



Cesarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo): perceptions et vécu à Kasansa et à Tshilenge

¹ Kabongo MAG, ² Bukasa TJC, ³ Banza NDB, ⁴ Kayembe C, ⁵ Losimba J, ⁶ Mutombo KA, ⁷ Ntambue MA, ⁸ Wembonyama OS

^{1, 2, 3} Institut Supérieur des Techniques Médicales, ISTM Mujimayi, RD Congo

^{4, 5} Département de santé publique, Université de Kisangani, RD Congo

⁶ Département de Pédiatrie, Université Officielle de Mujimayi, RD Congo

⁷ Université de Lubumashi, Ecole de Santé publique RD, Congo

⁸ Département de Pédiatrie, Université de Lubumbashi, et Ecole de Santé Publique, RD Congo

Abstract

Objective: To report social and economic perceptions and implications of cesarean sections for women and their families.

Methods: This is a phenomenological qualitative study conducted using interviews involving 22 women with cesarean section and during the period from 1 January 2015 to 31 December 2016 at Kasansa and Tshilenge Maternity (Kasaï). Oriental / DR Congo) and their relatives. Group discussions were held with 14 members of the nursing staff of these two surgical structures and their health areas.

Results: Perceptions of Caesarean section by the majority women report several levels of fear. The experience and evocation of Caesarean section arouses fear: fear of dying after Caesarean section, fear of significant side effects affecting health and also the obstacles to access this intervention. The minority described positive reactions to the Caesarean section announcement: feelings of relief and safety after a very long and safe job regarding complications that could have occurred during a natural delivery. It is on such points that have dwindled the exchanges with users on the one hand and caregivers on the other hand.

Thus, could we speak of plural vulnerabilities. A cultural dimension associates the experience of cesarean section with an inability to be a mother-woman by giving birth vaginally. The financial costs incurred for cesarean section are feared by both women and husbands who, according to social norms, must bear the cost of health care. Another dimension, no less important, is the perception of the supply of care. Access to this intervention is hampered by distance and its corollaries (average and cost of transportation). Quality of care is undermined by the lack of quality and available staff and some inputs such as blood and essential medicines.

Conclusion: Caesarean section is an intervention whose utility is well established in the fight against maternal and perinatal mortality. However, it can have certain physical and psycho-social consequences that deserve to be identified and taken care of.

Keywords: caesarean section, perceptions, lived, Kasansa, Tshilenge

Introduction

La pratique de la césarienne fait depuis quelques années l'objet de controverses et de discussion. Pendant que sa fréquence a augmenté très rapidement dans les pays médicalisés d'Europe et d'Amérique du Nord [2, 5], mais aussi dans certains pays en voie de développement ou émergents, exemple du Brésil où les chiffres atteignent voire dépassent 50% [24], ces fréquences élevées suscitent de nombreuses études évaluatives dans le monde, notamment sur les risques et bénéfiques, les causes de l'inflation, la légitimité de certaines de ses indications, les différences entre les césariennes en urgence et celles qui sont programmées, les techniques de césarienne, sans oublier l'issue des césariennes en termes de morbidité et de mortalité maternelle et périnatale [11].

Dans les pays d'Afrique sub-saharienne, les taux de césariennes sont encore bien plus bas dans les régions rurales, parfois inférieurs à 1 % alors qu'ils atteignent 5 % dans les régions urbaines [17]. Dans les sites ruraux reculés, la réalisation d'une césarienne peut s'avérer simplement impossible. Le transport vers une structure bien médicalisée et

équipée peut prendre de nombreuses heures et la structure peut ne pas posséder un plateau technique minimal ni les personnels qualifiés à la réalisation d'une intervention. Dans ces conditions, la survie fœtale ou néonatale est vraiment un problème. En cas de travail dystocique prolongé, c'est la survie maternelle qui est en jeu, ainsi que le risque de morbidité sévère, notamment par fistule vésico-vaginale.

Les femmes qui ont accouché par césarienne expriment moins de satisfaction par rapport à l'expérience de la naissance; elles souffrent plus souvent de perte de confiance en soi; elles ressentent une frustration du fait de la divergence entre ce qu'elles avaient imaginé et la réalité [2]. L'insatisfaction se fonde sur la norme, qui considère l'accouchement par voie vaginale comme « l'accouchement normal » et favorise le sentiment de ne pas avoir vécu « correctement » un événement essentiel de leur vie de mère [2, 12]. Cependant, peu de travaux ont évalué la perception de cette intervention par les bénéficiaires et les possibles conséquences physiques et psycho-sociales afférentes.

Cette étude a pour objectif de comprendre les perceptions que

les femmes, leur entourage et les soignants ont de la césarienne et l'implication que cela a dans le recours aux soins en cas d'urgence obstétricale.

Méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique, descriptive. Elle a concerné 22 femmes ayant accouché par césarienne dans les maternités des hôpitaux généraux de référence de Tshilenge et Kasansa au Kasai oriental (RD Congo). Les données de l'étude ont concerné 22 femmes césarisées dans les dites maternités et 14 soignants. Sont incluses les femmes ayant été opérées dans ces maternités. Pour raison des souvenirs, nous avons interviewé seulement les femmes ayant été opérées pendant 6 mois qui ont précédé l'enquête. Les données ont été recueillies par les entretiens individuels à domicile pour les usagers et les groupes de discussion pour les soignants. Un guide d'entretien a été utilisé et les données enregistrées à l'aide d'un dictaphone

Les données étaient analysées selon une approche systématique dite réduction phénoménologique qui a consisté à faire éclater les significations cachées inhérentes aux descriptions que les sujets ont fait du phénomène à l'étude; à savoir la césarienne. Le procédé d'analyse des données était thématique, c'est-à-dire qu'à partir des thèmes ressortis, nous avons retenu des sous-thèmes appuyés par des verbatim. Cette analyse a été faite suivant des étapes ci-dessous:

1. Perception du sens global de l'entrevue;
2. Délimitation du thème central;
3. Analyse des thèmes secondaires.

Les données d'entretiens individuels à domicile et les discussions de groupes ont été enregistrées et retranscrites en français dans Word. L'analyse des données a été faite manuellement et selon un codage thématique

Résultats

Profil de la population

Les femmes interviewées avaient l'âge compris entre 22 et 40 ans (moyenne d'âge $30,4 \pm 5,9$ ans). La parité variait entre 1 à 15 ans (Parité moyenne $6,3 \pm 4,1$).

Perceptions

Réactions négatives

La peur de l'imprévisible

Le ressort de presque tous les discours des femmes rencontrées est le caractère imprévisible de la survenue des problèmes pendant la grossesse. Selon elles, aucune grossesse ne ressemble à une autre. Certaines seraient plus faciles à vivre que d'autres. « ... pour mon cas, il y a eu des grossesses qui se sont bien passées mais pour les deux dernières se sont terminées par la césarienne, c'était un problème difficile [...] Ce n'est pas par manque de force d'accoucher par la voie naturelle » Madame K. à Kabimba.

À l'instar des grossesses, aucun accouchement ne ressemblerait à un autre: certains sont faciles, rapides, tandis que d'autres sont difficiles et longs. La crainte de l'accouchement semble liée à la modalité de son issue. C'est un moment critique pour la santé et la vie de la femme. Proclamer que « l'accouchement c'est la guerre » dans un contexte de représentations populaires de l'accouchement au

Niger^[18] peut tout aussi bien être clamé par des femmes de Kasansa et Tshilenge. La modalité de la délivrance représente également une angoisse.

« Accoucher c'est bien, mais tu peux mourir pendant l'accouchement [...] ou mourir après avoir accouché et laisser l'enfant [...] ça fait peur, très peur » (Madame D. à Tshibumba)

Venant de subir une césarienne, Madame D. âgée de 35 ans habitant l'aire de santé de Tshibumba (Tshilenge) raconte la peur qu'elle a ressentie quand elle a appris qu'elle devait être opérée:

« [...] quand on m'a informée que j'allais être opérée [...] j'ai eu très, très peur et je me suis mise à pleurer [...] mais le médecin m'a encouragée [...] en me disant qu'il était nécessaire qu'on opère pour sauver et moi et l'enfant. [...] mais j'avais très peur de mourir [...] vous savez que dans cette histoire il ya une croix à la tête et une croix aux pieds (grande probabilité de mourir).

Les discours des femmes mettent en évidence les craintes de la répétition des césariennes « Si tu commences par une césarienne, tu ne feras que des césariennes »

Peur de mourir de suites de la césarienne

Les craintes liées au risque de mort pendant l'accouchement sont sans doute accrues chez les femmes ayant attendu parler des femmes qui sont mortes au cours de leur accouchement par césarienne.

« Pendant que j'étais enceinte, j'avais entendu les femmes dire qu'on tuait les femmes pendant la césarienne et surtout quand je me suis rappelée de celles-là qui sont décédées suite à la césarienne. [...] à l'annonce de l'opération, j'avais eu très peur. Mais j'étais encouragée par le médecin et les infirmières qui m'ont rassurée que je serai sauvée ainsi que mon enfant » Madame P. à Tshibumba

« J'avais peur [...] car quand j'étais enceinte, j'avais appris que certaines femmes opérées à l'hôpital étaient décédées suite à la césarienne. A la deuxième grossesse, j'avais peur de césarienne surtout que l'infirmière de l'hôpital général de référence m'avait dit qu'il fallait aller accoucher à l'hôpital car je ne pouvais pas accoucher normalement [...] j'ai eu très peur » Madame M à Tshibumba

Pour d'autres, la crainte de la césarienne est liée à la première expérience d'être opérée. « J'ai eu très peur [...] parce que depuis que j'ai commencé à accoucher, je n'avais jamais connu même pas une déchirure [...] je pensais que j'allais mourir, car je ne m'y attendais pas ». (Madame H à Kampaci et Madame J. à Kampaci)

« [...] j'aurais peur d'être opérée car je n'étais jamais opérée, [...] et je pensais que je pouvais mourir pendant l'opération » Madame D. à Tshibumba

« [...] J'avais très peur, comme tout humain devant une telle épreuve pour la première fois dans la vie, mais j'ai été encouragée par l'infirmière. J'avais peur parce que je ne savais pas si j'allais mourir ou pas ». Madame K. à Kabimba
« J'avais peur parce que la façon dont cela se manifestait et surtout que c'était une surprise pour moi d'être opérée pour la toute première fois » Madame O. à Kabimba.

Pour d'autres encore, la peur est provoquée à partir de son entourage.

« Comme j'habite à coté de l'hôpital, quand j'étais enceinte, en voyant cette maison (En indiquant le bloc opératoire), elle faisait peur. Il y a de fois quand j'accouchais, je trouvais parfois dans toute la salle des femmes césarisées, je me disais que Dieu m'aime, comme j'accouchais normalement, mais je ne pensais pas que cela pourrait m'arriver aussi un jour » (Madame E. à Tshibumba.

Tension sociale suscitée par les dépenses dues à la césarienne

Les craintes de l'accouchement et notamment de la césarienne sont indissociables des contraintes financières, médicales et sociales auxquelles sont confrontées les femmes:

« La plupart des femmes que nous recevons arrivent souvent en retard. Sachant qu'à l'hôpital on va opérer, les femmes préfèrent aller d'abord chercher la solution ailleurs. En plus on peut citer la difficulté financière [...] manque de moyens financiers [...] souvent les femmes que nous recevons, sont démunies, elles restent longtemps à l'hôpital après l'opération parce que elles ne savent pas payer les frais de l'hôpital fixés à 16 dollars [...] on sent que malgré la subvention, les populations ne sont pas en mesure de payer [...] surtout que les femmes et leurs familles ne s'étaient pas préparés pour la césarienne » [(Un infirmier d'un focus group organisé avec les infirmiers de la structure B. (Tshilenge)]

« Les femmes sont mécontentes à l'annonce de la césarienne [...] elles se plaignent de coût élevé de la césarienne, surtout qu'elles ne sont pas préparées à la césarienne [...] elles se plaignent de coût de nourriture, de temps qu'elles vont passer à l'hôpital » a déclaré l'Infirmière de Focus group de la structure à Kasansa.

L'incapacité de payer les frais de la césarienne par les maris a constitué la raison de séquestration de certaines femmes à l'hôpital et rejetée par la famille.

« Les frais ont été payés en partie, comme mon mari n'avait plus d'argent, j'étais abandonnée, les membres de la famille de mon mari disaient que comme je suis de petite taille qu'elle n'arrive pas à accoucher normalement, leur fils va souffrir en supportant chaque fois les césariennes. J'ai commencé à prier ensemble avec certains infirmiers dans leur église [...] comme j'avais fait beaucoup des jours à l'hôpital, un jour le médecin femme m'appela dans son bureau pour me dire que je pouvais sortir de l'hôpital » Madame M à Tshibumba âgée de 22 ans, opérée pour position fœtale anormale.

Pour payer les frais, les ménages recourent aux stratégies telles que vente de produits du champ, d'élevage, emprunt...

« Il y a eu beaucoup d'argent dépensé [...] il y a mon frère qui est infirmier à l'hôpital qui a complété ce qui était resté [...] nous avons vendu les produits de l'élevage ». Madame G. à Kampaci.

Les dépenses engagées pour la césarienne appauvrissent d'avantage les ménages.

« Depuis les dépenses engagées pour l'opération à l'hôpital, nous nous trouvons en difficulté de trouver encore l'argent ». Madame C. à Kasumbi

Les dépenses de la maternité sont censées être faites par les hommes. (Gruenais & Ouattara 2010; Ouattara et al. 2009).

Rares sont les femmes qui savent combien leur césarienne a coûté. Moins qu'une négligence, cette situation s'assortit des répartitions des tâches au sein du couple dans les sociétés africaines. C'est l'homme qui paye les frais de la maternité. « [...] les prix étaient affichés à l'hôpital, il n'y avait pas à discuter [...] j'ai souffert pour avoir cet argent surtout que je devais encore m'occuper de ceux qui étaient restés à la maison » A déclaré le Mari de la Dame H à Kampaci qui a accepté de participer à l'entretien.

Les entretiens individuels des femmes à domicile ont révélé que rares sont les femmes qui déclarent connaître le coût de leur césarienne et que les dépenses sont, la plupart du temps, censées être assurées par le conjoint. « Pour payer l'argent de l'hôpital, c'est mon mari qui a payé, je ne sais pas combien » Madame E à Tshibumba.

Les familles se préparent rarement à faire face à des dépenses supplémentaires à l'occasion de l'accouchement. En somme, les problèmes sont résolus dans l'urgence: « quand ça chauffe, on trouve... ».

Répugnance vis à vis de la césarienne

La césarienne est considérée comme une sanction, une punition, un mauvais sort. Les complications de la grossesse sont interprétées comme étant la conséquence de la transgression d'un interdit. Cette dernière peut être le fait de la femme ou de l'entourage. Elle peut être consciente ou involontaire. Quoi qu'il en soit, l'ordre des choses a été bouleversé.

« Non, ce que moi j'ai trouvé c'était tout simplement un problème satanique car je ne comprends pas comment cela m'est arrivé [...] j'ai encore cette force de pousser [...] je n'ai rien fait de mal » S'est plaint Madame B. à Lac Lomba

De nombreux éléments interviennent dans la représentation que se font les femmes originaires de l'Afrique subsaharienne de la césarienne. Souvent péjorative, cette conception pousse certains couples à refuser catégoriquement l'intervention. Pour des césariennes programmées, cela peut se traduire par un accouchement à domicile ou une arrivée in extremis à la maternité pour l'accouchement.

« [...] comme une femme qui est à Bena Kadima était référée à l'hôpital pour l'accouchement, mais le jour de l'accouchement elle est venue ici avec hémorragie [...] les femmes disent que les médecins cherchent l'argent et opèrent sans raison » a laissé attendre l'infirmier du focus group 3 à Tshilenge « La femme même si elle sait qu'on doit l'opérer, elle demande à l'infirmier de centre de santé de la laisser accoucher sur place, au centre [...] les femmes disent qu'à l'hôpital elles sont opérées comme des oiseaux, les infirmiers et les médecins de l'hôpital ne font aucun effort pour les faire accoucher par voie basse » Infirmier du focus group 3. Pour l'infirmière du focus group 4 « [...] une fois j'étais entrain de partir à la maison, j'ai surpris un groupe des femmes qui disaient que quand on vous réfère à l'hôpital, vous êtes automatiquement opérée. C'est pour quoi nous ne voulons pas aller à la maternité de l'hôpital »

Dans leurs discours, aucune femme n'était près à choisir la césarienne comme mode d'accouchement en dehors d'une complication de la grossesse.

Perception d'accès physique aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence

Outre ces divers sentiments recueillis dans les discours des femmes, on peut noter les difficultés exprimées par les femmes et les soignants sur l'accessibilité physique dans les différentes structures chirurgicales. Dans les milieux ruraux, la distance et ses corollaires font obstacle à l'accès aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence. « [...] la distance et surtout le manque de moyen de transport pour les femmes qui habitent les villages lointains [...] elles peuvent avoir l'argent pour payer le transport, mais le moyen de transport manque, [...] même si on a la volonté de venir [...] surtout pour les femmes qui habitent par exemple à 54 km de l'hôpital » Infirmier du Focus group 1 organisé avec les infirmiers de Tshilenge.

« Il faut un moyen de transport permanent, un véhicule [...] un cas semblable au mieux peut arriver la nuit pendant qu'il n'a plus de moto [...] la personne peut perdre la vie » Madame K à Kabimba

Les mêmes propos ont été rencontrés dans les discours de certains membres de ménages, comme le cas de ce mari de Madame H à Kampaci « Pour moi, je pense que si on peut doter l'infirmier même d'un véhicule pour qu'en cas de situation pareille, on puisse transporter la femme sans difficulté. Ma femme a été transportée sur la moto [...] mais si elle ne pouvait pas à monter sur la moto »

Réactions positives vis-à-vis de la césarienne **Sentiment de soulagement et de sécurité**

Une petite minorité de patientes ont décrit des réactions positives à l'annonce de la césarienne. Principalement, un sentiment du fait de la douleur qu'elles ont ressenti et qui va s'estomper lors de l'intervention. Mais également du fait que la césarienne marque l'aboutissement d'un travail très long. Il s'agissait aussi d'un gage de sécurité concernant les complications qui auraient pu se produire lors d'un accouchement par voie naturelle.

« J'ai souhaité qu'on m'opère car je n'avais plus de force, je m'agitais, il fallait qu'on m'opère pour que je me repose [...] c'était un soulagement, une délivrance, tout ce que vous connaissez et que mon enfant est sorti vivant » Madame B. à Lac Lomba

« J'ai commencé par le centre après beaucoup d'heures passées avec l'IT (Infirmier Titulaire) il n'était pas possible d'accoucher par voie basse, j'ai moi-même senti qu'avec l'expérience je n'en pouvais plus, j'ai, demandé à l'IT de m'amener à l'hôpital (Tshilenge), je risquais de perdre mon enfant » Madame F. à Kampaci

« Les médecins m'ont informé de l'opération, je n'ai pas eu peur car moi-même je l'ai voulu compte tenu de douleurs que je sentais, [...] j'ai préféré qu'on opère surtout quand j'étais transportée sur la moto pour m'amener à l'hôpital, j'ai eu mal très mal » Madame G. à Kampaci

Malgré une sorte de stigmatisation relevée dans les discours de femmes et le sentiment d'auto culpabilisation, elles restent tout de même confiantes en elles.

« [...] je me demandais comment les autres femmes accouchent sans problème et pour quoi moi on doit m'opérer [...] j'ai fait quoi ? » Madame L. à Kabimba.

Pour la majorité d'entre elles trouvent qu'elles ne sont pas

différentes de celles qui avaient accouché par voie naturelle.

« Les gens parlent, ils disent que c'est parce qu'elle a déjà beaucoup d'enfants qu'elle n'a plus de force d'accoucher normalement [...] mais, moi-même je me sens encore capable » Madame P. à Tshibumba

« Le jour pareil, les gens peuvent dire qu'elle a manqué la force, qu'elle n'est pas une bonne femme [...] mais moi-même je ne peux m'empêcher d'accoucher encore » Madame J. à Tshimpuma

Vécu de suites de la césarienne

Préparation à la césarienne

Le point central et récurrent abordé par les femmes au cours des différents entretiens effectués dans les domiciles relève de la communication: soit il y a une absence de communication, soit les discours dénotent plutôt d'une incompréhension de discours entre prestataires et usagers. Par exemple, certaines femmes ont confié n'avoir pas été informées de l'imminence d'une opération dans la salle d'accouchement. Madame B. à Lac Lomba, elle est mère de 6 enfants. visitée après qu'elle ait subi une césarienne à Kasansa. Elle dit avoir suivi cinq consultations prénatales. Elle portait une grossesse de plus ou moins 38 SA. Elle confie qu'elle n'a pas été préalablement informée de l'opération qu'elle a subie: « c'est à la maternité qu'on m'a mise sur la table pour m'amener au bloc, et c'est en cours de route que l'infirmière me chuchotant quelque chose semblable [...] c'est à ce moment que j'ai su qu'on allait m'opérer. » Madame K. à Kabimba

Parfois, il s'agit d'une information donnée par les personnels qui ne semble pas bien comprise, car souvent peu explicite et incomplet. Par exemple, la plupart des femmes à qui on a dit de rester en congé à la suite de la césarienne ont compris qu'il s'agissait seulement de ne pas aller au champ et transporter les charges, c'est lors de visite à domicile que nous avons pu compléter et expliciter le contenu de ce message ainsi que le bien fondé de cette recommandation. Les informations sur la reprise des activités sexuelles étaient attendues par ces femmes. Le point central et récurrent abordé par les femmes au cours des différents entretiens effectués à domicile relève de l'absence de la préparation à la CPN sur l'issue possible de l'accouchement. Pour la grande majorité, c'est l'absence de cette préparation pendant laquelle la femme devait recevoir les informations sur les modes d'accouchement. Les femmes ont évoqué le fait de n'avoir pas été informées pendant les CPN de l'éventualité d'une césarienne. Ce qui consacre le caractère imprévisible de l'accouchement par césarienne.

« [...] à la CPN on ne m'avait pas dit que je pouvais accoucher par césarienne ou non, c'était à l'hôpital où j'étais informée, cela après avoir beaucoup lutté et j'étais fatiguée que les infirmières ont fait appel au médecin. Ce dernier après m'avoir examinée a décidé de l'opération en me disant que je ne pouvais pas accoucher par voie basse parce que l'enfant était en position transversale » Madame D. à Tshibumba.

Retentissement Physique

Les femmes ont rapporté dans leurs discours, certaines complications inhérentes à la césarienne

« [...] depuis que je suis sortie de l'hôpital, j'ai des douleurs atroces qui irradient vers le bas et aussi sur la cicatrice surtout quand il fait froid, d'ailleurs même au moment où

nous parlons, je les sens encore» Madame G. de Kapamci
 « Pour la césarienne, j'ai fait un mois, [...] après deux semaines j'ai senti des douleurs abdominales très atroces [...] nous sommes rentrés à l'hôpital et quand on a regardé à l'écho, on a trouvé que la rate était gonflée et qu'il fallait opérer, là j'ai fait encore un mois après l'opération » Madame B. à Lac Lomba.

« Après l'opération, la plaie a beaucoup trainé parce qu'il y a eu suppuration et depuis là, je n'ai pas conçu je ne sais pas si c'est à cause de cette opération [...] je ne sais pas ce que ceux qui ont opéré ont fait ? » Madame L. à Kabimba

« J'ai fait longtemps à l'hôpital, la plaie ne s'est pas cicatrisée normalement, j'ai fait deux mois » Madame H à Kampaci.

« [...] depuis que je suis sortie de l'hôpital, je me sens pas encore en forme [...] je n'ai pas de force comme avant que je sois opérée [...] je ne parviens pas à effectuer convenablement les activités habituelles comme aller au champ, puiser de l'eau... » Madame B à Lac Lomba

Certaines femmes et leurs conjoints redoutent la suite de la maternité. Ils craignent la survenue d'une nouvelle césarienne ou des difficultés rencontrées lors de l'opération.

« Je ne peux plus concevoir [...] d'ailleurs, j'avais souhaité demander au médecin de faire la ligature de trompes, malheureusement, j'étais sous anesthésie et mon mari était dépassé comme c'était une surprise aussi pour lui». Madame G. à Kampaci

« Concevoir ? [...] non, non, il ne faut pas préférer ça, [...] c'est fini, j'ai peur de concevoir » Madame E. à Tshibumba

« Je ne souhaite pas que cela se répète, car j'ai beaucoup souffert pendant les deux mois que ma femme a fait à l'hôpital et je peux même dire qu'on arrête avec la maternité [...] j'ai trop souffert » a déclaré le mari de Madame H. à Kampaci qui a accepté de parler. Cependant, d'autres ne voyaient pas d'inconvénient pour la suite de la maternité. Pour Madame G à Kampaci, la césarienne n'était qu'un accident de parcours, la maternité doit continuer. « Je n'ai pas peur de concevoir, je prie mon Dieu qui m'a permise de concevoir de me permettre aussi que je puisse accoucher sans problème »

Discussion

Perceptions

Plusieurs auteurs rendant compte de situations pris au Nigeria et au Burkina Faso les pays qui connaissent des taux bas de césariennes comme la RD Congo, décrivent les perceptions des femmes par rapport à la césarienne [2, 6, 10]. Dans notre étude, la peur de l'imprévisible était rapportée dans la grande majorité de femmes sur la grossesse et son issue. L'étude d'Aziken et collaborateurs auprès de 413 femmes au Nigeria, a montré que le coût élevé n'arrive qu'en troisième position dans la liste des raisons pour refuser une césarienne avec 19,8%, après la peur de la mort (31,7%) et la peur de la douleur (29,1%). Le sentiment d'échec arrive en quatrième position (7,2%) [6]. Dans une autre étude faite au Nigeria auprès de 6224 patientes par Ezechi *et al*, seulement 33,3% des femmes expliquent que les césariennes sont faites pour des raisons médicales [19]. Les autres raisons données par les femmes établissent que le personnel et les hôpitaux veulent faire du profit (42,7%), que les jeunes médecins veulent se faire la main (29,3%). Dans une étude au Ghana auprès de 145

femmes césarisées, il ressort que 55,2% préfèrent l'accouchement par la voie basse à la césarienne avec la seule explication que « vaginal is best », qu'il n'y a pas de douleur à long terme, que c'est moins cher et qu'il y a moins de risque de mourir [26]. Contrairement à notre étude où aucune femme n'a préféré accoucher par la césarienne en dehors d'un problème médical, dans les études de Danso *et al*, Isabelle Lange *et al* et Fabienne Richard [2, 7, 20, 1], les femmes qui préféraient la césarienne, la décrivaient comme un type d'accouchement marqué par moins de douleur de travail et une méthode d'accouchement rapide et facile. Il n'y avait pas d'associations significatives entre le choix du mode d'accouchement et les caractéristiques individuelles des femmes (âge, statut marital, niveau d'éducation, lieu de résidence). Il est intéressant de voir que dans les deux groupes, il y a une peur de la douleur, les femmes césarisées veulent échapper aux douleurs des contractions du travail d'accouchement et les femmes qui veulent accoucher par voie basse veulent éviter les douleurs post-césariennes. La peur de mourir au cours d'une ou consécutivement à une césarienne est réelle dans beaucoup de pays africains où on voit que la mortalité est augmentée même dans des césariennes électives chez des femmes sans facteurs de risque [10, 21]. Dans notre série, cela a été aussi retenu dans les propos des femmes. Cette conception serait à la base de l'arrivée tardive à l'hôpital tel que fustigé par les infirmiers.

Une femme césarisée en Afrique court plus de risque de mourir que si elle est césarisée en Amérique Latine ou en Asie [21, 22]. Des problèmes d'approvisionnement de médicaments essentiels et la mauvaise qualité des soins entraînent des soins de faible qualité et des accidents anesthésiques qui sont fatals pour les femmes. Les césariennes faites dans des conditions de travail prolongé et d'infection fragilisent la cicatrice et mettent la femme à risque d'une rupture utérine lors d'une prochaine grossesse qui peut être mortelle si cela se produit à domicile ou dans un petit centre de santé loin de l'hôpital. Dans l'étude réalisée en Afrique de l'Ouest par Fabienne *et al*, le fait d'avoir eu une césarienne multipliait par 11 le risque de faire une rupture utérine lors des grossesses suivantes. Dans ce contexte de faible accès aux soins obstétricaux d'urgence, un tiers des femmes qui ont eu une rupture utérine sont mortes (33,3%) et la moitié a perdu leur enfant (52%) [2].

A contrario, dans les pays à fort taux de césarienne, les anthropologues cherchent à comprendre ce qui peut expliquer ce taux élevé. Au Brésil, le taux de césariennes dans certaines cliniques peut aller au delà de 90% [8]. On accuse souvent les médecins de chercher la facilité et le profit économique et au Brésil ils ont essayé de réduire les incitations financières pour les césariennes en arrêtant le paiement à l'acte mais cela n'a pas eu d'effets [8, 9]. Les raisons des demandes et pratiques importantes de césarienne sont socio-anthropologiques. Ainsi, l'anthropologue Dominique Behague qui a fait une étude à Pelotas au Brésil explique pourquoi les femmes brésiliennes faisaient tout pour avoir une césarienne, même les plus pauvres, et quelles stratégies elles mettaient en place dès le début de la grossesse pour avoir un contact direct avec un gynécologue qui pourra leur faire la césarienne. La cause principale est d'éviter les mauvais traitements par le personnel liés à leur classe sociale et les soins de mauvaise qualité pendant le travail [3, 4]. Une césarienne étant plus supportable

qu'un travail de plusieurs heures sans accompagnement humain ou de soulagement pour la douleur (l'induction du travail ou l'accélération du travail avec de l'ocytocine est très courant au Brésil ce qui augmente la force et la fréquence des contractions sans qu'une analgésie péridurale ou autre soulagement de la douleur soient proposés). Ainsi une approche plus humaine autour de la naissance, un accompagnement individualisé pourrait certainement avoir plus d'effet sur le taux de césarienne.

Perception d'accès physique aux SONU

Un certain nombre de barrières entravent l'accès des femmes aux SONU. Ces barrières, décrites dans le modèle des trois délais de Thaddeus et Maine, contribuent majoritairement à la mortalité maternelle en ASS ^[15]. Le modèle des trois délais illustre les retards dans la prise en charge des complications obstétricales en fonction du temps pris pour décider d'aller consulter un professionnel de santé dans une formation sanitaire, du temps de transport entre le domicile et la formation sanitaire, et celui de recevoir des soins appropriés, une fois à l'hôpital. Le temps écoulé démarre à partir du moment où débute une complication obstétricale repérée à partir des signes d'alerte connus par la communauté. Les femmes et leur entourage en ASS tardent souvent à prendre la décision de se rendre dans une formation sanitaire parce qu'elles ne reconnaissent pas nécessairement la gravité de la situation ou parce qu'elles n'en perçoivent pas le bénéfice attendu. Elles éprouvent souvent des difficultés à arriver rapidement à l'hôpital à cause du mauvais état des routes, de l'absence de véhicule motorisé ou des distances parfois considérables à parcourir ^[14, 16, 23].

Dans la plupart de pays africains les soins coûtent chers, il n'existe pas un système de sécurité sociale et une famille peut s'endetter suite à une césarienne, mettant en péril même la relation du couple quand l'homme fait sentir à la femme qu'elle est responsable de l'appauvrissement de la famille et qu'il choisira une autre femme pour ses autres enfants de peur qu'elle ait encore une césarienne ^[9, 13]. Dans certaines communautés, la femme peut se sentir rejetée par les autres femmes parce qu'elle n'a pas été capable d'accoucher par voie basse. Au Nigeria, dans l'étude d'Ezechi et collaborateurs, 26,8% des patientes qui ont déjà eu une césarienne préfèrent mourir que d'avoir une autre césarienne ^[19]. Les raisons pour refuser l'expérience d'une seconde césarienne étaient le sentiment d'échec et l'implication financière. L'étude souligne combien il est important de montrer qu'on est assez fort pour accoucher par voie basse et que l'aversion pour les césariennes est profondément ancrée dans la culture et la tradition, ce qui fait que le niveau d'éducation dans cet échantillon de 6224 femmes influence très peu l'opinion des femmes sur la césarienne. Nous pensons que c'est qui serait à la base de la majorité des discours des femmes d'être encore capables d'accoucher malgré qu'elle ait subi une première césarienne. L'aversion peut mettre en danger des femmes et Ezechi rapporte dans son article comment une femme s'est fait rejeter après une césarienne et accuser de ne pas savoir s'occuper de l'enfant car elle n'avait pas connu la douleur de l'enfantement. A la grossesse suivante, elle est restée bravement le plus longtemps possible dans un petit dispensaire de mission et elle a été transférée en urgence avec

une rupture utérine à l'hôpital. Elle a survécu mais a perdu son enfant et son utérus ^[19]. Dans notre étude, ceci rejoint la plupart de discours des infirmiers des groupes de discussion selon lesquels les femmes arrivent en retard après plusieurs tentatives d'accoucher soit au centre de santé soit à domicile et même après la consultation de tradipraticiens et les pasteurs.

Outre la barrière financière, la distance et ses corollaires ont été rapportés dans les discours des interviewées. Dans notre étude, la majorité des femmes évacuées de centres de santé sont arrivées par la moto pour celles qui habitent loin de l'hôpital. Dans leurs discours elles ont proposé comme amélioration, la dotation de centres de moyens de transport comme le véhicule pour faciliter le transport en cas d'urgence.

Vécu de la césarienne

Préparation à la césarienne

A l'heure actuelle, l'humanisation des soins est un impératif pour une bonne qualité des soins qui sont prodigués aux patients. Elle implique la prise en compte des préférences et des attentes exprimées par la patiente et son conjoint dans le projet de naissance, si celui-ci n'est pas incompatible avec la sécurité, l'hygiène ou les protocoles établis ^[27]. Des informations claires sur l'acte qu'on leur propose, son indication, ses avantages et ses inconvénients sont nécessaires afin d'obtenir leur consentement. Notre étude révèle de nombreuses insuffisances dans cette démarche qualité afin d'obtenir leur consentement libre et éclairé ainsi que leur totale adhésion. En effet, dans la majorité des cas, les patientes ont déclaré n'avoir reçu aucune explication venant du personnel soignant sur la réalisation de la césarienne même si quelques unes ont déclaré avoir été informées de l'indication posée. Nous abondons dans le même sens qu'Aziken *et al.* ^[6] qui rappelaient que l'information de la patiente est un droit fondamental, une obligation morale et légale et est indispensable pour permettre un consentement éclairé. Toutefois, lorsqu'il s'agit de césarienne en urgence, le temps de négociations peut mettre en péril la vie de la mère et de l'enfant. Une information en amont de ce type de situations serait donc appropriée. Or, il apparait dans les témoignages des femmes interviewées, que la question de césarienne n'était jamais abordée en dehors de situations d'urgence relative, permettant un temps d'information. Nous pouvons donc nous demander si l'information délivrée est suffisante ou si les femmes sont disposées à l'entendre. Etant plus exposées à la césarienne et d'avantage en mesure de la refuser, nous pouvons nous demander s'il serait pertinent de délivrer systématiquement à ces femmes une information « alourdie » ? Néanmoins, il ne s'agit pas non plus d'angoisser les femmes en insistant largement sur la césarienne, cette intervention qui suscite déjà chez elles une certaine inquiétude ou une frustration. La transmission de ces informations mérite donc, une réflexion. D'autant plus que durant la grossesse, plusieurs temps sont consacrés à l'information des femmes sur la prise en charge de l'accouchement à l'hôpital. Dans notre contexte, le faible niveau d'instruction des patientes peut sembler être un frein à la compréhension de l'indication de la césarienne.

Retentissement physique de la césarienne

Chez nos patientes, les douleurs pelviennes étaient les plaintes

les plus fréquentes. Leur fréquence est très variable d'une étude à l'autre et peut atteindre 85 % lorsque les patientes sont interrogées à domicile [35]. L'étude de Bonneau [29] montre que des douleurs pelviennes chroniques persistent pour 30 % des patientes jusqu'à deux ans après la césarienne et interfèrent avec la vie quotidienne dans 9 % des cas. Ces douleurs pourraient être en rapport avec des lésions des nerfs ilio-hypogastriques et ilio-inguinaux, des désunions sous la cicatrice cutanée de césarienne, des éventrations et des adhérences. L'asthénie physique et les difficultés pour les activités quotidiennes à type de fatigabilité sont le reflet de la récupération physique longue après césarienne pouvant aller jusqu'à plusieurs mois [12, 26, 35]. A ce propos, dans l'étude de Klan [25], une femme témoignait « *ma vie n'est plus la même depuis mon opération. Auparavant je pouvais faire n'importe quel travail. Maintenant je ne serai plus capable d'assurer les lourdes charges que je faisais avant. Dorénavant je vivrai comme une malade* ». Ce retentissement physique non négligeable peut, en quelque sorte, entraver la capacité de la femme à s'occuper de son enfant, et retarder notamment la mise au sein [12]. C'est ce que nous avons constaté avec la mise au sein qui a été tardive bien au-delà des 60 minutes suivant la naissance recommandées par l'OMS pour la mise au sein précoce [36]. Au cours des témoignages recueillis par Garel [27], les mères « césarisées » se disaient « *moins capables de mater que les femmes qui ont accouché par voie basse* », et étaient « *davantage préoccupées par leur propre état de santé que l'adaptation aux rythmes du bébé* ». A ce niveau, il faut reconnaître qu'il persiste des difficultés dans la communication et l'humanisation des soins. En effet, cette mise au sein « tardive », même si elle est souhaitée par certaines patientes, est souvent imposée par les prestataires, le nouveau-né étant maintenu dans l'unité de néonatalogie jusqu'au premier lever de la mère.

Cependant une composante psychique n'est pas à exclure dans ce vécu physique. En effet, nous pensons que dans notre contexte, il ne s'agit pas toujours de difficultés à effectuer les gestes de la vie quotidienne mais plutôt d'une crainte de faire des efforts physiques qui pourraient retarder la cicatrisation, voire entraîner la « réouverture » de la plaie opératoire. Cette asthénie et cette fatigabilité peuvent également être liées à une anémie car les pertes sanguines sont plus importantes lors d'une césarienne que lors d'un accouchement par voie vaginale. Les autres plaintes physiques rapportées étaient représentées entre autre par le prurit sur la cicatrice. Ce dernier serait en rapport avec la qualité de la cicatrisation, mais pour certains auteurs, il existerait également une composante psychique car la cicatrice serait synonyme de mutilation pour certaines femmes [31]. Les troubles sexuels tels que la dyspareunie seraient le plus souvent en rapport avec des phénomènes douloureux pelviens ou à une perte de l'estime de soi entraînant un retard à la reprise des rapports sexuels voire à un renoncement [12, 32, 33, 34]. Dans la prise en charge, la dimension psychologique ne doit pas être occultée car cette dyspareunie peut être à l'origine d'une détérioration de la qualité de la vie sexuelle du couple et donc, d'un vécu troublé de l'intervention

Retentissement psychologique

Plusieurs femmes racontent en effet ne pas s'être senties bien

psychologiquement après l'opération. En effet, il est souligné qu'au Nigeria, les femmes qui n'ont pas réussi à accoucher par voie basse n'ont pas prié assez, ou ont été infidèles à leur mari ou sont des sorcières [6].

La possibilité d'une césarienne itérative semble aussi être une source d'angoisse pour ces patientes. Il existe effectivement une augmentation parallèle des taux de première césarienne et de césariennes itératives, mais ce risque dépend de l'indication précédente, des antécédents obstétricaux, de la nature de l'hystérotomie réalisée et de l'espace inter gènesique [29, 30, 37]. Cette appréhension de la césarienne itérative chez les africaines, déjà rapportée par Pambou et coll [28], est en partie liée au manque d'information, au coût élevé de la césarienne, à la peur de mourir et à la superstition. Il est donc nécessaire d'améliorer la communication inter-personnelle avant, pendant et après la césarienne ainsi que la disponibilité du compte rendu opératoire

Conclusion

Pour les femmes et leurs familles, l'épreuve de la césarienne implique des enjeux pluriels:

Les perceptions culturelles associent une des dimensions de la féminité à l'accouchement par voie basse. Dans cette perspective, la césarienne n'est pas valorisée par les femmes et leur entourage. La césarienne est perçue comme un échec d'expression de femme-mère. Dans la mesure où ce statut n'existe qu'à travers le regard des autres, ce ressenti d'un échec prend toute son ampleur par le biais des discours de mise à l'épreuve.

Les implications de la part économique ne sont pas moindres. La césarienne entraîne des coûts financiers importants pour les unités domestiques rurales. Même dans des situations d'existence de système d'allègement des coûts financiers, ceux-ci restent importants pour les familles et notamment pour les hommes qui assurent socialement la prise en charge des dépenses de santé. Existe donc bien souvent un sentiment de culpabilité du côté des femmes: celui d'avoir été à l'origine de dépenses supplémentaires, cause d'appauvrissement du foyer. Des questionnements sur la récurrence de l'expérience de la césarienne demeurent aussi bien pour les femmes que pour les hommes qui ont vécu l'expérience des dépenses en situation de césarienne.

Plusieurs difficultés telles que la distance et ses corolaires, rendent difficile l'accès à cette intervention. C'est en cela que le vécu de la césarienne confronte les femmes à un risque de vulnérabilité dans la relation de couple.

Les perceptions populaires à l'égard de la césarienne ne font pas l'économie de l'offre des soins. Les discours relatifs aux craintes rendent compte d'une crise de confiance à l'égard de cet acte médical et des incidences qu'il peut avoir sur la santé. Craintes de la mort, craintes d'effets secondaires rendent bien la teneur d'une méfiance de l'offre des soins. Nous sommes donc bien loin d'une banalisation sociale de la césarienne. A ce titre, la question de l'acceptation peut être posée en termes de risques pluriels. Ceci est l'une de raisons ayant poussé les femmes interrogées dans notre étude de redouter la suite de la maternité.

Références

1. Faye Dieme Me, Moreira PM, Diouf AA, Thiam M, LO

- A, Diouf A, *et al.* Perception et vécu de la césarienne en milieu africain: enquête auprès de 280 patientes, *Annales de la SOGGO* N°. 2014; 22(9):13-20.
2. Fabienne Richard, La césarienne de qualité au Burkina Faso: comment penser et agir au-delà de l'acte technique, ULB, Thèse, 2012.
3. Behague DP. Beyond the simple economics of cesarean section birthing: women's resistance to social inequality. *Cult. Med. Psychiatry.* 2002; 26(4):473-507.
4. Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean sections in Brazil: informed decision making, patient choice, or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ.* 2002; 324(7343):942-945.
5. Bokassa M, Nguessan K, Doumbia Y, Kakou C, Djoubou C, Boni S. Césariennes prophylactiques et d'urgence: à propos de 394 cas au CHU de Cocody. *Médecine d'Afrique Noire.* 2008; 55(11):593-601.
6. Deneux Tharaux C. unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, INSERM U 953- Mortalité maternelle associée à l'accouchement par césarienne Profession Sage- femme. 2010; 163:20-29
7. Aziken M, Omo-Agho Ja L, Okonofua F. Perceptions and attitudes of pregnant women towards caesarean section in urban Nigeria "Acta obstetrician et Gynecologica. 2007; 86:42-47.
8. Isabelle Lange et Kanhonou, Perceptions et vécu des césariennes dans un contexte de gratuité au Bénin: résultats d'une recherche qualitative, conférence, Ouagadougou, 2013.
9. Nuttal. Caesarean section controversy: The caesarean culture of Brasil. *BMJ,* 320(7241):1074.
10. Quadros. Caesarean section controversy, Brazilian obstetricians are pressured to perform caesarean sections [letter], *BMJ.* 2000; 320(7241):1073.
11. Oladapo OT, Cemina MA, Sude-Odu AO. Maternal morbidity and mortality associated with hospital in Nigeria, Australian & New Zaland Journal of obstetrics & Gynaecology. 2007; 47:110-114.
12. Xavier Kinenkinda, Olivier Mukuku, Faustin Chenge, Prosper Kakudji, Peter Banzulu, Jean-Baptiste Kakoma, *et al.* Césarienne à Lubumbashi, République Démocratique du Congo II: facteurs de risque de mortalité maternelle et périnatale, *The Pan African Medical Journal.* PAMJ. 2017; 26:208.
13. Lobel M, Deluca RS. Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine.* 2007; 64:22722284.
14. Storeng KT, Baggaley RF, Ganaba R, Ouattara F, Akoum MS, Filippi V. Paying the price: the cost and consequences of emergency obstetric care in Burkina Faso. *Soc. Sci. Med.* 2008; 66(3):545-557.
15. Pirkle CM, Fournier P, Tourigny C, Sangaré K, Haddad S. Emergency obstetrical complications in a rural African setting (Kayes, Mali): the link between travel time and in-hospital maternal mortality. *Matern Child Health J.* 2011; 15:1081-7.
16. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci. Med.* 1994; 38:1091-110.
17. Lungu K, Kamfose V, Hussein J, Ashwood-Smith H. Are bicycle ambulances and community transport plans effective in strengthening obstetric referral systems in Southern Malawi? *Malawi Med J.* 2001; 13:16-8.
18. Kabongo AG, Bukasa JC, Banza DB, Kayembe C, Mutombo A, Wembonyama S, *et al.* Caesarean in rural environment of Eastern Kasai (R.D. Congo): Cover of the needs and quality of the services with Kasansa and Tshilenge, *Journal of Pharmacognosy and Phytochemistry.* 2017; 6(5):1157-1163.
19. Olivier de Sardan J, Moumouni A, Souley A. L'accouchement c'est la guerre: accoucher en milieu rural nigérien. *Afrique contemporaine, édition spéciale.* 2000; 195:136-154.
20. Ezechi OC, Fasubaa OB, Kalu BE, Nwokoro CA, Obiesie LO. Caesarean delivery: why the aversion? *Trop J Obstet Gynaecol.* 2004; 21(2):164-167.
21. Danso K, Schwandt H, Turpin C, Seffah J, Samba A, Hindin M. Preference of Ghanaian women for vaginal or caesarean delivery postpartum. *Ghana. Med. J.* 2009; 43(1):29-33.
22. Shah A, Fawole B, M'imunya JM, Amokrane F, Nafiou I, Wolomby JJ, *et al.* Cesarean delivery outcomes from the WHO global survey on maternal and perinatal health in Africa. *Int. J Gynaecol. Obstet.* 2009; 107(3):191-197.
23. Souza JP. Caesarean section without medical indication increases risk of short-term adverse outcomes for mothers. Geneva, World Health Organization. Policy brief WHO/RHR/HRP/10.20, 2010.
24. Fournier P, Dumont A, Tourigny C, Philibert A, Coulibaly A, Traore M. The Free Caesareans Policy in Low-Income Settings: An Interrupted Time Series Analysis in Mali (2003–2012). *PLoS ONE.* 2014; 9(8):e105130.
25. Waniez P, Wurtz B, Et V. Brustlein, L'abus du recours à la césarienne au Brésil: Dimensions géographiques d'une abération médicales, *Cahiers de santé,* 2006, 16(1).
26. Klan R, Blum LIS, Sultana M, Bilkis S, Kabliansky M. An examination of Women experiencing obstetric and sociocultural consequence of caesarean section in Bangladesh *J Health Popul Nutr.* 2012; 30(2):159- 171.
27. Garel M, Lelong N, Marchand A, Kaminski M. Conséquences maternelles de l'accouchement par césarienne: Résultats du suivi à 4 ans. *J Gynecol Obstet Biol.* 1990; 19(1):83-89.
28. Haute Autorité de Santé de France, Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance; Guide méthodologique, Mars, 2014.
29. Pambou O, Kongo P, Uzan S. L'accouchement des noires africaines à la maternité Guy Le Lorier de l'hôpital Tenon: Étude rétrospective de 781 accouchements de 1989 à 1991. *Méd. d'Afr. Noire,* 1996, 43(6):372-376.
30. Bonneau C, Nizard J. Gestion des grossesses avec un utérus cicatriciel: état des connaissances. *J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod.* 2012; (41):497-511.
31. Chapmann SJ, Owen J, Hauth JC. One-versus two layer closure of a low transverse cesarean: the next pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 1997; 89(1):16-8. Hemminki

- E.Pregnancy and birth after caesarean section. A survey based on the Swedish Reg. Birth. 1987; 14(1):12-17.
32. Clement S. Psychological aspects of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2001; 15(1):109-126.
 33. Barrett G, Victor CR. Sexualité du post-partu *Br J Gen. Pract.* 1996; 46(402):47-8.
 34. Bruml S, Griffin M. Sexualité du post partum. *BJ Gen Pract.* 1996; 46(408):438-439.
 35. Glazener CM. Sexual function after child birth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. *Br J Obstet. Gynecol.* 1997; 104(3):330-5.
 36. Jackson N, Paterson-Brown S. Physical sequelae of caesarean section. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2001; 15(1):49-61.
 37. Saloojee H. Le contact peau à peau précoce des mères et de leurs nouveau-nés en bonne santé: Commentaire de la BSG (dernière révision: janvier). *Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS*; Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2008.