de contraction de l'utérus

¹ CLEMENTZ E .et LAVILLONNIERE J. (2001), **Naitre tout simplement**, Paris, Harmattan. p 84.

² STOPPARD M. (1993), **Le livre de la naissance**, London, Liber, p 284.

-Plaie de la vessie qui recouvre l'utérus. Cet incident pourra conduire à prolongation du temps d'hospitalisation, avec mise en place d'une sonde urinaire à demeure.

-Une blessure sur un autre organe voisin de l'utérus, comme l'uretère, les anses intestinales... Ceci est le plus souvent lié à des conditions opératoires difficiles.

-Une césarienne en urgence ou une intervention sur un ventre opéré à plusieurs reprises. Complications anesthésiques (générale), elles sont les mêmes que toutes les interventions mis à part le risque de broncho-aspiration, qui est plus fréquent en cours de césarienne en urgence ou lorsque la patiente n'est pas à jeun et non prémédiquée.

-Complications infectieuses, surtout urinaire suite à la pose d'une sonde urinaire, moins fréquemment au niveau de l'utérus s'il y a eu de la fièvre pendant le travail ou si le travail a duré longtemps avant la césarienne essentiellement après rupture des membranes. Très rarement, les infections se logent au niveau des poumons (régurgitation sous anesthésie générale), de l'abdomen (poche de plus près de la zone opérée) ou de la peau (cicatrice).

-Complications thromboemboliques, bien que rares elles sont graves par leur risque vital.

-Occlusion intestinale, par retard ou non reprise du transit (très rarement).

-Rupture secondaire à une cicatrice de l'utérus, strictement si la patiente a présenté une endométrite du post-partum¹.

6-1-2-Concernant le bébé

La naissance par césarienne semble favoriser la survenue d'une détresse respiratoire, ce d'autant que l'enfant naît avant 40 semaines d'aménorrhée. Lié à une résorption insuffisante du liquide pulmonaire du bébé, ce trouble se rencontre plus fréquemment lors de la césarienne programmée car les poumons du bébé ne sont pas comprimés par le passage à travers la filière génitale, comme dans un accouchement par voie basse. De plus, si la césarienne est effectuée hors travail, le bébé ne bénéficie pas des mécanismes hormonaux facilitant la maturation pulmonaire².

La mortalité périnatale par césarienne n'est pas plus élevée que la mortalité périnatale par l'accouchement par voie naturelle. La nature de la pathologie ayant nécessité une césarienne est très importante pour la survie fœtale et l'extraction chirurgicale ne permet pas toujours d'assurer une issue favorable³.

6-2-Les complications psychologiques

La situation clinique d'opérée et non d'accouchée semble bien entraîner une double frustration autour de cette naissance, la non perception du passage de l'enfant (perception communément ressentie même sous péridurale) et l'absence de réappropriation immédiate du bébé par le toucher et le caresse. En effet la situation clinique d'opérée avec les contraintes physiques qu'elle occasionne constitue une entrave aux gestes simples du contact avec

¹ ROUZBEH SR. (2005), **Comprendre le cout bénéfice d'une césarienne sur demande maternelle et d'un accouchement par voie basse**, Université de Lausanne, Paris, p 07.

² BIGNON-CHASSAGNE F. (2012), **Le nouveau-né, la femme césarisée et l'iade : préserver le lien mère-enfant en SSPI**, Poissy-Saint-Germain-en-Laye, p 09.

³ ROUZBEH SR. Op cit. p 08.

l'enfant, sur tous les premiers jours. Dans ce besoin de toucher son enfant sorti d'elle, la mère vérifie aussi qu'il est entier et bien vivant, or cette vérification n'est guère possible avec une césarienne.

Cependant, cette intervention implique l'impossibilité pour la mère d'accoucher naturellement. Certaines femmes se sentent alors coupables de ne pas pouvoir accomplir pleinement leur rôle de mère. Elles se sentent dévalorisées et inactives pour la naissance du nouveau-né et peuvent avoir un sentiment de perte de contrôle de leur corps et du déroulement de l'accouchement. Cette sensation est d'autant plus renforcée lorsqu'elles n'ont pas ressenti de contraction de travail au préalable.

L'annonce de la nécessité d'une césarienne entraîne un processus de deuil de l'accouchement normal. En effet, l'acceptation de la césarienne par les femmes espérant accoucher physiologiquement est source de difficultés et d'angoisse. Elles ont parfois une réaction de défense en remettant en question la décision de l'intervention.

Les réactions après une césarienne varient d'une femme à l'autre et dépendent de la vision que chacune a de la naissance¹.

Les femmes césarisées sont souvent frustrées par l'absence de premier contact avec leur nouveau-né notamment en cas d'anesthésie générale. En ce qui concerne l'anesthésie loco régionale, la sage-femme présente l'enfant à sa mère dès la naissance avant d'aller pratiquer les premiers soins hors de portée de vue des patientes césarisées. Cette première rencontre est bouleversante, mais aussi très précieuse pour la mère².

Il est actuellement reconnu qu'une proportion non négligeable de femmes vit la naissance de leur enfant comme une expérience négative, voire traumatique. Dans certains cas, elles vont développer un syndrome de stress post-traumatique, connu dans la littérature internationale sous le terme de post-traumatique (PTSD). Ce trouble psychiatrique traduit généralement par des flashbacks de l'évènement traumatique, des comportements d'évitement et des réactions neurovégétatives³.

Il s'accompagne de dysfonctionnements contraignants et invalidants dans les sphères sociales, familiales et professionnelles, et à des répercussions néfastes sur la relation mère-bébé.

Divers facteurs ont été identifiés dans l'apparition de PTSD post-partum, certains étant inhérents à la parturiente (traits de personnalité), d'autres étant environnementaux, tels que la douleur pendant l'accouchement ou la césarienne, l'évolution de l'accouchement (accouchement instrumenté, césarienne) et le rôle joué par le personnel soignant participant à l'accouchement. On sait que les femmes accouchant par césarienne sont plus à risque de développer des symptômes de stress post-traumatique, surtout lorsque la césarienne se déroule en urgence. Malgré cette vulnérabilité. Etant donné l'augmentation de la proportion

¹ BROQUEN M. et GERNEZ J. (1997), **L'effraction**, Paris, Harmattan, p 124.

² GOUTALAND R. (1979), « Les relations précoces mère enfant », in **Dossier de l'obstétrique**, N°293, p 33-48.

³ CHAVES I. (2006), **Intropérative awareness in children, myth or reality**, Genève, p 309.

d'accouchements par césarienne, il nous semble fondamental de mieux préciser la prévalence et les facteurs de risque du PTSD chez ces parturientes.

Parmi les différentes causes possibles du PTSD, le degré de satisfaction de la prise en charge anesthésique et l'anxiété pendant l'accouchement.

Premièrement, les césariennes se faisant de plus en plus sous anesthésie régionale (rachianesthésie et péridurale), il est important de connaître le rôle que joue l'anesthésie dans la gestion de ce stress et son impact sur la survenue du stress post-traumatique.

Deuxièmement, les anesthésistes disposent à l'heure actuelle d'agents efficaces réduisant l'anxiété et n'ayant pas d'effets nocifs sur le fœtus. Si l'anxiété pendant l'accouchement se révèle un facteur prédictif du PTSD, il est alors opportun de s'interroger sur l'utilité d'une prémédication dans le cadre d'un accouchement par césarienne¹.

Il y a d'autres femmes qui le vivent comme un échec personnel, elles n'ont pas réussi, elles n'ont pas été à la hauteur, frustration et déception sont au rendez-vous et l'atterrissage est rude, entre le rêve d'un accouchement parfait dans la paix et la plénitude, les préparations ou l'on a mis tout de son côté et la réalité de l'intervention, parfois même l'enfant semble voler au secours de sa mère venant mettre fin à un travail épuisant².

D'autre part une femme peut présenter de sérieux troubles psychologiques après une césarienne, l'instauration du lien entre la mère et l'enfant est parfois perturbé, inconscient, la naissance n'a pas eu lieu de ce fait l'enfant n'est pas né³.

La psychose puerpérale est plus fréquente chez les jeunes mères pour la première fois avec une histoire personnelle passée ou familiale de psychose, dont les bébés sont nés par césarienne, un lien probable avec les hormones existe. Plusieurs études ont été entreprises pour déterminer les causes possibles et les facteurs de risque de la dépression postnatale. Les facteurs identifiés font référence à des causes biologiques et psychologiques comme la césarienne programmée ou en urgence, particulièrement la séparation avec son bébé ou son admission en unité de néonatalogie⁴.

Dans le post-partum, les patientes peuvent vivre la douleur de l'intervention comme une injustice, celle d'avoir davantage mal qu'une femme ayant accouché par voie basse. Elles réalisent alors que cette douleur engendre des difficultés quant à leur autonomie pour apporter les soins nécessaires à leur enfant. Elles auraient souhaité se consacrer pleinement au nouveau-né, mais elles se rendent compte que leur état de santé ne le leur permet pas dans les suites immédiates de l'intervention.⁵

¹ CHAVES I. Ibid. p 309.

² CLEMENTZ E. et LAVILLONNIERE J. (2001), **Naitre tout simplement**, Paris, Harmattan, p 145

³ LAINE A. (2004), **La drépanocytose ; regard sur maladie orpheline**, Paris, Karthala, p 289.

⁴ HANZAK E. (2005), **La dépression post natale**, Bruxelles, De Boeck université, p 276.

⁵ STEFFEN H. (2001), «La césarienne et ses conséquences pour la mère et pour l'enfant », in **Le dossier de l'obstétrique**, N°293, p 3-11.

7- Le vécu psychologique de la césarienne

Donner naissance, constitue pour la femme, un événement psychique et physique important. La naissance d'un enfant est un moment unique dans la vie. Si pour certaines femmes, la césarienne pose peu de problème d'acceptation, pour d'autres cette naissance peut être plus difficile à vivre. En effet, ne pas pouvoir donner naissance naturellement, peut se révéler fortement déstabilisant, dans l'intégration du rôle de mère et même dans la reconnaissance de sa féminité.

7-1- L'annonce de la césarienne

7-1-1-Le contexte

Le passé psychoaffectif de la femme, mais aussi la relation, qu'elle entretient avec son corps sexué, peuvent avoir une influence sur le vécu de la naissance. L. CHERTOK psychiatre français, affirme que la maternité apparaît comme une crise intégrative : si elle doit permettre une assomption du rôle maternel, dans la réalité des relations mère-enfant, elle implique aussi la reviviscence des conflits structurants, qui ont jalonné l'histoire de la mère. Parfois, lors d'une césarienne, la mère ressent de la frustration et éprouve la sensation, d'avoir été privée d'un moment unique à elle culpabilise de ne pas donner naissance par les voies naturelles. Certaines se définissent comme incompetentes, voir diminuées, dans leur capacité à être mères et l'estime d'elles-mêmes peut en être ébranlé. Ces sentiments varient suivant, l'expérience personnelle de la mère, son degré de confiance en elle et l'image, qu'elle se représente de la maternité¹.

Pour Y.HALFON psychologue clinicien, le vécu désigne la construction mentale par la femme d'une situation donnée. Ceci représente à la fois la construction mentale par la femme d'une situation donnée et à la fois un mélange de réalité objective, de fantasmes, d'affectif et d'interprétation. A la naissance, la qualité de rencontre avec l'enfant réel est capitale. Elle conditionne le cheminement psychique des parents, qui pourront alors faire le deuil de l'enfant imaginaire et de l'enfant fantastique.

Lors d'une césarienne, hors contexte d'urgence vitale pour le nouveau-né ou la mère, il est important de prendre le temps de présenter l'enfant à sa mère au bloc opératoire, sinon elle ne peut véritablement attester de la fin de la grossesse et de son nouveau statut de mère. L. HALFON souligne que lors d'une naissance par césarienne, le vécu du post-partum immédiat, est noté plus négatif que lors d'un accouchement par voie basse².

Les césariennes pour disproportion foeto-pelvienne ou pour échec au déclenchement sont indiquées dans un contexte particulier. Dans ces cas, la plupart du temps, la césarienne est un événement imprévu lorsque le travail commence. Celui-ci peut durer plusieurs heures qui sont marquées d'attente et de fatigue pour le couple. Puis, le travail cesse d'avancer. Durant les

¹ CHERTOK L. (1957), *Les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur*, Paris, L'expansion, p 268.

² HALFON Y. (1989), « Le vécu de la femme césarisée », in *Bulletin officiel de la société française PPO*, N°116, p 19.

heures de stagnation, l'équipe médicale à le temps d'expliquer aux patientes chaque décision thérapeutique, son but, son fonctionnement¹.

Ces heures d'attente constituent un temps d'échanges qui peut permettre aux patientes de se sentir actrices de leur accouchement, par exemple en mobilisant leur bassin pour faire avancer le travail. Lorsque la décision de césarienne est prise, les patientes ont pu y être préparées. Cependant, il est important de veiller à ce que le motif de la césarienne leur soit réexpliqué après la naissance. En effet, lors de l'accouchement, les patientes se trouvent dans un état psychologique particulier propice à l'accueil de l'enfant mais qui est accompagné de stress et d'épuisement. Cet état ne leur permet pas toujours d'assimiler les informations qui leur sont apportées².

7-1-2-Les réactions des patientes

Chaque patiente, suite à l'annonce d'une césarienne, a des réactions qui lui sont propres. Elles sont liées à sa personnalité, au projet du couple et à de nombreux autres éléments d'ordre psychologique et social. L'expression de ces réactions est plus ou moins marquée et mesurable par l'équipe soignante³.

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

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

Dans le cadre des césariennes en cours de travail et dont l'accouchement a été long, le plus souvent, certaines femmes vivent au moment de l'annonce de la césarienne une véritable libération après des heures interminables de travail dont elles ne voyaient pas l'issue. C.CLEMENT psychologue et chercheuse américaine, parle même d'une « lumière au bout du tunnel ». Dans ce cas, l'annonce de la césarienne est perçue et accueillie positivement comme une intervention de sauvetage⁵.

Dans ces situations où l'enfant est en bonne santé mais où l'accouchement ne peut se faire par voie basse, certaines femmes vont à l'annonce de la césarienne, ressentir de la peur pour

¹ RACINENT C. FAVIER M. (2002), **La césarienne**, Paris, Sauramps médicale. p 479.

² DE VALORS M.H. (2000), « De la globalité de la naissance, Le versant psychique de l'accouchement », **Dossier de l'obstétrique**, ELPEA, N°121, p 132.

³ DEBRAY Q. GRANGER B. AZAIS F. (2005), **Psychopathologie de l'adulte**, Paris, Masson, p 386.

⁴ <http://www.cesarine.org/>, consulté 28/02/2014, à 14h28.

⁵ CLEMENT C. (1995), **The cesarean experience**, London, Pandora, p 272.

l'état de santé de leur enfant. Elles peuvent également ressentir une certaine culpabilité, imaginant n'avoir pas su le protéger¹.

D'autres femmes au contraire, vivent cette annonce comme un échec. Certaines se sentent coupable de ne pas pouvoir mener à bout cet événement dans lequel elles avaient une grande symbolique. Elles peuvent y voir une trahison de leur corps².

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

Parfois certaines patientes peuvent se montrer agressives. Cette agressivité peut être liée à un refus de la pathologie qui a constitué l'indication de la césarienne et sa prise en charge. Elle peut être également liée à un sentiment de peur face aux événements. Ce moyen de défense peut traduire de la méfiance, de l'insatisfaction, un refus de traitement ou de l'incompréhension de la part de la patientes. Au cours de la césarienne, il peut arriver que les patientes soient extrêmement agitées ce qui peut compliquer leur prise en charge par l'équipe médicale³.

Les conjoints ainsi que l'entourage des patientes sont également touchés par l'annonce d'une césarienne. Cette situation peut les inquiéter et leur réaction peut influencer le vécu des femmes. Le rôle de l'équipe soignante est alors, après accord de la patientes, d'informer ses proches à chaque étape de l'intervention, et de pouvoir ainsi les rassurer⁴.

7-2- Le vécu de l'intervention chirurgicale

La majorité des césariennes se pratiquait sous anesthésie générale. Des études effectuées ont démontré que la perte de conscience lors d'une césarienne sous anesthésie générale était anxiogène. Pour les patientes, le fait d'être endormis au cours de leur accouchement dans une situation d'urgence pouvait s'accompagner d'une angoisse de mort pour leur enfant ou pour elles-mêmes. A leur réveil, l'absence du souvenir de la naissance pouvait perturber la bonne mise en place de la relation mère-enfant⁵.

Aujourd'hui les pratiques ont évolué, les césariennes se font le plus souvent sous anesthésie locorégionale. Les patientes sont éveillées et gardent en mémoire la naissance de leur enfant. Lorsque les conditions le permettent, les nouveau-nés sont présentés à leur mère

¹ JACQUET-SMAILOVIC M. (2007), « **L'enfant, la maladie et la mort** », Paris, de Boeck Université, p 184.

² <http://www.cesarine.org/>, op cit.

³ DEBRAY Q. GRANGER B. AZAIS F, op cit. p 389.

⁴ BRIEX M. (2003), « Présence du père pendant une césarienne », **Spirale**, 2003-1, N°25, p 183-186.

⁵ GAREL M. LELONG N. KAMINISKI M. (1987), « Conséquence de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère-enfant, «**Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction** », volume 16, N°02, p 219-228.

dès la naissance. Le contact précoce entre la mère et son enfant permet de la rassurer et favorise un meilleur investissement du rôle maternel¹.

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

Le vécu d'une intervention chirurgicale peut être associé à des sentiments de stress et d'angoisse qui sont parfois liés à l'appréhension du geste. Le stress des patientes se manifeste cliniquement. La sécrétion des catécholamines provoque des tremblements, de la tachycardie et de la tachypnée qui sont observés la plus part du temps. Ce phénomène est souvent amplifié par l'utilisation des anesthésiques locaux et peut se transformer en véritable crise d'angoisse. Dans ce cas, l'équipe médicale est contrainte à pratiquer une anesthésie générale².

7-3- Le vécu des suites de couches

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

La durée d'hospitalisation peut être un peu plus longue que pour un accouchement par voies naturelles. Un traitement anti-coagulant est généralement prescrit durant quelques jours pour éviter un risque de phlébite, avec le port de bas de contention. La maman pourra allaiter. Après une césarienne, il est tout à fait possible d'être de nouveau enceinte. Et un accouchement par voie naturelle peut être envisagé (sauf cas particulier de nouvelle "obligation" de césarienne programmée). La nouvelle technique opératoire quand elle peut être pratiquée, permet généralement une meilleure récupération.

7-3-1-Le vécu de la douleur

Suite à une césarienne la douleur est souvent plus importante que celle d'un accouchement. Le Centre National de Ressources de lutte contre la douleur la qualifie de douleur « forte » pendant les 48 premières heures.

Les recherches dans ce domaine, ont montré que le seuil de tolérance varie d'une personne à l'autre. Elles ont permis d'adapter la prise en charge de la douleur pour chaque patient notamment grâce à l'utilisation de l'Echelle analogique. Ainsi chaque patiente a une perception de la douleur qui lui est propre et les femmes césarisées ne vivent pas toutes les suites de couches de la même façon. Certaines femmes sont sur pied rapidement après l'opération, d'autres mettront plus de temps à se remettre³.

¹ HALFON Y. (1987), « le vécu des femmes césarisées », in **Dossier de l'obstétrique**, ELPEA, N°143, p 16-17.

² POTTECHER J. BENHAMOU D. (2004), « Douleur et analgésie obstétricale », **journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction**, vol 33, N°03, p 179-191.

³ HILLAN E. (2001), « Quelques chiffres autour de la césarienne », **Dossier de l'obstétrique**, ELPEA, N°294, p 08.

7-3-2- Le vécu de la cicatrice

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

A la suite d'une césarienne, le corps est marqué d'une cicatrice sur l'abdomen. Dans un souci esthétique, les techniques chirurgicales ont évolué. Les incisions transverses basses dites de « Pfannenstiel », situées à la limite des poêles pubiens et laissent des cicatrices plus discrètes¹.

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

Les femmes ont une vision différente de la cicatrice en fonction de leur position sociale ou de leur âge. « L'image du corps est propre à la vision que chacun se fait » disait Françoise Dolto.

Certaines femmes voient dans leur cicatrice une preuve positive et indélébile de leur maternité. D'autres en revanche, y voient une béance dans leur corps, signe du manque qu'elles ressentent d'être passées de l'état de femme enceinte à l'état de mère sans accouchement par voie basse².

7-3-3- Les réactions psychologiques

Lorsque les suites d'une césarienne sont accompagnées d'un événement heureux, l'enfant est né et la famille se découvre. Cependant, il peut arriver que ces instants soient aussi accompagnés de sentiments négatifs. La littérature décrits des sentiments très différents tels que :

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

¹ RACINENT C. FAVIER M. (2002), *La césarienne*, Paris, Saurampsmédicale.p 479.

-La sensation d'avoir « raté » le moment de la naissance de l'enfant¹.

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

La compréhension et le soutien de ces patientes par l'entourage et le personnel soignant leur permettent de prendre du recul par rapport aux événements. Pour se remettre de leur césarienne, de la fatigue, de l'émotion, et parfois de la déception qu'elle entraîne, les femmes césarisées ont besoin en suites de couches d'un temps de récupération plus long que les femmes qui ont accouché par voie basse. Ce repos leur permet de se remettre physiquement mais aussi psychologiquement².

Résumé

L'accouchement est un acte, une expérience, un événement tant psychique que physique, une femme évoquera toujours l'enfantement ; cette expérience et cette pensée l'aide à accompagner dans sa vie adulte avec plénitude, idéalité, regret et honte, ou autre note affective dans l'infini des possibles.

En principe, la césarienne est une intervention chirurgicale dont l'objectif principal est de sauver la mère et/ou l'enfant quand l'accouchement par voie basse est d'emblée impossible ou le devient par la suite. Il existe des raisons très différentes pour décider d'une césarienne : connues à l'avance, d'autres ne se révèlent qu'en cours de travail avec des degrés d'urgence très variables. Il s'agit de l'utiliser en cas de danger, et dans ce cadre, son utilité absolue et ses bénéfices ne se discutent pas.

Si l'on considère la hausse alarmante du nombre de césarienne ces dix dernières années, il semble que cette intervention chirurgicale ne soit pas seulement perçue comme un geste médicale, certes parfois nécessaire et indispensable à la survie du bébé et/ou de sa mère, mais bien comme un moyen de naissance comme un autre sans que l'on tienne plus guère compte de ses dangers et de ses conséquences parfois si traumatisantes pour la Mère et le bébé.

Ainsi la préparation à la naissance, l'annonce de la césarienne, le déroulement de l'intervention chirurgicale et des suites de couches sont autant d'éléments qui influencent le vécu des patientes.

¹ ODENT M. (2004), **Césariennes : question, effets, enjeux, alerte face à la banalisation**, Barret-sur-Méouge, Souffle d'or, p 183.

² <http://www.cesarine.org/>, Consulté le 28/02/2014, à 14h28.

Chapitre III

Chapitre III

L'accueil du bébé

“La vie commence là où commence le regard.”
(A.Nothomb).¹

Préambule

Grossesse et post-partum sont des moments de remaniement et de fragilité psychique dans un certain continuum, la relation de la mère avec son bébé après l'accouchement est plus ou moins en continuité avec celle de la grossesse, malgré la séparation de la naissance.

La relation de la mère avec son bébé après l'accouchement est plus ou moins en continuité avec celle de la grossesse malgré la séparation de la naissance. Les liens mère-bébé prennent racines dans une relation de proximité, de reconnaissance et de langage dans laquelle le corps de l'enfant et de sa mère, les capacités sensorielles et motrices du nouveau-né, l'état psychique et physique maternel joue un rôle essentiel. Une moindre possibilité du bébé à développer ses capacités et à soutenir les interactions avec sa mère, de même que l'atteinte psychique et l'histoire de la mère, peuvent entraver l'établissement des liens mère-bébé de bonne qualité et donc le développement psychique de ce dernier.

1-L'accueil du bébé à la naissance

1-1-Les conditions d'accueil et la rencontre avec le bébé

Le verbe accueillir signifie « être présent, venir pour recevoir quelqu'un à son arrivée quelque part »².

Après ce voyage néanmoins délicat et difficile, parfois l'enfant nouveau-né arrive à l'air libre, entouré des professionnels en salle de naissance.

Les soins immédiats consistent à s'assurer que les voies respiratoires sont dégagées, et à prendre les mesures pour maintenir la température corporelle.

Immédiatement après la naissance, le bébé doit être séché dans des serviettes ou des linges chauds, il va recevoir des gouttes dans ses yeux, de la vitamine K dans sa bouche.

Les mesures de routine et les soins du nouveau-né ne seront effectués qu'après une période de deux heures ou plus tôt après avoir mis l'enfant au sein.

Celui-ci est alors examiné une première fois par la sage-femme, l'obstétricien ou le pédiatre (néonatalogue).

Ces gestes sont faits sur une table allongée, sous une lampe chauffante et dans de bonnes conditions d'éclairage. Lors du premier examen, l'adaptation néonatale est évaluée ; le poids, la taille et le périmètre crânien sont mesurés et des malformations congénitales recherchées³.

¹ RIBET P. (2002), **Dictionnaire des citations et de langue française**, paris, Maxi-Livre, p 275.

² CASANOVA A. (2009), « Le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie, répondre aux besoins des enfants prématurés », **Cahier de la puéricultrice**, N°227, p 42.

³ JEANVOINE C.H. (2003), **Analyse d'une pratique d'accouchement médicale de la maternité physiologique**, Nancy, faculté de médecine, p 138.

L'ensemble des constatations effectuées dans les premières minutes de vie et les gestes pratiqués doivent être consignés dans le carnet de santé qui est attribué à l'enfant pour ne plus le quitter ultérieurement.

Tous ces soins seront pratiqués avec douceur, dans le calme et le respect des précautions d'hygiène, sans éclairage agressif.

On ne saurait sans risque soustraire l'enfant à l'ensemble de ces mesures qui permettent sans violence, d'assurer la sécurité de la naissance. Même si, il y a certains dans le savoir-faire et la manière d'accueillir un nouveau-né, il existe des nuances. La prise en charge d'un nouveau-né sain est habituellement effectuée par les sages-femmes selon un protocole établi par les pédiatres de maternité et les obstétriciens. Elle est dictée par trois règles élémentaires : sérénité de l'équipe, sécurité et asepsie.

C'est **F.LE BOYER** qui a mis l'accent sur l'importance de l'accueil du nouveau-né dans une atmosphère de calme, de respect, de chaleur et de tendresse.

Le silence, la pénombre, le toucher délicat envers son corps que l'enfant lui-même découvre dans cette pesanteur nouvelle, l'odeur de la saveur de sa mère, qu'il retrouve autrement, sont autant d'attitude, respectueuse et de ses sens en éveil.

L'attention de l'entourage est à son comble, bienveillante et il ne s'agit pas de prouver mais d'éprouver le ressenti d'un accueil différent, d'une tendresse et d'un respect qui ne se chiffre pas¹.

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue, ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devrait être définies pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant, et la première tétée est favorisée par ce contact intime².

Les nouveaux nés sont dits « hyper compétents » et, lorsque les événements de la naissance ont empêché le déroulement normal, lorsque la mère n'a pas échangé de regard avec son tout petit, celle-ci peut se sentir frustrée et culpabilisée. Heureusement, le propre de l'humain est d'avoir une extraordinaire capacité d'adaptation : ce qui n'a pas été fait à un moment donné peut être rattrapé par la suite. Lorsque l'enfant a été emmené loin de la mère pour des soins urgents, les retrouvailles de quelques minutes, quelques heures et même quelques jours après, permettront de récupérer ce qui a manqué³.

Le contact corporel, les odeurs, les caresses, les paroles vont favoriser une reconnaissance réciproque et les regards vont pouvoir s'échanger et se répondre.

Si la mère vit sa maternité de façon heureuse et équilibrée, cette rencontre va permettre un attachement rapide et un réel épanouissement.

A l'inverse, si l'histoire de la mère et si celle-ci manque de confiance en elle, les liens seront plus long à établir et le soutien de l'équipe soignante sera parfois nécessaire. C'est-à-

¹ PILLIOT M. (2006), « Le regard du naissant », *Spiral*, N°37, p 79.

² HERBINET E. (1986), « Violence accouchement et naissance », in *Les cahiers du nouveau-né*, Paris, Stock, p 104-109.

³ PILLIOT M. op cit, p 11.

dire l'importance de tout faire, même si l'enfant doit être transféré pour que sa mère puisse le regarder dans les yeux. Quelques secondes suffisent si l'enfant est présenté de près.

Ce regard de la première heure aura un rôle « parentalisant » : l'émotion qu'il provoque sera marquée à vie et facilitera l'attachement au moment des retrouvailles.

Dans le même état d'esprit, lors d'une césarienne, tout sera fait pour revenir le plus vite possible physiologique de l'accouchement normal et pour établir des contacts précoces. Les anesthésies locorégionales sont un immense progrès car elles permettent à la maman de participer à la naissance de son enfant. Celui-ci pourra lui être présenté près du visage par la sage-femme, voir par le père lui-même si présent à la césarienne.

Les regards vont pouvoir se rencontrer et se fixer. Le bébé aura la possibilité de respirer sa mère voir de la lécher. L'émotion sera là et cette femme sera mère avant même que le ventre ne soit renfermé¹.

Cependant la mise au monde d'un enfant est un moment de bouleversement pour la mère, elle disait faire un deuil de plénitude de la grossesse, de la relation fusionnelle avec son enfant, de l'enfant imaginé, et pour la primipare, de statut de fille et l'épouse seul élu du conjoint.

La naissance associe, dans les tous premiers jours après l'accouchement : l'anxiété, irritabilité, labilité émotionnel, dysphorie trouble du sommeil, fatigue et plaintes somatiques.

Les crises de larmes, la susceptibilité, la crainte d'être délassée surprennent et déroutent l'entourage. La préoccupation anxieuse du début de la grossesse réapparaît souvent associées à l'idée obsédante de ne pas savoir s'occuper du bébé avec des alternances de jubilation et de pessimisme.

Ce tableau relativement fréquent, est de faible intensité et ne doit pas forcément être considéré comme une dépression à minima, mais plus tôt comme une phase brève d'hypersensibilité émotionnelle. Les modifications endocriniennes semblent capables de provoquer à elle seule un état réactionnel psychoneuroendocrinien, différent dans sa cinétique et sa temporalité des mécanismes dépressifs².

Cet état d'extrême émotivité est une réalité à laquelle peu de jeunes mères y échappent, mais dans l'intensité et la durée sont très variables d'une femme à une autre, sans toutes fois excéder une semaine.

Le Baby bleu, également appelé dépression du post partum peut s'expliquer par la chute hormonale qui se produit en fin de grossesse, comparable à celle qui affecte l'humeur de certaines femmes avant leur règles. Mais cette fragilité est également liée au bouleversement que produit l'arrivée d'un petit enfant, à l'inquiétude due à l'impression diffuse de ne pas pouvoir faire face à son nouveau rôle, l'entourage médical et familial doit soutenir la jeune mère³.

¹ PILLIOT M. Op cit, p 38.

² DAYAN J. (1999), **Psychologie de la périnatalité**, Paris, Masson, p158.

³ Ibid, p 158.

Certaines mères peuvent refuser de toucher leur bébé, pensant lui faire mal. Il faut préserver au maximum une intimité pour ces premiers instants de rencontre et de partage¹.

2- Les interactions précoces mère-bébé

Les premières heures suivant la naissance sont essentielles et doivent permettre une rencontre, une reconnaissance, entre le bébé et sa mère. La réalité du bébé s'éprouve dans ces instants qui sont constitutifs de la relation, du lien mère et le bébé.

Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain et né à terme, les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité².

La mère peut le toucher plus franchement, le caresser, le masser, elle le respire, elle met son visage en position de face à face pour elle et son bébé, se regardent dans les yeux et enfin elle commence à lui parler d'une voix haut placée « la voix de la mère » disent les chercheurs particulièrement attirante pour le bébé qui aime les voix aiguës.

La prolongation des temps de contact dès les premières heures de vie de l'enfant et dans les tout premiers jours postnataux a des effets positifs plusieurs mois, voire même plusieurs années plus tard, sur la qualité de la relation mère-bébé et sur le développement de l'enfant³.

Au cours de ces mouvements un état psychique, affectif, caractérise la mère qualifié par **D.W.WNNICOTT** de préoccupation maternelle primaire, il décrit les remaniements psychiques particuliers qui surviennent chez la femme au cours de la grossesse et qui durent encore après l'accouchement. La femme enceinte présente un état psychologique très particulier d'hypersensibilité, qui ressemble à une maladie mais qui n'en est pas une. Cet état que Winnicott appelle la « préoccupation maternelle primaire », se développe progressivement au cours de la grossesse pour atteindre un degré accru à la fin de la gestation. Il persiste quelques semaines après la naissance de l'enfant et disparaît sans laisser de souvenir à la mère lorsqu'elle s'en est remise. Cet état de préoccupation maternelle primaire au cours duquel un des aspects de la personnalité de la mère prend temporairement le dessus au point d'être comparable à un trouble pathologique, fournit un cadre essentiel pour l'enfant : la mère ainsi sensibilisée peut se mettre à la place de son enfant et répondre à ses besoins⁴.

Cependant, dans certaines situations, la relation des deux protagonistes ne se passe pas toujours comme prévu, certaines réagissent mal. La psychanalyse, la psychologie clinique mais aussi la pédiatrie, en démontrant l'importance de l'interaction mère-bébé ont fait complètement basculer notre regard sur la maternité et sur la difficulté qu'a une femme de se construire en tant que mère hors de la présence de l'un des deux protagonistes, à savoir, le

¹ CAULIER CH. (2012), **Le partenariat soignant/ parents d'un bébé prématuré, pour donner naissance à l'effet mère un moment d'éternité**, Université de CAEN, p 10-11.

² PILLIOT M. (2006), « Le regard du naissant », **Spiral**, N°37, p 79-80.

³ HERBINET E. Op cit, p 104-109.

⁴ BAYLE B. (2004), « **Tout se joue-t-il avant la naissance ?** », <http://denoitbayle1.free.fr/toutsejouetil.pdf>, p 02.

bébé lui-même. On le sait d'autant mieux maintenant que certaines expériences de couveuse mal conduites se soldent par des difficultés extrêmes à mettre en relation mère et bébé¹.

La perspective interactive a été considérée comme une véritable «révolution méthodologique». Cette démarche initiée par les travaux de **J. Bowlby** sur l'attachement s'est inspirée du point de vue « communicationniste » centré non plus sur le sujet, mais sur les échanges entre individus et du point de vue « éthologiste » privilégiant l'observation du comportement.

La perspective de l'interaction a conduit depuis quelques années à la multiplication des travaux sur les relations du bébé et de son entourage, modifiant ainsi l'ancienne image du nourrisson essentiellement passif pour imposer celle du bébé actif «compétent» et impliqué dans une conversation riche et diversifiée.

Dans l'interaction mère-bébé, nous pouvons distinguer le plus souvent des interactions réelles et fantasmatiques, dans une démarche allant des phénomènes observables aux mécanismes psychiques conscients, préconscients et inconscients qui les sous-tendent. Ces interactions représentent trois dimensions d'un même phénomène dont l'évaluation fait appel à une subjectivité croissante².

2-1- Les interactions réelles

Les interactions réelles sont caractérisées par la manière dont le comportement de l'enfant et celui de sa mère s'agentent l'un par rapport à l'autre. La situation de repas est une excellente occasion d'observer les différentes interactions entre une mère et son bébé. Elles fourniront des informations sur la qualité des échanges affectifs entre le bébé et sa mère.

En touchant son enfant c'est elle-même que la femme a retrouvé. La mère hésite et lentement caresse ce bébé qui est à côté d'elle. Maladroite encore peut être, elle le complète, elle le touche et découvre son corps, son sexe. Puis elle le reconnaît, ce bébé comme le sien, l'embrasse, lui parle³.

La femme nouvelle accouchée adopte pleinement ce nouvel être si le temps lui en est laissé, passant ainsi de l'enfant imaginé à celui bien réel qu'elle prend dans ses bras⁴.

Si l'établissement d'un contact précoce et prolongé entre le nouveau-né et sa mère, cela facilitera la mise en place de l'allaitement maternel ainsi que beaucoup d'autres avantages.

¹ AMY M.D. (2008), **Construire et soigner la relation mère-enfant**, Paris, Dunod, p 07.

² HENRI C. (1998), **Que sais-je ? Les dépressions de la maternité**, Paris, PUF, p 56.

³ LEBOVICI S. (1985), « Les interactions très précoces », in **Bulletin officiel de la société de psychoprophylaxie obstétrical**, N° spécial 101, p 54.

⁴ Ibid. p 56.

Il favorise l'adaptation thermique, Les nouveau-nés en contact peau à peau ont une température axillaire et cutanée significativement plus élevée que ceux laissés en berceau. Le contact peau à peau avec le père permet également de tenir le nouveau-né au chaud.

Il améliore le bien-être du nouveau-né, les nouveau-nés en peau à peau ont significativement beaucoup moins d'épisodes de pleurs que les nouveau-nés placés en berceau à côté de leur mère et la durée de ces épisodes de pleurs est bien moindre ; d'après les chercheurs, ces pleurs, de courts sanglots, s'apparentent au « cri de détresse » observés chez d'autres mammifères en cas de séparation d'avec la mère.

Il favorise l'adaptation métabolique On constate un meilleur dextro et un retour plus rapide vers zéro du base-excess négatif (correction plus rapide de l'acidose métabolique) chez les nouveau-nés placés en peau à peau.

Il facilite l'établissement du lien mère enfant : Des études ont montré que si le bébé touche le mamelon dans la demi-heure qui suit la naissance, la mère laisse son bébé à la pouponnière beaucoup moins longtemps et elle passe beaucoup plus de temps à lui parler¹.

Les jeunes mères, particulièrement inexpérimentées lorsqu'elles sont primaires dans notre société qui leur offre peu d'apprentissage aux fonctions d'élevage maternel, sont parfois déçues de l'apparence de l'enfant qui contraste avec celle de l'enfant imaginaire. Mais la plupart d'entre elles deviennent vite « folles » de leur enfant².

La reconnaissance par les parents des compétences de leur bébé engendre généralement des réactions favorables à l'attachement et le temps passé ensemble durant les premiers jours a des conséquences très positives sur la qualité des soins donnés à l'enfant par la mère et aussi sur les risques de maltraitance et d'abandon, notamment chez les mères de milieu socio-économique défavorisé³.

Cette attention que la mère donne à son bébé, folle de lui. Une déprimée et inquiète, tout entière à son service, a conduit Winnicott a parlé « de mères presque parfaite » mues par leur dévouement exclusif et leurs soucis. Il parle du « concerne » maternel qui s'exprime dans l'unité de l'enfant avec les soins maternels.

Il s'agit, on le voit, de véritables transactions qui s'établissent entre les deux partenaires interactifs, de véritables spirales transactionnelles, selon S.LEBOVICI c'est dès les premiers jours de la vie, l'enfant et la mère sont capables d'entrer dans des dialogues multiples qui affectent le regard, la mimique, le tonus, l'équilibre la surface cutanée, etc. du côté de la mère, ils sont sous tendus par sa vie mentale, ses pensées conscientes, sa vie imaginaire et fantasmatique.

Du côté du bébé s'organisent ses émotions et des affects, qui vont se constituer dans une résonance mutuelle les premiers éléments d'une vie psychique qu'on peut dire proto-représentative. M. PINOL-DOURIEZ, c'est là que se trouvent les racines des identifications

¹ GREMMO-FEGGER G. (2002), « Accueil du nouveau-né en salle de naissance », **Les dossiers de l'allaitement**, N°51, p 03.

² LEBOVICI S. (1985), Op cit, p 56.

³ GREMMO-FEGGER G. Op cit, p 03.

mutuelles les plus primitives grâce à la mise en résonance de ces dialogues qui synchronisent et accordent, même s'ils s'expriment sur des modes divers : c'est ce que D.STERN appelle l'harmonisation ou l'accordement transmodal des affects¹.

Les travaux de D. STERN sur la prosodie maternelle ont démontré une évolution de celle-ci au fil des mois. Le « parler bébé » (simplification syntaxique, répétition des mots, lenteur, augmentation de la hauteur du timbre) est adapté à l'âge : chez le nouveau-né : les pauses silencieuses sont plus longues que l'émission langagière, le rythme est régulier, adapté au rythme du bébé².

Parce que la mère est un partenaire privilégié, on décrit classiquement les interactions entre un nourrisson et sa mère. Cependant il ne faut pas perdre de vue qu'un nourrisson est en interaction avec d'autres partenaires qui vont aussi influencer son développement affectif.

Ces interactions vont s'exprimer sous divers canaux dès le 15^{ème} jour, pendant la tétée, c'est les interactions visuelles qui apparaissent, la mère et le bébé tendent à se regarder, on parle de regard mutuel. Le regard du bébé a des effets importants sur la mère, il est généralement perçu comme gratifiant, valorisant et fait monter chez la mère les premiers sentiments d'amour³.

Les interactions vocales se construisent par les cris et les pleurs du bébé qui constituent un véritable "cordon ombilical acoustique". Ils déclenchent des affects intenses avec un sentiment d'urgence qui pousse la mère à agir et à mettre un terme à l'état de détresse supposé. Le bébé par ses cris et ses pleurs déclenche l'interaction et suscite la proximité de la mère. Le vécu parental des cris du bébé est influencé par la fréquence et la durée, qui varient d'un nourrisson à un autre.

Les mères peuvent avoir, selon les cas, un sentiment de doute sur leur compétence, un sentiment d'agressivité, un sentiment de désespoir.

Le langage de la mère à son bébé, les mères parlent à leur bébé dès les premiers instants en utilisant « le parler bébé » adapté à l'âge du nourrisson. On a observé que le nouveau-né paraissait entraîné dans sa motricité par le langage maternel, et paraissait en synchronie avec la parole de la mère. Les bébés sont influencés par les caractères physiques du langage, à savoir la prosodie : le rythme, le timbre, les intonations et non par le contenu du discours qui est inaccessible à la compréhension du bébé.

Les mots sont souvent répétés vers le 4^{ème} mois, les bébés sont intéressés par la mimique, la mère exerce des variations prosodiques et rythmiques importantes pour maintenir l'intérêt de l'enfant de 12 à 24 mois : le contenu du langage de la mère change, désormais, elle désigne les objets de l'environnement à l'enfant et communique à leur propos. La parole maternelle facilite et soutient l'exploration de l'environnement.

¹ LEBOVICI S. (1985), « Les interactions très précoces », in **bulletin officiel de la société de psychoprophylaxie obstétrical**, N°Spécial 101, p 56.

² <https://www.profa.ch/multimedia/docs/Babybluespostpartum.pdf>, Consulté le 24/03/2014 à 15h35.

³ BOURRAT M.M. GAROUX R. (2003), **Les relations parents enfants**, Paris, Armand Colin, p 81.

Les interactions corporelles et cutanées désignent ainsi l'ensemble des échanges, médiatisés par la façon dont l'enfant est tenu, soutenu, maintenu par la mère, et dont il répond. On parlera d'ajustement corporel qui est une composante du holding et de dialogue tonique. On peut observer ainsi une détente corporelle ou un raidissement qui peut affecter un ou l'autre, ou les deux partenaires. On a également rapidement une perception du confort ou de l'inconfort du bébé dans les bras de sa mère¹.

Le bébé y participe activement, soit il se "love", se blottit, s'ajuste au corps de sa mère, ou au contraire il peut se raidir, s'arc-bouter.

Les contacts peau à peau sont également très importants. Il s'agit de caresses, de chatouillements, de baisers. Les réponses de l'enfant sont perçues comme une invitation ou un refus à poursuivre.

Une étude sur le développement des comportements de tendresse a pu mettre en évidence que l'enfant, vers 7 à 8 mois, répond aux bras tendus de l'adulte en tendant lui-même les bras, et à la fin de la première année, il initie un tel échange qu'il complète par une étreinte.

Il est bien évidemment un comportement extrêmement efficace et gratifiant du bébé à l'égard de sa mère ou d'un autre interlocuteur qui est le sourire. On peut imaginer comment une mère peut être gratifiée par un bébé souriant, qui la regarde, qui se blottit bien dans ses bras, et comment une autre pourra être fortement inquiétée par un bébé qui évite de la regarder, qui se "love" mal dans ses bras, qui pousse beaucoup de cris et sourit rarement².

Si le lien mère bébé ne peut se mettre en place, du fait par exemple de la séparation réelle du bébé et de sa mère, il peut néanmoins se produire plus tard, mais il est plus difficile et prend plus de temps³.

2-2- Les interactions fantasmatiques

Avant d'en arriver à la notion d'interactions fantasmatiques, S. LEBOVICI prend bien soin de nous rappeler le fondement de la théorie freudienne et comment à partir de l'unité narcissique primaire, celle du nourrisson avec les soins maternels, se crée l'Object interne par l'hallucination de la satisfaction d'un besoin interne qui permet son investissement et donc sa représentation. Car, si S. LEBOVICI nous dit en 1960 : « la mère est investie avant d'être perçue », il ajoute en 1984 : « et elle est créée par le bébé ». C'est tout le problème des interactions fantasmatiques et leur utilité.

¹ Stern D. (2002), « Développement affectif du nourrisson », <http://medecine-pharmacie.univ-roen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils>, consulté le 28/04/2014 à 11 h28.

² Ibid. p 06.

³ JEANVOINE C.H. (2003), *Analyse d'une pratique d'accompagnement médical de la maternité physiologique*, Nancy, faculté de médecine, p 81.

Selon cet auteur, l'influence réciproque du déroulement de la mère et de son bébé constitue des interactions fantasmatiques, ces interactions commencent du côté de la mère, dans ce fantasme des désirs de maternité puis aux sources même de son enfance et s'organisent pendant la grossesse dans la constitution de l'enfant imaginaire dont on sait qu'il est fait, en partie, avec un matériel œdipien, elle continue dans un dialogue de moins en moins imaginaire avec le fœtus auquel il succède¹.

L'influence de l'imaginaire et des fantasmes maternels sur l'interaction et le développement du bébé fait l'objet d'un certain consensus, par contre, l'interaction fantasmatique suscite un débat qui divise le monde analytique.

On a pu mettre en doute la réalité de l'existence de la vie fantasmatique du bébé dans les premières semaines et les premiers mois, son rôle dans le développement du bébé, la réalité et le mécanisme de l'influence des fantasmes du bébé sur l'interaction ; et enfin la possibilité de les évaluer par l'observation de la relation.

A travers ces interactions fœtaux-placentaire physicochimiques pendant la grossesse, le bébé apprend sa mère, et selon **T.B BRAZELTON**, pendant la grossesse « la mère apprend son bébé ». C'est un apprentissage prénatal des rythmes particuliers de chacun des partenaires par l'autre. À travers ses interactions fœtaux-placentaire physicochimiques à cette période, le bébé apprend sa mère. Les rythmes sommeil-veille de position, bercement par la marche. Sans oublier que l'état émotionnel de la mère va être immédiatement transmis à l'enfant à travers les modifications physiques et physicochimiques de son corps, auquel il réagira inévitablement².

La grossesse, l'accouchement puis la présence du bébé bousculent et déstabilisent les aménagements défensifs de la mère comme du père et réactivent brutalement les problématiques insuffisamment élaborées.

Les conflits œdipiens et les conflits archaïques sont ravivés et peuvent s'externaliser dans la relation au bébé. **B.CRAMERS** ou ligne le rôle de la projection dans ce mouvement d'externalisation. Ces mécanismes de projection impliquent le bébé dans les « scénarios imaginaires ».

Le bébé est ainsi engagé « dans des scénarios familiaux » par la « Transmission trans-générationnelle » d'un mandat « familial ». Ces projections se manifestent par la façon dont les parents, la mère ici ressentent et interprètent le comportement du bébé.

Le parent projette sur le bébé un aspect d'une personne importante de son passé qu'il avait introjecté et il va alors reproduire avec le bébé un aspect des relations passées avec cette personne.

Le comportement à l'égard du bébé va refléter les conflits infantiles auxquels cette personne du passé était liée. Les pulsions qui étaient en jeu et les défenses qui s'établissaient

¹ SOULAYROL R. (1985), « Les interactions fantasmatiques », in **Bulletin de la société de psychoprophylaxie obstétricale**, N° Spécial 102, p 17-23.

² HERBINET E. (1985), « Questionnaire autour des interactions de l'enfant in-utero », in **Bulletin officiel de la société française de psychoprophylaxie obstétricale**, N° Spécial 101, p 26.

contre elle. Le sens du comportement parental peut-être saisi au cours de ce que cramer appelle «des séquences interactives symptomatiques».

La vie imaginaire et fantasmatique des parents est très liée à leur vie affective, mais aussi plus profondément à leur propre histoire et à leur relation avec leurs propres images parentales.

La vie imaginaire et fantasmatique du bébé se construit progressivement à partir de celle de ses parents. Dans cette optique, certains auteurs parlent d'interactions imaginaires et fantasmatiques. Par exemple : un fantasme maternel portant sur le danger de se séparer influence le comportement de la mère à l'égard de son bébé particulièrement dans une situation de séparation ; le comportement angoissé du bébé à ce moment-là amène à penser qu'il partage avec sa mère une expérience émotionnelle de dangerosité qui contribue à la constitution de sa propre vie fantasmatique¹.

L'évaluation indirecte des fantasmes parentaux peut recourir à l'entretien avec les parents recueillant leur histoire, l'histoire de la famille, du couple, de la grossesse, de l'accouchement, des premières semaines et des premiers mois du bébé et les associations de pensée, les rêves et les rêveries qui y sont liés.

Dans les interactions fantasmatiques au cours des premiers mois, il paraît cliniquement plus important d'évaluer l'influence des fantasmes parentaux sur les représentations qu'ils ont du bébé et de ses comportements interactifs et de repérer leurs influences négatives sur la relation et le développement psychique du bébé.

Il en reste pas moins que le concept sur les interactions fantasmatiques propose une approche stimulante des origines de la vie psychique et ouvre une voie féconde pour les thérapies mère-bébé².

Chez un nourrisson en bonne santé, les interactions qui vont faciliter un développement affectif harmonieux sont caractérisées par : Une disponibilité affective de l'adulte, une souplesse de ses réponses, de la stabilité, une continuité et une cohérence dans le temps. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, les interactions seront perturbées dans leurs différents niveaux d'expression. On verra apparaître des symptômes cliniques chez le nourrisson (Troubles psychologiques à expression somatique, dépression du nourrisson....) pouvant signifier soit : Une insuffisance dans l'attachement, avec carence affective, un défaut de protection avec envahissement de la relation par les angoisses de l'adulte³.

3- Les conséquences de la césarienne sur la relation mère-enfant

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

¹ Stern D. Op cit, p 09.

² ROCHER-BARAT C. (2004), **La maternité adolescente**, université Charles -De-G, Lille III, p 26- 27.

³ Ibid. p 10.

L'attachement entre la mère et l'enfant débute pendant la grossesse à travers les mouvements fœtaux et la construction imaginaire de l'enfant par les futurs parents. Cependant, c'est par le maternage que l'attachement va réellement se créer.

Le fait de nourrir l'enfant, de le soigner, de sourire avec lui permet au couple mère-enfant de créer un lien puissant et durable. Durant cette période s'instaure une communication entre la mère et l'enfant qui passe par un échange de lavements, d'odeurs, de sens, de manifestations visuelles¹.

Dans le cadre de la césarienne, lorsque les patientes sont dans un état de stress important, l'attachement peut être perturbé. Le rôle de l'équipe soignante est alors de créer un environnement favorable à la création du lien mère-enfant.

Lorsque la césarienne a lieu sous anesthésie locorégionale, l'enfant peut le plus souvent être présenté à sa mère dès la naissance.

Certaines équipes proposent à la patientes une peau à peau ou une mise au sein, dans le bloc opératoire ou lors du passage en salle de réveil, afin de favoriser un contact rapproché et précoce entre la mère et son nouveau-né².

De manière générale, autant il est de plus en plus admis qu'en cas de naissance par voie basse, il faut faciliter l'établissement du lien mère-enfant en laissant le bébé au contact de sa mère, autant en cas de césarienne ceci n'est pas encore passé dans les mœurs. Par exemple, présenter l'enfant à sa mère après sa sortie n'est pas systématique.

Par ailleurs, le premier contact du bébé avec sa mère lors d'une césarienne est souvent plus difficile. La cause en est notamment le lieu de rencontre : un bloc opératoire froid dans le meilleur des cas, c'est-à-dire si la mère est consciente.

Après l'accouchement, le maternage peut être perturbé par le fait que la mère reste alitée pendant les premières heures. Durant cette période elle a besoin d'aide pour effectuer les soins de son enfant car elle peut rencontrer des difficultés à se déplacer. Ces éléments peuvent créer chez la mère un sentiment de culpabilité³.

Le rôle de l'équipe soignante est alors d'accompagner et de valoriser ces femmes pour les rassurer et les rapprocher dans leur rôle de mère.

Lorsqu'elles allaitent, la mise au sein peut se révéler douloureuse car elle mobilise la cicatrice. Les nouvelles mamans ont souvent des difficultés à trouver une position adéquate lorsqu'elles prennent leur enfant dans leur bras. Là encore, l'équipe soignante joue un rôle

¹ BOWLBY J. ANZIEU D. ZAZZO R. (1979), **L'attachement**, Paris, Delachaux et Niestlé, p 250.

² ERLANDSSON K. et al. (2007), « Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effects on newborn crying and prefeeding behavior », **Birth**, N°34(2), p 105.

³ FISHER J. ASTBURY J. SMITH A. (1997), **Austrian new zealand Journal of psychiatry**, N°31(5), p 728.

important pour favoriser une bonne mise en place de l'allaitement maternel, par exemple en proposant son aide lors de la mise au sein, dans une position adaptée pour que la patiente soit installée confortablement¹.

La nouvelle accouchée a des difficultés à se mettre debout, et à se mettre assise, elle est plus fatiguée qui peut révéler chez elle des réactions dépressives qui sont plus fréquentes et l'incidence de telles souffrances psychologiques sur le développement psychoaffectif de l'enfant est désormais avérée.

La césarienne entraîne souvent d'autres naissances du même type et limite donc le nombre d'enfants, dont cela peut être à l'origine d'une sous-estime de soi, et perturbe les relations du couple, et parfois à culpabiliser soi-même ou le bébé, qui peut provoquer un blocage chez la femme, par exemple le refus d'avoir d'autres enfants.

Dès l'accouchement, la mère et l'enfant sont systématiquement séparés, la durée de cette séparation varie d'un cas à un autre, elle peut aller jusqu'à 4 ou 5 jour. Si l'accueil de l'enfant est modifié dans le cas d'une césarienne, l'impact réel à long terme de ces perturbations est difficile à évaluer.

La personnalité d'un enfant se construit sur plusieurs années : le style de maternage, l'environnement social et familial, contribueront eux aussi à cette construction, ce qui complique l'évaluation de l'impact du facteur "césarienne" isolé².

Résumé

La venue au monde reste un mystère. Il Ya une naissance des corps qui est l'accouchement et les processus physiologiques permettent une adaptation rapide, soumise à notre temporalité. Mais au-delà de l'accouchement il existe aussi une naissance psychique et spirituelle, naissance d'un être humain, d'une conscience, d'une pensée. Un passage d'un monde intemporel de globalité, de totalité, d'harmonie originelle permanente à un monde de discontinuité et de frustrations.

Pour la mère, le premier regard de son bébé crée un « élan maternel » indéfectible. Pour le nouveau-né, la rencontre d'un autre regard humain l'humanise et le transforme en être de conscience et de pensée, en être de désir, toujours la recherche de l'absolu originel, pour A. NOTHOMBE : « La vie commence avec le premier regard ».

Les interactions incluent, pour le bébé, tant le visage que le corps entier. Dans les bras, le nourrisson communique et reçoit, au travers de ses mouvements toniques et de ses ajustements réciproques, ce que J. AJURIAGUERRA a appelé le dialogue tonico-émotionnel.

En effet le fonctionnement psychique de la mère, et notamment le fonctionnement de sa maternité, à savoir ses représentations mentales, ses affects, ses désirs, son état somatique du nouveau-né, la relations du conjoint constituent des facteurs importants pour la compréhension des premiers échanges avec l'enfant.

¹ <http://www.cesarine.org/>, Consulté le 18/04/2014 à 15 :20.

² DANIO G.A. SIBERTIN B.D. et al. (2008), **Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum**, Paris, Masson, p 26-28.

Résumé de la partie théorique :

Tout accouchement comporte une part de violence, il y a l'angoisse, la peur. Cette expérience représente pour la femme une véritable commotion physique qui n'est que la partie somatique du phénomène dans son ensemble. Sur le plan psychologique, elle permet le passage d'une relation symbiotique à une relation entre deux êtres différenciés, c'est le début des liens postnataux.

Le bébé, après la naissance, est encore largement un prolongement de soi aux yeux de la mère. La nouvelle accouchée 'doit faire le deuil de son état de grossesse et de l'enfant imaginaire. Ensuite elle doit faire le travail inverse : celui d'attacher à l'enfant nouveau-né des désirs, des espoirs, des sentiments.

Un bon vécu de la césarienne, une bonne compréhension des motifs de sa réalisation et le soutien de l'entourage peuvent contribuer à un accueil positif de la mère avec son enfant dans la sérénité et la sécurité.

La première naissance et son déroulement constituent immanquablement une étape déterminante pour un bon accueil du bébé, nous pourrions dire que ce vécu ainsi que les conditions d'accueils, leur réaction et tout ce qu'il y a au tour de cet événement risquent de déterminer de façon précise le désir ultérieur d'enfanter, ainsi que les conditions de la seconde grossesse.

Problématique

1-Problématique et formulation des hypothèses

1-1-La problématique

Le lien conjugal se constitue à travers l'union légitime d'un homme et d'une femme à travers une alliance de mariage qui est un évènement important dans la vie de l'un et de l'autre. L'arrivée d'un enfant vient dans les meilleurs des cas consolider ce lien, et offrir à chaque membre un cadre essentiel à son épanouissement.

La femme aborde la maternité en fonction de son histoire, de sa personnalité et en fonction de données sociales et familiales, conjugales et surtout médicales.

Le passage de l'homme et de la femme au statut de parents, ce repositionnement dans l'environnement familial et social, peut constituer un moment de crises pour certains, comme l'on suffisamment décrit P.C. RACAMIER, D.W. WINNICOTT et bien d'autres.

Cet état se caractérise par la réactivation des angoisses et des conflits infantiles qui étaient jusque-là refoulés, tout ceci exigera des deux partenaires une élaboration psychique aussi bien sur le plan individuel que le relationnel¹.

L'annonce d'une grossesse représente une confrontation du souhait d'être enceinte à sa réalisation concrète, est donc un moment de vacillement du sujet.

Cette cotation à la réalité de la grossesse, se traduit par des réactions physiologiques et subjectives contradictoires, selon C. R. D'ALLONNES, même si les femmes expriment verbalement leur désir et leur joie face à leur grossesse, leur corps ne dit pas forcément à travers sa souffrance, ses symptômes la même chose que la bouche. Et ceci parce que cette grande loi de la vie affective se manifeste plus encore quand il s'agit d'un évènement important imminent, vécu dans le corps et réactivent des situations anciennes en rapport avec les parents².

Cette expérience particulière est ainsi accompagnée au cours des 1^{ers} mois de certaines troubles (nausées, vomissements, vertiges, irritabilité, fatigue, insomnie...etc.). Dans le cas harmonieux, les manifestations disparaissent le plus souvent dès que l'enfant commence à bouger, toute fois elles peuvent persister ou s'aggraver³.

Au cours du deuxième trimestre, c'est une autre phase qui s'ouvre, l'enfant commence à bouger, les transformations physiques de la future mère deviennent visibles, elle perçoit les premiers mouvements fœtaux, ce qui lui permet d'objectiver l'enfant comme étant une partie différente d'elle-même. La dynamique relationnelle peut donc débiter, l'idée d'être bientôt mère est alors introduite⁴.

Les progrès de la médecine moderne font que désormais le contenu du ventre de la mère n'est plus un secret. Grâce à l'échographie, le fœtus est de plus en plus assimilé à un enfant,

¹ DUPRE LATOUR M. (2001), « choix conjugal, appartenance et consentement », *Dialogue*, N° 187, p 36.

² REVAULT D'ALLONNES C. (1985), « Désir-non désir d'enfanter, ou plutôt : le désir d'enfant en question », in *Bulletin officiel de psychoprophylaxie obstétrical*, N° 103, p 7.

³ MORIN Y. (2003), *La rousse médicale*, Paris, Larousse/veuf, p 452.

⁴ SPIESS M. (2002), « recherche clinique et sociologie sur le couple et la famille », *Dialogue*, N°157, p 28.

faisant avancer le moment de sa mise au monde, suscitant une intensité émotionnelle indéniable, car confrontation de l'enfant « imaginaire » avec l'enfant « réel » tel qu'il apparaît sur l'écran⁵.

La fin de la grossesse où il s'agit de « donner naissance », entraîne une prise de conscience de l'individualisation du fœtus dans le corps propre et de son autonomisation comme corps « détachable », comme enfant à venir du couple, c'est un temps caractérisé par la problématique de l'incomplétude, de la perte et de la référence au tiers.

Ainsi cette dernière étape se caractérise par la présence des angoisses, qui se cristallisent sur des points particuliers comme la peur d'accoucher, la peur de la douleur et la peur de mettre au monde un enfant anormal.

L'accouchement est vécu différemment d'une femme à une autre, mais il restera toujours une épreuve difficile aussi bien sur le plan physique que psychique. De nombreuses émotions, sentiments ou sensations négatives peuvent venir augmenter la douleur, l'anxiété et le manque de confiance en soi.

M. BYDLOWSKI, Psychiatre, Psychanalyste française nous a bien décrit cet état psychique particulier pendant la grossesse connue sous le terme de « transparence psychique » qui a accès aux souvenirs infantile.

Les psychanalystes accordent une importance initiale à la future mère et à l'accouchement. Pour **D. STERN** il s'agit d'une expérience existentiellement unique pour la femme : « devenir mère dans son corps et sa psyché »⁶.

Le type d'accouchement occupe beaucoup les pensées des femmes qui s'appêtent à donner vie, comme dans le cas de la césarienne qui est une intervention chirurgicale (programmée ou en urgence) qui consiste en une extraction fœtale lorsque les conditions d'un accouchement normal ne sont pas réunis.

Beaucoup de femmes césarisées vivent cette intervention comme une démission d'un corps qui n'a pas assuré ses fonctions. Faire face à une telle naissance demande un ajustement physiologique et psychologique très important, source de stress. De nombreuses mères ayant donné naissance par césarienne sont aussi traumatisées psychologiquement.

La césarienne a brisé leurs espoirs d'accouchement « normal », elles se sentent parfois incompetentes car elles n'ont pas été capable d'accoucher et ne sont pas accomplies en tant que mère puis qu'elles n'ont véritablement pas participé à la naissance de leurs enfants⁷.

Pour **A. LAINE** « une femme peut présenter de sérieux troubles psychologiques après une césarienne ». L'instauration du lien entre la mère et l'enfant est parfois perturbé, inconsciemment la naissance n'a pas lieu⁸.

⁵ FELLOUS M. (2004) « Explorer le ventre fécond de la mère », *Psychosomatique*, N°26, p 84.

⁶ BULLAERT D. (1993), *Le vécu de l'accouchement, la douleur et l'accompagnement*, Résumé d'un mémoire de maîtrise, Paris V René Descartes, p 43.

⁷ BAYLE B. (2006), *Maternité et traumatisme sexuel de l'enfant*, Paris, Harmattan, p 118.

⁸ LAINE A. (2004), *La drépanocytose ; regard sur maladie orpheline*, Paris, Karthala, p 289.

La programmation de la césarienne prive aussi la mère de la sécrétion naturelle des hormones de l'accouchement et de l'allaitement nécessaires à la bonne mise en place de la montée laiteuse⁹.

Concernant l'enfant, il est aujourd'hui prouvé que les contractions et l'imprégnation hormonale du bébé se produisant durant un accouchement par voie basse jouent un rôle important concernant d'une part sa maturation physique, pulmonaire, cardiaque et cérébrale, et d'autre part le développement de ses réflexes primaires, y compris le réflexe de succion

La naissance par césarienne, et surtout par césarienne programmée, prive le bébé de ces processus physiologiques nécessaires au bon démarrage des fonctions vitales. C'est ce qui explique que les bébés nés par césarienne sont plus souvent en état de détresse respiratoire transitoire à la naissance que les autres, nécessitant plus souvent des gestes de réanimation.

Le lien entre la mère et son enfant se crée très précocement et il est favorisé par le contact physique. Plusieurs études sur la périnatalité ont montré que l'heure qui suit la naissance est un temps particulièrement important, et que le lien entre les parents et l'enfant va être favorisé par un maximum d'interactions.

Or après une césarienne la mère qui vient d'accoucher ne peut voir son bébé qu'après de longues heures d'attente.

L'arrivée du bébé, les conditions de sa naissance, sa manière d'être et de réagir peuvent entamer des représentations restées jusque-là figées, et favoriser une relation d'attachement surtout si la mère est bien entourée¹⁰.

C'est dans cette optique que nous allons organiser notre recherche afin de décrire le vécu psychologique de l'accouchement des femmes césarisées et l'accueil du bébé.

Les questions qu'on se pose dans le cadre de notre recherche sont les suivantes :

Question générale :

-Quel rapport existe-il entre le vécu de la césarienne et l'accueil du bébé ?

Questions partielles :

-Les femmes qui ont bien vécu leur césarienne, peuvent-elles bien accueillir leur bébé ?

-Les femmes qui ont mal vécu leur césarienne, peuvent-elles présenter des difficultés à établir les premiers contacts avec leur bébé ?

2- Les hypothèses de recherche :

Afin de répondre aux questions de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale

-Il existe un rapport étroit entre le vécu de la césarienne et l'accueil du bébé.

⁹ BAYLE B. Op cit. p 118.

¹⁰ LAINE A. Op cit. p 289.

Hypothèses partielles

-Les femmes qui ont bien vécu leur césarienne accueilleront bien leur bébé.

-Les femmes qui ont mal vécu leur césarienne présenteront des difficultés à établir les premiers contacts avec leur bébé.

3- Définition opérationnelle des concepts clés

3-1-Le vécu de l'accouchement par césarienne

C'est le vécu psychologique et physiologique de la femme qui accouche, sur le plan physiologique le fœtus est extrait par le chirurgien et se sépare de l'organisme maternel qui va aboutir à la naissance, sur le plan psychologique c'est tout le psychique qui se met en acte.

a/ Un « bon » vécu de l'accouchement par césarienne : on qualifie un « bon » vécu d'accouchement par césarienne quand :

- La femme accepte la césarienne.
- L'accouchement se fait avec un minimum d'inquiétude et de perturbation psychique.
- L'intervention chirurgicale se passe sans complications, ni risque pour le bébé et la mère.

b/ un « mauvais » vécu de l'accouchement par césarienne : on qualifie un « mauvais » vécu de l'accouchement de la césarienne quand :

- La femme n'accepte pas la césarienne.
- L'accouchement se fait avec un maximum d'angoisse et de perturbations psychiques.
- L'intervention chirurgicale ne se passe bien.

3-2- l'accueil :

La définition de l'accueil est la manière de recevoir quelqu'un, de se comporter avec lui quand il arrive. Dans le cadre de la maternité accueillir veut dire être présent pour son enfant, venir et le recevoir.

a/ Un « bon » accueil du bébé : on qualifie l'accueil du bébé de bon, lorsque :

- La mère réagit positivement à la première rencontre avec son bébé.
- La mère établie dès le début des contacts chaleureux et tendre avec son bébé.
- La mère s'occupe elle-même des soins de son bébé.

b/ Un « mauvais » accueil du bébé : on qualifie l'accueil du bébé de mauvais, lorsque :

- La mère réagit négativement à la première rencontre avec son bébé .
- Le contact avec le bébé est tardif.
- La mère ne s'occupe de son bébé, c'est l'équipe médicale ou les membres de sa famille qui l'assure à sa place.

Partie pratique

Chapitre IV

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Méthodologie de la recherche

Issue d'une activité pratique, apparue en opposition à l'atomisme et la «déshumanisation» de la méthode expérimentale (en psychologie comme en médecine), la psychologie clinique désigne à la fois un domaine et une méthode.

Son domaine a d'abord été celui de la psychopathologie, tentative d'interprétation psychologique de la pathologie mentale et/ou interprétation de la pathologie (d'origine psychologique), puis s'est étendu à toutes les formes de conflits individuels, de souffrance et de dysfonctionnements, tant chez les adultes que chez les enfants.

La méthode « clinique » qui s'oppose à la méthode expérimentale est naturaliste, se référant à la totalité des situations envisagées, à la singularité des individus, à l'aspect concret des situations, à leur dynamique, à leur genèse et à leur sens, l'observateur faisant partie de l'observation.

La méthode clinique va ainsi produire une situation, avec une faible contrainte, pour faciliter et recueillir les productions d'une personne. Cette méthode suppose ainsi la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi sa liberté d'organiser les situations proposées comme il le souhaite.

Elle s'appuie sur des techniques utilisées dans le domaine de la pratique de l'entretien, des observations, tests...) qui ont pour but d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique d'évaluation et de thérapie) ou de problèmes plus généraux et d'en proposer une interprétation ou une explication (théories psychologiques)¹.

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer.

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation naturelle dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre le cas².

¹ FERNANDEZ L, PEDINIELLI J.L. (2006), **La recherche en psychologie clinique**, université de Provence, Aix-Marseille, N°84, p 42.

² PEDINIELLI J.L. (2006), **Introduction à la psychologie clinique**, Paris, Armand Colin, p 32- 34.

C'est pour cela que notre méthode d'approche sera l'étude de cas qui fait partie de l'approche descriptive. Son objectif est de décrire le vécu psychologique de l'accouchement des femmes césarisées et l'accueil du leur bébé.

L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus, elle est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. C'est une méthode pratiquée par les premiers psychologues comme **S. FREUD** et **P. JANET**, **D. LAGACHE** pour décrire certaines pathologies mentales et illustrer leurs hypothèses théoriques.

D. LAGACHE considère l'étude de cas comme une « observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ». L'étude de cas qui, **LAGACHE** le répète, permet d'établir un diagnostic et un pronostic et fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter, éduquer le sujet.

Pour **R.D'ALLONES** « l'étude de cas sert à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique »¹.

1-Le terrain de recherche

Notre étude s'est effectuée au niveau de la clinique « Le rameau d'olivier », de la wilaya de Bejaia.

La pionnière des cliniques chirurgicales privées Le Rameau d'olivier dans la wilaya de Bejaia, lancée dans les années 1990, elle était basée dans la commune d'Oued-Ghir, puis transférée vers la ville de Bejaia.

Ce mini CHU, pour reprendre l'expression d'un ex-ministre de la Santé de passage dans cet établissement, est d'une capacité de 80 lits.

Le Rez-de-chaussée de l'édifice est réservé à l'accueil, l'administration, aux consultations spécialisées et à l'imagerie médicale. Ce dernier service comprend un scanner multipartites, d'échographie générale et écho doppler couleur, de mammographie numérisée d'une radiologie conventionnelle et numérisée.

- Le premier étage est réservé pour les hospitalisations.
- Le second est le service d'hémodialyse.

¹ PEDENIELLI J.L. FERNANDEZ L. (2005), **L'observation clinique et l'étude de cas**, Paris, Armand Collin, p 59-63.

- Le troisième qui est spécifié à la maternité.
- Le dernier étage comprend le bloc opératoire.

Le service de maternité dans lequel nous avons effectué notre stage est doté d'une équipe soignante dont :

- Chef de service
- Sage-femme : 04
- Infirmières : 04
- Gynécologue : 01
- Biberonneuse : 01
- Femmes de ménages : 02

Ce service est d'une capacité 07 chambres, 14 lits, d'une infirmerie, d'une salle de soin et d'une cuisine.

2-L'échantillon de recherche

2-1-Les Critères d'inclusion

La population visée par notre étude a été sélectionnée selon les critères suivants

- 1- Les femmes mariées, vivant en couple.
- 2- Les parturientes primipares qui vivent l'accouchement pour la première fois.
- 3- celles ayant subi une césarienne en urgence et à terme, c'est-à-dire après 38 semaines d'aménorrhée, pour différentes raisons : Les femmes ayant un bassin rétréci, un gros bébé.
- 4- les enfants nés à terme et bien portants.
- 5- les femmes dont les suites de couches se déroulent de façon eutocique, tant pour la mère que pour l'enfant.

2-2-Les Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont les suivants

- 1- Les femmes non mariées (mères célibataires).
- 2- Les bipares ou les multipares.
- 3- Celles qui ont accouché par voie basse, ou par césarienne programmée.
- 4- Les naissances prématurées
- 5- Les patientes qui ont connu des complications après l'accouchement : hospitalisation en réanimation, suite à une hémorragie, ralentissement du rythme cardiaque, perte du bébé.

2-3- Les caractéristiques de l'échantillon

Notre échantillon de recherche est constitué d'un nombre de 16 cas de parturientes primipares, à la clinique de « Rameau d'olivier », leurs caractéristiques sont présentées dans les tableaux suivants :

Tableau N°1 : répartition de la population d'étude selon l'âge

Age	-25ans	25-30ans	31-35ans
Total	01	11	04

A partir de ce tableau, nous constatons que l'âge de la majorité des parturientes se situe entre 25-30ans, la minorité entre 31-35ans, seul une parturiente est âgée de moins de 25ans.

Tableau N°2 : répartition de la population d'étude selon le niveau d'instruction :

Niveau d'instruction	moyen	Secondaire	universitaire
Total	02	05	9

D'après ce tableau, nous remarquons que 09 femmes sont d'un niveau d'instruction universitaire, 5 d'entre elles ont un niveau secondaire, excepté deux primipares qui sont d'un niveau moyen.

Tableau N°3 : répartition de la population d'étude selon la situation professionnelle :

Situation professionnelle	Femme au foyer	Femme active
Total	07	9

La première constatation qu'on peut faire à partir de ce tableau est que la majorité des femmes sont actives, dont certaines sont des comptables, assistantes dentaires, psychologues, kinésithérapeutes, enseignantes d'anglais...etc. soutenant que la minorité d'entre elles sont des femmes au foyer.

3-Les techniques de recherche

3-1-L'entretien clinique

Afin de recueillir plus d'informations sur notre recherche qui consiste à étudier le vécu psychologique de l'accouchement des femmes césarisées et l'accueil du bébé, nous avons choisi comme première technique l'entretien clinique.

L'entretien est un échange de paroles avec un ou plusieurs personnes, conversations, discussions, entrevue, dialogue...etc.

Ses origines sont multiples et antérieures aux méthodes des sciences humaines et sociales, elles remontent à la diplomatie, car c'est une conversation d'égal à égal entre deux chefs d'état.

Mais en psychopathologie, l'entretien a surtout été favorisé par l'approche freudienne qui refusa la méthode cathartique. Et en réaction à leur cure analytique, C. ROGERS nous propose dans les années quarante, l'entretien « non-directif ». En 1926 J. PIAGET dans la représentation du monde chez l'enfant justifie « l'entretien critique ».

Le terme « clinique » repose sur la particularité de ce type d'entretien. Il renvoie au domaine de soin dans sa généralité. Il est plus spécifiquement utilisé par les psychologues cliniciens, les psychiatres et les psychothérapeutes.

L'entretien clinique est une relation intersubjective, c'est-à-dire qui se produit entre deux sujets humains. Cette situation de communication entre deux personnes est un croisement de deux subjectivités. Il s'agit de subjectivité car nul n'est totalement objectif et que chacun se crée son identité par rapport à sa vie. Chacun a donc sa réalité et ses idées.

Le clinicien doit savoir écouter et faciliter la parole de l'autre avant de parler lui-même. Pour M. LEROUX psychologue français « *Ce qui le différencie d'un entretien ordinaire, c'est qu'il prend en compte l'inconscient* »¹.

¹ PEDINIELLI J.C. (2006), **Introduction à la psychologie clinique**, Armand Colin, Paris, p 37-39.

Selon S.FREUD, la parole libère, car elle permet d'avoir accès à des informations sur la souffrance et les difficultés d'un sujet, apportant des informations sur ce à quoi il a été réellement ou imaginairement confronté. Et sur sa position à l'égard de ses faits.)¹

L'entretien clinique de recherche vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il correspond à un plan de travail précis, visant à répondre à des hypothèses. En ce sens, le discours du sujet est délimité autour du thème de la recherche.

L'entretien clinique est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expérience) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet.

La spécificité réside dans l'établissement d'une relation asymétrique où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange. Cette position dite « clinique » est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la centration sur le sujet, la non-directivité la neutralité bienveillante et l'empathie².

La dénomination « d'entretien clinique de recherche » condense ainsi tous les paradoxes liés à l'utilisation de la méthode clinique comme méthode de recherche.

On distingue ainsi trois formes d'entretien clinique de recherche, tout d'abord, l'entretien non-directif ; le clinicien-chercheur adopte l'attitude non directive et n'intervient pas sur le cours du discours du sujet.

L'entretien directif ne peut être considéré comme un entretien clinique puisque sa forme est préalablement déterminée, par le chercheur, en fonction de ses hypothèses. Enfin L'entretien semi-directif combine attitude non-directive avec le projet d'explorer des thèmes particuliers. Le clinicien-chercheur a donc recours à un guide thématique³.

Mener un entretien clinique de recherche consiste donc à recourir à une technique d'entretien de recherche (non directive ou semi-directive) tout en adoptant une attitude clinique dans la relation au sujet⁴.

Un entretien clinique de recherche peut poursuivre des visées exploratoires, de validation ou d'illustration et donc être plus ou moins directif. Lorsque la visée est exploratoire l'entretien tente, à partir d'une question préliminaire, de balayer le champ des significations et des actes de langages possibles relatifs à cette question.

¹ PIDENNIELLI J.C, Ibid, p37.39.

² CHILAND C. (1989), **L'entretien clinique**, Paris, Puf, p 28.

³ Moro M.R. (1993), « Les méthodes cliniques », in, *Cours de psychologie II. Bases, méthodes, épistémologie*. Paris, Dunod, p 461.

⁴ BENONY H. CHARAHOUI K. (1999), **L'entretien clinique**. Paris, Dunod. p 16.

L'entretien non directif est donc le mieux adapté. Cet entretien permettra notamment d'éprouver la pertinence de la question de recherche. Lorsque c'est la validation d'une hypothèse qui est recherchée, l'entretien devient une technique de recueil de données (les faits de parole) s'inscrivant dans une méthodologie explicite.

L'entretien semi-directif permet, par l'intermédiaire du guide d'entretien, de recueillir des informations pertinentes, relatives à l'hypothèse. Il peut aussi être mis en œuvre pour construire un cas clinique, à valeur d'illustration des résultats d'une recherche. Toutes ces visées ne sont pas exclusives et correspondent souvent à des moments différents de la recherche : on explore, on valide puis on illustre¹.

L'entretien semi directif est celui que nous avons choisi, car il nous fallait guider les sujets dans les thèmes qui nous semblaient plus important d'explorer pour la présente étude tout en leur garantissant une liberté de parole.

La conduite d'un entretien semi directif implique une phase de présentation, une consigne ou question de départ et un approfondissement².

Le clinicien utilise un guide d'entretien qui propose une trame de questions. Il fait quelques interventions pour relancer le patient sur ce qu'il vient de dire : hochements de tête, acquiescements, répétition des fins de phrases du sujet...

Les relances peuvent aussi être des questions plus ciblées ou plus fermées dans le cas où les informations attendues n'ont pas été abordées dans une question plus générale (question ouverte). Le clinicien interrompt peu le sujet, il « le laisse associer librement mais seulement sur le thème proposé »³.

3-2- Le questionnaire : Stanford aiguë Réaction stress Questionnaire (SARSQ)

Il faut préciser que nous avons décidé d'introduire ce questionnaire afin de compléter les données de nos entretiens sur le vécu psychologique du l'accouchement.

Le Stanford aiguë Réaction stress Questionnaire (SARSQ) est une échelle anglaise validée, qui est largement utilisée pour le diagnostic de stress aiguë post-traumatique selon les critères précis de DSM-IV. Sa traduction de l'anglais vers le français a été faite par le **Dr. CHEIX**. Par souci de cohérence avec les échelles psychologiques, les items ont été revus par le **Dr. BARO**, (psychiatre praticien hospitalier à la cellule d'urgence médico psychologique du CHU de Grenoble).

Dans la littérature anglaise, cette échelle est applicable à tous types de traumatismes, et doit être délivré dans les trois cinq jours suivant l'évènement traumatisant.

¹ FERNANDEZ L. PEDINIELLI J.L. (2006), **La recherche en psychologie clinique**, université de Provence, Aix-Marseille I, N°84, p 48-49.

² MAREAU C.H. et al. (2006), **Réussir son 1^{er} cycle de psychologie**, Paris, Studyrama. p 19.

³ BENONY H. CHAHRAOUI K. op cit, p 16.

Ce questionnaire comprend d'une part, une première question évaluant le vécu de l'évènement, dont la réponse est comprise entre « pas du tout perturbant » et « extrêmement perturbant », suivi de 30 questions ayant comme réponses possibles, une échelle d'intensité de zéro correspondant à « jamais ressenti » à cinq, correspondant à « très souvent ressenti »¹.

3-3- L'observation

L'observation clinique est celle « qui se fait au lit du malade » et tente de se dégager de tout présupposé théorique dans le moment de l'observation. Pour J.L PEDINIELLI et AL, l'observation clinique consiste à « relever des phénomènes comportementaux, idéatifs, langagiers, émotionnels et cognitifs significatifs, afin de leur donner un sens en les restituant dans la dynamique, l'histoire d'un sujet et dans le contexte de l'observation et dans le mouvement intersubjectif actualisé ». Ainsi, le champ de l'observation clinique concerne l'ensemble des conduites verbales et non verbales, les interactions dans leur référence à la subjectivité et l'intersubjectivité.

L'accent est mis sur la singularité de la personne et l'analyse de l'influence de l'observateur sur l'observation².

Observer est un processus incluant l'attention volontaire et l'intelligence, orienté par un objectif terminal ou organisateur et dirigé sur un objet pour en recueillir des informations³. Elle a pour objet de relever des phénomènes comportementaux significatifs, de leur donner un sens de les situer dans la dynamique individuelle.

Le propre de l'observation clinique est de considérer que les conduites sont des productions significatives d'une personne et qu'elles expriment quelque chose.

L'observation va des actes, des gestes, jusqu'aux comportements les plus discrets tels que les émotions ; ces manifestations peuvent être simplement décrites, mais on peut aussi les interpréter⁴.

Un grand nombre de travaux théoriques, d'origine psychanalytique ont été réalisés par plusieurs chercheurs dont R. SPITZ, J. BOWLBY et D.W WINNICOTT, ce dernier a décrit très justement les modifications de l'état psychique de la mère à la naissance de son enfant⁵.

¹ SION C. (2012), **Evaluation du stress aigu chez les femmes césarisées en urgence**, Grenoble, faculté de médecine, p 06

² PEDINIELLI J.L. FERNANDEZ L. (2005), **L'observation clinique et l'étude de cas**, Paris, Armand collin, p 13-14.

³ De KETELE J.M, ROEGIERS X. (1991), **Méthodologie du recueil d'informations**, Bruxelles, De Boeck, p 19.

⁴ CHAHRAOUI K.H. BENONY H. (2003), **Evaluation et recherche en psychologie Clinique**, Paris, Dunod, p 31.

⁵ ROBIN M. (1981), « Trois exemples d'interaction entre la mère et l'enfant de la naissance jusqu'à 03mois », **Revue de psychiatrie de l'enfant**, T24, N°21, p 101.

Il s'agit d'un mode de fonctionnement psychique, caractérisé par un repli narcissique nécessaire pour accueillir le bébé et permettre à la mère de s'adapter à lui le mieux possible de façon à lui assurer un « sentiment continu d'exister »¹.

La position et l'activité du clinicien le conduisent aussi à des choix d'observation qui relèvent du dispositif de l'observation clinique.

L'observation clinique systémique ou contrôlée répond à un souci de maîtrise de la situation : un décor artificiel est planté, des tâches sont prescrites et les sujets sont observés pendant un temps limité. Elle a également lieu en situation naturelle, elle permet d'enregistrer le comportement tel qu'il se présente. Plus le nombre d'observation cliniques est important plus il permet d'avoir des données normatives.

Avec l'observation clinique directe passive (caractérisée par la neutralité et la discrétion), le clinicien se familiarise avec le milieu et les membres actifs de ce milieu, qui lui-même se familiarise avec sa présence (ce qui permet de diminuer l'anxiété, la méfiance, l'hostilité des futurs observés face à l'observateur). Il peut alors être accepté par le sujet à observer.

En psychologie clinique, les observations directes concernent, par exemple, l'observation éthologique, l'observation systémique, l'observation des interactions mère-bébé, l'observation psychanalytique du nourrisson qui est une observation directe des comportements, des interactions verbales et non verbales.

L'observation clinique directe incognito consiste à observer sans avoir de relation avec les sujets observés, de façon à supprimer les problèmes d'interférence. La modification des comportements des observés par le clinicien. Celui-ci est dissimulé, caché.

Alors que l'observation naturelle où la situation choisie est celle d'un milieu authentique qui permet d'apprécier le comportement naturel tel qu'il se manifeste dans le milieu habituel du sujet². Où l'observateur est en présence des observés, où les situations ne sont pas construites dans le but d'être observées, mais existe et existeront hors de l'observation dans d'autres buts, ces situations ont un passé, un futur des moments intercalés sans observation³.

Cette dernière fait l'objet de notre choix d'utilisation comme seconde méthode.

4-Le déroulement de la pratique

Notre recherche sur le terrain s'est étalée sur une durée de deux mois du 04/03/2014 jusqu'au 04/05/2014. Les deux premières semaines, ont été consacrées à une pré-enquête afin de nous familiariser avec le terrain et de nous faciliter le travail avec les parturientes choisies, ce n'est qu'à partir de la deuxième semaine de mars que nous avons commencé notre recherche.

¹ WINNICOT D.W, (1956), La préoccupation maternelle primaire, in **De la pédiatrie à la psychanalyse**, Paris, Payot, p 170.

² PEDENIELLI J.L. FERNANDEZ L., Op cit, p 44- 45.

³ ROBIN M. et al. (1984), « L'observation psychologique du très jeune enfant », in **Bulletin de psychologie**, N°368, p 83.

4-1- Les étapes suivies

Le recueil des données est passé par les étapes suivantes :

4-1-1- La première étape : la pré-enquête

La pré-enquête fait partie des premières étapes d'élaboration d'un travail de recherche, pour la nôtre, nous sommes allés sur le terrain pour nous familiariser avec celui-ci et tester notre guide d'entretien et ses conditions d'application. Cette pré-enquête nous a permis de rencontrer quelques femmes, d'affiner nos questions et de voir dans quelles conditions nous allons faire les entretiens. Après nous y sommes repartis pour entamer notre pratique.

4-1-2- La deuxième étape : la passation de l'entretien

Après avoir eu le consentement des femmes, nous leur avons présenté en général notre thème de recherche et nous leur avons donné la possibilité de s'exprimer avec la langue de leur choix.

Les entretiens ont été réalisés avec les post accouchées le lendemain ou le sur lendemain de leur accouchement car cela dépendait de leur état de santé après la césarienne.

a / Présentation du guide d'entretien

Le guide d'entretien élaboré, nous permet d'avoir des informations sur l'histoire de la grossesse, l'anticipation de la naissance et le vécu du moment de l'accouchement et enfin la rencontre avec le nouveau-né et son accueil, ce qui nous permettra de comprendre cette expérience qualifiée d'unique. Le guide se présente comme suit.

- **Renseignement personnels**
- Nom, prénom, et âge.
- Niveau d'instruction.
- Situation professionnelle.

1-Le désir d'enfant

1-1- Avez-vous projeté de tomber enceinte ou est-ce arrivé par hasard ?

1-2- Attendre un enfant, c'est une décision que vous avez prise en commun avec votre partenaire ou que vous avez prise seule ?

2-Réactions à la nouvelle

2-1- Comment aviez-vous reçu la nouvelle ?

Qu'en est-il de votre mari ?

2-2-Comment la nouvelle de votre grossesse a-t-elle été accueillie par votre entourage ?

3-Etat de la santé des femmes

3-1- comment vous portez-vous durant cette grossesse ?

3-2- avez-vous souffert d'un problème de santé particulier au cours de cette période ?
Lequel ?

3-3- votre alimentation a-t-elle changé ?

- 3-4- Votre sommeil a-t-il changé ?
- 3-5- Parlez-moi de vos rêves pendant cette période ?

4-Les relations avec les figures parentales

- 4-1- Parlez-moi de vos relations avec votre famille ?
- 4-2-Avez-vous constaté un changement avant/pendant la grossesse ?
- 4-3- Comment vous imaginez-vous en tant que mère ?
- 4-4- Comment s'est déroulée la grossesse de votre mère quand elle était enceinte de vous ?
- 4-5- En quoi pensez-vous que vous ressemblerez ou non à votre mère avec votre enfant ?

5-L'enfant imaginé

- 5-1--A partir de quel moment avez-vous commencé à imaginer votre enfant ?
- 5-2- Comment l'imaginiez-vous ? Et de quel sexe souhaitiez-vous qu'il soit ?
- 5-3- A quel moment avez-vous choisi un prénom ? Qui l'a choisi ? Pourquoi ?
- 5-4- A partir de quel mois de grossesse avez-vous commencé à préparer le trousseau du bébé ?

6-Réactions aux premiers mouvements fœtaux

- 6-1- A quel moment de votre grossesse avez-vous senti votre bébé bouger pour la première fois ?
- 6-2- Quelles ont été vos impressions, vos sensations ?
- 6-3-communiquiez-vous avec votre bébé ?
- 6-4- Partagiez-vous cela avec votre mari ?

7-Réactions à l'examen échographique

- 7-1- comment se sont déroulées les échographies ?
- 7-2- Comment avez-vous réagi ?
- 7-3- Quelle était votre réaction à l'annonce du sexe ?

8- L'anticipation de l'accouchement

- 8-1- comment avez-vous anticipé cet accouchement ?
- 8-2-Pourriez-vous me dire ce que représente la césarienne pour vous ?
- 8-3-Pendant la grossesse, avez-vous peur d'accoucher par césarienne ? Pourquoi ?
- 8-4-Comment avez-vous réagi à l'annonce de la césarienne par le médecin ? Qu'avez-vous ressenti ?
- 8-5-Avez-vous déjà parlé de la césarienne avec vos proches ? Qu'en disaient-ils ?

Après l'accouchement :

1- Le vécu psychique de l'accouchement

- 1-1-Comment avez-vous vécu le moment de la césarienne ? Avant et après ?
- 1-2-Avez-vous vous même demandé de voir votre enfant après la césarienne ? À quel moment ?
- 1-3-Après cette expérience avez-vous toujours envi d'enfanter ?

2- La rencontre avec le bébé

- 2-1-Comment était la rencontre avec votre bébé ?
- 2-2-Etait-il comme vous l'avez imaginé ?
- 2-3-Comment étaient le premier contact avec celui-ci ?

3- Le suivi médical

3-1-Comment s'est déroulé votre suivi médical jusqu'ici ?

b/ Les conditions de passation du guide

Tout d'abord, nous voulons souligner que nous n'avions pas eu l'occasion de voir les femmes avant leur accouchement car ce n'était pas des césariennes programmées, certaines étaient pratiquées après un long travail d'accouchement normal mais pour des raisons de stagnation de la dilation du col ou autres, l'accouchement par voie basse ne pourra pas avoir lieu, ou bien des césariennes en urgence lorsque la vie du bébé mais aussi celle de la mère est en danger, c'est pour cela que nous étions obligés d'appliquer les entretiens après l'accouchement.

Pour ces entretiens, nous n'avions pas de programmes préétablis mais, nous nous présentions presque chaque jour afin de pouvoir récolter plus de cas, les entretiens se sont déroulés au service de maternité, où à ce niveau, les hommes n'ont pas accès, ce qui explique l'absence de mon binôme, car il est de sexe masculin.

Nous avons d'abord obtenu des renseignements préalables sur les parturientes auprès des sages-femmes, puis nous les abordions dans leurs chambres lorsqu'elles étaient seules et nous leur expliquions de manière générale notre thème de recherche. Une fois leur consentement obtenu, nous prenions une chaise et nous nous mettions face à elles pour effectuer l'entretien. Cependant nous avons rencontré quelques femmes dont l'attitude était hésitante, pour faire cette entrevue, mais après leur avoir donné plus d'explications, nous avons fini par obtenir leur accord.

Au cours de nos entretiens, la plupart des parturientes répondaient facilement aux questions et associaient directement les idées, ce qui nous a facilité la tâche.

Certaines femmes l'ont même considéré comme une opportunité qui leur est offerte afin d'extérioriser tout ce qu'elles ont pu vivre au cours de leur grossesse, par contre, d'autres femmes avaient eu beaucoup de difficulté à donner une réponse complète, c'était sous forme de mini phrases avec des « oui », « non » et il fallait à chaque fois les relancer, elles n'étaient complètement investies dans la situation.

Nous avons posé nos questions de façon souple, laissant nos parturientes s'exprimer librement, tout en les recadrant, elles se sont exprimées dans la langue de leur choix : kabyle, arabe et français.

La majorité des mères étaient très souriantes face à la question du désir d'enfant et de sa conception, et très enthousiaste au vécu de la première échographie, et le thème de la rencontre ainsi que du premier contact avec leur bébé a suscité beaucoup de bonheur en elle et d'émotion.

Nos interventions se limitaient à des reformulations afin de bien souligner que l'idée a été comprise ou à des relances d'approbation comme des hochements de tête, « oui », ou un sourire pour montrer que nous suivions la conversation ou encore des relances d'explication, « c'est-à-dire ».

Nous n'avons pas utilisé d'enregistreur, mais nous avons pris un maximum de notes. La durée de ces entretiens allait de 45 à 1 heure (à cause des dérangements d'appels téléphoniques chez certaines patientes, des changements de pansement ou de la douleur de la césarienne...).

A la fin de chaque entretien, nous nous isolions immédiatement pour compléter les prises notes et de bien les structurer.

4-1-3- La troisième étape : l'application du questionnaire

Nous avons remis le questionnaire pour la majorité des post accouchées (64%) le jour de leur sortie de la clinique, elles l'ont elles même rempli, seule une minorité (36%) a eu besoin de notre intervention car ces dernières ne comprenaient pas le français, par conséquent, nous avons dû traduire chaque question en kabyle et/ou en arabe, cela dépendait de leur langue parlée.

Les réactions des mères étaient différentes, (82%) d'entre elles avaient bien assimilé le contenu, et étaient contentes de pouvoir évaluer leur vécu à travers ce questionnaire, d'autres (18%) par contre, posaient beaucoup de questions au sujet du but de cette épreuve, elles avaient du mal à répondre car elles ne se sentaient pas concernées par cette situation, elles avaient du mal à décrire leur émotions.

a/ Présentation du questionnaire

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

-Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

- Pas du tout perturbant
- Un peu perturbant
- Modérément perturbant
- Très perturbant
- Extrêmement perturbant

-Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

- Pas du tout ressenti 0
- Pratiquement pas ressenti 1
- Rarement ressenti 2
- Parfois ressenti 3
- Souvent ressenti 4
- Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5

3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 0 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

-Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués ? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

-Grille d'évaluation du stress aigue

-Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

- (Plutôt)Oui
- (Plutôt)Non
- Se sent distante ou coupée des autres
- A des absences ou mets du temps à réagir
- A l'impression d'être hors du temps
- Ne se sent plus vraiment soi-même
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire

- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement
- Evite de parler ou de penser à l'évènement
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable

b/ les conditions d'application du questionnaire :

Nous avons remis le questionnaire aux mères le jour de leur sortie, pour la majorité (76%) de ces post accouchées, elles l'ont elles-mêmes remplis, seule une minorité (24%) a eu besoin de notre intervention car ces dernières ne comprenaient pas le français, par conséquent nous avons dû traduire chaque question en kabyle et/ou en arabe, cela dépendait de leur langue parlée.

Les réactions des mères étaient différentes, 53% d'entre elles avaient bien assimilé le contenu et était ravies de pouvoir évaluer leur vécu à travers ce questionnaire, d'autres (47%) par contre, posaient beaucoup de question, au sujet du but de cette épreuve, certaines d'entre elles 18% avaient du mal à répondre car elles ne se sentent pas concernées par certaines situations, elles avaient du mal à décrire leur sentiments.

4-1-4- La troisième étape : l'observation des parturientes :

Cette dernière étape est consacrée à l'observation des post accouchées avec leurs bébés, notre travail consistait à observer les femmes dans différentes situations où elles se trouvaient, parmi lesquelles la situation d'allaitement. Nos observations allaient de 02 heures à 02 heures et demi, cependant elles étaient discontinues car elles dépendaient de la présence du bébé avec sa mère.

Il faudrait préciser que nous n'avions pas pu être présents chez toutes les parturientes lors de la première rencontre avec leur bébé, par conséquent nous nous sommes maintenus à leurs propos.

Résumé de la partie méthodologique :

Dans notre recherche, nous nous sommes basés sur une méthode descriptive articulant sur l'étude de cas.

Notre échantillon est constitué de 17 cas étudié dans la clinique «Rameau d'olivier » au service de maternité, au niveau de la wilaya de Bejaia. La durée de notre étude est de deux mois.

La population ciblée est celles des primipares d'une d'âge allant de 24 jusqu'à 35ans, mariées ayant subi une césarienne programmée ou en urgence.

Pour la collecte des données, nous avons élaboré un guide d'entretien afin de recueillir le plus d'éléments et d'informations possible sur le vécu psychologique de l'accouchement de ces femmes césarisées et l'accueil de leur bébé.

Les données recueillis seront décrites et analysées dans le chapitre suivant.

Chapitre V

Chapitre V

Présentation et analyse des résultats

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons en premier lieu les données des entretiens, du questionnaire ainsi que celle des observations réalisées sur les parturientes.

En second lieu, nous présenteront des illustrations cliniques, et enfin en dernier lieu, une synthèse des résultats et une discussion de nos hypothèses.

La méthode choisie est celle de l'analyse du contenu qui est une technique indiquée non seulement des productions actuelles, mais aussi celles du passé, car elle permet de mettre en lumière un événement, une action individuelle ou collective pour lesquels des traces écrites existent¹.

1/ Présentations et analyse des données de l'entretien

1-1- Le vécu de la grossesse

a- Attitude du couple envers la grossesse

Toutes les femmes interrogées sont des femmes mariées, la plupart d'entre elles vivaient seules loin de la maison familiale.

La quasi-totalité des parturientes (94%) ont désiré leur enfant avec impatience, SALIMA disait « *je n'y croyais pas, tellement je voulais vraiment tomber enceinte, j'étais si heureuse, surtout que j'ai vécu une fausse couche, alors nous étions aux anges avec mon mari* », pour LAMIA « *c'était un moment unique, j'ai sauté de joie, j'ai immédiatement réveillé mon mari pour lui annoncer la merveilleuse nouvelle* ».

La nouvelle a été donc accueillie par les couples dans la joie et la bonne humeur ainsi que leurs deux familles respectives.

Cependant nous avons constaté un refus manifeste d'avoir un enfant dans l'immédiat, chez LYDIA car cela chamboulait ses projets de vie, elle aurait aimé travailler un peu après le mariage, mais sous l'insistance de son mari, elle n'y a pas pu résister.

b- L'état de santé des femmes durant la grossesse

Quant à l'état de santé des parturientes, plus d'un tiers (31%) se portait relativement bien pendant cette première grossesse, presque toutes les futures mères ont eu les troubles fonctionnels habituels au cours du premier trimestre (nausées, céphalées, maux d'estomac, vomissements, insomnie, hypersomnie, troubles alimentaires irritabilité, anxiété...). Avec une fréquence, une durée et une intensité variable d'une femme à une autre.

Celles qui étaient moins touchées par rapport à ces troubles, représentent (25%) des cas, celles-ci n'ont manifesté presque aucun symptôme perturbant elles n'ont eu que des petites nausées matinales et des vomissements rares. Le plus léger cas était celui de SAMIRA.

A noté que (25%) aussi des cas interrogées souffraient d'insomnie depuis le dernier trimestre, l'arrivée de l'accouchement a généré angoisse et anxiété chez ces futures mères.

¹ ANGERS M, (1996), **Initiation à la méthodologie des sciences humaines**, Québec, C.E.C, In C, p 157.

Les symptômes les plus marqués ont été observés dans (12%) des cas et cela durant toute la période de leur grossesse. Celle ayant souffert d'un problème particulier était **LYDIA** qui avait eu une anémie, **FADILA** a également soutenu une sciatique et **YASMINA** a manifesté un trouble de la thyroïdie et d'anémie vers le troisième trimestre, mais elle s'est immédiatement soignée.

Cependant le cas le plus grave que nous avons rencontré reste celui de **FATIMA** qui a souffert de vomissements incoercibles, elle s'est également plainte au cours du premier trimestre d'une lombalgie, ainsi que d'un problème rénal qui s'exprimait sous forme de crise au point de consulter chez un spécialiste, mais elle n'a pas voulu prendre de traitement de peur qu'il y ait des répercussions sur la santé de son bébé, elle a également supporté des maux d'estomac et vers le dernier trimestre elle a développé une hypertension artérielle.

Au niveau relationnel, la quasi-totalité des futures mères (81%) sont devenues hypersensibles, irritables, au cours de leur premier trimestre, rares sont les cas (19%) qui n'ont pas manifesté de différence dans leur comportement par rapport à la période antérieure.

Presque toutes ces femmes interrogées ont eu de bonnes relations conjugales, à part les disputes habituelles dues à leur hyper sensibilité et leur irritabilité, à l'exception d'un seul cas celui de **AIDA** qui n'a pas reçu un grand soutien de la part de son mari, cette mésentente conjugale, la contrainte à retourner chez ses parents pendant quelques temps.

En ce qui concerne les changements des habitudes de vie chez les futures mères, celles-ci nous ont révélé qu'elles sont devenues plus responsables, et plus centrées sur elles-mêmes, la totalité faisaient plus attention à elles, à ce qu'elles mangeaient, qu'elles ont suivi un régime spécial préservant la santé de leur bébé, comme le cas de **YASMINA** qui pense que la grossesse la murit. Cependant un seul cas a gardé le même rythme de travail jusqu'à l'arrivée de son accouchement et c'est celui de **NASSIMA**, elle nous déclarait être autonome et très active.

c- Les relations avec les figures parentales

La quasi-totalité (88%) des futures mères ont déclaré que leurs relations avec leurs parents au cours de leur enfance étaient relativement bonnes, sauf chez deux cas, **SAMIRA** dont la mère était très sévère et peu affectueuse, et **AIDA** dont la mère était atteinte d'une pathologie mentale, mais sans trop s'étaler sur le sujet, ce qui a altéré leur relation.

Actuellement, toutes les futures mères déclarent entretenir de bonnes, voire de très bonnes relations avec leurs parents, sauf **AIDA** dont les relations sont restées les mêmes.

d- L'enfant imaginé

Nous avons constaté un nombre important de femme (50%) n'avaient commencé à imaginer leur enfant qu'à partir du quatrième mois, ce qui coïncide avec les mouvements fœtaux, ainsi qu'avec la visualisation de l'image de leur bébé sur l'échographie.

En revanche, plus d'un tiers des femmes (37%) l'ont imaginé dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, elles l'imaginaient tel qu'il devrait être à sa naissance (bébé, garçon, fille).

Les cas restants à savoir 12%, n'ont pas pu l'imaginer, ni à lui attribuer des traits spécifiques.

Les traits physiques les plus cités correspondaient au conjoint ou bien ce sont des traits du parent lui-même, ou d'un membre de la famille.

La quasi-totalité des parturientes (94%) n'ont pas directement exprimé leur peur pour une malformation, cependant c'était sous d'autres formes d'expression comme « *je souhaite juste qu'il soit complet sans aucun problème particulier* », ou « *je souhaite simplement qu'il naisse bien et en bonne santé* ». Seul un cas a ouvertement exprimé sa peur face à une éventuelle malformation fœtale, car au cours du septième mois, sa gynécologue lui déclaré que son bébé avait une grosse tête et un petit corps.

Ces mères décrivaient beaucoup plus des traits physiques de leur bébé :(beaux, yeux verts, yeux noirs, bouche pulpeuse, gros, charment...etc.), Ensuite venaient les qualités morales (instruit, intelligent, bien éduqué, sage, respectueux...etc.).

Concernant le sexe, plus d'un tiers des femmes (37%), souhaitaient simplement avoir un bébé complet et en bonne santé, surtout pour une première grossesse.

Cependant un effectif de 37% déclaraient avoir désiré un garçon, 18% d'entre elles ont fini par le vouloir suite à la pression du mari, les cas restants (25%) souhaitaient avoir une fille dont 12% des cas, ce désir était partagé avec le conjoint.

Pour le choix du prénom, chez majorité des cas (75%), cela ne revenaient pas aux mères, soit c'était le mari qui faisait le choix 26%, les prénoms dans ce cas étaient anciens et berbères, preuve d'un investissement culturel et d'une appartenance identitaire. Soit c'était la belle-famille qui s'en chargeait pour des raisons traditionnelles. Seulement (25%) des mères ont choisi le prénom avec leur conjoint.

Plus d'un tiers femmes (44%) ont commencé à préparer le trousseau après qu'elles soient informées du sexe de leur bébé. Toute fois (31%) des femmes ont préféré attendre jusqu'au 8^{ème} mois pour n'acheter que le nécessaire car elles voulaient d'abord s'assurer de la santé de leur bébé, pour enfin finir leur préparatifs, d'autres cas (25%), par contre l'ont préparé précocement, c'est-à-dire dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes.

e- Les réactions aux mouvements fœtaux

En ce qui concerne les mouvements du fœtus La majorité des mères (50%) les ont perçus au deuxième trimestre, vers le quatrième mois. Alors que la minorité (31%) les ont sentis au cours de cinquième mois. Sauf (19%) des femmes les ont sentis dès le premier trimestre.

La majorité des femmes (75%) ont très bien réagi à ces premiers mouvements, affirmant avoir été très heureuses et rassurées lorsqu'elles ont senti leur bébé pour la première fois. Ces mouvements étaient donc accueillis favorablement chez ces dernières, précipitant leur prise de conscience de l'enfant et de sa vitalité. Or, la minorité (25%) ont exprimé leurs peurs face à ces premiers mouvements, certaines étaient parfois surprises, elles se sont exprimées de manière différente.

Alors que chez les futurs pères, comme ils ne percevaient pas directement les mouvements, cela a aiguisé leur curiosité et leur désir de communiquer avec leur enfant, suscitant des sentiments de joie et de bonheur.

f- Les réactions à l'examen échographique

Toutes les femmes ont déclaré avoir fait leur première échographie, dès le premier mois de leur grossesse pour avoir une confirmation médicale de leur état. Les échographies des parturientes se sont déroulées dans la gaieté car elles attendaient ce moment avec impatience,

elles disaient avoir vu (une tâche blanche, un petit point, une forme...), au cours de ce premier trimestre.

Toutes les futures mères ont déclaré être émues heureuses, à la vue de la première image échographique de leur futur bébé et en larmes lorsqu'elles ont écouté ses battements cardiaques.

Concernant l'annonce du sexe, nous avons constaté que la plupart des mères (75%) ont eu le sexe souhaité, parmi elles, nous avons 35% avaient appris qu'elles auraient un petit garçon, alors que 30% une fille.

Contrairement (25%) qui désiraient avoir une fille mais qui ont eu un garçon, pour le plus grand bonheur des conjoints, à l'exception d'un seul cas qui affirmait avoir toujours imaginé accouché d'un garçon, à sa grande surprise lors de l'image échographique, elle est restée sans voix, mais elle disait qu'elle l'a toute de suite aimée et adoptée.

g- L'anticipation de l'accouchement

Concernant l'anticipation de l'accouchement, la majorité des parturientes (69%) l'attendaient avec beaucoup d'inquiétude, ce sentiment peut s'expliquer par le fait que la population est essentiellement composée de primipares pour qui l'accouchement est une expérience inconnue, elles la redoutaient au point d'avoir des insomnies les derniers mois.

Alors que la minorité d'entre elles (31%) n'y pensaient pas vraiment, elles se disaient qu'elles allaient accoucher comme toutes les femmes qui sont déjà passé par là.

La plupart (62%) d'entre elles trouvaient que la césarienne est un moyen comme un autre d'accoucher dont 24% d'entre elles la considéraient comme une délivrance pour elles, un soulagement, une solution facile, de sécurité, de confort, ces dernières se la représentaient comme le meilleur moyen de donner vie, Elles n'avaient aucune crainte vis-à-vis de cette opération.

Contrairement aux (25%) qui la qualifiaient de très difficile et de douloureuse, pour elles, elle reste une intervention chirurgicale qui laisse une cicatrice. Les cas restant (12%), étaient réservés sur la question.

La majorité des futures (75%) mères n'avaient pas peur d'accoucher par césarienne pendant leur grossesse, contrairement à (25%) qui avaient développé un sentiment de crainte et d'appréhension.

1-2-Le vécu de l'accouchement

a- Réactions des mères à l'annonce de la césarienne

Concernant l'annonce de la césarienne, un nombre important de femme (44%) ont très mal réagi à cette annonce, elles se sont sentis déçus, tristes car elles avaient souhaitaient accoucher par voie basse qui est la voie physiologique de l'enfantement. Cette décision les a donc déçues au point de monter au bloc en larmes. En revanche 31% d'entre elle ont bien réagi à cette intervention.

Certains cas (12%) ont elles-mêmes demandé à ce qu'elles fassent une césarienne de peur d'accoucher par voie basse. D'autres (12%) n'ont pas eu le temps de réagir à l'annonce, puisque cela a été décidé à la dernière minute à cause du changement de position du bébé.

Il faut souligner que la majorité des femmes (75%) n'ont su qu'elles allaient accoucher par césarienne qu'à leur arrivée à la clinique, c'est-à-dire après leur admission, à cause du poids du bébé ou de sa position, 25% d'entre elles l'ont appris après avoir commencé un début de

travail d'accouchement normal, mais pour stagnation de la dilatation ou échec au déclenchement, la césarienne a été décidée.

Durant le moment de l'intervention, toutes les femmes étaient sous anesthésie locorégionale.

L'entourage des parturientes a bien réagi aussi à cette annonce, même si certains maris auraient aimé que leurs femmes accouchent par voie naturelle, cependant ils étaient très compréhensifs.

b- Les conditions du déroulement de l'intervention

Par rapport au vécu du moment de la césarienne, la plupart des mères (56%) ont plus tôt bien vécu ce moment, elles nous ont affirmé, que cela s'est très bien passé, soulagement d'après YASMINA, une délivrance pour NASSIMA, de ce fait la césarienne s'est déroulée dans de bonnes conditions, les parturientes arrivées même à communiquer avec l'équipe médicale lors de l'intervention.

Contrairement à 44% d'entre elles qui nous ont déclaré avoir mal vécu le moment de la césarienne, dont 18% se sont sentis déconnectées de la réalité, elles la qualifiaient de mauvaise expérience. Ces parturientes avaient très peur lors qu'elles s'apprêtaient à monter au bloc, elles étaient très stressées et perturbées, certaines redoutaient plus l'anesthésie que l'intervention en elle-même.

Après cette expérience, nous avons remarqué que toutes les mères interrogées, voudraient encore enfanter, car cela leur procurait un grand bonheur. A l'exception de quelques-unes qui ne voulaient plus enfanter et cela pour diverses raisons, d'autres déclaraient que cette grossesse les a beaucoup perturbé, alors que d'autres redoutaient un accouchement par voie haute.

c- La rencontre des mères avec leur bébé

Nous avons constaté que la plupart des parturientes (62%) ont directement demandé de voir leur nouveau-né après leur retour dans leurs chambres respectives, elles n'ont pas pu attendre l'arrivée des infirmières avec leur bébé.

Parmi les mères interrogées, 37% n'ont pas demandé de voir leurs enfants qu'après l'intervention, c'est les sages femmes qui s'en occupaient.

Concernant la rencontre avec ces derniers, la majorité des mères (75%) étaient très heureuses en voyant leurs nouveau-nés, elles ont décrit ce moment de beau, magnifique, fabuleux, irréel, d'unique, elles déclaraient avoir apprécié cet instant.

Cependant nous avons remarqué que 30% d'entre elles, n'ont pas eu la rencontre dont elles rêvaient, cette rencontre leur a paru trop brève puis qu'elles n'ont pas pu partager de moment intime avec leurs nouveau-nés, contrairement à certaines mères (25%) l'ont qualifié de rencontre décevante.

d- Confrontation avec le bébé réel

La plupart des parturientes (75%) trouvaient que leur bébé était mieux que ce qu'elles avaient imaginé durant la grossesse, la première chose qui les a ravies c'était la ressemblance au conjoint car c'était ce qu'elles avaient souhaité.

Par contre 25% parmi elles nous ont déclaré qu'elles ne l'ont pas imaginé, elles pensaient que les bébés sont encore trop petits pour lui attribuer des traits.

e- Le comportement de l'équipe médical envers les mères

Concernant le suivi médical, la plus part des post accouché (81%) pensent que l'équipe médicale s'était très bien occupée d'elles, qu'elle était là pour répondre à leurs besoins.

Cependant (19%) d'entre elles trouvaient que la prise en charge n'était pas satisfaisant.

2- Présentation des résultats du questionnaire

Nous avons utilisé un questionnaire pour les femmes ayant accouché par césarienne afin d'évaluer leur vécu psychologique de l'événement. Il faut savoir qu'il a été délivré aux mères entre le deuxième et troisième jour du post-partum.

2-1-Le vécu de l'événement

Face à la question, comment estimez-vous votre vécu pendant ou après l'événement pour les quelles cinq réponses étaient données allant de pas du tout perturbant à extrêmement perturbant.

La plupart des post accouchées, (56%) estimaient leur vécu de peu perturbant, alors que 44% ont jugé cette expérience très perturbante.

2-2-Réactions émotionnelles pendant ou après un événement stressant

Cette deuxième partie décrit ce que la femme peut ressentir pendant ou après un événement stressant, à partir de 30 situations données (voir la page 70), qui sont évaluées sous différent degrés d'intensité allant de pas du tout ressenti à très souvent ressenti.

Nous avons constaté que la plus part des femmes (62%) n'ont pas du tout ou pratiquement pas eu de troubles de sommeil ou de concentration, elles se sentaient rarement à cran, ni étrangères à soi-même, ni agitées.

Cependant 37% des mères, affirmaient avoir souvent ou très souvent ressenti des difficultés à s'endormir ou à rester endormies, nous avons remarqué que ces femmes évitaient de parler de l'événement en nous déclarant avoir eu des flashbacks de ce qui s'est passé.

2-3-La durée des symptômes de stress

Cette catégorie de question est mise en œuvre afin de savoir jusqu'à combien de temps les symptômes de stress peuvent-ils continuer à se manifester.

La durée des symptômes du stress dont l'agitation, fatigue, nausées, vomissements, céphalées, n'ont tenu chez la plupart (69%) que les deux premiers jours, contrairement à 31% d'entre elles dont leur état a persisté jusqu'au jour du retour à domicile, dont 18% des femmes sont restées 4jours, afin d'être sûres qu'elles ne risquaient aucun problème.

2-4- Risque de développement d'un stress aigue

Cette grille d'évaluation (voir la page 69-70) permet de détecter d'éventuel risques de développer un stress aigue après avoir vécu un événement stressant.

Nous constatons que la quasi-totalité des femmes (94%) ne présente aucun signe de stress aigue suite à cet événement.

3- Description et analyse des données de l'observation

L'analyse du contenu de l'observation nous a permis de dégager les catégories suivantes :

3-1-Réactions à la première rencontre

Il faudrait rappeler que nous n'avions pas pu observer toutes les réactions des mères à la première rencontre avec leur bébé sauf chez 7 dyades.

Pour la plupart des femmes (69%) l'arrivée de leur bébé a été très attendue, ces dernières avaient réagi positivement, chacune d'entre elles avait sa manière d'exprimer sa joie, quelques unes soulevaient le lit pour mieux le voir et de bien le distinguer, d'autres essayaient de le toucher et de voir à qui il ressemblait, « *il était si beau, et calme, je n'arrive pas à croire que c'est mon bébé* », « *c'est lorsque je l'ai vu que j'ai réalisé mon statut de mère* », nous disaient-elles.

Alors que chez 31% d'entre elles, cette rencontre était brève, rien de particulier. Elles n'ont pas vraiment pu profiter de ce moment car elles avaient de grandes douleurs au niveau de la cicatrice, elles n'ont fait que le regarder un moment.

Ces femmes paraissaient fatiguées et bouleversées au point de demander à la sage-femme de prendre leur bébé et de les ramener à leur chambre, car elles ne supportaient pas leurs cris et leurs pleurs.

3-2-Réactions aux premiers contacts avec le bébé

La plus part des mères (62%) ont eu un bon contact avec leur bébé, ces dernières étaient à côté d'eux, leur main tenant la sienne, ce premier toucher a éveillé en elle des sentiments particuliers, elles avaient l'air apaisé.

Nous avons pu voir des sourires rayonnants sur leur visage, elles ne se concentraient que sur leur bébé, au point d'oublier notre présence.

Alors que 31% d'entre elles ont eu un contact très rapide et bref avec leur bébé, Juste une caresse sur la joue ou les mains, elles évitaient complètement tout rapprochement avec lui. Quelques symptômes de stress ont été observés comme l'agitation, des bouffées de chaleur ou autres, pour certaines cela était dû aux douleurs de la césarienne et à l'effet du choc de la veille, elles avaient entamé le travail d'un accouchement par voie basse, mais qui n'a pas abouti, par conséquent elles n'ont pas pu avoir de vrais moments intimes avec leur bébé.

Un seul cas n'a pas eu d'approche avec son bébé, par ce que les douleurs de la césarienne ont persisté jusqu'au dernier jour de sa sortie, prétextant qu'elle avait peur d'une éventuelle déchirure au niveau de la cicatrice et ne pouvant pas assurer les soins de son bébé.

Pour la prise en charge des bébés durant ces instants de contact, la majorité des mères (88%) ont eu besoin d'une aide extérieure pour prendre leur enfants dans les bras, leur état de santé ne leur permettait pas encore de se déplacer comme elles le voulaient.

Cependant la réaction aux bébés chez ces mères n'était pas la même, nous avons observé chez la plupart d'entre elles (56%) des sourires radieux, les mères tenaient très fort leur bébé, elles caressaient leur joues n'arrêtaient pas de les fixer du regard et de les border. Lors que la sage-femme venait les récupérer et les ramener, elles avaient du mal à les lâcher, certaines se sont exprimées, « *je ne voulais pas le lâcher une seconde, j'aime tellement son odeur* », d'ailleurs certaines ont exprimé leur mécontentement face à cette séparation provisoire.

Contrairement à 31% des mères qui n'ont pas partagé de contact corps à corps, ces dernières ne les réclamaient pas beaucoup et pendant la présence de leur bébé c'était plutôt les membres de leur famille qui en prenait soin. Nous avons observé que lorsque le contact s'établissait, il s'agissait seulement des caresses sur leur main ou le front du bébé.

Nous tenons à préciser que ces mères font partie de celles ayant mal réagi à l'annonce de la césarienne.

Seulement une minorité des femmes (12%) ont pu attirer notre attention par leur attitude à se remettre sur pied et à faire des efforts pour assurer les soins nécessaires du bébé.

3-3-Les conduites maternelles pendant l'allaitement

La majorité des mères (88%) n'ont pas allaité leur bébé au sein, elles ont eu recours au biberon, dont 24% d'entre elles, c'était l'infirmière qui s'en occupait. Seule une minorité (12%) a nourri leur bébé au sein au deuxième jour de leur accouchement.

La plupart des mères (75%) ont elles même donné le biberon, celles-ci étaient en position allongé, leur bébé était dans leur bras, elles paraissaient heureuses, calmes. Elles caressaient leur enfant, faisant attention aux moindre petit faux pas qui pourrait déranger sa tétée, elles avaient l'air satisfaites du moment partagé avec ces derniers.

Pour les 25% restants c'était la biberonneuse qui allaitait les bébés, cela se passait dans la petite chambre des nouveau-nés, cette dernière était soit debout et le bébé dans son berceau se penchant un peu sur lui, soit assise sur une chaise, le tenant dans ses bras. Cet instant étaient presque vide d'émotion car nous ne sentions aucun partage entre les deux, la biberonneuse paraissait neutre.

Les mères qui ont allaité au biberon, pour la plupart d'entre elles (56%) sont des femmes actives, elles préféraient habituer leur bébé dès la naissance pour qu'elle ne puisse pas rencontrer de difficultés par la suite, pour les (25%) restants, elles ne l'ont pas allaité au sein car elles n'avaient pas de montée laiteuse.

Pour celles qui donnait le sein, elles étaient mi- allongées ou assises, le bébé très proche de leur poitrine, elles n'ont pas levé les yeux durant tout l'allaitement, elles paraissaient heureuses, calmes les caressant chaleureusement.

Ces instants de bonheur ont duré deux heures à deux heures et demi, après l'allaitement les mères posaient elles-mêmes leur bébé dans leurs berceaux respectifs.

Une des mères se rapprochait de son bébé, de manière à le couvrir complètement, on aurait dit qu'elle voulait le surprotéger. La deuxième mère n'a pas arrêté d'arranger la couverture de son enfant afin que rien ne puisse le déranger lors de la succion.

4-Les illustrations cliniques

Dans cette partie, nous allons présenter deux illustrations cliniques, le cas de Yasmina et de Katia.

4-1-Le cas de YASMINA

a- Présentation générale du cas

Agée de 28ans, YASMINA est étudiante en master, mariée depuis deux ans, elle occupe un petit studio avec son mari loin de la belle-famille avec laquelle elle a noué une bonne relation.

YASMINA descend d'une fratrie de quatre frères et sœurs dont elle est la plus jeune, elle s'entend très bien avec eux surtout avec sa mère avec qui elle paraît très attachée.

b- Compte rendu de l'entretien

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

Son état de santé pendant les premiers mois de sa grossesse n'était pas agréable, YASMINA a souffert de vomissements, nausées mais ce qui l'a le plus perturbé c'était son problème de thyroïdie et d'anémie, cependant elle s'est immédiatement soignée. Au cours de ces mois-là, ses sentiments envers son mari n'ont pas changé, elle le désirait toujours autant.

L'alimentation de YASMINA a énormément changé, elle mangeait encore plus que d'habitude, au point de prendre 10kg pendant les premiers mois de sa grossesse.

Au cours de cette période, elle dormait plus, mais tout a changé vers le 8^{ème} mois à cause du volume de son ventre qui la dérangeait.

Elle ne rêvait pas beaucoup, mais quand cela arrivait c'était sur son accouchement, elle se voyait demander une césarienne, elle percevait le médecin qui s'apprêtait à lui faire l'intervention avec un énorme couteau.

Elle est devenue plus sensible et responsable mais surtout elle disait que cette grossesse la murit « *tout ce que je faisais était pour mon bébé, je pensais toujours à lui en premier* », elle se voyait comme une mère engageante qui serait là pour son enfant et qui le soutiendrait « *je le voyais déjà passé son bac, et moi à côté.* », Elle nous déclarait qu'elle tenait cela de sa mère, qu'elle prend comme exemple, elle aimerait être aussi dynamique et active qu'elle.

La perception des mouvements fœtaux a eu lieu vers le 4^{ème} mois, YASMINA était très heureuse, elle aimait le fait de sentir un être bouger à l'intérieur de d'elle, elle lui parlait à chaque fois qu'il se remuait ou donner des coups, ces instants intimes étaient partagés avec son mari car il adorait le toucher (le ventre), « *mon mari m'a beaucoup soutenue, il était à*

mes côtés à chaque fois que j'en avais besoin, il était présent même lorsque je vomissais, il me tenait la tête, m'aider à me relever... ».

Pour cette jeune femme les échographies se sont très bien déroulées, la première séance l'a beaucoup touchée car elle a écouté pour la première fois les battements cardiaques de son futur bébé *« j'ai pleuré en voyant ce petit être à l'intérieur de moi...se dire qu'il existe, qu'il vit. Incroyable ».*

C'est vers le 7^{ème} mois que YASMINA a commencé à imaginer son enfant, beau, instruit et qui ressemble à son père mais sans trop lui attribuer des traits précis. Au début YASMINA n'avait pas de préférence pour un sexe, mais lorsqu'elle voyait son mari désirait un garçon, elle le souhaitait à son tour *« ce n'est pas le fait de vouloir à tout pris un garçon, mais je le voulais pour mon mari...j'ai même fait des recherches sur le fait d'optimiser les chances d'avoir un garçon. Comme quoi il fallait avoir un rapport le premier jour d'ovulation ».*

A l'annonce du sexe, elle était très heureuse que ce soit un garçon, elle a immédiatement appelé son mari, qui à son tour a sauté de joie comme elle le disait, *« j'étais encore plus heureuse de le voir heureux ».*

Le prénom était choisi dès que le sexe a été révélé, c'était la mère de YASMINA qui le lui avait inspiré car elle lui parlait souvent d'un célèbre poète dont elle a aimé le prénom (Nazim) et après réflexion avec son mari ils l'ont appelé ainsi.

YASMINA a attendu jusqu'au 6^{ème} mois pour acheter le trousseau de son bébé, cependant elle n'a pris que le strict nécessaire car elle avait peur d'en faire trop et que quelque chose puisse arriver au bébé, en outre, le couple était en plein déménagement de ce fait, elle n'a pas pu tout préparer *« les préparatifs étaient pour moi une source d'angoisse...car j'avais peur d'accoucher et qu'on puisse pas finir de tout ranger »* c'est au 8^{ème} mois qu'elle a pu finir ses agencements.

Concernant son anticipation de l'accouchement, elle l'attendait avec beaucoup d'inquiétude comme tout premier accouchement.

YASMINA n'avait pas vraiment d'idée concernant son accouchement, elle avait un peu peur mais elle disait que c'était normal, elle pensait même des fois à la césarienne, mais sa mère et sa sœur qui sont médecins lui ont conseillé d'accoucher par voie basse.

Elle n'avait pas peur de la césarienne, elle disait que pour elle, la césarienne représentait *« une solution de facilité...de confort...de sécurité pour le bébé »*, elle la voyait vraiment comme quelques chose de facile, et même que durant sa grossesse elle n'avait pas peur d'accoucher par voie haute. Yasmina a très bien réagi à l'annonce de la césarienne car elle avait vécu de fortes contractions et un début de travail d'un accouchement normal mais le bébé n'arrivait pas à sortir, alors lorsqu'on lui a annoncé qu'elle devait subir une césarienne, elle avait hâte d'en finir *« pour moi c'était primordial car j'avais hâte de la faire et d'en finir ».*

Pour cette parturiente le moment de la césarienne était « *une délivrance, un soulagement. Après avoir vécu tout cela, pour moi c'était la solution* » « *en plus j'étais très confiante car l'équipe médicale ainsi que le gynécologue, qui était très compétent* ». L'équipe médicale a présenté le bébé à la patiente juste à sa naissance, au retour dans sa chambre, elle n'a pas eu à le demander car on le lui a ramené directement.

YASMINA était très heureuse de voir enfin son bébé, même si elle n'avait pas eu la rencontre dont elle rêvait, ni de moment intime avec lui, elle était comme même heureuse « *Lorsque je voyais les visages de ma famille et tout le bonheur qu'il leur procurait, j'étais spectatrice d'un beau spectacle et ça me suffisait* », même si elle n'avait pas d'image précise de lui durant sa grossesse, elle le trouvait encore plus beau que ce qu'elle avait imaginé « *il était magnifique* ».

Il n'y a pas eu de contact avec lui le premier jour de leur rencontre car c'était impossible avec les douleurs mais le lendemain lorsque l'infirmière le lui a posé sur sa poitrine et qu'elle lui avait donné le sein pour la première fois, elle a ressenti un sentiment unique celui d'être mère « *c'est là que je me suis vraiment sentie mère* ».

Elle nous avançait qu'elle a toujours envi d'enfanter « *quand je le vois (son bébé) il me procure un tel bonheur que j'ai dit à mon mari qu'on va en avoir d'autres* ».

Par rapport à son suivi médical, cette mère était très satisfaite des soins et de la prise en charge, les quatre jours passés à la clinique étaient agréables et n'a manqué de rien car l'équipe répondait à tous ses besoins, « *ils sont très compétents, je n'ai rien à redire* ».

c- Les résultats du questionnaire

La passation du questionnaire de Yasmina a pris une demi-heure car elle allaitait son fils au sein, ses résultats nous ont montré qu'elle estimait son vécu de l'événement un peu perturbant.

D'après les situations décrites voir p (83-84) sur ce qu'elle pourrait ressentir pendant ou après un événement stressant, nous avons constaté que la majorité de ses réponses tournaient au tour de pas du tout ressenti. La durée des symptômes du stress n'ont tenu qu'une seule journée après son accouchement. De ce fait, elle ne présente aucun risque de développer un stress aigue.

d- Les données de l'observation

Yasmina était mi- allongée, son bébé était posé sur sa poitrine le tenant bien contre elle, sa tête sur son buste à elle dénudé, nous pourrions dire que c'est un contact direct de peau à peau, elle caressait son visage, des fois il pleurait, mais immédiatement elle le berçait et le rassurait, le petit fermait aussi tôt les yeux.

Nous sentions une réel connexion entre les deux, et qu'elle avait déjà les premiers reflexes d'une mère. Durant tout l'entretien le bébé était sur sa poitrine, elle ne l'a pas posé une seconde.

Le bébé était à côté d'elle, elle s'est levée au deuxième jour de son accouchement, debout devant le berceau de son bébé, elle s'apprêtait à le changer pour le prendre chez le pédiatre, elle nous informait que la veille, elle avait assisté à son bain avec la sage-femme, car elle voulait voir ses mains et ses pieds en vrai.

Le lendemain, elle l'a pris pour l'allaiter, elle le tenait très fort contre elle, lui faisant des caresses douces sur le visage et le corps et n'arrêtait pas de sourire, elle était très heureuse car il a pu tirer le lait.

Nous avons remarqué que le bébé était quasiment avec sa mère, si ce n'est pas dans ses bras, c'est dans son berceau à ses côtés assis ou debout le fixant. Elle nous disait qu'elle était très heureuse, qu'il lui procurait du bien et lui faisait oublier tout ce qu'elle avait enduré comme souffrance.

Après le déjeuner, elle s'est mise assise, ses coudes sur le bord du berceau de son bébé le regardant attentivement pendant un bon moment.

Après quelques minutes, YASMINA l'a pris pour l'allaiter, elle était assise serrant sa tête contre son sein, aucun mot, elle était calme et sereine, son bébé a facilement trouvé le mamelon, elle n'a pas arrêté de le regarder et de le caresser en même temps qu'il allaite.

Travers l'analyse de l'entretien, la lecture du questionnaire et des observations, nous constatons que le vécu psychologique de l'accouchement de YASMINA est positif.

e- Synthèse du cas

YASMINA a relativement bien vécu sa grossesse, le premier trimestre était marqué par quelques troubles fonctionnels (vomissements, nausées), et d'autres problèmes dont l'anémie et la thyroïdie. Son état de santé s'est amélioré vers leur deuxième trimestre, cela a coïncidé avec l'apparition des 1^{ers} mouvements de son enfant.

Plusieurs facteurs ont permis à cette jeune mère d'imaginer son enfant, de pouvoir le représenter en tant qu'objet externe, parmi lesquels l'examen échographique pratiqué tout au long de cette période et de l'annonce du sexe.

Yasmina entretenait une bonne relation avec son mari, même si pendant la grossesse, elle devenait plus sensible et vulnérable. La réaction à l'annonce de la césarienne était positive, celle-ci est venue après un début de travail d'accouchement qui n'a pas abouti.

L'expérience de l'accouchement a été vécue sans trop de difficulté, Yasmina n'a pas présenté de signes de stress ce qui a contribué au bon accueil du bébé. Le contact corporel, les odeurs, les caresses, les paroles, ont favorisé une reconnaissance réciproque et les regards ont pu s'échanger et se répandre.

4-2-Le cas de KATIA

a- Présentation générale du cas

KATIA est âgée de 33ans, mariée depuis trois ans, une femme au foyer, d'un niveau d'instruction universitaire avec une licence en anglais.

Elle vit avec sa belle-famille avec qui elle a noué de bonnes relations, ses beaux-parents la considèrent comme leur propre fille.

b- Compte rendu de l'entretien

Après deux ans de mariage, elle tomba enceinte, cet événement a été tant désiré par le couple, surtout le conjoint qui voulait à tout prix avoir un enfant.

Durant sa gestation, l'état de santé de KATIA était désagréable, celle-ci a souffert de beaucoup de nausées, vomissements au point d'éviter de manger pour ne pas vomir.

Elle a beaucoup enduré du côté alimentaire car elle n'arrivait pas à se nourrir à cause des odeurs et des goûts prononcés, lorsqu'elle goutait un plat, elle ne pouvait plus l'avalier une deuxième fois. Son sommeil aussi était perturbé, elle dormait plus la journée, cependant, le volume du ventre la perturbait les derniers mois.

Pour sa vie onirique, KATIA rêvait des cliniques, des infirmières, médecins, de son bébé, de la scène d'accouchement naturel mais parfois elle faisait des cauchemars, cela dépendait de son état.

Elle est devenue très irritable et nerveuse, les larmes coulaient à n'importe quelle raison *« je pleurais pour tout et rien, il suffisait que quelqu'un me fasse une remarque surtout mon mari et de suite je piquais une crise, je larmoyais »*.

KATIA a perçu les premiers mouvements fœtaux de son bébé vers le 4^{ème} mois, elle était contente *« je n'ai pas de mots pour décrire ce que j'ai ressenti, il faut le vivre pour le comprendre »*, elle communiquait beaucoup avec son bébé *« je lui parlais souvent car j'ai su que c'était très important pour son développement »*, toutes ces sensations étaient partagées avec son mari.

Les séances d'échographie de KATIA se sont déroulées sans aucun problème particulier, le premier rendez-vous l'a marquée comme elle le disait, à la visualisation de la première petite tache blanche qui représentait son futur enfant, elle était émue *« j'étais émerveillée par lui (le bébé), j'avais déjà hâte de le voir...je n'avais qu'une seule envie, c'était de tout découvrir de lui »*.

KATIA a commencé à se représenter son bébé vers la fin du deuxième trimestre (6mois), elle l'a imaginé beau et gros, sans lui attribuer de traits spécifiques. Pour le sexe du bébé, le couple souhaitaient avoir une fille.

A l'annonce du sexe de l'enfant, le couple était tout aussi heureux d'apprendre qu'ils allaient voir un petit garçon, ils ont immédiatement appelé leur entourage pour partager leur joie.

Le prénom é été choisi dès le début de la grossesse, c'est le couple qui a décidé ensemble de son appellation sans raison particulière, ils trouvaient simplement que c'était un beau prénom.

KATIA a attendu jusqu'au 8^{ème} mois de sa gestation pour préparer le trousseau de son bébé, en achetant que le nécessaire *« j'avais peur de tout acheter et qu'après il puisse arriver malheur à mon bébé, je préférais attendre sa naissance, voir son état, être rassuré et après les habits ne vont pas disparaître »*. *« Vous savez, à chaque fois que j'envisage de sortir pour lui acheter des habits je me disais aussi tôt, mon accouchement ne se déroulait pas comme prévu, immédiatement je changeais d'avis et je me disais que lors que je tiendrais mon bébé dans mes bras, là je pouvais tous faire »*.

Concernant son anticipation de l'accouchement, KATIA avait très peur de cette épreuve, mais elle se disait qu'elle allait la vivre comme toutes femmes qui s'apprêtaient à enfanter *« je ne suis ni la première ni la dernière femme à accoucher »*.

Elle disait que la césarienne représentait quelque chose de *« mauvais, de douloureux, ça reste une opération avec une cicatrice, on est cloué au lit sans rien faire, et le pire c'est qu'on ne peut même pas s'occuper de notre bébé, c'est fatigant »*. Durant sa grossesse, KATIA n'avait pas peur d'accoucher par césarienne car elle ne s'est jamais posé la question ou imaginée qu'elle allait subir une césarienne, elle pensait à accouchement normal.

Cette parturiente à très mal réagi lorsque son gynécologue lui a annoncé qu'elle allait accoucher par césarienne à cause du poids de son bébé, d'une part par ce qu'elle était surprise, d'autre part, elle ne voulait pas la subir. Son entourage étaient très compréhensifs, pour eux, l'important était la santé de KATIA, elle était la seule à aller mal face à cette situation.

Pour cette parturiente, le moment de la césarienne était *« bizarre, perturbant, j'étais effrayée par tout ce personnel qui m'entourait »*, la sage-femme a montré le bébé à la jeune mère juste après sa sortie, et au retour dans sa chambre elle n'a pas eu à le demander car elle le lui ramenait immédiatement.

KATIA était très heureuse de voir son bébé à ses côtés *« c'était un moment magnifique, j'étais si impatiente de le voir en vrai et de me dire qu'il n'a rien »*, lorsqu'elle l'a vue pour la première fois, KATIA trouvait que son bébé était encore plus beau que ce qu'elle avait imaginé *« c'est un vrai petit bout de chou »*.

Concernant le premier contact, elle le décrivait de moment *« magique »* pour elle *« c'était le moment le plus important depuis son accouchement »*, lorsqu'il était posé pour la première fois sur sa poitrine, elle s'est sentie reposé et apaisée.

Elle ne sait pas si elle enfantera une deuxième fois, mais si c'est le cas elle souhaiterait que ce soit par voie basse et non par césarienne.

Pour son suivi médical, KATIA trouve que la clinique manque de personnel « *il n'y a pas assez d'infirmières et elles prennent beaucoup de temps à nous répondre lorsqu'on les appelait* », elle aurait aimé parler à un psychologue avant l'accouchement.

c- Les résultats du questionnaire

Pendant la passation du questionnaire, KATIA a mis 3 min pour répondre à l'ensemble des questions. Les résultats obtenus nous ont montré qu'elle estimait son vécu de l'événement de « très perturbant ».

Nous pouvons constater que ses réponses varient entre, souvent et très souvent ressenti. Par rapport aux situations décrites dans le questionnaire (voir p 83-84), Cet état de stress a persisté chez elle jusqu'au deuxième jour suivant son accouchement.

Dans la grille d'évaluation, le stress se définit par la présence d'au moins cinq réponses de « plutôt oui », nous remarquons que KATIA a donné six réponses de « plutôt oui » sur huit items, donc nous pouvons dire que cette mère risque de développer un stress aigu, si elle ne sera pas prise en charge rapidement.

d- Les données de l'observation

Durant l'entretien KATIA était toujours allongée, son bébé à côté d'elle en train de dormir dans son berceau, sa main sur le bord de celui-ci. Lorsque nous abordions le sujet de son enfant, elle s'exprimait de façon neutre, elle paraissait encore fatiguée.

Durant cette entrevue, KATIA n'a pas jeté un seul regard sur son garçon, à croire qu'il n'était pas là.

Cette parturiente était presque tout le temps allongée, son bébé n'était pas souvent avec elle, rares sont les moments où elle le prenait dans ses bras, et lorsque c'était le cas, elle avait toujours besoin d'une aide extérieure, soit un membre de l'équipe médicale ou de sa famille.

Durant les deux premiers jours, elle avait très mal, elle n'a pas arrêté de s'agiter, elle disait qu'elle étouffait, « *je suis toute la journée allongée à ne rien faire, je me sens étouffée, et le pire c'est que je ne peux même pas prendre mon bébé comme il le faut* ».

Il faut préciser qu'elle ne l'a pas allaitée au sein à cause des douleurs de la césarienne qui l'empêchait de s'asseoir trouver dans la bonne position, de ce fait c'était la biberonneuse qui s'occupait durant les deux premiers jours, vers le troisième jour, elle est arrivé à s'asseoir, sa sœur le lui a alors mis dans ses bras et de là, elle commençait à lui donner le biberon. Son enfant était très proche d'elle, KATIA n'a pas arrêté de le fixer du regard.

A Travers l'analyse de l'entretien, la lecture du questionnaire et des observations, nous constatons que le vécu psychologique de l'accouchement de KATIA était plus au moins mauvais.

e- Synthèse du cas

Le parcours de grossesse de Katia est marqué par certains troubles fonctionnels, particulièrement les vomissements, qui n'ont disparu qu'à partir du deuxième trimestre, ces troubles sont probablement liés à sa difficulté à devenir mère, si consciemment la grossesse était désirée, le corps qui porte l'enfant ne dit pas forcément la même chose que la bouche.

Nous avons constaté que Katia n'a pu nous décrire son enfant qu'à partir du 6^{ème} mois de grossesse, plus précisément après l'annonce du sexe.

La réaction à l'annonce de la césarienne était négative, celle-ci a été décidée à cause de la macrosomie de son bébé.

L'expérience de l'accouchement a été vécue avec beaucoup de perturbation, Katia a manifesté un risque de développer un stress aigu ce qui altéré sa relation avec son bébé.

5- synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Nous avons essayé à travers notre recherche de décrire l'impact que peut avoir une naissance par césarienne sur la relation mère enfant.

La diversité de notre population nous a permis d'obtenir des témoignages riches. Les parturientes que nous avons rencontrées sont de milieux sociaux très différents, leur activités professionnelles sont variées : mères au foyer, enseignante d'anglais, psychologue, cadre commercial...etc.

Les femmes interrogées sont des primipares d'un âge allant de 24ans à 35ans, elles sont toutes mariées, la plupart d'entre elles, vivent loin de la maison familiale.

La quasi-totalité des parturientes nous ont déclaré qu'elles avaient désiré leur grossesse, cependant nous avons constaté un refus manifeste d'avoir un bébé dans l'immédiat chez un seul cas, car cela chamboulait ses projets de vie, elle aurait aimé attendre un peu.

L'état de santé chez la plupart des parturientes était plus au moins désagréable car elles avaient souffert de troubles fonctionnels : troubles alimentaires, trouble du sommeil. Toutefois quelques-unes ont manifesté des problèmes particuliers dont l'anémie, thyroïdie, lombalgie, problème rénal... ces troubles ont disparu chez la plupart vers la fin du premier trimestre, alors que chez certaines, ils ont persisté jusqu'à la fin de second trimestre.

Plusieurs recherches soulignent que l'«être enceinte» des premières semaines est marqué par la confrontation du souhait de grossesse à sa réalisation concrète, c'est un temps de sidération et de vacillement¹.

Pour C.R.D'ALONNES, le désir d'enfant peut s'exprimer à des niveaux différents, il peut s'exprimer par la parole de la bouche...mais nous ne devons pas prendre le désir au pied de la lettre car le corps parle, et il ne dit pas forcément par sa jouissance, sa souffrance, ses symptômes, la même chose que la bouche².

En début de grossesse, un conflit d'ambivalence lié aux phases orales du développement s'exprime dans le sentiment que l'objet incorporé doit être expulsé. Cette hostilité peut se traduire par des nausées, des vomissements importants et des émotions plus ou moins conscientes envers la grossesse ou envers le fœtus. Souvent cette hostilité exprime une peur envers le contenu réel de son corps soit le fœtus.³

Nous avons constaté également que presque la totalité des femmes sont devenues hypersensibles, irritables au cours du premier trimestre sauf pour certaines qui déclaraient être restées les mêmes, cependant cela n'a pas altéré leur relation conjugale car les conjoints

¹ SPIESS M, (2002), « La vacillation des femmes en début de grossesse », *Dialogue*, N° 157, p 43.

² REVAULT D'Allonnes C, (1985), « Désir-non désir d'enfant en question », in *Bulletin officiel de psychoprophylaxie obstétricale*, N°103, p 07.

³ MISSONNIER S. (2004), « L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », in *La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité*, Paris, PUF, p 119.

étaient très compréhensifs à l'exception d'un seul cas qui ne s'est pas montré très présent pour sa femme.

La grossesse provoque des changements au plan physiologique, physique mais aussi psychologique, les manières d'être habituelles font place à des réactions agressives et/ou dépressives, l'humeur est changeante, un sentiment soudain de vulnérabilité fait douter de soi et de ses capacités.⁴

Les relations parentales sont décrites par la quasi-totalité des mères de façon positive, ce qui est toujours le cas actuellement, sauf deux cas qui sont restées réservées sur la question.

Plus d'un tiers des femmes ont imaginé leur enfant dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes tel qu'il devrait être à sa naissance (garçon, fille..), pour d'autres cela n'a pas été possible que vers le quatrième mois.

Cette capacité à se représenter le futur enfant a coïncidé avec la survenue des mouvements fœtaux et la visualisation de leur bébé lors de l'examen échographique. Rares sont les cas qui n'ont pu ni l'imaginer ni à lui attribuer des traits spécifiques.

Dans le discours des femmes, les traits physiques étaient les plus citées (beau, gros, bouche pulpeuse...), ensuite viennent les qualités morales (instruit, intelligent...).

Chaque parent imagine le meilleur pour son enfant. Il le voit grand, beau et fort, lui prête toutes les qualités qu'il privilégie : intelligent, généreux, créatif, sportif.... Il l'imagine également toujours en référence à ses propres parents ou grands-parents.⁵

Cette capacité à représenter l'enfant est un des signes de leur investissement en tant qu'objet existant en dehors de soi.

En ce qui concerne les mouvements fœtaux, la plupart des mères les ont ressentis à des moments différents, certains les ont perçus très tôt, vers le premier trimestre ?, d'autres par contre c'était au cours du deuxième trimestre. Ils semblent avoir été accueillis favorablement chez la plupart d'entre elles, précipitant leur prise de conscience, sauf chez quelques unes qui avaient exprimé au début, leur peur et leur inquiétude face à cela.

Les femmes ont fait leur première échographie, dès les premiers mois de leur gestation pour avoir une confirmation médicale de leur état. Ces séances d'échographie se sont très bien déroulées, elles disaient avoir vu (une tache blanche, un point noir...).

Elles nous déclaraient qu'à chaque échographie, leurs sentiments grandissaient pour leur enfant, preuve d'un grand impact émotionnel de cet examen.

L'annonce du sexe est un moment important au cours de la grossesse, les réactions des femmes étaient différentes, la plupart d'entre elles étaient très heureuses d'apprendre qu'elles accoucheraient du sexe souhaité, certaines en revanche étaient surprises face à la nouvelle.

⁴SPIESS M, Op cit, p 45.

⁵ www.yapaka.be/textedeyapaka, L'enfant réel n'est jamais celui qu'on a rêvé, consulté le 05/06/2014, à 16h24.

Les images de l'échographie matérialisent déjà le bébé attendu. Fille ou garçon ? Même si pour la plupart des parents les deux sont bienvenus, l'annonce du sexe amène une réalité autre se sentir père/ mère d'une fille ou d'un garçon est différent, ouvre une voie distincte de la vie. Chaque parent recueille dans ces images, confirmation et assurance quant à ses attentes, ses craintes, ses espoirs. Les mesures et les données de l'échographie confirment la bonne santé du bébé et fournissent matière visuelle pour anticiper, rêver plus qu'avant.⁶

Nous avons constaté que le moment de la préparation du trousseau des bébés variait selon les femmes, certaines avaient commencé précocement ; dès qu'elles ont su qu'elles étaient enceintes, alors que d'autres avaient attendu jusqu'au 7^{ème}-8^{ème} mois et pour ne prendre que le nécessaire, nous avons remarqué une réelle peur concernant la santé de leur bébé qui se trouve accentuer chez ces femmes par le comportement de leur entourage.

Le choix du prénom a été fait chez la majorité des couples par le mari, surtout lorsque le sexe révélé était masculin, dans le cas où ce n'était pas lui, ce choix revenait à la belle-famille précisément la belle-mère ou le beau-frère, rares sont les couples qui ont choisi ensemble le prénom de leur futur enfant.

Selon J. LE GALE, derrière la recherche du prénom, c'est bien l'identité de l'enfant à naître qui commence à devenir une préoccupation pour les parents, les grands-parents et tout l'entourage familial.

Le pouvoir de nommer l'enfant ne se trouve jamais octroyé au hasard aux conjoints. Le prénom est révélateur, au sein même de la famille, des relations entre le père et la mère, cette tendance semble plus forte lorsque le père est d'origine musulmane.⁷

L'anticipation de l'accouchement est marquée par l'appréhension et l'inquiétude, dont l'intensité est variable d'une femme à une autre. Concernant la césarienne, les avis étaient mitigés, certaines trouvaient que c'était un moyen comme un autre d'enfanter, d'autres par contre, la voyaient comme difficile et douloureuse.

D'une manière générale, le vécu de la grossesse chez la plupart des femmes interrogées étaient relativement positif. Plusieurs indicateurs, dont les symptômes manifestés, leur durée leur intensité, la capacité à représenter l'enfant, l'anticipation de l'accouchement, nous montrent que cette expérience a été traversée avec moins de difficultés psychiques et physiques, ce qui est susceptible de favoriser la construction des 1^{ers} liens mère bébé.

Concernant l'annonce de la césarienne la plupart des femmes ne l'ont su qu'à leur arrivée à la clinique, pour diverses raisons (le poids du bébé ou de sa position), alors que d'autres ne l'ont appris qu'après avoir commencé un début de travail d'accouchement normal, mais pour stagnation de la dilatation ou échec au déclenchement, la césarienne a été décidée

⁶CATANO JW. BEAZLEY GM. (2006), **Grossesse en santé...bébé en santé**, <http://unenouvellevie.Canada>, Consulté le 25/05/2014, à 10h45.

⁷ LE GALE J, (2003), **Transmission identitaire et mariages mixtes**, Université de Montréal, Canada, p 15.

Face à cette décision prise par le médecin, certaines étaient soulagées, car le travail d'accouchement était long, épuisant et stressant.

Alors que d'autres mères étaient déçues par ce qu'elles souhaitaient accoucher par voie basse qui est la voie physiologique de l'enfantement. La déception de devoir abandonner le projet imaginé les a beaucoup affectées, les résultats de leur questionnaires viennent confirmer ces ressentis.

Durant l'intervention chirurgicale, la plupart des mères avaient plus ou moins bien vécu ce moment, contrairement à d'autres qui se sont senties déconnectées de la réalité. Ces absences peuvent être liées aux substances anesthésiques mais aussi au stress et à la fatigue.

L'intervention s'est déroulée sous anesthésie locorégionale pour toutes les femmes, cependant, elles n'ont pas réagi de la même manière, la plupart d'entre elles ont bien résisté à la substance, elles ne se concentraient que sur l'arrivée du bébé nous disaient elles, à priori, ce moment ne les a pas perturbé. Contrairement à certaines qui avaient eu très peur du décor du bloc. Ces dernières n'ont pas supporté les effets de l'anesthésie, elles avaient vomi, ont fait des malaises, celles-ci déclaraient que même sous anesthésie, elles sentaient la déchirure,

Concernant l'attitude de l'équipe médicale, celle-ci s'est montrée très sereine et rassurante au moment de l'acte, car elle échangeait des idées avec les mères afin de les distraire durant l'intervention.

Pendant ces instants qui ont suivi l'accouchement, certaines mères avaient manifesté quelques symptômes de stress dont l'agitation, bouffée de chaleur, céphalées..., La durée de ces symptômes était variable en fonction des mères, certaines ne les ont eu que les deux premiers jours, alors que chez d'autres, ces signes ont persisté jusqu'au jour de leur sortie soit le 4^{ème} jour, celles-ci ont prolongé leur séjour au niveau de la clinique afin d'être sûres qu'elles ne risquaient rien.

Plusieurs indicateurs dont le moment de l'annonce de la césarienne, les conditions du déroulement de l'intervention, la qualité de la prise en charge et l'état de santé des femmes nous montrent que leur vécu était peu perturbant.

La majorité des mères déclaraient avoir apprécié la rencontre avec leur enfant. Cette étape semble constituer la récompense de tout ce qu'elles avaient enduré durant leur grossesse, et des efforts fournis pendant le travail, alors que la minorité estimait que cette rencontre était trop brève car elles n'avaient pas partagé de moments intimes avec leur bébé.

La plupart d'entre elles trouvaient que leur enfant était encore mieux que ce qu'elles avaient imaginé, ce qui les a ravies c'était leur ressemblance à leur conjoints respectifs, cependant certaines sont restées réservées sur la question, ces dernières estimaient que leur bébé était trop jeune pour parler de trait ou de ressemblance.

L'état de santé des bébés étaient bon, leur poids était normal sans aucune malformation à signaler. Ils étaient magnifiquement bien présentés, sous leurs couvertures neuves, propres, pour le plus grand bonheur des mères, sauf deux cas qui étaient surprises de la coloration de leur bébé, car ces derniers étaient cyanosés (mauvaise oxygénation), elles déclaraient avoir eu peur lorsqu'elle l'ont vu pour la première fois, ce qui a perturbé la première rencontre.

Presque toutes les femmes ont décrit de la même manière mais avec des termes différents le contact avec leur bébé, pour elles, c'était à ce moment précis qu'elles se sont senties mères pour la première fois.

Nous avons constaté que l'accueil des bébés était plus au moins positif chez la plupart d'entre elles. Celles-ci paraissaient joyeuses et satisfaites lors de la rencontre avec leur enfant, elles ont exprimé beaucoup d'amour, de tendresse, des gestes chaleureux envers eux, contrairement à celles qui jugé leur expérience de très perturbant, elles étaient déçues de leur rencontre avec leur bébé.

Nous pouvons dire que nos hypothèses sont confirmées, puisque que les mères ayant bien vécu cet évènement, sont arrivées à établir rapidement un bon contact avec leur bébé, alors que celles qui ont vécu différemment cette épreuve, avaient du mal à établir les premiers liens mère bébé.

Conclusion

La naissance d'un enfant est un moment unique dans la vie. Si pour certaines femmes, la césarienne pose peu de problème d'acceptation, pour d'autres cette naissance peut être plus difficile à vivre. En effet, ne pas pouvoir donner naissance naturellement, peut se révéler fortement déstabilisant, dans l'intégration du rôle de mère et même dans la reconnaissance de sa féminité, ce qui risque d'entraver la relation mère bébé.

Il va sans dire que le travail psychique de la future mère concernant l'enfant qui grandit en elle, risque d'être altéré par cette médicalisation nécessaire. Or l'enfant doit être imaginé, pour qu'il puisse être réel, reconnu et accueilli à sa naissance.

Les réactions après une césarienne, varient d'une femme à une autre et dépendent de la vision que chacune a de la naissance. Elles sont liées à sa personnalité, au projet du couple et à de nombreux autres éléments d'ordre psychologique et social. L'expression de ces réactions est plus ou moins marquée et mesurable par l'équipe soignante.

L'importance d'accueillir le nouveau-né dans une atmosphère de calme et de respect, de chaleur et de tendresse a été beaucoup sollicitée. La saveur de sa mère, qu'il retrouve sont autant d'attitude, respectueuse et de sens en éveil. Le contact corporel, les caresses, les paroles vont favoriser une reconnaissance réciproque et les regards vont pouvoir s'échanger et se rendre.

Lorsque les événements de la naissance ont empêché le déroulement normal, lorsque la mère n'a pas échangé de regard avec son tout petit, celle-ci peut se sentir frustrée et culpabilisée, par conséquent l'accueil du bébé ne sera pas complet.

De ce fait, si la mère vit sa maternité de façon heureuse et équilibré, cette rencontre va permettre un attachement rapide et un réel épanouissent. A l'inverse, si le vécu de la mère a été moins bon, et perturbant pour elle, les liens seront plus longs à établir.

L'analyse présente de notre recherche est de décrire le vécu psychologique des femmes césarisées et l'accueil de leur bébé.

Notre pratique s'est déroulée au niveau de la clinique le « Rameau d'Olivier » dans le service de maternité, cela a duré deux mois. La population ciblée est celle des primipares mariées.

Dans notre étude nous avons choisi d'utiliser la méthode descriptive dont les techniques d'investigation étaient l'entretien clinique, un questionnaire et l'observation naturaliste.

A partir de l'analyse des données, des entretiens, des résultats des questionnaires et celles de l'observation, nous avons constaté que les femmes qui avaient bien vécu leur césarienne, avaient bien accueilli leur enfant. Contrairement à d'autres qui présentaient des difficultés à instaurer les premiers contacts avec leur bébé.

Bibliographie

1-Ouvrages

- 1-AMY MD. (2008), **Construire et soigner la relation mère-enfant**, Paris, Dunod
- 2-ANGELINO I. (2009), **L'enfant, la famille, la maltraitance**, Paris, Dunod.
- 3-BAYLE B. (2006), **Maternité et traumatisme sexuel de l'enfant**, Paris, Harmattan.
- 4-BENONY H. CHARAHOUI K. (1999), **L'entretien clinique**, Paris, Dunod.
- 5-BOURRAT M.M. GAROUX R. (2003), **Les relations parents enfants**, Paris, Armand Colin.
- 6-BOWLBY J. ANZIEU D. ZAZZO R. (1979), **l'attachement**, Paris, Delachaux et Niestlé.
- 7-BROQUEN M et GERNEZ J. (1997), **L'effraction**, Paris, Harmattan.
- 8-CANSAC J et al. (2006), **Pratique de l'accouchement**, Paris, Masson.
- 9-CLEMENT E. et LAVILLONNIERE J. (2001), **Naitre tout simplement**, Paris, Harmattan.
- 10-CHAHRAOUI K.H. BENONY H. (2003), **Methodes, évaluations et recherche en psychologie Clinique**, Paris, Dunod.
- 11-CHAVES I. (2006), **Intropérative awareness in children, myth or reality**, Genève.
- 12-CHERTOK L. (1957), **les méthodes psychosomatiques d'accouchement sans douleur**, Paris, L'expansion.
- 13-CHILAND C. (1983), **L'entretien clinique**, Paris, PUF.
- 14-DAYAN J. (1999), **Psychologie de la périnatalité**, Paris, Masson.
- 15-DANIO G.A. SIBERTIN B.D. et al, (2008), **Les troubles psychiques de la grossesse et du post-partum**, Paris, Masson.
- 16-DEBRAY Q. GRANGER B. AZAIS F, (2005), **Psychopathologie de l'adulte**, Paris, Masson.
- 17-DELASSUS M.J. (1995), **Le sens de la maternité**, Paris, Dunod.
- 18-FELLOUS M. et al. (2004), l'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, In **La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité**, Paris, PUF.
- 19-FRYDMAN R. COHEN-SOLAL J. (1989), **Ma grossesse mon enfant**, Paris, Odile Jacob.
- 20-GEISSMANN C. HOUZEL D, (2000), **Devenir parent**, In l'enfant ses parents et le psychanalyste, Paris, Bayard Compact.
- 21-GIANA A. Et LERIDON H. (2000), **Les enjeux de la stérilité**, Paris, Inserm Ned.

Liste bibliographique

- 22-HADJAM H. (2000), **Guide médical de la famille**, Alger, EDC Omega.
- 23-HENRI C. (1998), **Que sais-je ? Les dépressions de la maternité**, Paris, PUF.
- 24-LAINE A. (2004), **La drépanocytose ; regard sur maladie orpheline**, Paris, Karthala.
- 25-MAREAU CH. et al. (2006), **Réussir son 1^{er} cycle de psychologie**, Paris, Studyrama.
- 26-MARGER R. et al. (1979), **Précis obstétrique**, Paris, Masson.
- 27-MARINOPOULOS M. (2007), **Le déni de grossesse**, Bruxelles, yapaka.be.
- 28-MENECHAL I. (1997), **Introduction à la psychopathologie**, Paris, Dunod.
- 29-MISSONNIER S. (2004), L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel, In, **La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité**, Paris, PUF.
- 30-MORO M.R. (1993), Les méthodes cliniques, In. R. Ghiglione & JR., Richard. **Cours de psychologie II. Bases, méthodes, épistémologie**, Paris, Dunod.
- 31-ODENT M. (2004), **Césariennes : questions, effets, enjeux, alerte face à la banalisation**, Paris, Barret-sur-Méouge.
- 32-RACAMIER P.C. (1998), La maternalité psychotique, In : **De psychanalyse en psychiatrie, Etudes Psychopathologiques**, Paris, Payot et Rivages.
- 33-PEDENIELLI J.L. FERNANDEZ L. (2005), **L'observation clinique et l'étude de cas**, Paris, Armand Collin.
- 34-PEDENIELLI J.L. (2006), **Introduction à la psychologie clinique**, Paris, Armand Colin.
- 35-RACINENT C. FAVIER M. (2002), **La césarienne**, Paris, Sauramps médicale.
- 36-STOPPARD M. (1993), **Le livre de la naissance**, London, Liber.
- 37-WINNICOTT D.W. (1956), La préoccupation maternelle primaire, trad. Fr. KALMANOVITCH K. (1969), In **De la pédiatrie à la psychanalyse**, Paris, Payot.

2-Dictionnaires

- 1-YBERT E. (2010), **Le Petit Larousse de la médecine en 5000 articles**, Paris, Larousse.
- 2-NAUDIN C. GRUNBEH N. (2006), **Larousse médicale**, Paris, Larousse.
- 3-QUEVAUVILLIERS J. et al. (2009), **Dictionnaire médical avec atlas anatomique**, Paris, Masson.

3-Revues

1-ABDEL-BAKI A. POULIN MJ. (2004), « Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement », in Perspectives psychodynamiques du vécu normal durant les phases de la grossesse et l'accouchement. », **Psychothérapies**, vol. 41, N°2, p 3-9.

2-BRAZELTON TB. Et al. (1981), « Quatre stades précoces au cours du développement de la mère-nourrisson », **Psychiatrie de l'enfant**, XXIV, p 58-72.

3-BRIEX M. (2003), « Présence du père pendant une césarienne », **Spirale**, N°25, p 183-186.

4-CASANOVA A. (2009), « Le rôle propre de la puéricultrice en néonatalogie, répondre aux besoins des enfants prématurés », **Cahier de la puéricultrice**, n°227 mai, p 16-30.

5-COURVOISIER A. (1985), « Echographie obstétricale et fantasme », **Neuropsychiatrie de l'enfance**, N°33, p 103- 105.

6-CYSSAU C. LEFORT A. (1998), « Le clinicien face à l'entretien : institution, transmission, formation », in. C.Cyssau et al. **L'entretien en clinique**, Paris : in Press, p 102_108.

7-DELAMBRE G. PARQUET P.J. (1980), « Dessin de corps d'enfants imaginés pendant la grossesse », Corps de mère, Corps d'enfant, in **Les cahiers du nouveau-né**, Paris, n°04, p 201-217.

8-De KETELE JM, ROEGIERS X. (1991), **Méthodologie du recueil d'informations**, Bruxelles, Expérimentale, De Boeck, p 77-109

9-DE VALORS M.H. (2000), «De la globalité de la naissance, Le versant psychique de l'accouchement» **Dossier de l'obstétrique**, ELPEA. N°57, p 66-74.

10-ERLANDSSON K. et al. (2007), « Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effects on newborn crying and prefeeding behavior », **Birth**, N°34(2), p 105-114.

11-FELLOUS M. Et AL. (2004), «L'enfant du dedans et la relation d'objet virtuel », in **La grossesse, l'enfant virtuel et la parentalité**, Paris, PUF, p 83-97.

12-FISHER J. ASTBURY J. SMITH A. (1997), "Advers psychological impact of operative obstetrical intervention; a prospective longitudinal study. **Austria new zelande Journal of psychiatry**, N°31(5), p 728-738.

13-GAREL M. LELONG N. KAMINISKI M. (1987), « Conséquence de l'analgésie péridurale sur l'expérience de la césarienne et les premières relations mère-enfant », **Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction**, volume 16, N°02, p 219-228.

14-GOUTALAND R. (1979), «les relations précoces mère enfant » in **Dossier de l'obstétrique**, n°293, p 33-48.

15-GREMMO-FEGER G. (2002), « Accueil du nouveau-né en salle de naissance », **Les dossiers de l'allaitement**, N°51, p 55-92.

Liste bibliographique

16-HALFON Y. (1987), « le vécu des femmes césarisées », **Dossier de l'obstétrique**, ELPEA, N°143, p 16-17.

17-HALFON Y. (1989), « Le vécu de la femme césarisée », in **Bulletin officiel de la société française PPO**, N°116, p 45-68.

18-HERBINET E. (1985), « Questionnaire autour des interactions de l'enfant in-utero », in **Bulletin officiel de la société psychoprophylaxie obstétricale**, N° Spécial 101, p 2-3.

19-HERBINET E. (1986), « Violence accouchement et naissance », in **Les cahiers du nouveau-né**, Paris, Stock, p 26-28.

20-HILLAN E. (2001), « Quelques chiffres autour de la césarienne », **Dossier de l'obstétrique**, ELPEA, N°294, p 8-16.

21-LEBOVICI S. (1985), « Les interactions très précoces », in **Bulletin officiel de la société de psychoprophylaxie obstétricale**, N° spécial 101, p 25-28.

22-PILLIOT M. (2006), « Le regard du naissant », **Spiral**, N°37, p 79-96.

23-POTTECHER J. BENHAMOU D. (2004), « Douleur et analgésie obstétricale », **Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction** », vol 33, N°03, p 179-191

24- REVAULT D'Allonnes C, (1985), « Désir-non désir d'enfant en question », in **Bulletin officiel de psychoprophylaxie obstétricale**, N°103, p 48-63.

25-ROBIN M. (1981), « Trois exemples d'interaction entre la mère et l'enfant de la naissance jusqu'à 03mois », in **Revue de psychiatrie de l'enfant**, T24, N°1, p 101-150.

26-ROBIN M. et al. (1984), « L'observation psychologique du très jeune enfant », in **Bulletin de psychologie**, T38, N°368, p 81-88.

27-SOULAYROL R. (1985), « Les interactions fantasmatiques », in **Bulletin de la société de psychoprophylaxie obstétricale**, Spécial N°102. p 17-23

28- SPIESS M, (2002), « La vacillation des femmes en début de grossesse », **Dialogue**, N° 157, p 43-82.

29-STEFFEN H. (2001), « La césarienne et ses conséquences pour la mère et pour l'enfant, in **Le dossier de l'obstétrique** », N°293, p 3-11.

4-Thèses et Mémoires

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

2-CAULIER C.H. (2012), **Le partenariat soignant/ parents d'un bébé prématuré, pour donner naissance à l'effet mère un moment d'éternité**, Université de CAEN.

3-DORE N. LE HENAFF D. (2008), **Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans**, Québec, Institut national de santé publique de Québec.

Liste bibliographique

4-FERNANDEZ L, PEDINIELLI J.L, (2006), **La recherche en psychologie clinique**, université de Provence, Aix-Marseille I.

5-FERRAGUE G. (2002), **Le déni de grossesse : une revue de littérature**, Thèse de médecine générale, Sous (la dir) de Dr LEVASSEUR G, Université de Rennes.

6-HANZAK E. (2005), **La dépression post natale**, Bruxelles, De Boeck université.

7-JACQUET-SMAILOVIC M. (2007), **L'enfant, la maladie et la mort**, Paris, de Boeck Université.

8-JEANVOINE C.H. (2003), **Analyse d'une pratique d'accouchement médicale de la maternité physiologique : vers « les maisons de naissance »**, Nancy, faculté de médecine.

9- LE GALE J, (2003), **Transmission identitaire et mariages mixtes**, Université de Montréal, Canada, p 15.

10-LETONDEUR A. (2004-2005), **Les fantasmes maternels d'enfant malformé au cours de la grossesse**, Relation d'objet virtuel et anticipation, Université Nanterre Paris X.

11-MOUSKHELICHVILI G. (2009), **Une étude des représentations maternelles du fœtus, basée sur l'analyse des journaux intimes écrits par des femmes enceintes russophones**, volume 1, université Québec, Montréal.

12-ROCHER-BARAT C. (2003-2004), **La maternité adolescente : « les aléas du lien »**, université Charles -De- Gaulle- Lille III.

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

14-SION C. (2012), **Evaluation du stress aigu chez les femmes césarisées en urgence**, Grenoble, faculté de médecine.

5- wébographie

1-Association Césarine, [http : //www.cesarine.org/](http://www.cesarine.org/), Consulté 28/02/2014, à 14h28.

2-BAYLE B. (2004), **Tout se joue-t-il avant la naissance**, <http://denoitbayle1.free.fr/toutsejouetil.pdf>. Consulté 03/03/2014, à 08h45.

3-STERN D. (2002), **Développement affectif du nourrisson. L'installation précoce de la relation mère enfant et son importance**, <http://medecine-pharmacie.univ-rouen.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils>, Consulté le 28/04/2014, à 11 h28.

4-CATANO JW. BEAZLEY GM. (2006), **Grossesse en santé...bébé en santé**, <http://unenouvellevie.Canada>, Consulté le 25/03/2014, à 10h45.

Annexes

CAS N° 01

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. ①1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. ①1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. ①1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. ①1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. ①1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. ①1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. ①1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. ①1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

Aucun jour

Un jour

Deux jours

Trois jours

Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu : -

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- △ -A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *oui*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *oui*

CAS N° 02

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes.
0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *oui*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *oui*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *oui*

CAS N° 03

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. **0 1 2 3 4 5**
24. J'ai des absences. **0 1 2 3 4 5**
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. **0 1 2 3 4 5**
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. **0 1 2 3 4 5**
27. J'ai des difficultés à me concentrer. **0 1 2 3 4 5**
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. **0 1 2 3 4 5**
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. **0 1 2 3 4 5**
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. **0 1 2 3 4 5**

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *oui*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'événement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *oui*

CAS N° 04 YASMINA

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e). 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes 0 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *oui*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *oui*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *oui*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'événement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *non*

CAS N° 05

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

- Pas du tout perturbant
- Un peu perturbant
- Modérément perturbant
- Très perturbant
- Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

- Pas du tout ressenti 0
- Pratiquement pas ressenti 1
- Rarement ressenti 2
- Parfois ressenti 3
- Souvent ressenti 4
- Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. **0 1 2 3 4 5**
24. J'ai des absences. **0 1 2 3 4 5**
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. **0 1 2 3 4 5**
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes.
0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. **0 1 2 3 4 5**
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. **0 1 2 3 4 5**
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. **0 1 2 3 4 5** *com*
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. **0 1 2 3 4 5**

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *oui* ..

CAS N° 06

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e). 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 0 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *Non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *Non*
- A l'impression d'être hors du temps *Oui*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *Non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *Non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *Non*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *Non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *Non*

CAS N° 07

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *oui*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *oui*

CAS N° 08

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e). 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *NON*
- A des absences ou mets du temps à réagir *NON*
- A l'impression d'être hors du temps *NON*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *NON*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *OUI*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *NON*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *NON*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *OUI*

CAS N° 09 : KATIA

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

— Pas du tout ressenti 0

— Pratiquement pas ressenti 1

— Rarement ressenti 2

— Parfois ressenti 3

— Souvent ressenti 4

— Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e) 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 0 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *non*

CAS N° 10

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 0 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres
- A des absences ou mets du temps à réagir
- A l'impression d'être hors du temps
- Ne se sent plus vraiment soi-même
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement
- Evite de parler ou de penser à l'évènement
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable

CAS N° 11

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e). 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 **2** 3 4 5
24. J'ai des absences. **0** 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. **0** 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. **0** 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. **0** 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. **0** 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. **0** 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. **0** 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir, *non*
- A l'impression d'être hors du temps *oui*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *OUI*

CAS N° 12

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 2 **3** 4 5
24. J'ai des absences. **0** 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. **0** 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. **0** 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. **0** 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. **0** 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. **0** 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. **0** 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

Aucun jour

Un jour

Deux jours

Trois jours

Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *N*
- A des absences ou mets du temps à réagir *N*
- A l'impression d'être hors du temps *N*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *N*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *N*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *Oui*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *N*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *N*

CAS N° 13

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e). 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. ① 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. ① 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. ① 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. ① 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. ① 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. ① 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 ④ 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. ① 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

Aucun jour

Un jour

Deux jours

Trois jours

Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *oui*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *non*

CAS N° 14

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaie de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaie d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. 0 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. 0 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. 0 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. 0 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. 0 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. 0 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. 0 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *Non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *Non*
- A l'impression d'être hors du temps *Oui*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *Non*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *Non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *Oui*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *Oui*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *Oui*

CAS N° 15

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 **(2)** 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 **(1)** 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. **(0)** 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. **(0)** 1 2 3 4 5
5. J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. **(0)** 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. **(0)** 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e) **(0)** 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. **(0)** 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 **(2)** 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 **(1)** 2 3 4 5
11. J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. **(0)** 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 **(1)** 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. **(0)** 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. **(0)** 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. **(0)** 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 **(1)** 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. **(0)** 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. **(0)** 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 **(2)** 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. **(0)** 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 **(1)** 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. **(0)** 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. (0)1 2 3 4 5

24. J'ai des absences. 0 1 2 (3) 4 5

25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. (0)1 2 3 4 5

26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes.
(0)1 2 3 4 5

27. J'ai des difficultés à me concentrer. (0)1 2 3 4 5

28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. (0)1 2 3 4 5

29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. (0)1 2 3 4 5

30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. (0)1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

Aucun jour

Un jour

Deux jours

Trois jours

Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

-Se sent distante ou coupée des autres *non*

-A des absences ou mets du temps à réagir *non*

-A l'impression d'être hors du temps *non*

-Ne se sent plus vraiment soi-même *non*

-A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*

-Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *oui*

-Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*

-A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *non*

CAS N° 16

Questionnaire pour les femmes ayant accouchées par césarienne

Vous avez accouché récemment par césarienne et nous souhaiterions explorer votre vécu psychologique de l'événement.

Comment estimez-vous votre vécu de l'événement ? (cochez une réponse)

Pas du tout perturbant

Un peu perturbant

Modérément perturbant

Très perturbant

Extrêmement perturbant

Vous trouverez ci-dessous la description de ce que l'on peut ressentir pendant ou après un événement stressant. Merci de lire attentivement chacun des points suivants et d'indiquer s'il s'applique à ce que vous avez vécu sur le moment et que vous ressentez peut être encore.

Entourez le chiffre de 0 à 5 qui décrit le mieux votre expérience en utilisant l'échelle ci-dessous. 0 1 2 3 4 5

Pas du tout ressenti 0

Pratiquement pas ressenti 1

Rarement ressenti 2

Parfois ressenti 3

Souvent ressenti 4

Très souvent ressenti 5

1. J'ai des difficultés à m'endormir ou à rester endormi(e). 0 1 2 3 4 5
2. Je me sens agité(e). 0 1 2 3 4 5
3. J'ai l'impression d'être hors du temps ou que le temps s'est arrêté. 0 1 2 3 4 5
4. Je mets du temps à réagir. 0 1 2 3 4 5
5. J'essaye de ne pas trop penser à ce que je ressens à propos de l'événement. 0 1 2 3 4 5
6. Je fais souvent des cauchemars liés à cet événement. 0 1 2 3 4 5
7. Dès que quelque chose me rappelle l'événement, j'en suis très bouleversé(e). 0 1 2 3 4 5
8. La moindre chose me fait sursauter. 0 1 2 3 4 5
9. Après l'événement j'ai eu du mal à faire les choses que j'avais à faire. 0 1 2 3 4 5
10. Je ne me sens plus vraiment moi-même. 0 1 2 3 4 5
11. J'essaye d'éviter les activités qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5
12. Je me sens à cran, tendu(e). 0 1 2 3 4 5
13. Je me sens étranger(ère) à moi-même. 0 1 2 3 4 5
14. J'évite de parler de l'événement. 0 1 2 3 4 5
15. J'ai des réactions physiques lorsque quelque chose me rappelle l'événement. 0 1 2 3 4 5
16. J'ai du mal à me souvenir de certains détails importants de l'événement. 0 1 2 3 4 5
17. J'évite de penser à l'événement. 0 1 2 3 4 5
18. Je ne vois pas les choses telles qu'elles sont. 0 1 2 3 4 5
19. J'ai souvent des flashbacks de l'événement. 0 1 2 3 4 5
20. Je me sens étranger(ère) de mes propres émotions. 0 1 2 3 4 5
21. Je me sens irritable ou ai des accès de colère. 0 1 2 3 4 5
22. J'évite le contact avec les personnes qui me rappellent l'événement. 0 1 2 3 4 5

23. Je me mets soudainement à me comporter ou à me sentir comme si l'événement se reproduisait. ① 1 2 3 4 5
24. J'ai des absences. ① 1 2 3 4 5
25. J'ai des trous de mémoire concernant le déroulement de l'événement. ① 1 2 3 4 5
26. L'événement me cause des problèmes dans mes relations avec les autres personnes. ① 1 2 3 4 5
27. J'ai des difficultés à me concentrer. ① 1 2 3 4 5
28. Je me sens distant(e) ou coupé(e) des autres personnes. ① 1 2 3 4 5
29. Je suis persuadé(e) que l'événement se reproduit. ① 1 2 3 4 5
30. J'évite les endroits qui me rappellent l'événement. ① 1 2 3 4 5

Pendant combien de temps avez-vous ressenti les symptômes de stress les plus marqués? (cocher une réponse)

- Aucun jour
- Un jour
- Deux jours
- Trois jours
- Ça persiste encore aujourd'hui

Grille d'évaluation du stress aigu :

Questions à poser aux patientes ayant bénéficié d'une césarienne, le jour du retour à domicile.

(Plutôt)Oui

(Plutôt)Non

- Se sent distante ou coupée des autres *non*
- A des absences ou mets du temps à réagir *non*
- A l'impression d'être hors du temps *non*
- Ne se sent plus vraiment soi-même *oui*
- A du mal à se souvenir des détails, a des trous de mémoire *non*
- Fait des cauchemars, a des flash-back de l'événement *non*
- Evite de parler ou de penser à l'évènement *non*
- A des difficultés à s'endormir, se sent agitée, à cran, irritable *oui*