Etude clinique et psychopathologique de l'expérience subjective post-partum des primipares ayant subi la césarienne à l'hôpital spécialise mère-enfant blanche Gomes

Nicaise Léandre Mesmin GHIMBI
Psychologue clinicien, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
nicaise.ghimbi@umng.cg
+2426662930
Patient Bienvenu MOUZINGA-KIMBAZA[1]
Psychologue clinicien, Université Marien Ngouabi, Brazzaville, Congo
patient.mouzinga-kimbaza@umng.cg
+242068253652
ORCID : https://orcid.org/0009-0008-8331-8554
Pascaline Lise D'avila NZAOU POUNA
Psychologue clinicien, Société Congolaise de Psychologie
pascalelisen@gmail.com

Résumé

La césarienne, bien que fréquente en milieu hospitalier congolais, représente une naissance par voie haute ou abdominale qui peut confronter la femme primipare sans expérience antérieure d'accouchement à un décalage majeur entre ses représentations idéalisées de la naissance et la réalité chirurgicale. Si les données médicales abondent, la dimension subjective de cette expérience reste sous étudiée. Cette recherche vise à explorer le vécu émotionnel, corporel et identitaire des femmes primipares césarisées. Des études de cas ont été menées auprès de quatre femmes primipares ayant eu une césarienne à l'hôpital spécialisé mère- enfant Blanche Gomes de Brazzaville. Les résultats indiquent que le vécu de la césarienne chez la primipare ne se réduit pas seulement à un acte chirurgical, mais à une tectonique cognitive et émotionnelle qui impacte considérablement sur la résilience et sur le lien mère-enfant. L'écoute active, la préparation à

[1] Auteur correspondant.

l'expérience partum et l'accompagnement durant la période post-partum sont recommandés afin de garantir la santé mentale puerpérale des primipares.
Mots-clés : *césarienne, lien mère-enfant, psychopathologie, primipares.*

Abstract

Caesarean section, though common in Congolese hospitals, is a birth through the abdomen that can expose first-time moms with no previous childbirth experience to a big gap between their idealized views of birth and the surgical reality. While there's plenty of medical data, the personal side of this experience is still under-studied. This research aims to explore the emotional, physical, and identity experiences of first-time moms who had a C-section. Case studies were conducted with four first-time mothers who had a Caesarean section at the Blanche Gomes Mother-Child Specialized Hospital in Brazzaville. The results indicate that the experience of a cesarean section in first-time mothers is not just a surgical procedure, but a cognitive and emotional upheaval that significantly impacts resilience and the mother-child bond. Active listening, preparation for the childbirth experience, and support during the postpartum period are recommended to ensure the mental health of first-time mothers.
Keywords: *cesarean section, mother-child bond, psychopathology, first-time mothers.*

Introduction

L'arrivée d'un premier enfant constitue une transition majeure et complexe dans la vie d'une femme, un événement souvent idéalisé qui peut également engendrer des sentiments de vulnérabilité (Mercer, 2004). L'accouchement, moment central de cette transformation, représente une expérience à la fois unique et potentiellement déstabilisante. Une expérience positive peut renforcer l'estime de soi et le lien mère-enfant (Simkin, 1991). À l'inverse, une expérience négative peut contribuer à une détresse psychologique, une dépression post-partum (O'Hara et Swain, 1996) et même un syndrome de stress

post-traumatique (Czarnocka et Slade, 2000), avec des conséquences durables sur la santé mentale de la mère et le développement de l'enfant.
La césarienne, bien qu'étant une avancée significative de la médecine obstétricale, est perçue de manière contrastée par les femmes (Venditelli et Racinet, 2013). En tant qu'intervention salvatrice dans des situations critiques, elle peut aussi être source d'anxiété, de déception et d'un sentiment de perte de contrôle lorsqu'elle est non planifiée (Lavender & Walkinshaw, 1998). Des études ont montré que les femmes ayant subi une césarienne non prévue ont un risque accru de développer une dépression post-partum (DPP) et un syndrome de stress post traumatique (Soderman et al., 2017). De plus, une perception négative de la césarienne affecte l'attachement mère-enfant et la réussite de l'allaitement (Tarkka & Paunonen, 1996).

Dans de nombreuses cultures africaines, l'accouchement est un événement médical et social, souvent vécu dans un cadre communautaire (Ndung'u et Mwanaisha, 2020). Pour certaines femmes, la césarienne peut être perçue comme un échec, remettant en question leur capacité à procréer et leur rôle traditionnel de mère. Chaque femme réagit différemment à une césarienne, notamment les primipares. Bien qu'elles puissent ressentir une gratitude envers le personnel médical pour avoir sauvé leurs vies et celles de leurs enfants, elles pourraient également éprouver des sentiments de déception ou d'impuissance face à la perte d'une expérience d'accouchement naturel. Cette ambivalence émotionnelle peut susciter des sentiments d'anxiété ou de tristesse, augmentant le risque de DPP.

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande un taux de césariennes compris entre 10 % et 15 %, seuil considéré comme optimal pour répondre aux besoins médicaux sans recours excessif à cette intervention (OMS, 2015). Toutefois, les données récentes révèlent une augmentation significative de ce taux dans de nombreux pays, y compris en Afrique subsaharienne, soulevant des préoccupations quant à leurs implications sur la santé maternelle et infantile (Betrán et al., 2018).

Les statistiques nationales en République du Congo indiquent une progression du taux de césariennes, passant de 20 % en 2022 à 30 % en 2023 [EDS-RDC III, 2023–2024, Institut National de la Statistique, DHS Program]. Cette évolution peut être attribuée à plusieurs facteurs : amélioration de l'accès aux soins, évolution des pratiques obstétricales et influence des préférences des patientes et des professionnels (Stanton et al., 2016).

Malgré ces chiffres préoccupants, le vécu des femmes primipares ayant subi une césarienne en République du Congo demeure largement méconnu dans la recherche. La majorité des études se concentrent sur les aspects médicaux et obstétricaux, négligeant les dimensions psychologiques et sociales de cette expérience (Alvarenga et al., 2015). Or, comprendre ces dimensions est essentielle pour améliorer les soins maternels, favoriser le bien-être des nouvelles mères et prévenir les problèmes psychologiques à long terme (Fisher et al., 2012 ; Ouedraogo, 2022).

La question centrale de ce travail est la suivante : Quel est le vécu psychologique de la césarienne chez les femmes primipares suivies à l'Hôpital Spécialisé Mère-Enfant Blanche Gomes de Brazzaville ? Pour y répondre, il peut être supposé

que les femmes primipares suivies à l'hôpital spécialisé mère-enfant blanche Gomes vivraient la césarienne dans une tectonique cognitive et émotionnelle. Ce travail a donc pour objectif d'évaluer le vécu des femmes primipares due à la césarienne. Pour mieux s'y prendre, il sera d'abord indiqué le matériel et les méthodes qui ont été utilisés pour évaluer ce vécu, ensuite les résultats obtenus et enfin la discussion que soulèvent ces résultats.

1. Méthodologie adoptée

1.1. Type d'étude

Réalisée à Hôpital Spécialisé Mère-Enfant Blanche GOMES, l'étude réalisée du 20 mars 2024 au 24 juin 2024 est qualitative transversale. Elle s'appuie sur la méthode, pour répondre aux objectifs, car elle porte sur l'analyse approfondie de ces individuels orientée vers une compréhension et une connaissance plus approfondie de l'expérience subjective, au mieux, de la problématique conflictuelle, en l'occurrence du vécu psychologique des femmes primipares césarisées. Cette méthode clinique met ainsi l'accent sur l'importance de l'étude de cas, qui va au-delà de la simple description des symptômes pour chercher à comprendre en profondeur les causes et l'évolution des problématiques conflictuelles de la personne (J.L. Pedinielli, 2016). L'étude privilégie une approche holistique visant à saisir la personne dans sa globalité, et non pas simplement à travers ses difficultés ponctuelles. Selon Hubert (1993), l'étude de cas cherche à décrire non seulement la personne, sa situation et ses problèmes, mais aussi à explorer leur origine et leur développement, en identifiant les causes et la genèse des difficultés rencontrées. Ce qui est visée, c'est la compréhension globalisante la personne.

1.2. Participants

Quatre (04) femmes ont été consultées pour soumettre à vérification les hypothèses. Ces femmes ont été sélectionnées avec l'aide du personnel médical selon l'échantillonnage non probabiliste raisonné. Elles ont été choisies en raison du fait qu'elles étaient toutes majeures, primipares c'est-à-dire accouchant pour une première fois. Elles étaient des femmes ayant subi une césarienne à l'hôpital mères et enfants de Blanche Gomes. En plus de leur consentement oral, ces primipares ont été disponibles à participer aux entretiens cliniques.

1.3. Techniques de collecte de données

Des entretiens cliniques à visée de recherche et d'aide ont été utilisés. L'entretien est un outil fondamental en psychologie clinique, tant pour le diagnostic que pour le soutien thérapeutique, une technique d'étude qui permet d'observer le comportement humain et d'explorer des problématiques relevant de la personnalité profonde du sujet. Il permet d'accéder aux représentations mentales de l'individu, à ses émotions et à son vécu (Tsokini, 2008).

Dans notre recherche, la semi-directivité a été choisi car il facilite l'expression personnelle des participantes et permet d'explorer en profondeur des thèmes spécifiques. Cette méthode vise à offrir au chercheur la flexibilité nécessaire pour approfondir les réflexions tout en permettant aux femmes de s'exprimer librement sur leur expérience de la césarienne. A cet effet, un guide d'entretien a été conçu. Il regroupait l'identification des facteurs psychologiques, l'analyse des conséquences : déterminer les impacts de ces émotions sur le bien-être psychologique des femmes primipares, ainsi que sur leur lien avec l'enfant et leur dynamique familiale, et

l'évaluation de l'impact sur la santé mentale : évaluer comment ces expériences influencent la santé mentale à court et à long terme, y compris les possibles manifestations d'anxiété, de dépression ou de troubles de l'attachement.

1.4. Techniques d'analyse des données de recherche

L'analyse de contenu thématique est la méthode d'analyse qualitative a été utilisée afin d'interpréter les données recueillies. Cette méthode est particulièrement adaptée au traitement aux sciences humaines (Broc, 2017). Elle permet de traiter une grande quantité de textes et d'analyser du matériel qualifié de « non structurer » (Mayer & Deslauriers, 2000). Elle s'avère également une méthode scientifique rigoureuse qui permet de connaître avec précision un domaine donné (Mayer & Deslauriers, 2000). Le logiciel Nvivo 13 a été utilisé pour dégager les nuages de mots utiles à la compréhension du vécu psychologique des femmes primipares césarisées.

1.5. Considérations éthiques

L'étude a été réalisée avec l'approbation éthique de la direction des affaires médicales et le service de la formation sanitaire et de la documentation médicale, avec la participation du parcours-type psychologie de la Faculté des Lettres, Arts et Sciences Humaines de l'Université Marien Ngouabi. Pour garantir l'anonymat et la confidentialité des participantes, des noms d'emprunt ont été attribués à chaque cas. Certaines informations biographiques n'ont pas été révélées à ces fins. Les auteurs de travail n'ont aucun conflit d'intérêt.

2. Résultats des études de cas

Les données cliniques ici présentées sont issues de la clinique de quatre femmes primipares ayant fait l'expérience de la césarienne. Dans un premier temps, les cas cliniques sont présentés selon une présentation succincte, un extrait d'entretiens cliniques, ainsi qu'une synthèse. Dans un second temps, le regroupement thématique est réalisés pour apprécier les éléments cliniques et psychopathologiques liés à l'expérience de la césarienne.

2.1. Cas n°1. Taty

Présentation

- Âge : 21 ans
- Profession : élève
- Situation matrimoniale : Célibataire
- Lieu et temps de résidence : Brazzaville (Plus de 2 ans)
- Temps de résidence à Brazzaville :
- Nationalité : Congolaise
- Niveau d'instruction : secondaire

Entretiens cliniques et analyses

Nous lui remercions pour l'intérêt porté à l'étude et lui rappelions que son expérience et ses opinions sont extrêmement importantes et contribueront à l'accompagnement et l'amélioration de la qualité de vies des femmes césarisées. Voici un extrait d'entretien avec Taty :

- Nous : Avant votre grossesse, quelle était votre opinion générale de la césarienne ?
- Taty : « Avant ma grossesse, j'avais une opinion très négative de la césarienne. Je craignais surtout de mourir pendant l'intervention ».

- Nous : Pendant votre grossesse, qu'avez-vous entendu ou appris sur la césarienne ?
- Taty : « Pendant ma grossesse, j'ai appris qu'une femme pouvait accoucher sans recourir à la césarienne. Mais, pour être honnête, ce n'était pas ce que je souhaitais ».
- Nous : Vous avez eu une césarienne : comment s'est prise la décision et comment vous êtes-vous sentie ?
- Taty : « La décision a été prise directement à l'hôpital, lorsque j'étais à terme, à 39 semaines d'aménorrhée, et que je présentais des signes de pré-éclampsie. Face à cette décision, j'ai ressenti beaucoup de peur, de l'angoisse de mourir, de l'inquiétude et une forte anxiété ».
- Nous : Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la césarienne ?
- Taty : « Pour moi, les avantages de la césarienne sont qu'elle permet de sauver rapidement la vie de la mère et du nouveau-né en cas de complication, ce qui contribue à réduire la mortalité néonatale. Les inconvénients concernent surtout le corps : elle limite la capacité à effectuer des exercices physiques intenses et peut provoquer des douleurs importantes, même pendant l'allaitement ».
- Nous : Comment votre entourage (famille, amis, communauté, religion) perçoit-il la césarienne ?
- Taty : « Ma famille considère la césarienne comme une épreuve difficile ».
- Nous : Le coût des soins ou l'accès aux services de santé ont-ils influencé votre perception de la césarienne ?
- Taty : « Oui, le coût des soins a influencé ma perception, car j'avais des difficultés financières ».

- Nous : Avez-vous ressenti de l'anxiété, de la peur ou d'autres émotions fortes liées à la césarienne ?
- Taty : « Oui, j'ai ressenti de la peur, une grande peur de la césarienne ».
- Nous : En général, comment évaluez-vous la qualité des informations et du soutien que vous avez reçus concernant la césarienne ?
- Taty : « Je trouve que la qualité du soutien concernant la césarienne a été excellente ».
- Nous : Si vous pouviez changer une chose concernant votre expérience de la grossesse et de l'accouchement, quelle serait-elle ?
- Taty : « Je n'ai rien à changer concernant ma grossesse. Tel que cela s'est passé, je n'envisage désormais que des accouchements par césarienne ».
- Nous : Avez-vous d'autres commentaires ou réflexions à partager sur le sujet de la césarienne ?
- Taty : « Je voudrais dire aux femmes qui refusent la césarienne de ne pas diaboliser cet acte, car il peut réellement nous sauver la vie ».

Le cas n°1 met en évidence la peur de la réalité de la césarienne vue comme un moment potentiellement mortifère. La soudaineté de l'opération, la peur et les difficultés imaginées et réelles de jouir de ses pleinement de ses capacités constituent un moment potentiellement traumatogène à fort impact stressogène. Les principales préoccupations concernent le corps et sa représentation.

2.2. Cas n°2 : Matondo

Présentation

- Âge : 40 ans

- Profession : Enseignante
- Statut matrimonial : Célibataire
- Lieu et temps de résidence : Brazzaville (plus de 2 ans)
- Nationalité : Congolaise
- Niveau d'études : Supérieur

Entretiens cliniques

Comme tous les autres cas, nous lui remercions pour l'intérêt porté à l'étude et lui rappelions que son expérience et ses opinions sont extrêmement importantes et contribueront à l'accompagnement et l'amélioration de la qualité de vies des femmes césarisées. Voici un extrait d'entretien avec Matondo :

- Nous : Avant votre grossesse, quelle était votre opinion générale de la césarienne ?
  Matondo : « Avant ma grossesse, mon opinion sur la césarienne était médiocre. Je la percevais comme un plan de mes ennemis ».
- Nous : Pendant votre grossesse, qu'avez-vous entendu ou appris sur la césarienne ?
  Matondo : « Pendant ma grossesse, j'ai appris que la césarienne était une opération très dangereuse et qu'elle pouvait entraîner la mort ».
- Nous : Vous avez eu une césarienne : comment s'est prise la décision et comment vous êtes-vous sentie ?
- Matondo : « La décision de recourir à la césarienne a été prise par l'équipe médicale, car ma grossesse avait dépassé le terme. Face à cette décision, j'étais en larmes, stressée, je craignais de mourir et je me sentais inconsolable ».
- Nous : Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la césarienne ?

- Matondo : « Les avantages de la césarienne sont qu'elle permet de réduire le taux de mortalité à la maternité. L'inconvénient, en revanche, est que si l'opération est réalisée par des personnes incompétentes, la vie de la mère peut être perdue en quelques minutes ».
- Nous : Comment votre entourage (famille, amis, communauté, religion) perçoit-il la césarienne ?
- Matondo : « Dans ma religion, la césarienne est perçue comme un plan du diable ».
- Nous Le coût des soins ou l'accès aux services de santé ont-ils influencé votre perception de la césarienne ?
- Matondo : « Le coût n'a pas vraiment influencé ma perception. Ce qui m'a davantage marquée, c'est l'accueil et la manière dont les services de santé fonctionnent ».
- Nous : Avez-vous ressenti de l'anxiété, de la peur ou d'autres émotions fortes liées à la césarienne ?
- Matondo : « Oui, j'étais très anxieuse. J'ai ressenti du stress, une peur intense de la mort, et je me voyais déjà quitter ce monde ».
- Nous : En général, comment évaluez-vous la qualité des informations et du soutien que vous avez reçus concernant la césarienne ?
- Matondo : « Sur une échelle de 20, je donnerais la note de 15. Le soutien a été satisfaisant et m'a permis de me détendre et d'accepter la césarienne ».
- Nous : Si vous pouviez changer une chose concernant votre expérience de la grossesse et de l'accouchement, quelle serait-elle ?
- Matondo : « Pour une prochaine grossesse, je choisirai directement la césarienne, sans hésitation ».

- Nous : Avez-vous d'autres commentaires ou réflexions à partager sur le sujet de la césarienne. ?
- Matondo : « Je n'ai qu'une réflexion : la césarienne doit être mieux comprise et acceptée, car elle peut sauver des vies ».

Synthèse du cas

En sus de la perception courante de la césarienne, une opération dangereuse pouvant entrainer au décès, le cas n°2 restitue un aspect essentiel du vécu psychologique intimement lié aux croyances magico-religieuses. La césarienne est vue non pas comme une évidence médicale, mais le produit d'une action maléfique (« plan de l'ennemi »).

2.3. Cas n°3. ISSANGA

Présentation

- Âge : 36 ans
- Profession : Assistante en GRH
- Statut matrimonial : Mariée
- Lieu et temps de résidence : Brazzaville (plus de 1 ans)
- Nationalité : Congolaise
- Niveau d'études : Supérieur

Entretiens cliniques

Issanga a un niveau d'instruction équivalent au supérieur. Il s'est dit content de discuter avec nous sur ce sujet qu'elle a trouvé pertinent. Voic un extrait d'entretien avec cette primipare.

- Nous : Avant votre grossesse, quelle était votre opinion générale de la césarienne ?
- Issanga : « Autrefois en Afrique, la césarienne était perçue comme une manipulation satanique, ce qui nous effrayait toutes ».

- Nous : Pendant votre grossesse, qu'avez-vous entendu ou appris sur la césarienne ?
- Issanga : « Pendant ma grossesse, j'ai appris que la césarienne est un mode d'accouchement ».
- Nous : Si vous avez eu une césarienne, comment a été prise la décision d'avoir une césarienne ? comment vous êtes-vous sentie face à cette décision ?
- Issanga : « Après m'être informée, j'ai surmonté mes peurs, ce qui a rendu la décision de recourir à la césarienne acceptable. Toutefois, je nourrissais encore quelques doutes quant à sa pratique dans nos établissements hospitaliers ».
- Nous : Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la césarienne ?
- Issanga : Les avantages de la césarienne sont les suivants : je pense que c'est un moyen plus simple et plus rapide d'accoucher. Elle permet d'assister à la naissance de son bébé dans le calme, sans avoir à fournir d'efforts physiques intenses sur le moment. Les inconvénients sont : les douleurs post-opératoires, notamment celles de la plaie après la fin de l'effet de l'anesthésie, ainsi que toutes les pansements, l'ablation des fis et le temps de guérison.
- Nous : Comment votre entourage (famille, amis, communauté, religion) perçoit-il la césarienne ?
- Issanga : Pour mon entourage, la césarienne reste une méthode difficile et inquiétante.
- Nous : Le cout des soins ou l'accès aux services de santé ont-ils influencé votre perception de la césarienne ?
- Issanga : « Les couts des soins n'ont pas influencé ma perception de la césarienne ».

- Nous : Avez-vous ressenti de l'anxiété, de la peur ou d'autres émotions fortes liées à la césarienne (ou à l'accouchement en général)
- Issanga : « Oui, le ressenti de l'anxiété a fait partie de mon quotidien : la peur que cela se passe mal ».
- Nous : En général, comment évaluez-vous la qualité des informations et du soutien que vous avez reçu concernant la césarienne (ou l'accouchement) ?
- Issanga : Dans mon pays, les femmes sont si peu informées qu'elles supportent difficilement l'annonce d'une césarienne.
- Nous : Si vous pouviez changer une chose concernant votre expérience de la grossesse et de l'accouchement, quelle serait-elle ?
- Issanga : « Ce que je souhaiterai, c'est changer après mon expérience, sensibiliser les jeunes femmes afin de les informer et de mieux les préparer à cette évidence ; changer les plateaux techniques de nos hôpitaux afin de laisser aux médecins la chance de bien effectuer leur travail ; travailler à ce que aucune femme ne meurt pour donner suite à un accouchement veillez à ce que la prises en charge soient de qualité en formant le personnel que les sage-femmes soient plus surprises par des hémorragies.
- Nous : « Avez-vous d'autres commentaires ou réflexions à partager sur le sujet de la césarienne ? »
- Issanga : « Non ! »

Synthèse du cas n°3

Ce cas n°3 apporte une pensée critique autour de la représentation de la césarienne. Elle la considère comme une intervention utile débarrassée de toute intention maléfique

bien qu'elle partage avec les autres femmes césarisées quelques doutes et peurs associées au corps qui porte encore les stigmates de l'intervention (par exemple la plaie).

2.4. Cas n°4. Kongo

Présentation

- Âge : 38 ans
- Profession : Ménagère
- Statut matrimonial : Mariée
- Lieu de résidence : Brazzaville (une année)
- Nationalité : Camerounaise
- Niveau d'instruction : Supérieur

Entretiens cliniques

Kongo donne à voir l'apparence d'une femme abattue mais l'énergie avec laquelle elle se confie défie toutes formes de doutes au sujet de son bien-être physique.

Voici un extrait d'un de nos entretiens :

- Nous : Avant votre grossesse, quelle était votre opinion générale de la césarienne ?
  Kongo : « Pour moi, il est toujours préférable d'accoucher par voie basse. La césarienne devait rester un dernier recours ».
- Nous : Pendant votre grossesse, qu'avez-vous entendu ou appris sur la césarienne ?
  Kongo : « J'ai entendu dire qu'après une césarienne, la vie n'est pas facile à gérer ».
- Nous : Vous avez eu une césarienne : comment s'est prise la décision et comment vous êtes-vous sentie ?
- Kongo : La décision de pratiquer une césarienne a été prise parce que je n'avais pas de contractions et que ma

grossesse avait dépassé le terme. Face à cette décision, je me suis sentie très mal.

- Nous : Quels sont, selon vous, les avantages et les inconvénients de la césarienne ?
- Kongo : « Je ne vois pas vraiment d'avantage à la césarienne. Parmi les inconvénients, je citerais : les douleurs, qui durent longtemps, la réduction du nombre de maternités possible, le fait d'accoucher sous anesthésie, qui prive de l'expérience des contractions, pourtant importantes dans l'histoire de la maternité ».
- Nous : Comment votre entourage (famille, amis, communauté, religion) perçoit-il la césarienne ?
- Kongo : « Dans ma famille, nous préférons l'accouchement par voie basse ».
- Nous : Le coût des soins ou l'accès aux services de santé ont-ils influencé votre perception de la césarienne » s
- Kongo : « Non, le coût des soins n'a pas eu d'impact sur ma perception de la césarienne ».
- Nous : Avez-vous ressenti de l'anxiété, de la peur ou d'autres émotions fortes liées à la césarienne ?
- Kongo : « Oui, j'étais en larmes, j'ai ressenti de l'angoisse et une grande peur de mourir ».
- Nous : En général, comment évaluez-vous la qualité des informations et du soutien que vous avez reçus concernant la césarienne ?
- Kongo : « La qualité des informations et du soutien était excellente ».
- Nous : Si vous pouviez changer une chose concernant votre expérience de la grossesse et de l'accouchement, quelle serait-elle ?
- Kongo : « Je n'aurais pas voulu passer par une césarienne. »

- Nous : Avez-vous d'autres commentaires ou réflexions à partager sur le sujet de la césarienne ?
- Kongo : « Je conseille aux femmes d'écouter toujours les conseils des médecins et de l'équipe médicale présente le jour de l'accouchement ».

Synthèse du cas n°4

Le cas Kongo estime que la césarienne reste une intervention chirurgicale pas comme les autres. La femme peut y laisser la vie. C'est pourquoi elle affirme qu'elle doit être le dernier recours en cas de complication. La peur de mourir reste le sentiment souvent éprouvé.

2.5. Regroupement des items principaux

Tableau 1.Principaux items et verbatim significatifs

Principaux items	Verbatims significatifs et illustratifs
Peur et anxiété	« *Je craignais surtout de mourir pendant l'intervention.* »
Représentations sociales négatives	*La césarienne était perçue comme un plan du diable.*
Césarienne comme moyen de survie	*Elle permet de sauver rapidement la vie de la mère et du nouveau-né.*
Douleurs post-opératoires	*Les douleurs post-opératoires durent longtemps.*
Information et soutien	*Le soutien a été satisfaisant et m'a permis d'accepter la césarienne.*
Projection future / acceptation	*Pour une prochaine grossesse, je choisirai directement la césarienne*

Source : Auteurs, 2024.

Le tableau 1 montre clairement le glissement des représentations, allant d'une peur socialement construite vers une acceptation rationnelle basée sur l'expérience et le soutien médical.

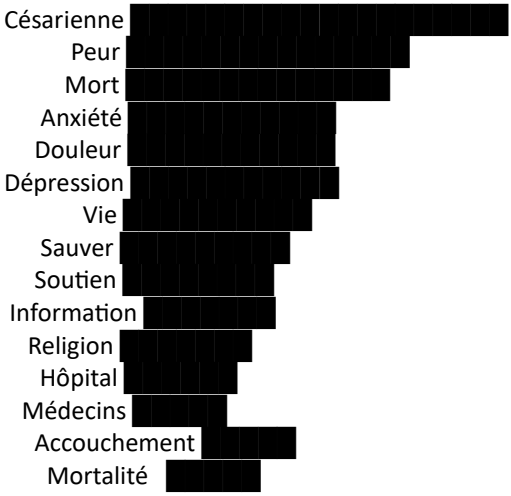


Figure 1. Nuage de mots de reconstruction scientifique (auteurs, 2024)

Ce nuage de mots construit à partir des verbatims des quatre cas entretenus révèle une prédominance de la peur et de l'anxiété associées à la césarienne, opposées à sa fonction salvatrice, tandis que l'information et le soutien m'apparaissent comme des leviers clés d'acceptation.

Tableau 2. Lecture croisée des deux nuages de mots

Nuage 1	Nuage 2
Peur, mort, anxiété et dépression post partum	*Décision, hôpital et information*
Expérience émotionnelle et trouble	*Organisation du système de soins*
Vécu individuel et souffrance psychique post évènement	*Cadre social et institutionnel*

Source : Auteurs 2024

Figure 1. Nuage de mots 1 (auteurs, 2024)



Peur, mort, anxiété et dépression post partum
Expérience émotionnelle et trouble
Vécu individuel et souffrance psychique post évènement

Figure 2. Nuage de mots 2 (auteurs, 2024)



Décision, hôpital et information
Organisation du système de soins
Cadre social et institutionnel

La lecture croisée des deux nuages (figures 2 et 3) montre que la césarienne est associée à une forte charge psycho-émotionnelle marquée par la peur, l'anxiété et la dépression post partum. Ces affects traduisent une souffrance psychique individuelle liée au vécu de l'événement. Parallèlement, les termes relatifs à la décision médicale, à l'hôpital et à l'information soulignent le rôle structurant du système de soins. L'expérience émotionnelle des femmes apparaît ainsi étroitement dépendante du cadre institutionnel. Cette interaction plaide pour une prise en charge intégrant à la fois soutien psychologique et amélioration de l'information.

1. Discussion

Les entretiens cliniques réalisés mettent en évidence des expériences cognitifs, émotionnelles variées et conflictuelles. Les quatre femmes sont en situation de détresse psychologique, exprimant des émotions intenses telles que l'anxiété, le stress, la peur de mourir ou encore le désespoir (Cas

Taty, Issanga et Kongo). Ces sentiments s'accompagnent souvent d'une déstabilisation identitaire, où les femmes peinent à concilier leur rôle maternel avec les attentes sociétales. Cela conforte l'idée que la césarienne est parfois vécue comme un échec ou une atteinte à la féminité, renforçant le choc face à des normes culturelles profondément enracinées (Ryan et Futterman, 1998). Ce déchirement identitaire est exacerbé par le devoir d'un amour inconditionnel envers l'enfant, ce qui crée un conflit entre besoins émotionnels et injonctions sociales.

Les résultats corroborent les travaux antérieurs (Lavender et Walkinshaw, 1998 ; Soderman et al., 2017) qui associent la césarienne non planifiée à un risque accru de dépression post-partum et de troubles anxieux. Chez les cas précités, les participantes ont exprimé une perception négative de leur expérience, renforcée par des représentations culturelles locales assimilant la césarienne à un échec maternel. Ce constat rejoint les observations de Ndung'u et Mwanaisha (2020) sur la dimension culturelle de l'accouchement en Afrique subsaharienne, où la maternité est fortement liée à des normes sociales et symboliques.

Concernant les facteurs de vulnérabilité psychique, il faut souligner que les participantes ont mis en évidence plusieurs éléments qui fragilisent leur vécu de la césarienne. En effet, la peur de mourir pendant l'intervention, largement alimentée par des croyances traditionnelles et religieuses, constitue une source majeure d'angoisse. À cela s'ajoute la stigmatisation sociale et culturelle, qui associe la césarienne à un échec maternel ou à une incapacité à « donner naissance naturellement », renforçant le sentiment de honte et d'exclusion. Les douleurs post-opératoires persistantes représentent également un facteur de vulnérabilité, car elles

limitent la reprise des activités quotidiennes et compliquent l'allaitement.

De plus, la vulnérabilité psychologique dans laquelle se trouve les patientes pourrait également mobiliser les limites psychologiques entre la pensée et le corps. C'est toute la question des enveloppes psychiques qui est ici posée (Anzieu, 2018). Des réflexions sur une mauvaise gestion des limites entre la représentation de l'identité corporelle et le corps lui-même. Cet aspect mériterait développé par Mouzinga-Kimbaza (2024) mériterait d'être approfondie dans des recherches ultérieures.

Par ailleurs, les contraintes financières et les difficultés d'accès aux soins accentuent l'anxiété et nourrissent un sentiment d'injustice. Enfin, le manque d'information et de préparation psychologique avant et après l'intervention aggrave le vécu traumatique et renforce l'impression d'impuissance chez les femmes concernées.

Quant aux facteurs de protection et de résilience, à l'opposé des facteurs de vulnérabilité, plusieurs éléments contribuent à une meilleure acceptation de la césarienne. En premier lieu, la prise de conscience du caractère vital de l'intervention apparaît déterminante. Elle est perçue comme une solution médicale capable de sauver la vie de la mère et de l'enfant en cas de complication, ce qui transforme la perception initiale de peur en reconnaissance.

Le soutien familial et communautaire joue alors également un rôle essentiel. En réduisant l'isolement et en favorisant une atmosphère d'acceptation, il permet aux femmes de se sentir accompagnées et comprises dans leur expérience. De même, la qualité du soutien médical et psychologique reçue dans certains cas est jugée rassurante et efficace, renforçant la confiance dans le système de soins. Enfin, les initiatives de sensibilisation et d'éducation pour la santé sont identifiées comme des leviers

puissants pour déconstruire les préjugés et réduire la stigmatisation, en permettant aux femmes et à leurs communautés de mieux comprendre la césarienne et d'en reconnaître la valeur.

Conclusion

L'impact psychologique et social de la césarienne chez les femmes primipares apparaît comme un phénomène complexe et multidimensionnel, influencé par une combinaison de facteurs culturels, sociaux, cliniques et individuels. Cette étude a montré que la césarienne, au-delà de son rôle médical, constitue une expérience profondément marquée par des représentations sociales et des croyances qui façonnent la manière dont elle est vécue et interprétée. Ces résultats montrent que la césarienne ne peut être réduite à une simple intervention obstétricale. Elle doit être appréhendée comme une expérience douloureuse, où se croisent dimensions médicales, psychologiques, sociales et culturelles. L'intégration de ces différentes dimensions dans les politiques de santé et dans les pratiques cliniques apparaît indispensable pour améliorer le vécu des femmes primipares et réduire les impacts négatifs. La prise en charge holistique, combinant soins obstétricaux, accompagnement psychologique et soutien social est inéluctable, afin de transformer ce vécu souvent douloureux en une opportunité de résilience et d'émancipation.

Bibliographie

ALVARENGA Patricia, FRIZZO Giana Bitencourt & PICCININI César Augusto, « Cesarean birth and maternal representations,

A longitudinal study. », *Psicologia : Reflexão e Crítica*, 2015, 28(2), 376-385.
ANZIEU Didier, 2023. *Le Moi-peau,* 2e édition Paris, Dunod.
BETRAN Ana Pila, OUI Jianfeng, MOLLER Anne Beth., ZHANG June, GÜLMEZOGLU, A. Metin, & TORLONI, Maria Régina, 2018, *The increasing trend in caesarean section rates: Global, regional and national estimates*. PLoS ONE, 11(2), e0148343.
BROC Guillaume, 2017. *Méthodologie pour psychologues,* Paris, Dunod.
CZARNOCKA Jo & SLADE Pauline, "Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth". *British Journal of Clinical Psychology*, 2000, 39(1), 35-51.
FISHER Jane, ASTBURY Jill & SMITH Anthony, "Maternal mental health and child development in low-income countries: Risk and resilience", *Bulletin of the World Health Organization*, 2012, 90(5), 321-400.
GHIMBI Nicaise Léandre Mesmin, 2014, *La représentation sociale de la profession de psychologue clinicien dans les centres hospitaliers de Brazzaville : identité et appartenance*. Thèse de doctorat unique de psychologie clinique et psychopathologie, Université Marien Ngouabi, Brazzaville.
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, 2023. *Enquête Démographique et de Santé du Congo (EDSRDC III)*. Brazzaville: DHS Program.
LAVENDER Tina et Walkinshaw Stephen, 1998, "Effect of caseload midwifery on maternity care: Randomised controlled trial", BMJ, 316(7148), 1483-1488.
MERCER Ramona Thieme, 2004. *Becoming a mother: Research on maternal identity from Rubin to the present*, Springer.
MOUZINGA-KIMBAZA Patient Bienvenu, 2014, « Les troubles du vécu corporel dans les fonctionnements limites. Analyse de deux cas d'adolescents dits « Bébés-noirs », *Le Caïlcédrat, Revue*

Canadienne de Philosophie, de Lettres et de Sciences Humaines, Numéro 18, Octobre, 91-105.
NDUNG'U Antony & MWANAISHA Chidzuga, 2020. "Cesarean delivery: Cultural perceptions and maternal outcomes in East Africa", *African Journal of Reproductive Health*, 24(3), 54-61.
O'HARA Michael & SWAIN Amy (1996). "Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis". *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54.
ORGANISATION MONDIALE de la SANTE, 2015. *WHO statement on caesarean section rates*. Geneva: World Health Organization.
OUEDRAOGO, A. (2022). Approche psychologique de l'accouchement dans les communautés africaines. *Journal des Sciences Sociales*, 45(2), 122-135.
PEDINIELLI Jean-Louis, 2016. *Introduction à la psychologie clinique*, Paris, Armand Colin.
SIMKIN Penny, 1991, "Just another day in a woman's life? Women's long-term perceptions of their first birth experience", Birth, 18(4), 203-211.
SÖDERMAN Mikael, EDSTEDT BONAMY Ana Karin & AHLSSON Fredrik, 2017, "Cesarean section and risk of postpartum depression: A population-based cohort study", *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 30(11), 1346-1351.
STANTON Cynthia, RONSMANS Carine et BALTIMORE David, 2016, "Cesarean birth in developing countries: Trends and determinants", *Social Science & Medicine*, 62(6), 1235-1245.
TARKKA Marja-Terttu et PAUNONEN Marita, 1996, "Social support and its impact on mothers' experiences of childbirth", *Journal of Advanced Nursing*, 23(1), 70-75.
TSOKINI Dieudonné, 2008. *Psychologie clinique et santé au Congo*, Paris, L'Harmattan.
VENDITTELLI Françoise, RACINET Claude, 2013. *La césarienne*, 2ème édition entièrement actualisée, Sauramps Medical.