

**PERCEPTION ET VECU DE LA CESARIENNE EN MILIEU AFRICAIN : ENQUETE
AUPRES DE 280 PATIENTES.**
*PERCEPTION AND LIVE EXPERIENCE OF CESAREAN-SECTION IN AFRICAN CONTEXT :
SURVEY OF 280 PATIENTS*

FAYE DIEME ME, MOREIRA PM, DIOUFAA, THIAM M, LO A, DIOUF A, MOREAU JC.

Centre Hospitalier National de Pikine

Correspondances: Philippe Marc MOREIRA; phmoreira66@yahoo.fr

RESUME

Objectifs : Apprécier la perception de la césarienne par des femmes africaines, vérifier la qualité des informations fournies par les prestataires, préciser leur vécu de cette intervention et identifier les éventuelles séquelles physiques et psychosociales.

Patientes et méthodes : Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique à type d'enquête menée par le biais d'interview ayant concerné 280 patientes césarisées durant la période allant du 1^{er} Février 2010 au 1^{er} Février 2011 au Centre Hospitalier National de Pikine. La saisie et l'analyse des données ont été effectuées grâce au logiciel SPSS 13.0.

Résultats : Dans la majorité des cas (76,4%), l'enquête a été réalisée entre 2 et 6 mois après la césarienne. La plupart des patientes (98,6%) déclaraient avoir été informées de l'indication avant l'intervention ; cependant, leur avis n'avait pas été recueilli dans la majorité des cas (77,5%). Dans 88,9% des cas, les patientes regrettaient de n'avoir pu toucher leur enfant juste après la naissance. La majorité des patientes (97,1%) estimait que la césarienne leur avait sauvé la vie, même si certaines (11,4%) éprouvaient un sentiment de déception de n'avoir pu accoucher par voie basse. Concernant les conséquences physiques, les patientes rapportaient essentiellement des douleurs pelviennes (53,9%), un prurit sur la cicatrice (48,9%), une asthénie (22,5%), une dyspareunie (21,8%) et une fatigabilité lors des activités quotidiennes (17,9%). Les craintes des patientes concernant leur avenir obstétrical portaient sur le risque de rupture utérine (25%), le risque d'une autre césarienne (23,1%) et la diminution de leur potentiel génésique.

Conclusion : La césarienne est une intervention dont l'utilité n'est plus à démontrer dans la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Cependant, elle peut avoir certaines conséquences physiques et psycho-sociales qui méritent d'être identifiées et prises en charge.

Mots clés : *Césarienne Vécu Perception Conséquences psycho-sociales.*

SUMMARY

Objectives: assess the perceptions and experiences of caesarean section in a population of African women that had a caesarean, verify the quality of information provided by suppliers, clarify their experience of this intervention and identify physical, psychological or social consequences.

Patients and methods: It was a prospective, descriptive and analytical study like surveys conducted through interviews. This concerned 280 patients having experienced a caesarean during the period between 1st February 2010 to 1st February 2011 at Pikine National Hospital in Dakar, Senegal. The capture and analysis of data were carried out with software SPSS 13.0.

Results: In the majority of cases (76.4%), the interview was conducted between 2 to 6 months after the caesarean section. Most patients (98.6%) said they were informed of the indication before the intervention; however their opinion had not been obtained in the majority of cases (77.5%). In 88.9% of the cases, the patients regretted not having been able to touch their child just after the birth. The majority of patients (97.1%) felt that the caesarean section was saving their lives, even if some (11.4%) experienced a sense of disappointment because they wish they had been able to give birth by vaginal delivery. With regard to the physical consequences, the patients mainly related pelvic pain (53.9%), itching on the scar (48.9%), asthenia (22.5%), dyspareunia (21.8%) and tendency to get tired on the daily activities (17.9%). The fears of patients about their future obstetrical focused on the risk of uterine rupture (25%), the risk of another caesarean section (23.1%) and the decrease of their reproductive potential.

Conclusion: Caesarean section is a procedure which efficacy is not to demonstrate anymore regarding the fight against maternal and perinatal mortality. However, it can have certain physical and psycho-social consequences that need to be identified and supported.

Key words: *Caesarean section - Experience - Perception - Psychosocial consequences.*

INTRODUCTION

La césarienne est une intervention devenue incontournable dans la lutte contre la morbidité et la mortalité maternelles et périnatales. De ce fait elle connaît une augmentation considérable de son taux aussi bien dans les pays développés que dans ceux en développement. En Afrique Sub-saharienne, beaucoup d'études lui ont été consacrées ; cependant elles se sont essentiellement focalisées sur ses indications et son pronostic immédiat [1,2,3,4]. Peu de travaux ont évalué sa perception par les bénéficiaires et les possibles conséquences physiques et psycho-sociales. Il nous alors paru opportun de mener cette étude afin d'apprécier la perception qu'ont des femmes africaines de la césarienne, de vérifier la qualité des informations fournies par les prestataires, préciser leur vécu de cette intervention et d'identifier les éventuelles séquelles physiques et psychosociales.

PATIENTES ET METHODES

Type d'étude

Il s'agissait d'une étude prospective, descriptive et analytique portant sur 280 patientes ayant bénéficié d'une césarienne dans le service de Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier National (CHN) de Pikine. L'enquête a été menée entre le 1^{er} Février 2010 et le 1^{er} Février 2011.

Population d'étude

L'étude concernait les patientes opérées dans le service et dont le délai entre la césarienne et l'enquête était compris entre 2 et 13 mois. Les parturientes ayant bénéficié d'une césarienne dans une autre structure sanitaire et admises dans le service pour d'autres complications n'avaient pas été incluses.

Recueil et analyse des données

Le recueil des données était fait en partie en s'appuyant sur les dossiers des patientes et les comptes-rendus opératoires et l'autre partie par le biais d'une interview après recueil du consentement. Celle-ci était réalisée grâce à un questionnaire semi-structuré comportant des questions ouvertes et fermées concernant la perception, la préparation à l'intervention et le vécu de l'accouchement par césarienne. Les variables étudiées étaient les caractéristiques socio-démographiques (âge, ethnie, niveau d'instruction, niveau socio-économique), les antécédents, la perception de la césarienne par la patiente et son conjoint, les informations fournies par les prestataires et le vécu de la césarienne. Ce vécu était apprécié sur la base des conséquences physiques et psycho-sociales rapportées au cours de l'interview.

L'analyse statistique a été réalisée grâce aux logiciels Sphinx V5 démo et SPSS version 13.0. La comparaison des variables a été effectuée à l'aide du test de χ^2 ou du test exact de Fisher. La différence était considérée comme statistiquement significative pour une valeur de p inférieure à 0,05.

RESULTATS

1. Résultats descriptifs

1.1. Caractéristiques des patientes

L'âge moyen de nos patientes était de 29 ans, avec des extrêmes de 15 et 45 ans. Elles étaient mariées dans la majorité des cas (95,4 %). Le taux de scolarisation dans notre échantillon était de 72,9 %, mais avec seulement 9,6 % des patientes qui avaient atteint un niveau d'études supérieur. La parité médiane était de 2 avec des extrêmes de 1 et 12. La répartition suivant la parité montrait une prédominance des primipares (41,7 %). Pour les autres, 81 (28,9%) avaient déjà bénéficié d'une césarienne et 107 (38,2%) avaient un antécédent d'accouchement par voie basse.

Tableau I : Répartition des patientes selon l'indication de césarienne retenue

Indication	Nombre	(%)
Anomalie du bassin	75	26,7
Pathologie de la grossesse	93	33,1
Pathologie de l'enfant	76	27,3
Antécédent de césarienne	20	7
Autres	16	5,8
Total	280	100

1.2. Perception de la césarienne

Les interviews avaient été menées entre 2 et 6 mois après la césarienne dans la majorité des cas (76,4 %). Au cours des entretiens, la plupart des patientes estimaient que la césarienne était une intervention salvatrice pour elles-mêmes (97,1 %) ou leur enfant (1,4%). Seules quatre patientes (1,4 %) déclaraient que la césarienne était inutile et précipitée car elles pensaient qu'elles auraient pu accoucher par voie basse. Quant à leurs conjoints, la plupart (75%) estimaient que la césarienne était utile. Pour les autres conjoints qui avaient accepté de donner leur opinion, ils la qualifiaient d'inutile (2,2%), de néfaste (0,7%) ou d'intervention trop coûteuse (3,6%).

Tableau II : Répartition des patientes selon l'indication sur le compte rendu Opératoire

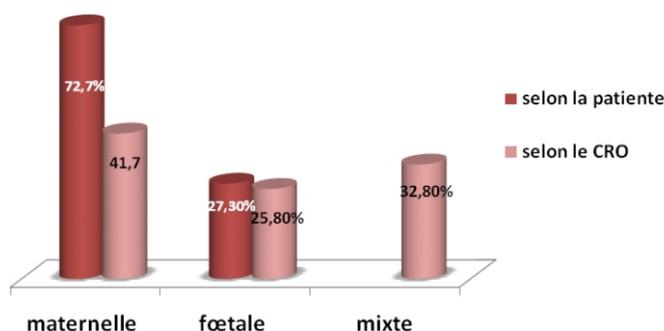
Indication	Nombre	(%)
Fœtale	71	25,3
Maternelle	117	41,7
Mixte	92	32,8
Total	280	100

1.3. Vécu de la césarienne

Préparation à la césarienne

Dans la quasi-totalité des cas, soit 98,6 %, les patientes avaient été informées de la décision avant l'acte. Cependant la majorité d'entre elles (59,6 %) déclarait n'avoir reçu aucune explication venant du personnel soignant sur la réalisation de la césarienne et leur consentement n'était pas recueilli dans la plupart des cas (77,5 %). Parmi ces patientes qui étaient au nombre de 217, les 57 (26,3 %) déclaraient qu'elles auraient souhaité donner leur consentement au préalable. Concernant l'indication, une pathologie maternelle (72,7%) était le principal motif retenu par la patiente (tableau I). D'après le compte-rendu opératoire, les indications maternelles représentaient 41,7% (tableau II). La figure 1 permet de noter la discordance entre l'indication retenue par la patiente et l'indication effective figurant sur le compte-rendu opératoire.

Figure 1 : comparaison entre indication retenue et indication réelle.



Sentiments des patientes au moment de la césarienne

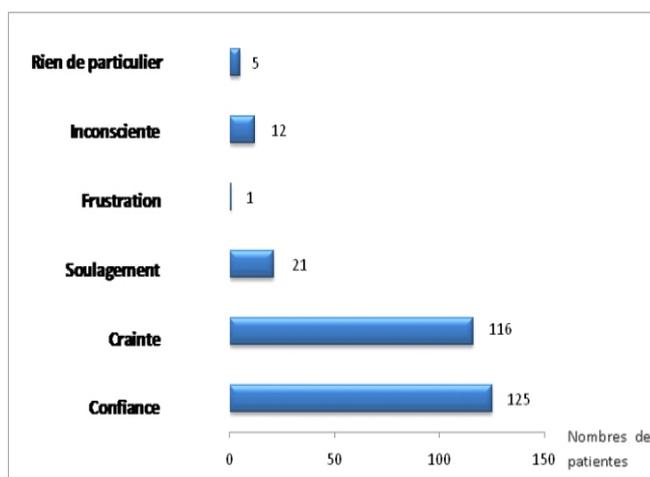
Les sentiments éprouvés par les patientes au moment de l'installation sur la table opératoire sont rapportés au niveau de la figure 2. Pour la plupart (62,2 %), elles étaient conscientes au moment de la césarienne et dans la majorité des cas (68,2%), elles déploraient le fait de n'avoir pas pu voir ou toucher leur enfant juste après l'extraction. A la fin de l'intervention, c'était un sentiment de soulagement

qui était le plus rapporté (88,2%). Trente-deux patientes (11,4%) déclaraient avoir été déçues de ne pas accoucher par les voies naturelles et une patiente (0,4%) se disait indifférente.

Tableau III : Mode d'accouchement ultérieur souhaité

	N=280	%
Êtes-vous prêtes à subir une autre césarienne ?		
-Oui	105	37,5
-Non	175	62,5
Si oui pourquoi ?		
-C'est moins douloureux	3	2,9
-Je ne peux plus accoucher par voie basse	49	46,7
-Si l'indication se pose je suis d'accord	53	50,5
Si non pourquoi ?		
-J'ai fait une LST	31	17,7
-Je ne veux plus de grossesse	18	10,3
-Je préfère un accouchement normal	98	56,0
-L'opération est grave	4	2,3
-La césarienne a beaucoup de contraintes	18	10,3
-La césarienne est chère	3	1,7
-Le nombre de grossesse diminue avec la césarienne	3	1,7

Figure 2 : Sentiments des patientes au moment de l'installation



Vécu des suites de la césarienne

L'allaitement a débuté 24 heures après l'intervention dans près de la moitié des cas soit 43,9 %. Ce délai était jugé acceptable par plus de la moitié des patientes (55,7 %). Seules 24 patientes (8,6%) déclaraient qu'elles auraient préféré débiter l'allaitement plus précocement contrairement à celles (27,2%) qui auraient souhaité débiter plus tardivement après 48 heures.

Pour ce qui relève du retentissement physique, les plaintes des patientes sont rapportées au niveau de la figure 3. Elles étaient dominées par les douleurs pelviennes (53,9 %). D'autres symptômes moins fréquents étaient représentés par des céphalées, des lombalgies et des douleurs articulaires (24,6 %)

Par rapport au volet psychosocial, 63 patientes (22,5%) se plaignaient d'une sensation de fatigue constante. Chez 50 patientes (17,9%), l'interview révélait des difficultés à effectuer les activités quotidiennes. Parmi les patientes qui avaient des antécédents d'accouchement par les voies naturelles, 61 (57%) estimaient que la césarienne était plus douloureuse. Dans 37,1 % des cas, les femmes interrogées éprouvaient des craintes concernant leur avenir obstétrical (Figure 4). La majorité des patientes (62,5%) déclarait ne plus vouloir de césarienne pour diverses raisons qui sont rapportées au niveau du tableau III. Nous avons noté une prévalence contraceptive dans le post-partum de 60 %. Par contre, 40 % des patientes n'avaient opté pour aucune méthode par peur des complications de la contraception ou par refus du mari.

2. Résultats analytiques

2.1. Influence des facteurs socio-démographiques

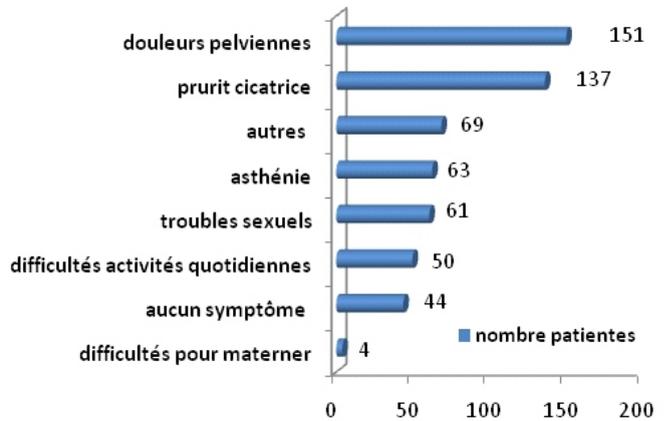
Les principaux sentiments rapportés par les patientes au moment de l'installation sur la table d'opération étaient la confiance, la crainte ou le soulagement. L'analyse statistique n'a pas montré d'influence significative de l'âge ($p=0,4$) et de l'ethnie ($p=0,8$). Par contre, le sentiment de soulagement a été plus fréquemment noté chez les patientes scolarisées, avec différence qui était significative comme l'indique le tableau IV. Après la césarienne, les femmes scolarisées se déclaraient plus souvent déçues de n'avoir pas accouché par voie basse (13,7%) que les patientes analphabètes (5,3%), mais la différence n'était pas significative ($p=1$).

Tableau IV : Lien entre scolarisation et sentiment sur la table d'intervention.

	Scolarisation(+)	Scolarisation(-)	P
Confiance	91	40	0,001
Crainte	92	30	0,001
Soulagement	21	6	0,001
Total	204	76	

Concernant la connaissance de l'indication exacte de la césarienne, elle était plus souvent notée chez les patientes scolarisées (65,7% versus 34,3%) et ceci de manière significative ($p=0,001$).

Figure 3 : Retentissement physique de la césarienne



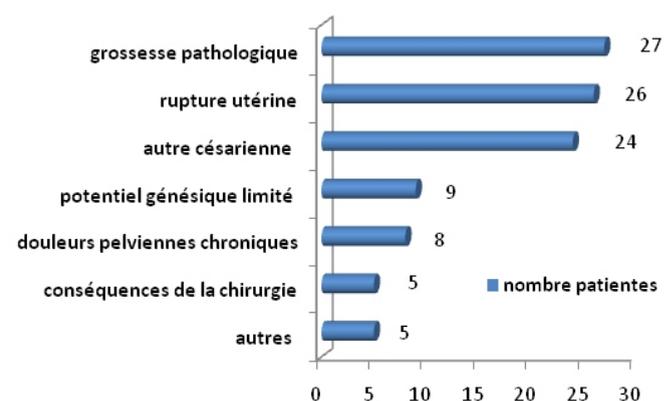
2.2. Influence des antécédents

Il y avait une corrélation significative entre les sentiments éprouvés par les patientes sur la table d'intervention et l'existence d'un antécédent de césarienne. Les patientes concernées déclaraient s'être senties plus confiantes que celles qui bénéficiaient de leur première césarienne (Tableau V).

Tableau V : Vécu de la césarienne en fonction des antécédents

	ATCD de césarienne(+)		ATCD de césarienne(-)		P
	n	%	n	%	
Confiance	51	63	81	40,7	0,005
Crainte	28	34,6	93	46,7	0,0001
Soulagement	2	2,4	25	12,6	0,0001
Total	81	100	199	100	

Figure 4 : Craintes des patientes pour les grossesses ultérieures.



DISCUSSION

4.1. Perception de la césarienne

Nos résultats montrent une assez bonne acceptabilité de la césarienne par les patientes et leurs conjoints. En effet, dans 97,1 % des cas, elles percevaient la césarienne comme une intervention salvatrice. Nos constatations ne concordent pas avec les résultats des études de Diakité et Garel [5,6] qui avaient noté que la césarienne était souvent mal vécue par les africaines qui la percevaient comme un acte dangereux. Cette perception négative de la césarienne se traduisait également par des sentiments d'échec, de déception et de frustration qui ont été peu retrouvés dans notre série. Nous pouvons en déduire que la manière dont la césarienne est perçue par les africaines s'est beaucoup améliorée probablement en raison de sa plus grande disponibilité géographique et financière, mais également devant la nette réduction de sa morbidité et de sa mortalité. La meilleure disponibilité des spécialistes et des médecins généralistes compétents en soins obstétricaux et néonataux d'urgence a contribué largement à réduire la morbidité de la césarienne grâce à une plus grande maîtrise des gestes opératoires. Par ailleurs, le niveau d'instruction, relativement satisfaisant dans notre série avec un taux de scolarisation de 72,9%, a probablement influé positivement sur la perception de la césarienne.

Concernant l'aspect financier, seulement 3,6 % des conjoints ont déploré le coût de la césarienne. Au contraire, dans l'étude de Khan [7] au Bangladesh, le coût financier de la césarienne constituait la première crainte pour les patientes et leurs familles. Notre taux est probablement sous-estimé sachant qu'au Sénégal, la couverture médicale reste insuffisante car 94 % des femmes et 92 % des hommes n'en disposent pas [8]. Nous pensons que par fierté, certains conjoints n'ont pas trop voulu s'exprimer sur ce sujet. D'où l'intérêt de la généralisation de la politique de gratuité de la césarienne et de l'accouchement d'une manière générale puisqu'il constitue une incertitude stressante pour les familles et un obstacle infranchissable pour les plus démunis.

4.2. Vécu de la préparation à la césarienne

A l'heure actuelle, l'humanisation des soins est un impératif pour une bonne qualité des soins qui sont prodigués aux patients. Elle implique la prise en compte des préférences et des attentes exprimées par la patiente et son conjoint dans le projet de naissance, si celui-ci n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis [9]. Des

informations claires sur l'acte qu'on leur propose, son indication, ses avantages et ses inconvénients sont nécessaires afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé ainsi que leur totale adhésion. Notre étude révèle de nombreuses insuffisances dans cette démarche qualité. En effet, dans la majorité des cas (59,6%), les patientes n'avaient reçu aucune explication venant du personnel soignant sur la réalisation de la césarienne même si dans 98,6% des cas, elles étaient informées quand l'indication était posée. La plupart d'entre elles (77,5 %) avaient également déploré le fait que leur consentement n'ait pas été recueilli. Nous abondons dans le même sens qu'Azria [10] qui rappelait que l'information de la patiente est un droit fondamental, une obligation morale et légale et est indispensable pour permettre un consentement éclairé. Dans notre contexte, le faible niveau d'instruction des patientes peut sembler être un frein à la compréhension de l'indication de la césarienne. Nos résultats ont en effet montré que l'indication était plus souvent connue par les patientes scolarisées ($p=0,001$) et pour celles qui ne l'étaient pas, la plupart avaient tendance à surestimer les indications maternelles et ceci reflète l'idée d' « opération de sauvetage » qu'elles se font de la césarienne. Cependant, il est toujours possible d'expliquer par un langage simple, à la portée de la patiente le ou les motifs de la césarienne ainsi que son utilité et les risques encourus. Pour faciliter la compréhension, cette préparation devrait débuter au cours des consultations prénatales en fournissant aux patientes des explications claires sur les signes de danger de la grossesse qui doivent faire recourir aux services de soins obstétricaux d'urgence en général et à la césarienne en particulier. Une meilleure implication des hommes dans le processus de l'accouchement nous semble nécessaire d'autant plus que dans nos sociétés traditionnelles, l'avis du mari dans la prise de décision de la femme est souvent primordial.

4.3. Vécu de l'intervention

Contrairement aux données de la littérature [6,11] qui montrent que les sentiments d'échec, d'angoisse et de crainte sont plus fréquemment rapportés chez les africaines, nous avons plutôt constaté que le sentiment de confiance était le plus partagé chez nos patientes (44,6%), sans influence significative de l'âge ($p=0,4$) ou de l'ethnie ($p=0,8$). Par contre, ce sentiment de confiance était plus souvent retrouvé chez les patientes scolarisées que chez celles qui ne l'étaient pas, mais sans que la différence ne soit statistiquement significative ($p=1$). Ceci peut s'expliquer en partie par une certaine ignorance des

éventuelles complications de la césarienne et par une plus grande adhésion aux décisions médicales par celles qui ne sont pas scolarisées. Pour les autres, ce sentiment de confiance reflète probablement la tendance à la banalisation de cette intervention qui peut même pousser certaines patientes à la réclamer pour des raisons de confort et d'esthétique [12]. D'ailleurs ces sentiments de confiance et de soulagement étaient significativement plus souvent retrouvés chez les patientes aux antécédents de césarienne ($p= 0,005$ et $0,001$). Au contraire, pour les patientes anciennement césarisées qui déclaraient avoir éprouvé de la crainte, ceci peut être le reflet de l'appréhension d'un acte précédemment mal vécu.

Cette enquête a aussi montré que certains gestes visant à humaniser l'accouchement sont parfois occultés. C'est ainsi que 68,2 % des patientes opérées sous anesthésie locorégionale n'avaient pu voir leur enfant avant la sortie de la salle d'opération. Au cours de l'interview, la grande majorité des patientes (83,5 %) déclaraient qu'elles auraient aimé voir leur enfant à ce moment précis, voire même le toucher. Les prestataires qui sont chargés de recueillir l'enfant des mains de l'opérateur doivent être sensibilisés sur l'importance de ce geste qui contribue grandement à l'établissement de la relation mère-enfant.

Après l'intervention, la majorité des femmes (88,2 %) éprouvait un sentiment de soulagement. Nos résultats rejoignent ceux de Lobel [13] qui rapportait qu'au niveau rationnel, la césarienne, même si elle laisse moins de satisfaction que l'accouchement par les voies naturelles, peut être reconnue comme salubre, nécessaire et vécue comme un soulagement au terme d'un travail épuisant, douloureux, inefficace et chargé d'anxiété. Ceci est d'autant plus vrai dans notre contexte, sachant que les indications maternelles étaient prédominantes (41,7 %) et que la plupart des césariennes étaient réalisées en urgence au terme d'un travail long et sans anesthésie péridurale.

Pour les grossesses ultérieures, les patientes redoutaient surtout la survenue d'une pathologie ou une rupture utérine (respectivement 26 % et 25 %). Bien vrai que le risque de placenta *prævia* et de *rupture utérine* augmente en fonction du nombre de césariennes antérieures [14] ; les patientes doivent être sensibilisées, avant même leur exéat, sur le fait que le risque de complications ultérieures est largement réduit grâce à une bonne conservation du compte-rendu opératoire, une contraception

efficace pendant au moins 24 mois et un bon suivi prénatal lors des grossesses ultérieures. La possibilité d'une césarienne itérative semble aussi être une source d'anxiété pour ces patientes. Il existe effectivement une augmentation parallèle des taux de première césarienne et de césariennes itératives, mais ce risque dépend de l'indication précédente, des antécédents obstétricaux, de la nature de l'hystérotomie réalisée et de l'espace intergénéral [14,15,16]. Cette appréhension de la césarienne itérative chez les africaines, déjà rapportée par Pambou [11], est en partie liée au manque d'information, au coût élevé de la césarienne, à la peur de mourir et à la superstition. Il est donc nécessaire d'améliorer la communication inter-personnelle avant, pendant et après la césarienne ainsi que la disponibilité du compte-rendu opératoire (81,4 % dans notre série). En dehors de son intérêt médico-légal, ce document d'une importance capitale constitue une source d'information aussi bien pour la patiente que pour le prestataire aura à prendre une décision concernant la voie d'accouchement pour une grossesse ultérieure. La crainte d'une baisse de la fécondité ultérieure est également rapportée par d'autres auteurs [16,17,18,19,20]. Cette relative baisse de la fécondité proviendrait d'abord d'un choix personnel, ensuite de la nécessité d'une contraception de longue durée après une césarienne pour une meilleure solidité de la cicatrice utérine, mais aussi de difficultés secondaires à concevoir apparues après le premier accouchement [6,17]. Dans notre contexte africain pro-nataliste, les prestataires doivent rassurer les patientes sur la préservation de la fécondité ultérieure qui justifie notamment la nécessité d'une contraception efficace. Notre étude montre que ce volet n'a pas été occulté au cours du counseling post-opératoire car la prévalence contraceptive était de 60 % chez nos patientes. Ce taux, relativement élevé par rapport à la prévalence contraceptive nationale de 12,1 %, reflète probablement la crainte des complications ultérieures de la césarienne. Cependant, elle pourrait être améliorée par un meilleur counseling et une meilleure implication des conjoints.

4.4. Aspects physiques

Chez nos patientes, les douleurs pelviennes étaient les plaintes les plus fréquentes (53,9 %). Leur fréquence est très variable d'une étude à l'autre et peut atteindre 85 % lorsque les patientes sont interrogées à domicile [20]. L'étude de Bonneau [14] montre que des douleurs pelviennes chroniques persistent pour 30 % des patientes jusqu'à deux ans après la césarienne et interfèrent avec la vie

quotidienne dans 9 % des cas. Ces douleurs pourraient être en rapport avec des lésions des nerfs ilio-hypogastriques et ilio-inguinaux, des désunions sous la cicatrice cutanée de césarienne, des éventrations et des adhérences. L'asthénie physique (22,5 %) et les difficultés pour les activités quotidiennes à type de fatigabilité (17,9 %) sont le reflet de la récupération physique longue après césarienne pouvant aller jusqu'à plusieurs mois [6,13, 20]. A ce propos, dans l'étude de Khan [7], une femme témoignait « *ma vie n'est plus la même depuis mon opération. Auparavant je pouvais faire n'importe quel travail. Maintenant je ne serai plus capable d'assurer les lourdes charges que je faisais avant. Dorénavant je vivrai comme une malade* ».

Ce retentissement physique non négligeable peut, en quelque sorte, entraver la capacité de la femme à s'occuper de son enfant, et retarder notamment la mise au sein [13]. C'est ce que nous avons constaté avec la mise au sein qui a été tardive bien au-delà des 60 minutes suivant la naissance recommandées par l'OMS pour la mise au sein précoce [21]. Au cours des témoignages recueillis par Garel [6], les mères « césarisées » se disaient « *moins capables de mater que les femmes qui ont accouché par voie basse* », et étaient « *davantage préoccupées par leur propre état de santé que l'adaptation aux rythmes du bébé* ». A ce niveau, il faut reconnaître qu'il persiste des difficultés dans la communication et l'humanisation des soins. En effet, cette mise au sein « tardive », même si elle est souhaitée par certaines patientes, est souvent imposée par les prestataires, le nouveau-né étant maintenu dans l'unité de néonatalogie jusqu'au premier lever de la mère.

Cependant une composante psychique n'est pas à exclure dans ce vécu physique. En effet, nous pensons que dans notre contexte, il ne s'agit pas toujours de difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne mais plutôt d'une crainte de faire des efforts physiques qui pourraient retarder la cicatrisation, voire entraîner la « réouverture » de la plaie opératoire. Cette asthénie et cette fatigabilité peuvent également être liées à une anémie car les pertes sanguines sont plus importantes lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie vaginale.

Les autres signes rapportés étaient représentés entre autre par le prurit sur la cicatrice (48,9 %). Ce dernier serait en rapport avec la qualité de la cicatrisation, mais certains auteurs, il existerait également une composante psychique car la cicatrice serait synonyme de mutilation pour

certaines femmes [17].

Les troubles sexuels tels que la dyspareunie (21,8 %) seraient le plus souvent en rapport avec des phénomènes douloureux pelviens ou à une perte de l'estime de soi entraînant un retard à la reprise des rapports sexuels voire à un renoncement [13,22,23,24]. Dans la prise en charge, la dimension psychologique ne doit pas être occultée car cette dyspareunie peut être à l'origine d'une détérioration de la qualité de la vie sexuelle du couple et donc, d'un vécu troublé de l'intervention.

CONCLUSION

L'utilité de la césarienne n'est plus à démontrer dans la lutte contre la mortalité maternelle et périnatale. Cependant elle peut induire certaines conséquences physiques et psycho-sociales. La réalisation d'une césarienne nécessite donc un accompagnement psychosocial et médical constant avant, pendant et après l'intervention. Dans notre contexte, des efforts doivent donc être fournis par les équipes obstétricales pour améliorer son vécu et faciliter le rapprochement mère-enfant. Pour cela, il serait important d'accorder plus d'importance aux compétences de communication dans le cadre des formations initiale et continue des prestataires afin de contribuer à une meilleure acceptation de cette voie d'accouchement.

RÉFÉRENCES

1. Cissé CT, Ngom PM, Guissé A, Faye EO, Moreau JC. Réflexions sur l'évolution des taux de césarienne en milieu africain : exemple du CHU de Dakar entre 1992 et 2001. *Gynécol. Obstét. Fertil.* 2004; 32(3): 210-217.
2. Ouedraogo C, Zoungrana T, Dao B, Dujardin B, Ouedraogo A, Thieba B, Lankoande J, Koné B. La césarienne de qualité au centre hospitalier Yalgado Ouedragogo de Ouagadougou. Analyse des déterminants à propos de 478 cas colligés dans le service de gynécologie obstétrique. *Médecine d'Afrique Noire* 2001 - 48(11)
3. Bokassa M, Nguessan K, Doumbia Y, Kakou C, Djoubou C, Boni S. Césariennes prophylactiques et d'urgence : à propos de 394 cas au CHU de Cocody. *Médecine d'Afrique Noire* 2008, 55(11) ; 593-601.
4. Andriamady Rasoarimahandry CL, Andrianarivony MO, Ranjalaha RJ. Indications et pronostic de l'opération césarienne à la maternité de Befelatanana CHU d'Antananarivo (à propos de 529 cas, durant l'année 1998). *Gynécol Obstét Fertil* 2001 ; 29 : 900-4.
5. Diakité M. Problèmes soulevés par l'opération césarienne chez une africaine. *Migrations Santé*

1985; 44 :35-36.

6. Garel M, Lelong N, Marchand A, Kaminski M. Conséquences maternelles de l'accouchement par césarienne : résultat du suivi à 04 ans. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 1990; 19 (1): 83-89.

7. Khan R, Blum LS, Sultana M, Bilkis S, Koblinsky M. An Examination of Women Experiencing Obstetric Complications Requiring Emergency Care: Perceptions and Sociocultural Consequences of Caesarean Sections in Bangladesh. *J. Health Popul. Nutr.* 2012; 30 (2):159-171.

8. Ndiaye S, Ayad M. Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS-MICS) 2010-2011, (9): 138-139.

9. Haute Autorité de Santé en France. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance. Guide méthodologique. Mars 2014

10. Azria E, Bétrémieux P, Caeymaex L, Debillon T, Fournié A, Huillery ML, Kuhn P, Lequien P, Altavilla A, Mahieu-Caputo D. L'information dans le contexte du soin périnatal : aspects éthiques. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité* 2008 ; 36 :476-483.

11. Pambou O, Kongo P, Uzan S. L'accouchement des noires africaines à la maternité Guy Le Lorier de l'hôpital Tenon: Étude rétrospective de 781 accouchements de 1989 à 1991. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (6) : 372-376.

12. Chacham A.S, Perpétuo H.O. The incidence of caesarean deliveries in Belo Horizonte, Brazil: social and economic determinants. *Reproductive Health Matters* 1998; 6(11):115-121.

13. Lobel M, Deluca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine* 2007, 64: 2272-2284.

14. Bonneau C, Nizard J. Gestion des grossesses avec un utérus cicatriciel: état des connaissances. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 2012 (41) : 497-511.

15. Chapmann SJ, Owen J, Hauth JC. One-versus two layer closure of a low transverse cesarean: the next pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1997; 89 (1): 16-8.

16. Hemminki E. Pregnancy and birth after caesarean section. A survey based on the Swedish Reg. Birth 1987; 14 (1): 12-17.

17. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001; 15(1): 109-126.

18. Fritel X. Césarienne et troubles génito-sexuels du post -partum. *Pelvi-périnéologie* 2009; 4 (3) :207-212.

19. Hemminki E. Effect of cesarean section on fertility and abortions. *J. Reprod. Med.* 1986; 31 (7): 620-4.

20. Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2001; 15 (1):49-61.

21. Saloojee H. Le contact peau à peau précoce des mères et de leurs nouveau-nés en bonne santé : Commentaire de la BSG (dernière révision : 4 janvier 2008). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

22. Barrett G, Victor CR. Sexualité du post-partum. *Br J. Gen. Pract.* 1996, 46 (402): 47-8.

23. Bruml S, Griffin M. Sexualité du post partum. *Br J Gen Pract.* 1996; 46 (408): 438-439.

24. Glazener CM. Sexual function after child birth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet. Gynecol* 1997; 104 (3): 330-5.