UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

****

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

****

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

RAPPORT DE STAGE POUR LA LICENCE EN PSYCHOLOGIE

THEME :

Vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou

Réalisé et soutenu par :

Harmonie Nelly Axelle Houéfa SOSSOUHOUNTO

Maître de mémoire :

Dr Ornheilia ZOUNON
Enseignant-chercheur
DP/ FASHS / UAC

Membres du jury

Président : Dr. Michel MEHINTO (Maître-Assistant CAMES)

Rapporteur : Dr. Ornheilia ZOUNON (Maître de conférence CAMES)

Examinateur : Dr. Anselme TCHANSI (Enseignant-chercheur)

Mention : Très Bien

Note : 17/20

Date de soutenance : 17 Octobre 2023

ANNEE ACADEMIQUE : 2022-2023

SOMMAIRE

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES 5

LISTE DES TABLEAUX 6

LISTE DES FIGURES 7

RESUME 8

ABSTRACT 8

INTRODUCTION 9

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE 11

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 16

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 20

CONCLUSION 35

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 36

ANNEXES 39

TABLE DES MATIERES 45

DEDICACES

Je dédie ce mémoire à :

- mon père SOSSOUHOUNTO Francis

- ma mère ADJOU LAURE Solange

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait jamais pu voir le jour sans le soutien actif de certaines personnes que nous tenons à remercier ; toutes celles et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'accomplissement de ce travail trouvent ici l'expression de nos remerciements les plus chaleureux. Notre reconnaissance :

- au Dr Ornheilia ZOUNON cheffe Département de Psychologie (DP) qui est pour nous un modèle de réussite et qui malgré ses préoccupations administratives a été là dans le cadre de notre rédaction. Infiniment Merci.

- au Dr Michel MEHINTO, Enseignant Chercheur au DP / FASHS / UAC, Maître Assistant en Psychopathologie et Psychologie clinique, notre guide qui a partagé ses connaissances théoriques et pratiques avec nous tout au long de notre cursus universitaire. Pour l'intérêt qu'il a manifesté dans le cadre de la rédaction de ce rapport de stage, pour son soutien et ses mots d'encouragement, nous lui témoignons ici nos sentiments de gratitude.

-à tous nos professeurs de la FASHS et du département de psychologie en particulier qui ont largement contribué à notre formation, Merci.

- au médecin-lieutenant-colonel, Psychiatre des Armées AZA-GNANDJI Guy-Gérard, ex-Chef de la Clinique Universitaire de la Santé Mentale du CNHU-HKM qui nous a apporté son aide, supervisé la reformulation de notre thème et la lecture de ce rapport de stage, qui grâce à ses anecdotes / expériences dans le domaine d'obstétrique, nous avons eu une large ouverture de notre thème.

- à ma famille, mes amis, le personnel de la C.U.G.O qui nous ont encouragés de près ou de loin, d'une manière ou d'une autre à la réalisation de ce travail.

à tous, MERCI !!!

LISTE DES SIGLES

CUGO : Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique

CNHU-HKM : Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA.

UAC : Université d'Abomey-Calavi

FASHS : Faculté des Sciences Humaines et Sociales

FSS : Faculté des Sciences et de la Santé

CHUD-B : Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Récapitulatif des données sociodémographiques des obstétriciens 20
Tableau 2: Récapitulatif des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement.....21
Tableau 3: Récapitulatif des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né 22
Tableau 4: Récapitulatif des données sociodémographiques des sage-femmes.....23
Tableau 5: Les sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les vécus psychologiques avant le travail d'accouchement 24
Tableau 6: Les sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né 25
Tableau 7: Récapitulatif des données sociodémographiques des parturientes.....26
Tableau 8: Récapitulatif des données sociodémographiques des parturientes leurs professions et nombres d'enfants (suite) 27
Tableau 9: Les parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement.....28
Tableau 10: Les parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon la cause de leurs peurs (inquiétudes).....30
Tableau 11: Les parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né 31

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Représentation graphique des vécus des parturientes de la CUGO de Cotonou avant le travail d'accouchement 29
Figure 2: Représentation graphique des parturientes de la CUGO de Cotonou selon la cause de leurs peurs (inquiétude).....30
Figure 3: Représentation graphique des parturientes de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né 31

RESUME

Dans le cadre de la rédaction de notre rapport de fin de formation de licence en psychologie, notre sujet de recherche porte sur : « Vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou ». L'objectif de ce rapport est d'analyser les vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou. Pour y parvenir, nous avons utilisé une méthode mixte, grâce à laquelle soixante (60) personnes ont fait l'objet de notre enquête par le biais d'un questionnaire et des entretiens. Les résultats obtenus montrent que l'absence du cri primal peut susciter du stress chez l'équipe médicale (Sage-femme et l'obstétricien) et faire naître une anxiété accompagnée d'angoisse chez la parturiente (femme qui accouche).

Mots-clés : Vécu psychologique, parturiente, sage-femme, l'obstétricien, cri primal, nouveau-né.

ABSTRACT

As part preparing our final report for the completion of our psychology bachelor's degree program, our research focuses on the "The Psychological Experiences of the Medical Team and the Expectant Mother in the Absence of the Newborn's Primal Cry at the University Clinic of Obstetrics and Gynecology, CNHU-HKM, Cotonou." The primary objective of this report is to examine and analyze the psychological experiences of the Medical Team and the Expectant Mother in the Absence of the Newborn's Primal Cry at the University Clinic of Obstetrics and Gynecology, CNHU-HKM, Cotonou. To achieve this, we adopted a mixed-method approach, utilizing questionnaires and interviews to gather insights from a total of sixty participants. The outcomes of our study indicate that the absence of the primal cry can induce stress within the medical team, comprising midwives and obstetricians. Conversely, for the parturient, it instigates feelings of anxiety and, in certain instances, distress.

Keywords: Psychological experience, parturient, midwife, obstetrician, primal cry, newborn

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un évènement merveilleux mais aussi bouleversant sur plusieurs points. Elle est aussi décrite comme un évènement potentiellement stressant dans la vie de la femme (Ford, Ayers, 2008). L'accouchement peut être même une expérience traumatique pour un faible pourcentage de femmes susceptibles d'entraîner des séquelles psychologiques à long terme si cela n'a pas été bien vécu.

Le cri primal est simplement un cri émis par le bébé à la naissance qui marque le début de sa vie extra-utérine, le début de son indépendance. Vers la fin de l'accouchement un cri se fait entendre (le cri primal), C'est le « bébé », « le nouveau-né », tant attendu ; c'est un moment de joie et d'émotion intense pour la parturiente et l'équipe médicale (sage-femme ou l'obstétricien) qui ont fait du bon travail. En 2012, Luttringer confirme que le cri primal est expression spontanée et puissance de la vie qui vient de naître. C'est un moment de joie et d'émotions intenses pour la mère, et l'équipe médicale.

Par ailleurs, le cri primal seul ne détermine pas le bon état de santé d'un nouveau-né, il est juste un facteur de bonne santé apparente parmi tant d'autres. Il doit surtout s'accompagner du test d'Apgar pour certifier l'état du nouveau-né. Un enfant avec un score défavorable d'Apgar peut ensuite présenter une très bonne évolution et un enfant avec un bon score d'Apgar peut développer vite des complications dans l'heure suivante. L'importance de ce test est d'évaluer les constantes vitales fondamentales (fréquence cardiaque, respiration, Tonus, réactivité, coloration) du nouveau-né 30 secondes à 1 minute après sa naissance (Virginia Apgar, 1909- 1974).

Retenons que les risques de la naissance ne sont pas seulement physiologiques mais ils sont aussi psychologiques. Le premier cri du nouveau-né n'est donc pas simplement une douleur corporelle mais peut-être aussi une souffrance psychique (Emmanuel Kant, paragraphe 82). Lors de l'accouchement, une séparation a eu lieu entre la mère et l'enfant. Cette séparation dite brutale est vécue comme un traumatisme par le nouveau-né qui manifeste sa souffrance par le cri primal résultant de la séparation douloureuse avec la mère. En 1928, RANK énumère deux causes importantes de cette séparation traumatique. Il parle de la rupture terrible qu'elle implique avec la vie intra-utérine, seul moment de l'existence où tous les besoins seraient automatiquement comblés, et où le fœtus théoriquement ne serait confronté à aucun manque.

Cependant, ce premier cri prononcé par le nouveau-né en salle d'accouchement et qui est source de joie et de bonheur chez certains est absent chez d'autres, ce qui suscite en même temps inquiétude,

stress, angoisse chez la parturiente et l'équipe médicale (sage-femme ou l'obstétricien). Le cri primal est la première expression de vie de l'enfant, mais il peut aussi être source d'inquiétude pour les parents et le personnel médical. Marie-Hélène Lahaye. (2017). En consultant "European Scientific Journal July 2017 Edition Vol.13, No.21 ISSN : 157 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431, Une étude a été menée dans les maternités de Bordeaux en France pour évaluer le vécu psychologique (peurs, angoisse ou anxiété) de plusieurs parturientes. Cette étude révèle que 57,5% des parturientes étaient anxieuses ou angoissées, 35,5% avaient peur de la douleur, 40% avaient peur d'accoucher un mort-né, 17% avaient peur de la malformation, 25% avaient peur de la mort, 37,5% avaient peur de l'imprévu durant l'accouchement. Blondeau. (2012). Dans la perspective de joindre la pratique à la théorie reçue à l'université, nous nous sommes orientés vers la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique de Cotonou. Intéressée particulièrement par la notion du cri primal nous avons choisi de porter nos travaux de fin de formation sur le sujet intitulé **: « Vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou ».** Ainsi, la rédaction s'articule autour de trois chapitres. D'abord, il s'agit de définir le cadre théorique de la recherche, ensuite vient l'approche méthodologique. Et enfin, il est question de faire connaître les résultats, analyses, et discussion.

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE

Le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre d'analyse et à généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer aux problèmes (A. Laramée et B. Vallée, 1991).

1.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE

1.1.1 - Vécus psychologiques

Le dictionnaire de la langue française Larousse (2016) la désigne cette expression comme un l'ensemble de ce qui est ressenti pour soi ou par autrui sur le plan psychologique. Dans notre rédaction, la clarification de ce concept est nécessaire afin de saisir le thème. Ceci étant, la définition selon le dictionnaire de la langue française Larousse semble la mieux adaptée à notre contexte.

1.1.2 - Parturiente

Selon le dictionnaire français LAROUSSE (2016) une parturiente désigne une femme en train d'accoucher. Nous nous sommes référés à cette définition de la parturiente dans le cadre de notre travail car elle ressort plus l'aspect lié à notre contexte.

1.1.3 - Cri primal

Dans notre contexte du cri primal, le cri primal encore appelé "Vagissement ", " Premier cri" est défini selon la langue française LAROUSSE (2016) comme cri du nouveau-né, cri particulier à l'enfant qui naît. Dans le cadre de notre rédaction, nous préférons garder la définition du dictionnaire de la langue française Larousse.

1.1.4 - Nouveau-né

Selon le LAROUSSE (2016), le dictionnaire de la langue française, le nouveau-né désigne un enfant de la naissance jusqu'à 28 jours ; au-delà, l'enfant est appelé nourrisson.

Nous avons tenu à clarifier ce terme afin d'éviter la confusion qu'il pourrait y avoir avec la définition du nouveau-né et du nourrisson.

1.2 - Revue de littérature

Dans le cadre de notre étude, certains travaux comme les articles de journaux, les rapports, les livres et toutes sortes de documents nous ont permis de travailler sur les aspects relatifs au présent sujet de recherche.

Le cri primal comme nous le savons est un signe de vitalité mais aussi un cri riche en informations sur l'état émotionnel du bébé et sur sa capacité à s'adapter à son nouvel environnement. Le cri primal est un événement sonore et émotionnel qui prend place dans le rituel de la naissance et marque l'entrée de l'enfant dans l'univers humain. Martino. (2003). Par la suite, ATKINSON. (2017) apporte sa contribution à l'explication du cri primal. Il explique que longtemps, le premier cri des bébés a été assimilé à un cri de douleur et certains psychanalystes évoquent même la notion de « Traumatisme de la naissance ». Il semblerait plus juste de parler d'un cri de surprise dû à la transition brutale entre la vie intra-utérine et l'air libre. Le bébé passe d'un environnement chaud, plongé dans la pénombre et relativement silencieux à une atmosphère beaucoup plus froide et pleine d'agitations autour de lui.

L'accouchement ainsi que le cri primal peut faire vivre des émotions intenses et souvent contradictoires : stress, inquiétude, excitation, peur, impuissance ou grande joie pour plusieurs parturientes, elle est aussi est un moment marquant. Le vécu de ce cri primal peut avoir un impact positif (s'il a été prononcé) tant bien que négatif (s'il n'a pas été prononcé). « L'article vos sentiments après la naissance (2019) page 11 » explique ce qui est du vécu positif. Il rapporte : « Quand la mère met son bébé au monde, elle vit souvent l'événement le plus intense de sa vie, surtout si c'est son premier enfant. Elle demeurera très émotive et à fleur de peau pendant les six premières semaines ». Par contre pour ce qui est du vécu négatif que nous mettons dans l'absence du cri primal est perçu comme un vécu difficile qui suscite un mélange d'émotions, d'anxiété et d'angoisse.

En 2001, Wijma et al, avaient fait le lien entre l'anxiété et l'expression des différentes peurs. Ainsi, selon leur étude : « 79,2% des nullipares avaient un niveau de peur élevé dont 55,4% étaient anxieuses ; de même chez les multipares ; 77,4% avaient un niveau élevé de peur et 57,9% étaient anxieuses ». Dans le même contexte une étude a été faite sur le vécu psychologique de la salle d'accouchement au CHUD-B à Parakou en 2014. Cela montre que : « plus de la moitié des parturientes soit 58% affirmaient être anxieuses par rapport à l'accouchement et 27% étaient angoissées ».

Pour connaître les motifs de leur taux élevé d'anxiété (peur) l'étude faite sur le vécu psychologique de la salle d'accouchement au CHUD-B à Parakou en 2014 se poursuit et relève : « Trois principaux objets de peur chez les parturientes portaient globalement sur l'état de santé du bébé (mort-né (82%) ; enfant malformé (76%) ; infection du nouveau-né (76%) ». Ces études faites en salle d'accouchement au CHUD-B à Parakou en 2014 peuvent certifier l'anxiété et l'angoisse que

ressentent les parturientes lors de l'accouchement et celui qui dit accouchement met l'accent sur la présence ou l'absence du cri primal.

Il est nécessaire de mieux comprendre la notion du stress qui est liée en partie à notre étude. A l'origine, le terme « stress » était utilisé pour décrire les pressions physiques et forces s'exerçant sur un objet. Robinson. (2018). Il a été défini la première fois en 1936 par Hans Selye comme « une contrainte non-spécifique sur le corps causé par des irrégularités dans son fonctionnement normal » (CESH, 2019). Le stress entraîne une série de réactions physiologiques (y compris la sécrétion hormonale de cortisol) et psychologiques. Lors de la prise en charge des patientes, les sage-femmes peuvent vivre des situations de soins traumatiques (urgences médicales, accouchements dystociques, risque de décès du bébé ou de la mère, la souffrance fœtale (thèmes employés en obstétrique pour expliquer l'absence du cri primal du nouveau-né). Elles sont inattendues, graves et entraînent des complications médicales. Cela favorise la perte d'espoir dans le processus physiologique de la naissance et l'envie de quitter la profession. (Sheen et al ., 2016). Ces évènements sont également identifiés comme générant du stress notamment lorsque les sage-femmes voient comment les femmes subissent certains actes médicaux douloureux, la prise d'une mauvaise décision médicale, ainsi que l'absence de consentement éclairé. (Geraghty et al .,2019). En définitive, ces études et enquêtes ont permis d'observer, d'avoir une idée claire sur les vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né.

1.3 – PROBLÉMATIQUE

Le cri primal ayant plusieurs appellations comme : « Premier cri du nouveau-né », « Vagissement » est un symbole universel d'un poupon (Tout petit enfant) en santé et d'un accouchement réussi. La majorité des pédiatres (2016) estiment que : « à leur naissance les bébés crient, car ils sont plongés dans un monde étrange, loin du cocon confortable du ventre maternel ». Ce qui explique aussi la différence de température (qui passe de 37° à 33°) entre celle du ventre et celle de la salle d'accouchement. Cette différence a eu raison sur son premier cri. Après la sortie, la cause de son premier cri est induite lorsque l'air entre pour la première fois dans ses poumons et fait vibrer ses cordes vocales. Avec ce cri, les fonctions cardiaques et respiratoires du nouveau-né s'enchaînent et sa circulation sanguine démarre de façon autonome après avoir été assurée par le placenta au cours de la grossesse. Le premier cri témoigne de la mise en place des fonctions respiratoires nécessaires aux bons échanges gazeux au niveau des poumons. Au moment de la naissance, sous l'effet de la compression du thorax lors de son passage par les voies génitales, une grande partie du liquide naturellement présent dans les poumons est expulsée. Au contact de l'air, la glotte s'entrouvre par un mouvement réflexe et les muscles inspiratoires se contractent violemment, provoquant la dépression à l'intérieur du thorax ; l'air s'engouffre alors dans l'arbre respiratoire FRYDMAN. (2014).

Le cri primal qui est l'un des facteurs permettant de déterminer une bonne santé à tous nouveau-nés est parfois problématique chez d'autres nouveau-nés, c'est à dire le cri primal se prononce chez les uns et pas chez d'autres. Mais cela voudra- t-il dire qu'il y a un problème ? Telles sont les questions que se posent la parturiente et l'équipe médicale (sage-femme, l'obstétricien) en salle d'accouchement. On à tendance à croire que le nouveau-né qui ne crie pas à un problème or il n'en est rien, ou il ne s'est peut-être pas rapidement adapté à son nouvel environnement. En 2017, Leyronnas nous explique que : « Certains bébés hésitent avant de crier lorsqu'ils naissent ». Il poursuit en disant : « La transition vers la fonction respiratoire peut donc prendre jusqu'à 10 minutes avant de laisser place à une manifestation vocale, surtout il faut laisser le temps au bébé d'opérer cette transition sans le bousculer ». Mais, comprenons encore qu'un nouveau-né qui ne crie pas n'est pas nécessairement un nouveau-né en détresse ou en souffrance psychique. L'article « Larousse Médical » affirme : « Une absence de cri à la naissance peut indiquer que l'enfant est né endormi, à cause d'une anesthésie pratiquée sur la mère ou que ses fonctions vitales ont été endommagées ». La plupart du temps une stimulation manuelle (massage, peau à peau) ou une ventilation en cas d'absence peut être utile pour

permettre la poussée du premier cri, car un bébé né après un accouchement long et difficile peut notamment mettre plus du temps à crier et à respirer seul, parce qu'il est épuisé. Dans ce même contexte de l'absence du cri primal on constate que certaines sage-femmes donnent des petites claques sur les fesses du nouveau-né ou fais des massages brutaux ou mettent ses pieds vers le haut, pire encore en le tapant aussi fort au dos en le bousculant juste pour lui faire déplier les poumons et pour qu'il émette le premier cri. Mais Leyronnas et son équipe n'approuvent pas cela et proposent : « Il faut se contenter de le caresser, ou des massages aux mains et aux pieds, où se trouvent le point de réflexe mais jamais à un geste brutal ».

Néanmoins, retenons que la naissance n'est pas que d'ordre physique, elle constitue un traumatisme pour la parturiente et surtout pour le nouveau-né qui a dû se séparer du sentiment de bien-être et de sécurité qu'il ressentait dans le ventre maternel. Ce traumatisme est commun à tous les nouveau-nés créant ainsi des pertes : « Perte de la mère comme contenant total : nourricier, respiratoire, porteur et unifiant ». Letondal, (2005). Tous ces aspects nous conduisent à poser la question de savoir : Quels sont les vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né ?

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE

La recherche scientifique est un processus dynamique ou une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre et d'obtenir des réponses précises à partir d'investigations. Ce processus se caractérise par le fait qu'il est systématique et rigoureux et conduit à l'acquisition de nouvelles connaissances. Les fonctions de la recherche sont de décrire, d'expliquer, de comprendre, de contrôler, de prédire des faits, des phénomènes et des conduites. La rigueur scientifique est guidée par la notion d'objectivité, c'est-à-dire que le chercheur ne traite que des faits à l'intérieur d'un canevas défini par la communauté scientifique (Van der Maren, 1996).

Dans ce chapitre, nous présenterons les objectifs, les hypothèses et la méthode (Participants, Matériel, Procédure) utilisés dans le cadre de cette recherche.

2.1- OBJECTIFS ET HYPOTHESES

Les objectifs de recherche sont le point de départ d'un projet de recherche : ils indiquent pourquoi vous voulez entreprendre cette étude et ce que vous pensez pouvoir accomplir en la réalisant (EduTech Wiki, 2019).

2.1.1- Objectif Général

Analyser les vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou.

2.1.2- Objectifs spécifiques

1- Décrire l'état d'anxiété ou d'angoisse de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou.

2- Décrire l'état de stress de la sage-femme et de l'obstétricien en l'absence du cri primal du nouveau-né à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou.

2.1.3- Hypothèse générale

- L'absence du cri primal du nouveau-né entrain des vécus psychologiques difficile chez la parturiente, la sage-femme et chez l'obstétricien à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou.

2.1.4- Hypothèses spécifiques

1- L'absence du cri primal du nouveau-né fait naître de l'anxiété ou l'angoisse chez la parturiente à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou.

2- L’absence du cri primal du nouveau-né suscite du stress chez la sage-femme et chez l’obstétricien à la C.U.G.O du CNHU-HKM de Cotonou.

2.2- MÉTHODE

Ce travail est de nature mixte. Elle vise à recueillir des données quantifiables et qualifiables.

2.2.1- PARTICIPANTS

La population d’étude de cette recherche est l’ensemble constitué des parturientes, des sage-femmes et des obstétriciens.

2.2.2- TECHNIQUE D’ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON

La Technique d’échantillonnage consiste à cibler un échantillon sur lequel devra porter un test empirique. Un échantillon est un sous-ensemble d’une population mère. La population mère correspond à l’ensemble de tous les individus d’une population qui ont des caractéristiques précises en relation avec les objectifs de l’étude (Mayer et Quellet (1991). La technique d’échantillonnage utilisée dans le cadre de cette étude est celle de la convenance (commodité) qui est une technique non probabiliste. Ne disposant pas de données statistiques fiables relatives aux parturientes, aux sage-femmes et aux obstétriciens de la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou, et compte tenue de la sensibilité de notre sujet, nous avons décidé de questionner les parturientes, les sage-femmes et les obstétriciens disponibles, accessibles et présents pendant la période d’enquête. Au terme de notre enquête, qui s’est déroulée de 8 mai au 26 mai 2023. La taille finale de notre échantillon est de soixante (60) enquêtés répartis en 41 parturientes, 13 sage-femmes et 06 obstétriciens.

2.3- MATÉRIEL

2.3.1- LE QUESTIONNAIRE

Nous avons alors utilisé un questionnaire permettant de collecter plusieurs informations sur les vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né à la CUGO du CNHU-HKM de Cotonou. Il est structuré en trois (03) grandes parties : une première partie qui est l’identification sociodémographique, une deuxième partie qui renseigne sur les vécus psychologiques avant le travail d'accouchement et une troisième partie sur les vécus psychologique en l’absence du cri primal du nouveau-né.

2.3.2- L’ENTRETIEN

L’entretien : « est une des méthodes qualitatives les plus utilisées dans les recherches en gestion. Un entretien de recherche n’a rien de commun avec une discussion dans laquelle on se laisse porter par l’inspiration du moment. C’est aussi une technique de collecte de données informatives. Cette

méthode permet de récolter et d'analyser plusieurs éléments : l'avis, l'attitude, les sentiments, les représentations de la personne interrogée ». (Romelaer.2005, p.102). Dans notre contexte, l'entretien semi-directif est utilisé et orienté vers nos cibles et qui sont constituées des parturientes, des sage-femmes, des obstétriciens. Elle est structurée en trois (03) parties : la première qui est la présentation et l'objectif du rapprochement, ensuite la deuxième a fait l'objet d'une discussion sur son vécu avant le travail d'accouchement qui s'est débouché sur son vécu en l'absence ou la présence du cri primal d'où la troisième partie. En optant pour l'entretien, cette technique nous a permis de voir et de comprendre davantage le vécu de nos cibles et de compléter certaines informations collectées aux questionnaires.

2.3.3- PROCÉDURE

En rappel nous avons adopté une technique d'échantillonnage non probabiliste qui est celle de la convenance (commodité). Ensuite nous avons rédigé des questionnaires que les parturientes, les sage-femmes et les obstétriciens non disponibles mais aptes à participer à notre enquête ont rempli en ligne sur Google form et dont les résultats nous ont été envoyés à notre compte Gmail. Dans le même cas, le même questionnaire a été administré aux parturientes, aux sage-femmes et aux obstétriciens sous forme d'entretien semi-directif et dont les résultats sont insérés sur la fiche de questionnaires au fur et à mesure qu'ils répondent aux questions posées. Maintenant, en raison de la taille de notre échantillon pour le dépouillement, nous avons procédé par comptage manuel. Ensuite, il y a le traitement informatique des données (WORD, EXCEL) par organisation et hiérarchisation dans des tableaux, puis dans des figures et dont les différents résultats obtenus ont été interprétés. Enfin, nous avons procédé à une analyse approfondie des données collectées. Les résultats obtenus sur le terrain avec les hypothèses émises au départ nous amèneront à conclure si ces résultats seront confirmés ou infirmés.

2.3.4 - CADRE PHYSIQUE DE L'ÉTUDE

L'enquête a eu lieu à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique (C.U.G.O) du CNHU-HKM. Le CNHU-HKM est un hôpital de référence à l'échelle nationale créé le 30 Octobre 1962 par la loi numéro 6236. Il a une capacité de 350 lits grâce au financement du gouvernement français, d'où le nom initial '' 350 lits''. L'hôpital "350 lits" est devenu CNHU-C suite à la création de la FSS le 10 Janvier 1973. Il a pris le statut d'office à caractère social et scientifique le 13 Mai 1991 et est placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé publique. Et c'est un hôpital à caractère public qui jouit d'une personnalité juridique et de l'autonomie financière. À la mort du premier président de la république, son Excellence Hubert Koutoukou MAGA sous le mandat duquel le dit hôpital a été construit, il a été baptisé CNHU Hubert Koutoukou MAGA d'où l'actuel appellation CNHU-HKM de Cotonou. Le CNHU-HKM est un Hôpital pavillonnaire construit sur un terrain de 10 hectares avec une capacité théorique de 693 lits dont 581 disponibles (Juin 2017). L'hôpital reçoit en référence les malades dont la prise en charge dépasse les compétences et/ ou les centres hospitaliers déconcentrés

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

Dans l'objectif de ce chapitre, nous présenterons et analyserons les résultats obtenus à partir de l'analyse des données recueillies auprès des parturientes, des sage-femmes et des obstétriciens concernant leurs vécus psychologiques en l'absence de cri primal du nouveau-né. Les résultats sont répartis en plusieurs tableaux afin de fournir une vue d'ensemble complet des différentes dimensions étudiées.

3.1- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Les données recueillies de nos enquêtes sont regroupées dans les différents tableaux ci-dessous :

Profil sociodémographique des obstétriciens

3.1.1- Répartition des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques

Tableau 1: Récapitulatif des données sociodémographiques des obstétriciens

	Effectif (n = 6)	Pourcentage (%)
Âge		
Moyenne [minimum ; maximum]	45 ans [27 ans ; 48 ans]	
Sexe		
Masculin	06	100
Qualification (niveau d'étude)		
Médecin DES 4∗	05	83,33
Professeur de gynécologie-obstétrique	01	16,66
Religion		
Catholique	02	33,33
Musulman	04	66,66

∗DES4 : médecin en 4ème année de spécialisation de gynécologie- obstétriques.

Dans ce tableau, la totalité des obstétriciens de notre échantillon était de sexe masculin, soit 6 sur 6. L'âge moyen était de 45 ans avec des extrêmes de 27 ans et 48 ans. La majorité, 5 sur 6, étaient des médecins en fin de spécialisation en gynécologie-obstétrique et 4 sur 6 étaient de religion musulmane.

3.1.2- Répartition des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement

Tableau 2: Récapitulatif des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement

Vécus psychologiques avant le travail d'accouchement	Effectif.	Répondant	Pourcentage (%)
Serein.	06	06	100
Confiant	06	05	83, 33
Prières	06	05	83,33
Passion	06	01	16,66
Concentration	06	04	66,66
Elevation du rythme cardiaque	06	02	33,33

Source : Données de la collecte

Nous remarquons dans les résultats du tableau 2 que l'ensemble des obstétriciens avant le travail d'accouchement sont sereins soit un pourcentage de 100 et les autres (confiant, prières, passion, concentration, élévation du rythme cardiaque) varient d'un pourcentage à un autre. Ce qui nous amène à déduire qu'avant le travail d'accouchement les obstétriciens sont dans un mélange de sérénité, de confiance, de concentration etc.

3.1.3- Répartition des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né

Tableau 3: Récapitulatif des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né

Vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né	Effectif.	Répondant	Pourcentage (%)
Inquiétude	06	04	66,66
Agitation	06	05	83,33
Élévation du rythme cardiaque	06	02	33,33

Source : Données de la collecte

Le tableau 3, montre que 05 des obstétriciens sont agités, 04 sont inquiets et 02 ont eu une élévation du rythme cardiaque face en l'absence du cri primal. Nous pouvons conclure donc que nous avons un pourcentage élevé d'agitation et un pourcentage faible du rythme cardiaque gérable devant l'absence du cri primal.

Profil sociodémographique des sage-femmes

3.2.1- Répartition des sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques

Tableau 4: Récapitulatif des données sociodémographiques des sage-femmes

	Effectif (n = 13)	Pourcentage (%)
Âge		
Moyenne [minimum ; maximum]	35 ans [23 ans ; 48 ans]	
Sexe		
Féminin	13	100
Qualification (niveau d'étude)		
Licence	12	92,30
Supérieur (Doctorat)	01	7,69
Religion		
Catholique	09	69,23
Evangélique	02	15,38
Céleste	01	7 ,69
Protestant	01	7,69
Ancienneté		
[1 à 10 ans]	05	38,46
[10 à 20 ans]	05	38,46
[20 à 30 ans]	03	29,07

Source : Données de la collecte

Dans ce tableau, l'ensemble des sage-femmes de notre échantillon était de sexe féminin, soit 13 sur 13. L'âge moyen était de 35 ans avec des extrêmes de 23 ans et 48 ans. La majorité, 12 sur 13, étaient licencier et 9 sur 13 étaient de religion catholique.

3.2.2- Répartition des sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement

Tableau 5: Les sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement

Vécus psychologiques avant le travail d'accouchement	Effectif.	Répondant	Pourcentage (%)
Serénité	13	10	76,92
Confiance	13	07	53,84
Priére	13	04	30,76
L'élévation du rythme cardiaque	13	06	46,15
Difficulté respiratoire	13	01	7,69

Source : Données de la collecte

Nous remarquons dans les résultats du tableau 5 que 10 des sage-femmes avant le travail d'accouchement sont sereines, 07 et 04 des sage-femmes sont confiantes et en prière, pour finir 06 et 01 ont une l'élévation du rythme cardiaque et une difficulté respiratoire. Ce qui nous amène à déduire qu'avant le travail d'accouchement les sage-femmes sont dans un mélange de sérénité, de confiance, de prière, d'augmentation du rythme cardiaque etc.

3.2.3 Répartition des sage-femmes de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né.

Tableau 6: Les sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né

Vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né	Effectif	Répondant	Pourcentage (%)
Inquiétude	13	11	84,61
Agitation	13	12	92,30
Élévation du rythme cardiaque	13	05	38,46

Source : Données de la collecte.

Dans le tableau 6, montre qu'il y a 12 agitées, 11 inquiètes et 05 ont eu une élévation du rythme cardiaque en l'absence du cri primal. Nous pouvons conclure que nous avons un pourcentage élevé d'agitation et un pourcentage faible du rythme cardiaque devant l'absence du cri primal.

Profil sociodémographique des parturientes

3.3.1 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques

Tableau 7: Récapitulatif des données sociodémographiques des parturientes

	Effectif (n = 41)	Pourcentage (%)
Âge		
Moyenne [minimum ; maximum]	15 ans [16 ans ; 40 ans]	
Sexe		
Féminin	41	100
Qualification (niveau d'étude)		
Non scolarisés	05	12,19
Primaire	12	29,26
Secondaire	15	36,58
Supérieur (licence, master)	09	21,95
Religion		
Catholique	14	34,14
Evangélique	13	31,70
Protestant	03	7,31
Céleste	06	14,63
Musulman	05	12,19

Source : Données de la collecte.

Dans ce tableau, les parturientes de notre échantillon étaient de sexe féminin, soit 41 sur 41. L'âge moyen était de 15 ans avec des extrêmes de 16 ans et 40 ans. 15 sur 41, avaient le niveau secondaire et 14 sur 41 étaient de religion catholique…

3.3.1 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques.

Tableau 8: Récapitulatif des données sociodémographiques des parturientes leurs professions et nombres d'enfants (suite)

	Effectif (n = 41)	Pourcentage (%)
Profession		
Secrétaire	02	4,87
Militaire	01	2,43
Institutrice	01	2,43
Aide-soignante	01	2,43
Elève/ Etudiant	05	12,2
Autres (Ménagère, couturière etc.)	31	77,57
Nombres d'enfants		
00(mort-né)	02	4,87
01	13	31,70
02	06	14,63
03	07	17,07
04	06	14,63
05	05	12,19
06	01	2,43
07	01	2,43

Source : Données de la collecte

Dans ce tableau 7 et 8, nous constatons que les parturientes de cette étude sont plus dans le secteur du privé (Ménagère, couturière, restauratrice, coiffeuse etc.) soit un pourcentage élevé de 77,57%. En ce qui concerne le nombre des enfants de ces dernières recensées, nous remarquons que parmi les 41 parturientes de cette étude, le pourcentage 31,70 % prédomine sur les autres pourcentages soit 4,87

% pour 00 enfant, 14,63% pour 02 enfants, 17,07% pour 03 enfants, 14,63% pour 04 enfants, 12,19% pour 05 enfants, 2,43% pour 06 enfants, et pour finir 2,43% pour 07 enfants.

3.3.2 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement.

Tableau 9: Les parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement

Vécus psychologiques avant le travail d'accouchement	Effectif.	Répondant	Pourcentage (%)
Etat d'appréhension/irritabilité que je ne peux pas contrôler	41	03	8,31
Inquiétude.	41	15	36,58
Pas d'humeur	41	02	4,87
Accélération du rythme cardiaque	41	03	7,31
Difficultés respiratoires	41	04	9,75
Autres.	41	17	41,46

Source : Données de la collecte

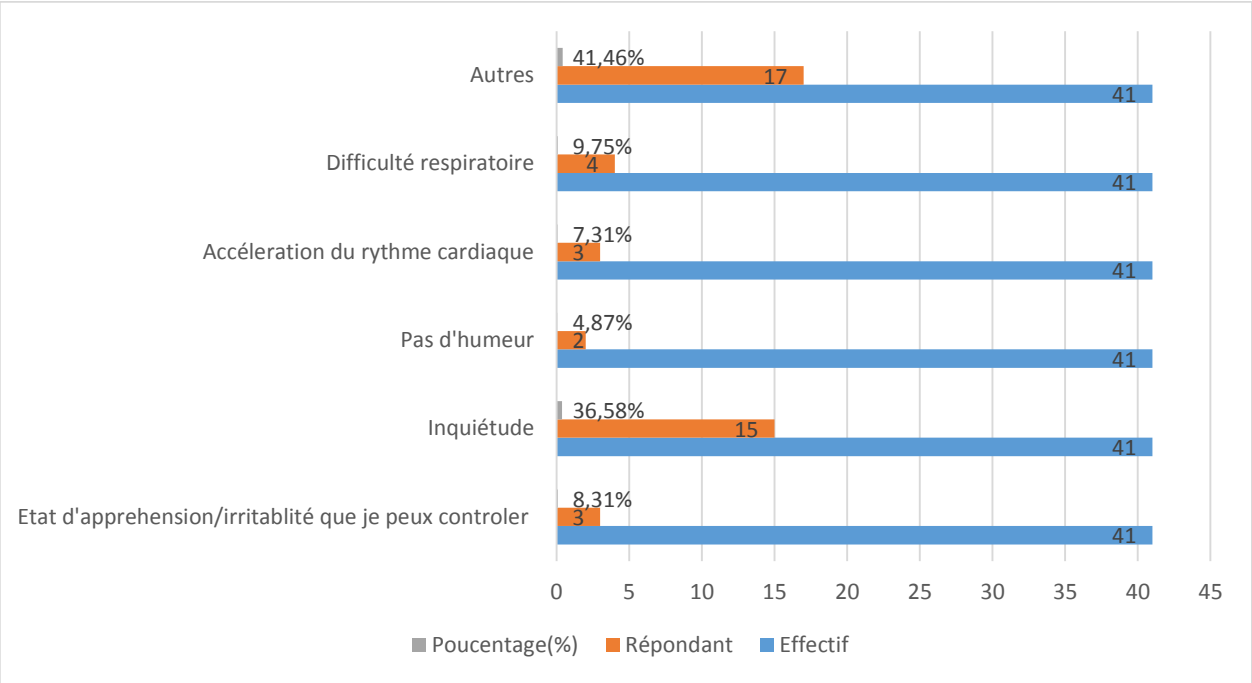

Figure 1 : Représentation graphique des vécus des parturientes de la CUGO de Cotonou avant le travail d'accouchement.

Nous remarquons dans les résultats du tableau 9, que 15 parturientes sur les 41 avant le travail d'accouchement sont inquiètes, soit un pourcentage de 36,58% et les autres pourcentages varient de 8,31 % pour "État d'appréhension/ irritabilité que je ne peux contrôler", 4,87 % pour "Pas d'humeur", 7,31% pour " Accélération du rythme cardiaque ", 9,75% pour "Difficultés respiratoires" et 41,46% pour "Autres" (douleur, déchirure, relaxation). Nous en déduisons qu'avant le travail d'accouchement les parturientes sont plus dans l'inquiétude. Cependant, d'autres se focalisent plus sur la douleur, la déchirure et d'autres sont relaxes.

3.3.3 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon la cause de leurs peurs (inquiétudes)

Tableau 10: Les parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon la cause de leurs peurs (inquiétudes)

Cause de la peur (inquiétude)	Effectif.	Répondant	Pourcentage (%)
Peur de perdre le nouveau-né	15	09	21,95
Peur de la malformation	15	05	12,19
Peur de la complication.	15	10	24,39

Source : Données de la collecte

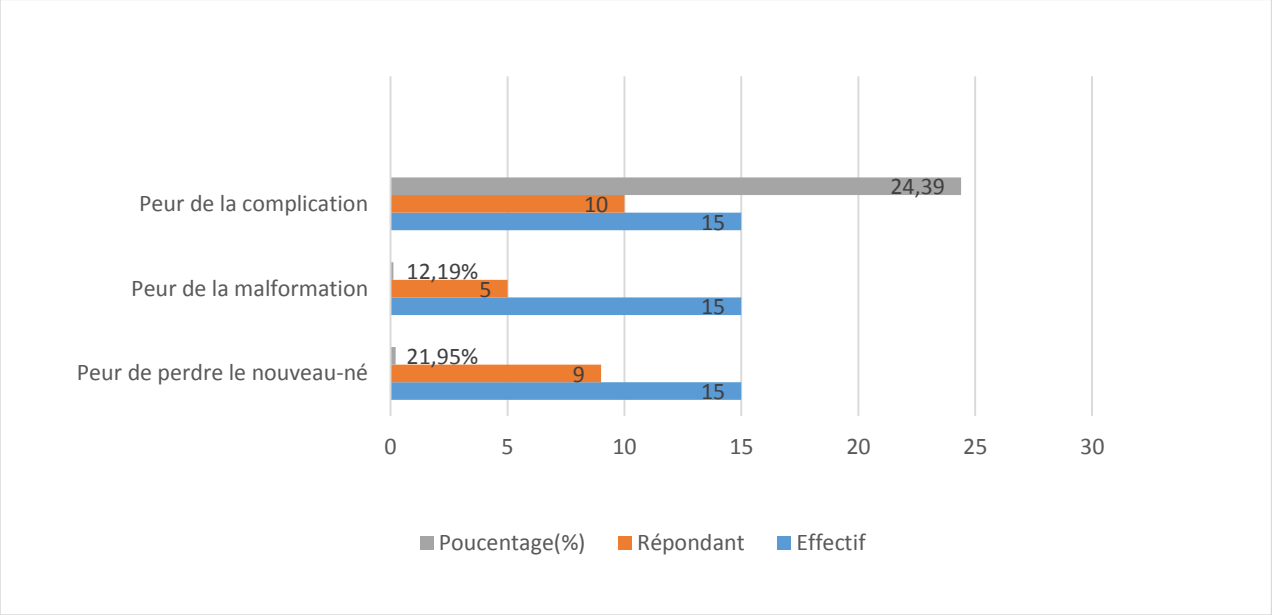

Figure 1: Représentation graphique des parturientes de la CUGO de Cotonou selon la cause de leurs peurs (inquiétude)

Dans ce tableau 10, parmi les parturientes, 24,39% ont peur des complications durant le travail d'accouchement, et celles qui ont peur de perdre le bébé ou peur des malformations totalisent 37, 14%.

3.3.4 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né.

Tableau 11: Les parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né

Vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né	Effectif.	Répondant	Pourcentage (%)
Forte agitation	18	06	33,33
Sentiment d'un danger	18	06	33,33
Je me suis fait du souci (inquiétude)	18	10	55,55
Accélération du rythme cardiaque.	18	03	16,66
Fatigue	18	02	11,11
Essoufflement	18	02	11,11
Autres	18	15	83,33

Source : Données de la collecte.

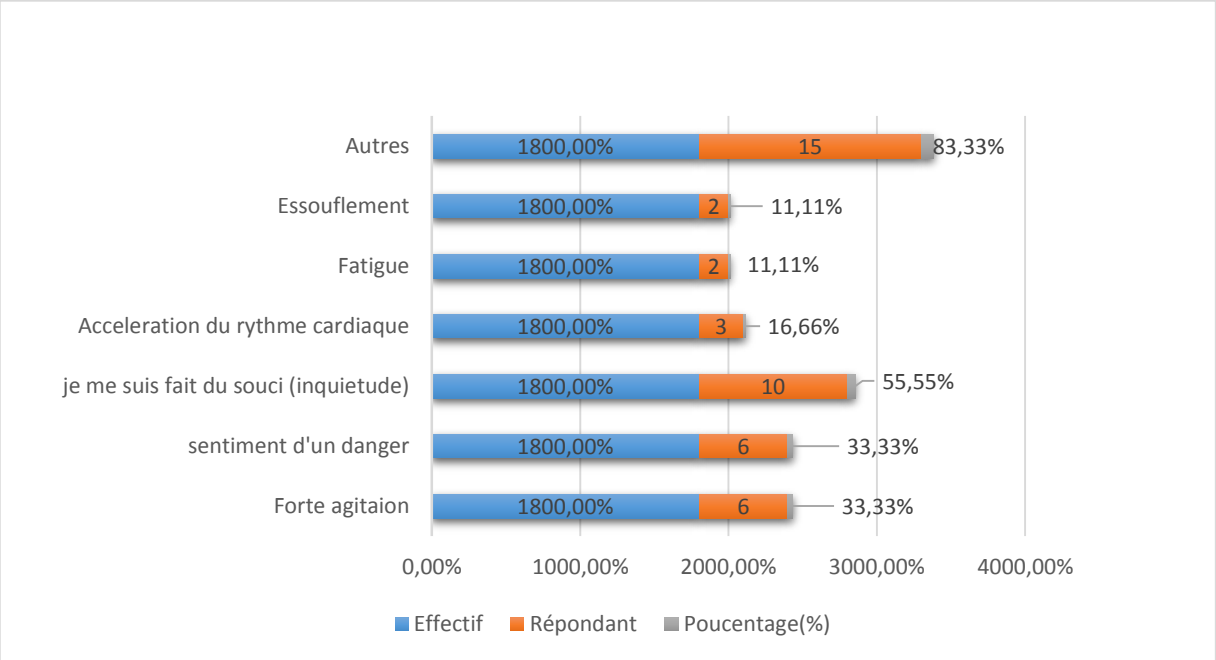

Figure 3 : Représentation graphique des parturientes de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques face l'absence du cri primal du nouveau-né

Dans ce tableau, 18 parturientes sur les 41 ont pu répondre à cette question liée au vécu psychologique face à l'absence du cri primal du nouveau-né. Alors les réponses révèlent qu'il y a 33,33% "d'agitation", 55,55% " Inquiétude (je me suis fait du souci)", 16,66% ont eu une "élévation du rythme cardiaque", 22,22% sont "fatiguées et essoufflées" en l'absence du cri primal. Nous pouvons conclure donc que nous avons un pourcentage élevé d'agitation, de sensations de danger et Autres (prière, relaxe), et un pourcentage faible du rythme cardiaque, de Fatigue... etc.

3.4 DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

L'analyse des différents résultats issus des questionnaires, de l'entretien, nous expose à un ensemble de parturientes, de sage-femmes et de l'obstétricien en l'absence du cri primal du nouveau-né à la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou. Ainsi, par rapport à chaque caractéristique propre aux parturientes, aux sage-femmes et aux obstétriciens de la CUGO, plusieurs interprétations sont établies.

Discussions de l'hypothèse spécifique 1 (L'absence du cri primal du nouveau-né fait naître de l'anxiété ou de l'angoisse chez la parturiente).

Dans l'étude faite aux parturientes de la CUGO du CNHU-HKM ,18 parturientes sur les 41 ont affirmé être anxieuses (je me suis fait des soucis (inquiétude), accélération du rythme cardiaque, fatiguée) en l'absence du cri primal de leurs nouveau-nés soit un pourcentage de 83,32%. Par ailleurs, 77,77% avouent être angoissées devant l'absence du cri primal de leurs enfants.

Sachons que, les manifestations d'anxiété et de l'angoisse sont propres à chaque parturiente, nous pouvons constater sur le terrain que certaines parturientes n'expriment pas leurs états que ce soit l'anxiété ou l'angoisse. Prenons l'exemple sur les primipares et surtout les multipares (qui a accouché plus d'une fois) qui ont pris tout d'abord l'accouchement comme un moment indispensable et inévitable dans la vie de la femme et dont elles connaissent tous les fonctionnements et les conduites à tenir pour un accouchement réussi. Ce moment prend en compte la présence ou l'absence du cri primal de leur nouveau-né mais il semble que parfois on ne détecte aucun signe qui relève d'anxiété ou d'angoisse chez celles-ci, mais on peut quand même conclure sur la base des observations et des questionnaires administrés sur le terrain qu'à partir d'un certain nombre d'accouchement chez les parturientes ces dernières ne laissent plus paraitre leurs états émotionnels même devant l'absence du cri primal. Elles utilisent en revanche d'autres moyens de surmonter cela comme : la prière, la confiance en soi, la confiance aux résultats et examens échographiques, la confiance aux équipes médicales et surtout la confiance en leur DIEU. Nos résultats vont dans le même sens que ceux retrouvés par Ford et al (2008) aux USA qui avaient trouvé : « 61% de parturientes anxieuses par apport à l'accouchement » et Blondeau et al (2012) en France qui avaient publié : « 57,5% parturientes anxieuses par rapport à l'accouchement au terme de leur étude ». Nos résultats obtenir sur le terrain à ce niveau traduisent que les parturientes au début de l'accouchement jusqu'à l'absence du cri primal de leurs bébés sont anxieuses. Donc la première hypothèse émise au départ est vérifiée.

Discussions de l'hypothèse spécifique 2 (l'absence du cri primal du nouveau-né suscite le stress chez la sage-femme et chez l'obstétricien).

En se basant sur le Mémoire présenté et soutenu par Élise LEVAL née le 11 mai 1993 pour l'obtention du diplôme d'État de Sage-femme Promotion 2013-2017, une hypothèse est positive à la suite de son étude elle affirme : « 83,1% des répondants de notre questionnaire estiment le stress normal en salle de naissance. Plus précisément, 51,2% des répondants supposent que le stress en salle de naissance est ressenti par tous les étudiants, tous niveaux confondus. Seulement 28,2% des répondants pensent que le stress en salle de naissance est aussi éprouvé par les professionnels. Or, en salle de naissance, il règne fondamentalement bien souvent un climat de haute tension et le stress est omniprésent : pression, tension, angoisse, urgence vitale, peur du risque médico-légal, responsabilité du couple mère-enfant, événements imprévisibles, coup de speed, fatigue, équipe pluridisciplinaire ; autant de paramètres générateurs de stress qui font partie intégrante du quotidien des professionnels de salle de naissance. Les répondants pensent majoritairement que le stress sera toujours présent en salle de naissance, malgré leur expérience grandissante, et le considèrent comme normal puisqu'ils estiment qu'il est ressenti par les étudiantes sage-femmes de tous niveaux de formation, les sage-femmes exerçants ».

En dehors de la parturiente nous nous sommes penchées sur les vécus de la sage-femme et de l'obstétricien. Dans cette étude nous avons eu un taux élevé de stress chez les sage-femmes soit un pourcentage de 84,61% (pour inquiétude), 92,30% (pour l'état d'agitation) et 38,46% (pour l'état d'élévation du rythme cardiaque). Par contre chez l'obstétricien, on obtient un taux plus bas soit 66,66% (pour état d'inquiétude), 83,33% (pour l'état d'agitation), 33,33% (pour élévation du rythme cardiaque). Les résultats obtenus pour l'état de stress des sage-femmes et des obstétriciens en l'absence du cri primal révèlent un taux élevé du stress chez les sage-femmes que chez l'obstétricien car selon leurs dits ces derniers arrivent à gérer cela. De la considération des résultats de nos recherches, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse émise au départ est confirmée.

CONCLUSION

L'expérience de l'accouchement est un moment très important et difficile à prendre en compte et pourrait influencer la santé des femmes à long terme. Cette étude faite révèle les réalités que vivent les parturientes, l'équipe médicale (sage-femmes et l'obstétricien), révèle aussi les vécus psychologiques auxquelles ils sont confrontés et surtout en l'absence du cri primal.

Le cri primal est d'autant important que l'accouchement. Il est le symbole d'un accouchement réussi et d'une vitalité chez le nouveau-né. Mais malheureusement ce cri primal absent est souvent, ou parfois signe du décès du bébé ou des complications qui conduit la parturiente à un état anxiété, suivit d'angoisse. À l'instar de ce qui a été dit dans la littérature sur le cri primal et son absence, il a été constaté, une augmentation du taux d'anxiété chez la parturiente de la CUGO du CNHU-HKM en l'absence du cri primal. Certaines réactions psychologiques comme le stress sont observées chez l'équipe médicale de la CUGO de CNHU-HKM (sage-femme et l'obstétricien). Ceux-ci au lieu de l'état anxiété, sont stressées et ce stress est contrôlable pour une bonne réussite de l'accouchement et ce malgré l'absence du cri primal. On constate un taux de stress bas chez eux. Pour ce qui est des résultats de notre étude, nous nous sommes entretenus avec soixante (60) personnes soit 41 parturientes, 13 sage-femmes et 06 obstétriciens qui ont acceptées partager leurs expériences sur l'absence du cri primal dans l'objectif d'analyser les vécus psychologiques de l'équipe médicale et de la parturiente en l'absence du cri primal du nouveau-né. Pour pouvoir accéder à ces informations, nous avons utilisé un entretien semi-directif sachant que quel que soit la réalité de cet événement, le vécu de l'accouchement et de l'absence du cri du nouveau-né est individuel à chaque parturiente, sage-femme et obstétricien et ce tant sur le plan physique que psychologique. L'accouchement est toujours subjectivé, on peut la vivre de manière positive autant que de manière négative.

Cependant, au-delà des résultats obtenus à cette étude, il faut souligner qu'un accompagnement psychologique pour toutes équipes, médicales est nécessaire afin de facilité le travail d'accouchement de la parturiente et de son nouveau-né.

Ce qui nous amène à poser la question de savoir si avec l'appui d'une prise en charge psychologique bien établie en amont ; des vécus d'anxiété, d'angoisse et de stress chez la parturiente, sage-femme et l'obstétricien peuvent toujours survenir ?

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1- Henri. (1873). Tout savoir sur le cri de bébé à la naissance Nestlé Bébé.

2-Luttringer. (2012). La naissance autrement : vivre l'accouchement en pleine conscience.

3- Lett, Offenstadt. (2003). Haro ! Noël ! Oyé ! - Le cri du nouveau-né, la famille et la terre. Éditions de la Sorbonne.

4-Rank. (1928). Traumatisme de la naissance.

5- Rosella. (2008). Le cri du bébé. Dans Spirale / 1 (n°45) ,33-45.

6- Rousseau. (2001). Pourquoi les bébés crient-ils à la naissance ? Observer un bébé avec attention ,93-100.

7- Bouchard, Leonard. (1990). La naissance : pleurs et cris du nouveau-né | La gestation | La vie | La trame sonore de nos vies. (Ed : l'airer).

8-Marie- Hélène. (2017). Accoucher sans stress avec la méthode Bonapace.

9- Fumat, Vinlens, Richard. (2003). Interroge - Pourquoi un bébé pleure-t-il et crie-t-il à la naissance ? (Autres Edition).

10- Emmanuel Kant. (1798). Dans son Anthropologie du point de vue pragmatique.

10- Bachler. (2017). Le premier cri de l'enfant, colère et indignation ! 3 (n°83), 111-113.

11- Dictionnaire français Larousse. (2016).

12- ATKINSON. (2017). Accouchement : un premier cri tant attendu. A la une - Destination Santé.

13- Agence science –presse. (2014). Pleurs de bébé : le stress, un obstacle pour la mère.
En ligne : https://naitre et grandir.com/fr/nouvelles/2014/09/18/20140918-stress-obstacle-bien-repondre-pleurs-bebe.

14- L'article : vos sentiments après la naissance. (2019).

15-Robinson. (2018). La notion du stress.

16- Hans selye. (1936). Le stress.

17-Dollander, Tychey (2010). Le traumatisme de la naissance. La sante psychologique de l'enfant,47-55.

18- Collas, Daniel, Puyelo. (2015). Vie et mort à la maternité. Témoignages de soignants. Empan, (n°97),94-103.

19 -Bernard (2003). La naissance en occident. Paris : Albin Michel.

20- Frydaman. (2014). Attendre son enfant. Page 559.

21- Apgar. (1974). Apgar : définition et interprétation du score d'Apgar.

22- Haberfeld. (2017) score d'Apgar, naissance-définition –résultat-norme-interprétation-tableau.

23- Amal, Poulin (2004). Du désir d'enfant à la réalisation de l'enfantement. Psychothérapie, (vol 24), 3-11.

24- Jacques B (2008). La sociologie de l'accouchement. Sciences Sociales et santé ; 26 (1) : 124-7.

25- Musa O I, Akande T M, Adebayo V T. (2005). Stressful events experience by mothers with children on admission at the emergency pediatric unit of a tertiary hospital in northern Nigeria. European Journal of scientific Research ; 10(3) ,66-70.

26- Obossou, Salifou, Aboubarkar. (2017). Vécu Psychologique De La Parturiente En Salle D'accouchement À La Maternité Du Centre Hospitalier Départemental Et Universitaire Du Borgou À Parakou (BENIN) European Scientific Journal, edition Vol.13, No.21 ISSN : 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857- 7431 407.

27- Bleaudeau. (2008, 21 août 2017). Accouchement : un premier cri tant attendu. A la une - Destination Santé, page-33.

28- Zar M, Wijma K, &Wijma B. (2001). Pre-and post-partum fear of child birth in Nulliparous and Parous Women. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy. 30, 75.

29- https://www.babyboom.be/fr/article/premier-cri-de-bebe-premiere-rencontre. 28 juillet 2023.

30-Ford E. & Ayers S. (2008). Stressful events and support during birth. The effect on anxiety, mood and perceived control. Journal of Anxiety Discorders. 23,260-8.

ANNEXES

QUESTIONNAIRES AUX PARTURIENTES

Identification sociodémographique de l'enquête

Âge : .....

Sexe.....

Religion : .....

Profession : .....

Nombres d'enfants : .....

Cri primal

1-Que pensez-vous du premier cri du nouveau-né ?

……

……

……

……

2-Psychologiquement comment vous vous sentez avant accouchement ? Cochez-le ou les cases qui correspondent à votre ressenti :

Etat d'appréhension /irritabilité que je ne peux pas contrôler ☐

Inquiétude ☐

Pas d'humeur ☐

Accélération du rythme cardiaque ☐

Difficultés respiratoires ☐

Vertige ☐

Autres ☐

3- Quelles sont les moyens que vous avez utilisés pour surmonter cela ?

……

……

……

……

4- Est-ce que le cri a été prononcé après expulsion du bébé ?

Oui ☐ Non ☐

-Si NON, comment vous vous êtes sentis en ce moment ? Cochez-le ou les cases qui correspondent à votre ressenti

Forte agitation ☐

Sentiment d'un danger ☐

Inquiétude ☐

Je me suis fait du souci ☐

☐

Accélération du rythme cardiaque

Fatiguée ☐

Essoufflement et nausée ☐

5- Toutes ces émotions ressenties sont duesà quelle peur chez vous ? Cochez-le ou les cases qui correspondent à votre ressenti

De la perte du bébé ☐
De la malformation ☐
Des complications ☐

.

6- Avez-vous quelques choses à ajouter ?

Oui ☐ Non ☐

-Si OUI ; On vous écoute

……
……
……
……
……
……

Merci !!

QUESTIONNAIRE AUX SAGE-FEMMES / OBSTÉTRICIENS

Identification sociodémographique de l'enquête

Âge : .....

Sexe : .....

Masculin : .....

Féminin : .....

Religion : .....

Cri primal

Que pensez-vous en tant que spécialiste du premier cri du bébé ?

……
……
……
……
……
……
…….....

2- Psychologiquement comment vous vous sentez avant le travail d'accouchement ? Cochez-le ou les cases qui correspondent à votre ressenti

Serein ☐

Confiant ☐

Sensation d'élévation du rythme cardiaque ☐

Difficultés respirations ☐

Maux de tête ☐

Énervement ☐

3- Quels sont les moyens utilisés pour surmonter cela ? Cochez-le ou les cases qui correspondent à votre ressenti

Prière ☐
Courage ☐
Professionnalisme ☐
Calme ☐
Mots réconfortants ☐

4- Parmi les parturientes qui viennent d'accoucher, est ce que leurs nouveau-nés ont poussé le premier cri ?

Oui ☐ Non ☐

Si NON, quels ont été vos sentiments en ce moment-là ? Cochez-le ou les cases qui correspondent à votre ressenti

Inquiétude ☐
Vertige ☐
Pressage d'un danger ☐
Bouffer de Chaleur ☐
Impuissance ☐
Accélération du rythme cardiaque ☐

7-Depuis quand exercez-vous votre fonction de spécialiste ?

Intervalles de 1ans à 10ans ☐

Intervalles de 20ans à 30 ans ☐

Intervalle de 30ans à 50ans ☐

Je me souviens plus ☐

11- Avez-vous quelque chose à ajouter ?

Si oui, on vous écoute.

……

……

……

……

……

Merci !!!!

TABLE DES MATIERES

DEDICACES 3

REMERCIEMENTS 4

LISTE DES SIGLES 5

LISTE DES TABLEAUX 6

LISTE DES FIGURES 7

RESUME 8

ABSTRACT 8

CHAPITRE I : CADRE THÉORIQUE DE L'ETUDE 11

1.1 CLARIFICATION CONCEPTUELLE 11

1.1.1 - Vécus psychologiques 11

1.1.2 - Parturiente 11

1.1.3 - Cri primal 11

1.1.4 - Nouveau-né 11

1.2 - Revue de littérature 11

1.3 – PROBLÉMATIQUE 14

CHAPITRE 2 : APPROCHE METHODOLOGIQUE 16

2.1- OBJECTIFS ET HYPOTHESES 16

2.1.1- Objectif Général 16

2.1.2- Objectifs spécifiques 16

2.1.3- Hypothèse générale 16

2.1.4- Hypothèses spécifiques 16

2.2- MÉTHODE 17

2.2.1- PARTICIPANTS 17

2.2.2- TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE ET ÉCHANTILLON 17

2.3- MATÉRIEL 17

2.3.1- LE QUESTIONNAIRE 17

2.3.2- L'ENTRETIEN 17

2.3.3- PROCÉDURE 18

CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 20

3.1- PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 20

3.1.1- Répartition des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques 20

3.1.2- Répartition des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement 21

3.1.3- Répartition des obstétriciens enquêtés de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né 22

3.2.1- Répartition des sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques 23

3.2.2- Répartition des sage-femmes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement 24

3.2.3 Répartition des sage-femmes de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né 25

3.3.1 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques 26

3.3.1 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon les paramètres sociodémographiques. 27

Tableau 8: Récapitulatif des données sociodémographiques des parturientes leurs professions et nombres d'enfants (suite) 27

3.3.2 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques avant le travail d'accouchement 28

3.3.3 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon la cause de leurs peurs (inquiétudes) 30

3.3.4 Répartition des parturientes enquêtées de la CUGO de Cotonou selon leurs vécus psychologiques en l'absence du cri primal du nouveau-né.....31

CONCLUSION.....35

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....36

TABLE DES MATIERES 45