



<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale
- Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>



MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME

Réalisé au sein de L'université Claude Bernard Lyon 1

UFR de Médecine et Maïeutique Lyon Sud Charles Mérieux

SITE DE FORMATION MAÏEUTIQUE DE BOURG-EN-BRESSE

L'IMPACT DE LA CESARIENNE D'URGENCE DANS LA PREMIÈRE RENCONTRE MÈRE/ENFANT

Mémoire présenté et soutenu par

Andréa Jarret

Née le 20 janvier 2000

Promotion 2020-2024

Mme COSSET Mélanie, Sage-femme

Directrice de Mémoire

Mme MOREL Françoise, Sage-femme enseignante

Guidante de Mémoire

AVANT PROPOS

Pendant un stage en suites de couches lors de ma troisième année d'étude, une patiente m'a interpellé dans les couloirs de la maternité pour garder son enfant le temps qu'elle descende prendre l'air. Étant occupée à faire des soins, je lui avais dit que je passerai plus tard la voir mais que je ne pouvais pas garder son enfant pour le moment. Elle s'est mise à pleurer. Je lui ai proposé de l'accompagner dans sa chambre pour qu'on puisse parler de ce qui la faisait pleurer. Je suis restée pendant plus d'une heure avec elle à l'écouter. Elle avait accouché par césarienne code rouge la veille. Elle se posait de nombreuses questions sur les causes de la césarienne et éprouvait beaucoup de culpabilité vis-à-vis de son enfant. Elle m'avait dit qu'elle n'avait pas eu l'occasion de revenir sur le déroulé de sa césarienne et sur son état psychologique. Je suis allée voir la sage-femme qui m'encadrait pour lui expliquer la situation et la discussion que j'avais eu avec cette patiente. Elle m'a remercié de m'être rendue disponible pour cette patiente en expliquant qu'elle n'aurait pas eu le temps de le faire vu la charge de travail et qu'à défaut, cette patiente serait partie de la maternité dans cet état de détresse. En voyant cette patiente dans un tel état de désarroi, je me suis questionnée sur la prise en charge psychologique des patientes césarisées en urgence et sur le risque que cela puisse affecter la relation mère/enfant. Je me suis dit qu'il fallait que les choses changent. En parlant avec de nombreuses sages-femmes de ce sujet, elles m'ont dit qu'il y avait des choses à faire évoluer concernant le suivi des patientes ayant accouché par césarienne d'urgence.

REMERCIEMENTS

Je tiens à adresser mes remerciements aux nombreuses personnes qui m'ont accompagnées, et qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire :

A **Mme Mélanie COSSET**, directrice de ce mémoire, pour avoir accepté de m'aider, pour le temps, l'implication et le soutien.

A **Mme Françoise MOREL**, sage-femme directrice et guidante de ce mémoire, pour le temps que vous m'avez accordé, vos conseils et vos encouragements pour ce mémoire.

A **Mme Nadeige Dheyriat-Gauthier** pour la relecture de ce mémoire.

A **tous les parents que j'ai rencontrés** pour leur temps, leur sincérité et leur histoire.

A l'équipe pédagogique : **Mesdames Bérangère SEVELLE, Myriam MICHEL, Paola BONHOURE, Emilie ETHEVENOT**, pour votre accompagnement, votre soutien, votre écoute et votre bienveillance pendant ces 4 années d'étude.

A **l'ensemble de ma promotion et particulièrement à Clémence, Chloé, Clara et Camille**, pour ces quatre belles années passées avec vous et tous ces moments qu'on a pu partager.

A **mes parents et mon frère** pour m'avoir soutenu depuis toujours dans mes projets.

A **Dylan**, pour m'avoir soutenue et encouragée pendant ces 5 années d'études.

Table des matières

1	Introduction	1
2	Méthode et matériel	3
2.1	Méthode utilisée	3
2.2	Choix de la population.....	3
2.3	Lieux de l'enquête	4
2.4	Recrutement de la population	4
2.5	Élaboration et déroulement de l'entretien	4
2.6	Recueil et exploitation des données	5
2.7	Réglementation.....	5
3	Résultats et analyses	7
3.1	La conception de l'accouchement	8
3.1.1	L'accouchement « normal »	8
3.1.2	Perception de la césarienne d'urgence	9
3.1.3	Deuil de l'accouchement imaginé.....	9
3.1.4	L'enfant au cœur des pensées de la mère	11
3.2	Accompagnement par l'équipe médicale.....	12
3.2.1	Le contexte d'urgence.....	12
3.2.2	Les explications données lors de l'annonce de la césarienne d'urgence.....	13
3.2.3	Retour avec l'équipe soignante sur le vécu de la patiente	15
3.2.4	Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : un manque d'informations sur les césariennes d'urgence.....	16
3.3	Des relations	18
3.3.1	L'importance du couple.....	18
3.3.2	La séparation mère/enfant.....	19
3.3.3	Le père : le lien entre mère et enfant lors de la séparation	20

3.3.4	L'allaitement maternel privilégié lors des césariennes d'urgence	22
3.4	Différentes rencontres	23
3.4.1	La rencontre dans le bloc	23
3.4.2	La rencontre dans la salle de réveil.....	25
3.4.3	La rencontre en chambre	27
4	Discussion	31
4.1	Les forces et les faiblesses de l'étude	31
4.1.1	Les forces.....	31
4.1.2	Les faiblesses	32
4.2	Discussion et proposition d'amélioration.....	32
4.2.1	Le manque d'information concernant les complications de l'accouchement	32
4.2.2	Les contacts précoces avec l'enfant : l'établissement des liens d'attachement	34
4.2.3	Un accompagnement par les professionnels de santé primordial	37
5	Conclusion	41
6	Bibliographie.....	43
7	Annexes	45

Abréviations

ARCF	Anomalie du rythme cardiaque fœtal
AVB	Accouchement par voie basse
DDN	Délai/décision naissance
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
PNP	Préparation à la Naissance et à la Parentalité
PP	Post-partum
PPI	Post-partum immédiat
TSPT	Troubles de stress post-traumatiques

1 Introduction

Le taux de césarienne est de 21,4% en France en 2021. Les césariennes en urgence c'est-à-dire non programmées avant et pendant le travail représentent 68% de ce taux. (1) Celles-ci sont classifiées en code couleur, le code rouge, le code orange et le code vert. (2) Ici, nous travaillerons uniquement sur les césariennes code rouge et les césariennes code orange. Une césarienne dite « code rouge » est une césarienne réalisée en extrême urgence par l'équipe médicale et représente 1 à 2% des accouchements.(3) Elle est réalisée en cas de pronostics fœtal et/ou maternel engagés. Le délai décision/naissance (DDN) est de 15 minutes. La césarienne code rouge est pratiquée dans les situations suivantes : hémorragie du placenta prævia, décollement placentaire avec retentissement fœtal, procidence du cordon ombilical, suspicion de rupture utérine, échec d'un accouchement par voie basse pour anomalie du rythme cardiaque fœtal (ARCF), bradycardie fœtale aiguë sans récupération et crise d'épilepsie maternelle liée à l'éclampsie. (2) La césarienne dite « code orange » représente environ 5% des naissances. Elle est réalisée en urgence avec un DDN de 30 minutes. Elle est pratiquée en cas de menace à court terme du pronostic maternel ou fœtal. On décide d'une césarienne code orange en cas d'ARCF à risque important d'acidose ou en cas d'échec d'extraction instrumentale sans ARCF. (4) Les césariennes d'urgence représentent donc une part importante des naissances et peuvent engendrer de grands bouleversements physiques, psychiques et psychologiques. (5)

Le jour de l'accouchement est un jour particulièrement attendu et parfois craint par les parents qui sont plus ou moins préparés à cet évènement par les professionnels de santé en amont. La naissance est à l'origine de nombreux remaniements psychiques et psychologiques. Cependant lorsque les complications surgissent, l'équipe médicale doit agir vite et l'accompagnement du couple est souvent relégué au second plan. La césarienne en urgence est une situation particulière qui peut être plus ou moins bien acceptée par la patiente, souvent perçue comme un échec de son accouchement, avec un sentiment d'incompétence et de culpabilité. La césarienne en urgence peut être la source d'une souffrance psychologique qui peut être néfaste pour la construction des liens précoces mère/enfant. (6)

Les césariennes en urgence sont à l'origine de troubles de stress post-traumatiques (TSPT) chez 1 femme sur 5. Ces troubles peuvent durer jusqu'à 6 ans après l'accouchement. Avec ces chiffres nous comprenons qu'il est important d'intervenir pour prévenir cette situation.(7) Près de 3 femmes sur 4 n'avaient pas été informées du risque de césarienne et plus d'une femme sur deux n'ont pas eu d'explications en post-partum (PP). (7) Les vécus négatifs semblent affecter les relations précoces

mère/enfant. Un accompagnement paraît nécessaire avant, pendant et après la césarienne pour que cette situation particulière n'affecte pas les relations précoces mère/enfant malgré l'urgence.(8)

Le constat qui revient régulièrement est le manque d'humanisation de la naissance par césarienne. Les patientes se trouvent dans une certaine ambivalence entre le stress, la peur, le choc de l'annonce et l'événement heureux que doit être la naissance de leur enfant. Les patientes ne se sentent plus actrices de leur accouchement. L'accouchement qu'elles ont imaginé n'est pas réalisable et elles vont vivre un accouchement qu'elles n'avaient pas envisagé, ni fantasmé. Il y a un décalage entre leurs attentes et ce qui va réellement se passer. Elles doivent faire le deuil d'un accouchement par voie basse, ce qui représente un travail psychologique important. Le conjoint ne peut pas être présent dans la majorité des cas dans le bloc obstétrical en cas de césarienne non programmée. Cela crée un stress supplémentaire à la patiente qui se retrouve entourée de nombreuses personnes inconnues. Elles se retrouvent seule sans repère, alors que la présence du partenaire rendrait cette situation moins difficile. (9)

Les patientes voient leur enfant pendant un très court instant. Elles ont les bras attachés sur la table du bloc opératoire ce qui ne leur permet pas de le prendre, le peau à peau et la première rencontre mère/enfant ne se font que tardivement. En effet, l'enquête nationale périnatale nous donne les chiffres suivants : pour les mères dont l'enfant n'a pas été transféré, « 88,9% ont pu avoir un contact peau à peau avec leur enfant après l'accouchement que ce soit en salle de naissance, au bloc opératoire ou en salle de réveil ; cela concernait 96,5% des femmes ayant accouché par voie basse et 56,6% des femmes ayant accouché par césarienne » (1). Ces chiffres montrent que presque la moitié des patientes ayant accouché par césarienne n'ont pas pu faire de peau à peau avec leur enfant en post-partum immédiat (PPI). Cependant il n'est pas précisé si cela est dû à l'anesthésie de la patiente, à l'impossibilité de faire venir l'enfant en salle de réveil ou pour d'autres raisons.

C'est ainsi que nous pouvons nous demander comment le vécu des patientes ayant été césarisées en urgence influence-t-il les relations précoces mère/enfant ?

A travers ce mémoire nous allons chercher à comprendre comment est vécu la première rencontre dans cette situation par la mère et ses conséquences. Nous essayerons d'analyser le vécu des patientes concernant leur accompagnement par les professionnels de santé avant l'accouchement, au cours de la césarienne et en post-partum. Cette analyse pourrait permettre d'améliorer nos pratiques et de mieux prendre en compte le risque d'altération du lien mère/enfant afin d'améliorer le vécu de la naissance de leur enfant.

2 Méthode et matériel

2.1 Méthode utilisée

Nous avons réalisé une enquête qualitative sociologique basée sur la réalisation d'entretiens semi-directifs.

2.2 Choix de la population

Notre étude s'adresse aux mères ayant accouché par césarienne d'urgence, soit en code orange soit en code rouge quel que soit la méthode d'anesthésie utilisée (loco-régionale ou anesthésie générale).

Au départ de cette étude, seules les femmes ayant accouché par césarienne code rouge étaient sollicitées. Le nombre de patientes s'étant avéré insuffisant, l'étude a été élargie aux patientes ayant eu une césarienne code orange.

Les patientes dont des complications fœtales ont été décelées en anténatal pour cette grossesse, avec un décès néonatal de l'enfant ainsi que celles ne parlant pas français ont été exclues.

S'agissant d'une étude qualitative, la taille de la population étudiée n'a pas été définie préalablement. Un diagramme de saturation des données a été réalisé et a permis d'interrompre l'étude dès saturation. Les trois derniers entretiens n'ont pas apporté de nouveaux éléments.

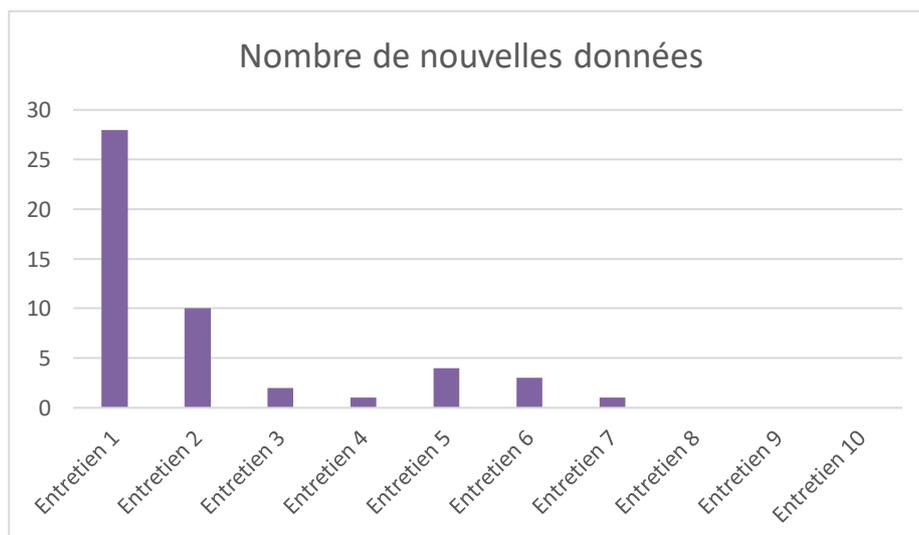


Figure 1 : Diagramme de saturation des données

2.3 Lieux de l'enquête

Le recrutement de la population a été réalisé dans les services de suites de couches de plusieurs établissements hospitaliers du département de l'Ain dont Ambérieu-en-Bugey, Bourg-en-Bresse et Oyonnax.

2.4 Recrutement de la population

La première étape de notre recrutement a été de laisser une note d'informations dans les services à destination des sages-femmes (cf. Annexe I) pour qu'elles puissent transmettre les notes d'informations aux patientes concernées (cf. Annexe II). Une fois ces notes d'informations transmises aux patientes, elles pouvaient, si elles le souhaitaient participer à notre étude. Pour ce faire, elles pouvaient nous contacter par téléphone ou par mail. Le recrutement était basé uniquement sur le volontariat. Ce document avait pour but de nous présenter aux mères et d'exposer le projet de cet entretien. Il était expliqué que l'entretien allait être une discussion autour de la naissance de leur enfant par césarienne d'urgence. Il était proposé que nous nous rencontrions lors de leur séjour pour réaliser cet entretien ou bien de le faire par visioconférence. De plus, nous avons contacté régulièrement les sages-femmes des services de suites de couches afin de savoir si des patientes ayant donné naissance par césarienne d'urgence étaient présentes dans le service. Ainsi, nous pouvions aller rencontrer directement les patientes et leur proposer de faire l'entretien si elles le souhaitaient. Les patientes pouvaient nous contacter pour se retirer de l'enquête.

2.5 Élaboration et déroulement de l'entretien

Une trame d'entretien a été élaborée pour diriger les entretiens.

Les entretiens ont été réalisés en présentiel en suites de couches et une partie par visioconférence. Sept patientes ont choisi de faire l'entretien en présentiel et trois en visioconférence. Les entretiens durent pour le plus court 35 minutes et pour le plus long 1 heure et 13 minutes, soit une moyenne de 47 minutes par entretien sur les dix entretiens effectués dans le cadre de ce mémoire.

Les entretiens se déroulaient de la même façon. Nous faisons un rappel rapide sur la présentation du sujet, avec une explication du principe d'anonymat, nous demandons l'accord pour l'enregistrement de l'entretien afin de faciliter la retranscription.

Pour installer un climat de confiance nous commençons par nous présenter et nous prenons quelques instants de discussion libre autour du bébé et de l'état de santé de la maman. Ensuite, nous passons à l'entretien à proprement parler. Les patientes étaient amenées à se remémorer la naissance de leur enfant à travers la question suivante « parlez-moi de cette naissance ». Nous abordons ensuite la rencontre avec leur enfant avec la question « pouvez-vous me raconter comment s'est passé la rencontre avec votre bébé ? ». Nous évoquons ensuite son ressenti vis-à-vis de son enfant après le retour en chambre. A la fin de cet entretien nous terminions par un bilan de celui-ci, ainsi que sur un temps d'échange libre si elle voulait aborder d'autres sujets pendant que nous étions ensemble, puis nous partions de la chambre ou coupions la visioconférence. De nombreuses questions de relance étaient prévues pour mener à bien les entretiens (Cf. Annexe III).

2.6 Recueil et exploitation des données

Tous les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone, puis retranscrits, anonymisés et analysés sur ordinateur. Les bandes sons des entretiens ont ensuite été détruites. L'utilisation d'un tableau Excel a permis le traitement des données, en faisant ressortir les différentes thématiques des entretiens et faire des liens entre elles. Nous avons ensuite pu faire une analyse verticale et horizontale à l'aide de ce tableau qui nous a permis de faire ressortir quatre grandes parties.

2.7 Réglementation

Dans le cadre de cette étude, nous avons interrogé des mères sur des données médicales et sociologiques, à caractère personnel. Cette étude ne rentre pas dans le cadre de la loi Jardé, ni de la Recherche Impliquant la Personne Humaine (RIPH).

Le synopsis de ce mémoire, ainsi que le protocole de recherche (Cf. Annexe IV) ont été validés par l'ensemble de l'équipe pédagogique du site de formation maïeutique de Bourg-en-Bresse. Les entretiens ont été réalisés après accord des cadres des services de suites de couches des différents centres hospitaliers. Ils ont ensuite été anonymisés et sécurisés. L'ensemble des données recueillies seront détruites à l'issue du travail de recherche.

3 Résultats et analyses

Nous avons fait le choix de ne nommer aucun des établissements où ont accouché les patientes car les césariennes d'urgence ne sont pas les accouchements les plus pratiqués et cela aurait pu permettre de les identifier. Nous avons nommé « Patiente » suivi d'une lettre correspondant à la continuité de nos entretiens. De plus, nous ne cherchons pas à comparer les pratiques de ces établissements.

Tableau 1 : Données socio-démographiques des entretiens

	Age	Parité	Accouchement précédent	Type de césarienne	Motif de la césarienne	Anesthésie lors de la césarienne
Patiente A	27 ans	Primipare		Code rouge	Bradycardie fœtale	Loco régionale
Patiente B	34 ans	Primipare		Code rouge	Bradycardie fœtale	Loco régionale
Patiente C	22 ans	Primipare		Code orange	Non engagement de la présentation fœtale et ARCF	Loco régionale
Patiente D	33 ans	Deuxième pare	Accouchement par voie basse (AVB)	Code orange	Stagnation de la dilatation cervicale et ARCF	Loco régionale
Patiente E	27 ans	Primipare		Code orange	ARCF et hyperthermie maternelle	Loco régionale
Patiente F	31 ans	Deuxième pare	Césarienne code rouge pour HRP	Code rouge	Bradycardie fœtale	Générale
Patiente G	31 ans	Deuxième pare	Césarienne orange pour ARCF	Code orange	ARCF	Loco régionale
Patiente H	28 ans	Deuxième pare	Césarienne programmée pour siège	Code orange	Suspicion de rupture utérine et ARCF	Loco régionale
Patiente I	42 ans	Primipare		Code orange	Non engagement de la présentation fœtale et ARCF	Loco régionale
Patiente J	35 ans	Primipare		Code orange	ARCF	Loco régionale

3.1 La conception de l'accouchement

3.1.1 L'accouchement « normal »

A travers nos entretiens, toutes les patientes ont évoqué souhaiter un accouchement « naturel », qu'elles définissaient par un accouchement par voie basse. Nous avons pu remarquer que pour certaines des patientes, la césarienne est une opération chirurgicale, ce qui n'est pas naturel.

« Une césarienne ne va pas dans la normalité de l'accouchement d'une femme. C'est une expérience... C'est une autre expérience. Cela reste quand même un acte chirurgical, c'est provoqué, ce n'est pas fait naturellement. Donc ce n'est pas normal. » Patiente G

« On voulait juste quelque chose de... « Normal », entre guillemets, juste par voie basse, que ça se passe bien et qu'il n'y ait pas un état d'urgence. Ça ne nous a pas traumatisés non plus. Enfin, ce sont des événements de la vie, ensuite notre cerveau range ces éléments dans des cases. » Patiente F

Certaines patientes, comme la patiente D, l'ont vécu comme un échec de leur accouchement. Elles décrivent de la frustration, de la déception, de la culpabilité.

« Ils ont pris la décision de faire une césarienne en urgence. Ce que sur le moment j'ai très, très mal vécu. En fait, j'ai eu d'un coup très peur pour lui. Il y a eu ce sentiment de peur et puis la déception et la frustration que ça ne se passe pas normalement. » Patiente D

La patiente A s'est demandé si on appelait quand même une naissance par césarienne un accouchement. Elle nous a expliqué que sa vision d'un accouchement classique est un accouchement en position gynécologique, dans les étrières, comme on avait pu lui expliquer en préparation à la naissance et à la parentalité (PNP).

« Je me suis demandée, comme il est né par césarienne, si on pouvait appeler cela un accouchement, parce que pour moi, l'accouchement, c'était vraiment quand il naît par voie basse. Je ne savais pas si par césarienne, c'était un autre nom. Je ne savais pas si le mot accouchement était réservé uniquement pour les voies basses, et qu'il y avait, je ne sais pas, un mot, pour parler d'une naissance comme ça, ou si c'était un accouchement. » Patiente A

La perception des patientes d'un accouchement normal va induire une certaine culpabilité chez celles qui accouchent par césarienne et elles peuvent le vivre comme un échec de leur accouchement. Nous verrons dans les parties suivantes que cela aura une incidence en suites de couches et nous l'aborderons dans la partie discussion.

3.1.2 Perception de la césarienne d'urgence

Plusieurs patientes ont exprimé se sentir spectatrices de leur accouchement et non actrices de celui-ci. Elles ont l'impression d'être dépossédées de leur propre corps et se laisse faire par le personnel médical.

« C'était très violent puisque je n'étais plus maître de mon corps, entre guillemets. Ils ont dû me sonder en urgence. Ils ont quand même vérifié mon col en urgence. On me mettait à gauche, à droite. Enfin, on ne maîtrise plus grand-chose à ce moment-là et on se laisse faire. » Patiente F

« Je me sens spectatrice, je ne comprends pas tout, j'ai l'impression d'être un peu perdue dans toute cette fourmilière de personnes autour de moi qui s'active. Je savais que c'était pour le mieux. J'ai ressenti de la peur, clairement, à ce moment-là. C'était 30 minutes où j'ai pleuré en silence en attendant que ça se passe et qu'on m'emmène. Je ne savais pas quoi faire, pas quoi dire, je n'ai pas posé de questions, je me suis juste laissé porter par la chose. Ma ligne de conduite, c'est de suivre ce que vous me dites. Là, on me disait de me mettre sur le côté alors je me mettais sur le côté. On a essayé de me repiquer, je tendais mon bras. J'ai obéi, clairement. Je n'ai pas participé. J'ai laissé mon corps être guidé. C'est vraiment être spectateur de ce qui arrive. C'est très bizarre comme sensation. J'observais et je pleurais. Ils essayaient de me rassurer. C'était très spécial comme moment. Je crois que je n'ai pas posé une seule question. » Patiente J

Les patientes remettent en question leur corps et leur capacité à accoucher. Elles expriment une culpabilité de ne pas arriver à accoucher par voie basse et de faire du mal à leur enfant. Ce qui va amener les patientes à douter d'elle-même et donc de leur capacité à être mère.

« C'est mon corps qui n'est pas normal. Pourquoi le cœur de mes bébés faiblit à chaque fois que je vais accoucher ? C'est à moi que j'en veux. C'est mon corps qui n'est pas normal. Pourquoi mon corps réagit-t-il comme ça ? Il fait mal à mes enfants, ils subissent. Je m'en veux à moi, à mon corps. Pourquoi mon corps réagit comme ça ? Je m'en veux de m'en vouloir parce que c'est comme ça. C'est mon corps qui réagit comme ça. Quand je dis je m'en veux, c'est un grand mot. Je ne sais pas si c'est mon corps qui est bizarre ou si c'est de la malchance, ça reste une interrogation pour moi. »

Patiente G

3.1.3 Deuil de l'accouchement imaginé

Les patientes n'avaient pas imaginé que leur accouchement se déroulerait de cette façon, ce n'est pas ce qu'elles avaient envisagé. Les femmes ne peuvent pas imaginer leur accouchement sans imaginer la rencontre avec leur bébé. Celle-ci va être différente en cas de césarienne et va induire un

remaniement des pensées des patientes. Elles ont un travail psychologique de deuil de l'accouchement imaginé ainsi qu'une acceptation de la situation à faire. Cela peut induire des troubles des liens précoces mère/enfant.

« Au début, je pensais vraiment que c'était à cause de la césarienne parce que j'ai beaucoup pleuré après la césarienne et je me suis dit que c'est parce que je ne pensais pas avoir un accouchement comme ça. Même si mon enfant allait super bien, il n'y a rien à faire là-dessus et c'est l'essentiel. Je pense que c'est juste émotionnellement qu'il faut accepter la situation, que ça ce soit passé comme ça. » Patiente J

Les patientes F et G avaient déjà accouché par césarienne d'urgence lors de leur premier accouchement. Elles savaient qu'elles avaient alors plus de risques d'avoir une césarienne pour leur deuxième accouchement puisqu'elles en avaient été informées. Les patientes F, G et H ayant alors un utérus bi cicatriciel du fait de leur deux césariennes vont devoir faire le deuil d'un accouchement par voie basse pour un prochain accouchement.

« Cela étant, je me dis que si un jour j'ai un troisième enfant, ce sera forcément une césarienne. Donc, je ne connaîtrai jamais la naissance par voie basse. Je pense qu'il me faudra peut-être un peu de temps pour faire mon deuil parce que là, ça ne fait que deux ou trois jours que j'ai accouché. Mais je me dis que c'est mon expérience, c'est mon histoire, elle n'est pas banale. Il y a l'état d'urgence, et puis il y a quand même l'acte chirurgical qui reste important, et qui fait mal aussi, et le corps qui met forcément plus de temps à se remettre, c'est éprouvant. » Patiente F

De plus, les patientes se questionnent sur le fait de faire un troisième enfant en sachant qu'elles vont devoir repasser par une césarienne et donc qu'elles connaissent la finalité de leur accouchement. Elles savent que cette fois, il ne devrait pas y avoir de césarienne d'urgence néanmoins subir une césarienne pour un troisième enfant peut les démotiver. Avoir une troisième césarienne soulève également la question de se sentir mère car elles ne connaîtront pas l'accouchement par voie basse.

« Après, se dire que repasser par une césarienne pour un troisième, ça veut peut-être dire qu'on ne va pas faire de troisième. Mais on n'en est encore pas là et puis, on oublie. Peut-être que du coup, on se dira qu'au final, on veut continuer à faire encore un enfant. Malgré le fait qu'on sache la finalité de l'accouchement. » Patiente F

Les patientes césarisées pour la première fois se sont questionnées sur leur prochain accouchement et les risques supplémentaires de césarienne. Nous pouvons également nous demander si elles se questionnent sur les premiers instants avec leur enfant qui ont été affectés par cette césarienne

d'urgence et donc si une prochaine césarienne entraînerait aussi des conséquences dans les liens mère/enfant.

« Ça va me laisser une trace pour le prochain parce qu'on se dit qu'on peut potentiellement une nouvelle fois finir en césarienne. C'est une des questions que j'ai posé à la sage-femme quand je suis revenue, et que j'ai repris mes esprits. Je lui ai demandé, si on avait un deuxième enfant, si ça allait obligatoirement se passer en césarienne ou pas. Elle m'a dit que ce n'était pas obligatoire. C'est vrai que c'est une question qu'on se pose, savoir comment ça va se passer pour le prochain accouchement. Elle m'a vite rassuré en me disant que ce n'était pas obligatoire. Je n'appréhende pas spécialement, même si on n'y est pas encore. » Patiente C

3.1.4 L'enfant au cœur des pensées de la mère

A travers les entretiens que nous avons pu effectuer, nous avons été face à des patientes où la décision de césarienne a été prise pour une indication fœtale. La majorité des patientes ont alors ressenti de la peur pour leur enfant, notamment une peur de la mort de leur enfant. Les patientes ont associé la césarienne d'urgence avec un bébé en souffrance. Lorsqu'elles nous parlent de cet instant et de leur ressenti, elles avaient les larmes aux yeux pour certaines et d'autres ont versé quelques larmes. Mettre des mots sur ces ressentis semble nécessaire à une bonne acceptation de la situation et une réduction de dépression du post-partum ainsi que des TSPT.

« Je n'ai pas demandé à la sage-femme s'il était mort mais « est-ce qu'il est encore en vie ? ». Et là elle m'a dit « oui mais il faut qu'on le sorte parce que ça ne va plus aller s'il reste ». Quand elle m'a dit ça, j'ai ressenti un peu moins de stress mais j'étais toujours inquiète. Quand on était en salle d'accouchement elle n'arrivait pas à entendre le cœur du bébé et je ne savais pas si c'était parce qu'il n'était plus sous le capteur ou bien s'il n'était plus là ... » Patiente A

« Pendant le travail, il avait ralenti son cœur aussi sur une contraction. Donc après je n'étais pas surprise sur le fait qu'il ralentissait. Mais là c'était impressionnant parce que j'entendais bien qu'il ne récupérait pas et qu'ils n'arrivaient plus à capter. On n'entendait plus rien. La première fois que c'est arrivé, ça a été très dur. Je leur ai dit, « je n'ai pas envie de revivre ça. Je veux qu'il sorte. » Mais il a récupéré et la fois d'après il n'a pas récupéré et là j'ai eu peur ... » Patiente B

Néanmoins, toutes les patientes expriment un immense soulagement quand elles entendent crier ou voient leur enfant dans le bloc opératoire.

« Je l'ai vue tout de suite. Ils me l'ont montré tout de suite. Je l'ai entendu pleurer dès qu'elle l'a sortie. J'ai entendu qu'il avait du liquide en même temps. Mais je l'ai vue tout de suite. Là ça allait, ils sont

partis du coup voir le pédiatre. Papa était là-bas avec elle, donc c'est qu'il n'y avait pas de souci. Je me disais que ce n'était pas bien méchant s'il pouvait attendre là-bas avec elle. » Patiente B

A posteriori, pour toutes les patientes le geste de césarienne est bien vécu car pour elles l'essentiel est que leur enfant aille bien.

« On pensait être prêt à la césarienne, mais on n'était pas prêt à cette césarienne-là, je crois. Je pense que c'est normal, on n'est jamais prêt à vivre ça... Voilà, maintenant, on se dit finalement, on est là et tout le monde va bien et c'est l'essentiel. » Patiente A

3.2 Accompagnement par l'équipe médicale

3.2.1 Le contexte d'urgence

La césarienne d'urgence est une situation stressante pour les patientes. Elles nous disent avoir ressenti un sentiment de surprise quand la césarienne d'urgence n'a pas été évoquée pendant le travail comme pour les patientes A, D, E et F. Cependant, cela reste une situation stressante et impressionnante même pour celles mieux informées durant le travail. Elles décrivent la situation comme impressionnante avec beaucoup de monde qui arrive dans la salle d'accouchement. La patiente J avait eu un risque de césarienne code rouge pendant le travail et l'équipe était revenue sur ce qu'il s'était passé. Pourtant cela ne l'a pas empêchée de ressentir de la peur lors de l'annonce de la césarienne code orange. Nous pouvons nous demander s'il ne serait pas nécessaire de prendre un temps d'information plus important avec la patiente. Cela pourrait permettre une meilleure compréhension de la situation et peut être éviter des sentiments de peur et d'impuissance chez les patientes. Néanmoins, nous savons que la césarienne d'urgence va atteindre l'intégrité physique de la patiente, il semble donc nécessaire de faire de la prévention autour de la césarienne d'urgence à toutes les femmes pendant leur grossesse. Cela pourrait permettre d'avoir un meilleur vécu de la césarienne et donc des relations précoces mère/enfant moins affectées.

« Elles nous expliquent ce qu'elles font. Tu comprends, c'est factuel, mais tu ne comprends pas vraiment ce qu'il se passe. Tu vois beaucoup de monde, beaucoup d'animation autour de toi, tout le monde se présente en plus, mais du coup, tu ne retiens pas grand-chose. Je ne suis pas capable de redonner un prénom à toutes ces personnes parce que tous les gens se présentent c'est normal mais sur l'instant je n'ai rien retenu. Mais moi, je me sens spectatrice. Je ne comprends pas tout, je suis un peu perdue dans toute cette fourmilière de personnes autour de moi qui s'active. Je savais que c'était pour le mieux. J'ai ressenti de la peur, clairement, à ce moment-là. » Patiente J

Malgré le fait que la patiente F ait eu une césarienne code rouge pour son premier accouchement et que le deuxième accouchement soit également une césarienne code rouge, elle exprime avoir ressenti du stress et de la panique face à la situation.

« C'était moins impressionnant, peut-être aussi parce que je l'avais déjà vécu, je ne sais pas. Après, forcément, c'était très stressant. J'étais paniquée. On est forcément paniquée, à trembler partout, à pleurer, parce que ce n'est pas du tout ce qu'on voulait... » Patiente F

Les patientes nous expliquent également avoir ressenti le stress et la situation pesante dans la salle d'accouchement de la part de l'équipe médicale. Cependant, même si les équipes font de leur mieux pour être rassurantes avec les patientes et leur expliquer la situation, il semble difficile de ne pas laisser paraître un minimum de stress. Cela pourrait amener à une formation supplémentaire des équipes médicales face à ce genre de situations pour éviter une transmission du stress et donc un stress supplémentaire pour les patientes.

« On le sent. Enfin, je sentais, je voyais qu'elles se regardaient. On sent l'inquiétude qui monte un peu, puis un peu l'adrénaline et le stress qui montent un peu. Et puis, dans ma tête, je savais très bien qu'on allait faire une césarienne. Donc voilà en 5 minutes, c'est l'effervescence. » Patiente I

3.2.2 Les explications données lors de l'annonce de la césarienne d'urgence

Les patientes sont conscientes que lors de la situation d'urgence qu'est la césarienne d'urgence l'équipe médicale doit agir rapidement. De ce fait, elles comprennent que l'équipe ne prend pas le temps de donner toutes les explications concernant la situation avant d'aller au bloc opératoire. Néanmoins, les patientes se sentent considérées quand elles ont un minimum d'informations au moment de partir au bloc opératoire. Elles ont un meilleur vécu de la situation. Elles se sentent accompagnées et non laissées de côté à cet instant.

« Je suis très reconnaissante par rapport à l'équipe. Ils ont fait ce qu'il fallait, j'ai été bien entourée, les choses bien expliquées, avec le temps qu'ils avaient, parce qu'à un moment on ne peut pas passer deux heures à expliquer, il faut intervenir. Tout le monde a été super, même dans le stress et la gestion d'urgence, parce qu'il faut aller vite. Les personnes qui étaient là m'expliquaient, venaient toutes se présenter, m'expliquaient ce qu'elles faisaient, même très rapidement. J'ai trouvé ça bien, et même si on ne percuté pas tout, c'est quand même bien, on se sent considéré, on n'est pas juste en train d'intervenir sur nous, et ils n'ont pas oublié la personne. » Patiente I

Les patientes E et J nous confient qu'elles n'ont pas tout compris sur le moment de ce qu'il se passait. La patiente E ayant de la fièvre n'a pas compris ce qui lui a été expliqué. Elle nous dit comprendre avoir eu une césarienne en salle de réveil lorsque l'anesthésie s'était un peu dissipée, en discutant avec l'infirmière qui était présente et qui lui racontait qu'elle aussi avait eu des césariennes pour la naissance de ses enfants. C'est alors que la patiente E a touché son ventre et qu'elle a senti le pansement qui recouvrait la cicatrice et qu'elle a réalisé qu'elle avait eu une césarienne. Dans cette situation nous pouvons nous remettre en question sur nos pratiques. En effet, nous devons porter une attention particulière à la compréhension de la situation par les patientes malgré l'urgence. Cela nous montre que nous devons nous assurer de la bonne compréhension des informations par les patientes, sinon, cela pourrait entraîner des TSPT pour ces patientes. Un accompagnement psychologique dans cette situation semble nécessaire pour éviter un risque accru de dépression post-partum et de TSPT, ce qui va de pair avec une affectation des liens avec son bébé.

« J'étais vraiment ailleurs ... Ça s'est passé en un quart d'heure tout ça. J'étais vraiment dans ma bulle. On me disait « Il faut enlever vos bijoux ». J'étais trop dans le mal... Elles étaient super rapides. Mais ils m'ont dit « ne vous inquiétez pas. Ce n'est pas parce qu'il y a quelque chose de grave, c'est parce que c'est la procédure » pour ne pas me faire paniquer je pense. Je n'avais pas entendu que c'était une césarienne. Je pensais que dans cette salle j'allais accoucher normalement. C'est une fois que je me suis réveillée, on m'a ramenée en salle de réveil. On m'a dit... « Ça va, vous n'avez pas trop mal au niveau de la cicatrice ? » Je ne ressentais toujours rien. Je pensais qu'elle parlait d'une cicatrice en bas et puis après on a commencé à disucler. La dame qui me parlait me disait « Ne vous inquiétez pas, ça passe vite. Je suis passée par là 3 fois. La césarienne fait mal une semaine, après on est bien ». J'ai commencé à toucher mon ventre, et j'ai senti que j'avais une cicatrice et donc que ce n'était pas par voie basse, que c'était vraiment une césarienne. » Patiente E

La patiente J, quant à elle, nous explique que l'équipe a utilisé des termes médicaux qu'elle n'a pas compris. C'est son conjoint qui a reformulé les informations données par l'équipe, car il est pompier et comprenait les termes employés. Nous pouvons nous questionner sur notre façon de donner les explications aux patientes lors des situations d'urgence et peut-être employer des mots plus simples sans termes médicaux pour une meilleure compréhension par la patiente.

« Elles m'ont dit quand elles m'ont sondée, quand elles m'ont repiquée. Après elles l'ont dit mais dans des termes plutôt médicaux, sous la pression, j'imagine. Si mon mari ne m'avait pas dit que j'avais fait une chute de tension, je n'aurais pas compris pourquoi j'avais vomi ni pourquoi je m'étais sentie mal.

La première alerte, on partait sur un code rouge, je conçois qu'elles n'avaient pas le temps de vraiment tout expliquer. D'ailleurs, la sage-femme est revenue pour le remercier d'avoir pris le temps

de m'expliquer avec des mots simples ce qu'il se passait pendant qu'ils s'activaient autour de moi. »

Patiente J

A travers le témoignage de la patiente J, nous voyons que le rôle du père est très important en salle d'accouchement même pendant les situations d'urgence car il permet à la patiente de comprendre ce qu'il se passe et d'avoir un repère dans la salle. En effet, nous utilisons des termes médicaux pour communiquer avec les professionnels de santé présents dans la salle. Mais les patientes ne comprennent pas toujours ce qu'il se passe et ce que nous disons. Nous devons alors particulièrement faire attention aux termes employés pour une meilleure compréhension par la patiente. Cela induirait peut-être moins de stress lors de cette situation qui l'est déjà suffisamment.

3.2.3 Retour avec l'équipe soignante sur le vécu de la patiente

La plupart des patientes nous ont confiées que la discussion à posteriori avec l'équipe médicale, que celle-ci ait été présente lors de la césarienne ou bien que ce soit les sages-femmes de suites de couches qui prenaient le temps de revenir sur ce qu'il s'était passé, permettait un meilleur vécu de la situation. Cependant, certaines patientes pensaient avoir un bon vécu de leur accouchement mais en discutant avec nous lors de l'entretien et en retraçant l'histoire de leur accouchement, se sont rendues compte qu'elles n'avaient pas un bon vécu de celui-ci. Ces patientes nous ont confié que l'équipe n'avait pas pris le temps avec elles pour parler de leur vécu. Le personnel passait régulièrement dans la chambre voir la patiente et son bébé mais ne revenait pas sur le déroulé de l'accouchement. Ces patientes ont aussi pu nous expliquer que, si elles ne sentaient pas les équipes disponibles à l'écoute ou que le lien de confiance entre elles et les équipes ne se faisait pas, elles ne se sentaient pas rassurées pour parler de leur ressenti. L'accompagnement psychologique par l'équipe médicale semble jouer un rôle pour un meilleur vécu de l'accouchement et engendrer moins de perturbations des liens d'attachement.

« Si j'ai besoin de parler, il faut que je sois un peu plus en confiance, peut-être un peu plus à l'aise, qu'on nous montre que la personne a du temps. Personne n'est venu me voir, pas une fois pour discuter avec moi, me parler de comment je vais psychologiquement. C'est dommage. Quelquefois, on a peut-être besoin de réconfort, d'être rassuré, d'être... Voilà. Il y avait besoin de se poser et de reparler de tout ça. Ça aurait été bien. C'est une expérience qu'on vit, on ne la vit pas tous les jours. On a besoin d'en parler de cette expérience. On a besoin d'en parler à des personnes qui sont dans le milieu professionnel. Elles savent ce qu'on vit. Elles le voient avec d'autres personnes. On peut en parler à nos proches, mais ce n'est pas pareil. Donc, ça manque... Il y a des soirs où j'étais angoissée. Je ne sais pas pourquoi. J'aurais aimé dire que je ne me sentais pas bien. » Patiente G

Les patientes ayant pu discuter avec des sages-femmes et des psychologues en suites de couches après leur césarienne d'urgence semblent avoir un meilleur vécu de la situation. Elles expriment un soulagement d'avoir pu s'exprimer. Nous avons pu remarquer pendant les entretiens que toutes les patientes n'avaient pas pu avoir ce moment avec un professionnel pour parler de leur ressenti. Elles se sont donc livrées à nous, elles se sont rendu compte qu'elles n'avaient en réalité pas un bon vécu de la situation. En retraçant leur histoire ensemble, elles ont pu s'exprimer et nous confier qu'elles sentaient le besoin nécessaire de revenir sur la situation avec un psychologue et de peut-être par la suite avoir un suivi psychologique. De surcroît, une discussion systématique avec la patiente semble nécessaire pour réduire les risques de dépression du post-partum et TSPT.

« Ce n'est pas facile d'en reparler finalement. C'est vrai que je n'avais pas forcément ré abordé le sujet depuis que ça s'est passé et je pensais l'avoir mieux vécu que ça en fait. » Patiente D, en pleurant

3.2.4 Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) : un manque d'informations sur les césariennes d'urgence

Toutes les primipares sauf la patiente E ont participé aux cours de PNP. Cependant, il semble qu'il y ait un manque d'informations sur les césariennes d'urgence. En effet, les patientes se sentent pleinement préparées à accoucher par voie basse après ces cours. Mais elles ne se sentaient pas prêtes à accoucher par césarienne d'urgence, elles nous disent manquer d'informations sur le déroulé de la césarienne d'urgence. Elles nous confient aussi que les sages-femmes ayant réalisé les cours de PNP passent rapidement sur ce thème et donc que les patientes ne se sentant pas concernées de prime abord, sont certainement moins attentives au peu d'informations données sur la césarienne d'urgence.

« On ne nous explique pas franchement ce qu'est vraiment un code rouge, ou un code orange, ni comment ça se passe. On a évoqué la césarienne, mais on ne comprend pas trop ce qu'il se passe. Je pense qu'en amont, dans le cours de préparation à l'accouchement, il faut que nos sages-femmes prennent un peu plus de temps pour expliquer ce genre de choses, parce qu'on est préparé à l'accouchement, à la respiration, à pousser, à l'épisiotomie. On est complètement préparé à l'accouchement naturel mais les césariennes on les aborde si peu que c'est vraiment hyper stressant. Moi, je n'avais vraiment pas assez d'informations. » Patiente J

Dans le cas de la patiente E, qui n'a pas participé aux cours de PNP, elle nous confie ne pas avoir compris l'importance de ces cours et regrette qu'ils ne soient pas obligatoires pour un premier enfant car elle suppose qu'elle aurait eu plus d'informations et donc moins d'incompréhension face à cette

situation. Il paraît donc nécessaire d'insister sur l'importance de la PNP pendant la grossesse et de peut-être donner plus d'explications sur son intérêt.

« Les cours de préparations à l'accouchement, c'est dommage qu'ils soient en option, parce qu'au final si on les fait on va savoir comment ça va se passer. Pour moi ce n'est pas logique. Je pensais que ce qui était abordé c'était comment l'allaiter, comment l'habiller, comment le nettoyer, enfin, c'était plus ça. Mais vu que là, tout le monde accouche, ce n'est pas une option, en disant « Est-ce que vous voulez faire un cours de préparation ? » Ce n'est pas assez détaillé, en fait. Il y a des choses qu'on devrait dire, certains cours devraient être obligatoires, comme la péridurale, les risques, tout ça. Pour moi, c'est une obligation, parce qu'on y passe quoi qu'il arrive, c'est dommage de ne pas plus nous expliquer. » Patiente E

Les patientes F et G avaient accouché par césarienne d'urgence pour leur premier enfant, elles se sentaient donc mieux préparées à une éventuelle césarienne d'urgence.

« J'étais plus sereine, on va dire. J'étais moins paniquée que la première fois, parce que la première fois je ne savais pas. Là, je me suis dit, c'est la même expérience, je vis la même chose. Je sais où je vais, je sais ce qu'il va se passer. Même si c'est une césarienne d'urgence, on va dire que j'étais plus préparée. » Patiente G

La patiente H avait eu une césarienne programmée pour siége pour son premier enfant, elle connaissait le déroulé d'une césarienne. De plus, lors de ses consultations de grossesse les médecins lui avaient expliqué que du fait de son utérus cicatriciel, elle avait plus de risques d'accoucher par césarienne d'urgence pour cet enfant. Nous pouvons nous demander pourquoi les autres patientes ne sont pas informées d'une éventuelle césarienne d'urgence lors des consultations de suivi périnatal puisque cela peut toucher toutes les patientes peu importe leur parité. Cela nous interroge sur le moment où nous donnons ces informations.

« La césarienne, on avait un peu parlé, lors de mon rendez-vous du neuvième mois, il m'avait dit de me préparer à la césarienne d'urgence. Après, comme je l'ai dit, pour moi, une deuxième césarienne, ce n'était pas anodin, mais je m'étais préparée dans tous les cas. » Patiente H

A contrario, la patiente D avait fait une PNP pour son premier enfant, elle avait accouché par voie basse. La possibilité d'une césarienne en urgence ne lui était pas venue à l'esprit, elle qui nous décrit un accouchement eutocique pour son premier enfant, ainsi qu'une grossesse de déroulement physiologique pour son deuxième enfant. De surcroît, un rappel sur les potentielles complications de l'accouchement semble nécessaire afin de réduire les risques de dépression du post-partum et les TSPT.

« Je n'avais pas spécialement pensé à la préparation à la naissance. Je me suis peut-être dit que je n'en avais pas besoin. Je l'avais fait pour le premier mais là on n'y a pas forcément pensé en fait. Ça ne nous a pas vraiment semblé utile, ça ne nous a pas paru même nécessaire plus que ça. Alors que c'est bête, parce que d'une grossesse à l'autre et d'un accouchement à l'autre c'est différent. Et puis mon premier a 10 ans donc ça remonte aussi un petit peu. Mais cette fois c'est vrai que ça ne m'a pas spécialement traversé l'esprit. » Patiente D

Nous reviendrons sur l'intérêt de la PNP et des informations délivrées aux patientes ultérieurement.

3.3 Des relations

3.3.1 L'importance du couple

Lors des entretiens les patientes nous ont raconté la journée de leur accouchement, elles nous disent que la séparation avec leur conjoint a été compliquée. Les conjoints de toutes les patientes sauf des patientes H et I sont restés seuls dans la salle d'accouchement et n'ont pas pu accompagner leur femme dans le bloc opératoire. Les patientes nous ont décrit ce moment comme long et stressant pour les pères. Cette séparation a été difficile à vivre pour elle également. Elles décrivent une séparation physique difficile en voyant leur conjoint rester seul dans la salle d'accouchement pendant qu'elles sont emmenées en salle d'opération. Elles se sentent seules malgré l'équipe médicale présente autour d'elles. Elles se retrouvent sans repère dans le bloc. Elles s'inquiètent pour leur conjoint. Cette inquiétude est également partagée par les pères qui voient leur femme et leur enfant partir sur le lit en urgence dans le bloc opératoire. Ils sont également frustrés de ne pas assister à la finalité de l'accouchement et à la naissance de leur enfant.

« Cela étant, il y a eu un moment un peu déchirant où ils lui ont dit, « il vous reste 30 secondes pour lui dire au revoir ». Ensuite, tu pars vers le bloc et tu le vois tout seul dans le couloir. Donc ça, c'est un peu horrible. » Patiente J

Par ailleurs, la patiente H, dont le conjoint a pu être présent dans le bloc opératoire, décrit un soulagement de ne pas être séparée de lui. Elle se sentait rassurée par sa présence. Elle nous confie également avoir un meilleur vécu de la naissance de son enfant, ayant pu partager ce moment singulier avec lui. La situation semble également mieux vécue par le père qui a pu être présent au moment de la naissance et qui a ensuite pu rester avec son enfant lors des premiers soins et pendant ses premières heures de vie. La présence du père semble importante pour les patientes lors des césariennes d'urgence et permet un meilleur vécu de la situation. Nous pouvons nous questionner sur nos pratiques et sur comment serait-il possible d'inclure le père lors des césariennes d'urgence ? En cas de

césarienne d'urgence nous pourrions peut-être avoir une personne dédiée au père pour ne pas le laisser seul en salle d'accouchement et l'emmener se préparer pour qu'il puisse venir dans le bloc opératoire et assister à la naissance de son enfant. Cela pourrait être moins anxiogène pour la patiente mais également pour le père.

« Finalement, c'était le même schéma que la première naissance sauf que c'était annoncé en césarienne code orange mais mon mari a pu être présent dans le bloc, il s'est occupé de notre enfant. Il était avec moi pour la naissance. Tout s'est bien passé, on l'a entendu pleurer et on ne connaissait pas le sexe. C'est mon mari qui a regardé le sexe et qui me l'a annoncé. On était super contents ! C'était bien que malgré l'urgence il puisse participer à la césarienne et qu'il ne soit pas mis à l'écart. »

Patiente H

3.3.2 La séparation mère/enfant

Les patientes ont toutes souhaité faire du peau à peau et la tétée d'accueil avec leur bébé. Cet instant privilégié avec leur enfant a été retardé par la césarienne, la patiente reste dans le bloc opératoire pendant que l'enfant est avec son père et l'équipe médicale. En outre, si ce moment de séparation semble long à la mère, le nouveau-né a pu être emmené en salle de réveil pour les patientes B, C, D, F, G, I et J, soit pour quasiment la plupart des patientes de cette étude.

« C'était plutôt frustrant parce que je n'ai pas pu faire de peau à peau tout de suite car je me sentais trop fatiguée. Elles me l'ont proposé, mais moi je ne me sentais pas du tout, parce que je sentais que je n'arrivais pas à garder les yeux ouverts. Donc c'était plutôt frustrant de ce côté-là. Je voulais faire la tétée d'accueil et le peau à peau tout de suite, finalement, on l'a fait et ça a été. Mais du coup, il était à côté de moi, mais je n'en ai pas profité non plus comme je voulais, parce que j'étais hyper fatiguée.

» Patiente B

Les patientes A, E et H n'ont pas pu avoir leur enfant avec elles en salle de réveil. Elles décrivent un long moment, avec une impatience d'avoir leur enfant auprès d'elles. Ces patientes ont émis le souhait d'avoir une salle de réveil spécifique, qui permette la présence des nouveau-nés. Elles pensent que cela pourrait éviter une séparation mère/enfant de presque deux heures correspondant aux deux heures de surveillance de post-partum immédiat. Les parents et leur enfant n'ont pas pu être réunis dans certains cas car les salles de réveils sont communes aux autres blocs opératoires, donc d'autres patients sont présents dans cette salle pour toutes autres opérations. Les bébés peuvent être présents dans ces salles de réveil quand d'autres chirurgies ne sont pas en cours et que les jeunes mamans sont donc seules à l'intérieur. Les salles de réveil communes à tous les blocs pourraient être aménagées

avec la mise en place d'un paravent par exemple pour ne pas gêner les autres patients présents. Cela pourrait permettre à l'enfant et au père d'être présent et ainsi de ne pas avoir une séparation de la triade lors des premières heures de vie de l'enfant.

« On se retrouve seule pendant deux heures sans notre bébé, on ne peut pas en profiter. Il y a quand même un déchirement avec cette séparation même si on sait que le papa est là pour prendre le relai. Ça fait un lien coupé. C'est pour ça qu'ils devraient faire des salles de réveil séparées qu'on puisse en profiter pendant les deux heures, parce qu'attendre pendant deux heures seule, c'est très long et c'est dur de se dire que nous, en tant que maman, on n'est pas là pour notre enfant. » Patiente H

Le peau à peau et la tétée d'accueil semblent très importants pour les mamans et sont pourtant retardés dans certaines situations. Cela contribue au lien d'attachement mère/enfant, celui-ci peut être troublé en cas de séparation. La patiente J parle d'«arrachement» et de «séparation brutale» quand la sage-femme a emmené son bébé auprès de son père et qu'elle n'a donc pas pu faire le peau à peau ni la tétée d'accueil.

« Avec du recul, en y réfléchissant, je pense que c'est parce que j'ai l'impression qu'on me l'a tout de suite enlevée. Que je n'ai pas pu... On s'imagine la tétée d'accueil, le peau à peau et en fait, j'ai vraiment eu l'impression qu'on me l'a arrachée tout de suite. Même si, je sais qu'elle allait bien, que c'était le mieux pour nous, je ne peux pas revenir dessus. Je pense qu'il y a une frustration de ce moment où on la met au monde et on n'a pas le temps de la voir. C'est ça qui est frustrant en fait de ne pas pouvoir l'avoir avec moi. » Patiente J

Il paraît important d'encourager les moments de partage et de contact mère/enfant après la naissance comme l'allaitement, le peau à peau et le portage pour entretenir les liens d'attachement. Nous verrons par la suite que l'allaitement participe à l'établissement de ces liens précoces.

3.3.3 Le père : le lien entre mère et enfant lors de la séparation

La totalité des patientes expriment une déception à ne pas pouvoir assister à la rencontre entre leur enfant et leur conjoint. Néanmoins, elles se sentent rassurées de savoir leur bébé avec leur conjoint, car cela signifie qu'il se porte suffisamment bien pour rester avec son père et qu'il ne nécessite pas de soins importants. Le père fait alors fonction de pont entre l'enfant et sa mère puisqu'il est présent lors des premiers moments de vie du nouveau-né pendant que la mère est en salle d'opération et en salle de réveil.

« Ils n'ont pas pu emmener le bébé, parce qu'il faisait très froid dans cette salle. Moi, déjà j'avais froid donc quand la sage-femme qui avait pris le temps de me parler au bloc est venue je lui ai demandé où était mon bébé. Elle m'a dit qu'il était sur son papa en peau à peau, donc je lui ai dit de le laisser là-bas plutôt que d'essayer de faire venir tout le monde ici alors qu'il fait trop froid pour lui. Je me suis dit que s'il était en peau à peau avec son papa c'est qu'il allait bien, il n'était branché à rien, il n'était pas en couveuse. Il allait bien, autant le laisser où il était. » Patiente A

Le rôle du père est important puisque c'est lui qui racontera à la mère les premiers instants de vie de leur bébé. La patiente G qui avait déjà eu une césarienne d'urgence pour son premier accouchement avait regretté de ne pas pouvoir assister aux premiers instants de vie de son enfant et avait donc demandé à son conjoint avant de partir au bloc opératoire de prendre des photos et des vidéos. Les photos et les vidéos systématiques des enfants lors de leur premiers instants de vie pourraient permettre aux mamans de les voir lors de ces instants où elles ne sont pas présentes.

« Il a fait pas mal de photos, de vidéos. J'ai voulu voir tout ce que je n'ai pas vu, tout ce à quoi je n'ai pas pu assister. Mais j'aurais tellement aimé ... Je lui ai demandé comment ça s'était passé. Est-ce qu'elle a pleuré ? Est-ce qu'il y avait le pédiatre ? Est-ce qu'ils l'ont pesée tout de suite ? Toutes ces petites questions-là, je voulais savoir comment ça c'était passé, les détails. Ce que je n'ai pas vu. Heureusement qu'on en avait parlé avant parce qu'on se doutait de la césarienne. Je lui disais avant de partir au bloc, fais plein de vidéos, prends des photos. Donc, heureusement qu'il y a eu ces photos qui rattrapent un peu ce moment que la maman ne vit pas et que je pense que je ne vivrai jamais puisque vu que c'est ma deuxième césarienne. » Patiente G

Les patientes nous ont également parlé des ressentis de leur conjoint lors de la séparation. En effet, ils ont exprimé être inquiets en voyant leur femme et leur enfant partir au bloc opératoire. Néanmoins, ils étaient heureux d'avoir eu ce moment privilégié avec leur bébé pendant que les mamans étaient en salle d'opération. Ils disaient avoir eu le choix de s'occuper de leur enfant ou de le laisser avec le personnel médical dans un berceau. Ils ont tous fait le choix de faire du peau à peau avec leur enfant et trouvaient que c'était important surtout quand ils ne pouvaient pas rejoindre leur femme en salle de réveil. Ils ont pris leur rôle rapidement en tant que père de cet enfant et dans la triade parents/enfant. Ils ont exprimé l'hypothèse que si la naissance s'était déroulée par voie basse alors ils n'auraient peut-être pas eu l'opportunité de faire du peau à peau avec leur enfant. Ils ont également confié à leur femme et, elles ont aussi remarqué, que dans les suites du séjour, ils avaient pu d'avantage s'occuper et s'investir auprès de leur enfant par rapport à ce qu'ils avaient imaginé et envisagé.

« Le papa a eu de la chance parce qu'il en a profité pratiquement pendant deux heures rien que pour lui. Il n'était pas content de me voir partir parce que c'était dur pour lui de me voir partir en césarienne. Mais il a été content parce qu'il a eu son moment privilégié avec sa fille. » Patiente J

« C'est sûr que de base il y a des choses qu'il n'avait pas prévu de faire et que finalement il a fait et qu'il ne regrette pas du tout. Je ne pensais pas qu'il allait faire du peau à peau, on n'y avait pas pensé. Il lui a changé ses couches et il s'en est occupé comme on ne l'avait pas imaginé et il en est très content. » Patiente E

3.3.4 L'allaitement maternel privilégié lors des césariennes d'urgence

Huit patientes sur les dix entretiens réalisés ont choisi d'allaiter leur bébé. L'allaitement maternel semble important dans les relations mère/enfant. En effet, il apporte une proximité à cette dyade et participe à la création des liens précoces d'attachement. La patiente J nous explique que l'allaitement lui permet de partager des moments privilégiés avec son enfant comme pour pallier les moments où elle n'a pas pu être présente avec ce dernier lors de ces premiers instants de vie. Cela sera discuté dans une partie ultérieure.

« Je voulais allaiter. Pour la première fois, j'avais essayé de me préparer en me disant que si ça marche, tant mieux et si ça ne marche pas, je ne me frustre pas pour elle. Je pense que malgré tout, j'insiste un peu sur cette notion d'allaitement parce que j'ai besoin de ce contact avec elle derrière cette séparation. Parce que les premiers moments que j'ai vécu avec elle, c'était le moment d'allaitement. C'est notre moment à nous, c'est ce que je disais à la sage-femme, elle mange, et c'est aussi un moment de réconfort pour toutes les deux. C'est pour ça aussi que je continue c'est un moment privilégié entre nous. » Patiente J

L'accouchement par césarienne peut retarder la montée de lait, les patientes n'en sont pas toujours informées. Un accompagnement à l'allaitement maternel par les professionnels de santé semble nécessaire pour les informer du possible retard de la montée de lait et donc les rassurer sur la situation. Elles ressentent, pour la plupart, un échec de leur accouchement. Alors un accompagnement à l'allaitement maternel pourrait permettre à la patiente de ressentir un sentiment d'accomplissement et éviter un autre sentiment d'échec par rapport à son enfant et donc du lien mère/enfant.

« On ne sait pas si l'accouchement va se terminer en césarienne ou pas. Pourtant, les montées de lait sont différentes entre l'accouchement par voie basse et la césarienne, et ça je l'ai appris après, quand j'étais en plein dedans. Quand je suis sortie du bloc, j'étais en salle de réveil, les sages-femmes ont

tenté de me le mettre au sein, ça a été compliqué, donc on a décidé de prendre un embout en silicone pour qu'il prenne mieux le sein. Ensuite, on a vu que ça ne suffisait pas et qu'il ne tétait pas assez. C'est là où j'ai appris que la montée de lait était plus longue du fait de la césarienne en urgence. Je n'ai pas eu de de préparation spécifique avant, je l'ai appris sur le tas. On nous parle des complications de l'accouchement en préparation à la naissance mais pas des complications de l'allaitement. » Patiente C

3.4 Différentes rencontres

Les patientes expriment plusieurs rencontres avec leur enfant. Une première rencontre dans le bloc opératoire, une seconde en salle de réveil pour les patientes qui ont pu avoir leur enfant avec elle à cet instant et une autre rencontre en chambre. Elles nous disent qu'elles rencontrent tous les jours leur enfant car mères et nouveau-nés apprennent à se découvrir mutuellement lors du séjour. Il nous semble nécessaire de ne pas négliger ces moments, malgré l'urgence, puisqu'ils représentent des moments importants pour la dyade. Selon le vécu de ces rencontres, les mamans peuvent avoir des relations mère/enfant affectées.

3.4.1 La rencontre dans le bloc

Les patientes nous expliquent avoir eu une première rencontre avec leur bébé dans le bloc opératoire. En effet, elles décrivent d'abord une rencontre auditive puisqu'elles l'entendent crier, et ressentent un immense soulagement. Cela signifie pour elles qu'il va suffisamment bien pour pleurer et surtout qu'il est en vie ce qui était une de leur principale préoccupation au moment de la décision de césarienne. Les sages-femmes expliquent en amont aux patientes qu'elles risquent de devoir partir rapidement avec l'enfant à la naissance pour possiblement le réanimer s'il ne va pas bien, ce qui stresse la mère.

« Elle m'a dit que le petit pouvait avoir besoin de plus de temps pour atterrir quand il sort, et je ne le savais pas. Elles me l'ont dit sur le moment quand j'étais au bloc. Elles m'ont dit, « On va le sortir. Il va peut-être mettre plus longtemps à atterrir donc vous n'allez peut-être pas l'entendre crier tout de suite et je vais peut-être devoir l'emmener rapidement pour l'aider à atterrir. » Patiente C

Elles nous racontent également qu'il y a une rencontre visuelle. Lors de nos entretiens les sages-femmes ont pu présenter l'enfant à leur mère dans le bloc opératoire. Les patientes découvrent alors leur bébé physiquement. Après l'avoir imaginé elles le voient. Cependant, elles décrivent une

rencontre rapide car l'enfant est présenté à sa mère par la sage-femme puis est emmené rapidement pour être séché et examiné, il est ramené à sa mère ensuite. Elles nous racontent qu'elles ne le voient qu'un court instant. Certaines nous ont dit avoir ressenti une coupure de ce lien avoir eu une impression qu'on leur « arrachait » leur enfant dans le bloc opératoire. Cette rencontre rapide suivie de la séparation mère/enfant a été difficile à vivre pour les patientes notamment pour la patiente J. Cela nous amène à nous questionner sur la façon dont nous présentons l'enfant à sa maman. Nous devrions prendre plus de temps avec la patiente et son nouveau-né et donner plus d'explications sur la suite de la prise en charge pour un meilleur vécu de la situation.

« Ils l'ont emmaillotée, ils l'ont ramenée vers moi. Je l'ai eue à peu près quinze secondes sur moi et je me suis remise à vomir à cause des chutes de tension. Donc elle a dû me l'enlever. C'était un moment très frustrant. Du coup, j'ai à peine pu l'apercevoir et après, elle est partie. » Patiente J

Les patientes A et E parlent d'une rencontre à travers le premier regard qu'elles ont partagé avec leur enfant et qu'on appelle le protoregard. La patiente A nous explique qu'il n'y a pas eu de « coup de foudre » entre elle et son bébé mais qu'elle l'a ressenti plus tard. Elle explique que malgré la rencontre rapide il s'est passé quelque chose quand elle a regardé son enfant dans les yeux.

« Je m'attendais à ce qu'il y ait un truc, une sorte de coup de foudre. Je ne sais pas comment expliquer ça. C'est vrai que c'est venu peut-être un peu après. Le lien aujourd'hui, c'est sûr qu'on l'a, mais il y a eu un truc dans les yeux la première fois qu'on s'est regardé dans le bloc. » Patiente A

La patiente D a exprimé craindre qu'avec la séparation le lien ne se fasse pas et que son enfant ne la reconnaisse pas. Elle avait peur qu'il n'y ait pas ce lien « magique » en comparaison avec son premier accouchement où elle décrit qu'elle avait tout de suite eu son bébé contre elle et où il y avait eu un échange de regard qui lui avait fait ressentir un sentiment particulier.

« J'avais peur que le fait de pas l'avoir eu tout de suite avec moi, qu'il ne me reconnaisse pas, je ne sais pas, qu'il n'y ait pas ce truc un peu magique. Je compare tout avec la naissance de mon premier, mais c'est vrai que le premier quand il est sorti, on me l'a donné, je l'avais tout de suite contre moi et il y a eu un échange. J'avais peur en n'ayant pas ça de ne jamais ressentir ce truc, je ne sais pas comment le dire. Mais enfin, vraiment, dès qu'on m'a amené en salle de réveil, j'ai eu ce moment de « Ah oui ». Je l'ai regardé, on s'est touché, c'était trop bien. C'était top. C'est vrai quand on dit que c'est magique, c'est vraiment magique. Donc peu importe comment ça se passe finalement. »

Patiente D

Contrairement à la patiente E qui nous décrit un moment d'émerveillement en voyant son enfant.

« Une fois qu'on a entendu ses pleurs, je l'ai vu courir prendre le bébé. Et elle m'a montré, son visage. Elle m'a dit, « regardez, c'est votre bébé ». Puis elle me l'a posé sur mon épaule pendant dix secondes. Cela étant, je ne sais pas si c'était rapide pour moi, ou si c'était vraiment dix secondes. Mais c'était vraiment intense. En fait, on ne sait pas à quoi il ressemble. Dès que je l'ai vu, et que j'ai vu qu'il était en bonne santé, ça m'a rassurée. Ensuite, quand j'ai vu qu'il pleurait, j'ai entendu qu'il pleurait, je l'ai vu. Je me suis dit, « mais il est trop beau ! Il est trop beau ! » J'étais trop heureuse. » Patiente E

La patiente G exprime de la culpabilité car elle n'a pas ressenti de coup de foudre pour son bébé et n'a pas pleuré en le voyant. Elle se sentait coupable d'avoir eu l'impression de ne pas avoir eu le lien d'attachement instantanément et seulement plus tard lors du séjour. Elle nous parle de ce qu'elle a pu entendre dans son entourage et ailleurs. Ces paroles l'ont fait se remettre en question par rapport au lien qu'elle avait avec son bébé et qui ne s'est pas fait tout de suite et son ressenti de ne pas être alors une « bonne mère ».

« Mais ce sont des choses où je m'en veux maintenant. Je m'en veux quelque part parce que je me dis, est ce que c'est tout le monde qui est comme ça ou il n'y a que moi ? C'est bizarre. Parce que quand j'entends les gens dire, oui, tu deviens tout de suite, dès que tu le vois ton bébé, ça y est, tu meurs pour lui. Mais en fait, c'est un mythe ce truc ou c'est moi qui ne suis pas normale ? Donc je ne sais pas si c'est lié à la fatigue, ou au fait que je suis pleine de médicaments à ce moment-là. Ça reste un peu frustrant quand même. Je me dis peut-être que c'est moi qui ne suis pas normale. Mais je n'ai pas pleuré. Je n'ai pas eu ce sentiment de vouloir pleurer en voyant mon bébé. » Patiente G

A travers le témoignage de cette patiente, nous voyons qu'il est important de rassurer les patientes par rapport au lien qu'elles peuvent avoir avec leur enfant puisque celui-ci ne se fait pas forcément dès la naissance et peut prendre du temps à se créer. Il semble nécessaire que cette question soit abordée en PNP afin d'éviter que les mères culpabilisent et se remettent en question sur le lien qu'elles ont avec leur bébé.

3.4.2 La rencontre dans la salle de réveil

Nous parlerons dans cette partie seulement des patientes ayant pu avoir leur enfant auprès d'elles en salle de réveil. Nous nous concentrons ici seulement sur la rencontre qu'elles nous décrivent. Elles ne retrouvent pas seulement leur bébé mais aussi leur conjoint. Le couple est donc de nouveau réuni après la séparation physique lors de la césarienne. La triade parents/enfant se rencontre pour la première fois après que chaque membre du couple ait rencontré le nouveau-né séparément. La mère a eu une première rencontre dans le bloc opératoire et le père a rencontré à son tour son enfant quand

la sage-femme lui a apporté à la sortie du bloc. Elles nous racontent une nouvelle rencontre avec leur enfant après celle au bloc opératoire.

« On était trop contents de se retrouver tous les trois en salle de réveil. J'étais contente de voir qu'il allait bien. On m'avait dit qu'il allait bien, mais tant qu'on ne le voit pas on ne sait pas ... On me l'a laissé longtemps aussi, donc on a pu faire connaissance, même si je l'avais aperçu à la sortie ... J'ai quand même eu l'occasion de l'embrasser avant qu'il parte faire les premiers soins avec son papa parce qu'il allait bien une fois sorti. » Patiente D

Les patientes nous confient que les effets des produits anesthésiants étant toujours présents, la rencontre en salle de réveil n'est pas forcément la meilleure qu'elle garde en mémoire. Elles ne se sentent pas disponibles psychologiquement pour cette rencontre du fait de l'anesthésie et de la fatigue. Elles sont fatiguées et ressentent le besoin de dormir. Elles ne peuvent pas profiter pleinement de cet instant.

« Ils sont arrivés très rapidement dans la salle de réveil. Après, c'était compliqué pour moi parce que je pense qu'en fait j'ai tellement pleuré quand on m'a dit « césarienne code rouge » et j'étais tellement angoissée pour mon bébé qu'on a dû mettre quelque chose dans les perfusions pour me détendre. Je dis ça parce que je suis revenue du bloc, je n'arrivais plus à garder les yeux ouverts. J'étais hyper fatiguée, je n'arrivais pas à tenir. Mais du coup, c'était plutôt frustrant parce que je n'ai pas pu faire de peau à peau tout de suite. Parce que je me sentais trop fatiguée. Elles me l'ont proposé, mais moi je ne me sentais pas du tout, parce que je sentais que je n'arrivais pas à garder les yeux ouverts. » Patiente B

« C'est différent, en fait. Il y a ces temps de rencontre... Oui, on va vous le présenter, mais... Est-ce que moi, je suis disponible psychologiquement à ce moment-là pour vraiment être dans la rencontre, avec un grand R ? Enfin, le moment n'est pas propice pour moi. Évidemment, chaque moment compte, mais... Je trouve que tout ce qu'on vit émotionnellement, ça rentre aussi beaucoup en compte. Parce que moi, à ce moment-là, ce n'est juste pas le moment... J'étais en lévitation. » Patiente I

Nous allons prendre le cas de la patiente F qui a eu une césarienne code rouge sous anesthésie générale. Elle a donc rencontré son enfant pour la première fois en salle de réveil. Elle était encore sous les effets des produits anesthésiants. Elle nous dit ne pas avoir de notions d'émerveillement en voyant son enfant en salle de réveil. Elle nous explique ne pas se rappeler des sentiments qu'elle a eu à l'égard de son enfant en comparaison avec son premier accouchement. Elle nous décrit avoir le souvenir de son enfant habillé dans les bras de son père.

« J'étais tellement dans les vapes qu'il n'y a pas forcément une notion d'émerveillement. Je me dis, « elle ressemble à ça » parce que pendant neuf mois, on se dit « À quoi elle va ressembler ? » Ensuite, quand j'ai ouvert les yeux, je vois encore en me retournant mon mari avec ma fille. Après la sensation que j'ai eu, je ne saurais pas la décrire parce que je pense que j'étais un peu trop dans les vapes. J'ai vraiment réalisé quelques heures après quand j'ai repris mes esprits, je l'ai mise au sein, je l'ai mise contre moi. Là, je me dis, elle est là, ça y est. Mais les premiers regards, j'étais trop dans les vapes pour avoir un souvenir d'émotion. Je me souviens des images, mais je ne sais pas dire les émotions que j'ai eu. C'est un peu flou comparé à la première césarienne » Patiente F

Elle nous dit ne pas avoir vu son bébé nu en comparaison avec son premier enfant. Il s'agit pour elle de la première rencontre visuelle avec son enfant puisqu'elle était sous anesthésie générale dans le bloc opératoire. Elle nous explique qu'il lui manque une partie de la naissance de son enfant et qu'elle sait qu'elle ne pourra jamais rattraper ce moment. Elle vit ces premiers instants à travers ce que son mari a pu lui raconter. Le père fait encore une fois fonction de pont dans cette triade parents/enfant. Néanmoins, la patiente nous explique que cela reste difficile à vivre pour elle. Un suivi psychologique systématique semble nécessaire lors des césariennes d'urgence afin de réduire les risques de dépression du PP et les TSPT et ainsi éviter une altération des liens mère/enfant.

« Du coup, j'ai comparé à la première césarienne. On va dire que j'ai un moment qui me manque dans la naissance. Autant mon premier, je l'ai vu tout nu, entre guillemets, dès la sortie donc tout de suite. Alors que là, pour ma fille, elle était déjà habillée dans le berceau. Elle avait déjà une heure ou deux. Je n'ai plus trop la notion du temps. Donc, c'est vrai que c'est la différence entre les deux, il me manque un bout. C'est peut-être ça qui est dur à encaisser. Parce qu'on ne l'a pas tout de suite quand elle sort sur moi pour partager notre premier moment comme on peut s'imaginer. Mais après, il y a eu mon mari pour me raconter ce qu'il s'est passé pendant que je dormais. Ça aide aussi pour un peu resituer les événements. Puis même une fois que j'ai ouvert les yeux, j'ai émergé mais j'étais là sans être là, le temps de me réveiller et que je me resitue un peu ce qu'il se passait. J'ai l'impression de l'avoir vécu à travers ce qu'il m'a raconté. Il y a des choses que je ne verrai jamais mais bon, je me fais une raison. Maintenant, elle est là et il y aura plein d'autres moments que les tous premiers de sa vie. » Patiente F

3.4.3 La rencontre en chambre

La rencontre continue une fois que les patientes sont ramenées de la salle de réveil en chambre. Elles nous décrivent un moment privilégié avec leur bébé dans une certaine intimité car elles sont seules

avec lui. C'est un moment privilégié à deux où la dyade mère/enfant se retrouve. Les patientes ont souvent eu du temps pour se reposer et donc profitent plus de cet instant.

« Très honnêtement, je pense que la rencontre, pour moi, vraiment, avec mon bébé, ça a été le lendemain en chambre, en fait plutôt. C'est un moment aussi où on récupère un peu de la nuit, de tout ce qu'il s'est passé. Il est là et je suis là, mais la première nuit, avec tout ce qu'il s'est passé, je ne sais pas si on est vraiment dans la rencontre. Quand on est fatigué comme ça, je ne sais pas si on est pleinement consciente de ce qu'il se passe. Je ne suis pas sûre d'avoir vraiment vécu les choses à fond. Enfin, vous voyez, quand on dit avoir perçu chaque moment on est un peu spectateurs de tout ce qu'il se passe. C'est vraiment plus le lendemain, où j'ai pris le temps de me poser avec lui, de le regarder, et de dire, « alors, c'était toi, tous ces coups de pied ? ». C'est là où la rencontre se passe et c'est plutôt le lendemain. » Patiente I

La patiente E nous raconte sa rencontre avec son enfant dans la chambre. Elle nous explique que son mari, son bébé et toute sa famille l'attendait. Cependant, quand elle est rentrée dans la chambre elle nous a dit ne pas voir tout le monde autour d'elle mais seulement son enfant qu'elle n'a pas pu prendre tout de suite avec elle à cause des personnes présentes. Elle attendait que tout le monde parte pour pouvoir le prendre dans ses bras et s'en occuper. Elle s'inquiétait pour lui, de savoir ce qu'il s'était passé pendant leur séparation quand elle était en salle de réveil et que son conjoint était avec lui. Elle nous décrit alors les premiers instants avec son bébé.

« La vraie rencontre, c'était quand je suis rentrée dans la chambre. Parce que, pour moi, cinq secondes c'est trop rapide, mais j'ai vu qu'il était en bonne santé, ça m'a vraiment rassurée. Mais j'aurais préféré avoir mon petit moment avec lui et pas cinq secondes, mais aller au moins cinq ou dix minutes. Donc la rencontre c'était vraiment dans la chambre. Moi, il y avait toute ma famille dans la chambre. Je ne voyais personne, je ne voyais que mon bébé. En fait, ils étaient tous autour de lui. J'entendais leurs plusieurs voix. Mais je ne voyais personne et je voyais que lui. Je voulais juste savoir s'il allait bien et le prendre dans mes bras alors qu'il passait dans les bras de tout le monde et pas dans les miens. » Patiente E

Nous pouvons ainsi nous questionner sur la place de la famille dans ce genre de situation. En effet, en tant que professionnels de santé, nous pouvons nous demander s'il ne serait pas judicieux d'interdire les visites dans les heures qui suivent l'accouchement peu importe le type d'accouchement afin de laisser les patientes se reposer et créer un lien avec leur bébé.

Elles avaient des douleurs liées à la césarienne qui leur empêchaient certains mouvements et réduisaient leur mobilité. Elles sont frustrées de ne pas pouvoir s'occuper de leur bébé comme elles le

souhaitaient. Un berceau co-dodo a été mis en place pour la patiente C, celle-ci nous dit que cela a été bénéfique dans les suites du séjour car malgré la douleur elle a pu s'occuper de son enfant, le porter et le prendre avec elle sans avoir besoin de solliciter l'équipe ou son conjoint. Le berceau co-dodo a semblé lui faciliter les interactions avec son bébé et donc le lien mère/enfant en a été moins affecté car elle se sentait capable de s'en occuper seule. Nous pouvons nous demander si le berceau co-dodo dans les chambres ne serait pas bénéfique pour les patientes ayant accouché par césarienne pour qu'elles puissent s'occuper de leur enfant comme elles le souhaitent, sans frustration et donc participer à une mise en place d'un meilleur lien mère/enfant.

« Ils l'ont mis dans le berceau la première nuit. Enfin pour notre part il ne s'est pas passé grand-chose parce qu'il était autant fatigué que moi donc on a dormi. Le lendemain, ça a été, c'était compliqué du fait qu'il soit dans le berceau et que moi avec la cicatrice, je ne puisse pas me lever pour le porter, donc j'appelais à chaque fois pour qu'on vienne me l'amener. Ensuite on a installé le berceau co-dodo et là j'ai pu plus m'investir et vraiment m'en occuper toute seule. J'en ai profité quand même quand on était en salle de réveil. Mais quand on s'est retrouvé les deux ici c'est vrai qu'on a le temps de réaliser, de redescendre un peu de tout ça parce que c'est vrai que ça a été rapide finalement et c'est ici que j'ai pu vraiment le rencontrer et m'en occuper. » Patiente C

4 Discussion

4.1 Les forces et les faiblesses de l'étude

Notre choix de réaliser une étude qualitative entraîne des biais inévitables qui font les forces et les faiblesses de notre étude.

4.1.1 Les forces

Notre étude a été réalisée au sein de trois structures hospitalières. Cela nous a permis d'avoir plusieurs retours d'expérience selon l'établissement dans lequel la patiente avait accouché. Les hôpitaux font partie du même réseau de périnatalité donc les pratiques sont harmonisées. Ce choix nous a paru intéressant pour avoir une comparaison avec d'autres établissements, afin d'étudier si la différence d'accompagnement par les professionnels de santé, jouait un rôle essentiel ou non, dans le vécu des césariennes en urgence et donc dans les liens précoces mère/enfant.

Nous avons inclus des primipares et des multipares. Cela a pu apporter une certaine richesse à notre étude car les patientes ont pu comparer leurs expériences et apporter une autre vision à leur vécu. Il nous paraissait intéressant d'explorer parallèlement leurs vécus peu importe leur parité puisque cela nous a apporté des réponses à notre question initiale.

Dans notre étude, les femmes ont été interrogées durant leur séjour en maternité, ce qui n'a pas été retrouvé dans des mémoires soutenus les années auparavant. Dans les études réalisées quelques années plus tôt, sur un sujet semblable, les entretiens étaient réalisés plusieurs mois après que les mères soient rentrées à domicile. Dans notre étude nous avons donc l'impact des césariennes d'urgence lors du séjour en maternité sur les relations précoces mère/enfant. Les femmes interrogées une fois rentrées à domicile n'ont pas forcément la même vision de la situation avec le recul.

Nous regroupons un échantillon d'une grande hétérogénéité pour notre étude du fait de leur âge, leur parité, les accouchements précédents... Le principal indicateur est que les patientes ont accouché par césarienne d'urgence, ce qui constitue une force dans notre étude.

Durant ces échanges, il semblait important que ces femmes soient seules lors des entretiens afin qu'elles se sentent libres dans leurs paroles. Néanmoins, elles étaient en suites de couches et leurs conjoints étaient présents pour quatre patientes. Les conjoints présents ont pu amener des choses supplémentaires dans la discussion sur lesquelles les patientes rebondissaient pour nous exposer leur

point de vue. Cela a permis d'enrichir leur discours par les éléments apportés par les conjoints. Finalement, nous avons eu des échanges assez fluides que les conjoints soient présents ou non.

A la fin de chaque entretien, nous faisons un résumé des idées qui étaient apparues. Cela nous permettait de nous assurer d'avoir compris ce que les patientes avaient voulu exprimer et nous apportait des questions de relance pour les entretiens suivants. Nous avons donc pu visualiser le moment où nous nous approchions d'un début de saturation des données.

4.1.2 Les faiblesses

Pour cette étude, nous avons fait le choix d'exclure les patientes ayant été séparées de leur enfant. Cela a créé un biais de recrutement puisque le vécu des femmes ayant accouché par césarienne d'urgence et ayant leur enfant auprès d'elles n'est pas le même que si elles ne l'ont pas à leur côté.

Ensuite, toutes ces femmes ont été interrogées entre le deuxième et le cinquième jour suivant leur accouchement, cela a pu entraîner un biais. Il aurait pu être intéressant d'avoir la totalité des entretiens le cinquième jour par exemple, pour identifier comment les premiers jours pouvaient avoir un impact sur les liens précoces mère/enfant.

Certains entretiens ont dû être réalisés par visioconférence. Cela peut représenter un biais dans la finesse d'analyse en rendant plus difficile à recueillir tout ce qui est de l'ordre de l'infra-verbal.

Finalement, nous avons réalisé dix entretiens, nous nous sommes arrêtés quand nous avons commencé à avoir une saturation des données. Peut-être aurait-il fallu en réaliser un ou deux de plus qui auraient peut-être fait émerger quelques précisions ou nuances. Néanmoins, avec ce type d'étude sociologique traitant d'un sujet qui touche à l'intime, il est assez difficile d'avoir une réelle saturation des données. Il y a autant de vécus qu'il y a de personnes. Le vécu est quelque chose de subjectif qui est propre à chacun.

4.2 Discussion et proposition d'amélioration

4.2.1 Le manque d'information concernant les complications de l'accouchement

A travers nos entretiens, les patientes ont déploré un manque d'informations concernant les complications liées à l'accouchement et notamment les césariennes d'urgence lors des séances de PNP pour celles qui y ont participé. Nous ne pouvons pas rejeter ce manque d'informations sur les sages-femmes qui font les cours de PNP. En effet, toutes les patientes quel que soit leur parité ont un risque

de césarienne d'urgence pour leur accouchement. Cela nous montre que ces informations doivent être délivrées à toutes les patientes. Elles ont indiqué avoir été peu préparées et très peu informées sur cette pratique. Elles ont exprimé le sentiment d'avoir été comme dépossédées de la naissance de leur enfant et d'avoir été infantilisées. Néanmoins, il faut rappeler qu'il y a un biais de sélection naturel que font les patientes concernant les informations données.

La triade parents/enfant a été séparés dans tous les cas que nous avons rencontré. L'absence de contacts physiques mère/enfant dès la naissance peut ralentir le processus d'attachement et générer du stress. (6) Il paraît alors nécessaire d'informer les patientes sur les risques de césariennes et de communiquer des informations personnalisées à chacune. Cela pourrait notamment être fait par d'autres sages-femmes que celles qui font la PNP mais aussi par les gynécologues-obstétriciens ou les médecins traitants lors des entretiens prénataux au quatrième mois, des consultations prénatales, ou des consultations de terme par exemple. En outre, pour les patientes qui assistent aux cours de PNP il est important que cela soit abordé pour avoir les connaissances nécessaires face à cette situation. (10) Nous pouvons cependant nous demander quel moment est le plus opportun pour donner ces informations aux patientes.

Les patientes ne sont pas préparées à l'éventualité d'une césarienne d'urgence ni à son déroulement mais elles ne sont pas non plus prêtes à être séparées de leur conjoint et de leur enfant. Force est de constater que la séparation avec leur conjoint produit un stress supplémentaire chez elles. (11) Ceci va engendrer des troubles des liens précoces mère/enfant. Il est important d'humaniser la naissance par césarienne et de rappeler que l'accouchement par césarienne n'est pas seulement une intervention chirurgicale mais qu'elle va permettre la naissance de l'enfant. Il semble bénéfique de rappeler aux femmes, quelle que soit la façon dont elles vont mettre au monde leur bébé, elles vont devenir maman. En effet, l'accouchement est l'aboutissement physique et psychique de l'état de grossesse. L'accouchement est un passage, un état transitoire, qui débouche sur la réalité de la naissance de l'enfant. La mère en quelques heures vit une profonde mutation d'autant plus lors d'une naissance par césarienne d'urgence car il faut faire le deuil de l'accouchement imaginé. (12)

De plus, il paraît nécessaire de dédramatiser la naissance par césarienne. Nous savons que la culture en France met en avant un accomplissement de la maternité et de son accouchement si la femme accouche par voie basse. « Les femmes qui ont accouché par césarienne expriment moins de satisfaction par rapport à l'expérience de la naissance, elles souffrent plus souvent de perte de confiance en soi, elles ressentent une frustration du fait de la divergence entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité. L'insatisfaction se fonde sur la norme, qui considère l'accouchement par voie vaginale comme « l'accouchement normal » et favorise le sentiment de ne pas avoir vécu

« correctement » un événement essentiel de leur vie de mère ». (13) Alors qu'au Brésil les femmes souhaitent accoucher par césarienne avec un taux d'accouchement par césarienne de 52% contre 21,4% en France. Au Brésil notamment, « des femmes évaluent très positivement leur expérience. Elles ont le sentiment que la césarienne a sauvé leur vie et/ou celle de leur enfant, qu'elle a mis un terme à un travail pénible et douloureux, qu'elle leur a permis de vivre l'accouchement selon leur souhait, sans angoisse et/ou en s'organisant. Les satisfactions psychologiques peuvent être de natures très variées. La conviction d'avoir eu accès à une médecine moderne valorisée, d'avoir préservé la qualité de la sexualité, la fierté de la souffrance, avec une dimension sacrificielle allant jusqu'à l'exhibition des cicatrices sont par exemple évoquées en Amérique latine ». (13) Nous pouvons remarquer que c'est la vision de l'accouchement selon les pays qui changent la façon d'aborder la naissance de son enfant. Une information claire destinée aux patientes est nécessaire afin de leur rappeler qu'elles sont maman au même titre que les autres quelle que soit la méthode d'accouchement.

4.2.2 Les contacts précoces avec l'enfant : l'établissement des liens d'attachement

La grossesse et l'accouchement sont à l'origine de nombreux remaniements physiques et psychologiques. L'accouchement et les suites de couches comportent des aspects psychologiques de grande importance pour le processus d'attachement mère/enfant mais aussi pour l'accès à la parentalité. Les parents qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé. (14) La mère a un rôle important notamment concernant « La préoccupation maternelle primaire » décrite par Donald Woods Winnicott, pédiatre psychanalyste britannique, qui est impactée lors des césariennes d'urgence. (15) En effet, dans le post-partum, la mère se consacre pleinement aux besoins de son enfant et éprouve une nécessité à les satisfaire. Winnicott identifie trois fonctions maternelles, indispensables pour le développement harmonieux de l'enfant, qui sont mises en difficulté à la suite d'une césarienne. L'object-presenting (la présentation de l'objet) qui est la capacité de la mère de mettre à la disposition de son enfant l'objet au moment où il en a besoin. Le holding (le fait de tenir, de contenir) qui correspond au soutien physique, psychologique et au maintien de l'enfant par les soins, la protection et les bercements de la mère. Le handling (la manipulation physique de l'enfant) qui correspond aux soins prodigués à l'enfant et qui participent à ce qu'il puisse se constituer une intériorité et des limites corporelles. Une grossesse marquée par un accouchement ne correspondant pas à l'accouchement imaginé ou des douleurs importantes en post-partum causées par la césarienne par exemple, sont des éléments pouvant influencer sur la création du lien mère/enfant. Cela peut donc modifier l'object-presenting, le holding et le handling. (15) La femme peut avoir des

douleurs et des une mobilité réduite liées à la césarienne ce qui peut limiter le contact physique rapproché avec son enfant, sa participation à ses soins, sa disponibilité à son égard. Elle peut éprouver des difficultés à répondre aux besoins de son enfant et ne pas se sentir « mère suffisamment bonne » pour son enfant. Les patientes expriment alors de la frustration et cela peut donner un mauvais vécu de la situation et affecter les relations précoces.

Plusieurs études ont montré que les mères qui sont séparées de leur enfant pendant les premières heures après la naissance, comme lors une césarienne, ont plus de difficultés pour débiter et poursuivre l'allaitement maternel par exemple. (16) Au niveau psychique, la femme n'ayant pas pu s'accomplir en tant que mère par le fait d'accoucher, doute parfois de sa capacité à être mère et à prendre soin de son nouveau-né. La séparation pendant les deux premières heures de vie notamment peut altérer le lien mère/enfant, intensifier le sentiment de culpabilité de la mère et favoriser le risque de dépression du PP. Ainsi, le cercle vertueux de l'attachement mère/enfant est remplacé par le cercle vicieux d'une relation instable où se mêlent doute, douleur et détresse. Une solution mise en place pour une patiente lors de nos entretiens pour permettre un contact facilité est le berceau co-dodo dans la chambre de maternité. Cela permet à la mère de prendre ses fonctions maternelles malgré la douleur, elle n'aura pas besoin de se lever pour le porter et à simplement besoin de l'amener vers elle sans se lever de son lit pour s'en occuper et être à son contact visuellement et physiquement.

Le peau à peau est un contact privilégié entre l'enfant et sa mère qui participe à l'établissement des liens d'attachement. Lorsqu'il est précoce c'est-à-dire dès les premières minutes de vie, il favorise les comportements d'attachement, il est donc indispensable de le pratiquer. (17) Néanmoins, il paraît difficile à mettre en place lors des césariennes d'urgence. En effet, les patientes ont les bras attachés sur la table d'opération dans le bloc opératoire pour que l'équipe médicale puisse surveiller les constantes de la patiente et avoir accès aux voies veineuses périphériques pour intervenir si besoin. Nous pouvons nous demander s'il serait possible de détacher les bras de la mère pour qu'elle puisse prendre son enfant dans les bras. De plus, nous sommes dans le cas de césarienne d'urgence ce qui implique que l'enfant peut avoir besoin de soins à la naissance. Il fait froid dans le bloc opératoire et les nouveau-nés sont à risque d'hypothermie mais le peau à peau est reconnu comme moyen efficace de lutte contre l'hypothermie. Si l'état de l'enfant et de sa mère le permettent, il pourrait être intéressant d'essayer de faire du peau à peau au bloc opératoire. Cela pourrait être mis en place en mettant par exemple l'enfant sur la poitrine de sa mère, puis en déposant une couverture chauffante sur eux avec une personne à côté d'elle pour continuer la surveillance maternelle et néonatale. Par ailleurs, si le peau à peau précoce ne peut pas être pratiqué pour le moment dans le bloc opératoire pour des raisons techniques, le contact tactile précoce et prolongé détermine le succès de la première tétée et optimise le comportement d'allaitement de l'enfant. Il augmente aussi la durée de

l'allaitement maternel, ainsi que le taux d'allaitement maternel exclusif. (17) De plus, le réflexe de succion de l'enfant est maximal dans les premières quarante-cinq minutes de vie de l'enfant et va ensuite s'atténuer lors des deux heures qui suivent. Il semble nécessaire d'emmener l'enfant en salle de réveil afin de ne pas altérer les liens précoces mère/enfant. Le peau à peau en salle de réveil ainsi qu'une tétée d'accueil dès que possible semble donc nécessaire pour aider à la mise en place de l'allaitement maternel et des liens précoces d'attachement. A travers nos entretiens nous avons pu remarquer que les enfants ne sont pas toujours présents en salle de réveil quand ceux-ci sont communs aux autres blocs opératoires. Cependant la pose d'un paravent pourrait être une solution pour que les nouveau-nés puissent rester auprès de leur mère. Cela pourrait permettre de réunir la triade parents/enfant sans gêner les autres patients présents en salle de réveil.

L'allaitement maternel est un moment privilégié entre la mère et son enfant. Il participe à l'établissement des liens précoces. L'allaitement maternel semble entraîner des répercussions positives sur la relation mère/enfant. Toutefois, le lien d'attachement est complexe et dépend de nombreux facteurs, notamment du fait que certaines femmes ne souhaitent pas allaiter, de la proximité, du temps passé avec le bébé et de la réussite du projet initial. Des implications pratiques pour les professionnels de santé peuvent être proposées pour favoriser le démarrage de cette relation. (18) Cela participe à la diminution du sentiment de culpabilité ressenti par la mère et à l'impression d'être une mauvaise mère. Cela permet de réparer et de compenser la séparation lors de la césarienne d'urgence. Il paraît nécessaire de valoriser les mères et de les encourager à poursuivre l'allaitement maternel pour qu'elles se sentent capables, et qu'elles se sentent « bonnes mères ». (15) Un accompagnement pour ces patientes est indispensable afin de les soulager de leur culpabilité et de les encourager dans la poursuite de leur projet.

Néanmoins, des études ont démontré que la montée de lait pouvait être retardée à cause de la césarienne notamment avec les médicaments puissants reçus lors de l'anesthésie péridurale par exemple, le stress physique de l'opération sur le corps de la patiente, un retard dans la première tétée, des tétées moins nombreuses les premiers jours, un bébé somnolent du fait de l'anesthésie générale. Dans ce genre de situation, la montée de lait peut être retardée puisque qu'en moyenne, elle se situe entre le cinquième et sixième jour de vie de l'enfant pour une césarienne, et entre le troisième et le quatrième jour pour un accouchement eutocique. Nous comprenons donc que ce retard potentiel des capacités de la mère peut engendrer des difficultés d'attachement. (19)

L'allaitement maternel semble diminuer le risque de dépression du PP car les mères se sentent « capables » de s'occuper de leur enfant et cela réduirait le sentiment négatif qu'elles ont par rapport

à leur vécu d'accouchement. Cela nous indique qu'un encouragement de la part des professionnels de santé est important pour la mise en place de l'allaitement. (20)

4.2.3 Un accompagnement par les professionnels de santé primordial

A travers nos différents entretiens, nous avons pu constater un meilleur vécu de l'accouchement par les femmes qui se sont senties accompagnées lors de cette naissance. L'accompagnement par les professionnels de santé semble bénéfique dans toutes les étapes de l'accouchement par césarienne. En effet, une fois que les patientes ont eu les informations concernant les éventuels risques d'une césarienne d'urgence, nous avons pu remarquer dans notre étude que les femmes qui se sentaient considérées lors de leur accouchement expriment un meilleur vécu. Nous pouvons alors nous demander s'il serait judicieux d'avoir une personne dédiée aux explications données à la patiente qui utiliserait alors des termes simples pendant que les autres professionnels s'activent autour de la patiente. Il faudrait alors un nombre suffisant de personnes pour qu'une soit dédiée à cela mais nous savons que ce n'est pas toujours possible. Avoir une personne supplémentaire dédiée aux informations n'est pas quelque chose qui peut être mis en place dans tous les hôpitaux du fait de l'effectif présent sur la structure et du manque de personnel. Cependant, ce que nous pouvons faire c'est avoir une attention particulière aux termes employés pour une meilleure compréhension de la patiente et donc cela pourrait peut-être induire moins de stress lors de cette situation déjà stressante. Une autre solution mise en place dans d'autres pays comme dans les pays anglo-saxons notamment en Angleterre est d'avoir une sage-femme dédiée à une patiente. (21) Cela permettrait d'avoir une sage-femme qui se consacrerait pleinement à sa patiente et avec laquelle elle aurait tissé une plus grande relation de confiance de peut-être pouvoir prendre plus de temps pour lui donner les explications lors de l'annonce de la césarienne d'urgence.

L'accouchement est le moment fondateur dans le devenir mère. L'angoisse prénatale et l'angoisse au moment de l'accouchement sont donc des réactions d'alarme normales face à une organisation nouvelle liée au fait de devenir mère. La grossesse et l'accouchement peuvent devenir des expériences traumatiques majeures qui, faute d'attention et de soins, peuvent devenir la source d'une grande souffrance psychique, et engendrer des dépressions du PP et des TSPT. Il y a des angoisses qui sont normales, donc une mère en devenir peut être angoissée par la peur de la césarienne et de la souffrance par exemple. L'accouchement est aussi un moment fondateur dans l'établissement du premier lien entre le bébé et sa mère. Ce moment et le peau à peau notamment, vont participer à l'établissement du lien affectif parents/enfant. L'accouchement et les suites de couches comportent des aspects psychologiques d'une grande importance pour le processus d'attachement.

L'accouchement est bouleversant et beaucoup de choses se déroulent en même temps : le bouleversement de l'accouchement plus ou moins médicalisé, le passage du statut de femme au statut de mère, la rencontre avec son enfant, la rencontre en tant que parents avec le conjoint. Tout cela mérite d'être pris en compte, dans l'objectif d'éviter d'autres traumatismes par la suite. L'image corporelle change à nouveau après l'accouchement. Souvent, une phase dépressive apparaît liée au vécu de l'accouchement. Il est important pour la mère de raconter ce qu'elle a vécu, de pouvoir en parler en prévention des pathologies du post-partum. Il faut savoir comment le couple a vécu l'accouchement, un mauvais vécu peut être un frein pour le lien parents/enfant. L'établissement du lien dépendra donc des ressources psychologiques des parents et de leurs histoires. La dépression du post-partum peut venir entraver le lien. (22)

Le suivi psychologique des patientes pourrait permettre de réduire les risques de dépression du PP et de TSPT. D'après l'étude « Stress post traumatique et césarienne en extrême urgence : incidence et facteurs de risque », nous voyons qu'il y a des facteurs de risque pouvant donner un TSPT. Nous retrouvons dans cette étude l'expérience négative de l'accouchement ($p < 0,001$), la durée du travail ressentie longue ($p = 0,027$), un manque de soutien du personnel de santé pré-accouchement ($p = 0,012$), une mauvaise qualité d'information lors de l'annonce du code rouge ($p = 0,014$), l'anesthésie générale pendant la césarienne ($p = 0,044$), le déroulement de la césarienne sous anesthésie générale qui impute tout premier rapport avec l'enfant ($p < 0,01$), une expérience d'accouchement négative ($p < 0,001$), l'évènement ressenti comme traumatisant ($p < 0,001$) et vécu comme une violence obstétricale ($p < 0,001$), un souvenir le plus marquant négatif ($p = 0,021$), un vécu traumatique avéré au Questionnaire de stress immédiat ($p < 0,001$) et un vécu traumatique suspecté sur le plan qualitatif ($p < 0,001$) sont à l'origine de TSPT. Les facteurs de vulnérabilité prénataux n'ont pas été retrouvés statistiquement significatifs. Près de 3 femmes sur 4 n'avaient pas été informées du risque de césarienne et plus d'une femme sur deux n'ont pas eu d'explications en post-partum PP. (7) Notre étude a démontré un manque d'informations concernant les césariennes d'urgence et cette étude le confirme. Cela montre qu'un suivi psychologique serait bénéfique pour diminuer le ressenti négatif des patientes par rapport à leur accouchement et donc réduire les risques de dépression du PP et les TSPT.

Lors de nos entretiens, nous avons fait le constat qu'un retour de la situation à postériori semble nécessaire pour un meilleur vécu de la situation. Un accompagnement lors d'une prochaine grossesse paraît donc essentiel afin de diminuer l'anxiété des patientes ayant accouché par césarienne d'urgence. (5) Le « questionnaire de stress immédiat » pourrait être utilisé systématiquement en suites de couches pour évaluer le degré du vécu négatif et apporter un accompagnement psychologique voire psycho thérapeutique à ces patientes sans délai.

La méthode de la psychothérapie Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ou « désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires » est une psychothérapie pour soulager une phobie, traiter des troubles anxieux, aider lors d'un deuil, ou faire disparaître des symptômes liés à un stress post-traumatique. Ce traitement est particulièrement adapté aux TSPT car il permet une désensibilisation des émotions, des pensées et des sensations physiques éprouvées lors d'expériences traumatiques. Cela rentre dans le cas des césariennes en urgence. De plus, son protocole présente la particularité intéressante d'être efficace pour le traitement d'évènements traumatiques associés dans des pathologies diverses (troubles anxieux, dépression, schizophrénie, etc.) relevant habituellement de soins distincts. A posteriori, l'EMDR pourrait être une solution à mettre en place dès les suites de couches pour les patientes souffrant d'un mauvais vécu de leur césarienne d'urgence surtout pour celles présentant un TSPT. (23) (24)

Un suivi psychologique systématique semble nécessaire pour les patientes ayant eu une césarienne d'urgence afin de réduire les risques de dépression post-partum et TSPT et donc des troubles des liens précoces mère/enfant. Un suivi de ces patientes dans les mois suivants l'accouchement pourrait être pertinent afin d'avoir une vision de l'évolution de leurs ressentis. Cela pourrait nous permettre de savoir si un suivi psychologique permet réellement de réduire le risque de dépression du PP et les TSPT de façon significative.

5 Conclusion

Au total, nous avons analysé dix entretiens entre le 9 août 2023 et le 21 décembre 2023 donc sur une période de 4 mois. Nous avons réalisé une étude qualitative à travers des entretiens semi-dirigés. Nous avons interrogé, durant leur séjour en maternité, des femmes ayant accouché par césarienne d'urgence. Nous sommes arrivés à saturation des données au bout du septième entretien. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de ne pas passer à côté de nouvelles données qui n'auraient pas émergées jusqu'à présent.

Notre étude avait pour objectif principal de comprendre l'impact du vécu des patientes ayant accouché par césarienne d'urgence sur les relations précoces mère/enfant.

Les résultats de l'étude nous ont montré que de multiples facteurs viennent impacter les relations précoces mère/enfant. L'absence de contacts physiques, la peur pour la vie de leur enfant, la culpabilité de ne pas avoir su accoucher normalement et de ne pas avoir pu donner le meilleur à leur enfant dès ses premières heures de vie, voire même de l'avoir mis en danger, l'impossibilité de pouvoir le mettre au sein après la naissance en raison de la fatigue, tout cela génère le sentiment d'être une mauvaise mère. Ce sentiment a conduit certaines mères à compenser en suites de couches en étant hyper-attentive à leur enfant et en poursuivant l'allaitement alors que ce n'était pas forcément leur projet initial afin de rattraper l'attention qu'elle n'avait pu donner à leur nouveau-né au moment de la naissance.

Nous avons pu mettre en évidence que la naissance par césarienne doit être humanisée afin que les patientes se sentent mères et ressentent moins de culpabilité. Pour ce faire, il semble nécessaire de donner les informations concernant la césarienne et de rappeler qu'elle permet la naissance de leur enfant. Il est important de rappeler aux femmes que même si la césarienne est une intervention chirurgicale, elle va permettre la mise au monde de leur bébé. Les patientes en garderont le souvenir et la trace à vie avec leur cicatrice. La césarienne d'urgence peut être difficile à accepter pour les mères et être à l'origine d'un mauvais vécu de leur accouchement.

Cependant, l'information reçue ou non avant, pendant et après l'accouchement, la présence du conjoint, l'accompagnement et le soutien par l'équipe médicale, apparaissent comme des facteurs primordiaux qui peuvent influencer sur le vécu de l'accouchement et les liens d'attachement mère/enfant. La création de ce lien ainsi que l'allaitement vont être affectés à cause de la césarienne qui va engendrer la séparation de la dyade mère/enfant. Il nous semble intéressant que l'équipe médicale rediscute avec la patiente du déroulé de la césarienne et de la façon dont la patiente l'a vécu. Il semble

également important de favoriser l'acceptation de la césarienne, de valoriser ces femmes et de souligner qu'elles sont mères au même titre que les autres.

Enfin, nous observons que les équipes essaient d'intégrer le couple dans la prise en charge de la césarienne. Cependant, il reste encore des choses à changer concernant l'inclusion du père lors de la naissance de son enfant par césarienne et les contacts précoces des parents avec leur bébé même si le caractère d'urgence complique la mise en œuvre. Il paraît important que la triade puisse être réunie au bloc et à défaut en salle de réveil lors de ce moment si particulier qu'est la naissance de l'enfant.

6 Bibliographie

1. Enquête nationale périnatale 2021, oct. 2022 [Internet]. [cité 27 juin 2023]. Disponible sur: <https://enp.inserm.fr/wp-content/uploads/2022/10/rapport-2022-v5.pdf>
2. Dupuis O, Sayegh I, Decullier E, Dupont C, Clément HJ, Berland M, et al. Red, orange and green Caesarean sections: A new communication tool for on-call obstetricians. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 1 oct 2008;140(2):206-11.
3. Rudigoz RC, Huissoud C, Delecour L, thevenet S, dupont C. Césariennes urgentes non programmées : intérêt des codes couleur pour la gestion optimale des urgences obstétricales. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*. juin 2014;198(6):1123-40.
4. PROTOCOLE DE CESARIENNES «CODE COULEUR»: VALIDATION ET EVALUATION PAR LA SIMULATION [Internet]. [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.medesim.fr/wp-content/doc/memoire/diu2015-ebrazet-memoire.pdf>
5. Caza PE. Le choc de la naissance, Université du Québec à Montréal, 2013 [Internet]. 2013 [cité 25 oct 2023]. Disponible sur: <https://actualites.uqam.ca/2013/le-choc-de-la-naissance/>
6. Bianchi I. La césarienne : plaidoyer pour un accompagnement. *Laennec*. 27 oct 2015;63(4):47-55.
7. Bodin E, Peretti V, Rouillay J, Tran P I., Boukerrou M. Stress post traumatique et césarienne en extrême urgence : incidence et facteurs de risque: Posttraumatic stress disorder and emergency cesarean delivery: Incidence and risk factors (English). *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*. 1 mars 2022;50(3):240-60.
8. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? *Revue de Médecine Périnatale*. 2016;8(4):199-206.
9. Nedergaard HK, Balaganeshan T, Weitling EE, Petersen HS, Brøchner AC. Presence of the partner in the operating room during emergency caesarean section: A scoping review. *Eur J Anaesthesiol*. 1 déc 2022;39(12):939-52.
10. Préparation à la naissance et à la parentalité recommandations professionnelles HAS [Internet]. [cité 18 mars 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf
11. Association Césarine. Absence du père en cas de césarienne : évolution et disparités, causes et conséquences du point de vue des usagers. *Revue de Médecine Périnatale*. 2017;9(4):221-9.
12. Ferry N. Devenir mère, une formidable rencontre. *Spirale*. 2008;47(3):157-65.
13. Brugeilles C. L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? *Autrepart*. 2014;70(2):143-64.
14. Philippe Kevin [cité 19 mars 2024]. La fonction parentale, cours de psychologie Ma3.
15. Donald Woods Winicott. La mère suffisamment bonne *Psychanalyse - Psychanalyse et Psychologie - Sciences Humaines*.

16. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Césarienne : ce que toute femme enceinte devrait savoir... Document d'information destiné aux femmes enceintes. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1603546/fr/cesarienne-ce-que-toute-femme-enceinte-devrait-savoir-document-d-information-destine-aux-femmes-enceintes
17. Pignol J, Lochelongue V, Fléchelles O. Peau à peau : un contact crucial pour le nouveau-né. Spirale. 2008;46(2):59-69.
18. Legouais S, Costiou AM. Allaitement et relation mère/enfant. Sages-Femmes. 1 sept 2022;21(5):38-42.
19. Ligue La Leche. Ligue La Leche. [cité 3 mars 2024]. Césarienne et allaitement. Disponible sur: <https://allaitement.ca/allaitement/cesarienne-et-allaitement/>
20. Brown A, Jordan S. Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. J Adv Nurs. avr 2013;69(4):828-39.
21. ANESF, Fiche technique, une femme = une sage-femme, mai 2021 [Internet]. [cité 19 mars 2024]. Disponible sur: https://anesf.com/wp-content/uploads/2018/08/FT_undefemme_unesagefemme_PP20210417.pdf
22. Philippe Kevin [cité 19 mars 2024]. Les liens précoces, cours de psychologie Ma3.
23. Haour F, de Beaurepaire C. Évaluation scientifique de la psychothérapie EMDR pour le traitement des traumatismes psychiques. L'Encéphale. 1 juin 2016;42(3):284-8.
24. Sage-Femme Pratique [Internet]. 2024 [cité 19 mars 2024]. Le trouble du stress post-traumatique lié à l'accouchement - Mise en lumière d'un trouble encore méconnu et d'une nouvelle perspective de soin. Disponible sur: <https://www.sagefemme-pratique.com/journal/article/006490-trouble-stress-post-traumatique-lie-laccouchement-mise-en-lumiere-dun-trouble>

7 Annexes

Annexe I : Notes d'informations pour les SF

Mémoire de fin d'étude

Andréa Jarret étudiante sage-femme

Césarienne code rouge ou code orange

Bonjour,

Je suis Andréa Jarret étudiante sage-femme en Ma5 à l'école de Bourg-en-Bresse. Je souhaite réaliser mon mémoire sur « La première rencontre mère-enfant suite à une césarienne en urgence ». Il s'agira d'une étude qualitative avec des entretiens semis-directifs en suite de couche que j'ai commencé à effectuer en juillet 2023 et j'espère trouver suffisamment de patientes pour arrêter les entretiens en novembre 2023 en fonction des données que j'aurai pu récupérer. Je voudrai effectuer cette recherche sur plusieurs centres car les césariennes code rouge et code orange ne sont pas celles que nous rencontrons le plus, j'ai fait la demande sur plusieurs centres hospitaliers afin de trouver un nombre suffisant de patientes. Pour le recrutement des patientes j'ai des critères d'inclusion qui sont les suivants :

- Patiente ayant eu une césarienne code rouge ou code orange
- Toutes sortes d'anesthésies (loco-régionale ou AG)

Et les critères d'exclusion sont les suivants :

- Complications fœtales décelées pendant la grossesse (malformations, RCIU...)
- Enfant décédé
- Patiente ne parlant pas français

Je demande aux sage-femmes du service de donner la note d'informations aux patientes pour qu'elles puissent me contacter ou de me contacter si possible si le cas se présente dans le service svp. Je vous laisse mes coordonnées

0789438666 et andrea.jarret@etu.univ-lyon1.fr

Je vous remercie pour votre aide.

Andréa Jarret, étudiante sage-femme Ma5

Mémoire de fin d'étude de sage-femme

Bonjour,

Je suis Andréa Jarret, étudiante sage-femme à l'école de Bourg-en-Bresse. Dans le cadre de mes études il nous a demandé de réaliser un mémoire dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme.

Je vous laisse cette note d'informations car je souhaite réaliser mon mémoire sur « la première rencontre mère-enfant suite à une césarienne en urgence ». Pour ce fait j'aurai besoin de votre aide en participant à mon étude. Je souhaite faire un entretien avec vous, ce qui consiste à discuter avec vous de votre accouchement si possible lors de votre séjour à l'hôpital et sinon en visioconférence. Toutes les données que je pourrai recueillir pendant cet entretien seront anonymisées et conservées pendant 2 ans maximum le temps de l'élaboration de mon mémoire puis seront détruites.

Si vous souhaitez plus d'informations et participer à mon étude, je vous laisse me contacter par mail à andrea.jarret@etu.univ-lyon1.fr ou par téléphone au 0789438666.

En vous remerciant par avance pour votre aide,

Andréa Jarret, étudiante sage-femme

Trame d'entretien

Mémoire sur le vécu de la naissance

1. Le contexte
 - Age
 - Nombre d'enfant et accouchements précédents brièvement

2. Parlez-moi de cette naissance

Points à aborder :

- Surprise : Eventualité de césarienne évoquée avant, (PNP)
 - Annonce de la césarienne en urgence : dit, compris, ressenti, mot employé par les professionnels
 - Place conjoint dans l'annonce, au bloc, en salle de réveil et avec l'enfant
 - Ressenti en salle au bloc, en salle de réveil
3. Pouvez-vous me raconter comment s'est passé la rencontre avec votre bébé ?

Points à aborder :

- Ce qui était imaginé et finalement réalisé, par elle, par le conjoint
 - La place de l'équipe
4. Le retour en chambre

Maintenant que vous êtes avec votre enfant dans votre chambre, est-ce que l'équipe a pris le temps de revenir vers vous pour reparler de ce qu'il s'est passé ?

Points à aborder :

- Ressenti par rapport au bébé aujourd'hui les moments vécus avec lui
- Aujourd'hui dans la façon de vous occuper de votre bébé, est ce que vous avez l'impression que la césarienne a laissée des traces ?
- Quelles traces cette expérience va laisser pour vous ?
- Place du conjoint en post-partum

5. Evaluation de l'entretien

De votre côté, comment s'est passé cet entretien ? Avez-vous des suggestions ?

Souhaitez-vous me parler d'autre chose ou pouvons-nous arrêter ici ?



PROTOCOLE DE RECHERCHE

Résultat de l'enquête exploratoire



Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Faculté de médecine et de maïeutique Charles Mérieux
Site Bourg en Bresse

Auteur : <u>Andréa Jarret</u>	Date de ce synopsis : <u>17/02/2023</u>
Directeur de recherche (nom, qualification) : <u>Mélanie Cosset, sage-femme</u> <input type="checkbox"/> confirmé	
Titre provisoire : <u>L'impact de la césarienne d'urgence dans la première rencontre mère/enfant</u>	
Constat / Justification / Contexte / Problématique : La césarienne en urgence est une situation particulière qui peut-être plus ou moins bien acceptée par la patiente, souvent perçue comme un échec de son accouchement. Suite à un stage en suites de couches, j'ai pu prendre en charge des patientes ayant eu une césarienne en urgence et plus précisément une césarienne code rouge et code orange. Les patientes étaient souvent dans l'incompréhension, avaient le besoin de revenir sur les faits pour comprendre. Le lien avec leur enfant pouvait être perturbé selon leurs vécus. Ces nombreuses incompréhensions m'ont interrogées sur la préparation en amont de l'accouchement des patientes à l'éventualité d'une césarienne en urgence et des possibles complications obstétricales qui pouvaient survenir lors de l'accouchement. De plus, le vécu des patientes m'a également questionné sur l'influence de la césarienne sur les liens précoces mère/enfant. Problématique : Comment le vécu des patientes ayant été césarisées en urgence influence les relations précoces mère/enfant ?	
Cadre conceptuel, données de la littérature : <input type="checkbox"/> Médical <input type="checkbox"/> Sociologique <input type="checkbox"/> Autre : Mémoires A travers mes différentes lectures, le constat qui revient souvent est un manque d'humanisation de la naissance par césarienne. Les patientes se trouvent dans une certaine ambivalence entre le stress, la peur, le choc de l'annonce et l'événement heureux qu'est la naissance de leur enfant. Les patientes ne sont pas actrices de leur accouchement. L'accouchement qu'elles ont imaginé n'est pas toujours réalisable et il y a un décalage entre leurs attentes et ce qui va se passer.(1) (2) Les patientes ne voient leur enfant que pendant un très court instant ou ne le voient pas et ont les bras attachés dans le bloc ce qui ne leur permet pas de prendre leur enfant, le peau à peau et la première rencontre ne se font que tardivement. La césarienne en urgence peut être la source d'une souffrance psychologique qui peut être néfaste pour la construction des liens précoces. Un accompagnement est nécessaire avant et après la césarienne pour les patientes et avoir un meilleur vécu malgré l'urgence. (3) (4)	
Objectif(s) de recherche : <ul style="list-style-type: none">- <i>Principal</i> : Comprendre comment est vécu la première rencontre dans cette situation par la mère et ses conséquences<ul style="list-style-type: none">- <i>Secondaire</i> : Analyser le vécu des patientes concernant leur accompagnement par les professionnels de santé avant l'accouchement, au cours de la césarienne et en post-partum immédiat pour améliorer nos pratiques et répondre au mieux à leurs besoins et attentes afin d'améliorer le vécu de la naissance de leur enfant	

Méthodologie / Schéma de la recherche :

☑ Qualitatif

Trame d'entretien si recherche qualitative :

- Racontez-moi ce qu'il s'est passé pendant votre accouchement (qu'est-ce qu'on vous a dit ? qu'est-ce que vous avez compris ?)
- Parlez-moi des heures qui ont suivies votre césarienne
- Question relance : Avec un peu de recul qu'est-ce que vous auriez aimé savoir avant votre césarienne, est-ce que vous en aviez déjà entendu parler ?

Population cible et modalités de recrutement :

- Patientes ayant eu une césarienne en urgence et plus particulièrement des césariennes code rouge et code orange
- Patientes recrutées en suites de couches à J2 ou J3 de la césarienne, après qu'elles aient signées le consentement faire l'entretien à J3 ou J4 de la césarienne pour avoir les patientes dans le service et éviter les patientes perdues de vue, et être entourée par les différents professionnels de santé (sage-femmes, psychologues...) si un accompagnement plus important est nécessaire

Critères d'inclusion :

- Patiente ayant eu une césarienne code rouge ou code orange, enfant à terme, toutes sortes d'anesthésies (loco-régionale ou AG)

Critères de non-inclusion :

- Complications fœtales décelées pendant la grossesse (malformations, RCIU...), décès néonatal de l'enfant, patiente ne parlant pas français

Critères de sortie d'étude :

- Changement d'avis de la patiente lors de l'entretien (retrait du consentement), mère ou enfant muté dans un autre service pendant le séjour en maternité

Nombre de sujets nécessaires :

Environ 12 patientes en fonction du taux de réponses obtenu jusqu'à saturation des données

Durée de l'étude et calendrier prévisionnel :

4 à 6 mois : juin à novembre 2023

Lieu de la recherche :

☑ Multicentrique : CHB, HPA et CHHB

Justifiez de ce choix :

J'ai pu observer des césariennes dans ces 2 centres et la prise en charge des patientes à la suite de la césarienne n'est pas la même. Au CHB l'enfant est d'abord emmené en salle de réanimation puis

ramené à sa mère pour la présentation. Le temps de finir la césarienne, le père reste avec le bébé puis la mère est emmenée en salle de réveil où le conjoint peut être présent avec le bébé. Cependant il peut y avoir plusieurs patientes en même temps donc on peut être confronté au manque d'intimité. A HPA ou au CHHB la table de réanimation néonatale est dans le bloc nous pouvons faire les premiers soins à l'enfant dans le bloc s'il va bien, sinon nous devons aller en salle de réanimation néonatale qui est dans le service ou à côté du bloc. Nous revenons ensuite présenter l'enfant à sa mère dans le bloc. Le temps de finir la césarienne et les deux heures suivant la césarienne, le père reste dans la chambre avec le bébé. Quant à la patiente, elle reste pendant les deux heures minimums de surveillance en salle de réveil qui est commune à tous les blocs de chirurgie, elle est donc séparée de son enfant pendant les 2 premières heures de vie de l'enfant. Je voulais donc voir si le temps de séparation mère/enfant avait un impact sur la première rencontre.

Retombées attendues :

- Permettre un meilleur vécu de l'accouchement par césarienne en urgence
- Améliorer les pratiques

Aspects éthiques et réglementaires :

RIPH3 (MR-003)

Recherche n'impliquant pas la personne humaine (non RIPH)

Interne

Multicentrique (MR-004)

recueillir :

Fiche information préalable

Renseigner registre de traitement des données

Signature engagement confidentialité

Autres informations : Consentement de la patiente à participer à l'étude

Promoteur :

CHB

Autre

Autres accords à

cadre

chef de service

DIM

Références bibliographiques :

(5), (6)

1. Bodin E, Peretti V, Rouillay J, Tran PL, Boukerrou M. Stress post traumatique et césarienne en extrême urgence : incidence et facteurs de risque. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 1 mars 2022;50(3):240-60.
2. Briex M. Vers un accompagnement plus humain de la grossesse et de l'accouchement. Spirale. 2016;79(3):183-93.
3. Bianchi I. La césarienne : plaidoyer pour un accompagnement. Laennec. 27 oct 2015;63(4):47-55.

4. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? Revue de Médecine Périnatale. 2016;8(4):199-206.
5. Lasserre N. La césarienne en urgence chez la femme primipare: le vécu de l'accouchement, les relations mère/enfant et l'accompagnement par les professionnels de santé. :61.
6. Fabregoul J. Vécu chronologique de la césarienne en urgence et l'accompagnement par les professionnels : étude descriptive qualitative chronologique en pré-, per- et post-natal portant sur huit patientes hospitalisées en suites de couches à l'Hôpital Femme Mère Enfant (HFME). 2016.

Mots clés : césarienne, urgence, code rouge, code orange, vécu, première rencontre, liens précoces

Auteur : JARRET Andréa	Diplôme d'Etat de Sage-Femme
Titre : L'impact de la césarienne d'urgence dans la première rencontre mère/enfant	
Résumé :	
<p>Introduction – La naissance par césarienne d'urgence est une situation particulière qui peut être plus ou moins bien acceptée par la patiente, souvent perçue comme un échec de son accouchement, avec des sentiments d'incompétence et de culpabilité. Comment le vécu des patientes ayant été césarisées en urgence influence-t-il les relations précoces mère/enfant ?</p> <p>Objectifs – L'objectif principal est de comprendre comment est vécue la première rencontre dans cette situation par la mère et ses conséquences. L'objectif secondaire est d'analyser le vécu des patientes concernant leur accompagnement par les professionnels de santé avant l'accouchement, au cours de la césarienne et en post-partum afin d'améliorer nos pratiques et de mieux prendre en compte le risque d'altération du lien mère/enfant pour améliorer le vécu de la naissance de leur bébé.</p> <p>Méthode – Etude qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs, menée auprès de 10 patientes ayant accouché par césarienne d'urgence.</p> <p>Résultats & Discussion – De nombreux facteurs influencent le vécu des patientes. Elles déplorent un manque d'informations concernant les complications liées à l'accouchement données pendant la grossesse. L'accompagnement par les professionnels de santé lors de l'accouchement et en post-partum joue un rôle dans le vécu de la césarienne et donc sur les liens d'attachement.</p> <p>Conclusion – Le vécu d'un accouchement par césarienne d'urgence va impacter les relations précoces mère/enfant. L'information reçue ou non avant, pendant et après l'accouchement, la présence du conjoint, l'accompagnement et le soutien par l'équipe médicale, apparaissent comme des facteurs primordiaux qui peuvent influencer sur le vécu de l'accouchement et les liens d'attachement mère/enfant.</p>	
Mots clés : Vécu – césarienne d'urgence – liens précoces mère/enfant	

Title : The impact of emergency caesarean section on the first mother-child encounter
Abstract :
<p>Introduction – Birth by emergency caesarean section is a particular situation that can be more or less well accepted by the patient, which is often perceived as a failure of her delivery, with a feeling of incompetence and guilt. How do the experiences of emergency caesarean section patients influence early mother-child relationships?</p> <p>Objective – The primary objectives is to understand the mother's experience of her first encounter in this situation and its consequences. The secondary objective is to analyse patients' experiences of the support they receive from healthcare professionals before the birth, during the caesarean section and in post-partum period, in order to improve our practices and take better account of the risk of altering the mother-child bond so as to improve their experience of their child's birth.</p> <p>Method – Qualitative study with guided interviews with 10 mothers who had given birth by emergency caesarean section.</p> <p>Results & Discussion – Many factors influence patients' experiences. They deplore the lack of information given during pregnancy about the complications of childbirth. The support provided by healthcare professionals during childbirth and in the post-partum period plays a role in the patient's experience of the caesarean section, and therefore in the bonding process.</p> <p>Conclusion – The experience of an emergency caesarean delivery will have an impact on early mother-child relationships. The information received before, during and after the birth, the presence of the partner, and the guidance and support provided by the medical team are all key factors that can influence the birth experience and mother-child bonding.</p>
Key words : Experience - emergency caesarean section - early mother-child bonding