UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI

(UAC)

@@@@@@@@@

FACULTE DES LETTRES, ARTS ET SCIENCES HUMAINES

(FLASH)

@@@@@@@@@

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

(DPSE)

@@@@@@@@@

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

SUJET

ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES ENCEINTES DANS LE CONTEXTE D'UNE CESARIENNE : DU POINT DE VUE EMOTIONNEL

Présenté par :

KILAHOUNKO Cendrès

Responsable de la Maternité :

Mme Elisa ATINMANDJEGANGNI

Lieu de stage : Maternité de l'hôpital de Mènontin

ANNEE ACADEMIQUE : 2015-2016

(Soutenu le 25/11 /2016)

DEDICACE

Nous dédions ce travail à :

- Mon père KILAHOUNKO Dominique, pour m'avoir toujours soutenu jusqu'à cette étape de mon cursus.
- Ma mère KAKPO HOUNDJO Jeanne, pour tous ses sacrifices et sa présence maternels.
- Tous mes frères et sœurs Prince, Jado Déborah, Doris, toute la famille KILAHOUNKO, particulièrement à Mr KILAHOUNKO Paul, Mr OMONLADE Habib Jacob.
- Sr GUIVI Rachelle ; au père AHOTONDJI Bernard.

Toute ma reconnaissance à toutes les personnes qui m'ont soutenu de diverses manières, qu'elles reçoivent ici l'expression de ma gratitude.

Remerciements.

Toutes nos sincères reconnaissances à l'endroit

- de nos professeurs qui nous ont donné la formation en psychologie clinique. Qu'ils en soient remerciés infiniment.
- de nos membres de jury : prof Thierry KOUGBEAGBEDE, Dah Gbènoukpo LOKONON et particulièrement au Dr Ferdinand BOTON, qui, malgré ses nombreuses préoccupations, a accordé son temps pour la relecture de ce rapport de stage.
- du Médecin Dr George OFFRIN, Directeur de l'Hôpital de Mènontin qui nous a permis d'effectuer ce stage dans son établissement hospitalier.
- des responsables de la Maternité, notamment Mme Elisa ATINMANDJEGANGNI, pour sa disponibilité à répondre favorablement à nos différentes inquiétudes au cours du stage.
- Des Sages-femmes, aux Infirmières et à tout le personnel de la Maternité actifs au service des femmes, nous les remercions pour leur endurance inexprimable auprès de ces patientes.

Sommaires

DEDICACE i
Remerciements. ii
Sommaires iii
Résumé iv
Abstract v
INTRODUCTION 1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 3
I- Histoire de l'Hôpital 4
II- Situation géographique 5
III- Objectifs de l'Hôpital 5
CHAPITRE 2IEME : REFLEXIONS CRITIQUES 6
I- Problématique 7
II- Hypothèses. 8
III- Objectif 8
IV- Approches de solutions 12
CHAPITRE3IEME : BILAN DES ACTIVITES EFFECTUEES 14
I- Activités effectuées. 15
II- Outils de travail. 16
CHAPITRE 4IEME: LES DIFFICULTES DE L'HOPITAL ET QUELQUES SUGGESTIONS. 19
I- Les difficultés de l'Hôpital 20
II- Quelques suggestions. 20
CONCLUSION 21
Références bibliographiques. 22
TABLE DES MATIERES 23

Résumé

La césarienne est habituellement pratiquée en fonction de l'état du fœtus et de la femme enceinte. Dans certains cas, elle peut être planifiée avant même que le travail ne commence pour protéger la santé du bébé et celle de la mère. Dans d'autres, c'est pendant le travail que la décision de faire la césarienne est prise : il s'agit alors d'une césarienne d'urgence. Néanmoins, l'accouchement par césarienne est une pratique rejetée par beaucoup de femmes. Ce qui fait naître chez elles des émotions négatives, qui, non prises en charge, portent atteinte au bon déroulement de l'opération.

C'est ce constat qui a suscité en nous le désir de porter notre étude sur l'état émotionnel des femmes enceintes dans le contexte d'une césarienne en vue de formuler quelques suggestions pour leur prise en charge avant et après l'opération.

L'objectif de ce sujet est donc d'accompagner les femmes enceintes à appréhender moins gravement leur accouchement. La recherche documentaire, l'observation participative et l'entretien sont les méthodologies de travail utilisées dans la mise en œuvre de notre travail. De ces recherches, nous pouvons dire que la césarienne est un mode d'accouchement non accepté des femmes à cause d'une faible sensibilisation et de la représentation erronée qu'elles se font du concept césarienne. Il se présente donc une nécessité de sensibilisation sur la question de césarienne et le besoin de la présence de psychologue dans les services obstétricaux.

Mots clés : Accompagnement psychologique, césarienne, accouchement, gynécologie, Maternité

Abstract

Caesarean section is usually performed according to the condition of the fetus and the pregnant woman. In some cases, it can be planned before the process of caesarean begins to protect the health of both the mother and the baby. In others, it is during the period of labor pain, that the decision to perform the Caesarean section is taken. This will therefore, give rise to an emergency Caesarean section. Nevertheless, caesarean delivery is a practice rejected by many women. It gives rise to negative emotions or feelings, which if they are not taken care of, affect the smooth running of the operation.

It is this observation that has aroused in us the desire to carry our study on the emotional state of the pregnant women in the context of a caesarean section with a view of making some suggestions for their management before, during and after the operation.

The objective of this topic is therefore, to accompany pregnant women to apprehend with less importance of their childbirth. Documentary research, participatory observation and interviewing are the working methodologies used in the implementation of our work. At the end of this research, we can say that caesarean operation is an unacceptable mode of delivery for women due to low awareness and misrepresentation of the Caesarean operation concept. Therefore, there is a need to raise awareness about the issue of caesarean section and the presence of psychologists in obstetric services.

Key-word: cesarean-section, psychology accompaniment, childbirth, gynecology, maternity.

INTRODUCTION

Les facteurs de réussite et de compétence dans un domaine spécifique résident dans la capacité à acquérir des connaissances aussi bien théoriques que pratiques dans ce domaine. C'est cette intention qui a motivé l'organisation d'un stage académique dans les établissements de santé mentale et dans les centres cliniques pour confronter les connaissances en psychologie aux réalités du terrain et aussi pour mettre en œuvre l'aptitude à exercer la fonction de psychologue.

En effet, nous, étudiants en fin de formation du 1er cycle au département de psychologie et Science de l'Education(DPSE), avons effectué notre stage académique pour le compte de l'année 2014-2015 à la Maternité de l'Hôpital de Mènontin.

L'accouchement est une étape cruciale dans la vie d'une femme enceinte. Il peut être naturel (par voie basse) ou vécu par césarienne dont l'appellation donne une sensation de fuite chez beaucoup de femmes. Par définition, l'accouchement par césarienne est une intervention chirurgicale qui permet de donner naissance autrement que par la voie basse. Elle peut être requise lorsque la femme enceinte dispose des conditions non favorables pour accoucher : par exemples des problèmes de santé, la présence de troubles d'infection ou encore des problèmes liés au placenta etc. Il y en a de deux sortes, elle peut être programmée ou d'urgence en fonction des conditions non propices précitées. Elle a souvent mauvaise presse et les mamans éprouvent des difficultés à appréhender sereinement cette expérience. Entre déception, doutes, angoisses, crainte de la douleur, la césarienne soulève de nombreuses questions. Comment se préparer à l'éventualité d'accoucher par voie haute ?

Accoucher par césarienne est un événement rempli d'émotions aux quelles les femmes ne prêtent aucune attention. Alors de façon naturelle, L'expression « césarienne » chez les femmes enceintes, fait naître d'énormes émotions négatives : la surprise, la peur, la colère, constituant des facteurs traumatisants chez ces dernières. Mais particulièrement, chez les femmes africaines, l'opération chirurgicale en elle-même ne constitue pas l'élément de stress. C'est plutôt la situation financière de la famille, les problèmes de tentions sociales, les antécédents médicaux, et les événements conflictuels qui constituent autant de facteurs les plus stressants et qui les empêchent de vivre l'accouchement dans des conditions souhaitées.

De même, comme toute opération chirurgicale, elle peut avoir des conséquences sur le rétablissement de la mère : Le risque d'hémorragie et de problèmes de coagulation, le risque d'infection de la plaie, de l'utérus et infection urinaire si une sonde urinaire a été utilisé,

l'intensité et la durée de la douleur ressentie après une césarienne par rapport à un accouchement naturel. Tous ces risques ainsi envisagés par la future maman influencent son état psychique, émotionnel et constituent des obstacles sur sa participation et le bon déroulement de l'opération.

Il urge, à l'instar de ces constats faits, d'aider les femmes en voie de césarienne, de les accompagner psychologiquement à faire face aux émotions, à appréhender moins gravement leur accouchement et à les faire participer à la naissance de leur enfant. Il est important d'élaborer une stratégie de communication pour sensibiliser les mamans sur la question de césarienne. L'objectif principal de ce sujet est donc d'accompagner psychologiquement les femmes enceintes en cas de césarienne.

CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE

I- Histoire de l'Hôpital

Nous pouvons résumer le contexte historique de l'Hôpital de Mènontin en sept essentiels :

- La construction du Centre Médical Saint LUC en 1990 par le feu l'Archevêque de Cotonou, Monseigneur Isidore de SOUZA, alors curé de la paroisse Sainte Rita aidé par CEBEMO (Organisation Catholique pour la Coopération et le Développement des pays Bas).

  Ce centre implanté à Sainte Rita, un quartier populeux de Cotonou, connait une grande fréquentation et a vu ses capacités largement dépassées dès le démarrage.
- Les contacts entre l'archevêque Mgr Isidore de SOUZA alors Président du Haut Conseil de la République (parlement de transition) et les autorités de la Banque Mondiale.
- L'intégration du volet Hygiène et santé le 1er projet urbain du Bénin négocié avec la Banque Mondiale dénommée Projet de Réhabilitation et de Gestion Urbaines, (PRGU) ; Ce projet comporte sept composantes dont la composante B : amélioration concertée et intégrée des conditions sanitaires des populations du quartier de Mènontin avec les rubriques.
  - ✓ Construction d'un Centre de santé et d'infrastructures primaires (pavage et assainissement de voiries.
  - ✓ Animation socio-sanitaire et médicale
  - La constitution de l'association Médico-sociale de Mènontin(AMSM) dont le président est l'Archevêque de Cotonou par arrêté Ministériel : No 91/0140/MISAT/DAI/SI-Assoc du 9 septembre 1991.C'est une association loi 1901 composé de 16 membres fondateurs dont 06 sont résidents à Mènontin. Le Bureau est composé de 05 membres. Le comité des membres fondateurs sert de conseil d'administration du centre de santé de Mènontin.
  - L'animation socio-sanitaire et médicale dans le quartier de Mènontin avec la mise en place d'ne équipe d'animation et de femmes relais (« maman quartiers »)
  - La signature d'un mandat de gestion entre l'AMSM, le Ministère de la santé et le Ministère des Finances en date du 12 Février 1992 ; Le Centre bénéficie d'une autonomie financière dans le respect des clauses dudit mandat et obéit aux règles d'une gestion privée.

- La construction et l'équipement du centre inauguré le 23 Juillet 1996.Ce centre est devenu opérationnel dès le 24 Juillet 1996.

II- Situation géographique

L'Hôpital de Mènontin est une structure médico-sociale à but non lucratif implanté dans le 9ème arrondissement précisément dans la zone sanitaire de Cotonou V dont il est aujourd'hui l'Hôpital de zone. Il est le premier Hôpital public contractualisé par l'Etat béninois. Il couvre une superficie de 15Km² et est limité au Nord par Cotonou I, au sud par le lac Nokoué, à l'Est par Cotonou I et IV, et à l'ouest par Cotonou VI. Cette situation géographique lui confère une position charnière entre la ville de Cotonou et les Communes de Ouidah et d'Abomey-Calavi. La population du 9ème arrondissement est de 90860 habitants.

III- Objectifs de l'Hôpital

Dès sa création, l'hôpital s'est fixé les principaux objectifs ci-après :

- promouvoir avec leur propre participation le bien-être socio-sanitaire des habitants de Mènontin et des quartiers avoisinants ;
- améliorer les conditions d'hygiène, de santé et de vie des populations concernées par l'information, l'éducation et la communication ;
- faciliter à ces populations l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé primaires ;
- réaliser une meilleure surveillance des enfants, des mères et des femmes gestantes et permettre à ces dernières un accouchement dans les meilleures conditions sanitaires.

Pour atteindre ces objectifs, nous avons parcouru chacune des équipes de travail de la Maternité, afin de mieux observer ce qui s'y fait et de contribuer aux activités que l'on mène.

CHAPITRE 2IEME : REFLEXIONS CRITIQUES

I- Problématique

Le souhait ou la prière de toute femme enceinte est d'accoucher naturellement c'est-à-dire par voie basse. Mais aujourd'hui, l'on constate que le mode d'accouchement le plus courant dans les Maternités du Bénin et spécifiquement à l'Hôpital de Mènontin est l'accouchement par césarienne. Par définition la césarienne est l'opération qui permet d'accoucher autrement que par les voies naturelles. En d'autres termes, c'est une intervention chirurgicale qui consiste à inciser l'abdomen ainsi que l'utérus et à extraire l'enfant par l'ouverture ainsi pratiquée (Pernoud.1987, Paris, 316-317pp).

Son nom vient de l'empereur romain César, qui serait, dit-on, né ainsi. Bien que la césarienne ait été rendue gratuite par l'Etat béninois, elle constitue une pratique peu appréciée par les femmes.

En effet, le constat général est qu'une simple évocation du concept de « césarienne » crée une tendance de fuite chez les femmes. Cette réaction s'explique d'une part par le fait que, pour beaucoup de femmes, la césarienne est une pratique dangereuse, qui fait dépenser énormément et qui conduit parfois ou peut-être à la mort. Car autrefois, on pratiquait bien l'opération dite césarienne, mais il était rare qu'elle se termine heureusement. On peut lire dans le Dictionnaire Usuel des Sciences Médicales publié en 1892 : « La mortalité en cas de césarienne est de 29 sur 30 ».Ce qui crée constamment la peur chez les femmes concernées.

L'évocation de ce même concept crée d'autre part l'abandon des parents de la femme dût au coût élevé de l'opération chirurgicale. L'expérience a montré que la gratuité de la césarienne n'est pas totale, mais qu'elle n'est que partielle.

A en croire un Gynécologue de l'Hôpital : « L'Etat ne subventionne qu'une partie de l'opération : le coût de l'anesthésie, l'achat des produits, ainsi que tous les soins administrés, reviennent à la charge des parents de la femme ».L'Hôpital de Mènontin étant réputé dans la pratique de césarienne, les femmes enceintes qui y sont référées manifestent automatiquement une déception et un désespoir. Cette perturbation psychique et émotionnelle constitue pour nous des éléments importants à étudier afin de préserver la santé de la femme césarisée.

En somme, il est aisé de remarquer que le déroulement de la césarienne dans les conditions décrites (moyens financiers, prédispositions psychologiques) génère d'énormes émotions chez les femmes enceintes, ce qui engendre des conséquences néfastes non seulement sur leur santé mais aussi sur celui du bébé. Il se pose alors pour nous dans le cadre de cette réflexion, une question fondamentale :Comment accompagner du point de vue émotionnel une femme enceinte en cas de césarienne ?Mieux dans quelle mesure les émotions

influencent-elles la participation de la femme à la césarienne, et quel accompagnement psychologique pouvons-nous proposer ?La question mérite d'être étudiée d'autant plus que la césarienne est une pratique qui progresse aujourd'hui, ce qui nécessite d'investir dans notre capacité d'accompagner les femmes enceintes et de les préparer dans ce contexte. Ainsi, quel est l'objectif général visé par cette réflexion et quelles sont les hypothèses émises dans l'élaboration de ce travail de recherche ?

L'objectif général de ce sujet est d'accompagner les femmes enceintes en voie de césarienne du point de vue émotionnel.

II- Hypothèses.

La réalisation de ce travail exige de nous l'élaboration des hypothèses suivantes :

- le coût élevé de la césarienne génère des émotions négatives chez les femmes enceintes en cas de césarienne ;
- le manque d'un personnel compétent dans le service obstétricale crée des tensions de peur pour le bon déroulement de l'opération ;
- les femmes enceintes ne bénéficient d'aucun accompagnement psychologique avant l'opération chirurgicale ;
- la sensibilisation de la femme enceinte sur la question de césarienne est primordiale.

III- Objectif

Le but principal de cette étude est d'expliquer les facteurs internes et externes qui font naitre les émotions négatives chez les femmes en cas de césarienne. De façon spécifique, il s'agit :

- D'examiner les raison qui poussent à une césarienne..
- Analyser les conséquences de ces émotions sur la capacité participative de ces femmes lors de l'opération chirurgicale.

Dans quels cas faut-il envisager une césarienne ?

La césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée sous anesthésie générale ou locale lorsqu'un accouchement est jugé difficile. C'est une opération courante, parfaitement maitrisée par les équipes médicales, au cours de laquelle le bébé naît par voie haute grâce à une incision effectuée dans le bas ventre, au niveau de l'utérus. Elle peut être programmée à l'avance ou bien décidée en urgence.

Lors d'un accouchement, certaines complications obligent en effet les médecins à réagir

immédiatement :si l'enfant né très prématurément, se trouve dans une mauvaise position, s'il présente des troubles du rythme cardiaque, si la maman se fatigue ou présente des saignements importants, les cas de malformation du bassin au niveau de la future mère etc. Ces situations, jugées à risque pour le bébé ou la maman, motivent donc la programmation d'une césarienne. Parallèlement, dans le cas de grossesses multiples ou de maladie durant la grossesse, le corps médical peut choisir de programmer la césarienne.

Donner naissance à son enfant par césarienne n'implique pas forcément que les éventuels prochains accouchements se dérouleront de la même manière. L'intervention chirurgicale n'est en aucun cas systématique, le bien-être et la santé du bébé ainsi que de sa maman sont les priorités des médecins et des sages-femmes.

1- Analyse théorique.

L'émotion est un mot flou et est difficilement définissable (Alvarado, et al 2002).Néanmoins, de façon simple, l'émotion peut être définie comme étant un mouvement qui trouble et agite. Autrement dit, l'émotion est une sensation physique de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux. Charles Darwin la définit comme cette faculté d'adaptation et de survie de l'organisme vivant. Il la voit comme innée, universelle et communicative. Quant au dictionnaire Robert,l'émotion est définit comme étant un état affectif intense(du latin « ex movere » qui signifie mouvement vers l'extérieur),caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale ou sont abolies, en présence de certaines excitations ou représentations très vives, les réactions appropriées d'adaptation à l'événement(au sens affaibli, on parle d'un état affectif, plaisir ou douleur, nettement prononcé).Et Damasio de décrire l'émotion comme l'ensemble des réponses qui sont publiquement observables. Selon lui, un sentiment est l'expérience mentale et privée d'une émotion. Il existe plusieurs types d'émotions. Néanmoins, notre travail de recherche se concentre seulement sur celles qui se manifestent chez les femmes en cas de césarienne. Voici les types d'émotions observées : la surprise, la tristesse et la peur.

La surprise se définit comme l'étonnement, la tendance d'être pris à l'improviste. Elle se manifeste par l'ouverture des deux paupières laissant voir une large zone du blanc des yeux écarquillés(…).Le cœur ralentit rapidement alors que la respiration est brièvement bloquée en inspiration.

La tristesse est la mélancolie, exprimant une souffrance morale. Le cœur ralentit ;

la respiration est ample et lente, entrecoupée de profonds soupirs et de petites inspirations très superficielles. Le corps, plutôt immobile, semble refermé sur lui-même, le tonus musculaire devient faible.

La peur quant à elle met le corps en alerte maximale, prêt à fuir. Elle fait relever les sourcils, soulever les paupières supérieures en découvrant le blanc des yeux et en plissant le front, ouvrir la bouche et relever les lèvres, couler la sueur sur le front ou les mains. Le cœur et la respiration courte s'accélèrent, le corps s'immobilise, le tonus musculaire augmente, la bouche est sèche, la peau pâlit car le sang qu'elle contient est détourné vers les muscles. (Michelle, L.la puissance des émotions).

Toute analyse ainsi faite, on peut comprendre que l'émotion nous prépare et souvent nous pousse à l'action ; c'est la composante comportementale de l'émotion. Elle est donc une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (corps), cognitives (l'esprit) et comportementales (relative aux actions).En général, l'émotion agit sur nos comportements quotidiens, sur nos choix et nos perceptions. Il est donc strictement nécessaire de considérer ces manifestations dans le processus de la césarienne, afin de proposer des mesures à prendre pour assister la femme dans ce genre de situation.

2- Traitement des informations relatives à l'état émotionnel des femmes enceintes dans le contexte de césarienne.

Malgré l'évolution de la Médecine, les femmes enceintes appréhendent toujours avec gravité leur accouchement, surtout lorsqu'il s'agit d'une césarienne. D'où la naissance des émotions. De façon claire, a femme manifeste automatiquement des réactions de faiblesse qui la prédisposent à une incapacité de défense mentale que le psychologue cherchera à étudier et à guérir. On note une perturbation de l'équilibre mental.

Nous avons d'abord la surprise qui provoque un réflexe de retrait et de sursaut visant à s'extraire rapidement de la situation dangereuse que représente l'accouchement par césarienne. Cette réaction se traduit par des genres de questions : « ce n'est pas possible » ou « pourquoi moi ?».La femme n'accepte donc pas très tôt ce mode d'accouchement, elle reçoit l'information comme un choc, une déception.

Nous avons ensuite, la tristesse qui s'explique par un repli sur soi à l'instant ou l'information est donnée. La femme, à partir de là fait des représentations imaginaires sur son état financier et celui de sa famille, au manque de soutient, ce qi ne lui permettra pas de s'en sortir facilement. Tout ceci l'affecte.

Enfin, nous avons la peur associée à l'angoisse d'affronter la situation. Cette peur est transmise préalablement par la famille ou par l'entourage. Les études ont montré que certaines personnes par expérience racontent la réalité de la césarienne, l'anesthésie dont l'effet (surdosage ou sous-dosage) peut rapidement conduire à la mort. D'autre estiment que la césarienne fait mal et empêchent la nouvelle maman de vaquer à ses préoccupations de mère pendant plusieurs jours voire des semaines après l'opération ou au pire des cas mourir avec ou sans le bébé. Ce sont autant d'événements extérieurs qui créent à l'avance des troubles chez la femme et l'empêchent d'avoir une juste mesure de la chose. En dehors de ces facteurs, nous avons d'autres qui peuvent émaner des Médecins-traitants. En effet, dans l'intention de faire participer activement la femme dans le processus de l'opération, la sage-femme ou la gynécologue sous le stress du travail, peut transmettre des inquiétudes à la mère, se traduisant par des expressions violentes comme : «laissez-moi faire mon travail Madame !vous a-t-on obligé à tomber enceinte ? ».Ce qui pourrait augmenter la tension ou une frustration chez cette dernière. Outre cela, signalons que la difficulté d'appréhender une naissance par césarienne est la douleur physique après l'opération. La mère imagine la transformation de son corps avec une cicatrice sur le bas-ventre; ce signe qu'elle verra chaque jour et qu'elle touchera. Pour beaucoup, cette cicatrice est synonyme de mutilation qui affecte très facilement le psychisme. Aussi la douleur psychique peut être expliquée par le lien entre l'idéal d'accouchement et la réalité de la césarienne. Nous ne pouvons pas oublier le caractère social. Au lieu d'être au centre de l'attention des parents, certaines femmes se voient abandonner par leurs parents. Or, le simple fait d'avoir vécu ce moment seul sans la présence du père par exemple qui n'est pas admis au bloc opératoire crée un manque chez la femme. Cette absence est vécue comme un déchirement : ne pas voir le regard du conjoint à la découverte de l'enfant. Ne pas vivre cet instant de bonheur dans les conditions émotionnelles souhaitées.

Un autre aspect à considérer est qu'il peut arriver que la césarienne et tous les soins associés ne sauvent pas l'enfant. En ce moment, la femme devient inconsolable, elle pleure, gémit et parfois hurle de douleur. Et même si la césarienne était jugée la mieux pour sauver le bébé, ou même si l'équipe a réellement fait de son mieux, il peut naitre chez la femme un sentiment de culpabilité, frustrée de porter cette blessure aussi bien physique que psychique que seul un psychologue pourra panser à travers les séances de thérapie.

IV- Approches de solutions

1- Priorité de l'accompagnement psychologique.

Dans les pays développés, la femme enceinte est suivie non seulement par les Gynécologues et sages-femmes, mais aussi par un psychologue depuis la conception jusqu'à la naissance, contrairement aux pays moins développés. Le travail indispensable du psychologue est d'aider la patiente à mieux faire face à la situation-problème.

2- L'accompagnement psychologique.

Lorsque la césarienne est programmée, l'accompagnement peut s'étendre sur plusieurs jours avant l'opération pour une meilleure prise en charge, contrairement à la césarienne d'urgence qui peut-être brusque et rude. De toute façon, il est important pour le thérapeute d'effectuer la mesure des comportements, c'est-à-dire d'enregistrer pendant une certaine durée les réactions observables de sa patiente dès la programmation de la dite opération. Cela consiste à :

- prendre contact avec la patiente pour les échanges préliminaires pour connaitre le motif de la consultation;
- écouter de manière attentive et sympathique la représentation, la perception et la compréhension que la femme se fait de la césarienne ;
- identifier les différents types d'émotions que développe celle-ci ;
- déterminer les facteurs émotionnels chez la patiente.

Ensuite il est indispensable d'évaluer l'état émotionnel de la femme, cette étape se résume en quelques points essentiels :

-les troubles émotionnels physiques de la femme (surprise, la peur, l'anxiété) suite à l'évocation du concept de césarienne ;

-l'intensité de ces troubles dans un intervalle de temps donné.

Enfin procéder à la résolution du problème à travers la psychothérapie. L'objectif de la technique consiste à aider la personne à supporter des problèmes généraux et d'apporter un soutient moral.

Ce rôle du psychologue consiste à :

- aider la femme à prendre conscience de sa vulnérabilité durant la grossesse ;
- expliquer l'importance des consultations prénatales et soins médicaux ainsi que l'hygiène physique et alimentaire pour son bien-être et celui de son enfant ;

- préparer mentalement la femme à l'un des cas de césarienne (programmé ou d'urgence) ;
- expliquer et faire comprendre la raison de césariser et lui montrer la légitimité de ce mécanisme d'accouchement afin qu'elle se montre sereine, confiante et coopérative pour le bon déroulement de la chirurgie ;
- la rassurer de la nécessité de s'adapter à l'opération ;
- faire participer son environnement dans la résolution du problème, c'est-à-dire les parents ou le mari surtout doit aider la femme à prendre conscience de la situation et à suivre les recommandations du thérapeute.

3- Question de sensibilisation de la femme sur la césarienne

De toutes les analyses faites, il faut accorder un intérêt capital à la question de sensibilisation sur la question de césarienne. Nombreuse sont les femmes qui paniquent en entendant simplement parler de cette expression. C'est pourquoi la préparation à la césarienne est une étape-clé pour permettre aux futures mères de comprendre la réalité des choses et mettre fin aux fausses croyances et hostilités. Raison pour laquelle les autorités en charge de la santé dans notre pays doivent engager des psychologues dans les Maternités pour un bon suivi, afin de montrer aux patientes concernées que la césarienne n'est pas mauvaise en soi. Ceci doit se faire lors des consultations des femmes en état pour le suivi de leur grossesse.

CHAPITRE 3IEME : BILAN DES ACTIVITES EFFECTUEES

I- Activités effectuées.

Généralement, les agents de service de l'hôpital travaillent en équipe selon le secteur de santé. A la Maternité, le travail se fait en trois équipes qui sont l'équipe des aides-soignantes, celles des sages-femmes(les unes assurent les consultations prénatales et les autres interviennent en salle d'accouchement) et des Gynécologues.

L'équipe en charge des consultations est composée des Médecins-gynécologues (spécialiste de la science des organes génitaux, des maladies propre à la femme), des sages-femmes qui reçoivent les femmes à tour de rôle de façon cohérente.

Lors du stage, nous n'avons pas eu autre attitude que la pratique des équipes de garde de chaque jour ; en premier lieu, nous déroulons les activités de la journée par des visites dans les salles d'hospitalisation, d'observation et de dilatation de la Maternité commençant par les salutations d'usage. Ensuite, nous échangeons avec les femmes et leur garde de manière personnelle. Nous abordons cette partie en quelques étapes ci-après :

- écouter sa demande et ses préoccupations,
- vérifier si elle a une garde malade ou un accompagnateur et si les produits pharmaceutiques ont été achetés,
- déterminer l'état d'âme de la femme qui se traduit par les crispations et les grincements ou même les pleurs,
- les rassurer du bon déroulement de l'accouchement.

L'accouchement est assuré par une équipe composée :

- des sages-femmes accoucheuses ;
- d'une infirmière assurant les soins des femmes ;
- des aides-soignantes dont le rôle est d'apporter les petits soins à la mère avant et après l'accouchement ainsi qu'aux nouveau-nés (lavage et habillement) ;
- d'un Gynécologue qui intervient dans les cas critiques ou des cas d'urgence ou de césarienne.

L'accouchement, étant une période très sensible aux femmes, nombreux sont les accidents qui surviennent à ce stade et qui peuvent être à l'origine des troubles mentaux chez l'enfant :

- la perte prématurée des eaux
- les circulations de cordon
- la mort apparente
- le forceps

Nous, étudiants en psychologie, au cours de notre stage avons aidé les femmes pendant cette étape de travail ou d'accouchement à se relaxer par préparation psychologique qui consiste à les informer par rapport :

- l'importance de la prise des médicaments prescrits,
- la réalité de l'accouchement (beaucoup nous demandent si cela fait mal, ainsi notre rôle est de les rassurer),
- l'écoute à la demande de la sage-femme. Car ici beaucoup ont peur d'affronter la souffrance et dorment en salle d'accouchement et cause souvent des chocs des infections ou la mort des enfants.

Nous les assistons particulièrement sur la table d'accouchement en les écoutant et s'il y a possibilité de les rassurer du bon déroulement de l'accouchement ; tout en leur expliquant l'importance de leur collaboration et participation à la naissance de leur enfant. Car beaucoup dans la peur et la douleur de l'enfantement souhaitent se faire accompagner de leur parent ou leur mari afin de partager leur douleur.

II- Outils de travail.

1- L'accueil.

Ici, il s'agit pour nous de recevoir chaleureusement les patientes venues en consultation prénatale, gynécologique et celles qui sont venus faire l'Echographie dont la majorité est constituée des femmes enceintes. Ensuite les écouter pour mieux les orienter selon le service demandé. En bref, l'accueil se résume en quelques points :

- aider les patientes et leurs accompagnateurs à remplir les formalités administratives,
- rédiger la partie du dossier comportant les renseignements et identités des nouveaux patients avant de l'introduire vers le consultant,
- chercher les dossiers des anciens patients et leur attribuer un numéro d'entrée en salle de consultation suivant l'ordre d'arrivée. Mais seules celles qui vont en consultation chez les sages-femmes en bénéficient, car celles qui vont en consultation gynécologique sont peu nombreuses,
- introduire les patientes en salle selon le type de consultation et l'agent de santé traitant ou désiré,

- enfin, classer les dossiers de façon ordonnée pour faciliter l'usage ultérieurement.

Par ailleurs nous rencontrons ici plusieurs cas d'urgence ou de référence dont nous nous occupons d'abord avant de servir les autres en attente. Ainsi, pour éviter les frustrations et stress des uns et des autres, nous rassurons les femmes de collaborer et de participer sympathiquement à la douleur de leurs consœurs référées ou en situation d'urgence.

Ce temps passé dans cette équipe constituée d'aides-soignantes nous a permis de développer notre sympathie d'accueil, notre capacité d'écoute et notre aptitude de collaboration vis-à-vis des femmes venues en consultation et de toutes autre personne cherchant une orientation quelconque dans le centre.

2- L'observation.

Nous observons la présentation physique de la femme : le contact, la mimique, la tenue et le comportement au cours de l'entretien. Tout ceci pour déterminer l'humeur bonne ou mauvaise de la femme. Car nous rencontrons des femmes qui malgré la douleur présentent une bonne apparence. Par contre d'autres sont inconsolables et présentent des signes de faiblesse physique et morale se traduisant par des pleurs et lamentations. Alors, c'est une étape très importante qui aide à mieux centre et orienter l'entretien.

3- L'entretien.

Bien que l'entretien soit une forme d'intercommunication entre deux individus, il exige de nous une attitude beaucoup plus centrée sur la sympathie, la solidarité et la coopération. En ce qui nous concerne, il ne s'est pas agi d'une conversation déroulée dans un endroit assez particulier comme dans un bureau. Cependant, cela nous a permis de nous mettre en contact avec les patientes, leur faire connaitre notre rôle dans ce service. Mais avant toute discutions, notons qu'une prédisposition se fait à notre niveau : celle de créer une relation dépouillée de tout préjugé et de toute anxiété, afin d'écouter avec attention et bienveillance. Déjà, à partir de là s'ouvre pour ces dernières un esprit de confiance et de liberté d'expression. Ce qui leur permet d'exposer et d'expliquer leur problème, inquiétude ou préoccupation.

Généralement, notre entretien se fait auprès des femmes dans les halls d'attente

et surtout dans les salles de dilatation et d'accouchement. Cela consiste à assister celles qui sont en travail, qui souffrent de douleurs à cause des contractions. D'abord, à partir de nos connaissances pré-acquises, nous leur expliquons les facteurs déclenchant l'expulsion du fœtus de même que l'importance et l'utilité des contractions. Ensuite nous les aidons à créer un esprit de sérénité pour une bonne participation.

En résumé, nous écoutons leur perception, la représentation et la compréhension que les femmes se font de l'accouchement, ce qui est lié en partie à leur histoire récente ou passée, leurs croyances et leurs émotions. Raison pour laquelle nous nous intéressons plus à leur émotion et à leurs pensées.

CHAPITRE 4IEME: LES DIFFICULTES DE L'HOPITAL ET QUELQUES SUGGESTIONS.

I- Les difficultés de l'Hôpital

Nous félicitons avant tout l'équipe responsable de la gestion de la Maternité de Mènontin pour tout ce qu'elle fait pour alléger un tant soit peu les difficultés du Centre et nous l'encourageons à redoubler d'ardeur afin de mettre en œuvre ses objectifs pour ce centre de référence.

Malgré les investigations faites et les nombreux objectifs que ses fondateurs se sont donnés, la Maternité de Mènontin est confronté à d'énormes difficultés aussi bien d'ordre matériel qu'humain. Nous avons :

-la vétusté de certains matériels de travail en salles d'accouchement,

-le manque d'appareil adéquat pour le service d'Echographie,

-l'insuffisance de lits pour l'hospitalisation,

-l'étroitesse

-le manque de salle d'hospitalisation pour les cas d'urgence et de césarienne,

-l'absence du service d'assistance social,

-l'absence de psychologues dans la Maternité.

II- Quelques suggestions

Pour une amélioration des conditions de la Maternité de l'Hôpital nous souhaiterions :

-l'organisation d'une campagne de sensibilisation et de collecte de fond à laquelle chaque village ou quartier de ville participera,

-la construction d'infrastructures pour prendre en charge beaucoup plus les cas d'urgence,

-l'organisation de concours pour le recrutement et d'autres agents dynamiques et qualifiés au service des femmes enceintes,

-le recrutement de psychologues au service des femmes,

-la création d'un service d'assistance social, surtout aux plus démunis.

CONCLUSION

Le stage effectué à l'Hôpital de Mènontin nous a permis de faire notre expérience pratique pour confronter nos connaissances en psychologie aux réalités du terrain. Et c'est une période que nous avons passée avec les femmes enceintes qui nous a donné le privilège de joindre partiellement la théorie à la pratique. Ainsi nous avons pu combler quelques attentes et questions que nous nous posions sur la résolution des problèmes auxquels sera confronté un psychologue .Cette expérience a consisté à approfondir notre connaissance en matière d'intervention du psychologue clinicien en milieu médical à travers les observations faites et des expériences personnelles tout en suivant les règles d'éthique professionnelle. Elle a également suscité en nous l'ambition de mieux nous documenter pour approfondir nos connaissances en la matière, afin de contribuer à l'effort d'accompagnement psychologique des femmes au cours de leur grossesse.

Références bibliographiques.

1- BUYTENDIZK, F. (1951).psychologie de la douleur.38P
2- CHARLES, N. (1971).Entretien psychologique. Presse universitaire de France .108, boulevard saint Germais Paris.
3- DE FOURRIS, H., &MAGNIN, G., &PIERRE, F. (2000).Gynécologie et Obstétrique.7ème édition, Paris, 472P.
4- Dictionnaire le Robert, dictionnaire usuel des sciences médicales, 1892.
5- Support de cours de Thérapies Cognitives et Comportementale (3ème année de psychologie).
6- PERNOUD, L. (1987).J'attend un enfant. Paris, 316-317pp.
7- MAITE, J., & MATHILDE, N.une année dans la vie d'une femme. Paris, 86-87PP
8- (Webographie) :http//www.aufeminin.com/accouchement/césarienne-som211.htm
9- htt://www.doctissimo.fr grossesse : préparation/accouchement/-htl

TABLE DES MATIERES

DEDICACE i
Remerciements. ii
Sommaires iii
Résumé iv
Abstract v
INTRODUCTION 1
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL DU STAGE 3
I- Histoire de l'Hôpital 4
II- Situation géographique 5
III- Objectifs de l'Hôpital 5
CHAPITRE 2IEME : REFLEXIONS CRITIQUES 6
I- Problématique 7
II- Hypothèses. 8
III- Objectif 8
1- Analyse théorique. 9
2- Traitement des informations relatives à l'état émotionnel des femmes enceintes dans le contexte de césarienne. 10
IV- Approches de solutions 12
1- Priorité de l'accompagnement psychologique. 12
2- L'accompagnement psychologique. 12
3- Question de sensibilisation de la femme sur la césarienne 13
CHAPITRE3IEME : BILAN DES ACTIVITES EFFECTUEES 14
I- Activités effectuées. 15
II- Outils de travail. 16
1- L'accueil. 16
2- L'observation. 17
3- L'entretien. 17
CHAPITRE 4IEME: LES DIFFICULTES DE L'HOPITAL ET QUELQUES SUGGESTIONS. 19
I- Les difficultés de l'Hôpital 20
II- Quelques suggestions. 20
CONCLUSION 21
Références bibliographiques. 22
TABLE DES MATIERES 23