

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITE DE FORMATION ET DE  
RECHERCHE DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES DOCTORAL

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

**PRATIQUE DE LA CÉSARIENNE AU CAMEROUN :  
REPRESENTATIONS ET IMPLICATIONS D'UN MODE  
D'ACCOUCHEMENT EN PROGRESSION A L'HOPITAL GYNECO-  
OBSTETRIQUE ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE(HGOPY)**

*Mémoire présenté et soutenu le 02 juillet 2025 en vue de l'obtention du Diplôme de Master en  
Sociologie*

**Spécialités** : Population et Développement

**Jury**

Président : **BIOS NELEM Christian**, Maître de Conférences (MC), Université de Yaoundé I

Rapporteur : **NDJAH ETOLO Edith**, Chargé de cours (C.C), Université de Yaoundé I

Examineur : **ESSOMBA EBELA Solange**, Maître de Conférences (M.C), Université de  
Yaoundé I

**Spécialisation** : population et développement

Par

**ASMAOU IBRAHIM**

*Titulaire d'une Licence en Sociologie*

Sous la direction de

**NDJAH ETOLO Edith**

*Chargée de cours (C.C)*



**JUILLET 2025**

**A**

**Mes parents HALIROU Ibrahim et MAGADJI Mamma**

## REMERCIEMENTS

Ce travail est le fruit des efforts, des échanges et des discussions avec plusieurs personnes à qui nous souhaitons exprimer notre profonde reconnaissance.

Nous adressons notre reconnaissance à notre Directrice de Mémoire Docteure NDJAH ETOLO Edith dont l'aide a été capitale dans le processus de réalisation de ce travail. Nous lui adressons notre gratitude et notre reconnaissance pour les orientations, la disponibilité, la rigueur, les conseils, les lectures et relectures plus les motivations et le soutien psychologique à notre égard dans la réalisation de ce travail.

Nous adressons nos remerciements au du Chef de Département de Sociologie, le Professeur LEKA ESSOMBA Armand ainsi qu'à l'ensemble du corps enseignant dudit Département qui ont assuré notre formation depuis notre entrée dans ce Département.

Nos remerciements à tous les permanents de la bibliothèque du Cercle Philo-Pscho-Socio-Anthropologie, la bibliothèque de la FALSH, de l'UCAC pour nous avoir facilité l'accès aux documents.

Notre gratitude va également à l'endroit d'ESSONO Elvis qui a toujours donné de son temps, de son attention et de ses critiques tant utiles pour la production de ce travail.

Nos remerciements à notre aîné académique qui a été et qui est une source d'inspiration, KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita pour les nombreux échanges, orientations, critiques et motivations apportés dans la réalisation de ce travail.

Nos remerciements adressés au directeur de l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé pour nous avoir donné la chance de mener cette recherche au sein de leur hôpital ainsi qu'à l'ensemble du personnel médical de nous avoir assisté lors de ce travail.

Nous remercions tous les enquêtés, de nous avoir donné de leurs temps lors des entretiens dans le processus de réalisation de ce travail.

À mes frères ZAINOUL-ABIDINE Aliou et MAHAMMAT SALEH Oumar, nous disons merci pour l'accompagnement psychologique, le soutien Moral, les différents échanges ainsi que pour la documentation. Par la suite à notre amie TSEPENG TIOSSEP Alain Georges pour la documentation et le soutien psychologique

Nous sommes reconnaissant à l'endroit de notre grande famille, particulièrement à notre grand frère IBRAHIM Arafat, et notre sœur VAGAÏ Fadimatou auxquels s'ajoutent nos tuteurs Monsieur OUSMANE Aminou son épouse BAGANA Maïramou, pour leur soutien matériel et moral pendant ce cycle de recherche.

Aussi, notre gratitude va à l'endroit de toutes les personnes que nous n'avons pas pu mentionner et qui ont œuvré de près ou de loin à la réussite de ce travail.

## SOMMAIRE

|                                                                                                                                                                                              |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| DEDICACE.....                                                                                                                                                                                | i    |
| REMERCIEMENTS .....                                                                                                                                                                          | ii   |
| RÉSUMÉ.....                                                                                                                                                                                  | iv   |
| ABSTRACT .....                                                                                                                                                                               | v    |
| LISTE DES ILLUSTRATIONS .....                                                                                                                                                                | vi   |
| LISTE DES ENCADREES .....                                                                                                                                                                    | vii  |
| SIGLES ET ACRONYMES .....                                                                                                                                                                    | viii |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE.....                                                                                                                                                                   | 1    |
| PREMIERE PARTIE : ÉVOLUTION DES PRATIQUES MEDICALES ET FACTEURS<br>DETERMINANTS LE RECOURS A LA CÉSARIENNE À HGOPY .....                                                                     | 35   |
| Chapitre I : DE LA MEDICALISATION DE L’ACCOUCHEMENT A LA PRATIQUE<br>DES CESARIENNES .....                                                                                                   | 37   |
| Chapitre II : ROLE DU SUIVI PRENATALE ET IMPLICATION DES PROTOCOLES<br>MÉDICAUX DANS L’AUGMENTATION DES CÉSARIENNES A L’HÔPITAL<br>GYNÉCO-OBSTETRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDÉ (HGOPY)..... | 66   |
| DEUXIÈME PARTIE : L’ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE : PERCEPTIONS<br>CULTURELLES ET ENJEUX PSYCHOSOCIAUX ET ÉCONOMIQUES.....                                                                     | 93   |
| Chapitre III : REPRESENTATIONS DE L’ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE ET<br>ROLES DES PRISES SE CONNAISSANCES SUR CES PERCEPTIONS .....                                                            | 94   |
| Chapitre IV : ENJEUX SUR L’ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE .....                                                                                                                                 | 130  |
| CONCLUSION GÉNÉRALE .....                                                                                                                                                                    | 168  |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                                                                                                          | 175  |
| ANNEXES .....                                                                                                                                                                                | 194  |
| TABLE DES MATIERES .....                                                                                                                                                                     | 211  |

## RÉSUMÉ

Cette recherche porte sur le thème : **Pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : représentations et implications d'un mode d'accouchement en progression à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY)**. Elle s'appuie sur le constat de l'augmentation significative des accouchements par césarienne, bien au-delà des seuils recommandés par l'OMS (10 à 15 %). À HGOPY, cette tendance s'explique notamment par le rôle de l'hôpital en tant que centre de référence pour des cas graves, avec un seuil de significativité à 0,05. Entre 2007 et 2017, le taux de césarienne a augmenté de manière significative de 8,6%, passant de 21,0% (445/2167) à 29,6% (812/2739) des accouchements respectivement avec une prévalence représentant environ 68% des cas les césariennes d'urgence, les demandes maternelles, et l'application systématique des protocoles médicaux pour réduire les risques maternels et néonataux. La problématique principale s'interroge sur les facteurs qui expliquent cette augmentation, tandis que les questions secondaires explorent les représentations sociales autour de la césarienne, les éléments qui influencent ces perceptions, et les enjeux associés à cette pratique dans les hôpitaux publics de Yaoundé. Pour répondre à ces interrogations, une approche qualitative a été mobilisée, basée sur trois cadres théoriques : la théorie des représentations sociales, le constructivisme structuraliste et l'interactionnisme symbolique. Les données ont été collectées via des entretiens semi-directifs, des observations directes et participatives, ainsi que des recherches documentaires, auprès de parturientes, de leur entourage, de professionnels de santé et d'acteurs institutionnels. Les résultats mettent en lumière plusieurs dimensions. Parlant des facteurs explicatifs, l'augmentation de la césarienne résulte de la médicalisation excessive de l'accouchement, de la gestion insuffisante des grossesses dans certains centres de santé, et de la centralisation des cas graves à HGOPY. Parlant des représentations sociales, la césarienne est souvent perçue comme une procédure risquée, voire mortelle, dans l'imaginaire collectif, bien que certains témoignages valorisent son caractère salvateur. Ces perceptions sont influencées par des expériences vécues et des informations accessibles aux patientes et à leur entourage. Enfin, parlant des implications, elles sont d'ordres multidimensionnels. Les césariennes entraînent des répercussions physiques (séquelles persistantes), des impacts psychologiques (anxiété, sentiment de perte de contrôle), des charges financières (coûts élevés) et des conséquences sociales (effets sur la planification familiale et les dynamiques familiales). Ces constats montrent que, bien que les césariennes soient indispensables dans de nombreux cas, elles sont entourées de représentations contrastées et soulèvent des enjeux complexes qui influencent les trajectoires des patientes et de leurs familles.

**Mots clefs :** césarienne, accouchement, parturientes, maternités publics.

## ABSTRACT

This research focuses on the theme: The Practice of Cesarean Sections in Public Hospitals in Cameroon: Representations and Challenges of a Growing Mode of Delivery at the Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital of Yaoundé (HGOPY). It is based on the observation of a significant increase in cesarean deliveries, far exceeding the thresholds recommended by the WHO (10 to 15%). At HGOPY, this trend is explained in part by the hospital's role as a referral center for severe cases, with a significance level set at 0.05. Between 2007 and 2017, the caesarean section rate increased significantly by 8.6%, rising from 21.0% (445/2167) to 29.6% (812/2739) of deliveries. Among these, approximately 68% were emergency caesareans, maternal requests, or resulted from the systematic application of medical protocols aimed at reducing maternal and neonatal risks., this trend is explained by the hospital's role as a referral center for severe cases, emergency caesareans, maternal requests, and the systematic application of medical protocols to reduce maternal and neonatal risks. The main research question explores the factors behind this increase, while secondary questions examine the social representations of cesarean sections, the elements influencing these perceptions, and the challenges associated with this practice in Yaoundé's public hospitals. To address these issues, a qualitative approach was adopted, grounded in three theoretical frameworks: the theory of social representations, structuralist constructivism, and symbolic interactionism. Data were collected through semi-structured interviews, direct and participatory observations, and documentary research involving parturients, their relatives, healthcare professionals, and institutional stakeholders. The findings reveal several dimensions. Regarding explanatory factors, the increase in caesareans results from the excessive medicalization of childbirth, inadequate pregnancy management in some health centers, and the centralization of severe cases at HGOPY. Concerning social representations, cesarean sections are often perceived as a risky or even fatal procedure in the collective imagination, although some testimonies highlight their life-saving nature. These perceptions are influenced by personal experiences and the information available to patients and their families. Finally, regarding challenges, they are multidimensional. Cesarean sections have physical repercussions (persistent after-effects), psychological impacts (anxiety, feelings of loss of control), financial burdens (high costs), and social consequences (impact on family planning and dynamics). These findings demonstrate that while cesarean sections are indispensable in many cases, they are surrounded by contrasting representations and raise complex challenges that influence the trajectories of patients and families.

**Keywords:** cesarean section, childbirth, parturients, public maternity hospitals

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

|                                                                                                                |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Illustrations 1</b> : fiche d'urgence vitale.....                                                           | 97  |
| <b>Illustration n°2</b> : Formulaires de consentement éclairé à HGOPY .....                                    | 124 |
| <b>Illustration n°3</b> : sortie exigée à HGOPY.....                                                           | 126 |
| <b>Illustration n°4</b> : matelas des patientes attendant le payement de leurs factures pour leur sortie ..... | 155 |

## LISTE DES ENCADREES

|                                                                                                                                                          |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Encadré n°1</b> : Observation sur l'admission d'une patiente souffrante d'une éclampsie .....                                                         | 54  |
| <b>Encadré n°2</b> : Observation de l'admission d'une parturiente en salle d'accouchement.....                                                           | 60  |
| <b>Encadré n°3</b> : Observation d'une admission en urgence pour césarienne pour rupture utérine<br>sur utérus cicatricielle.....                        | 69  |
| <b>Encadré n°4</b> : Observations sur césarienne suivie d'un décès maternelle .....                                                                      | 71  |
| <b>Encadré n°5</b> : observation sur le refus d'une parturiente de pousser le bébé demandant une<br>césarienne ayant entraîné une souffrance fœtale..... | 81  |
| <b>Encadré n°6</b> : observations sur une supplication pour une césarienne .....                                                                         | 83  |
| <b>Encadré n°7</b> : observation sur la réaction d'une parturiente lors de l'annonce d'une<br>césarienne .....                                           | 100 |
| <b>Encadré n°8</b> : observation sur la réaction d'un soulagement d'une parturiente suite à<br>l'annonce d'une césarienne .....                          | 111 |
| <b>Encadré n°9</b> : Observation sur une pression exercée par le médecin pour le consentement<br>d'une parturiente pour la césarienne : .....            | 122 |
| <b>Encadré n°10</b> : observation sur une demande de sortie exigé suite à l'annonce de la<br>césarienne .....                                            | 128 |
| <b>Encadré n°11</b> : Observation d'une parturiente en salle post opératoire .....                                                                       | 135 |
| <b>Encadré n°12</b> : observation en suite de couche sur une scène entre une garde malade et une<br>infirmière .....                                     | 136 |

## SIGLES ET ACRONYMES

|                 |                                                                                      |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>ACOG</b>     | : American College of Obstetricians and Gynecologists                                |
| <b>AGOG</b>     | : Association des Gynécologues Obstétriciens du Cameroun                             |
| <b>AJOL</b>     | : African Journal Online                                                             |
| <b>ASS</b>      | : Afrique au Sud du Sahara                                                           |
| <b>AVAC</b>     | : Accouchement Vaginal Après Césarienne                                              |
| <b>BDCF</b>     | : Bruit Du Cœur Fœtal                                                                |
| <b>C2D</b>      | : Contrat de Désendettement et de Développement                                      |
| <b>CARMMA</b>   | : Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique |
| <b>CHU</b>      | : Centre Hospitalier Universitaire                                                   |
| <b>CPN</b>      | : Consultations Périnatales                                                          |
| <b>CPPSA</b>    | : Cercle Philo-Psycho-Socio-Anthropologie                                            |
| <b>CS</b>       | : Chèque Santé                                                                       |
| <b>DAMA</b>     | : Discharge Against Medical Advice (Sortie contre avis médical)                      |
| <b>EFNR</b>     | : État Fœtal Non Rassurant                                                           |
| <b>FALSH</b>    | : Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines                                     |
| <b>FIGO</b>     | : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique                          |
| <b>FMSB</b>     | : Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales                                   |
| <b>HCY</b>      | : Hôpital Central de Yaoundé                                                         |
| <b>HGOPY</b>    | : Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé                               |
| <b>HGY</b>      | : Hôpital Général de Yaoundé                                                         |
| <b>MGF</b>      | : Mutilation Génitale Féminine                                                       |
| <b>MINSANTE</b> | : Ministère de la Santé Publique                                                     |
| <b>NICE</b>     | : National Institute for Health and Care Excellence (UK)                             |
| <b>NU</b>       | : Nations Unies                                                                      |
| <b>ODD</b>      | : Objectif de Développement Durable                                                  |
| <b>OMD</b>      | : Objectifs Millénaires Du Développement                                             |
| <b>OMS</b>      | : Organisation Mondiale de la Santé                                                  |
| <b>RCOG</b>     | : Royal College of Obstetricians and Gynaecologists                                  |

|               |                                                                                                   |
|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SOGC</b>   | : Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada                                           |
| <b>UCAC</b>   | : Université Catholique d’Afrique Centrale                                                        |
| <b>UNFPA</b>  | : Fonds des Nations Unies pour la Population (United Nations Population Fund)                     |
| <b>UNICEF</b> | : Fonds des Nations Unies pour l’Enfance (United Nations International Children’s Emergency Fund) |

## INTRODUCTION GÉNÉRALE

## I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Depuis les années 1985, la communauté internationale de la santé considérait que le taux normal de la césarienne était estimé entre 10% et 15%<sup>1</sup>. Depuis son apparition, l'objectif première de cette intervention chirurgicale était d'assurer la vie de la mère et ou celle de son enfant et de prévenir efficacement la mortalité, la morbidité maternelle et périnatale. Cependant depuis la médicalisation de l'accouchement, il y a une utilisation abusive de cette intervention qui est devenu de plus en plus courant dans les pays développés tout comme dans les pays en voie de développement<sup>2</sup>. D'après L'EXPRESS et AFP 2018<sup>3</sup>, les césariennes concernent plus de 20 % des accouchements dans le monde alors que le taux de césarienne nécessaire pour des raisons médicales et estimé entre 10 et 15 %<sup>4</sup>. Les pays d'Amérique latine et les Caraïbes dépassent 40% de césariennes quant à l'Amérique du Nord est à 32 %. Docteur Arnould Pfersdorff, un pédiatre réanimateur français partage en novembre 2016 dans pédiatrie online sur le record des accouchements par césarienne aux États-Unis. En 2007, le taux de césarienne avait atteint 4 million soit 32 % de naissance soit une hausse de 71 % par rapport à 1996 et 53 % par rapport au nombre de naissance. En 2016 ce taux demeure aux alentours de 35 %. Les femmes de tout âge sont concernées mais c'est surtout chez les moins de 25 ans que le nombre de l'accouchement par césarienne augmente<sup>5</sup>. Au Brésil, dont la population équivaut à la somme des populations allemande, Française et espagnole, les taux sont au-dessus de 50%<sup>6</sup>. Bien sûr, on observe des différences Entre les grandes villes et les zones rurales, entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés, mais ce type d'accouchement est devenu une véritable mode dans ces pays<sup>7</sup>.

Dans les hôpitaux privés des grandes villes comme Sao Paulo et Rio, quatre bébés sur cinq naissent par voie haute, soit environ 80%<sup>8</sup>. Dans certaines cliniques, l'accouchement par césarienne est la règle, à moins que la femme n'ait manifesté le désir d'essayer l'accouchement

---

<sup>1</sup><https://www.who.int/fr/news-room/commentaries/detail/as-who-turns-75--let-s-prescribe-science--solutions-and-solidarity-for-our-future-health>

<sup>2</sup> OMS, déclaration de l'OMS sur le taux de césarienne WHO/RHR/15.2, <https://www.WHO.int/fr/publication-details/WHO-RHR-15.02>

<sup>3</sup>[https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes\\_2039557](https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes_2039557).

<sup>4</sup>[https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes\\_2039557.html](https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes_2039557.html)

<sup>5</sup>[https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes\\_2039557](https://www.lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes_2039557).

<sup>6</sup>[https://www.liberation.fr/planete/2015/11/25/les-bresiliennes-championnes-du-monde-de-la-cesarienne\\_1416144](https://www.liberation.fr/planete/2015/11/25/les-bresiliennes-championnes-du-monde-de-la-cesarienne_1416144)

<sup>7</sup> <https://www.popmoms.fr>

<sup>8</sup> Waniez, Philippe et al, L'abus du recours à la césarienne au Brésil : Dimensions géographiques d'une aberration médicale. Santé : Cahiers d'Etudes et de Recherche Francophones, 2006.

par voie basse. Mais la peur de ne pas bénéficier des meilleurs soins pousse les femmes, même dans les classes pauvres, à préférer la césarienne. Dans les Hôpitaux publics, les taux de césariennes sont habituellement de 40%. Les pratiques et les statistiques ne sont guère différentes dans d'autres grandes villes latino-Américaines, telles que Mexico ou Santiago<sup>9</sup>.

En Europe occidentale, l'accouchement par césarienne se situe dans la moyenne avec 26,9 % de naissance. D'après site internet Top Santé 2015<sup>10</sup>, la moyenne des accouchements par césarienne est d'environ 25 % ce qui est bien loin de 15 % d'accouchement par césarienne recommandé par l'OMS. En Islande, elle est de 14,8 % contre 16,8 % en Finlande<sup>11</sup> et respectivement les Pays-Bas et Norvège 17 et 17,1 % d'accouchement par césarienne, la Suède avec un taux de 17,5%. Au sud et à l'est de l'Europe, on compte ainsi 36,3 % cas de césarienne. Au Portugal et en Roumanie, on a 36,9 % et en Italie, 38 %, sur 52,2 % et en France 21 %<sup>12</sup>.

En Asie, le recours aux accouchements par césarienne a augmenté en moyenne de 6 % par an grimant de 7,2 % à 18,1 % de naissance entre 2000 et 2015<sup>13</sup>. En Chine, 8 millions de bébé sont nés par césarienne. Le taux de césarienne en Chine explose avec le développement économique du pays qui passe de 3% à 1988 à 39 % en 2008 et à 52 %, 2 ans plus tard en milieu urbain. En 2010, le taux se situait à 57 % à Shanghai enregistré 107330 naissances par césarienne<sup>14</sup>.

En Afrique subsaharienne, seul 4,1 % des accouchements sont effectués par césarienne. Selon l'OMS en 2013, les taux d'accouchement par césarienne sont très faibles probablement à cause du manque d'accès à un tel acte chirurgical. D'après le Figaro<sup>15</sup> santé 2010, dans de nombreux pays africains, la part de naissance par césarienne demeure très basse de l'ordre de 2 à 4 % paradoxalement alors que nombreux pays cherchent à réduire le taux d'accouchement par césarienne, en Afrique, le taux ne fait que grimper Le taux de césarienne n'a pas évolué pendant presque deux décennies, puis a augmenté au début des années 2000, notamment dans les pays qui avaient initiés des politiques de subvention des soins obstétricaux. Leur objectif

---

<sup>9</sup> Alexandra Bouchard, «*Le féminin à l'épreuve de l'accouchement : le cas des césariennes sur demande maternelle*», Psychologie. Université Sorbonne Paris, 2018.

<sup>10</sup><https://www.topsante.com/maman-et-enfant/accouchement/cesarienne/epidemie-de-cesariennes-dans-le-monde-628629>

<sup>11</sup>[https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/03/11/les-cesariennes-trop-frequentes-dans-certains-pays-europeens\\_4591207\\_1651302](https://www.lemonde.fr/sante/article/2015/03/11/les-cesariennes-trop-frequentes-dans-certains-pays-europeens_4591207_1651302)

<sup>12</sup> Césariennes, dans Health at a Glance 2019 : OECD Indicators, Éditions OCDE, Paris.

DOI : <https://doi.org/10.1787/824731c8-fr>

<sup>13</sup> <https://www.20min.ch/fr/story/une-epidemie-de-cesariennes-dans-le-monde-739184611967>

<sup>14</sup><https://www.ouest-france.fr/sante/cesarienne-des-gynecologues-mettent-en-garde-contre-une-epidemie-6014565>.

<sup>15</sup> Le Figaro santé.fr, le nombre de césarienne a doublé dans le monde, Consulter le 6 décembre 2022

était de lever la barrière financière pour faciliter l'accès aux services de santé reproductive et à la césarienne en particulier. Les femmes enceintes continuent à payer pour se faire soigner, mais elles sont en partie ou totalement exemptées du paiement de la césarienne si cette intervention est nécessaire.

Au Mali et au Sénégal, par exemple, les politiques de subvention totale de la césarienne par l'État ont été initiées en 2005 et 2006. Le taux de césarienne est passé de 1,7 % en 2006 à 2,9 % en 2012-2013 au Mali, et de 3,5 % en 2005 à 5,3 % en 2016 au Sénégal. Au Burkina Faso où la césarienne est subventionnée à 80 % depuis 2006, le taux de césarienne a augmenté de 0,7 % en 2003 à 3,7 % en 2015. Le taux de césarienne reste toutefois inférieur à 10 % dans tous les pays d'Afrique centrale et de l'Ouest, et de fortes inégalités d'accès à la césarienne persistent au sein de ces pays. Parmi les 20 % de femmes les plus pauvres, les césariennes représentent moins de 1 % des naissances dans la plupart des pays<sup>16</sup>.

Face à ces données, le Cameroun n'est pas en reste. En effet, dans une étude menée, 2330 accouchements ont été enregistrés dont 1840 à l'HCY avec 343 (18,64%) cas de césariennes et 493 à l'HGY avec 117 (23,73%) cas de césariennes. Au total 460 (19,74%) cas de césariennes avaient été réalisées pendant la période de cette étude de six mois allant du 1er avril 2012 au 30 septembre 2012 dans les services de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital Général de Yaoundé (HGY) et de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY) qui sont parmi les hôpitaux universitaires de référence de la ville de Yaoundé<sup>17</sup>. D'autres études s'étant déroulées d'Octobre à l'HGOPY avaient relevé tous les dossiers des cas de césarienne réalisée du 1er janvier au 31 décembre des années 2007 et 2017. Les données sociodémographiques, cliniques des patientes ont été comparées avec un seuil de significativité à 0,05. Entre 2007 et 2017, le taux de césarienne a augmenté de manière significative de 8,6%, passant de 21,0% (445/2167) à 29,6% (812/2739) des accouchements respectivement avec une prévalence élevée de césarienne d'urgence représentant environ 68% des cas<sup>18</sup>.

Une autre étude menée par Nguefack et *al* de Janvier 2000 à Décembre 2007 à l'Hôpital General de Douala montre au total que 891 patientes ont accouchées par césarienne sur un total

---

<sup>16</sup> Alexandre Dumont, Christophe Zacharie Guilmoto, Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne, Population et Société, 2020 vol 9, n°581, p.1 à 4.

<sup>17</sup> Jean Dupont et *al*, Complications maternelle précoce de la césarienne : A propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun, département de gynécologie-obstétrique, faculté de sciences biomédicales, université de Yaoundé I, Cameroun, service d'anesthésie, réanimation, hôpital général de Yaoundé, Yaoundé Cameroun, Journal médical panafricain, 2015 n°21, p.265.

<sup>18</sup> Essiben Félix et *al*, (2020). La Césarienne en Milieu à Ressources Limitées : Évolution de la Fréquence, des Indications et du Pronostic à Dix Ans d'Intervalle. *Health sciences and disease*, vol 21 n°2 .Retrieved <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1771>

de 6722 accouchements (13,25%). Seuls 653 dossiers remplissant les critères d'inclusion ont été retenus. L'âge moyen des patientes était de 31,24 ans et les césariennes étaient réalisées en urgence dans 59,72% des cas<sup>19</sup>. C'est face à ces indications sur la césarienne que s'est constitué notre thème

Une autre raison fondamentale qui motive le choix de ce thème repose sur l'observation d'une augmentation notable de la pratique de la césarienne dans une ville urbaine comme Yaoundé. Ce phénomène, attesté par des données chiffrées aux niveaux national et international, constitue un signal d'alerte qui suscite des interrogations cruciales. D'ailleurs, à travers des recherches approfondies, « *Si on regarde les courbes africaines à l'aune de cette progression mondiale, on risque fort d'y aboutir à la même épidémie de césariennes qu'ailleurs d'ici quinze ans* »<sup>20</sup>, diagnostique Alexandre Dumont. Ces projections inquiètent non seulement les professionnels de santé, mais également les sociologues et les décideurs, car elles soulèvent des enjeux liés à l'accès équitable aux soins, à l'éthique médicale et aux perceptions socioculturelles de cette intervention. Cette problématique s'avère d'autant plus pertinente dans un contexte urbain où les facteurs sociaux, économiques et médicaux convergent pour influencer cette pratique en constante progression. À travers ce travail, il s'agit de répondre à cet appel en explorant de manière critique et scientifique les causes, les implications et les perceptions autour de l'expansion de la césarienne.

Ensuite, en examinant les travaux existants, il apparaît que l'augmentation de la césarienne, bien qu'étant un phénomène croissant dans de nombreux contextes, a été principalement abordé sous l'angle médical et biomédical. Les études se concentrent généralement sur les indications cliniques, les protocoles et les impacts physiologiques, laissant peu de place à une analyse sociologique approfondie. Pourtant, la césarienne, en tant que pratique obstétricale, ne peut être pleinement comprise sans considérer les représentations sociales, les dynamiques culturelles et les enjeux économiques qui l'entourent. La rareté des réflexions sociologiques sur ce sujet laisse un vide dans la littérature scientifique, notamment en ce qui concerne la manière dont les patientes, leurs familles, et les soignants perçoivent et vivent cette intervention.

Enfin, ce thème s'inspire d'une observation à l'Hôpital Central, où une femme ayant accouché naturellement de ses quatre premiers enfants a dû subir une césarienne imprévue

---

<sup>19</sup> Tchente Nguefack Charlotte et al, L'accouchement par césarienne à l'Hôpital General de Douala, Revue de Médecine et de Pharmacie / Vol. 2 n° 2, 2012.

<sup>20</sup><https://www.lemonde.fr/afrique/article/2020/09/22/en-afrique-les-accouchements-par-cesarienne-progressent>.

pour le cinquième, suscitant des inquiétudes financières et la peur de l'intervention. D'autres femmes dans la salle post-opératoire dénonçaient également le coût élevé et soupçonnaient des motivations économiques des médecins. Cette situation met en lumière les tensions entre impératifs médicaux, perceptions des patientes et enjeux économiques, justifiant une analyse approfondie de cette pratique.

## **II- PROBLÈME**

L'accès aux soins obstétricaux au Cameroun représente un paradoxe majeur, où malgré les efforts gouvernementaux et non gouvernementaux pour améliorer la situation, les césariennes continuent d'augmenter. D'une part, des initiatives comme le programme de Chèque Santé visent à réduire les coûts des soins obstétricaux, facilitant ainsi l'accès à des interventions essentielles, d'autre part, les données montrent une hausse significative des césariennes dans les hôpitaux urbains. Des initiatives comme le Chèque Santé<sup>21</sup>, financé par des partenaires internationaux, permettent une prise en charge complète et gratuite des femmes enceintes, réduisant ainsi la mortalité dans des régions comme l'Adamaoua. Ce programme est renforcé par le Financement Basé sur la Performance, qui motive les établissements de santé à offrir des services de qualité et à surveiller le recours approprié aux césariennes.

En parallèle, la distribution de kits obstétricaux, les programmes de sensibilisation pour promouvoir l'accouchement vaginal lorsque possible, et la formation continue des personnels de santé contribuent à améliorer la qualité des soins, en particulier dans les zones rurales où les complications sont fréquentes<sup>22</sup>. D'autres initiatives visent à limiter les taux de césariennes, notamment celles qui ne sont pas médicalement justifiées. Le gouvernement, à travers le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR)<sup>23</sup>, met en œuvre des stratégies promouvant les accouchements par voie basse tout en réduisant les césariennes inutiles. Ces mesures incluent l'élaboration de directives pour les hôpitaux publics et privés afin d'encourager des pratiques obstétricales conformes aux normes. Cette approche s'inscrit dans un cadre global visant à améliorer les soins maternels et infantiles avec des organisations internationales. Par ailleurs organisations telles que l'UNICEF et l'OMS collaborent avec le gouvernement camerounais pour renforcer les capacités des structures hospitalières et améliorer les services prénatux. Ces efforts visent à réduire les complications nécessitant une césarienne,

---

<sup>21</sup> CEPED. (2024). Évaluation d'impact du Chèque Santé au Cameroun. [En ligne consulté le 25 Novembre 2024].

<sup>22</sup> CNRS. (2020). Le chèque santé : une voie pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Cameroun ? [En ligne] Disponible sur : CNRS.Info, Consulté le 25 Novembre 2024

<sup>23</sup>Ministère de la Santé Publique du Cameroun (MINSANTE) : <https://minsante.cm>

en mettant l'accent sur des soins prénataux de qualité. Dans ce contexte, le réseau Healthy Newborn Network<sup>24</sup> promeut des approches fondées sur des preuves, s'appuyant sur les recommandations de la FIGO pour limiter les césariennes inutiles, en particulier en Afrique subsaharienne où les disparités persistent.

De plus, certaines ONG locales sensibilisent les femmes enceintes à l'importance des visites prénatales et de l'accouchement dans des structures médicalisées<sup>25</sup>. Ces programmes visent à prévenir les urgences obstétricales et à renforcer les capacités des centres de santé communautaires, réduisant ainsi les transferts d'urgence vers des hôpitaux où les césariennes sont fréquentes. Cette éducation communautaire contribue également à la prévention des complications obstétricales grâce à une meilleure préparation des patientes.

Malgré ces efforts, les taux de césarienne continuent d'augmenter. Les facteurs incluent des contraintes socio-économiques, des infrastructures insuffisantes dans les zones périphériques, et une demande croissante de patientes, influencées par des perceptions de sécurité pour les patientes et leurs enfants ou de commodité associées à la césarienne.

Or le taux de mortalité maternelle après une césarienne en Afrique est alarmant. Selon une vaste étude menée dans 22 pays africains et publiée dans *The Lancet Global Health* que le taux de mortalité en Afrique est environ 50 fois plus élevé que dans les pays à revenus élevés, avec une mortalité d'environ 5,43 pour 1000 opérations contre 0,1 pour 1000 au Royaume-Uni<sup>26</sup>. Selon Bruce Bickard<sup>27</sup>, beaucoup meurent d'une césarienne et même par voie basse en Afrique, en raison de facteurs tels que le manque d'accès à la chirurgie et les ressources humaines limitées pour gérer la procédure. Les saignements sévères pendant ou après la chirurgie sont fréquents, augmentant le risque de décès. Les femmes africaines présentent près de trois fois plus de complications chirurgicales que leurs homologues américaines<sup>28</sup>. Les infections post-opératoires sont courantes, souvent dues à des conditions d'hygiène insuffisantes dans les hôpitaux, ce qui peut entraîner des complications graves pour la mère et l'enfant<sup>29</sup>. Les risques liés à l'anesthésie, tels que l'hypotension artérielle ou des réactions

---

<sup>24</sup> Healthy Newborn Network : <https://www.healthynewbornnetwork.org>

<sup>25</sup> Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : <https://www.who.int>

<sup>26</sup> <https://www.lemonde.fr>

<sup>27</sup> Bruce Michael Bickard et al, maternal and neonatal outcomes after cesarean delivery in the african surgical outcomes study : a 7 days prospective observations cohort study, Lancet Global Health, April 2019, disponible sur <https://www.scidev.net>

<sup>28</sup> <https://sante.lefigaro.fr>

<sup>29</sup> Kassem Nagham, Accouchement par césarienne : des complications que la mère et l'enfant peuvent connaître à vie, BBC News Arabic, 2022 disponible sur <https://www.bbc.com>

indésirables, sont plus fréquents en raison du manque de personnel qualifié et de l'équipement médical approprié<sup>30</sup>.

De plus, la césarienne expose à un risque environ de 50% à une nouvelle césarienne lors du prochain accouchement. Chez les femmes nullipares ou multipares césarisées on observe une baisse de la fécondité ultérieure<sup>31</sup>. Ce risque augmente en fonction du nombre de cicatrice utérine. L'accouchement par césarienne semble également être lié à un risque accru d'apparition de « **placenta prævia** » avec également de nombreuses complications hémorragiques qui lui sont imputables. Parmi ces dernières, il faut signaler l'augmentation du risque de « **placenta acreta** » nécessitant parfois une hystérectomie en urgence<sup>32</sup>. D'autres études ont en outre incriminé la césarienne dans l'augmentation du risque de grossesse extra-utérine et d'hématome rétro placentaire<sup>33</sup>. Cette intervention chirurgicale vise à sauver des vies mais comprends certains risques autant pour la mère que celui du bébé. Parlant de ces complications maternelles, nous avons des complications post-opératoires, des complications infectieuses qui sont les plus nombreuses allant de 30 à 40 % des césariennes selon la littérature<sup>34</sup>. De plus les troubles respiratoires, la détresse respiratoire, les complications infectieuses, les lésions traumatiques représentées par la paralysie du plexus brachial, la fracture de l'humérus, la fracture du fémur, le décès du nouveau-né<sup>35</sup>. Plus rarement, on observe des démangeaisons de la peau liées à certains médicaments utilisés pour prévenir la douleur, voire des hémorragies tardives au niveau de l'utérus de la mère qui sont des urgences médicales<sup>36</sup>. Malgré les progrès médicaux et les politiques publiques visant à améliorer l'accès aux soins obstétricaux et éviter la césarienne et en même temps avoir accès à la césarienne dans les hôpitaux publics camerounais, cette intervention chirurgicale continue de susciter des résistances, des peurs et des représentations ambivalentes chez les femmes. Certaines y voient

---

<sup>30</sup> Khaled Trabelsi et al, complications maternelles per opératoire de la césarienne : à propos de 1404 cas, *J.I. M. Sfax*, n°11/12 Juin 2006-Décembre 2006, p.33 – 38

<sup>31</sup>Torrielli Renato, *Anesthésie générale pour césarienne en urgence : les règles d'or*, 2010. Pdf, [www.jepu.net/pdf/2003-03-15.pdf](http://www.jepu.net/pdf/2003-03-15.pdf)

<sup>32</sup> Nicolas Chaillet, Césarienne et risques associés. CHU Sainte-Justine. Chercheur associé au GRIS, Université de Montréal (Canada), 2008

<sup>33</sup> Hemminki Kirsti Elina, Juho Meriläinen, Effect of caesarean sections : ectopic pregnancies and placental problems, *American Journal of Obstetrics Gynecology*, Volume 174 , Mai 1998n° 5, p. 1569-1574.

<sup>34</sup> Chilla Nadjate, «*Enquête sur l'importance et les facteurs de risque de césarienne au niveau de l'EPH. De Khemis-Miliana*», mémoire de master, Université Djilali Bounaama de Khemis-Miliana, Faculté des Science de la nature et de la vie et des sciences de la terre, Spécialité : Physiologie Cellulaire et Physiopathologie Département de Biologie 2019-2020.

<sup>35</sup> Coulibaly Aboubacar, « *Analyse des indications de césarienne chez les femmes à faible risque au Burkina Faso* », thèse de doctorat en médecine, Université de Ouagadougou, Burkina Faso 2012.

<sup>36</sup> Guyard Boileau Béatrice, *les infections après l'accouchement*, kinésithérapeute, CIMADE, Paris, 14 février 2002 <https://devsante.org/articles/les-infections-apres-l-accouchement>

un acte salvateur, tandis que d'autres la perçoivent comme une violence symbolique, une preuve d'échec ou un risque pour leur avenir reproductif et conjugal. Cette ambiguïté se manifeste dans les choix des femmes, les décisions médicales, et les tensions entre logique biomédicale et attentes socioculturelles. Dans ce contexte, comment comprendre la progression du recours à la césarienne dans les maternités publiques de Yaoundé, alors même que subsistent des formes de méfiance, de rejet ou d'évitement de cette pratique ?

### **III- PROBLEMATIQUE**

La problématique est définie comme « *la recherche ou l'identification de ce qui pose problème* »<sup>37</sup>. Elle consiste pour le chercheur à poser un regard dans le passé avec pour but de prendre connaissance des différents points de vue déjà développé et mis en relief par les chercheurs qui ont eu à développer la thématique abordée.

Les recherches sur l'accouchement en milieu hospitalier sont particulièrement diversifiées et ont exploré de multiples dimensions, notamment celles liées à l'accouchement par césarienne. À cet égard, nous examinerons successivement les travaux existants dans les domaines de la médecine, de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie. Ces études couvrent divers aspects que nous présenterons comme suit :

#### **III.1- Prise en charge des accouchements et violences obstétricales dans les systèmes sanitaires publics**

Les villes capitales en Afrique concentrent, pour la plupart, d'importants services de maternité dits de référence, ces derniers, observés à travers la littérature et les représentations socialement construites par les femmes, perdent progressivement leurs fonctions originelles et symboliques de prise en charge de qualité ou de référence. En effet dans des travaux Yves Bertrand Djouda<sup>38</sup>, à travers des enquêtes de terrain sur les trajectoires que certaines femmes adoptent sur le fait de ne pas avoir recours aux soins hospitaliers et préférant d'accoucher à domicile découle du fait que dans les services de maternité dits de référence qui devraient symboliser un cadre de vie, de naissance ou de renaissance, les femmes enceintes doivent

---

<sup>37</sup> Lawrence Olivier et al, *L'élaboration d'une problématique de recherche : sources, outils et méthodes*, Paris, L'Harmattan, 2005, P24.

<sup>38</sup> Yves Feudjo Bertrand Djouda, *logique d'acteurs et trajectoire sanitaires dans les villes capitales en Afrique : une compréhension socio anthropologique des accouchements à domicile à Yaoundé* in Sous la coordination de Mballa Elanga Edmond VII,(REJAC) *La Ville en Afrique noire : réalités d'aujourd'hui* (The city in Black Africa : today's realities) Actes de la première rencontre sous régionale du REJAC, du 26 au 28 mai 2015.

désormais faire face à des attitudes, pratiques violentes et discriminantes<sup>39</sup> entraînant parfois leur décès ou celui du bébé désiré. Ces femmes « d'en bas » y dénoncent des procédures de soins discriminatoires, inégalitaires, frustrantes, longues, violentes et décourageantes. À travers ses travaux, il montre comment les interactions entre soignants et soigné qui se basent pour la plupart sur des relations conflictuelles, de violence, les acteurs de soins semblent se prendre pour des experts qui dominent tout le processus d'accouchement et les protocoles associés, et s'attendent à ce que les parturientes s'y conforment sans obtempérer. Même lorsqu'ils voient une césarienne s'annoncer, au nom de l'urgence, les acteurs sage-femme ne procèdent pas toujours à un réel dialogue avec la parturiente. Les attentes prestataires-parturientes ne s'inscrivent donc pas dans un réel cadre productif. Manifestement, les sages-femmes ne comprennent pas toujours que les réponses au mouvement d'accouchement constituent un processus interactionnel impliquant des négociations qui peuvent ne pas se solder par une totale conformité des acteurs.

Une autre étude menée dans la ville de Douala<sup>40</sup> dans deux centres de santé notamment dans les maternités qui sont un théâtre où se tissent les liens entre parturientes et administrateurs de soins. En partant des observations sur les visites prénatales jusqu'à l'accouchement, cette étude révèle comment les femmes en quête de maternité subissent des violences de toutes sortes. L'on note ainsi des violences verbale, physique et parfois même économique de ces femmes qui se trouvent en pleine souffrance d'accouchement et qui de ce fait se doivent encore subir des insultes de femme dite accoucheuses<sup>41</sup>. Elle relève également les raisons pour lesquelles les femmes préfèrent des hommes accoucheurs plutôt que des femmes. Les maternités ainsi présentées peuvent être perçue comme un véritable lieu de calvaire pour ces femmes et leur entourage surtout pour celles qui doivent subir une césarienne. Elles en ressortent généralement avec des traumatismes psychologique et financières avec des factures très salées pour ces femmes et leurs membres qui parfois n'ont pas assez de moyens financiers pour couvrir les soins obstétricaux.

---

<sup>39</sup> Wogaing, Jeanette, « *Que vivent les parturientes en quête de maternité à Douala au Cameroun ?* », sous la direction de Nkoum, Benjamin Alexandre dans *Santé plurielle en Afrique. Perspective pluridisciplinaire*, Paris, L'Harmattan, 2011, Pp.175-194.

<sup>40</sup> Wogaing, Jeanette, *Idem*

<sup>41</sup> Keptchuime Kouahou Michèle Sunita, « *prise en charge des femmes enceintes et violences obstétricale dans les hôpitaux publiques de Yaoundé : formes, facteurs et implications dans la maternité d'Efoulan* », mémoire rédigé en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sociologie Département de Sociologie, FALSH, UY1, 2023.

### **III.2- La gestion de la césarienne par les politiques publiques**

La césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée pour assurer la naissance d'un enfant lorsque l'accouchement par voie basse présente des risques pour la mère ou l'enfant. Au Cameroun, la gestion des césariennes est un enjeu de santé publique majeur, en raison des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Les politiques publiques et les initiatives internationales, telles que la Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle en Afrique (CARMMA)<sup>42</sup>, qui jouent un rôle crucial dans la gestion et la réduction des complications liées à cette pratique. Plusieurs politiques nationales visent à garantir la prise en charge des femmes ayant besoin d'une césarienne, en particulier celles qui ne peuvent pas se permettre le coût d'une intervention non planifiée. Voici les principaux aspects : le Cameroun a mis en place une politique de santé maternelle qui encourage la césarienne pour prévenir les complications graves lors de l'accouchement. Cette politique vise à réduire la mortalité maternelle en assurant que les femmes aient accès à des soins appropriés, y compris des césariennes lorsque cela est nécessaire<sup>43</sup>. Des kits d'accouchement au Cameroun et de césariennes ont été introduits pour faciliter l'accès aux soins. Ces kits sont disponibles à des prix réduits, permettant aux femmes, même celles à faible revenu, d'accéder à des soins obstétricaux de qualité<sup>44</sup>. Cela fait partie d'une stratégie plus large pour améliorer l'accessibilité des soins de santé maternelle<sup>45</sup>.

Par ailleurs, le lancement des projets comme le « chèque santé », qui vise à subventionner les coûts des soins obstétricaux, y compris les césariennes dans certaines régions du Cameroun, participent à l'effort du gouvernement et ses partenaires à venir à bout contre la mortalité maternelle et néonatal. Le chèque santé (CS), dans les trois régions du septentrion, proposé aux femmes enceintes par les établissements de santé accrédités, inclut l'accès à au moins quatre consultations prénatales (CPN) durant la grossesse, aux soins préventifs administrés lors des CPN (traitement préventif contre le paludisme, l'hypertension, l'anémie, etc.) et à l'accouchement simple ou avec césarienne, si nécessaire dans la formation sanitaire

---

<sup>42</sup>Rapport de la cérémonie de lancement de la CARMMA au Cameroun, UNFPA, 2010.

<sup>43</sup> MINSANTE, Stratégies Sectorielle De Sante 2016-2027

<sup>44</sup> UNFPA Cameroun ,2014

<sup>45</sup> <https://sciencesdecheznous.com>

accréditée<sup>46</sup>, au suivi postnatal jusqu'à 42 jours après l'accouchement, pour un montant forfaitaire de 6 000 francs CFA (~10 €)<sup>47</sup>.

Aussi, des campagnes de sensibilisation sont menées pour informer les femmes sur leurs droits à des soins de santé appropriés, y compris la césarienne. Cela inclut des efforts pour éduquer les femmes sur l'importance des consultations prénatales et de l'accouchement dans des établissements de santé afin de réduire les accouchements à domicile<sup>48</sup>. Le taux d'accouchements assistés par un personnel qualifié a progressé, atteignant ainsi 64,7% en 2014, contre 61,8% en 2011. Ce changement est attribué à des initiatives comme la formation continue des sages-femmes et le renforcement des infrastructures de santé<sup>49</sup>. Cependant, des disparités régionales persistent, avec des taux variant de 99% dans l'Ouest à 65% dans le Nord<sup>50</sup>.

### **III.3- Représentations de l'accouchement par voie basse et ses douleurs**

Béatrice Jacques, dans son ouvrage *Sociologie de l'accouchement*, explore l'expérience de la maternité à travers une enquête approfondie, incluant des entretiens avec 70 femmes et 36 soignants. Elle analyse la médicalisation de l'accouchement, les rôles des sages-femmes et des obstétriciens, et les attentes sociales pesant sur les futures mères. Jacques met en lumière la tension entre les pratiques médicales et les approches plus physiologiques, comme l'accouchement à domicile, tout en soulignant l'importance de la parole des femmes dans ce processus<sup>51</sup>, effet elle essaie à travers ses travaux de montrer comment les représentations sociales de la maternité et les mutations auxquelles les femmes font face sont dus à la dynamique et aux différentes perceptions et représentation sociale de la maternité.

De plus la sociologue Marilène Vuille a tenté de comprendre pourquoi certaines douleurs suscitaient plus d'animosité ou au contraire plus de bienveillance que d'autres. Elle a travaillé sur la singularité de la douleur de l'accouchement et s'est interrogé sur son maintien dans une société algophobes comme la nôtre. En ce qui concerne plus particulièrement la douleur de l'accouchement, Marilène Vuille constate que le discours social dominant sur la

---

<sup>46</sup> Les établissements accrédités pour le CS sont des établissements dont l'organisation des soins et le plateau technique ont été renforcés afin d'assurer des soins maternels de qualité.

<sup>47</sup> Amougou Gérard, Oyane, Victorine, « Le programme de chèque Santé appliqué dans les régions du septentrion camerounais. Entre vision globale et logiques locales », Face à face [En ligne], n°16 | 2020, mis en ligne le 11 octobre 2020, consulté le 27 juillet 2024.

<sup>48</sup> <https://cameroon.unfpa.org>

<sup>49</sup> Rapport annuel 2022 Cameroun [https://cameroon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa\\_cameroun\\_rapport\\_annuel\\_2022-fr.pdf](https://cameroon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_cameroun_rapport_annuel_2022-fr.pdf)

<sup>50</sup> République du Cameroun – Global Financing Facility [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Cameroon\\_GFF\\_Investment\\_Case\\_Fr.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Cameroon_GFF_Investment_Case_Fr.pdf)

<sup>51</sup> Béatrice Jacques, *sociologie de l'accouchement*, presse universitaire de France, 2007.

douleur qui lui est attachée est véhiculé par les personnes qui n'ont pas vécu l'expérience, à savoir les obstétriciens qui, écrit-elle, « *sont des acteurs qui de tout évidence, jouissent de plus de crédit que les mères et qui, écrit-elle, contribuent à construire l'accouchement comme dangereux et risqué* »<sup>52</sup>. Elle fait l'hypothèse selon laquelle les douleurs de l'accouchement non seulement perdurent mais en plus ne sont pas valorisées socialement car elles ne concernent qu'un seul sexe, et que l'accouchement constitue en lui-même un événement marquant la différence des sexes : « *une explication partielle réside sans doute dans le fait que ces douleurs sont l'apanage d'un seul sexe et adviennent dans le cadre de l'événement qui différencierait le plus les sexes* »<sup>53</sup>. Enfin, elle s'interroge sur l'origine du maintien de la douleur de l'accouchement en dépit des possibilités d'anesthésie et s'étonne du paradoxe qui l'entoure. D'un côté, il est mal vu de se glorifier des souffrances endurées lors d'un accouchement et de l'autre, souffrir lors de l'accouchement est encore perçu comme une nécessité. L'accouchement vaginal est souvent perçu comme une norme sociale, valorisé pour ses implications sur la santé maternelle et infantile. Ce mode d'accouchement est généralement favorisé pour sa sécurité, son coût moindre par rapport à la césarienne, et son rôle dans le lien mère-enfant. Les attentes culturelles et sociales renforcent cette norme, où l'accouchement vaginal est souvent associé à une expérience positive de la maternité. Cependant, des facteurs comme la médicalisation croissante et les interventions obstétricales peuvent influencer cette perception, entraînant des débats sur le respect des choix des femmes et la nécessité d'accouchements par césarienne dans certains cas<sup>54</sup>.

Dans les résultats de sa recherche elle émet trois hypothèses concernant le maintien, l'attachement de certaines femmes à la douleur de l'accouchement. La première est que la douleur serait le dernier « *élément naturel* » dont les femmes pourraient se prévaloir dans le processus de l'accouchement. Les femmes se fiant aux compétences des accoucheurs auraient accepté la mainmise des accoucheurs sur l'enfantement : « *On assiste à une éviction des femmes en tant qu'actrices et sujets de leurs accouchements. (...) les parturientes ne sont plus que les objets de l'accouchement, et leur corps un lieu d'action conduite par autrui. Elles n'en restent cependant pas moins le sujet... de la douleur* »<sup>55</sup>. La seconde hypothèse est que ressentir la douleur aiderait à marquer un passage : « *les douleurs de l'accouchement ne sont peut-être pas*

---

<sup>52</sup> Vuille Milrilène *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne : Antipodes.1998, P86.

<sup>53</sup> Vuille Milrilène, idem P.49

<sup>54</sup> Julie Suzanne Moldenhauer, MD, Children's Hospital of Philadelphia, Prise en charge de l'accouchement vaginal spontané, le Manuel MSD, 2024

<sup>55</sup> Vuille Milrilène *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne : Antipodes.1998, p.129

*une nécessité absolue mais elle aide à marquer le passage»*<sup>56</sup>. De quel passage s'agit-il ? Pour Vuille tout se passe comme si la souffrance faisait accéder les femmes à la communauté des mères, des vraies mères, c'est-à-dire de celles « qui l'on senti passer ». La douleur de l'accouchement viendrait, et c'est la troisième hypothèse, non pas de « *l'expiation d'une faute originelle commise (...) non pas contre Dieu mais contre les Hommes : celle de détenir le pouvoir de porter et de donner la vie. La douleur serait alors la rançon du pouvoir biologique* »<sup>57</sup>. Il y aurait donc l'idée d'un prix à payer.

Par ailleurs, Yves Bertrand Djouda<sup>58</sup> dans ses travaux étudie les déterminants du choix d'un accouchement à domicile à Yaoundé Cameroun. Il entend contribuer à une réflexion sociologique sur les trajectoires urbaines de santé maternelle en Afrique subsaharienne. A travers ses études il montre la trajectoire que certaines femmes en ville ont mise sur pied afin de ne pas avoir recours aux services sanitaires Public. La ville étant un lieu de référence en termes de service de maternité de référence perdent progressivement leurs fonctions originelles de prise en charge de qualité ou de référence. Les femmes y dénoncent des procédures de soins discriminatoires, inégalitaire, frustrant, longue violentes et décourageant qui font en sorte que l'hôpital est devenu un lieu d'exclusion. L'on observe ainsi que les pratiques de l'accouchement propre aux zones rurales se retrouvent en ville. Par ailleurs, ses études menées sur l'accouchement à domicile relèvent également des besoins sociaux familiales des femmes enceintes qui voudraient se sentir participative lors de leurs accouchements et de se sentir à l'aise chez soi, ce qui semble contradictoire avec la pratique de la césarienne qui nécessite obligatoirement une intervention dans une institution autre que sa maison afin de donner naissance à travers un type d'intervention spécifique compte tenu de la sensibilité, la complexité et la prise en charge de parturientes . Il relève également des facteurs liés aux contraintes financières en termes de qualité et de prix favorable au service public.

#### **III.4- Représentations de la pratique de la césarienne**

Camille Bras dans ses travaux souligne une pensée anthropologique sur le fait que la césarienne est confrontée à des cultures africaines. En effet, elle démontre que la césarienne constitue un danger dans les couples issus des foyers polygames et s'explique par le fait que

---

<sup>56</sup> Vuille Milrilène, idem p. 115

<sup>57</sup> Vuille Milrilène, idem p. 121

<sup>58</sup> Yves Feudjo Bertrand Djouda, *logique d'acteurs et trajectoire sanitaires dans les villes capitales en Afrique : une compréhension socio anthropologique des accouchements à domicile à Yaoundé* in Sous la coordination de Edmond VII MBALLA ELANGA (REJAC) *La Ville en Afrique noire : réalités d'aujourd'hui (The city in Black Africa: today's realities) Actes de la première rencontre sous régionale du REJAC*, du 26 au 28 mai 2015

une fois après avoir accouché par césarienne une fois, les femmes sont confrontés à l'idée que cela se répétera pour les accouchements ultérieurs. Cela peut aller à l'encontre l'épanouissement de la femme à travers maternité, ses nombreuses progénitures, et,

*Le projet marital du couple se voit effacer et la femme peut craindre, si elle est issue d'une famille polygame l'arrivée d'une seconde épouse. Dans le pire des cas, certaines femmes dont le sort est complètement entre les mains du conjoint Peuvent se voir répudiées, renvoyées au pays d'origine sans leurs enfants. La césarienne peut être ainsi vécue comme un drame familial mettant socialement en danger la femme. La perte d'un enfant peut être considéré comme moins grave que la limitation de naissances ultérieures.*<sup>59</sup>

Cette perception de la césarienne est plus confrontée dans les zones subsahariennes de l'Afrique notamment où la religion et les cultures traditionnelles connaissent une force motrice sur les individus. Dans une étude menée par 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, 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<sup>60</sup>.

Maria de Koninck<sup>61</sup> dans ses travaux émet l'idée d'une « *La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts* ». Le constat cette recherche menée auprès de femmes et de médecins sur l'expérience de la césarienne est donc que celle - ci devient un mode d'accouchement normal dans les mécanismes de l'interaction femmes – experts. Mais ces mécanismes ont aussi des fondements qui est la définition des rôles et à la construction dans laquelle on retrouve des objectifs poursuivis conjointement par les actrices et acteurs en présence. Ces objectifs découlent pour leur part d'une valeur qui s'avère centrale pour le changement orienté vers la normalisation de la pratique de la césarienne, ou alors un nouveau mode de contrôle des naissances grâce aux recours des sciences et techniques. Cette valeur cohérente avec une vision du monde dominante, est centrale depuis les premières interventions dans le domaine de l'obstétrique, la poursuite d'objectifs spécifiques ayant, selon les époques, précisé la nature du contrôle à exercer. A partir de ses recherches, elle a dégagée un paradigme du changement social dans le domaine de la reproduction humaine qui définit l'orientation du

---

<sup>59</sup>Bras Camille, «*Regard sur la césarienne, témoignage des femmes originaires d'Afrique subsaharienne mémoire en Gynécologie et obstétrique*», centre hospitalier universitaire de Rouen, département des sages femmes. 2011.

<sup>60</sup> Ezechi cité par International Journal of Medical and Health Research, Césarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo) : perceptions et vécu à Kasansa et à Tshilenge, ISSN:24549142, <https://www.medicalsciencejournal.com>, Volume 4; Issue 3; March 2018; p. 52-60

<sup>61</sup>De Koninck Maria, *La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts* Anthropologie et Sociétés, vol. 14, n° 1, 1990, p. 25-41.

changement comme obéissant à cette valeur de contrôle recherché, comme en témoigne la normalisation, la césarienne remet ainsi en cause l'expérience humaine de la maternité.

Abdoul Karim BALLO démontre également à travers une étude sur l'accouchement en contexte multi cicatriciel que malgré les innovations apportées aux techniques opératoire et anesthésique, à l'antibiothérapie, et l'asepsie afin d'offrir une sécurité maternelle per et post opératoire, à court et à long terme, ne sont pas exceptionnel et peuvent engendrer un pronostic vital. La césarienne participe à la diminution de la mortalité néonatale. La morbidité néonatale est liée à l'indication même de la césarienne. « *La morbidité néonatale est donc le reflet de la souffrance antérieure plutôt que celle dû à la césarienne* »<sup>62</sup>. Dans un contexte marqué d'une part par le désir croissant des praticiens de minimiser les risques de décès maternofoetaux, les conduisant à recourir à la césarienne dès l'apparition d'un facteur de risque de complications périnatales, et le désir des futures mamans de mettre au monde leur progéniture avec le minimum de risque grâce aux progrès considérables qui ont été réalisés dans les sciences de la santé et particulièrement en chirurgie et anesthésie-réanimation la césarienne est perçue comme facilement réalisable avec le minimum de risques.

### **III.5- Le vécu psychologique de la césarienne**

Les travaux sur le vécu de la césarienne par les parturientes révèlent des expériences variées. La césarienne est souvent perçue comme une rupture du processus naturel de l'accouchement, entraîne un sentiment de perte de contrôle et d'échec chez certaines femmes<sup>63</sup>. Les césariennes programmées peuvent offrir une préparation mentale, mais des vécus négatifs, peuvent surgir, notamment en cas d'urgence<sup>64</sup>. Les femmes expriment des craintes liées à la douleur et à la sécurité de leur enfant, ce qui influence leur désir d'accoucher par césarienne<sup>65</sup>. Des études qualitatives montrent également des différences culturelles dans la perception de cette intervention<sup>66</sup>. En effet, ne pas pouvoir donner naissance naturellement, peut se révéler fortement déstabilisant, dans l'intégration du rôle de mère et même dans la reconnaissance de sa féminité, ce qui risque d'entraver la relation mère bébé. Dans les travaux de Baraoui Farouk

---

<sup>62</sup> Ballo Abdel Karim, « *accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multi cicatricielle : aspect épidémiologique et pronostic maternofoetal à l'hôpital de Nianankoro Fomba de Ségou* », thèse de doctorat en médecine à la faculté de médecine, 2022.

<sup>63</sup> Della Rocca Charlotte, « *le vécu des femmes ayant accouché par voie basse sur utérus* », mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de sage femme, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Aix Marseille Université, 2023

<sup>64</sup> <https://www.psy-perinat.fr/naissance-et-accouchement-par-cesarienne>

<sup>65</sup> Sauvegrain Priscille, Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, vol 37, n°3, 2013.

<sup>66</sup> Kabongo Mag et al, Césarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo) : perceptions et vécu à Kasansa et à Tshilenge, *International Journal of Medical and Health Research*, vol 4 ; Issue 3 ; March 2018.

et Bouzid Wassila, ces derniers émettent une idée sur l'état psychologique des parturientes après césarienne grâce à une étude menée à la clinique Rameau Olivier<sup>67</sup>. En effet, Les réactions après une césarienne, varient d'une femme à une autre et dépendent de la vision que chacune a de la naissance. Elles sont liées à sa personnalité, au projet du couple et à de nombreux autres éléments d'ordre psychologique et social. L'expression de ces réactions est plus ou moins marquée et mesurable par l'équipe soignante. Au final, les femmes qui avaient bien vécu leur césarienne, avaient bien accueilli leur enfant on pourrait la qualifier de « *lumière au bout du tunnel* » selon l'expression de Clément Sarah<sup>68</sup> contrairement à d'autres qui présentaient des difficultés instaurer les premiers contacts avec leur bébé.

D'autres études menées par Tjek Biyaga sur les primipares ayant subi une césarienne d'urgence, fait état de leur état psychologique. Ainsi, lors de l'annonce de l'accouchement par césarienne, cela suscite un sentiment de choc chez certaines patientes qui n'avaient pas du tout prévu ce mode d'accouchement. . L'urgence financière crée un état de choc, de stress voire même de panique chez ces femmes et leurs familles, état qui n'est pas très souvent de bon pronostic pour l'intervention<sup>69</sup>. Dans d'autres recherches sur l'état psychologie, cette annonce émet un sentiment d'agressivité liée à un refus de la pathologie qui a constitué l'indication de la césarienne et sa prise en charge, sentiment de peur face au traitement ou incompréhension, agitation lors de l'intervention la déception, la honte, la colère le sentiment de culpabilité pour des raisons d'avoir raté le moment de naissance de leur enfant<sup>70</sup>. Les Femmes expriment parfois le regret de ne pas avoir expérimenté la douleur de l'enfantement. Certaines considèrent que l'accouchement par voie basse fait partie de la construction de L'identité féminine et maternelle<sup>71</sup>. Les femmes qui ont expérimentées la césarienne font état de davantage de stress pré- et postopératoire que les femmes ayant Accouché voie basse<sup>72</sup>. Enfin, elles sont nombreuses à considérer que l'accouchement vaginal est la norme et ont le sentiment de ne pas avoir accouché quand elles n'ont pas accouché par voie basse<sup>73</sup>. Cependant, certaines femmes

---

<sup>67</sup> Baraoui Farouk, Bouzid Wassila «*le vécu psychologique de l'accouchement des femmes par césarienne et l'accueil du bébé*», mémoire master 2 en psychologie clinique, université Abderrahmane Mira Bejaïa, département des sciences sociales 2013-2014

<sup>68</sup> Clement Sarah, *The cesarean experience*, London Pandora, 1995, P.272

<sup>69</sup> Tjek Biyaga, «*vécu des primipares ayant subi une césarienne en urgence : cas du service de la maternité de l'hôpital centrale de Yaoundé*», licence Sage femme, Université Catholique d'Afrique Cenntrale ,2017-2018

<sup>70</sup> Debraya Granger Boris, Azais Frédéric, *Psychologie de l'adulte*, Paris, Masson 2005. P.396,

<sup>71</sup> Brugeilles Carole, L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? Autrepart, vol 2, n°70, 2014, p. 143-164

<sup>72</sup> Lobe Marci, DeLuca Robyn Stein. ,Psychosocial sequelae of cesarean delivery : Review and Analysis of their causes and implications. Social Science & Medicine, vol 64, n° 11, juin 2007, pages 2272-2284, cité par Brugeilles Carole, L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? Autrepart, vol 2, n°70, 2014, p. 143-164.

<sup>73</sup> Lobel Marci, DeLuca, Robyn Stein(2007). Psychosocial sequelae of cesarean delivery : Review and

après avoir eu recours à la césarienne alors que celle-ci n'étaient pas a priori désirée gardent au contraire un vécu très positif de leur expérience : La césarienne leur a sauvé la vie ou celle de leur enfant, la césarienne leur a permis de vivre l'accouchement selon leur souhait, sans angoisse et/ou en s'organisant, elles ont la conviction d'avoir eu accès à une médecine moderne valorisée, elles ont le sentiment d'avoir réservé la qualité de la sexualité. Enfin, elles peuvent ressentir de la fierté d'avoir souffert, dans une dimension sacrificielle allant jusqu'à l'exhibition des cicatrices<sup>74</sup>.

### III.6- Implication de la césarienne sur la santé maternelle et la vie quotidienne

La césarienne, bien que souvent nécessaire pour sauver la vie de la mère et de l'enfant dans des situations d'urgence, peut avoir des conséquences significatives sur divers aspects de la vie d'une femme. Ces conséquences touchent non seulement la santé maternelle, mais aussi la dynamique de couple, les dépenses financières et la faculté physique.

Les femmes qui accouchent par césarienne courent un risque accru d'infections post-opératoires, notamment des infections de la plaie et des infections utérines. Les césariennes peuvent entraîner également des hémorragies plus importantes par rapport aux accouchements vaginaux<sup>75</sup>. Ce qui peut nécessiter des transfusions sanguines et prolonger le temps de récupération que celle d'un accouchement vaginal<sup>76</sup>. Les femmes ayant accouché par césarienne peuvent ressentir de la douleur et de l'inconfort pendant plusieurs semaines, ce qui peut entraver leurs activités quotidiennes<sup>77</sup> et avoir un risque accru de complications lors de grossesses ultérieures entraînant une attente d'au moins 18 mois avant de concevoir y compris des problèmes de placenta, des ruptures utérines et des césariennes répétées pour les prochaines accouchements<sup>78</sup>. Par ailleurs, une étude réalisée à Maroua, au Cameroun, a révélé que les césariennes d'urgence, bien qu'elles aient contribué à réduire la mortalité néonatale, sont

---

Analysis of their causes and implications. Social Science & Medicine, Vol 64, n° 11, juin 2007, pages 2272-2284, cité par Brugeilles Carole, L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? Autrepart, 2014.

<sup>74</sup>Calderón de Cabrera Zulma Argentina, Y parieras con dolor : exploracion sobre el manejo biomédico Del cuerpo femenino en las cesáreas y el parto. La Paz, Bolivie : Grupo Design 2006

<sup>75</sup>Brunet Émilie, «*Le vécu des femmes face à la Césarienne en urgence*», mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme, École de Sages-Femmes, Université de Caen 2016, p. 1, 2,3.

<sup>76</sup>Courteux Marie, Gueniche Karinne, Gosme Christelle, Ricbourg Aude, Gayat Étienne, Mebazaa Alexandre, Missonnier Sylvain, Quand donner la vie rime avec risquer la mort. Spécificités du vécu des femmes ayant eu une hémorragie du post-partum et leurs effets sur le devenir mère, Dans La psychiatrie de l'enfant 2020/2 (Vol. 63), p.93 à 117.

<sup>77</sup> <https://www.journaldesfemmes.fr/maman/guide-grossesse/2719493-apres-cesarienne/>

<sup>78</sup> Castric Clémence, Pronostic obstétrical et utérus uni-cicatriciel : «*L'indication de la première césarienne a-t-elle un impact sur la voie d'accouchement ? étude rétrospective au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Brest à partir de 176 dossiers de janvier à décembre 2011*», mémoire de fin d'études, Diplôme d'état de sage-femme, Ecole de sages-femmes UFR de médecine et des sciences de la santé Brest, 2013, p. 1-5.

associées à un risque accru de complications maternelles, avec un taux de décès maternel de 4% dans certains cas<sup>79</sup>

La césarienne peut également affecter la dynamique de couple de plusieurs manières et peut être une expérience traumatisante pour certaines femmes, entraînant des sentiments de perte de contrôle et de déception. Cela peut affecter la relation avec le partenaire, qui peut également ressentir de l'anxiété et de l'inquiétude<sup>80</sup>. La période de récupération après une césarienne peut nécessiter un soutien accru de la part du partenaire. Cela peut renforcer les liens, mais aussi créer des tensions si les responsabilités ne sont pas partagées équitablement<sup>81</sup>.

De plus, la douleur et l'inconfort post-opératoires peuvent affecter la libido et la capacité à avoir des relations sexuelles. Cela peut entraîner des frustrations et des malentendus au sein du couple. Coralie L'Honoré, sage-femme, explique :

*Dans le cas d'une césarienne, on peut avoir des douleurs profondes, contrairement à un accouchement par voie basse, où l'on va ressentir des douleurs artificielles, c'est-à-dire à la pénétration. Ce sont des généralités, mais une étude montre que les césariennes ont plutôt des douleurs profondes pendant les rapports, qui vont bien évidemment se dissiper au fil du temps<sup>82</sup>.*

Les douleurs sont donc très fréquentes, mais qu'il ne faut pas considérer cela comme normal, selon Anna Roy, « *Si cela est douloureux, il ne faut pas rester comme ça : prenez un rendez-vous chez une sage-femme ou un gynécologue pour trouver une solution.* » cependant, « *Cette baisse du désir est transitoire, et ce qui est vrai aujourd'hui n'est pas vrai demain !* »<sup>83</sup>. Que l'accouchement ait eu lieu par voie basse ou césarienne, la libido peut être en berne, ce qui est tout à fait normal. Comme le rappelle Anna Roy, la naissance d'un enfant est un grand chambardement émotionnel et physique, qui peut perturber la sexualité.

Les césariennes peuvent entraîner des coûts financiers importants. Les frais liés à cette intervention y compris l'hospitalisation, les soins post-opératoires et les médicaments, peuvent être significatifs. Pour les femmes sans couverture d'assurance adéquate, cela peut représenter

---

<sup>79</sup> Mboua Batoum Véronique Sophie et *al*, Impact de la césarienne d'urgence sur la morbidité et mortalité maternelle et néonatale dans trois hôpitaux de la ville de Maroua, Revue de Médecine et de Pharmacie Journal / Revue de Médecine et de Pharmacie / Vol. 12 n°2 (2022), Articles, disponible sur <https://www.ajol.info/index.php/rmp/article/view/242279>

<sup>80</sup> Ansay Elise, l'expérience de la naissance imprévue sur la satisfaction maternelle, mémoire présenté en vue de l'obtention de master en sciences de la famille et de la sexualité, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université Catholique de Louvain, 2015.

<sup>81</sup> <https://www.journaldesfemmes.fr/maman/guide-grossesse/2719493-apres-cesarienne/>

<sup>82</sup> <https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/5510667-reprise-des-rapports-sexuels-apres-une-cesarienne-comment-ca-se-passe.html>

<sup>83</sup> <https://www.france.tv/france-2/la-maison-des-maternelles/5510667-reprise-des-rapports-sexuels-apres-une-cesarienne-comment-ca-se-passe.html>

un fardeau financier considérable<sup>84</sup>. La période de récupération prolongée peut entraîner une absence du travail, ce qui peut affecter les revenus du ménage. Cela peut être particulièrement difficile pour les familles à faible revenu surtout si la césarienne a été faite en urgence et n'a pas été programmée créant un choc, une urgence financière lors de l'annonce<sup>85</sup>. La césarienne peut également avoir des effets à long terme sur la faculté physique d'une femme. Après une césarienne, les femmes peuvent éprouver des difficultés à se déplacer en raison de la douleur et de l'inconfort. Cela peut limiter leur capacité à s'occuper de leurs enfants ou à reprendre des activités physiques<sup>86</sup>. La récupération après une césarienne peut rendre difficile le retour à une routine d'exercice régulière comme faire du sport<sup>87</sup>. Cela peut affecter la santé physique et mentale, entraînant des sentiments de frustration ou de dépression. Les cicatrices internes et les adhérences peuvent également entraîner des douleurs chroniques ou des complications à long terme, affectant la qualité de vie.<sup>88</sup>

Eu égard de tout ce qui précède, la césarienne apparaît comme un fait social total dans la mesure où elle fait l'objet de prédilection des auteurs issus des champs scientifiques différentes. L'objectif de cette recherche est d'établir des liens entre divers éléments individuels, collectifs et institutionnels afin d'approfondir la compréhension sur la pratique de la césarienne. L'approche adoptée évite les biais idéologiques ou militantismes et souligne l'importance d'une perspective interdisciplinaire. Cela permet d'explorer le phénomène sous différents angles, notamment ceux des sciences de la santé, de l'anthropologie, de la psychologie, de l'histoire et des sciences politiques. Cette analyse vise à comprendre les facteurs explicatifs de l'augmentation des taux de césarienne. Cette compréhension passera tout d'abord par l'analyse des différentes représentations autour de la césarienne, des composantes influençant ces représentations et enfin des enjeux liés à cette pratique en évolution à l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé.

---

<sup>84</sup> Royaume du Maroc, Ministre de la Santé, Evaluation de l'impact de la politique de Gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau de six provinces au Maroc. Nouveaux outils, nouvelles, connaissances, FEMHealth, 2014

<sup>85</sup> Dumont Alexandre. « 21. La gratuité de la césarienne permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique ». Des idées reçues en santé mondiale, Presses de l'Université de Montréal, 2015, <https://doi.org/10.4000/books.pum.3661>.

<sup>86</sup> Marine HUET, Le vécu des femmes face à la césarienne pour stagnation, Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme d'état de sage femme, université de Rennes I, Ecole de Sage-Femme de Rennes, 2022 p.31-32.

<sup>87</sup> <https://justformum.fr/reprise-du-sport-apres-cesarienne-tout-ce-que-vous-devez-savoir/>

<sup>88</sup> <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/grossesse-accouchement-cesarienne>

## **IV- QUESTIONS DE RECHERCHE**

Ce travail de recherche repose sur une question principale divisée en trois questions secondaires.

### **IV.1. Question principale**

Quels sont les facteurs qui expliquent l'augmentation ou le recours à la césarienne dans la maternité de HGOPY ?

### **IV.2. Questions secondaires**

**QS 1 :** Quelles sont les différentes représentations sociales associées à la césarienne ?

**QS 2 :** Quelles sont les composants qui influencent les modes de représentations sociales autour de la césarienne ?

**QS 3 :** quels sont les implications liées à la césarienne à HGOPY ?

## **V- Hypothèses de recherches**

Ce travail répond à la question principale suivi de trois hypotheses secondaires repondant aux questions secondaires.

### **V.1. Hypothèse principale**

L'augmentation de l'accouchement par césarienne à HGOPY se justifie par le fait que grace a l'évolution des sciences et techniques médicales ainsi que par le roole de cet hôpital comme centre de reference recevant des cas complexes necessitant des cesariennees en urgences, programmées ou parfois sous demandes maternelles.

### **V.2. Hypothèses secondaires**

**HS1 :** En termes de représentations, dans l'imaginaire collectif, la césarienne est souvent représentée comme une intervention à haut risque, associée à des complications graves, voire mortelles, plutôt que comme une procédure visant à préserver la vie de la mère et de l'enfant mais aussi elle résulte du choix délibéré des patientes pour etre à l'abri des douleurs et souffrances.

**HS2 :** Les représentations sociales associées à la césarienne découlent des informations auxquelles les parturientes et leur entourage ont accès, notamment à travers les expériences vécues par des proches ou leur propre vécu. Ces expériences, interprétées à travers des

jugements personnels, influencent les perceptions collectives entourant la césarienne, qu'elles soient perçues de manière positive ou négative.

**HS3 :** La césarienne, en tant qu'intervention chirurgicale, dépasse les seules considérations médicales et engendre des enjeux multidimensionnels. Sur le plan physique, elle peut entraîner des séquelles persistantes sur le plan psychologique, financier et au niveau relationnel, elle peut influencer la dynamique du couple et redéfinir leurs projets parentaux liés à l'enfantement.

## **VI. Cadrage théorique**

Le modèle théorique est une construction permettant de décrypter la réalité sociale. Dans le cadre de cette recherche, trois modèles théoriques ont permis de comprendre ce sujet à savoir : la théorie des représentations sociales, le constructivisme structuralisme et l'interactionnisme symbolique.

### **VI.1. Théories des représentations sociales**

La théorie des représentations sociales est une théorie qui permet d'expliquer les comportements cognitifs, sociaux, et une des acteurs dans la société. Elle est l'une des notions de la psychologie générale, de l'anthropologie, de l'histoire et de la sociologie. Pierre ANSART et André AKOUN la définissent comme une « *forme de savoir individuel ou collectif de la connaissance scientifique qui présente des aspects cognitifs psychiques et sociaux des interactions* »<sup>89</sup>. D'après Denise JODELET :

*Le concept de représentation sociale désigne une forme de connaissances spécifique, le savoir de sens commun dont les contenus manifestent le pays ration de processus génératif et fonctionnel socialement marqué. Plus largement, il désigne une forme de pensée sociale point la représentation sociale sont des modalités de pensée pratique orientée vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social. En tant que tel, elle présente des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation et à référer aux conditions et aux contextes dans lesquels émergent leur représentation, aux communications par lesquelles elle circule, aux fonctions aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec les autres*<sup>90</sup>.

Pour Moscovici Serge, une représentation sociale est « *système de valeurs* » de concept et de pratique ayant deux vocations : d'abord « *d'instaurer* » un ordre qui donne aux individus

---

<sup>89</sup>Ansart Pierre, Akoun André, *dictionnaire de sociologie*, Paris Le Robert/ Larousse, 1999, P. 450.

<sup>90</sup> Denis JODELET, *les représentations sociales : phénomènes concepts et théories*, in Serge MOSCOVICI, *psychologie sociale*, Paris, Presse Universitaire de France, 1984, p357.

la chance de s'orienter dans l'environnement sociale et de le dominer, et par la suite d'assurer la communication entre les individus d'une communauté.

Jean-Claude ABRIC, la représentation sociale prend le sens « *un processus d'une activité mentale par lequel un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique* »<sup>91</sup>.

Il distingue 4 fonctions majeures à savoir :

- ❖ La fonction dite de savoir qui permet de comprendre et d'expliquer une réalité sociale ou socialement construite ;
- ❖ La fonction identité qui définit l'identité d'un individu ou de la collectivité tout en recherchant à protéger la spécificité de la société ;
- ❖ La fonction dite d'orientation qui guide les comportements et pratiques socialement construite ;
- ❖ La fonction justificative qui permet de se situer de justifier la position et prise de position et comportement des individus ;

Dans le cadre de notre analyse, cette théorie nous a permis de comprendre les représentations médicales, les représentations sociales de la césarienne par les parturientes et leurs entourages. Il s'agissait ici de faire ressortir les différentes perceptions de la pratique de la césarienne à travers ses différents acteurs à savoir les parturientes, leurs entourages et le corps médicale

## **VI.2. L'interactionnisme symbolique**

Le concept d'interaction symbolique est une théorie mis sur pied par Herbert Blumer en 1937 et désigne

*L'unité minimale des échanges sociaux ou situations où chacun des membres d'un groupe joue, agit et se comporte en fonction de l'autre. L'interaction est ainsi une microstructure non préétablie mais formée à l'instant T de l'interface, et dont le présumé est le partage des significations dans des situations particulières*<sup>92</sup>.

L'auteur énonce les principes suivants comme fondateurs de la démarche interactionniste issus du premier chapitre de Symbolic Interaction (1969), où l'auteur les formule :

- ❖ Premier point : « *Les êtres humains agissent envers les choses sur la base du sens qu'elles ont pour eux* »<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> Jean Claude ABRIC, pratique sociales et représentation, Paris, presse universitaire de France 1994

<sup>92</sup> Blumer Herbert, *Symbolic Interaction : perspective, and method*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1969, cité par Edjenguele Mbondji., *l'ethno- perspective ou la méthode du discours de l'ethno- anthropologie culturelle*, PUY, 2005 p.23

<sup>93</sup> Herbert Blumer, idem, p. 2.

- ❖ Second point : « *La signification de ces choses dérive et émerge de l'interaction avec autrui*<sup>94</sup> »
- ❖ Troisième point : « *Le sens est traité et modifié par un processus d'interprétation auquel a recours la personne qui a affaire à celles-ci*<sup>95</sup> »

Ce troisième point se dédouble en deux propositions :

« *D'abord l'acteur s'indique à lui-même les choses envers lesquelles il agit* », ensuite, « *en vertu de ce processus de communication avec soi-même, l'interprétation devient une affaire de traitement de sens*<sup>96</sup> ». Dans sa définition, Blumer met l'accent explicitement sur les processus de définition et d'interprétation. Autrement dit, il pointe le fait que la dimension du sens se trouve au cœur de l'association humaine. Cette théorie a permis dans le cadre de cette étude de comprendre comment naissent les décisions pour avoir recours à la césarienne à partir des interactions de l'individu avec la sphère extérieur et parfois dans la sphère hospitalière

### VI.3. Le structuralisme constructivisme

Principal initiateur associe cette « *constructivisme structuraliste* » qui est une jonction de l'objectif et du **subjectif**, Pierre Bourdieu définit cette dernière comme suite :

*Par structuralisme ou structuraliste, je veux dire qu'il existe, dans le monde social lui-même, [...] de structures objectives indépendantes de la conscience et de la volonté des agents, qui sont capables d'orienter ou de contraindre leurs pratiques ou leurs représentations. Par constructivisme, je veux dire qu'il y a une genèse sociale d'une part des schèmes de perception, de pensée et d'action qui sont constitutifs de ce que j'appelle habitus, et d'autre part des structures sociales, et en particulier de ce que j'appelle des champs*<sup>97</sup>

Deux notions clés : habitus et champ. C'est donc la rencontre de l'habitus et du champ, de « l'histoire faite corps » et de « l'histoire faite chose » qui apparaît comme le mécanisme principal de production du monde social. L'habitus, ce sont en quelque sorte les structures sociales de notre subjectivité, qui se constituent d'abord au travers de nos premières expériences (habitus primaire), puis de notre vie d'adulte (habitus secondaires). C'est la façon dont les structures sociales s'impriment dans nos têtes et nos corps par intériorisation de l'extériorité. Comme un « système de dispositions durables et transposables ». L'habitus guide les perceptions, les pensées et les actions.

---

<sup>94</sup> Herbert Blumer, idem

<sup>95</sup> Herbert Blumer, idem

<sup>96</sup> Herbert Blumer, ibidem.

<sup>97</sup> Corcuff Philippe, *Théories sociologiques contemporaines*, Armand Colin, 2019.

- ❖ Dispositions, c'est-à-dire des inclinaisons à percevoir, sentir, faire et penser d'une certaine manière, intériorisées et incorporées, le plus souvent de manière non consciente, par chaque individu, du fait de ses conditions objectives d'existence et de sa trajectoire sociale.
- ❖ Durables, car si ces dispositions peuvent se modifier dans le cours de nos expériences, elles sont fortement enracinées en nous et tendent de ce fait à résister au changement, marquant ainsi une certaine continuité dans la vie d'une personne.
- ❖ Et transposables, car des dispositions acquises dans le cours de certaines expériences (familiales par exemple) ont des effets sur d'autres sphères d'expériences (professionnelles par exemple) ; c'est un premier élément d'unité de la personne, des espaces sociaux distincts où se déroulent des luttes pour le pouvoir et les ressources, comme le champ médical avec des ressources accumulées par les individus qui peuvent être économiques, culturelles, sociales ou symboliques.

En utilisant le cadre de Bourdieu, on a pu comprendre comment les habitus des patientes et des médecins influencent la prise en charge des femmes enceintes à HGOPY. Les protocoles médicaux (structure) fournissent des lignes directrices, mais les actions concrètes sont façonnées par les dispositions et les pratiques habituelles des acteurs impliqués. Par ailleurs Les évolutions des indications pour la césarienne peuvent être vues comme des transformations dans le champ médical, influencées par les dynamiques de pouvoir et les luttes pour le capital symbolique (prestige professionnel).

## **VII. CADRAGE METHODOLOGIQUE**

Cette recherche a été adossée sur une démarche qualitative mobilisant comme méthode de collecte des données l'échantillonnage non probabiliste dans lequel on a l'échantillonnage à choix raisonné, l'échantillonnage par boule de neige et l'échantillonnage sur place.

### **VII.1. Méthode utilisée**

Cette étude est adossée sur une étude qualitative visant à comprendre, décrire, et interpréter les interactions à partir des significations que les acteurs en jeu donnent eux-mêmes à leur comportement. Elle a permis de comprendre comment émerge l'accouchement par césarienne dans les maternités publiques de Yaoundé. De même, elle a permis de comprendre de manière profonde les différents modes de représentations et les enjeux autour de ce mode d'accouchement ainsi que les facteurs qui influencent ces représentations-là.

## VII.2- population d'étude

| Catégorie d'enquêtes                                          | Tranche d'Age | Sexe(femme/hommes) | Statut professionnel                                             | Statut matrimonial       | Nombre d'enfant | Nombre d'entretiens |
|---------------------------------------------------------------|---------------|--------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------------|
| Patientes ayant accouché par c/s a HGOPY et autres structures | 15-42         | FEMMES             | Ménagères<br>Etudiante<br>Commerçantes<br>Médecin<br>Infirmières | Mariées<br>Célibataires  | 1-7             | 39                  |
| Gynécologues                                                  | 25-50         | Hommes /femmes     | Gynécologue interne, en cours de spécialisation                  | Maries/célibataire       | /               | 6                   |
| Maïeuticiens                                                  | 49            | Homme              | Maïeuticien                                                      | Marie                    | /               | 1                   |
| Sages-femmes                                                  | 52            | Femmes             | Sage-femme                                                       | /                        | 2-5             | 1                   |
| Stagiaires                                                    | 23-26         | Hommes/femmes      | Étudiante en médecine et sciences infirmières                    | Maries, célibataire      | 0-3             | 3                   |
| Acteur ministériel                                            | 54            | Femme              | Planification familiale                                          | Personnel                | /               | 1                   |
| Accompagnateurs                                               | 28-65         | Hommes/femmes      | /                                                                | Maries/célibataire/veuve | 3-9             | 11                  |
| <b>Total</b>                                                  | /             | /                  | /                                                                | /                        | /               | <b>60</b>           |

## VII.3-methode d'échantillonnage : l'échantillonnage non probabiliste

Dans le cadre de cette étude, par manque de liste exhaustive de la population dès le départ de la recherche, deux types d'échantillonnages ont été utilisés afin de faciliter la collecte des données. C'est l'échantillonnage non probabiliste qui a été mis sur pieds à travers, l'échantillonnage sur place et l'échantillonnage par boule de neige.

### **VII.3-1. L'échantillonnage sur place**

La deuxième méthode adoptée pour cette étude est l'échantillonnage sur place. Compte tenu de la complexité du thème, il a été important de noter que l'étude s'est faite HGOPY du fait de la rareté des connaissances ayant accouché dans cet hôpital. Une fois que les procédures ayant abouti, cette procédure a facilement permis notre infiltration au sein de l'hôpital et d'entrer en contact avec les parturientes afin mener à bout de cette recherche. Cette approche nous a été particulièrement utile car elle a permis également d'observer les comportements et les interactions dans leur contexte.

### **VII.3-2 L'échantillonnage à choix raisonné**

Dans cette étude sur la pratique de la césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), l'échantillonnage par choix raisonné a été adopté. Cette méthode consiste à sélectionner les participants en fonction de critères précis liés aux objectifs de la recherche. Les parturientes ont été choisies selon des variables comme le nombre d'enfants, le type d'accouchement, et leur statut socioprofessionnel et matrimonial. En parallèle, des sages-femmes et des stagiaires et médecins gynécologues ont été intégrés en fonction de leur niveau d'étude et de leur ancienneté à l'hôpital. Cette approche a également permis de collaborer avec des acteurs clés, des représentants du MINSANTE, afin de diversifier les profils et d'obtenir des perspectives variées.

### **VII.3-3 échantillonnage par boule de neige**

L'échantillonnage par boule de neige est une méthode d'enquête dans laquelle les informateurs retrouvent initialement trouvé, *suggèrent à la demande du chercheur, d'autres personnes qui les paraissent propres à participer à l'étude* »<sup>98</sup>. Ce type d'échantillonnage s'appuie sur le réseau relationnel tel que les amitiés, des connaissances, le voisinage. Selon Ambroise ZAGRE, « *la technique d'échantillonnage par boule de neige est une technique qui consiste à ajouter à un noyau d'individu (...) tous ceux qui sont en relation (...) avec eux et ainsi de suite jusqu'à atteindre le nombre d'informateurs prévus* »<sup>99</sup>. Cette méthode a permis dans un premier temps de trouver les personnes source remplissant les indicatifs de la grille des personnes préalablement établi dans le cadre de la recherche. Dans le cadre de cette recherche d'entrer en contact avec le réseau relationnel ou accompagnateurs des parturientes.

---

<sup>98</sup> Fortin Marie-Fabienne, *Fondements et étapes de recherche, quebec*, Chenil-Education, 2005, p.260.

<sup>99</sup> Zagre Ambroise, *Methodologie de la recherche en science sociales, Manuel de recherche social a l'usage des etudiants*, Paris, l'Harmattan, 2013, p.187.

## VIII. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES

Cette étude s'inscrira dans une démarche qualitative. Afin de clarifier cette thématique, la recherche était essentiellement basée sur la méthode qualitative. Elle consiste ainsi à partir des observations et d'analyses ouvertes de décrire les tendances et les processus qui expliquent et déterminent le comment et le pourquoi de la recherche. Il s'agit davantage à une compréhension contextualisée du phénomène sur lequel porte cette étude. Les méthodes qualitatives recourent à un ensemble de techniques qui visent à accéder à l'intelligibilité des phénomènes par interprétation à partir du point de vue des interlocuteurs du sens qu'il donne à leurs attitudes, comportements et pratiques, et les motivations illogiques qui les sous-tendent.

### VIII. L'observation documentaire

Toute recherche scientifique comporte des préalables et donc l'utilisation des ressources documentaires. Elle est sans doute l'instrument de collecte des données la plus utilisée en recherche qualitative. Comme son nom l'indique, la recherche documentaire laisse la possibilité aux chercheurs d'examiner et d'exploiter tout sorte de documents pouvant l'aider dans sa recherche sur les sources écrites ou non, des documents officiels ou universitaire. Pour Valentin NGA NDONGO, « *il s'agit d'une observation médiatisée par les documents* »<sup>100</sup>. La réalisation de ce travail a nécessité une lecture régulière des articles, des mémoires des rapports scientifiques et nous a permis de prendre connaissance avec ce qui a été dit auparavant afin de ne pas rentrer dans le schéma répétitif des travaux qui avaient été faits avant cette recherche.

Au sujet de la documentation, pour les supports physiques, la fréquentation régulière des bibliothèques locales tel que le CPPSA, la bibliothèque de la FALSH, de L'UCAC, dans lequel nous avons recueilli un certain nombre d'ouvrages et de mémoire et thèses. Les documents numériques nous ont été recherchés via Internet qui a facilité l'accès aux bases des données en sciences sociales et en santé publique. Nous avons entre autres le site ONG, OMS le site du ministère de la santé Google Scholar, ResearchGates Google Book et PDF drive. La recherche documentaire a également permis d'entrer en contact avec les carnets des CPN des patientes, les échographies, les bilans d'examen, le registre des accouchements à HGOPY, mais aussi des dossiers médicaux des patientes, ceci, afin de retracer le parcours des événements en partant de la maison puis des hôpitaux et centres de santé référés jusqu'à HGOPY. Elle a

---

<sup>100</sup> Nga Ndongo Valentin, « *l'opinion camerounaise, these de doctorat en lettre et science humaine, sociologie* », Université de Paris X-Nahetren, Tome 1, 1999, p.283.

également permis de se fournir des documents de l'hôpital, des affiches, des communiqués, des ordonnances, des fiches de suivies et de surveillance qui a été d'une aide primordiale au cours cette recherche

### **VIII.2. L'observation participante**

Dans le cadre de ce travail, l'observation participative a été primordiale dans le processus de compréhension des facteurs influençant l'accouchement par césarienne, mais aussi les formes de représentations et les enjeux liés autour de mode d'accouchement à HGOPY. . L'observation directe, a permis d'être en contact avec le milieu de notre étude qui est le service de maternité de HGOPY et des différents acteurs en jeu. Pour cela il a été établi une grille d'observation à partir duquel les informations ont été recueillies. Pour se faire, à l'aide du personnel médical qui nous a aidé dans l'orientation dans le service mais aussi qui nous a aidé à nous fondre dans la et même avoir accès aux salles d'opérations et d'y assister. Par ailleurs,, il a été question d'accueillir les parturientes ,leurs installation, passer le matériel au personnel lors des accouchements par voie basse surtout, nettoyer les lits avant l'arrivée d'une nouvelle patiente, faire des doléances des patiente à sa famille, passer les ordonnances, appeler les anesthésistes ou pédiatres, de conduire les parturientes au bloc, les préparer pour l'opération et d'assister aux opérations, bref en d'autres termes il a été question d'assister le personnel dans le processus de prise en charge des parturientes . Pour les cas de césariennes électives, il a été question de prendre attache avec le major de maternité hopi qui a fourni des informations sur d'éventuels césariennes électives, ensuite de prendre contact avec ces dernières avant leur opération afin de prendre connaissance sur les indications pour leurs césariennes et leur mode de représentation sur l'accouchement avant leurs opérations. C'est elle qui a permis la constatation du phénomène à observer. Pour Ferréol Gilles et al, elle permet « *la constatation d'un fait à l'aide des moyens d'investigations appropriés* »<sup>101</sup> .

### **VIII.3. L'observation directe**

Au cœur de cette étude, plusieurs accouchements ont été observés ; que ce soit des accouchements par voie basse ou spécifiquement par césariennes. Ces accouchements ont été observés dès l'arrivée des patientes, de l'annonce en partant de la salle d'accouchement jusqu'à la conduite au bloc et même à l'opération et passant aux observations en salle de réanimation, la période post-partum et les conditions dans lesquelles se font les suites de couche sont-elles aussi été observées. Le plateau technique, les équipements, les infrastructures, l'état des

---

<sup>101</sup> Gille Fereol et al, *dictionnaire de sociologie*, Paris Armand Collin, 3<sup>ème</sup> édition, 1995, p. 136

toilettes et des salles d'accouchement, les interactions et échanges entre les membres du corps médical eux-mêmes, entre les soignants, les parturientes et leurs accompagnants. Bref l'environnement social qui prévaut a fait partie de l'observation. Cette observation a de ce fait permis de relever les facteurs explicatifs de l'augmentation de la césarienne, les réactions des parturientes face à l'annonce de la césarienne ainsi que celui de leur entourage, ses implications et ses enjeux et les différentes représentations qui émanent de ce mode d'accouchement pendant une période de deux mois allant du 4 novembre 2023 au 5 janvier 2024 à HGOPY.

Pour GRAWITZ Madeleine,

*Ces techniques permettent une observation directe de l'observation directe de l'objectif qu'elles visent, de l'information qu'elles cherchent (...) mais la technique en elle-même, par définition est indirecte puisqu'elle interprète les réponses du sujet. Il faut bien tenir compte de cette distinction capitale entre le fait d'avoir sous ses yeux l'individu dont on entend des informations, et la possibilité par une technique de saisir directement les faits à interpréter<sup>102</sup>.*

Cette technique nous a permis de nous fondre dans la masse parmi les membres du corps médical et des stagiaires et d'être au cœur de la prise en charge des parturientes, de nous familiariser avec le milieu hospitalier notamment les salles d'accouchements et les salles post partum et d'être au cœur de l'intimité de ces parturientes. Cette méthode a permis également permis d'observer comment se pratiquent les accouchements par les parturientes que ce soit par voie basse ou par césarienne, comment se construisent les interactions entre le corps médical et les parturientes ainsi qu'avec leurs proches dans les services de maternité, la prise en charge de ces derniers par les différents intervenants du corps médical, les interactions entre ces différents acteurs dans les hôpitaux dans les services de maternités de HGOPY. D'une certaine façon, cette méthode a permis à une aide dans le système de fonctionnement de l'hôpital.

#### **VIII.4. L'entretien semi directif**

Un entretien sociologique est une interaction verbale entre un chercheur et une personne sollicitée dans l'objectif explicite d'une étude sur un thème précis en relation avec l'étude menée. L'entretien semi directif est une technique de collecte au cours de laquelle l'enquêteur connaît tous les thèmes sur lequel il doit obtenir des réponses des enquêtés. Il consiste ici pour le chercheur à laisser l'interviewer parler de manière ouverte dans les mots qu'il souhaite ou qu'il comprend et dans l'ordre qui lui convient. De ce fait, le chercheur essaie seulement de

---

<sup>102</sup> Madeleine GRAWITZ, *méthodes des sciences sociales*, Paris Dalloz, 2001, 11<sup>ème</sup> édition, p.493.

recenser l'entretien sur les thèmes qui l'intéresse quand l'interviewé veut s'en écarter. Pour NGA NDONGO Valentin il consiste à

*Provoquer une conversation réglée entre un enquêté et un enquêteur muni de consignes et le plus souvent d'un guide d'entretien. Celui-ci se présente sous la forme d'une liste de questions ou les thèmes qui doivent obligatoirement être abordés au cours de l'opération, soit spontanément parce que l'enquêté en parle lui-même au cours de la séance soit sous la demande expresse de l'enquêteur<sup>103</sup>.*

Dans cette étude, cette technique a permis de collecter les données souhaitées à travers des guides d'entretien spécifiques relevant les différents objectifs de cette recherche auprès des patientes et leurs entourage sur leurs impressions et témoignages des divers échanges lors des soins afin qu'ils nous relatent leurs vécues sur leurs accouchements et leurs expériences sur la césarienne ; du personnel des soins obstétricaux pour avoir leur avis sur les formes de représentations des pratiques de soins auxquelles ils s'adonnent ; les stagiaires afin d'avoir leurs expériences et leurs témoignages du point de vue de l'accouchement par césariennes ; Dans un premier temps, nous avons eu un premier entretien auprès des parturientes au sein même de l'hôpital. On s'est rendu compte que certaines patientes ne parvenaient pas à répondre de manière naturelle. Au sein de l'hôpital, certaines patientes lors de l'annonce du thème et de leurs enregistrements se sentaient espionnées. Ce qui a modifié le déroulement de cette recherche et a de manière significative conditionné leurs réponses pendant les deux mois passés à l'hôpital. C'est pour cette raison qu'il a été important de garder contact avec quelques-unes d'entre elles qui nous semblaient être des enquêtées clés et de refaire les entretiens. ; Il a été question de relever dans le registre des contacts de certaines femmes sélectionnées à travers une grille préétablie et dont les rendez-vous ont été fixés hors de l'hôpital afin d'éviter une quelconque influence compte tenu de l'environnement et de la vulnérabilité des parturientes enquêtées.

Il faut également noter que les grilles d'entretiens ont subi certaines modifications au fil des entretiens ceci compte tenu du fait que les personnes interrogées au fil de l'enquête ont souligné des éléments importants qui n'apparaissaient pas dans la grille de départ.

### **VIII.5. Le récit de vie**

Dans le cadre de cette recherche, le récit de vie est utilisé comme outil méthodologique qualitatif permettant de recueillir les expériences individuelles des femmes ayant accouché par césarienne à l'HGOPY et ailleurs. Il s'agit de reconstituer leur trajectoire obstétricale, depuis

---

<sup>103</sup> Valentin Nga Ndongo idem P.423

la grossesse jusqu'à l'intervention chirurgicale, en tenant compte des facteurs sociaux, culturels, économiques et médicaux qui ont influencé leur parcours.

Le récit de vie est ici défini comme un discours rétrospectif librement exprimé par les enquêtées, organisé autour d'événements marquants de leur vie reproductive, et permettant d'analyser leur perception de la césarienne, les représentations associées à cet acte médical, ainsi que les dynamiques de décision dans lesquelles elles ont été impliquées.

Cette méthode a été opérationnalisée à travers des entretiens semi-directifs, orientés autour de repères temporels (première grossesse, consultations prénatales, annonce de la césarienne, intervention, suites opératoires), et d'axes thématiques : rapport au corps médical, rôle des proches, interprétations culturelles, vécu émotionnel, conséquences sociales. Les données ont ensuite été analysées à l'aide d'une grille thématique, afin de faire ressortir les éléments récurrents et les singularités des parcours.

#### **VIII.6. Technique d'analyse des données**

L'analyse de contenu a été la méthode qui a permis le recensement, la classification et la catégorisation des informations recueillis. Elle peut être définie comme un traitement systématique des différentes données recueillies issu des observations, des entretiens pour faciliter l'analyse issu des entretiens semi directifs et les observations obtenu, une transcription de tous les interviews ont été faite et classés selon « *les principes de l'analyse thématique* »<sup>104</sup>. Ces données ont été regroupées selon la compréhension de sens en dégagant la signification à partir des « *règles d'opposition et de contraire* »<sup>105</sup> ainsi que des similitudes. Ces données ont été ensuite traitées et classées en fonction des thèmes et items relative aux questions de recherches. Cette technique a permis à travers le discours des informateurs de relever les facteurs explicatifs de l'augmentation de l'accouchement par césariennes, les formes d'enjeux et de représentations liées à ce type d'accouchement dans les maternités de HGOPY.

#### **IX. Clarification des concepts**

La définition est une partie très importante dans la recherche. En effet, elle permet de rendre opérationnel les mots clés d'une thématique de recherche. Les mots à définir pour ce thème sont : pratique, césarienne, accouchement, parturiente.

---

<sup>104</sup>Andreani Jean-Claude et al. , « *Methode d'analyse et d'interpretation des etudes qualitatives : Etat de l'art en marketing* » Paris, Cadex 11,2001, P.7.

<sup>105</sup>Andreani Jean-Claude et al, Idem

**Accouchement par césarienne** : Dans le dictionnaire médical avec Atlas anatomique, Le terme « *accouchement* » est réservé à l'espèce humaine, tandis que l'on parle plus volontiers de parturition lorsqu'on évoque cet événement pour les autres mammifères vivipare<sup>106</sup>. L'accouchement est associé à un événement naturel normal, différent de la césarienne elle seule qui prend en compte le terme accouchement et l'intervention proprement dite. Selon wiki dictionnaire, du mot latin *ceasar*, enfant tiré au sein de sa mère par incision de *ceadere*, *couper*, la césarienne est une opération chirurgicale qui consiste à extraire le fœtus par incision de la paroi abdominale et de l'utérus, quand l'accouchement est impossible par les voies naturelles. Dans certains dictionnaires, c'est une opération chirurgicale *permettant d'extraire le fœtus de la cavité utérine par voie abdominale après incision de l'utérus* ». Mais en pratique exceptionnellement, « *la césarienne est pratiquée malgré la mort-fœtale in utero pour sauvetage maternelle (exemple : hématome rétro placentaire avec troubles de coagulation sanguine et échec du déclenchement)* »<sup>107</sup>. Dans le cadre de cette étude la césarienne ne doit pas être comprise seulement dans l'espace hospitalier, qui traite d'une intervention sur le soin qui met en scène des soignants et des malades ou encore des professionnels de soins et des patients, mais aussi s'intéresser à la sphère hors du service hospitalier, sa sphère individuelle collective et sociale. Dans le cadre de cette étude, elle a de ce fait une triple dimension qui peut être située au niveau macro, méso puis micro. En d'autres termes, elle ne se limite pas qu'à une simple pratique médicale mettant en scène soignant et parturiente, elle va plus loin et interroge la dimension institutionnelle, culturelle et psychologique qui entoure cette intervention médicale.

**Les hôpitaux publics** sont des établissements de santé financés par l'État, ayant pour mission de fournir des soins à l'ensemble de la population. Leur personnel, y compris médecins et infirmiers, est généralement salarié, ce qui les distingue des hôpitaux privés où les professionnels exercent en libéral<sup>108</sup>. Les hôpitaux publics assurent des services de santé variés, allant des soins d'urgence à la chirurgie, et jouent un rôle crucial dans la prévention et l'éducation à la santé<sup>109</sup>. Ils sont tenus d'accueillir tous les patients sans discrimination, garantissant ainsi l'accès aux soins. Dans ce contexte, le terme hôpital public peut être perçu comme un établissement de santé essentiel, chargé de fournir des soins accessibles et de qualité à l'ensemble de la population. Les perceptions des patients à l'égard des hôpitaux publics sont

---

<sup>106</sup> Dictionnaire médical avec Atlas anatomique sous la direction de Jacques Quevauvillier, 6<sup>ième</sup> édition, 2009, p.06 version numérique

<sup>107</sup> Aly ABBARA, CÉSARIENNE, Mai 2023

<sup>108</sup> <https://reassurez-moi.fr>

<sup>109</sup> <https://www.hopital.fr>

influencées par divers facteurs, notamment la qualité des soins, l'accueil et l'attitude du personnel. Les perceptions des patients à l'égard des hôpitaux publics sont influencées par divers facteurs, notamment la qualité des soins, l'accueil et l'attitude du personnel.

**Les maternités publiques** sont des établissements de santé spécialisés dans le suivi de la grossesse, l'accouchement et les soins postnatals, financés par l'État<sup>110</sup>. Elles offrent une prise en charge complète des femmes enceintes, garantissant l'accès aux soins sans frais pour les accouchements et les séjours jusqu'à 12 jours après la naissance. Les maternités publiques sont classées en trois niveaux selon la complexité des soins qu'elles peuvent dispenser :

Niveau 1 : Prise en charge des grossesses sans risque.

Niveau 2 : Soins pour les grossesses à risque avec un service de néonatalogie.

Niveau 3 : Accueil des grossesses à haut risque, avec des unités de réanimation néonatale.

Dans le contexte de cette recherche, l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) est classé comme une maternité de niveau 3. Cela signifie qu'il est spécialisé dans la prise en charge des grossesses à haut risque materno-fœtal. HGOPY dispose d'unités de néonatalogie et de réanimation néonatale, permettant d'assurer des soins intensifs aux nouveau-nés nécessitant une surveillance continue et des interventions médicales complexes

**Parturientes** : elle désigne d'après le dictionnaire de Garnier Delamare une « femme qui accouche »<sup>111</sup>. Elle désigne également selon le dictionnaire médicale « *une femme en train d'accoucher* »<sup>112</sup> Dans ce travail ce terme gardera le sens sus-défini et sera utilisé dans la même perspective que les termes « femmes enceintes » ou « patiente ». Dans le cadre de ce travail, ce mot désignera les femmes qui sont en cours d'accouchement, les femmes en suite de couche et les femmes interrogé avant et après l'accouchement que ce soit des femmes interrogées à l'hôpital ou à domicile.

---

<sup>110</sup> DREES, Les établissements de santé n°24, La naissance : les maternités, édition 2020

<sup>111</sup> Garnier Delamare, *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, 31<sup>ième</sup>, Maloine, 2012, P.663.

<sup>112</sup> Michel Lacombe et al, *Dictionnaire médical à l'usage des IDE*, 3<sup>ième</sup> édition, P.517.

**PREMIERE PARTIE : ÉVOLUTION DES PRATIQUES  
MEDICALES ET FACTEURS DETERMINANTS LE  
RECOURS A LA CÉSARIENNE À HGOPY**

La césarienne est devenue une pratique de plus en plus courante dans les maternités publiques de Yaoundé ces dernières années. Alors qu'elle était autrefois réservée aux situations d'urgence, elle est aujourd'hui réalisée dans un nombre croissant d'accouchements, parfois de manière programmée. Cette évolution soulève des questions sur les facteurs qui influencent les pratiques des professionnels de santé et les raisons qui poussent à recourir plus fréquemment à cette intervention chirurgicale. L'objectif est de mieux comprendre les dynamiques qui sous-tendent l'augmentation de la césarienne, afin d'évaluer si cette évolution est justifiée d'un point de vue médical ou si elle soulève des questions éthiques et de santé publique.

# Chapitre I : DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT A LA PRATIQUE DES CESARIENNES

Au fil des siècles, l'accouchement est perçu comme un évènement majeur dans la vie des hommes. Grace aux progrès de la médecine on observe une tendance révolutionnaire dans la prise en charge des femmes et leurs accouchements. Ces progrès ont notamment bouleversé la prise en charge des naissances plus comme un évènement heureux, mais évènement en performance technique. Dans chapitre, il sera question de présenter à travers la littérature de présenter comment les sociétés humaines sont passe d'un évènement naturel a un évènement de plus en plus médicalisée entraînant à chaque époque une socialisation, une resocialisation avec une nouvelle configuration dans le processus d'enfantement.

## I. ÉVOLUTION DES PRATIQUES MÉDICALES LIÉES À L'ACCOUCHEMENT

L'évolution des pratiques médicales liées à l'accouchement a été marquée par des changements significatifs au fil des siècles, influencés par des avancées scientifiques, des découvertes technologiques et des transformations socioculturelles. Historiquement, l'accouchement était un évènement principalement domestique, assisté par des sages-femmes et des membres de la famille. Cependant, avec l'essor de la médecine moderne, la médicalisation de l'accouchement a pris de l'ampleur, entraînant une transition vers des soins hospitaliers.

### I.1. La médicalisation de l'accouchement

La médicalisation de l'accouchement se réfère à une tendance à utiliser des techniques médicalisées, sophistiquées et différentes interventions dans le processus d'accouchement<sup>113</sup>. Historiquement, l'accouchement n'était qu'une affaire naturelle et biologique qui se déclencherait seul sous le regard de la gente féminine, assistée par *la matrone* qui est une femme

---

<sup>113</sup> Cecile Hoareau, *médicalisation de l'accouchement en France : étude historique des pratiques des sages femmes au 20<sup>ème</sup> siècle*, HAL Open Science, novembre 2016.

généralement un peu âgée des femmes de la communauté<sup>114</sup>, c'est-à-dire dans une dynamique sociale et familiale. Ce qui exclut par conséquent la présence masculine. Bon nombre de femmes dites matrones ou sages-femmes de l'époque ne savaient généralement ni lire ni écrire et par conséquent ne sont pas formées dans un cadre professionnel. Elles sont généralement des femmes qui ont acquis cette expérience en assistant d'autres femmes qui à leur tour transmettaient leurs savoir-faire. Il suffisait qu'elle réussisse quelques accouchements pour gagner la confiance des femmes de sa communauté<sup>115</sup>. En Afrique, au cours de la période coloniale, dans l'entre deux guerres, diverses initiatives étaient prises afin d'inciter les africaines à adopter de nouvelles pratiques lorsqu'elles sont enceintes. Elles étaient vivement encouragées à fréquenter l'établissement médicaux ou paramédicaux et à se détourner des femmes de leur entourage dites non *professionnelles*, gérés par les pouvoirs publics et d'autres organismes caritatives et ou missionnaires<sup>116</sup>. La finalité de ces dispositifs est de dépister d'éventuelles complications durant la grossesse, d'amener les femmes à choisir des établissements médicaux équipés pour le moment du terme plutôt que d'accoucher à domicile, et de les inviter, après l'accouchement, à y ramener régulièrement leur bébé pour un suivi de médecine préventive. L'enfant y est pesé, palpé, examiné, et la mère y est interrogée sur la santé de son enfant. Ce mouvement à entraîner une modification des habitudes des femmes ce qui a par ailleurs permis une amélioration des techniques médicales et de réduire considérablement la mortalité.

Parler de médicalisation de la grossesse se réfère également dans une certaine mesure à une tendance accrue de la surveillance de la grossesse. Ce mouvement s'est perpétuée au fil du temps et aujourd'hui elle constitue une véritable transformation dans le monde de l'obstétrique et influence des sociétés contemporaines. Cette transformation est en lien étroit avec la maîtrise des risques, le renforcement de la sécurité, une surveillance accrue dans le milieu obstétrique. *«Cette médicalisation qui a pour corollaire une professionnalisation de l'accompagnement et une organisation établie sur le modèle du risque obstétrical, inscrit la naissance dans des dispositifs prescrits faisant de la parturiente essentiellement une patiente»*<sup>117</sup>. Elle passe d'abord par les visites médicales qui comportent les échographies, les examens sur l'état de

---

<sup>114</sup> Morel Marie-Francoise, Histoire de l'accouchement en France : XVIII<sup>e</sup>-XX<sup>e</sup> siècle. Actualité et dossier en santé publique, n°61, Mars 2008, p.22 -28.

<sup>115</sup> Clesse Christophe, Lighezzolo-Alnot Joëlle, De Lavergne Sylvie, Hamlin Sandrine, Scheffler Michèle, Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges dans Devenir, vol 30, 2018, p.399 à 417.

<sup>116</sup> Hugon Anne, la maternité coloniale : une nouvelle façon d'être mère en Afrique ? Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe en ligne, ISSN2677-6588, mis en ligne le 30/05/2022, consulté le 08/06/2024.

<sup>117</sup> Clavandier Gaëlle, Charrier Philippe, La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? Dans Recherches familiales, vol 1, n° 12, 2015, pages 165 à 174.

santé de la mère, outre cela, on a dès l'arrivée de la patiente la peser de la parturiente la prise la prise des battements du cœur du fœtus, la mesure utérine, le toucher vaginal. Par la suite, on a la prise de la tension artérielle à l'aide du tensiomètre suivie des questions sur les symptômes ressentis par la parturiente et enfin la prescription sous ordonnance des médicaments afin d'annuler les petits bobos des femmes enceintes liés aux douleurs ressenties par la mère et certains interdits alimentaires et aussi certains activités qui pourrait mettre la vie du bébé et celui de la mère en danger. Outre cette surveillance accrue qui se réalise dans une institution hospitalière hors des résistances familiales et domestique, ou les accouchements sont de plus en plus réalisés dans un environnement hospitalier et masculinisé où la mère est surveillée de près par un personnel médical qualifié s'ajoute les interventions médicales telles que les perfusions d'ocytocine pour stimuler la contractions, la position couchée sur le dos pour l'accouchement, les épisiotomies ou encore les césarienne peuvent être pratiqués pour divers raisons . Ces contrôles médicaux sont soutenus par l'utilisation des technologies médicales tel que :

- ❖ L'échographie qui a d'ailleurs amplifié l'émergence de nouveaux critères décrivant ce que doit être une croissance fœtale normale.
- ❖ Par la suite le monitoring fœtal du rythme cardiaque a eu un effet direct sur l'indication des césariennes à travers notre observation on a pu déterminer que la prise du rythme cardiaque fœtal qui est représenté par une sinusoïde joue un rôle primordial dans l'indication des césariennes ces indications sont orientées vers l'état fœtal non rassurant la souffrance fœtale, l'asphyxie peuvent être une intervention césarisée de son carnet.
- ❖ La radiographie du bassin qui est particulier sur des patientes très jeunes et les patientes ayant subi une césarienne ou qui est en cours d'une préparation pour un AVAC joue un rôle déterminant dans l'indication de la césarienne. Ces présentations mettent en lumière le fait que la femme transmet désormais ce pouvoir diagnostique au corps médical qui au nom des techniques apprises et expérimentées vient lui expliquer ce qu'elle ressent l'autre aspect est de socialiser les femmes enceintes que toutes les grossesses sont à haut risque. Ainsi,

*«Qu'il s'agisse de l'usage des forceps, la péridurale, la césarienne, l'échographie, le diagnostic anténatal, la réanimation néonatale, toutes ces techniques vont palier l'incertitude liée à tout état grévide»* , on assiste ainsi à une nouvelle configuration ,un passage pendant lequel *«Les conditions de l'accueil du nouveau-né ont connu une évolution notable, faisant*

*sortir ce moment crucial de la mise au monde d'un cercle domestique et familial, alors même que l'accueil du nouveau-né devenait une question intime pour les couples*<sup>118</sup>. On observe ainsi le passage de l'accouchement qui se faisait à domicile à un accouchement dans une institution hospitalière et désormais administrative, de l'assistance par les femmes de la communauté à une isolation de la femme prise en charge parfois par des inconnus dites spécialisées<sup>119</sup>, de l'abandon des méthodes d'accouchement en position accroupie, assise à une position allongé sur le dos<sup>120</sup>, d'une aide, d'une assistance à accoucher à un service rendu qui est désormais payant, d'un évènement assister exclusivement par la gente féminine à une masculinisation de ce milieu autrefois très éprise par la gente féminine. Ce processus a tellement bouleversé l'habitude liée à l'assistance à la cour de l'enfantement que, les femmes s'y sont adaptées au fil du temps et décident même parfois d'être assisté pendant le processus d'accouchement par un personnel médical masculin<sup>121</sup>.

*L'entrée dans l'institution a une place centrale dans le récit des femmes. Il y a bien une expérience hospitalière de la maternité. Les femmes s'en remettent, selon différents modes, à leur gynécologue-obstétricien. Elles ont confiance en l'organisation hospitalière et elles jugent fondamentales les qualités techniques du personnel médical. La relation médecin-patiente est également nourrie par les technologies médicales. Au sein de l'institution, le cours de préparation à la naissance serait un espace d'autonomie et d'affirmation des patientes. Bien informées, elles seraient capables d'appréhender rationnellement l'accouchement. Au-delà de l'information, on forme également ces femmes à être de bonnes patientes, en adéquation avec les pratiques de l'établissement*<sup>122</sup>.

De ce fait, cette prise en charge a bouleversé l'expérience de la maternité et a rendu tout ce qui tourne autour de l'accouchement non pas un évènement *normal* mais comme un évènement *pathologique*, un évènement pas comme les autres.

## **1.2. L'instrumentalisation de l'accouchement par voie basse**

L'accouchement par voie basse, aussi appelé accouchement vaginal, est le processus naturel par lequel un bébé est délivré par le canal vaginal de la mère. Ce type d'accouchement

---

<sup>118</sup>Clavandier Gaëlle, Charrier Philippe, «*la naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ?*» Dans, Recherches familiales, 2015, vol 12, n°1, p. 165 à 174.

<sup>119</sup>Clesse Christophe, Lighezzolo-Alnot Joëlle, De Lavergne Sylvie, Hamlin Sandrine, Scheffler Michèle, Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges Dans Devenir, Vol4 n°30, 2018, p.399 à 417.

<sup>120</sup> Observation fait à HGOPY

<sup>121</sup>Gervais Elise, «*accoucher hors de l'hôpital : expertes, alternative ou déçu? Une typologie des femmes*», Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences en sociologie, Faculté des Arts et de Sciences, Université de Montréal, Avril 2020, P.6

<sup>122</sup>Blatgé Marion, «*Béatrice Jacques, Sociologie de l'accouchement* », Lectures [En ligne], Les comptes rendus, mis en ligne le 03 mai 2007, consulté le 11 juin 2024.

implique une série d'étapes physiologiques et mécaniques, depuis l'apparition des contractions utérines jusqu'à l'expulsion du placenta après la naissance du bébé<sup>123</sup>. L'accouchement par voie basse comporte différentes phases. Elle se manifeste d'abord par des contractions utérines régulières et rapprochées, parfois accompagnées de la rupture des membranes amniotiques, entraînant la perte des eaux. Sous l'effet des contractions, le col de l'utérus se dilate progressivement, permettant la descente du bébé.

La phase de dilatation est divisée en deux stades : la phase de latence (jusqu'à 4 cm) et la phase active (de 4 à 10 cm).

La phase de l'effacement et l'ouverture complète du col se produisent lorsque cette ouverture atteint 10 centimètres, permettant ainsi au bébé de naître<sup>124</sup>. Chaque femme vit ce processus différemment, mais les caractéristiques décrites ici sont observées de manière générale<sup>125</sup>.

La phase de l'expulsion marque la sortie du bébé. Pendant cette phase, les contractions utérines et les efforts de poussée de la mère permettent l'expulsion du bébé. Le bébé passe par le col de l'utérus dilaté, traverse le vagin et est finalement délivré<sup>126</sup>.

Après la naissance du bébé, l'accouchement se termine par la délivrance, phase où le placenta, le cordon ombilical et les membranes sont expulsés naturellement par les contractions utérines quelques minutes après la naissance. Cette phase est accompagnée de pertes sanguines normales pouvant atteindre 500 ml. Toutefois, des complications comme l'hémorragie de la délivrance peuvent survenir, constituant une cause majeure de mortalité si elles ne sont pas correctement prises en charge. Cette phase peut être particulièrement douloureuse, notamment lors du curetage.

L'accouchement par voie basse, également appelé accouchement vaginal, peut impliquer plusieurs techniques et interventions pour assurer la sécurité et le bien-être de la mère et du bébé. Voici un aperçu des méthodes techniques couramment utilisées cas de complication mineur lors de l'accouchement par voie basse :

---

<sup>123</sup> Gabbe's et al, *Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies*, 7th Edition, Philadelphia: Elsevier, 2016.

<sup>124</sup> Cunningham Francis Gary et al. (2018). *Williams Obstetrics*, 25th Edition. New York: McGraw-Hill Education 2018.

<sup>125</sup> Moore Keith Leon, Persaud Tirso Victor, Torchia Mark Geoffrey, *Avant notre naissance: l'essentiel de l'embryologie et des malformations congénitales*, Philadelphia, 2008.

<sup>126</sup> Penny Simkin, Ruth Ancheta, John Wiley & Sons, *Le Labour Progress Handbook : Interventions précoces pour prévenir et traiter la dystocie*, Medical, janvier 2011 p. 424.

- ❖ Les forceps sont par exemple des instruments en métal utilisés pour aider à guider la tête du bébé à travers le canal de naissance, souvent utilisés en cas de difficultés lors de l'expulsion<sup>127</sup>.
- ❖ Une ventouse est utilisée pour créer une aspiration sur la tête du bébé, aidant ainsi à guider le bébé à travers le canal de naissance.<sup>128</sup>
- ❖ L'anatomie est une procédure où le sac amniotique est rompu à l'aide d'un instrument artificiellement pour induire ou accélérer le travail.<sup>129</sup>
- ❖ L'épisiotomie est une incision chirurgicale pratiquée dans le périnée pour agrandir l'ouverture vaginale et faciliter l'accouchement.<sup>130</sup> Il est important de noter que ces interventions comportent dans le cas par exemple de l'épisiotomie des complications graves lie aux infections de la parturiente.

D'autre technique comme l'utilisation de l'ocytocine pour stimuler et augmenter les contractions sont également utilisés. Nous pouvons avoir également des techniques comme l'épidurale pour le contrôle des douleurs ou, l'alternative des positions tel que les positions couchées ou debout lors des accouchements restent encore des techniques très rarement expérimenté dans les hôpitaux publics <sup>131</sup> de Yaoundé.

Cependant, malgré toutes ces techniques qui visent la sécurité lors de l'accouchement par voie basse, elles restent assez limitées et parfois nécessite une technique médicale plus avancée et plus délicat.

### **I.3. Les limites de l'accouchement par voie basse**

L'accouchement par voie basse bien qu'elle soit rassurante et parfois même assister pour limiter les risques qui y sont liées, elle est bien que souvent considéré comme la méthode naturelle et la plus courante pour donner naissance, n'est pas exempt de risques et de complications.

Nous pouvons avoir entre autres :

---

<sup>127</sup> Johanson Richard, Menon Vimal, « Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. » Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010 (2), consulté le 02 mars 2024.

<sup>128</sup> O'Mahony Fionnuala, Hofmeyr Justus, Menon Vimal, « Choice of instruments for assisted vaginal delivery. » Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010 (11).

<sup>129</sup> Smyth Rebecca Mary, Markham Chris, Dowswell Therese, « Amniotomy for shortening spontaneous labour. » Cochrane Database of Systematic Reviews, 2013 (6).

<sup>130</sup> Jiang, Hua, Qian, Xu, Carroli Guillermo, Garner, Paul, « Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. » Cochrane Database of Systematic Reviews, (2017) (2).

<sup>131</sup> Observations faites à HGOPY lors des enquêtes.

- ❖ Les traumatismes Périnéaux : L'une des principales préoccupations lors de l'accouchement par voie basse est le risque de traumatismes périnéaux. Ces traumatismes, qui incluent les déchirures périnéales et les épisiotomies, peuvent avoir des conséquences significatives sur la santé de la mère. Vendittelli sa et Rivière <sup>132</sup> ont souligné dans leur revue des pratiques en France et dans le monde que l'épisiotomie, bien que souvent pratiquée pour prévenir les déchirures graves, peut elle-même entraîner des douleurs, des infections, et des complications à long terme telles que l'incontinence urinaire et fécale<sup>133</sup>.
- ❖ L'Incontinence Urinaire et Fécale : Les traumatismes du plancher pelvien pendant l'accouchement vaginal peuvent augmenter le risque d'incontinence urinaire et fécale chez les femmes. Fauconnier et al ont identifié plusieurs facteurs de risque liés à l'accouchement par voie basse, soulignant que les blessures au plancher pelvien peuvent entraîner des problèmes d'incontinence qui affectent la qualité de vie des femmes à long terme<sup>134</sup>.
- ❖ La dystocie des Épaules : Pour le nouveau-né, l'accouchement par voie basse comporte également des risques. La dystocie des épaules est une complication grave où les épaules du bébé restent coincées après la sortie de la tête, peut entraîner des lésions nerveuses et des fractures pour le nouveau ne. Le Ray, Carayol et Goffinet ont examiné la gestion de cette complication en salle de naissance, soulignant l'importance d'une prise en charge rapide et efficace pour minimiser les risques pour l'enfant<sup>135</sup>.
- ❖ L'asphyxie périnatale est une autre complication sérieuse qui peut survenir lors de l'accouchement par voie basse. Cette condition, qui résulte d'une insuffisance d'oxygène au moment de la naissance, peut avoir des conséquences graves pour la santé du bébé, y compris des lésions cérébrales permanentes. Tessier, Piedboeuf et Francoeur (2014) ont détaillé les approches de prise en charge de l'asphyxie périnatale, soulignant la nécessité d'une surveillance étroite et d'interventions rapides pour protéger la santé du nouveau-né<sup>136</sup>.

---

<sup>132</sup> Vendittelli Françoise, & Riviere Olivier. (2013). « Épisiotomie : revue des pratiques en France et dans le monde. » Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol 1 n°42, p.9-17.

<sup>133</sup> Vendittelli Françoise, & Riviere Olivier, Idem

<sup>134</sup> Fauconnier Arnaud, Amarenco Gérard, Guyot Benoit, Le Normand Ludovic, Raoul Guillaume, & Mansoor Azzedine, « Facteurs de risque de l'incontinence urinaire du post-partum. » Progrès en Urologie, vol 4 n°13, 2003, p.684-692.

<sup>136</sup> Andre Robert Okoko, Georges Ekouya-Bowassa, Emmanuel Moyen, Lucien Claude Togho-Abessou, Henry Luis Atanda, Gabriel Moyenne, Asphyxie périnatale au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Elsevier, 2016.

- ❖ Le travail prolongé est une situation où l'accouchement prend plus de temps que la normale, ce qui peut augmenter les risques d'infection, d'épuisement maternel et de stress fœtal. Vayssiere et Favre ont discuté des complications associées au prolongement du travail, mettant en évidence la nécessité d'une intervention médicale appropriée pour éviter les complications graves pour la mère et l'enfant<sup>137</sup>.
- ❖ La disproportion céphalopelvienne se produit lorsque la tête du bébé est trop grande pour passer à travers le bassin de la mère. Cette condition peut rendre l'accouchement par voie basse impossible<sup>138</sup>.
- ❖ La césarienne d'urgence : Parfois, des complications imprévues pendant l'accouchement par voie basse peuvent nécessiter une césarienne d'urgence, ce qui présente ses propres risques et complications. Sentilhes et Descamps (2012) ont examiné les conditions nécessitant une césarienne d'urgence et les mesures pour minimiser les risques associés à cette intervention<sup>139</sup>.

L'accouchement par voie basse, bien que courant, n'est pas sans risques. Les traumatismes périnéaux, l'incontinence, les complications fœtales comme la dystocie des épaules et l'asphyxie périnatale, ainsi que le travail prolongé et les césariennes d'urgence sont autant de défis qui peuvent survenir. Il est crucial de reconnaître ces limites et de garantir une prise en charge médicale appropriée pour minimiser les risques et protéger la santé de la mère et de l'enfant. Les inégalités d'accès aux soins soulignent également la nécessité d'améliorer les infrastructures de santé dans les régions défavorisées.

## **II. L'EMERGENCE DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE**

L'accouchement par voie haute, communément appelé césarienne, a connu une émergence significative au cours des dernières décennies. Historiquement réservée aux situations d'extrême urgence pour sauver la vie de la mère ou de l'enfant, la césarienne est devenue de plus en plus fréquente, au point de représenter une proportion importante des naissances dans de nombreux pays.

---

<sup>137</sup> Vayssiere Christophe, & Favre René,(2004). « Prolongement du travail et ses complications. », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol 8 n°33 2004, p.713-722

<sup>138</sup> Dufour Philippe, Langer Brigitte, (2010). « Accouchement : indication des césariennes. » EMC – Gynécologie Obstétrique vol 3 n°5 2010, p.1-14.

<sup>139</sup> Sentilhes Loïc, Descamps Pascal,(2012). « La césarienne en urgence : prévention et prise en charge des complications. », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol 8 n°41, p.748-758.

## II.1 L'évolution de la césarienne

D'une intervention légendaire à une pratique moderne, l'histoire de la césarienne est fascinante, marquée par des origines mythiques et une lente progression d'une intervention qui était redouté vers une procédure sûre et efficace. Bien que le terme dérive étymologiquement du latin « caedere » (couper), l'intervention est souvent associée à des figures légendaires comme Indra, Bouddha ou Jules César, symboles de puissance et de royauté<sup>140</sup>. Au départ, la césarienne était principalement utilisée comme une opération post mortem ou comme une dernière option pour sauver le bébé lorsque la maman est morte. De l'ère légendaire aux débuts de la médecine moderne, pendant des siècles, la césarienne était considérée comme un pis-aller dangereux, avec une mortalité maternelle quasi-certaine. Cependant, quelques pionniers ont marqué son histoire :

En 1500, Jacob Nüfer, un châtreur de porcs suisse, réalise avec succès la première césarienne sur sa propre femme avec l'accord des autorités locale, qui était en travail pendant plusieurs jours et dont les médecins et sages-femmes, consultent et jugent impossibles l'accouchement par voie basse<sup>141</sup>.

En 1581, François Rousset, médecin du Duc de Nemour publie le premier traité sur la césarienne en France, entérinant le terme « *césarienne* ». Ce livre a eu une conséquence désastreuse sur les femmes de l'époque puisque son auteur affirmait *remettre la matrice tout doucement, sans rien y coudre, sa rétractation vaut mieux que couture*. Cette indication fut longuement suivie entraînant de nombreux décès par hémorragies. Il est important de préciser que ROUSSET n'avait jamais pratiqué de césarienne lui-même et se contentait d'être théoricien<sup>142</sup>.

Au 18<sup>ème</sup> siècle, on commence à sortir des indications de ROUSSET et à tenter de suturer l'utérus. En 1769, LEBAS est le premier à expérimenter une suture de l'utérus avec du fil en soi et la patiente survit malgré les infections post opératoires.

---

<sup>140</sup><https://www.cesarine.org>, consultée le 12 juin 2023.

<sup>141</sup>Espesset Alain, Césarienne... des histoires dans l'histoire ,7<sup>ième</sup> Congres de GYNECOLOGIE Obstétrique & Reproduction De la Côte d'Azur -Hôtel Negresco –Nice – 17 septembre.

<sup>142</sup><https://www.cesarine.org>, Consulté le 12 juin 2024.

En 1823, Auguste BAUDELOQUE devient un ardent défenseur de l'intervention. Il invente le principe de la césarienne extra-péritonéale qui permet de réaliser une césarienne sans inciser le péritoine<sup>143</sup>.

Ce n'est qu'au 19<sup>ème</sup> siècle que la césarienne a pu progresser grâce à l'avènement de l'anatomie, l'asepsie et l'anesthésie, le « trépied d'or de la chirurgie » selon Mondor.

En 1876, le docteur Eduardo PORRO introduit l'extériorisation systématique de l'utérus, réduisant la mortalité maternelle à 25%. il a été le premier à faire sortir l'utérus de sa cavité afin de mieux l'opérer.

En 1882, Adolf KEHRER et Max SEANGER suturent systématiquement l'utérus, évitant les adhérences. Cette pratique systématique de suture de l'utérus donne des résultats de l'ordre de 90 pourcents de survie. L'anatomie a été la première des trois composantes essentielles à être maîtrisée. L'anesthésie a été vulgarisée en obstétrique grâce aux chirurgiens-dentistes américains MORTON ET WELLS, tandis que l'asepsie a été imposée par Pasteur et Lister, avec des premières démonstrations convaincantes par SEMMELWEIS<sup>144</sup>.

En 1907, Frank imagine l'incision segmentaire basse, une « des plus belles acquisitions de l'obstétrique moderne ». L'année suivante, PFNNENSTIEL met à l'honneur l' (incision pariétal transverse) qui était d'ailleurs déjà propose par certains confrères antérieurs. La césarienne a été modernisée sur environ un siècle grâce à des innovations techniques majeures. Cependant, il faudra attendre la généralisation des antibiotiques, en 1940, mais aussi l'amélioration des conditions d'asepsie, ou encore les progrès de l'anesthésie, pour que l'intervention devienne enfin plus sûre<sup>145</sup>.

Enfin, à partir des années 1990, la pratique de plus en plus en plus fréquente de l'anesthésie locorégionale, péridurale ou rachianesthésie écartent presque tout risque anesthésique aux patients. Autre fois une opération mortelle pour la mère, puis une procédure encore dangereuse mais mieux maitrisée réservée en cas d'extrême nécessité, la césarienne est aujourd'hui une intervention chirurgicale lourde, mais qui n'entraîne plus les mêmes risques de

---

<sup>143</sup> Mireille Laget, La césarienne ou la tentation de l'impossible, XVIIe et XVIIIe siècle [article], *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest Année 1979* 86-2 pp. 177-189.

<sup>144</sup> Gelfand Toby, *Professionalizing Modern Medicine: Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th Century* pays de l'Ouest Année 1979 86-2 pp. 177-189.

<sup>144</sup> Gelfand Toby, *Professionalizing Modern Medicine: Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th Century*, Greenwood Press, 1982.

<sup>145</sup> Sylvie Logean, *La césarienne, l'opération mythique que tout médecin redoutait* Publié le 21 août 2018 disponible sur <https://www.letemps.ch/sciences/sciences-de-la-vie/cesarienne-loperation-mythique-medecin-redoutait>.

décès qu'à ses débuts. Grace à une maîtrise technique accru de l'anatomie, de la maîtrise des risques liés aux hémorragie de la découverte de l'anesthésie et de la découverte des bactéries liés aux infections, et des risques post-opératoires, le nombre de césarienne a considérablement augmenté depuis les années 1990.

## **II.2. La césarienne aujourd'hui**

La césarienne autrefois comme une opération à risques pratiqué sur des femmes mortes en vue de sauver le bébé a connu à travers son évolution et sa médication au fil des temps fait partie de l'une des plus vieilles opérations la plus pratiquées dans le monde à l'heure actuel. Au cours de ces dernières décennies, le taux de césariennes a augmenté de manière significative dans le monde entier. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le taux mondial de césariennes est passé de 6,7 % en 1990 à 19,1 % en 2014<sup>146</sup>. Les raisons de cette augmentation sont complexes et incluent des facteurs médicaux, socio-économiques et culturels<sup>147</sup>. Il existe de grandes variations dans les taux de césariennes entre les différentes régions du monde entre les pays développés et les pays en voie de développement. Dans certains pays développés, comme les États-Unis et le Brésil, les taux de césarienne peuvent dépasser 30 %, tandis que dans certains pays en développement, comme l'Afrique, on note une disparité entre les zones urbaines et les zones rurales<sup>148</sup>. Les facteurs contribuant à ces différences incluent l'accès aux soins de santé, les préférences des patients et des médecins, ainsi que les politiques de santé publique. Cependant, cette augmentation peut également être due à une médicalisation abusive, où les césariennes sont pratiquées à la demande des patientes ou des praticiens sans motif médical, et au profit des cliniques privées<sup>149</sup>. L'augmentation du taux de césariennes a suscité des débats sur les avantages et les risques de cette intervention. Bien que la césarienne puisse sauver des vies dans des situations d'urgence obstétricale<sup>150</sup>, une utilisation excessive peut entraîner des complications pour la mère et l'enfant, notamment des infections, des hémorragies,

---

<sup>146</sup> Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, La santé de la reproduction est importante, mai 2015, disponible sur <http://apps.who>.

<sup>147</sup> Alexandre Dumont, Christophe Zacharie Guilmoto, Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne dans Population & Sociétés 2020/9 (N° 581), p.1- 4.

<sup>148</sup> Christophe Zacharie Guilmoto, Alexandre Dumont, Les césariennes sont-elles devenues trop fréquentes ? Institut de recherche pour le développement (IRD), novembre 2020.

<sup>149</sup> Jean Pierre Dupont, Les enjeux de la médicalisation des naissances : une analyse critique. Revue de la Santé Publique, vol 4 n°35, 2022, p.123-134.

<sup>150</sup> Cécilia Barral. *Césarienne en urgence versus césarienne programmée : morbidité opératoire et post Opératoire précoce comparée*. Sciences du Vivant, 2018.

et des problèmes de santé à long terme<sup>151</sup>. L'OMS recommande que le taux de césarienne ne dépasse pas 10 à 15 % pour optimiser les résultats maternels et infantiles<sup>152</sup>.

### **III. LA CESARIENNE D'UN POINT DE VUE BIOMEDICAL**

La césarienne est une procédure chirurgicale dans la médecine. Cette intervention souvent réalisée lorsque l'accouchement par voie basse est jugé risquer pour la mère et/ou l'enfant ou lorsque les complications surviennent au cours de l'accouchement. D'un point de vu biomédicale, elle est généralement considérée comme une procédure sûre et efficace limitant les risques dans certaines situations comme en cas de complication pendant la grossesse ou l'accouchement. Quelques cas courants qui font recours à cette situation sont : la césarienne élective ou primaire, la césarienne secondaire ou césarienne pratiquée après le début du travail, la césarienne d'urgence et la césarienne.

#### **III.1. La césarienne primaire ou élective et la césarienne sur demande maternelle**

Encore appelée césarienne programmée, la césarienne élective est une césarienne généralement décidée avant l'entrée en travail c'est-à-dire aux alentours de 39SA soit environ à huit mois et demi et non liée à une situation d'urgence<sup>153</sup>. Les indications pour une césarienne programmée sont variées et peuvent être classées en plusieurs catégories principales<sup>154</sup> :

- ❖ Une anomalie comme le placenta prævia, qui se définit comme un recouvrement partiel ou totale du col de l'utérus, empêchant un accouchement vaginal sûr pouvant entraîner des saignements graves pendant le travail et l'accouchement peut être une indication pour une césarienne ;
- ❖ Lorsque le bébé est en position de siège (fesses ou pieds en premier), une césarienne est souvent recommandée, surtout pour les primipares, pour éviter les complications liées à l'accouchement vaginal du siège ;
- ❖ En cas de grossesse multiple, la césarienne peut être programmée en raison du risque accru de complications pendant un accouchement vaginal, surtout si le premier bébé n'est pas en position normale et se présente par exemple par le siège ;

---

<sup>151</sup> <https://www.cesarine.org>.

<sup>152</sup> <https://iris.who>.

<sup>153</sup> <https://www.academiemedecine.fr>.

<sup>154</sup> Seïbou Traore, « indications de la césarienne au centre de santé de San », These de Medecine, Université des Sciences, Faculté de Médecine et d'Odonto Des Techniques et des Technologies tomatologie (FMOS) De Bamako (USTTB), 2021, p.13.

- ❖ En cas de césariennes précédentes, les femmes peuvent avoir un risque accru de rupture utérine lors d'un accouchement vaginal, ce qui justifie souvent une césarienne programmée<sup>155</sup>;
- ❖ Des conditions médicales chroniques liées aux maladies telles que le diabète, l'hypertension sévère, ou certaines maladies cardiaques peuvent rendre un accouchement vaginal risqué pour la mère et le bébé ;
- ❖ La Macrosomie Fœtale c'est lorsque le bébé est anormalement grand (généralement défini comme un poids estimé de plus de 4,5 kg), une césarienne peut être recommandée pour éviter les traumatismes à la naissance, comme la dystocie des épaules.
- ❖ Anomalies fœtales. Certaines malformations congénitales, comme les anomalies du tube neural ou les tumeurs, peuvent nécessiter une césarienne pour réduire les risques de blessures pendant l'accouchement ;

La césarienne programmée permet de prévenir les risques liés à l'accouchement par voie basse lorsque celle-ci est impossible. Cependant, il existe des césariennes sur demande maternelle qui peuvent faire partie des césariennes électives ou programmées. Le choix de ce mode d'accouchement revêt de la peur et de l'anxiété. Certaines femmes peuvent éprouver une forte anxiété à l'idée de l'accouchement vaginal, craignant la douleur, les complications ou les traumatismes. Une césarienne planifiée peut leur offrir un sentiment de contrôle et de sécurité ;

- ❖ Précédente expérience traumatisante : Si une femme a vécu un accouchement vaginal difficile ou traumatisant par le passé, elle peut choisir une césarienne pour éviter de revivre une expérience similaire ;
- ❖ Préférences personnelles ou culturelles : Dans certaines cultures ou contextes sociaux, la césarienne peut être perçue comme une méthode d'accouchement plus moderne ou prestigieuse. Les préférences personnelles ou les pressions sociales peuvent influencer cette décision<sup>156</sup>.

---

<sup>155</sup> HAS, synthèses de la recommandation de la bonne pratique, «*indications de la césarienne programmée à terme*», 2012. Disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).

<sup>156</sup> Hohlfeld Patrick, Marty François, « Césarienne élective et demande maternelle, Médecine et Hygiène », 2004, p2201-2202.

### III.2. La césarienne décidée après le début du travail

Une césarienne décidée après le début du travail est appelée césarienne d'urgence ou semi-urgente<sup>157</sup>. Cette décision est prise lorsque le médecin estime que le travail ne peut pas se terminer normalement par voie vaginale. Elles se présentent dans certains cas comme lorsque :

- ❖ Le col de l'utérus ne se dilate pas suffisamment : si le col ne se dilate pas comme attendu, une césarienne peut être nécessaire pour éviter des complications pour la mère et le bébé<sup>158</sup>
- ❖ La tête du bébé descend mal dans le bassin : si la tête du bébé ne descend pas dans le bassin comme attendu, une césarienne peut être nécessaire pour éviter des complications pour le bébé<sup>159</sup>
- ❖ Mauvaise tolérance fœtale aux contractions utérines : si le bébé ne tolère pas bien les contractions utérines, une césarienne peut être nécessaire pour éviter des complications pour le bébé<sup>160</sup>
- ❖ Accouchement prématuré : si l'accouchement est prématuré, une césarienne peut être nécessaire pour éviter de fatiguer le bébé et pour protéger sa santé.
- ❖ Hémorragie abondante : si une hémorragie abondante survient pendant le travail, une césarienne peut être nécessaire pour éviter des complications pour la mère.
- ❖ Rupture de cicatrice de césarienne antérieure : si une rupture de cicatrice de césarienne antérieure est suspectée, une césarienne peut être nécessaire pour éviter des complications pour la mère.

### III.3. La césarienne d'urgence

Une césarienne d'urgence code rouge est une situation où la vie de la mère ou du bébé est immédiatement en jeu. Voici les principaux éléments à retenir :

Une césarienne code rouge est réalisée en urgence, lorsque le pronostic fœtal et/ou maternel est immédiatement engagé. Cette intervention a lieu lorsqu'il y a :

- ❖ Procidence du cordon le cordon c'est-à-dire lorsque le cordon ombilical sort avant le bébé, ce qui est très dangereux pour le bébé, une césarienne d'urgence doit être faite

---

<sup>157</sup> Bernard Branger, Vincent Dochez, Sandrine Gervier, Norbert Winner, Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Volume 46, Issue 5, May 2018, p. 458-465.

<sup>158</sup> Miller Erick, Grobman William, „Failed trial of labor after cesarean section : The impact on maternal and neonatal outcomes, American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2014.

<sup>159</sup> <https://www.cesarine.org/avant/urgence/>

<sup>160</sup> Silver Robert Michael, Landon Micheal Bradley, et al, Maternal and Neonatal Outcomes of Repeat Cesarean Delivery Following a Trial of Labor Compared with Elective Repeat Cesarean Delivery. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2006.

- ❖ Hématome rétro-placentaire qui se définit comme un saignement important derrière le placenta, pouvant mettre en danger la vie de la mère et du bébé. Césarienne urgente.
- ❖ Présentation dystocique c'est Lorsque le bébé ne se présente pas correctement dans le bassin, ce qui bloque l'accouchement, une césarienne nécessaire peut être faite
- ❖ Lorsqu'il y a bradycardie fœtale permanente ou rythme cardiaque du bébé anormalement bas de manière persistante.
- ❖ Lorsque la mère fait un arrêt cardiaque lié à la grossesse, une césarienne peut être faite d'urgence afin de sauver la vie du bébé et celle de la mère
- ❖ Anomalie du rythme cardiaque fœtal hypoxique qui est rythme cardiaque anormal du bébé par manque d'oxygène peut entraîner à un recours à une Césarienne pour protéger le bébé.
- ❖ Dystocie d'engagement : le bébé ne s'engage pas correctement dans le bassin. Césarienne nécessaire.
- ❖ Placenta anormalement inséré hémorragique : placenta mal positionné causant des saignements importants. Césarienne pour la mère.
- ❖ Désunion de cicatrice utérine : la cicatrice d'une précédente césarienne se déchire. Césarienne pour éviter complications.
- ❖ Aggravation d'une pathologie maternelle l'état de santé de la mère se dégrade pendant le travail. Césarienne pour la protéger.

L'objectif est toujours de sauver la vie de la mère et/ou du bébé dans ces situations d'urgence.

#### **IV. FACTEURS EXPLICATIFS DE L'AUGMENTATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE A HGOPY**

L'augmentation du recours à la césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et de Pédiatrie de Yaoundé (HGOPY) est un phénomène multifactoriel complexe qui reflète les défis auxquels sont confrontés les praticiens médicaux, les femmes enceintes et le système de santé dans son ensemble. Au cours des enquêtes faites à HGOPY, plusieurs cas ont permis de constater que l'une des principales raisons qui expliquent l'augmentation de l'accouchement par césarienne découle du fait que la plupart des césariennes effectués dans cet hôpital sont des cas de césariennes d'urgence pour la plupart référées. Cela s'appuie avec ce témoignage : «*On*

*est un centre de référence. Quand vous êtes au centre de référence, il y a des cas qui viennent inonder vos chiffres... surtout des cas d'urgence»<sup>161</sup>.*

Cette situation était également dû à plusieurs problèmes comme les problèmes hypertensives des parturientes, le bassin rétréci parfois programmée es souffrances fœtales, les problèmes placentaires et enfin les complications lors de l'accouchement.

#### **IV.1. Facteurs liés aux problèmes hypertensifs : cas de la prééclampsie sévère et de l'éclampsie**

Avant de parler d'éclampsie il faut noter qu'elle est précédée d'une première phase appelée pré éclampsie. A première vue, on peut observer les symptômes souvent habituels chez la femme enceinte notamment les douleurs abdominales, les maux de tête, les œdèmes, les nausées. Quand ces petits désagréments s'accompagnent de deux signes annonciateurs. D'une part une hausse anormale de la tension artérielle et d'autre part la présence d'un excès de protéine dans les urines. Dans ce cas on parle de pré éclampsie encore appelée toxémie gravidique qui peut se déclarer dès la 20<sup>ème</sup> semaine de grossesse<sup>162</sup>. La prééclampsie est une complication de la grossesse caractérisée par une hypertension artérielle et souvent des dommages aux organes, principalement le foie et les reins. Les causes exactes de la prééclampsie ne sont pas complètement comprises, mais plusieurs facteurs de risque et mécanismes sous-jacents ont été identifiés. Parmi les causes possibles et facteurs de risque, on trouve :

- ❖ Problèmes de développement placentaire: Une implantation anormale du placenta peut altérer la circulation sanguine entre mère et fœtus, ce qui peut conduire à la prééclampsie.
- ❖ Facteurs génétiques: Un historique familial de prééclampsie augmente le risque de développer cette condition. Certaines études suggèrent des contributions génétiques tant du côté maternel que paternel.
- ❖ Facteurs immunologiques : Une réaction immunitaire anormale entre la mère et le fœtus peut contribuer à la prééclampsie. Cela inclut des réponses immunitaires inadéquates ou des adaptations insuffisantes au fœtus.
- ❖ Facteurs vasculaires : Des anomalies dans les vaisseaux sanguins peuvent réduire le flux sanguin vers le placenta, déclenchant des mécanismes compensatoires qui élèvent la pression artérielle.

---

<sup>161</sup> Entretien du 19/12/2024

<sup>162</sup> WHO\_RHR\_14.17\_fre.pdf

- ❖ Facteurs nutritionnels : Un apport insuffisant en certains nutriments, comme le calcium ou les antioxydants, a été associé à un risque accru de prééclampsie.
- ❖ Facteurs métaboliques : Les conditions métaboliques comme le diabète, l'obésité et les troubles lipidiques peuvent augmenter le risque de prééclampsie.
- ❖ Conditions médicales préexistantes : L'hypertension chronique, les maladies rénales, et les troubles auto-immuns sont des facteurs de risque importants.
- ❖ Grossesses multiples : Porter des jumeaux ou des triplés augmente la charge sur le corps de la mère, augmentant le risque de prééclampsie.
- ❖ Grossesses chez les jeunes ou les femmes plus âgées : Les adolescentes et les femmes de plus de 35 ans présentent un risque plus élevé de développer la prééclampsie.
- ❖ Intervalle inter génésique court ou long : Avoir des grossesses trop rapprochées ou, au contraire, après une longue période sans grossesse peut également augmenter le risque.

La gestion de la prééclampsie repose souvent sur une surveillance étroite de la mère et du fœtus, la gestion de l'hypertension, et, dans les cas graves, la planification d'un accouchement prématuré si nécessaire pour protéger la santé de la mère et de l'enfant.<sup>163</sup>

Lorsque la prééclampsie s'accompagne de signes de dysfonctionnement d'organes (atteinte rénale, hépatique, neurologique, etc.), on parle de pré éclampsie sévère. Cette forme grave nécessite une prise en charge urgente et un accouchement rapide pour éviter les complications maternelles et fœtales.

L'éclampsie correspond à l'apparition de convulsions chez une femme atteinte de pré éclampsie, en l'absence d'autre cause. C'est une complication potentiellement mortelle qui nécessite un traitement d'urgence. Ce cas s'illustre par cette observation lors de l'admission d'une parturiente en salle d'accouchement :

---

<sup>163</sup> Yassine Smiti et al. Complications materno-fœtale de la pré-éclampsie : étude rétrospective (à propos de 136 cas). PAMJ – Clinical Medicine. 2021.

### Encadrement n°1 : Observation de l'admission d'une patiente souffrante d'une éclampsie

C'était une parturiente de 33ans qui était arrivé à 2h du matin inconscient sur la chaîne roulante accompagner par un monsieur et sa jeune sœur. Vu l'état dans lequel elle était, elle était presque défigurée en raison de la nombreuse convulsion qu'elle avait eu et directement les médecins dès sa venue ont prononcé leur diagnostics et ont affirmé qu'elle souffrait d'une éclampsie. Après installation de la patiente et la prise des paramètres, les médecins prescrivent le matériel nécessaire pour la prise en charge. Après cela, la patiente revient à elle. Directement, le médecin fait appel au conjoint de la parturiente et commence à lui poser des questions sur l'état de la patiente :- « bonsoir monsieur. Vous êtes qui pour la patiente ? » Le monsieur répond : « je vis avec elle » directement le docteur continue « bon monsieur le cas de la dame est très grave. Elle a fait ses visites ou ? Ou est son carnet ? » Continua le docteur avec insistance « elle se faisait suivre ou ? » Le monsieur en question resta silencieux. Le docteur lui posa alors la question de savoir si elle faisait la visite prénatale. Le monsieur répondit par une affirmation «oui elle m'a dit qu'elle faisait ses visites ». Le médecin reprend en disant « elle ne faisait pas de visites monsieur c'est pourquoi elle est dans cet état sinon on l'aurait diagnostiqué son problème ci depuis et on l'aurait même donné un traitement et la suivre de près pour son problème de tension là. On va devoir l'opérer en urgence. Ça fait combien de temps qu'elle est comme ça ? » Le monsieur répond «depuis 20H quand je suis rentré elle était comme ça » le médecin reprend « mais pourquoi vous ne l'avez pas amené de sitôt ? » Le monsieur explique que c'était dû au fait que ou ils vivaient il n'y avait pas de moyen de transport ce qui l'avait obligé à marcher à pied jusqu'au carrefour qui se trouvait à une centaine de km afin de trouver un taxi pour enfin d'amener la dame à l'hôpital.

Dans ce cas d'observation, plusieurs éléments apparaissent. D'abord la première qui reflète l'état dégradant de la parturiente, la deuxième l'absence des visites prénatales et la troisième le temps mis avant d'arriver de à l'hôpital.

Cette observation met en lumière les inégalités d'accès aux soins de santé qui peuvent exister encore dans la ville de Yaoundé. Le fait que le couple n'ait pas pu amener plus tôt la femme à l'hôpital, à cause de l'éloignement et du manque de moyens de transport, à aggraver l'état de santé de la parturiente. Cela souligne l'importance de développer les infrastructures médicales dans les zones reculées pour garantir une prise en charge rapide des urgences obstétricales. Le fait que la femme n'ait pas effectué de suivi prénatal malgré sa tension artérielle élevée suggère un manque d'information sur les risques du pré éclampsie. Une meilleure éducation des femmes enceintes, notamment dans les milieux très éloignés des structures sanitaires, permettrait de détecter et prendre en charge plus précocement ce type de complications. La réaction du conjoint, qui ne semble pas avoir insisté pour emmener sa compagne plus tôt à l'hôpital, interroge sur la dynamique de couple et le rôle du mari dans le suivi de grossesse. Une meilleure implication des hommes dans la santé maternelle pourrait encourager les femmes à consulter régulièrement.

De plus, la prééclampsie est une maladie unique de la grossesse qui complique, à l'échelle mondiale, 2 à 8% des grossesses<sup>164</sup> et survient dans 2-8% de toutes les grossesses<sup>165</sup>. Environ 10-15% des nullipares et 3-5% des multipares vont développer une HTAG et le pré éclampsie va survenir chez 3-7% des nullipares et 1-3% des multipares<sup>166</sup>. Aux Etats-Unis la prééclampsie concerne environ 5% des grossesses et parmi elles 0,5-2% évolueront vers l'éclampsie<sup>167</sup>.

L'éclampsie est une cause de complication de 0,2-0,5% de toutes les grossesses<sup>168</sup>. Sa létalité demeure élevée dans les pays développés et encore plus dans les séries africaines. Une étude menée à l'hôpital de HGOPY permet de se rendre compte qu'elle est un facteur commun de naissance prématurée, et représente 20 % du total des admissions en soins intensifs néonataux<sup>169</sup>.

Une autre étude menée à l'hôpital Laquintinine de Douala allant de 2010 à 2015 permet de se rendre compte que qu'elle tend à une croissance de 6,12%<sup>170</sup>. Selon l'avis des médecins au Cameroun, environ 15 femmes par jour meurent à cause de cette maladie<sup>171</sup>. Au cours de cette l'enquête, 8 femmes/25 admises en urgence souffraient d'un problème lié à la tension artérielle élevée. Pour la plupart c'était des primipares dont l'âge variait entre 17 à 29, d'autre part l'âge avance des parturientes qui allaient de 37 à 41 ans<sup>172</sup>. Ces dernières présentaient avaient une tension artérielle élevée dans les 10/11 dont les signes représentés étaient : les céphalées, les œdèmes des membres inférieurs, les convulsions, les épis gastralgies, et des troubles visuels.

Cette maladie peu connue par les patientes peut entraîner des hauts risques pour la mère et le bébé. Dans les cas enquêtés, deux femmes primipares avouent n'avoir jamais entendu parler de cette maladie. Une parturiente interrogée s'exprime à ce propos :

*D'abord à 5 mois j'ai pris ma tension. C'était à 15 mois je ne savais pas que c'était mauvais je continuais dans mes business. Et puis un jour sur un coup de colère j'ai*

---

<sup>164</sup> Maud-Laure Dayer, Amélie Vocat, Agnès Ditisheim, Antoinette Pechere-Bertschi, Pronostic réno-vasculaire de la prééclampsie chez la mère et l'enfant, Revu Médical Suisse, 11 septembre 2013, disponible sur <https://www.revmed.ch>

<sup>165</sup> World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy. Geographic variation in the incidence of hypertension in Pregnancy. Am J Obstet Gynaecol 1988, n° 158, p.80-83.

<sup>166</sup> Pottecher Thierry ; Conférence d'experts – 2000. Réanimation des formes graves de prééclampsie. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 n°30,p.121-131.

<sup>167</sup> Saftlas Audrey et al; Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979 – 1986. American journal of obstetric and Gynaecology Aug 1990.[https://doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)91176](https://doi.org/10.1016/0002-9378(90)91176).

<sup>168</sup> Rachel Grace Sinkey et al, Prevention, Diagnosis, and Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy : a Comparison of International Guidelines. Curr Hypertens Rep. 2020 Aug 27 ;22(9) :66. Doi : 10.1007/s11906-020-01082-w. PMID : 32852691 ; PMCID : PMC7773049.

<sup>169</sup> <https://santenatureinfos.com/cameroun-eclampsie-en-moyenne-15-femmes-meurent-par-jour-au-pays/>

<sup>170</sup> Essome Henry ;La prééclampsie à l'Hôpital Laquintini de Douala, 8Health Sci. Dis : Vol 20 (5) September – October 2019 Available free at [www.hsd-fmsb.org/Article](http://www.hsd-fmsb.org/Article) Original Pre-Eclampsia at Laquintinie Hospital (Douala) : Survey of Prevalence and Morbidity from 2010 to 2015.

<sup>171</sup> <https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1552>

<sup>172</sup> Observation faite à HGOPY.

*commencé à ressentir des douleurs on a fait des examens, on m'a annoncé que je faisais déjà la prééclampsie. Comme la prééclampsie ça ne fait pas mal, ça ne fait pas mal à la tête rien j'ai supplié le gynécologue de me laisser et il m'a prescrit les remèdes. Bon je suis sortie contre avis néanmoins il a prescrit les remèdes...c'était aussi ma première fois d'entendre parler de la prééclampsie dans ma chambre, il y a un médecin qui vient me dire qu'on va m'opérer<sup>173</sup>.*

Ce discours illustre les défis que peuvent poser la gestion de la prééclampsie, notamment lorsque les symptômes ne sont pas évidents surtout pour les parturientes. Ce cas met en lumière les inégalités d'accès à l'information et aux soins de santé qui peuvent exister dans certains contextes sociaux. Le fait que la parturiente n'a jamais entendu parler de la prééclampsie avant d'être hospitalisée suggère un manque d'éducation au niveau des visites prénatales et par conséquent une exclusion de cette dernière sur les risques de cette maladie<sup>174</sup>

D'autant plus que une parturiente peut développer cette maladie sans s'en rendre compte dû au fait que certains symptômes soient moins ressentis, *Déjà la prééclampsie, la tension, les médecins te disent madame, faut garder votre calme il faut, baisser la tension. Tu as l'impression d'être calme mais à chaque fois qu'on prend ta tension c'est élevé et tu ne comprends rien<sup>175</sup>*. Ce cas illustre le fait que la prééclampsie peut être asymptomatique et peut mener à des états graves si elle n'est pas rapidement prise en charge. D'autant plus que les parturientes adoptent un certain nombre de comportement normal face à cette maladie qui selon les cas ne représente aucun danger et malgré le traitement prescrit et par le personnel soignant. Une parturiente s'explique à ce propos :

*C'est qu'au quatrième mois, je devais avoir une visite mais je ne l'ai pas fait j'étais voyagé à l'Est pour un travail. Bon quand je devais rentrer, je suis rentrée ça n'a pas fait que deux mois en revenant que je prends rendez-vous c'est là qu'on me dit que je fais la tension, que je fasse attention. Quand je reviens, on vient prendre ma tension elle est à 170. Je demande si c'est grave, moi je me sentais bien d'attaque comme d'habitude, je continuais mon travail tranquille après elle me dit ça c'est grave tu ne dois même pas dépasser 150 dans ton état.... C'était à 170 mais mes pieds étaient énormes. Je n'avais jamais vu mes pieds comme ça c'était énorme mais je n'étais pas essoufflé, je n'avais pas un sifflement d'oreille, j'avais des troubles de vue à part des pieds qui enflaient cette tension-là qui était là de manière permanente C'est toujours la tension qui cause ça ?!<sup>176</sup>.*

Ce récit est celui d'une parturiente multipare de 37 ans mariée et exerçant dans une structure privée. Il révèle que le fait que la parturiente ait manqué sa visite de suivi au 4<sup>e</sup> mois

---

<sup>173</sup>Entretien du 18/12/2023

<sup>174</sup> Gladys Suils-Porte, Le vécu de la pré-éclampsie sévère de femmes à un mois de leur accouchement et amélioration continue de la prise en charge psychologique, Mémoire en vue de l'obtention du diplôme d'Etat de sage-femme, Université De Bordeaux Ecole De Sages-Femmes De Bordeaux, 2016, p. 16-17.

<sup>175</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>176</sup> Entretien du 19/12/2023

de grossesse en raison d'un déplacement professionnel est préoccupant et explique dans une certaine mesure, que le manque de précautions des parturientes peut de manière directe ou indirecte jouer sur la prise en charge de leur grossesses. Les visites prénatales régulières sont essentielles pour dépister et prévenir les complications de grossesse. Ce retard a pu contribuer à l'aggravation de son état de santé. Le manque de suivi médical régulier a conduit la difficulté à gérer correctement cette complication. De plus, cette maladie très peu connue du public, l'éclampsie est souvent associée dans l'imaginaire de certains par manque d'information comme une attaque mystique due à la survenue des convulsions de la parturiente.

*Moi je n'ai jamais vue ça hein jamais...après les docteurs viennent me dire que c'est la tension, la tension de quoi ma'a ? Elle a quel problème ? Ce sont les sorciers la qui voulaient finir avec nous comme ça. Comme ils ont échoué sur la mère ils attaquent l'enfant. On a appelé notre pasteur, il a dit qu'elle est possédée mais il a prié ça n'a rien donné. L'ennemie quand il ne peut rien sur toi c'est l'enfant qu'ils cherchent <sup>177</sup>.*

Ce discours illustre bien que l'éclampsie qui est le dernier stade de l'hypertension pendant la grossesse reste encore méconnue par les parturientes et leurs entourages. La seule option étant de déclencher l'accouchement afin de stopper ses effets. La mention des « sorciers » qui auraient voulu « finir avec elle » suggère que cette accompagnatrice attribue ces problèmes de santé à des causes surnaturelles ou magiques, plutôt qu'à des facteurs médicaux. Cette interprétation culturelle des problèmes de santé est fréquente dans certaines communautés et peut influencer la manière dont les soins de santé sont perçus et recherchés.

Par ailleurs, dès l'apparition des œdèmes, la parturiente, et, ou ses proches utilisent certains des herbes dites médicinales tel que la citronnelle couramment appelée tisane pour estomper les œdèmes qui est le symptôme le plus apparent. et du fait que le magnésium ne marche pas avec tout le monde. La mère d'une parturiente s'exprime à ce sujet

*Moi je ne sais pas hein, la tisane quand elle buvait elle avait diminué nhr, elle avait bien diminué les deux jours qu'elle a bu là j'imagine seulement si elle n'avait pas bu. Le magnésium elle ne boit rien, les remèdes elle boit matin midi soir rien. Pour finir même on part voir le spécialiste il ne prescrit rien elle ne fait que gonfler, gonfler <sup>178</sup>.*

Ce récit faisant mention de la tisane suggère que la mère de la parturiente a eu recours à une médecine alternative pour tenter de résoudre ce problème de santé. Cependant, il est important de noter que les effets des médecines alternatives peuvent être subjectifs et difficiles à évaluer sans un suivi médical rigoureux. Cela peut être lié à un manque de communication ou de confiance entre la parturiente et le professionnel de santé, ou à une difficulté à établir un diagnostic précis. Les deux parturientes avaient par ailleurs n'avaient jamais entendu parler de

---

<sup>177</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>178</sup> Entretien du 02/12/2023

cette maladie lors des CPN ce qui a par conséquent retarder leurs prises de connaissance vis-à-vis de la maladie et leur prise en charge et mener à une césarienne. Une des raisons de cette maladie résulte dans certaines littératures que cette maladie serait étroitement liée à l'alimentation. Les aliments spécifiques qui augmentent le risque de pré éclampsie incluent ceux d'origine animale en quantité insuffisante, comme dans un régime végétalien, qui peut entraîner une carence en protéines<sup>179</sup>. De plus, une consommation élevée d'aliments transformés est associée à un risque accru de pré éclampsie, tandis qu'un régime méditerranéen, riche en fruits, légumes et légumineuses, est lié à une réduction de ce risque.

#### **IV.3. Facteurs liés à la morphologie du bassin de la parturiente et la position du bébé**

Le « canal de naissance » des femmes, également appelé canal pelvi génital, est une structure osseuse située à la base de la colonne vertébrale. Elle est généralement constituée de l'os coxal (ou os iliaque), composé de trois parties fusionnées : l'ilium, l'ischium et le pubis. Le sacrum, un os triangulaire situé à la base de la colonne vertébrale. et le coccyx, un petit os situé sous le sacrum comprend plusieurs rôles à savoir : Le bassin supporte le poids de la partie supérieure du corps lorsqu'on est assis ou debout. Elle assure également la protection des organes vitaux comme la vessie, le rectum et les organes reproducteurs. Elle permet le transfert du poids du tronc aux membres inférieurs pendant la marche, la course et d'autres activités physiques et permet également des mouvements variés du tronc et des hanches, tout en assurant la stabilité du corps<sup>180</sup>.

Il est constitué du grand bassin qui est à la partie supérieure et plus large qui soutient les organes abdominaux et le petit bassin dont la partie inférieure et plus étroite qui contient les organes pelviens. Dans le cadre de ce travail, Dans la reproduction humaine, le bassin joue un rôle très important et est selon les travaux de Caldwell et Molloy<sup>181</sup> est classé de manière spécifique en 04 différents types variant d'une femme à l'autre à savoir :

- ❖ Le bassin gynécoïde, qui représente 50% des femmes, caractérisé par un détroit supérieur légèrement ovoïde avec des arcs antérieurs et postérieurs larges et arrondis.

Ce type de bassin est le plus commun et accepte toutes les variétés de position du fœtus.

---

<sup>179</sup> <https://www.parents.fr>

<sup>180</sup> Camille Gaubert, L'accouchement devrait être géré différemment selon les origines de la mère, sciences et avenir, 2018 disponible sur [https://www.sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/la-forme-du-bassin-feminin-differe-selon-l-origine\\_128921](https://www.sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/la-forme-du-bassin-feminin-differe-selon-l-origine_128921)

<sup>181</sup> Caldwell William Edgard, Moloy Harlan Charles Anatomical Variations in the Female Pelvis : Their Classification and Obstetrical Significance : (Section of Obstetrics and Gynæcology). Proc R Soc Med. 1938 Nov; 32(1):1-30. PMID: 19991699 ; PMCID : PMC1997320.

- ❖ Le bassin androïde, représentant 20 à 25% des femmes, a un détroit supérieur triangulaire avec un arc antérieur étroit et un arc supérieur large et plat. Ce type de bassin est particulièrement difficile pour l'accouchement (dystocique) et accepte plutôt les variétés de position postérieures du fœtus.
- ❖ Le bassin anthropoïde a un détroit supérieur franchement ovoïde à grand axe antéro-postérieur, donc rétréci transversalement. Il se rencontre chez les femmes grandes et minces aux hanches étroites.
- ❖ Enfin, le bassin platypelloïde de forme plate ne correspond pas à un morphotype précis mais est rétréci dans tous les diamètres. Ce type de bassin ne permet pas généralement le passage du bébé lors de l'accouchement.

Pendant la grossesse, l'action des hormones telles que la relaxine notamment permet un ramollissement et un relâchement progressif des ligaments du bassin. Ces ligaments deviennent plus souples. Le nouveau-né lui aussi travaille en adaptant sa position aux différents détroits. Son crâne, dont les os ne sont pas encore soudés, va parallèlement se modeler pour passer plus facilement. Cela entraîne une légère augmentation des dimensions du bassin, en particulier au niveau du diamètre transverse<sup>182</sup>.

Au moment de l'accouchement, les contractions utérines et la poussée du bébé exercent une pression sur le bassin qui se dilate encore un peu. Le coccyx peut même se déplacer en arrière de quelques centimètres pour agrandir le détroit inférieur<sup>183</sup>. Lors de l'accouchement, le bébé doit franchir successivement le détroit supérieur, le détroit moyen puis le détroit inférieur du bassin. Le bassin doit être suffisamment large pour permettre le passage du bébé. Lorsque la voie ne permet pas le passage de l'enfant, on parle du bassin étroit ou rétréci.

Avoir un bassin rétréci signifie que les dimensions du bassin de la femme sont plus petites que la normale, ce qui peut compliquer l'accouchement par voie basse. Elle est considérée comme rétréci lorsque certains de ses diamètres sont inférieurs aux normes, en particulier le diamètre promonto-rétro-pubien (PRP < 10,5 cm) et le diamètre transverse médian (TM < 12 cm). Les causes d'un bassin rétréci sont souvent congénitales (rachitisme, ostéomalacie) ou liées à des traumatismes antérieurs. Un bassin rétréci peut être dépisté pendant

---

<sup>182</sup><https://www.parents.fr/accouchement/accoucher/le-deroulement-de-l-accouchement/comment-evolue-le-bassin-durant-laccouchement-1027341?utm>

<sup>183</sup><https://www.parents.fr/accouchement/accoucher/le-deroulement-de-l-accouchement/comment-evolue-le-bassin-durant-laccouchement-1027341?utm>

la grossesse par des examens cliniques et radiologiques (pelvimétrie)<sup>184</sup>. Mais dans certains cas, il n'est détecté qu'au moment du travail, ce qui par conséquent peut conduire à une intervention de césarienne d'urgence.

Hormis ces causes sus citée, l'étroitement du bassin est parfois dû à certains comportements que les parturientes adoptent en matière de santé sexuelle. Cette observation met en exergue une des causes :

**Encadré n°2 : Observation de l'admission d'une parturiente en salle d'accouchement**

Il s'agit d'une parturiente de 31 ans qui fût transporté en salle pour un accouchement et qui en était à sa deuxième grossesse. La parturiente en question avait auparavant conçu un enfant qui se retrouve aujourd'hui à 6 cinq ans. Dès son admission en salle d'accouchement, les gynécologues, stagiaires et sagefemme se retrouvent autour de cette dernière qui l'installa pour prendre certaines données et consulter la parturiente. Les stagiaires prenaient les paramètres de la parturiente. Quand vient le moment du toucher par le gynécologue, son vagin était super étroit et serré. Le gynécologue au moment du toucher constatèrent que dans son vagin, le il avait comme un anneau rigide, d'après leurs son observation qui empêchait presque de pouvoir insérer les doigts pour le touché vaginal. Cela indisposa ce dernier et demanda à un autre collègue de consulter la patiente à son tour afin de comprendre et d'avoir un diagnostic précis. À ce moment, les gynécologues en présence commencèrent à poser des questions à cette dernière afin de comprendre quel était le problème vu qu'elle avait accouché par voie normale sans problème. Il se révèle que la parturiente avait utilisé des ovules traditionnels pour pouvoir rétrécir son vagin qu'elle trouvait béant après son premier accouchement. Les médecins gynécologues lui ont demandé depuis combien de temps elle usait de cette pratique, elle à affirmer que cela datait de son premier accouchement c'est à dire sur une durée de 06ans. Elle a par conséquent dû accoucher par césarienne du fait du risque trop grand de lacération en cas d'accouchement par voie basse

Ce cas illustre une situation où la parturiente a utilisé des ovules traditionnels pour rétrécir son vagin après son premier accouchement, car elle le trouvait trop *béant*. Ce qui a entraîné des complications lors de son deuxième accouchement, nécessitant une césarienne.

Il faut noter que l'utilisation d'ovules traditionnels pour rétrécir le vagin après un accouchement est une pratique répandue notamment en Afrique. Ce comportement révèle une préoccupation de la patiente concernant son apparence génitale après l'accouchement, liée à

---

<sup>184</sup> Jagani Nirav et *al.* The predictability of labor outcome from a comparison of birth weight and x-ray pelvimetry, *Am J Obstet Gynecol.* 1981 Mar 1 ;139(5):507-11. Doi : 10.1016/0002-9378(81)90508-1. PMID : 7468717.

des normes sociales et culturelles<sup>185</sup> et même religieuse<sup>186</sup> sur ce qui est considéré comme « *normal* » ou « *désirable* »<sup>187</sup>. Par ailleurs certaines femmes au Soudan où la population est majoritairement musulmane, choisissent de subir une mutilation génitale féminine (MGF) un mois ou deux avant leur mariage pour prétendre être vierges<sup>188</sup>. Ces pressions sociales sont dues plusieurs facteurs notamment la pression sociale et le désir de garder leur conjoint ou mari. Certaines femmes subissent des pressions pour se conformer à ces pratiques afin de « *garder leur mari* » pour qu'ils n'aillent pas « *voir ailleurs* » où dans certains cas et culture qu'ils ne prennent pas une *seconde épouse* où la polygamie est une norme<sup>189</sup>.

Une autre raison c'est l'amélioration de la satisfaction sexuelle. Le rétrécissement vaginal est parfois perçu comme un moyen d'accroître le plaisir sexuel<sup>190</sup>, la stimulation pour les partenaires et enfin la restauration de la virginité symbolique. Après un accouchement, certaines femmes cherchent à retrouver une apparence génitale « *vierge* » grâce à ces méthodes traditionnelles.

Ces produits à base de plantes comme le beurre de karité<sup>191</sup>, le clou de girofle<sup>192</sup>, l'écorce de manguier, l'écorce du goyavier<sup>193</sup>, les feuilles de djeka, l'amningrin,<sup>194</sup> le neb-neb<sup>195</sup>, le gongoli<sup>196</sup>, les feuilles de tabac, les graines de cannabis, les cristaux de menthe<sup>197</sup> et autres sont des produits couramment utilisés par les femmes pour rétrécir temporairement le vagin. Il arrive même que les grands-mères transmettent à leurs petites-filles leurs recettes miracles.

---

<sup>185</sup> Touré Zalia Maïg; *les femmes face aux traditions dans les littératures et cinéma contemporain de l'Afrique francophone*, A dissertation submitted to the Faculty of the Department of French And Italian in partial fulfillment of the requirements of the degree of doctor of Philosophy with Major in french, the university of Arizona, 2010.

<sup>186</sup> Maïa Mazaurette, La virginité, une obsession qui a la vie dure, le Monde, 2024 disponible sur [https://www.lemonde.fr/intimites/article/2024/02/04/la-virginite-une-obsession-qui-a-la-vie-dure\\_6214669\\_6190330.html](https://www.lemonde.fr/intimites/article/2024/02/04/la-virginite-une-obsession-qui-a-la-vie-dure_6214669_6190330.html)

<sup>187</sup> Noëlle Hausman, Note sur l'intégrité physique des vierges consacrées, Une question disputée, Dans Nouvelle revue théologique 2009/3 (Tome 131), pages 614 à 624

<sup>188</sup> <https://www-bbc-com.cdn.ampproject.org/v/s/www.bbc.com/afrique/monde-50851724>

<sup>189</sup> <https://www.france24.com/fr/observateurs-ligne-directe/20170107-2017-01-07-0915-observateurs-ligne-directe>

<sup>190</sup> <https://www-grazia-fr.cdn.ampproject.org>

<sup>191</sup> Le beurre de carité est généralement congelé et ingéré dans la partie intime de la femme et généralement appelé ovules traditionnel. Elle a des propriétés de lutte contre les infections et les odeurs vaginales. Elle a également des propriétés de raffermissement d'adoucissement et de réchauffement de la partie intime de la femme.

<sup>192</sup> Elle a des propriétés de combattre les mauvaises odeurs vaginales et accentuent les sensations au niveau des muqueuses chez la femme.

<sup>193</sup> Ces plantes jouent le rôle d'assainissement du vagin et le resserrent bien la voie intime de la femme

<sup>194</sup> Ces plantes provenant du Sénégal mais existant également au Cameroun et dans d'autres pays d'Afrique sont couramment utilisés pour rétrécir le vagin comme si il n'avait jamais accouché ni eu des rapports intimes

<sup>195</sup> Neb neb en sénégalais, acacia nolaticum terme scientifique

<sup>196</sup> Elle est utilisée pour nettoyer les impuretés du ventre et permet de soigner les règles douloureuses. C'est l'une des meilleurs alliés des femmes pour récupérer après la grossesse. Il permet également de perdre du ventre et de guérir rapidement et donne une bonne odeur à la voie intime de la femme

<sup>197</sup> Vu sur des tuto sur youtube, tiktok et Facebook

Mais avec les réseaux sociaux, le phénomène a pris de l'ampleur et inquiète le milieu médical. Dans des vidéos vues plusieurs centaines de milliers de fois, des YouTube uses, tiktoqueuses donnent leurs conseils pour « redevenir vierge » sans parfois avoir aucune compétence.

De plus, leur utilisation à long terme peut avoir des conséquences négatives sur la santé à long terme<sup>198</sup>. Ces risques dépendent en effet du produit utilisé car qui dit naturel ne signifie pas forcément approprié à santé et à l'organisme de chacun. Le premier risque c'est « *l'apport d'un corps étranger qui, expose aux infections. Cela s'aggrave et perturbe l'écosystème au niveau du vagin* », affirme le professeur Pascal Foumane<sup>199</sup>. Pour ce professeur agrégé en gynécologie, le premier effet de ces produits c'est :

*L'assèchement du vagin par des substances telles que l'argile verte, les pierres blanche et noire qui va les rendre plus fragiles. Parce que lors du rapport sexuel, la lubrification protège contre le traumatisme. Qui dit traumatisme, ulcération, dit risques infectieux (augmentation du risque d'attraper le VIH/sida, l'hépatite B). Comme je l'ai déjà signifié, l'écosystème du vagin sera aussi perturbé<sup>200</sup>.*

De plus, l'utilisation de ces produits peut entraîner la destruction de la flore vaginale et exposer le vagin à tout type de pathologie. En effet,

*Certaines de ces substances ont un effet nocif, toxique à l'instar du tabac, mais aussi le cannabis que certaines femmes utilisent...L'une des conséquences les plus graves, est l'effet caustique (qui attaque par son action chimique) pour certaines substances notamment les écorces, les feuilles de plantes, utilisées pour les bains de vapeur. Ces produits entraînent une ulcération. Celle-ci va s'infecter et créer une grosse inflammation qui va laisser des cicatrices vicieuses au niveau du vagin que nous appelons la gy atrésie. Ces cicatrices vont réduire le diamètre du vagin et peuvent le fermer totalement<sup>201</sup>.*

Ce qui par conséquent donne l'illusion aux femmes qui utilisent ces produits qu'elles sont redevenues vierge. Ces produits peuvent par conséquent avoir des répercussions,

*Graves en termes de difficultés dans les rapports sexuels. Elles peuvent conduire à l'infertilité. Parfois, le sang des règles n'arrive plus à circuler. On est obligé d'opérer ces femmes. Et quand elles arrivent à tomber enceintes, le bébé qui pèse plus de 3 kg ne peut passer à cause de cet obstacle cicatriciel autour du vagin. Nous sommes contraints de pratiquer des césariennes. Plusieurs césariennes sont le résultat de ces produits utilisés soi-disant pour réduire le vagin ou pour nettoyer le bas-ventre<sup>202</sup>.*

---

<sup>198</sup> Ikambere « La Maison Accueillante », pratiques à risque et santé sexuelle chez les femmes migrantes d'Afrique Subsaharienne, 2016.

<sup>199</sup> <https://lejour.cm/ces-produits-peuvent-entrainer-la-fermeture-du-vagin/?utm>

<sup>200</sup> <https://lejour.cm/ces-produits-peuvent-entrainer-la-fermeture-du-vagin/?utm>

<sup>201</sup> <https://lejour.cm/ces-produits-peuvent-entrainer-la-fermeture-du-vagin/?utm>

<sup>202</sup> <https://lejour.cm/ces-produits-peuvent-entrainer-la-fermeture-du-vagin/?utm>

Ce témoignage met en lumière les graves conséquences de certaines pratiques traditionnelles de réduction du vagin, très répandues dans certaines cultures. Ces pratiques, souvent réalisées sans précaution et parfois dans des conditions d'hygiène précaires, peuvent entraîner des complications médicales majeures chez les femmes qui y sont soumises. L'utilisation de produits soi-disant pour « réduire le vagin » ou « nettoyer le bas-ventre » témoigne d'une vision patriarcale et normative du corps féminin, qui doit être constamment contrôlé et « amélioré » selon des standards esthétiques et fonctionnels définis par la société.

Sur le plan sexuel, les cicatrices et rétrécissements provoqués rendent les rapports douloureux et difficiles, voire impossibles. Ces méthodes quelque part falsificatrice<sup>203</sup> du corporel féminin peut gravement compromettre la fertilité du couple, la pénétration étant rendue difficile ou impossible. Ce qui fait que lors de grossesses ultérieures, les cicatrices peuvent empêcher le passage normal de l'enfant, obligeant à recourir à des césariennes à répétition.

#### **IV.4. Facteurs liés au poids du bébé**

Le poids du bébé à la naissance est un élément essentiel à prendre en compte pour déterminer le mode d'accouchement le plus adapté. Un poids trop élevé ou trop faible peut en effet nécessiter une césarienne. Une césarienne peut être planifiée si le bébé est trop gros par rapport au diamètre du bassin de la mère. Dans environ 3 % à 5 % des grossesses, le bébé se présente dans une position non favorable à un accouchement vaginal, comme par le front, la face, les fesses, les pieds ou l'épaule au lieu de par la tête<sup>204</sup>. Dans ces cas, une césarienne peut être nécessaire si une version (manœuvre pour retourner le bébé) n'est pas possible ou contre-indiquée.

Cependant, une présentation par le siège n'implique pas automatiquement une césarienne. En 2009, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a modifié ses lignes directrices pour ne plus recommander une césarienne systématique dans ces cas<sup>205</sup>. L'équipe médicale évaluera la situation au cas par cas en fonction de plusieurs facteurs, dont la morphologie de la mère et du bébé, pour déterminer si un accouchement par voie basse est envisageable ou si une césarienne est préférable pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant.

---

<sup>203</sup> Trọng Hiếu Đình, « Vraies et fausses vierges au Viêt Nam. La falsification corporelle en question », Extrême-Orient Extrême-Occident [En ligne], 32 | 2010, mis en ligne le 01 octobre 2013, consulté le 29 juillet 2024. URL : <http://journals.openedition.org/extremeorient/115> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/extremeorient.115>

<sup>204</sup> Élise Bellanger. La macrosomie : accouchement de plus de 4000g, état des lieux au centre hospitalier Universitaire de Rouen. Gynécologie et obstétrique, mémoire en vue de l'obtention de diplôme d'Etat de sages femmes, 2019 .

<sup>205</sup> <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/grossesse-accouchement-cesarienne/?utm>

Par ailleurs, il existe plusieurs causes possibles d'un poids de bébé important pendant la grossesse. Plusieurs éléments peuvent influencer le poids du bébé à la naissance, au-delà des seuls aspects médicaux. Il est important de prendre en compte les déterminants sociaux de santé pour accompagner au mieux les femmes enceintes.

Un diabète gestationnel chez la mère peut entraîner une macrosomie (gros bébé) car le glucose traverse le placenta et fait grossir le bébé. Un dépistage est réalisé entre 24 et 28 semaines de grossesse.

#### **IV.5 Facteurs liés au poids de la mère**

Une prise de poids maternelle excessive pendant la grossesse, supérieure à 2 kg par semaine, peut être un signe de macrosomie fœtale. Cependant, ce critère doit être nuancé en fonction de la situation sociale et économique de la femme enceinte. La prise de poids excessive pendant la grossesse est un facteur de risque important de macrosomie fœtale, c'est-à-dire un bébé de poids supérieur à 4 kg à la naissance. Cette augmentation de poids du bébé peut entraîner des complications lors de l'accouchement, notamment un risque accru de dystocie des épaules, de disproportion fœtaux-pelvienne et de recours à la césarienne<sup>206</sup>.

Cette étude montrait que les femmes ayant pris trop de poids pendant la grossesse ont un taux plus élevé de césariennes, en lien avec la proportion plus importante de bébés macrosomies chez cette population. L'association entre macrosomie fœtale et prise de poids excessive entraîne une augmentation du volume des tissus mous pelviens maternels, ce qui peut mener à des disproportions fœtaux-pelviennes nécessitant une césarienne. Cette prise de poids peut conduire à des complications lors de l'accouchement par voie basse pouvant parfois nécessiter le recours à une césarienne.

En effet, la macrosomie fœtale peut entraîner des complications comme une dystocie des épaules ou une disproportion fœto-pelvienne, rendant l'accouchement par voie basse difficile et risqué. Dans ces cas, une césarienne en urgence peut s'avérer nécessaire pour éviter des complications graves pour la mère et l'enfant.

---

<sup>206</sup> Noémi Marissal. « *La prise de poids excessive au cours de la grossesse : étude comparative de deux Populations de primipares de corpulence normale avant la grossesse ayant accouché à terme au CHU D'Amiens entre juillet 2016 et juillet 2017* », Mémoire pour le diplôme de sage femme, Faculté de Médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2018.

Ce chapitre nous a permis de comprendre comment la médicalisation de l'accouchement, marquée par la prévalence croissante des césariennes, reflète une transformation significative des pratiques obstétricales. Cette évolution, bien que motivée par des impératifs de sécurité et des avancées technologiques, soulève des enjeux complexes et multidimensionnels. La pratique de la césarienne a indéniablement permis de réduire les risques pour les mères et les nouveau-nés dans des situations d'urgence, offrant une alternative vitale en cas de complications. Cependant, elle a également été associée à une médicalisation accrue de l'accouchement, souvent perçue comme une réponse systématique aux préoccupations médicales plutôt qu'une solution strictement nécessaire.

## **Chapitre II :**

# **ROLE DU SUIVI PRENATALE ET IMPLICATION DES PROTOCOLES MÉDICAUX DANS L'AUGMENTATION DES CÉSARIENNES A L'HÔPITAL GYNÉCO-OBSTETRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDÉ (HGOPY)**

La césarienne est une intervention chirurgicale de plus en plus courante dans le domaine obstétrical, et son utilisation soulève des questions cruciales concernant la prise en charge des grossesses. Les césariennes peuvent être classées en deux catégories : programmées et en urgence. Les césariennes en urgence, souvent perçues comme des interventions nécessaires pour préserver la santé de la mère et de l'enfant, sont fréquemment le résultat d'une prise en charge inadéquate des complications survenant durant la grossesse ou le travail.

Parallèlement, l'augmentation des césariennes programmées est souvent liée à l'application de protocoles médicaux qui, bien qu'ils visent à améliorer la sécurité, peuvent également contribuer à une médicalisation excessive de l'accouchement. Ces protocoles, qui incluent des critères stricts pour la planification des césariennes, peuvent créer une tendance à privilégier cette méthode d'accouchement, même dans des situations où un accouchement vaginal serait possible et souhaitable. Ce chapitre s'efforcera de présenter comment les mauvaises prises en charge des grossesses peuvent mener à des césariennes d'urgence, ainsi que l'impact des protocoles médicaux sur l'augmentation des accouchements par césarienne programmées à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY).

### **I. IMPLICATIONS LIEES A LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ET ACCOUCHEMENTS**

Bien que la césarienne soit parfois nécessaire pour préserver la santé de la mère et de l'enfant, certains facteurs contribuent à une utilisation excessive de cette procédure. Un élément clé semble être le manque de suivi prénatal adéquat. Des études montrent que les femmes qui n'effectuent pas le nombre recommandé de consultations prénatales sont plus susceptibles d'accoucher par césarienne, en particulier en urgence. L'absence de surveillance régulière de la grossesse peut retarder le diagnostic de complications et empêcher une prise en charge optimale, menant ainsi à des décisions d'intervention chirurgicale. De plus, un suivi insuffisant

ne permet pas toujours d'identifier les facteurs de risque et d'adapter la prise en charge en conséquence.

Cependant, à Yaoundé, capitale du Cameroun, de nombreuses femmes enceintes ne bénéficient pas de consultations prénatales adéquates. Cette situation est préoccupante car elle expose les mères et leurs bébés à des risques de complications sévères, voire mortelles. Les causes de ce problème sont multiples, allant des facteurs socio-économiques aux lacunes dans le système de santé.

### **I.1. Les obstacles sociaux économiques**

Les obstacles économiques jouent un rôle majeur dans la non-consultation prénatale. Beaucoup de femmes référées viennent pour des césariennes se retrouvent parfois dans des conditions de pauvreté, limitant leur accès aux services de santé. Les coûts directs des consultations prénatales, combinés aux frais de transport et au manque de soutien financier, dissuadent les femmes d'accéder aux soins prénatals. Une étude a révélé que les femmes de milieux défavorisés ont moins de chances de recevoir des soins prénatals adéquats comparativement à celles issues de milieux plus favorisés<sup>207</sup>. Au cours des entretiens et des observations, certaines parturientes ont révélé ne pas avoir fait de consultation prénatal et d'autres révèlent avoir commencé les visites très tardivement. C'est le cas de cette jeune parturiente primipare qui s'exprime :

*Ça peut arriver comme ça que tu veux bien faire mais les problèmes financiers. Comme le père de l'enfant est partie donc moi je me battais juste comme ça c'est surtout l'argent. Parfois ce sont les hommes qui mettent la grossesse et qui partent tu vas faire comment. Tu te bats Tu te bats tu te bats...et quand tu vie avec ton père et ta mère qui n'ont pas l'argent tu vas faire comment ? Quand il enceinte il part si tu n'es pas battante ou bien tu ne fais rien tu vas faire comment<sup>208</sup>.*

La précarité financière est un obstacle majeur à l'accès aux soins prénatals. Les femmes en situation de pauvreté, comme celle décrite dans le texte, ont souvent du mal à payer les consultations, les examens échographiques et les autres soins nécessaires pendant la grossesse<sup>209</sup>. Cette précarité conduit souvent à une absence de suivi médical adéquat, augmentant les risques de complications pour la mère et l'enfant :

*J'ai commencé les visites tard, je n'ai pas commencé les visites tard donc c'est ça qui m'a causé cela. On m'a référé ici, on m'a fait une échographie, on a vu que l'enfant*

---

<sup>207</sup> Carvalho Nathalie, « impact sur la santé et évaluations économiques des programmes de santé maternelle et infantile dans les pays en développement », thèse de doctorat, Université de Harvard, 2012.

<sup>208</sup> Entretien du 8/11/2023

<sup>209</sup> Elvire mendo, «le recours aux micro-unités de soins informelles à Yaoundé(Cameroun) : déterminants et Perspectives in Journal De Gestion Et d'Economie Médicales, 2015/1(Vol 33).

*était mal place dans le ventre, il devait venir par les fesses ; c'est là qu'on m'a dit que, on a automatiquement dit que on doit m'opérer*<sup>210</sup>.

Dans le cas de cette patiente, le diagnostic de présentation par le siège a été fait à 43 semaines de grossesse lors de l'échographie de référence. L'examen échographique joue de nos jours un rôle important dans la surveillance de la grossesse, avec notamment la possibilité de détecter en temps opportun des situations pouvant être à l'origine de certaines complications engageant le pronostic vital de la mère et/ou de l'enfant<sup>211</sup>. La décision d'une césarienne d'urgence était donc justifiée pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant. Cependant, le fait que la patiente n'ait pas commencé ses visites de suivi de grossesse de manière précoce a pu contribuer à la survenue de cette complication<sup>212</sup>. Un suivi régulier dès le début de la grossesse permet en effet de dépister précocement les présentations anormales du fœtus et de mettre en place des interventions pour tenter de version (retournement) du bébé et d'organiser une prise en charge adaptée et programmée de l'accouchement. Un début de suivi tardif, comme dans ce cas, réduit les possibilités d'interventions préventives et augmente les risques de complications. C'est ce qu'illustre cette observation :

---

<sup>210</sup> Entretien du 07/11/2023

<sup>211</sup> N'cho Simplicie Dagnan, Youssouf Traoré, Badara Diaby, Daouda Coulibaly, Kouadio Daniel Ekra, Pétronille Zengbé-Acray, Apport de l'échographie dans la surveillance de la grossesse dans un établissement sanitaire de premier contact à Yopougon en Côte d'Ivoire, Dans Santé Publique 2013/1 (Vol. 25), pages 95 à 100..

<sup>212</sup> Agnes GATARAYIHA, « Facteurs du non respect des quatre consultations prénatales standards par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru au Rwanda », Master en Développement de l'Université Senghor, Département Santé, Spécialité Santé Internationale, 2013.

**Encadré n°3 :** Observation d'une admission en urgence pour césarienne pour rupture utérine sur utérus cicatricielle

C'était le cas d'une parturiente de 25 ans arrivée en urgence et référée d'un centre de santé pour travail stationnaire sur grossesse de 40 semaines d'aménorrhée (équivalent de 9 mois de grossesse). Il est dit que cette dame n'avait jamais fait de consultation pour la grossesse et avait déjà été opéré pour une grossesse antérieure et la raison de la précédente Césarienne était un bassin limite. Quand le gynécologue l'examine la patiente semblait être très fatiguée, et avait du mal à respirer et était dans un état très pâle. Par ailleurs, elle présentait des saignements très abondants sortant de sa voie basse. Directement, le gynécologue cherchait des signes de bruit de vitalité du fœtus mais en vain. Devant tout cela le gynécologue pense à une rupture utérine. Immédiatement les mesures de réanimation sont préconisées et finissent par aller au bloc opératoire pour une césarienne d'urgence. Pendant la chirurgie le constat est clair. Pendant l'intervention chirurgicale, le gynécologue retrouve un utérus complètement déchiqueté, explosé sur le coup du travail forcé avec beaucoup de sang dans la cavité abdominale, bien sûr le fœtus était sans vie. Dans l'urgence le geste qui s'imposait était de faire une hystérectomie (résection de l'utérus) afin de lui sauver la vie. Mais hélas elle perdit ainsi tout espoir de concevoir à nouveau. Après cet incident, nous avons essayé d'interroger cette parturiente mais en vain. Mais après quelques tentatives, cette dernière a accepté de nous recevoir et d'avoir un entretien mais hors du système hospitalier. (Raison du refus de consultation prénatal et acceptation de ces méthodes pour forcer l'accouchement par voie basse sur utérus cicatricielle)

Les femmes ayant un utérus cicatriciel suite à une précédente césarienne sont considérées comme étant à haut risque obstétrical et nécessitent un suivi prénatal renforcé, de préférence dans un centre spécialisé. Un tel suivi est essentiel pour dépister et prévenir les complications potentielles, comme une rupture utérine. Dans le cas de cette patiente de 25 ans, l'absence totale de consultations prénatales a malheureusement conduit à une issue dramatique. Sans surveillance régulière de sa grossesse, les médecins n'ont pas pu évaluer les risques liés à son utérus cicatriciel et planifier un accouchement en toute sécurité.

Ce cas tragique illustre l'importance cruciale d'un suivi prénatal régulier, en particulier pour les femmes ayant des antécédents obstétricaux à risque. Dans un centre spécialisé, les médecins auraient pu dépister précocement les complications, planifier l'accouchement de manière adaptée et prévenir cette issue désastreuse. Le manque de consultations prénatales a malheureusement conduit à des conséquences irréversibles pour cette patiente et son bébé.

Par ailleurs, dans le cas de la première observation sur la parturiente ayant manifesté un cas d'éclampsie, on voit à travers cette observation que la consultation prénatale joue un rôle crucial dans la détection des anomalies liés aux grossesses. L'absence de soins prénatals adéquats a des conséquences graves sur la santé maternelle et néonatale. Les complications non détectées, telles que l'hypertension, le diabète gestationnel et les infections, peuvent entraîner

des résultats néfastes, y compris la mort maternelle et néonatale. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) souligne que les consultations prénatales régulières sont essentielles pour identifier et gérer les complications à un stade précoce, améliorant ainsi les chances de survie et de bonne santé pour la mère et l'enfant<sup>213</sup>.

## **I.2.Facteurs liés aux lacunes du système de santé**

Les systèmes de santé à Yaoundé, comme dans de nombreuses autres villes africaines, font face à plusieurs défis qui impactent négativement la qualité et l'accès aux soins prénatals. Ces lacunes sont diverses et comprennent le manque de personnel qualifié, l'insuffisance d'infrastructures, l'équipement médical inadéquat, et une inégalité de gestion et répartition des ressources. Au Cameroun, le système de santé est structuré en plusieurs niveaux de soins, avec différents types d'hôpitaux et de centres de santé qui varient selon leurs capacités, leurs équipements et leurs spécialisations. Les hôpitaux de niveau secondaire et primaire au Cameroun notamment dans la ville de Yaoundé jouent un rôle crucial dans la prise en charge des grossesses, mais ils font face à des limitations importantes en termes de personnel qualifié<sup>214</sup> et de plateau technique, ce qui entraîne de fréquentes références à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Au cours de l'enquête, la plupart des parturientes étaient évacuées en urgence ressortissante des centres de santé et des hôpitaux de district et parfois même des hôpitaux de niveau central.

Les centres de santé intégrés et les postes de santé, représentant le niveau primaire, fournissent des soins prénatals de base et des services de prévention. Cependant, ils ne sont généralement pas équipés pour gérer les accouchements compliqués ou les interventions chirurgicales dû aux services limités. Ces établissements offrent principalement des consultations prénatales et des soins de base, sans la capacité de réaliser des interventions chirurgicales telles que les césariennes ce qui fait que en cas de complications de complications, les patientes sont très souvent référées aux hôpitaux de niveau secondaire ou directement à des hôpitaux de référence comme l'HCY ou HGOPY, où elles peuvent recevoir les soins nécessaires. Cependant, dans certains cas, les cas de référence arrivent parfois dans des états très grave des parturientes qui se retrouve au dernier stade de complication et peut même entraîner des cas fatals. C'est le cas de cette observation qui met en évidence.

---

<sup>213</sup><https://www.who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>

<sup>214</sup> Tinyami Erick Tandi, YongMin Cho, Aba Jean-Cluade Akam, Poussin Ofilia Afoh, Seung Hun Ryu, Min Seok Choi, Kyung-Hee Kim, et Jae Wook Choi, Secteur de la santé publique au Cameroun : pénurie et inégalités de répartition géographique du personnel de santé, Int J Equity Health. 2015 ; 14 : 43. Doi : 10.1186/s12939-015-0172-0 ; PMCID : PMC4440287 PMID : 25962781

#### Encadré n°4 : Observations d'un accouchement par césarienne suivie d'un décès maternelle

C'était le cas d'une parturiente multipare de 32 ans vivant en concubinage. Cette dernière était suivie dans un centre de santé de son quartier d'où elle est référée Pour travail stationnaire et EFNR à 43S, 2J. A son arrivée, la parturiente était déjà dans un état très grave (saignement, fatigue...). Les médecins se posaient la question de savoir s'ils n'avaient pas injecté quelques choses afin de stimuler davantage les contractions comme de l'ocytocine. Dès son admission suivie de la prise des paramètres, et la prise des BDCF, les médecins ont eu une suspicion de rupture utérine. Après la prise des BDCF, étant dans un état fœtal non rassurant, la parturiente est directement admise au bloc, et l'appel du superviseur et du consultant de garde pour une césarienne d'urgence. À 18h31, heure de début d'incision, 18h32, heure d'extraction du bébé de sexe féminin en état de mort apparent. Plusieurs techniques de réanimation étaient mobilisées par la sage-femme et le pédiatre (aspiration, massage cardiaque, ventilation, oxygénothérapie) pendant 10 min avec une adaptation progressive. Il s'en est malheureusement suivi d'un décès maternel annoncé par les réanimateurs suite à la rupture utérine découvert pendant l'intervention. Après cela, le pédiatre a jugé d'amener le bébé à néonatal mais ces derniers attendaient le consentement du père du bébé pour prendre l'engagement

Ce cas illustre le cas d'une parturiente multipare se trouvant dans un état critique. La multiparité et le concubinage peuvent être associés à des conditions socio-économiques précaires<sup>215</sup>, influençant l'accès à des soins de qualité. Les femmes multipares vivant en concubinage ont souvent un accès limité aux ressources financières et sociales, ce qui peut expliquer le recours aux centres de santé de quartier moins équipés en raison de leur proximité et de coûts réduits<sup>216</sup>.

Par ailleurs, le texte indique que la parturiente a été référée à cause d'un travail stationnaire et d'un état fœtal non rassurant, mais est arrivée dans un état très grave avec des saignements et une fatigue extrême. Cela révèle des lacunes dans la capacité des centres de santé de premier niveau et de certains districts non opérationnels à gérer des cas obstétricaux compliqués, souvent dus à un manque d'équipements adéquats et de personnel qualifié pour effectuer des interventions d'urgence<sup>217</sup>. Les retards dans les soins d'urgence peuvent être fatals pour la mère et l'enfant, illustrant une coordination insuffisante entre les niveaux de soins. L'ocytocine, une hormone couramment utilisée pour induire ou accélérer le travail lors de l'accouchement, peut, lorsqu'elle est mal utilisée ou administrée de manière inappropriée, contribuer à des complications sévères, y compris la mort. Ce dernier agit en stimulant les

<sup>215</sup> Gilbert Njinju Ayimaleh, « *Comment les dépenses de santé publique affectent les résultats de santé au Cameroun* », thèse et étude doctorale de WALDEN, Université de WALDEN, 2023.

<sup>216</sup> Assemal Alfred, « *les déterminants de la prise en charge médicale des grossesses et de l'accouchement au Tchad* », mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme d'études supérieur spécialisé en démographie option Gestion et Administration des Programmes de Populations, UYI, IFORD, 2003.

<sup>217</sup> Bintou Samake, « *Études de l'accouchement chez les grandes multipares au centre de référence de KATI* », thèse de doctorat en médecine, diplôme d'Etat, Université des Sciences, Technologiques et des Technologies de Bamako, U.S.T.T.B, 2015.

contractions utérines, ce qui peut accélérer le travail. Cependant, une surutilisation peut provoquer des contractions trop fortes, trop fréquentes ou prolongées, entraînant un stress fœtal et parfois dû à la constance peut causer une rupture utérine<sup>218</sup>. L'usage inapproprié de médicaments pour induire le travail peut exacerber les risques pour la mère et l'enfant, surtout en l'absence de supervision médicale adéquate. L'intervention d'urgence avec une césarienne montre l'importance de la rapidité et de l'efficacité des réponses médicales dans les situations critiques. Cependant, l'état déjà grave de la parturiente et l'extraction d'un bébé en état de mort apparent souligne l'insuffisance des soins précédents. Ce cas illustre les nombreuses défaillances du système de santé au Cameroun<sup>219</sup>, allant de la gestion inadéquate des grossesses compliquées dans les centres de santé de premier niveau à l'inefficacité des mécanismes de référence<sup>220</sup>.

## **II. APPLICATION SYSTEMATIQUE DES RECOMMANDATIONS DU PROTOCOLE MEDICAL : CAS DES CESARIENNES PROGRAMMEES**

Les protocoles médicaux jouent un rôle crucial dans la structuration et la standardisation de la prise en charge des patientes dans les établissements de santé. Ces directives, basées sur des données probantes et des pratiques optimales, visent à assurer la qualité et la sécurité des soins prodigués. Cependant, l'application rigoureuse de ces protocoles a des conséquences notables, notamment l'augmentation des taux de césarienne.

### **II.1. Priorisation de la sécurité maternelle et fœtale : techniques de gestion des risques**

L'objectif principal des protocoles médicaux est de minimiser les risques pour la mère et l'enfant en définissant des critères clairs pour la gestion des grossesses et des accouchements. La gestion des risques obstétricaux a considérablement évolué au fil des siècles. Cette évolution reflète les avancées technologiques, les progrès dans la compréhension médicale, ainsi que les changements dans les protocoles et les pratiques médicales. Sécurité et Prévisibilité : Les césariennes offrent une méthode plus prévisible et contrôlée pour gérer les complications obstétricales. Contrairement aux techniques manuelles et aux instruments traditionnels qui

---

<sup>218</sup> Léonard Sophie, « *l'utilisation de l'ocytocine en per partum chez les femmes enceintes de 1906 à 2015* », mémoire pour l'obtention du diplôme de sage femme, Aix Marseille université, Ecole universitaire de Maïeutique, 2016.

<sup>219</sup> Organisation Suisse d'aide aux réfugiés Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée, Recherches Rapide de l'Analyse- Pays de l'Osar, Berne, 2019.

<sup>220</sup> Boundioa Jacques, Thiombiano Noël. Effect of public health expenditure on maternal9 mortality ratio in the West African Economic and Monetary Union. BMC Womens Health, Feb 9; 2024(1) p.109.

dépendent de l'habileté et de l'expérience du praticien, la césarienne permet une intervention rapide et efficace, réduisant les risques de détresse fœtale et de traumatismes pour la mère et le bébé.

Lorsque le fœtus avait une présentation anormale ou une circulaire de cordon (cordon enroulé autour du cou du bébé), les praticiens tentaient de repositionner manuellement le fœtus ou de dégager le cordon pendant le travail grâce à la technique de repositionnement manuel et l'habileté du praticien. Cependant cette méthode était parfois efficace, mais son succès dépendait largement de l'expérience et de la dextérité du praticien. La réussite de cette technique était incertaine et pouvait ne pas résoudre toutes les complications. Le repositionnement manuel pouvait entraîner des traumatismes pour la mère et le bébé et en l'absence de technologies modernes pour surveiller l'état du fœtus, il y avait un risque accru de détresse fœtale non détectée. (Observation faite au centre de centre de santé sur voie rétrécie nécessitant une césarienne à la place une épisiotomie a été réalisée), (deux observations sur les parturientes présentant des circulaires gérées par les infirmières du centre).

Par ailleurs, les forceps et les ventouses étaient utilisés pour accélérer l'accouchement en cas de détresse fœtale ou de complications. Ces instruments permettaient d'extraire rapidement le bébé pour réduire les risques de souffrance. Cependant, ces instruments étaient efficaces pour certaines complications, mais nécessitaient une grande habileté. Ils étaient souvent utilisés en urgence, parfois avec des résultats variables et comportaient des risques importants, notamment des traumatismes physiques pour le bébé (blessures à la tête, paralysie temporaire) et des déchirures sévères pour la mère.

Les positions de travail de la mère pouvaient être modifiées pour aider à réduire la pression sur le cordon ombilical ou pour faciliter la descente du fœtus. Par exemple, la position à quatre pattes pouvait aider à relâcher la tension sur le cordon (observations sur un repositionnement d'un fœtus en position mode siège et face)<sup>221</sup>. Cette méthode pouvait être utile pour certaines complications mineures mais était souvent insuffisante pour des problèmes plus graves. Les protocoles médicaux, basés sur des données probantes, déterminent les actions à entreprendre dans diverses situations cliniques. À HGOPY, les médecins suivent ces directives pour assurer la qualité et la sécurité des soins. En cas de situations complexes comme la souffrance fœtale ou la présentation anormale, l'utilisation des instruments de ces instruments ou les techniques de repositionnement manuels et le changement de la mère mode accroupi ou debout par ou sur quatre pattes afin de favoriser l'élargissement du bassin par exemple sont

---

<sup>221</sup> <https://www.baby-confort.com>

quasi absentes. Par conséquent les protocoles recommandent souvent la césarienne pour minimiser ces risques.

## II.2 Utilisation des technologies dans la détection des anomalies

Aujourd'hui, la césarienne peut être planifiée à l'avance ou réalisée en urgence selon des indications cliniques précises (par exemple, souffrance fœtale, présentation anormale, antécédents de césariennes. Très efficace pour gérer de nombreuses complications, la césarienne permet de contrôler l'accouchement et de réduire significativement les risques pour la mère et le bébé. Bien que la césarienne soit une chirurgie majeure avec des risques associés (infection, hémorragie, complications anesthésiques), ces risques sont généralement bien maîtrisés grâce aux progrès en chirurgie<sup>222</sup>, à formation des personnels et en soins post-opératoires. L'intégration de technologies médicales avancées<sup>223</sup> dans les soins prénataux a transformé la pratique obstétricale. Cela s'illustre davantage avec ce récit

*Non, avant on n'avait pas des médecins, on n'avait pas des indications, les hôpitaux étaient très réduits, la qualité des soins étaient très réduites. Donc si on regarde le taux de césariennes nationale c'est très faux. Dans une population où il n'y a pas de médecins, le taux de mortalité maternelle et néo natale est très élevé. Il semblerait qu'on opère trop mais c'est faux. Puis que l'indication de la césarienne est de sauver soit la mère, soit l'enfant ou les deux<sup>224</sup>.*

L'augmentation des césariennes résulte principalement de l'amélioration des infrastructures de santé et des compétences médicales. Autrefois, le manque de médecins et d'hôpitaux entraînait des taux élevés de mortalité maternelle et néonatale. Les statistiques nationales sur les césariennes peuvent être trompeuses si elles ne tiennent pas compte de ces progrès historiques. En réalité, chaque césarienne vise à sauver des vies en répondant aux complications obstétricales. Ainsi, la perception d'un excès de césariennes est souvent due à une méconnaissance des raisons médicales justifiant cette intervention, qui contribue à améliorer les résultats de santé pour les mères et les enfants.

Des outils tels que le monitoring fœtal, la pelvimétrie, l'échographie et la radiographie permettent une évaluation continue et précise de la santé du fœtus et de la mère<sup>225</sup>. Le monitoring fœtal, par exemple, permet de détecter les signes de détresse fœtale en temps réel,

---

<sup>222</sup> <https://news.un.org/fr/story/2008/06/134132>

<sup>223</sup> Nolwenn Stevens, Chambon Linda, François Alla, L'innovation au service de la transformation du système de santé et du « virage préventif » Transformation innovante du système de santé par une transition préventive, Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, Elsevier Volume 69, numéro 4, 2021, pages 235-240.

<sup>224</sup> Entretien du 19/12/2023.

<sup>225</sup> Bernard Blanc, Marianne Capelle, Florence Bretelle, Michèle Leclaire, Julien Bouvenot, L'inquiétante augmentation du nombre de césariennes, Communication scientifique, académie nationale de médecine, 2006 disponible sur <https://www.academie-medecine.fr>

justifiant une intervention rapide. De plus, la pelvimétrie et l'échographie fournissent des informations détaillées sur l'anatomie maternelle et fœtale, aidant à planifier des accouchements sûrs et efficaces<sup>226</sup>. Ces technologies augmentent la précision des diagnostics et des décisions cliniques, conduisant à une augmentation de l'utilisation des césariennes pour garantir des résultats optimaux

### II.3 Évolution des indications

Les indications pour la césarienne ont considérablement évolué avec le temps, influençant directement sa fréquence. Les avancées dans la surveillance prénatale et l'évaluation des risques permettent une identification plus précise et avancée des situations nécessitant une intervention chirurgicale<sup>227</sup>. Par exemple, des conditions comme la préclampsie sévère, la macrosomie fœtale, et les antécédents de césarienne justifient souvent une césarienne planifiée pour minimiser les risques. Cette gestion accrue et la possibilité de prévenir<sup>228</sup> des complications graves contribuent à une augmentation des césariennes, assurant la sécurité des patients. Autrefois, La césarienne était principalement indiquée pour les obstructions mécaniques majeures, telles que le bassin trop étroit (dystocie), et en cas de mort imminente de la mère. Aujourd'hui, ces indications incluent des conditions comme le diabète gestationnel, l'hypertension, la macrosomie fœtale, les antécédents de césarienne qui présentent dans la plupart des cas 50% de césariennes pour les prochains accouchements, et les anomalies du placenta, les cas de circulaires de cordon, présentation en mode siège des cas gémellaire<sup>229</sup>.

*Le fait de dire qu'il y a augmentation du nombre de césarienne ce n'est pas vrai. Ça peut être vrai comme ça peut être faux. Si dans un hôpital ici tu auras l'impression qu'il y a beaucoup de césarienne peut-être parce que les autres hôpitaux qui n'opèrent pas renvoient leur cas qu'il faut opérer ici, voilà. Maintenant si c'est sur le long terme, on peut dire qu'avant on n'opérait pas mais maintenant on opère, mais, il faut aussi dire que on connaît les conséquences sur les cas qu'on n'opérait pas avant. Par exemple, il y a des cas qu'on appelle les infirmités motrices cérébrales. Avant, on en avait beaucoup mais maintenant on en a peu parce que les patientes qu'on devait forcer par voie basse maintenant on sait que si on force il y aura problème on préfère opérer<sup>230</sup>.*

---

<sup>226</sup> <https://www.elsan.care/fr/>

<sup>227</sup> Maria de Fátima Vieira Martins, « Surveillance prénatale et éducation pour la santé », Dans Recherche en soins infirmiers 2012/3 (N° 110), pages 60 à 64.

<sup>228</sup> Issaka Tiembré, Joseph Bénie Bi Vroh, Odile Ake Tano, Brigitte Dogou-Wawayou, Janine Tagliante-Saracino, Paul Odehouri-Koudou, N'cho Simplicie Dagnan, Kouadio Daniel Ekra, « Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire) », Dans Santé Publique 2010/2 (Vol. 22), pages 221 à 228.

<sup>229</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient) .

<sup>230</sup> Entretien du 29/12/2023.

Ce passage met en lumière la complexité de l'augmentation des césariennes. Il souligne l'importance de considérer le contexte, les évolutions des pratiques médicales et les bénéfices en termes de réduction des complications graves pour mieux comprendre cette tendance. Les choix médicaux actuels, bien que parfois perçus comme une augmentation des césariennes, sont souvent motivés par une volonté de minimiser les risques pour la mère et l'enfant. Elle est aussi indiquée pour certaines conditions maternelles chroniques (par exemple, des cardiopathies) où l'accouchement vaginal pourrait poser des risques.

#### **II.4. Protocole Médical Standardisé**

Les protocoles médicaux basés sur des preuves scientifiques déterminent les indications et les conditions pour pratiquer une césarienne, assurant une standardisation des soins. Ces protocoles garantissent une prise de décision cohérente et réduisent les variations individuelles dans la pratique, améliorant ainsi les résultats pour la mère et le bébé. La standardisation peut parfois mener à une surutilisation de la césarienne, avec des implications pour la santé publique et les coûts des soins de santé. Les césariennes sont désormais guidées par des protocoles médicaux stricts et des recommandations basées sur des preuves. Des organisations comme l'OMS, l'ACOG, NICE, RCOG ou SOGC<sup>231</sup>, émettent des lignes directrices pour optimiser l'utilisation des césariennes en s'appuyant sur des cas généraux. Cela s'illustre par cet entretien :

*Mais tu sais c'est la majorité aussi qui compte. Nous à l'hôpital on ne dit pas toujours mais c'est la majorité qui compte. Parce que s'il y a certains actes, ça peut marcher pour certains mais pas pour les autres hein. Il y a même certaines femmes qui viennent à l'hôpital, on dit que la césarienne, on fait la préparation pour la césarienne tout tu vois après on n'est même pas arrivé au bloc elle a déjà accouché. Donc tu vois, ça varie d'une personne à l'autre. Mais le problème c'est que dans la majorité des cas, ça marche comme les livres disent. Donc si tu dis que j'ai fait l'autre, ça a marché je vais continuer à faire sur les autres ça veut dire que tu vas tuer beaucoup de gens. C'est ça en fait... En fait ils ne veulent pas les risques, la majorité des cas compte aussi. Il y a des exceptions mais on ne peut pas s'appuyer sur la minorité<sup>232</sup>.*

Ainsi, bien que les protocoles médicaux soient conçus pour améliorer les résultats cliniques, ils contribuent paradoxalement à une augmentation des césariennes, soulevant des questions sur la nécessité d'un équilibre entre les interventions médicales standardisées et les soins individualisés.

*La césarienne c'est, tu viens, il y a quel problème ? Maintenant pour ton bien et le bien de ton bébé, on t'opère pour éviter les complications parce qu'une césarienne*

---

<sup>231</sup> HAS, recommandation de la bonne pratique : Indication de la césarienne programmée à terme, méthode de recommandation pour la bonne pratique clinique, argumentaire scientifique, 2012 P.p102-103-104.

<sup>232</sup> Entretien du 24/06/2024.

*doit avoir une indication médicale. L'indication de la césarienne de toutes les césariennes elle ne s'improvise pas. La raison est connue de tous scientifiquement, c'est une raison médicalement reconnue, démontrer si bien que si on prend une femme qui devait être opérée ici à gynéco et tu pars là-bas à Bafoussam, tu m'amène même en France, aux Etats Unis, tu dis voilà une femme qui doit accoucher, on fait comment ? On va dire que c'est une césarienne par ci que, par ci que. Donc c'est démonté scientifiquement par l'OMS. L'indication est déjà connue, le médecin constate seulement qu'elle doit passer par césarienne tu comprends<sup>233</sup>*

Par ailleurs, cette tendance à la césarienne peut également être influencée par des préoccupations liées à la gestion des risques et à la responsabilité médicale. Les professionnels de santé, face à la menace de litiges en cas de complications, peuvent préférer la césarienne comme option perçue comme plus sûre mais aussi, les médecins sont également motivés par la nécessité d'éviter les complications légales. Le non-respect des protocoles peut entraîner des poursuites judiciaires et des sanctions professionnelles sévères. Par exemple, un médecin qui décide de ne pas suivre les recommandations établies et qui cause des complications peut être tenu pour responsable et risquer des sanctions de la part de l'ordre des médecins ou même des poursuites pénales

*Quand je dis la loi ce n'est pas la loi comme, la loi même nhr mais l'ordre de médecine, la médecine légale les engagements et les indications qui dit que tu ne dois pas faire ci, un médecin ne doit pas parler comme ça avec le patient...la confidentialité... Quand je dis la loi ici-là, dans les livres, dans les recommandations, on dit que en cas de telle situation, le médecin doit faire tel actes. Bon maintenant, si un cas arrive avec une situation telle, toi tu décides de faire ce que tu veux, ça sort comme ça sort, on t'appelle à Kondegui, tu dois partir tranquillement...Donc c'est pour ça que dans les grands hôpitaux ils font l'effort de respecter la loi et préfèrent ne pas courir de risques. Que tu fais l'erreur, tu fais ce que tu ne devais pas faire, surtout qui n'est pas indiqué, quelques choses arrivent après, tu pars à Kondegui direct. Mais si on dit que en cas de tel situation, tu dois faire tel et quand la situation arrive tu fais exactement ce qui est recommandé de faire, toi tu es libre parce que tu as suivi ce qu'il faut faire tu as bien fait ton travail de médecin<sup>234</sup>.*

Ce témoignage insiste sur l'importance pour les médecins de suivre scrupuleusement les recommandations et les protocoles établis, surtout en situation médicale spécifique. Le non-respect de ces directives peut entraîner des erreurs graves, avec des conséquences sévères, symbolisées par des sanctions telles que des poursuites judiciaires. Les grands hôpitaux, conscientes de ces risques, préfèrent respecter rigoureusement les directives pour protéger leurs praticiens et éviter les complications. En respectant les recommandations, les médecins se protègent en cas de problème, car ils ont agi conformément aux normes établies. Par contre ce n'est pas le cas des centres de santé qui ne sont pas très connus,

---

<sup>233</sup> Entretien du 24/12/2023.

<sup>234</sup> Entretien du 24/06/2024.

*Donc le problème c'est que nor, dans les petits centres de santé là, les gens qui viennent là qui n'ont pas l'argent même si ne faisant quoi quelques choses arrivent, ils vont seulement prendre ça comme ça. Ils vont seulement dire que ma femme a accouché et mon enfant est décédé...Donc ce que les petits centres de santé c'est les risques, des gros risques ...C'est pour ça que dans les centres de santé là ils prennent les risques parce que même après là ils vont prendre ça comme ça, ils vont accepter que oh c'est arrivé donc c'est pour ça qu'ils ont la force même pour prendre certains risques parce que la loi ne va pas les poursuivre<sup>235</sup>.*

La crainte des poursuites judiciaires dans les hôpitaux avec une forte réputation et qui de plus est des hôpitaux dites de référence pousse les professionnels de santé à privilégier les interventions perçues comme plus sûres, comme la césarienne. La conformité aux recommandations cliniques est essentielle pour protéger les médecins contre les litiges et les sanctions. Cette pression institutionnelle et légale conduit à une augmentation des césariennes, car elles sont souvent vues comme la solution la plus sûre et la plus conforme aux standards médicaux. De plus Il y a une différence notable dans la manière dont les recommandations médicales et les lois sont respectées selon la taille et le type d'établissement. Les grands hôpitaux, avec plus de ressources et une visibilité accrue, sont plus rigoureux dans l'application des directives pour éviter les poursuites. Les petits centres, en revanche, prennent plus de risques en raison de la moindre probabilité de poursuites légales de la part des patients. Cette situation crée une inégalité dans la qualité et la sécurité des soins prodigués aux patients. Les patients des petits centres de santé sont potentiellement exposés à plus de risques en raison de pratiques moins rigoureuses et de la prise de risques accrue par les médecins.

De plus, le retard dans la réalisation d'une césarienne même de quelques minutes, peut entraîner des conséquences graves comme la paralysie cérébrale<sup>236</sup>, La non-prise en compte adéquate des signes de détresse fœtale comme un prolapsus du cordon ombilical, pouvant entraîner des dommages permanents pour le bébé<sup>237</sup>, la Surveillance fœtale et l'évaluation des erreurs d'interprétation ou des retards pouvant entraîner des lésions cérébrales graves pour le bébé<sup>238</sup>, La décision de césarienne, souvent basée sur plusieurs facteurs, y compris la position du bébé, les problèmes de santé maternelle, et les complications pendant le travail<sup>239</sup>, et les complications pouvant survenir, telles que des infections ou des hémorragies<sup>240</sup> sont dans certains pays comme les États-Unis si elles ne sont pas bien gérés à temps et entraînant même des cas de mortalité maternelle, et ou néonatal, sont des multiples causes de poursuites

---

<sup>235</sup> Entretien du 24/06/2024.

<sup>236</sup> <https://www.marzella-law.com>

<sup>237</sup> <https://www.millerandzois.com>

<sup>238</sup> <https://www.millerandzois.com>

<sup>239</sup> <https://lawnj.net>

<sup>240</sup> <https://www.bluegrassinjury.com>

judiciaires avec des dédommagements s'élevant à des milliers, voire des Millions de dollars . En France par exemple, la peur du procès influencera même le comportement des médecins qui se trouvent en total insécurité dans l'exercice de leur fonction et remet en cause leur sérénité professionnelle. Pour le docteur Marty, « *la peur du procès provoquerait même une crise de vocation chez les étudiants en médecine* »<sup>241</sup>.

Lors des réunions de staff à HGOPY, chaque dossier médical est discuté en détail, ce qui a un impact significatif sur la socialisation et la formation des médecins présents. Par exemple, lorsqu'un cas compliqué est présenté, le médecin responsable de ce cas est interrogé sur les mesures de prises en charge de la parturiente présentant de manière détaillée pourquoi une décision a été prise. Cette pratique permet aux médecins spécialisés, aux médecins en cours de spécialisation, aux résidents, ainsi qu'aux étudiants en médecine, de tirer des leçons importantes sur la prise en charge des patients et sur la gestion des interventions en cas de complication. Ces réunions, souvent perçues comme des mini tribunaux médicaux, jouent un rôle crucial dans le processus de prise de décision et de gestion des risques liés à l'accouchement et aux césariennes. Les discussions approfondies et les analyses de cas permettent de partager des connaissances, de discuter des meilleures pratiques et d'améliorer continuellement les compétences médicales. Ainsi, elles contribuent non seulement à la formation des jeunes médecins, aux contrôles des praticiens dans leur manière de prise en charge et de leurs gestions des complications mais aussi à l'amélioration globale de la qualité des soins prodigués aux patientes.

## **II.5. Cas d'erreur médical**

Les erreurs médicales se réfèrent à des actes ou des omissions de la part des professionnels de la santé qui entraînent un résultat indésirable pour le patient. Elles peuvent survenir à n'importe quel stade des soins, depuis le diagnostic jusqu'à la prescription et l'administration des traitements. Ces erreurs peuvent inclure des fautes de jugement, des erreurs de communication, des manquements dans la coordination des soins, ou des erreurs techniques. En obstétrique, elles concernent spécifiquement les soins liés à la grossesse, à l'accouchement et à la période postnatale. Ces erreurs peuvent inclure une mauvaise gestion du travail, un diagnostic incorrect des complications, des interventions chirurgicales inappropriées ou mal exécutées, ou un suivi inadéquat de l'état de la mère et du fœtus<sup>242</sup>. Lorsqu'une erreur médicale

---

<sup>241</sup> <https://youtu.be/paLDUWciFfo?feature>

<sup>242</sup> Julien Cusin, Anne Goujon Belghit, La gestion des erreurs médicales dans un CHU : Comment faire face au paradoxe apprentissage interne – protection externe ? Dans M@n@gement 2022/1 (Vol. 25), pages 1b à 55b

survient pendant le travail, cela peut compromettre la sécurité de la mère et de l'enfant, rendant une césarienne inévitable pour éviter des complications graves, voire mortelles. Dans le cas de cette étude 1/30 affirme avoir été victime d'une erreur médicale ayant conduit à la césarienne. Cette parturiente nous relate son vécu

*Bon mes césariennes ont toujours été d'urgence. La première était d'urgence parce que le cœur du bébé était déjà faible. Il y a eu une erreur médicale d'une sage-femme que j'ai trouvée c'était à la Garnison. Je suis arrivé à l'hôpital vers 8h30-9h. J'étais à 8 doigts à peine elle m'a mise au bloc sur la table elle a fait le toucher. Ce qui s'est passé c'est qu'elle a percé la poche des eaux. À ce moment-là, il y a eu descente de du cordon ombilical et le petit était en haut et le cordon était en bas. C'est à ce moment-là qu'on m'a expliqué que tu ne peux plus accoucher par voie basse. Bon ils ont tardé et vers 16h ils m'ont consulté et le pou du bébé ne faisait que baisser on va m'amener au bloc<sup>243</sup>.*

Le témoignage décrit une situation clinique où la patiente se présente en phase avancée de travail, avec une dilatation cervicale de 8 cm. À ce stade, la tête fœtale devrait être bien engagée dans le bassin maternel. Toutefois, la décision de la sage-femme de procéder à une amniotomie (rupture artificielle des membranes) a induit une complication grave : la procidence du cordon ombilical. Cette complication survient lorsque le cordon ombilical glisse dans le canal de naissance devant la tête du fœtus, ce qui peut entraîner une compression du cordon et une diminution de l'oxygénation fœtale<sup>244</sup>. L'amniotomie est une procédure courante pour accélérer le travail, mais elle comporte des risques, notamment la procidence du cordon, surtout si le fœtus n'est pas encore bien engagé. Scientifiquement, la procidence du cordon est une urgence obstétricale car elle peut conduire à une hypoxie fœtale, ce qui explique la baisse du rythme cardiaque fœtal observée dans ce cas. Dans une étude, il a été démontré que La procidence était survenue lors de la rupture artificielle des membranes dans 24 cas sur 57 (42 %) représentant un cas courant d'accident grave pour le nouveau-né<sup>245</sup>. De plus le retard jusqu'à 16h, soit plusieurs heures après la détection de la complication, représente une déviation significative des normes de soins et augmente considérablement les risques de séquelles néonatales telles que des lésions cérébrales hypoxiques.

---

<sup>243</sup> Entretien du 18/12/2023.

<sup>244</sup> Miot Stephan et al, « La procidence du cordon : facteurs de risque et conséquences néonatales. À propos d'une série de 57 cas », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 34, n° 3-C1, pp. 289-290, mai 2005.

<sup>245</sup> Alouini Souhail et al, « Procidence du cordon : prise en charge obstétricale et conséquences néonatales », Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 39, n° 6, pp. 471-477, octobre 2010.

### III. LA CÉSARIENNE SOUS DEMANDE MATERNELLE

Le renoncement à la voie basse dans le contexte de la césarienne sur demande maternelle (CDM) ou Césarienne de convenance se réfère à la décision prise par une femme de renoncer à l'accouchement vaginal et de choisir une césarienne, même en l'absence d'indication médicale spécifique. Cette décision implique une rupture avec l'expérience naturelle de l'accouchement, souvent perçue comme une expérience fondatrice de la maternité<sup>246</sup>. Le renoncement à la voie basse nécessite une réflexion approfondie et un dialogue avec l'équipe médicale pour peser les avantages et les inconvénients de cette option. Cependant, cette pratique soulève des débats éthiques et médicaux, car elle implique un choix délibéré de la part des femmes en l'absence de complications obstétricales justifiant une intervention chirurgicale. L'augmentation des césariennes sous demande maternelle a des implications significatives pour la santé publique, influençant les taux globaux de césariennes et les pratiques obstétricales.

#### III. 1. Demande de césarienne lors de la poussée du bébé.

La phase de poussée, durant laquelle le bébé est expulsé du corps de la mère, représente un moment crucial et intense de l'accouchement. Cependant, il arrive que certaines femmes demandent une césarienne à ce stade, souvent en raison d'un manque de communication et de compréhension mutuelle avec l'équipe médicale. La coopération en santé lors de la poussée du bébé est un aspect crucial de l'accouchement, influençant à la fois l'expérience de la parturiente et les résultats pour le bébé. Cependant, les parturientes parfois dû aux douleurs, refusent de coopérer afin d'assurer un accouchement avec des risques réduite.

C'était le cas d'une parturiente de 33 ans qui en était à son 3<sup>ème</sup> et qui était médecin de profession. Lors de son arrivée, la parturiente semblait déjà très désagréable et de mauvaise humeur qui était venue pour son accouchement. Quand elle fut installée et consultée et tous les médecins lui demanda de se coucher et que si elle ressent l'envie de faire les selles qu'elle prévienne. Quand le travail eu commencé elle s'écria *docteur je veux déjà chier*. Dès cette appellation, les sages-femmes et gynécologues l'entourèrent afin d'accueillir le bébé pour qu'elle puisse expulser le fœtus. Cette parturiente était déjà en travail mais à un moment donné, elle a décidé de ne plus pousser qu'elle a déjà trop mal et qu'elle veut qu'on lui fasse la césarienne. Les médecins lui suppliaient de pousser le bébé afin qu'il sorte. Les médecins ne faisaient que lui dire qu'on n'indique pas une césarienne pour rien. C'était énervant pour les médecins en présence. Ces derniers lui expliquait que *«voilà la tête du bébé juste là, pousse juste un peu pour que ton bébé sorte»*. Cette dernière était comme anesthésiée par les douleurs et refusait catégoriquement de pousser se plaignant qu'elle avait trop mal et qu'elle préfère la césarienne. Cette action de la parturiente a tellement traîné pendant des heures que à un moment donné, le monitoring fœtal signalait avec des bips comment l'enfant souffrait déjà dans le ventre ce qui causer une indication de césarienne d'urgence pour souffrance fœtale.

<sup>246</sup> Alexandra Bouchard, Aline Cohen de Lara, « La césarienne sur demande maternelle : quels enjeux pour la femme ? », Dans Corps & Psychisme 2016/1 (N° 69), p.59 à 71.

Cette observation évoquant met en le fait que la parturiente, en tant que médecin, démontre une conscience aiguë de son corps et de ses limites. Son désir de césarienne peut être interprété comme un choix réfléchi, fondé sur sa propre expérience de la douleur et son évaluation de la situation. Face à des douleurs intenses, la parturiente choisit de demander une césarienne plutôt que de continuer à pousser. Ce choix peut être vu comme une réponse à une situation qu'elle perçoit comme insoutenable. Sa décision de ne pas coopérer aux instructions des médecins peut être interprétée non pas comme un refus, mais comme une affirmation de son besoin de soulagement immédiat. La tension entre les attentes des médecins, qui insistent sur la nécessité de pousser, et le désir de la patiente d'opter pour une césarienne, met en lumière les défis rencontrés dans le cadre des soins obstétricaux. Cet encadré est également évocateur.

#### Encadré n°6 : observations de supplications d'une parturiente pour une césarienne lors de la

C'était le cas d'une parturiente pendant plus de 40 min admise en salle d'accouchement. Cette dernière aurait eu un accident grave qui l'a cloué au fauteuil pendant plus de 3 ans à l'hôpital et en était à sa deuxième grossesse dont 13 ans d'espacement entre son premier enfant et le second. Cette dernière avait du mal à gérer la douleur et demanda qu'on l'a conduise au bloc (Césarienne) c'est ainsi que le médecin lui demande de bien se positionner afin d'accueillir le bébé en question. Le docteur était déjà prêt à accueillir le bébé et s'exclama. *Quand vous avez mal vous poussez fort et longtemps.- on accouche avec les pieds ouverts ne fermez pas les pieds, poussez »*. C'est ainsi que la parturiente s'exclama en disant au docteur qu'elle est fatiguée de pousser. C'est ainsi que la patiente répliqua en disant *«aidez moi je ne peux plus»* C'est ainsi qu'une stagiaire dit à son tour *«mama tu vas aller au bloc hein faut pousser»*. Cette dernière répliqua alors *«Que ce soit même le bloc je ne peux plus. Amenez moi-même au bloc, je ne peux plus, j'ai fait de mon mieux. Pardon je ne peux plus. Je ne parviens pas à pousser. Pardon aidez moi à pousser»* continua t-elle à s'écrier. Cette situation a tellement traîné que l'anesthésiste est venu et le gynécologue s'exclama en lui disant de rester calme afin de prendre sa tension et d'écouter les battements de cœur du bébé en lui demandant de se calmer. Ensuite, l'anesthésiste procéda par les questions pour prendre les paramètres de la patiente. *«Ma pardon amenez moi comme vous avez dit. Donné-moi l'eau-je bois. Pardon ça fait mal. Bloc directement »*. C'est ainsi que l'anesthésiste s'exclama devant tout ses cris de la parturiente en lui disant *«avec tout ce que tu fais la je ne parviens pas à mettre un mot sur ton dossier. Tu veux que je t'endorme sans te réveiller ? Tout ça ne te l'avance pas. Ouvre la bouche tu respire quand tu sens mal tu pousses ton bébé sort ne dérange pas il y a pas de bloc»*. Cependant, cette dernière continue à crier *«amenez-moi si ça vous convient. Je vous demande de m'aider vous refusez ? Endormez moi maintenant pardon, endormez moi, la douleur est plus forte que moi. Je dis qu'on m'aide à pousser on refuse pardon. Pardon les contractions vont me tuer. Enlevez-moi la perfusion ci. Vous m'abandonner, hein vous m'abandonner à moi-même ? C'est comme ça hein ? J'ai mal, la douleur va me tuer »*. Ces bruits avaient interpellé d'autres gynécologue qui sont venus en salle d'accouchement *«C'est quoi ? C'est toujours pour accoucher ? ...Mama c'est normal nhr ? C'est une douleur d'expulsion non, chi alors... Oui chi d'abord»*. Ainsi plusieurs personnes se trouvaient autour de cette dernière y compris les stagiaires. *«La douleur que tu as fait l'effort tu pousses. La force que tu as là pousse ton bébé avec»* S'exclama un médecin. *«Madame ouvrez les pieds tu fais l'accouchement»* ajouta un autre médecin. *«On va perdre le bébé hein on va perdre le bébé, C'est ce que tu veux ?»* ajouta un autre médecin. *«Poussez nhr madame, Voilà la tête du bébé qui est la nhr. Poussez nhr poussez. On sait que ça fait mal mais poussez alors. C'est la douleur la qui fait accoucher»* ajouta une stagiaire. Cependant elle continuait toujours à supplier les médecins de lui faire une anesthésie ou d'aller au bloc *«Je ne supporte plus anesthésier moi-même un peu la douleur»*. Cette situation avait tellement énervé un des gynécologues qu'il a taper la cuisse de la patiente en s'exclamant de manière désespéré *«wehhhhh pousse alors nhr Pardon voilà la tête du bébé. Va y pousse. Quand tu veux chier chi fort et longtemps le bébé va sortir. Ouvre les pieds tu pousse pardon mama»*. Après ce long processus, cette dernière réussit à accoucher normalement après 45 min malgré les difficultés et les multiples encouragements du personnel autour d'elle avec une déchirure du périnée.

phase de travail

Cet extrait décrit une situation complexe et stressante vécue par une parturiente, qui présente plusieurs éléments importants liés à la physiologie de l'accouchement, aux interactions

entre le personnel médical et la patiente, ainsi qu'aux implications psychologiques de l'accouchement.

La patiente, décrite comme ayant un antécédent d'accident grave, a été immobilisée pendant plus de trois ans, ce qui peut avoir des répercussions sur sa santé physique et mentale. Des études montrent que les antécédents traumatiques peuvent influencer l'expérience de l'accouchement, augmentant le risque de stress post-traumatique postpartum (PP-PTSD) et affectant la perception de la douleur et la capacité à gérer le travail<sup>247</sup>. Dans ce cas, l'angoisse et la douleur de la patiente sont exacerbées par son histoire personnelle qui a eu un profond impact psychologique, ce qui complique son expérience de la douleur liée à l'accouchement lui rappelant son accident et les douleurs qui en découlent en les projetant sur son processus d'accouchement. Le travail d'accouchement est généralement divisé en trois phases. La première phase commence avec le début des contractions et se termine avec la dilatation complète du col de l'utérus, La deuxième phase débute à la dilatation complète et se termine avec la naissance du bébé. Enfin la troisième phase réfère à l'expulsion du placenta<sup>248</sup>

Dans le cas de cette patiente, il semble qu'elle ait éprouvé des difficultés lors de la deuxième phase, où elle a exprimé son incapacité à pousser et sa douleur intense. Les professionnels de santé ont tenté de l'encourager à pousser, mais la communication entre eux et la patiente a été marquée par des tensions, ce qui a pu aggraver son stress<sup>249</sup>. Le comportement du personnel médical, bien que motivé par le désir d'aider, a parfois manqué de sensibilité. Les exhortations répétées à pousser et les commentaires sur sa « têtue » peuvent avoir été perçus comme dévalorisants, ce qui a pu renforcer le sentiment d'impuissance de la patiente. Des recherches indiquent que le soutien émotionnel pendant le travail est crucial pour améliorer l'expérience de l'accouchement et réduire les traumatismes<sup>250</sup>. La communication entre la patiente et le personnel médical a été essentielle cependant, la patiente manifeste une résistance active en répétant qu'elle ne peut plus continuer et en suppliant pour une césarienne. Elle exprime clairement ses limites et son incapacité à suivre les instructions données par le personnel médical, montrant ainsi son refus de se soumettre aveuglément au pouvoir médical. Son insistance à être emmenée au bloc opératoire à faire la ventouse ou à anesthésier démontre son besoin de reprendre le contrôle de son corps et de la situation et de trouver une issue échappatoire face à la douleur, ce qui entre en conflit direct avec l'autorité et les directives du personnel médical.

---

<sup>247</sup> Suarez Anna, Yakupova Verra, Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jun 4 ;20(11) 6048

<sup>248</sup> Swer Michelle, *Global Librery Women's Medecine*, p. 1756-2228.

<sup>249</sup> Christine Berlemont, Marie-Anne Jolly, Chapitre 11. *Le domaine du soin*, Dans Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose (2020), p. 177 à 191.

<sup>250</sup> <https://www.who>.

### III.2. Primiparité tardive

D'un point de vue biologique, la maternité tardive se définit comme étant la survenue de la grossesse et de l'accouchement à partir de 35 ans selon l'OMS. Cette considération se base sur base de la physiologie féminine. Cependant, les spécialistes de la fertilité une grossesse est dite tardive l'orque qu'elle est à 40 ans. Elle est due au fait qu'après cet âge, la fertilité diminue considérablement. Les grossesses à un âge avancé peuvent être des grossesses à risque. La primiparité tardive est un phénomène complexe influencé par une combinaison de facteurs biologiques, sociaux et psychologiques<sup>251</sup>. Les femmes d'aujourd'hui prennent des décisions éclairées concernant leur maternité, souvent en tenant compte de leur situation personnelle et des évolutions sociétales. En d'autres termes, de plus en plus de femmes choisissent de retarder la maternité pour des raisons professionnelles, éducatives ou personnelles. Un autre facteur c'est l'accès accru à des méthodes contraceptives efficaces qui permet aux femmes de planifier leur maternité selon leurs souhaits et leurs circonstances de vie<sup>252</sup>. Les couples se forment plus tard, ce qui retarde également le désir d'enfant par conséquent, Certaines femmes peuvent ressentir un désir accru d'avoir un enfant plus tard dans la vie, souvent après avoir atteint un certain niveau de stabilité personnelle ou professionnelle. À ce sujet, cette primipare de 39 ans doctorante exprime ses raisons sur le recours à la césarienne.

*L'accouchement pour moi en tant que femme représente une étape à passer dans la vie d'une femme. Oui comme j'ai eue à perdre beaucoup de temps avec les études, je me suis dit qu'il faudrait quand même que j'accouche avant mes 40 ans. Vous savez quand vous prenez de l'âge et que malgré cela vous n'avez pas d'enfant forcément... Bon je pouvais bien accoucher par voie basse et à ce qu'il paraît c'est la meilleure voie mais ça fait mal. Donc je pouvais accoucher par voie basse mais je ne voulais pas prendre de risques et avec les myomes et tout bon j'ai plus opté pour la césarienne que la voie normale<sup>253</sup>*

Le témoignage évoque la maternité tardive, un phénomène de plus en plus courant dans les sociétés modernes. Les femmes choisissent souvent de retarder la maternité pour des raisons éducatives et professionnelles. Cette tendance est soutenue par des données démographiques montrant une augmentation de l'âge moyen à la première maternité, souvent au-delà de 30 ans. Les préoccupations liées à la fertilité et aux risques obstétricaux augmentent avec l'âge, ce qui peut influencer les décisions des femmes concernant le moment d'avoir des enfants.

---

<sup>251</sup> Mari Ida de Foucauld, Jaqueline Wendlan, « Primiparité après 35 ans : désir d'enfant et vécu de la grossesse », Dans Périnatalité 2019/3 (Vol. 11), pages 109 à 116.

<sup>252</sup> Lucile Richon, La grossesse tardive après 40 ans : quelle prise en charge de la part des sages-femmes ? Revue de la littérature Internationale à propos de neuf articles, École de Sages-Femmes De Metz, Université de Lorraine, 2020.

<sup>253</sup> Entretien du 8/12/2023.

La perception de la douleur associée à l'accouchement vaginal est un facteur déterminant dans le choix de la méthode d'accouchement<sup>254</sup>. Des études montrent que la peur de la douleur liée à l'accouchement peut conduire à des demandes de césarienne<sup>255</sup>, même en l'absence d'indications médicales claires. La césarienne est souvent perçue comme une option moins douloureuse, bien que cela comporte des risques chirurgicaux et des complications potentielles. La mention de myomes (fibromes utérins) indique une préoccupation pour la santé maternelle. Les myomes peuvent compliquer un accouchement vaginal et augmenter le risque de complications telles que la déchirure utérine. Dans ce contexte, le choix de la césarienne peut être justifié pour minimiser ces risques.

Par ailleurs, il est à noter que la grossesse à un âge avancé constitue un problème de santé et est très souvent associée à un risque très élevé de complications

*Les facteurs de santé liés à l'âge (obésité, hypertension artérielle ou instabilité de l'ovulation) augmentent le risque de pathologies et de grossesse à risque : diabète gestationnel, préclampsie, ou encore grossesses multiples. Mais d'autres pathologies somatiques et psychologiques peuvent aussi subvenir comme le cancer du sein ou la dépression. Bien entendu, l'état de santé initial de la parturiente est à prendre en compte lors du calcul de risque lié à sa grossesse. Enfin, plus les grossesses sont tardives, plus il y a un risque pour l'enfant d'anomalies chromosomiques, de fausses couches, de malformations congénitales de prématurité, de retard de croissance in utero et de morts fœtales in utero<sup>256</sup>*

C'est dire qu'à mesure qu'une femme vieillit, des problèmes de santé comme l'obésité et l'hypertension artérielle peuvent rendre une grossesse plus risquée. Cela peut entraîner des complications telles que le diabète pendant la grossesse, l'hypertension sévère (préclampsie), et des grossesses multiples<sup>257</sup>.

La césarienne de convenance est un phénomène aussi observé dans les maternités, notamment chez les couples qui ont longtemps cherché à concevoir sans succès. Ces couples, souvent après avoir traversé des années de traitements de fertilité et de tentatives infructueuses, voient l'arrivée d'un enfant comme une bénédiction précieuse. C'est le cas de cette parturiente de 40 ans qui a réussi à tomber enceinte et à opter pour une césarienne élective

*Pendant des années, on a fait les hôpitaux, des guérisseurs, des tradipraticiens, on a même vu des naturopathes et les guérisseurs traditionnels jusqu'à marcher partout dans les brousses ce n'était même pas facile je te jure. Ma coucou je ne sais pas où je*

---

<sup>254</sup> Elise Bouquet, « La représentation de la douleur de l'accouchement, mémoire pour l'obtention du diplôme de sage femme », Faculté de Médecine et de Maïeutique, Université Catholique de Lille, 2017.

<sup>255</sup> Sébastien Riquet, Melissa Henni, Pierre Fremondiere, « Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes », Dans Périnatalité 2020/3 (Vol. 12), pages 130 à 139.

<sup>256</sup> Mari Ida de Foucauld, « Jaqueline Wendlan, Primiparité après 35 ans : désir d'enfant et vécu de la grossesse », Dans Périnatalité 2019/3 (Vol. 11), pages 109 à 116.

<sup>257</sup> Alexandra Benachi, Dominique Luton, Laurent Mandelbrot, Olivier Picone, *Pathologies maternelles et grossesse*, 2<sup>ième</sup> édition, Elsevier Masson, 2022.

*n'ai pas marché, on espérait mais toujours déçu. Où on me disait de partir je pars, je me lavais me purgeait je buvais tout même si on me dit que bois les pipis pour tomber enceinte euh je jure je buvais. Chaque consultation, chaque traitement, On a suivi tous les conseils, pris tous les remèdes qu'on nous donnait avec les prières, les jeûne mais rien. Et tu connais comment la belle-famille te regarde quand tu n'accouche pas. Que tu manges seulement l'argent de leur enfant tu t'habille mais accoucher te dépasse. On te traite de tout c'était un véritable enfer pendant 12 ans comme ça... ça m'a coûté très cher mais j'ai finalement réussi ...donc comme ça a réussi, surtout avec l'âge-là et les risques liés, je n'ai pas réfléchi à deux fois j'étais déjà pour la césarienne. Je ne voulais pas la voie basse, c'est un enfant que j'ai trop cherché avec toutes les souffrances là je ne pouvais pas. Mama le docteur avait parlé de la césarienne et je me suis aussi documenté. Je ne voulais prendre aucun risque pour mon bébé<sup>258</sup>.*

Ce témoignage illustre les multiples facettes du combat contre l'infertilité dans un contexte africain où l'enfant est fortement valorisée. La quête incessante de solutions et les multiples consultations montrent une détermination mais aussi le désespoir croissant face aux échecs répétés. L'impact émotionnel, physique, et économique est profond, exacerbant le stress et l'épuisement. La pression sociale et familiale ajoute une dimension de souffrance supplémentaire, amplifiant le sentiment de honte et de dévalorisation<sup>259</sup>. La décision rapide d'opter pour une césarienne, une fois la grossesse obtenue, met en évidence la peur de tout perdre après une lutte si longue et pénible. Cela se justifie davantage par ce témoignage :

*Oui il y a des femmes qui ont peur de perdre leurs bébés. Généralement c'est des femmes ont beaucoup cherché l'enfant et elle sait que c'est le moyen le plus rapide et le plus sûr, elle demande qu'on l'opère. Ce n'est pas la blessure la qui est un problème, c'est son bébé, elle veut son bébé, Il faut qu'on lui donne son bébé. C'est pour ça que si tu lui dis voie basse elle refuse. Parce qu'elle n'est pas sûr que si elle perd le bébé là elle pourra encore avoir l'autre<sup>260</sup>.*

Dans ce contexte, la césarienne est perçue comme une option sûre et sans risque pour garantir la naissance de leur enfant tant attendu. Cette pratique est motivée par la volonté de minimiser les risques pour la mère et l'enfant, en évitant les complications imprévisibles liées à un accouchement par voie basse.

*Après 5 ans de recherches, d'insultes de mépris de complots bref de douleurs et d'épreuves. J'ai enfin réussi à concevoir. Je me suis juste mise à genoux j'ai prié mais il y avait un truc qui me travaillait. Je me disais ça ne peut pas être vrai. Qui suis-je pour être aussi enceinte...Le ventre vide comme aimait m'appeler certaines personnes... C'est après ma première échographie de contrôle que j'ai vraiment eu la confirmation. La césarienne était mon premier choix. Je ne voulais pas la voie basse<sup>261</sup>.*

---

<sup>258</sup> Entretien du 8/02/2024

<sup>259</sup> Doris Bonnet, « Quand la stérilité interroge la nature des liens familiaux. Hommage à Suzanne Lallemand », *Journal des africanistes* [En ligne], 93-1/2 | 2023, mis en ligne le 12 juin 2024, consulté le 03 août 2024.

<sup>260</sup> Entretien du 24/12/2023

<sup>261</sup> Entretien du 31/01/2024

Les couples sont souvent influencés par le désir de contrôler au maximum les conditions de naissance, d'assurer une intervention rapide en cas de problème et de réduire les risques de traumatisme obstétrical. De plus, la césarienne programmée permet de planifier précisément la naissance, ce qui peut être rassurant pour des parents ayant vécu de longues périodes d'incertitude et d'anxiété.

### III.3. Traumatismes liés aux expériences vécues

L'accouchement est souvent perçu comme un moment de joie et de réalisation pour de nombreuses femmes, mais pour certaines, il peut se transformer en une expérience traumatisante. Un accouchement particulièrement long et douloureux qui se termine par une césarienne d'urgence peut laisser des séquelles profondes tant sur le plan physique que psychologique. Les femmes qui ont vécu de tels accouchements rapportent fréquemment des sentiments d'épuisement extrême, d'anxiété, et de perte de contrôle. L'urgence de la situation, combinée à la douleur et à l'incertitude, peut engendrer un traumatisme persistant. Ce traumatisme peut se manifester sous forme de trouble de stress post-traumatique (TSPT), d'anxiété accrue face aux futures grossesses, et d'une peur intense de revivre une expérience similaire<sup>262</sup>. Un accouchement consécutif à un traumatisme antérieur peut soit guérir, soit retraumatiser les femmes. Mais pour certains de ces femmes, la perspective d'un accouchement vaginal après une telle épreuve est souvent insupportable<sup>263</sup>.

C'est que nous révèle cet entretien

*Hormis cela, il y'en a d'autres qui ont eu des difficultés, qui ont vu leur entourage avoir des difficultés pour accoucher. Surtout le personnel médical parce qu'elles ont le sub conscient, elles ont dans leur subconscient vu et vécu en quelques sortes des femmes qui ont eu des difficultés à accoucher normalement*<sup>264</sup>

En réponse à ce traumatisme, de plus en plus de femmes expriment le désir de planifier une césarienne lors de leurs futures grossesses. La césarienne programmée est perçue par beaucoup comme une option plus prévisible et moins douloureuse, permettant de minimiser les risques de revivre une expérience traumatisante<sup>265</sup>. Cette demande soulève des questions importantes sur la prise en compte des préférences des femmes, le respect de leur bien-être

---

<sup>262</sup> Camille Deforges, Vania Sandoz, Antje Horsch, Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement, Dans Périnatalité 2020/4 (Vol. 12), pages 192 à 200

<sup>263</sup> Cheryl Tatano Beck et al, Accouchement ultérieur après un accouchement traumatique antérieur, Nurs National Library of Medicine, 2010 Jul-Aug ; 59(4) :241-9. Doi : 10.1097/NNR.0b013e3181e501fd. PMID : 20585221.

<sup>264</sup> Entretien du 24/12/202/2023

<sup>265</sup> Monguillon Marie, « la césarienne de convenance : Motivations, représentations et facteurs décisionnel » mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, saEcole Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée, Aix Marseille Université, 2018

psychologique, et la nécessité d'une approche personnalisée dans les soins obstétricaux. Cela s'explique par cette parturiente nous relate son vécu :

*Les deux césariennes se sont passées sous rachianesthésie, pas de réaction allergique, physiquement je les ai bien vécus mais psychologiquement ce fut une autre histoire. Pour la première j'étais debout le lendemain, pour la deuxième, 4 jours en soins continus, sous perfusion jusqu'à mon transfert en maternité. Malgré notre passif, nous nous sommes lancés dans une 3<sup>e</sup> et dernière grossesse. Ma gynéco était ouverte pour un accouchement voie basse malgré mes deux premières césariennes si le travail se faisait naturellement. Mais je n'ai pas voulu, j'ai eu une césarienne à 35+1 que j'ai beaucoup mieux vécu que les deux premières<sup>266</sup>*

La décision de planifier une césarienne à 35 semaines et 1 jour, malgré l'option d'un accouchement vaginal après césarienne (AVAC), reflète une stratégie d'adaptation personnelle. La césarienne programmée permet de réduire l'incertitude et l'anxiété liées à un travail spontané, offrant un certain contrôle sur le déroulement de l'accouchement. Ce choix, basé sur les expériences antérieures et les préférences individuelles, a probablement contribué à une expérience d'accouchement plus positive, comme en témoigne le commentaire de cette parturiente.

*Pour mon premier accouchement, les contractions me faisaient tellement mal, mais le travail n'avancait pas. On m'a rompue, et on m'a perfusée, on m'a administré les médocs et tout mais rien n'a donné. Après, la douleur était insupportable, je n'en pouvais plus. J'ai supplié qu'on m'aide, qu'on fasse quelque chose. Mais les sages-femmes et les médecins ont juste continué à attendre et espérer que ça avance... Et puis soudain, l'urgence. Le rythme cardiaque du bébé chutait, on m'a emmenée au bloc en catastrophe. J'étais tellement fatiguée, quatre jours en travail toi-même imagine un peu, et j'avais tellement peur, je ne comprenais plus rien. J'ai très mal vécu du début à la fin, non seulement quand la sage-femme a pris la décision, j'ai vu au moins 10 personnes débarquer dans la salle... le stress m'a envahi et j'ai fait une crise de panique car durant 9 mois c'est tout ce que je redoutais... On m'a endormie, et quand je me suis réveillée, donc je demandais que j'avais accouché, mais j'étais passée par une césarienne ?!... Tout ce temps perdu, toute cette douleur pour finalement passer en césarienne et donc pour cette grossesse, mon docteur m'avait proposé un accouchement par voie basse, mais avec mon utérus cicatriciel, j'avais des doutes... J'avais peur de revivre encore la même chose. C'était un parcours difficile, et on te juge sans savoir le pourquoi mais je savais moi que j'ai fait le bon choix pour ma santé et celle de mon enfant<sup>267</sup>*

Cette expérience traumatisante, marquée par une douleur prolongée et un travail inefficace, a profondément influencé les décisions de cette parturiente lors de sa grossesse suivante. Bien que son médecin ait proposé un accouchement par voie basse, la cicatrice laissée

---

<sup>266</sup> Entretien du 28/01/2024

<sup>267</sup> Entretien du 19/01/2024

par la césarienne précédente et le souvenir intense de la douleur et de la peur l'ont rendue réticente. C'est le cas de cette parturiente qui s'exprime :

*J'ai demandé une pelvimétrie qu'on m'a refusée parce que « vu mon gabarit peu importe le poids du bébé, il passerait ». Je fais 1m68 pour 74kgs à l'époque. À 8 mois et demi ils m'ont dit qu'ils me déclencheraient le 27 décembre 2019. Finalement je suis arrivée le 27 décembre et après un énième écho, un énième gynéco m'a dit « non on ne déclenche pas pour un gros bébé ». Résultat, le 10 janvier 2020 après 14h00 de travail, ouverte à 10, plusieurs poussées. Je termine en césarienne d'urgence pour souffrance maternelle et fœtale. Mon fils s'est retrouvé coincé dans mon bassin tête fléchi. Il ne passait pas. Mon fils faisait 4,460kg et 55,5cm à sa naissance. Si 2<sup>ème</sup> bébé un jour, je demanderais une césarienne programmée pour éviter de risquer ma vie une seconde fois<sup>268</sup>.*

Ce cas illustre le traumatisme psychologique vécu par une femme lors de son premier accouchement, où elle s'est sentie impuissante face à des décisions médicales qui ont finalement conduit à une césarienne d'urgence après un travail long et difficile. Cette expérience, marquée par la peur pour sa vie et celle de son enfant, l'a profondément affectée. Désormais, pour une éventuelle deuxième grossesse, elle envisage une césarienne programmée afin de regagner du contrôle sur son accouchement et éviter de revivre une telle situation traumatisante.

De plus, dans le domaine de l'obstétrique, de nombreuses femmes, en particulier celles qui exercent dans ce secteur, développent des lignes de défense psychologiques face à l'accouchement par voie basse. Cette dynamique est souvent influencée par l'observation des souffrances endurées par d'autres femmes lors de l'accouchement. En conséquence, certaines préfèrent les césariennes, tant pour elles-mêmes que pour les patientes qu'elles accompagnent. Cela s'illustre par ce témoignage

*Par exemple tu es toute jeune comme ça, tu n'es pas marié, tu n'as pas encore accouché et tu commences le travail très tôt dans comme ce qu'on fait la, médecin Gynécologue ou sage-femme bref dans le milieu obstétricale, tu vois comment la femme a mal quand elle accouche, elle a des difficultés pour accoucher ou bien tu vois comment elles souffrent, elles souffrent et à la fin, elle travaille, elle travaille, elle travaille, et qu'à la fin, on l'opère toujours...tu te dis que mais, pourquoi souffrir même pour après être opéré ? Better si même je conçois même je monte sur la table on m'opère je quitte derrière les problèmes donc tu ne peux pas traverser toutes ces souffrances. Parce que voir les femmes trop souffrir pour accoucher, parfois même accoucher même l'enfant avec des difficultés, il est peut-être gros, il y a une fracture de de la main tu t'en occupes des années des mois des jours alors que si on avait opéré il serait sorti sans problème, tu aurais géré toutes tes activités, tu te dis que mais, pourquoi ne pas opérer ? Donc better si je conçois mieux on m'opère. Voilà elle met dans sa propre options sa propre voie d'accouchement, avant même de se marier elle a déjà mis dans la tête si bien que le jour qu'elle a un bébé dans le ventre tu lui dis*

---

<sup>268</sup> Entretien du 20/02/2024

*monte sur la table pour pousser elle dit non, césarienne. Elle est préparée, elle veut qu'on l'opère*<sup>269</sup>

Ce témoignage met en lumière comment les expériences des professionnels de santé dans le milieu obstétrical peuvent influencer leurs choix personnels concernant l'accouchement. En voyant des femmes souffrir et avoir des complications lors des accouchements naturels, certaines sages-femmes et médecins gynécologues développent une préférence pour la césarienne. Cette préférence découle de la volonté d'éviter les douleurs et les complications qu'elles ont souvent observées. Ainsi, même avant de tomber enceinte, elles peuvent décider qu'elles préféreront une césarienne pour leur propre accouchement, convaincues que cela évitera des souffrances inutiles et des risques pour leur futur enfant.

Ce chapitre a permis d'explorer en profondeur les divers facteurs qui sous-tendent l'augmentation notable des césariennes à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé. Les analyses ont révélé que cette hausse est le résultat d'une confluence de déterminants médicaux, institutionnels, socio-économiques et culturels. D'un point de vue médical, l'évolution des protocoles obstétricaux et la gestion des risques ont conduit à une augmentation des indications de césarienne, souvent perçue comme une option plus sécuritaire tant pour la mère que pour l'enfant. Cependant, cette approche systématique ne prend pas toujours en compte les souhaits des patientes, créant ainsi des tensions entre la rigueur médicale et le respect de l'autonomie des femmes. Les dimensions culturelles et psychologiques jouent un rôle crucial dans la manière dont les césariennes sont perçues et acceptées, tant par les patientes que par les professionnels de santé. Les croyances et les normes sociales influencent les décisions, parfois de manière inconsciente, ajoutant une couche supplémentaire de complexité à l'analyse des pratiques obstétricales.

---

<sup>269</sup> Entretien du 24/12/2023

L'accouchement par césarienne, bien que souvent nécessaire pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant, est entouré de représentations complexes et d'enjeux multidimensionnels. Ces perceptions sont profondément enracinées dans les contextes socioculturels, où les idées préconçues sur la naissance influencent les attitudes des femmes, des familles, et des professionnels de santé. En parallèle, la césarienne soulève des enjeux psychologiques, car elle peut impacter le vécu des patientes, générant parfois de l'anxiété ou un sentiment de perte de contrôle. Les aspects économiques ne sont pas en reste, car les coûts associés à cette intervention pèsent lourdement sur les familles, particulièrement dans les contextes où les systèmes de santé sont sous-financés. Cette partie composée de deux chapitres essayera d'explorer ces dimensions, en examinant comment les représentations, les modes de connaissance, les impacts psychosociaux et les défis économiques s'entrelacent dans le vécu des femmes et leurs entourages confrontés à la césarienne.

**DEUXIÈME PARTIE :**  
**L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE :**  
**PERCEPTIONS CULTURELLES ET ENJEUX**  
**PSYCHOSOCIAUX ET ÉCONOMIQUES**

### **Chapitre III :**

## **REPRESENTATIONS DE L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE ET ROLES DES PRISES SE CONNAISSANCES SUR CES PERCEPTIONS**

L'accès à l'information joue un rôle déterminant dans la perception qu'ont les femmes de la césarienne, une intervention de plus en plus pratiquée dans les hôpitaux publics. Cependant, les patientes sont souvent confrontées à des connaissances incomplètes ou biaisées sur cette pratique, influençant ainsi leurs représentations et leur prise de décision. Ce chapitre explore comment les femmes prennent connaissance de la césarienne, notamment à travers les interactions avec les professionnels de santé, les récits d'autres femmes, et les conseils de leur entourage. L'objectif est d'analyser l'impact de cette prise de conscience sur leur acceptation ou rejet de cette procédure, tout en tenant compte des croyances culturelles, sociales et personnelles qui façonnent leur perception de la césarienne.

### **I. REPRESENTATION DU POINT DE VUE DU CORPS MEDICAL**

Le corps médical occupe une position centrale dans la gestion et l'explication des pratiques obstétricales, dont la césarienne. Pour les professionnels de santé, cette intervention est perçue avant tout comme une mesure nécessaire pour sauver la vie de la mère ou de l'enfant en cas de complications. Cette vision est façonnée par la formation médicale, les protocoles hospitaliers, et l'expérience clinique. Les médecins et sages-femmes, souvent confrontés à des urgences obstétricales, considèrent la césarienne comme une solution rapide et efficace, même si elle n'est pas exempte de risques. Cependant, leur discours et leurs recommandations peuvent parfois être perçus différemment par les patientes, ce qui crée une dissonance entre les objectifs médicaux et les attentes des femmes.

#### **I.1. Représentation de l'OMS**

Malgré les progrès significatifs enregistrés au cours des vingt dernières années dans le domaine de la santé reproductive, les mortalités maternelle et infantile restent un problème majeur de santé publique dans le monde. Ainsi, environ 358 000 femmes meurent chaque année de complications liées à l'accouchement et 10 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans

connaissent le même sort, dont la vaste majorité dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara (ASS). Une part importante (80 %) des décès infantiles survient pendant la période périnatale c'est-à-dire un peu avant l'accouchement et jusqu'à un mois suivant la naissance<sup>270</sup>. Les causes de ces décès sont souvent liées à une prise en charge trop tardive des complications obstétricale et près de la moitié d'entre elles vivent en Afrique subsaharienne. Premières victimes, les femmes pauvres, peu instruites ou habitant en milieu rural ayant des difficultés aux soins obstétricaux<sup>271</sup>. Elles ont en effet moins accès aux accouchements institutionnels. Cette inégalité se retrouve aussi dans l'accès à la césarienne.<sup>272</sup>

Dans le but de réduire le taux de mortalité lié à l'accouchement dans le monde, la communauté internationale ses partenaires en collaboration avec les structures gouvernementales ont mis sur pied des politiques de subvention pouvant fournir des soins obstétricaux visant à mettre fin à la mortalité maternelle évitable<sup>273</sup>. Pour remédier à ces problèmes, plusieurs pays ont développé des initiatives pour réduire la barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux en général et à la césarienne en particulier. Leur objectif est notamment d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale allant jusqu'à 80% pour les césariennes notamment le Niger, le Mali, le Burkina Faso<sup>274</sup>. Cette situation, qui nécessite à la fois des efforts pour assurer l'accès à un accouchement sans risque aux populations vulnérables, et en même temps une lutte contre les abus du recours à cette pratique qui bat tous les records.

Selon de nouvelles études, lorsque le taux de césarienne augmente pour s'approcher de 10% sur l'ensemble de la population, « *mortalité maternelle et néonatale diminue* ». Cependant, aucune baisse supplémentaire de la mortalité n'est observée lorsque ce taux dépasse 10%. Les conclusions de ces études « *de l'utilité des césariennes pour sauver la vie des mères et des enfants* », déclare le Dr Marleen Temmerman, Directeur du Département OMS Santé et recherche génésiques. « *Elles démontrent également que l'objectif prioritaire doit être de*

---

<sup>270</sup> Dumont, Alexandre. « 21. La gratuité de la césarienne permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique ». Des idées reçues en santé mondiale, Presses de l'Université de Montréal, 2015, <https://doi.org/10.4000/books.pum.3661>.

<sup>271</sup> Unst Anja, Houweling Tamara (2001). A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 297-316.

<sup>272</sup> Thaddeus Stand, Maine Deborah, Too far to walk : maternal mortality in context. *Soc Sci Med.* 1994 ;38 :1091–110.

<sup>273</sup> Estimation de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la Banque Mondiale et la division de la population des nations unies, résumé d'orientation .

<sup>274</sup> Alexandre Dumont, La gratuité de la césarienne Permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique, des idées reçues en santé mondiale, Presses de l'Université de Montréal, 2015, <https://doi.org/10.4000/books.pum.3661>.

*permettre aux femmes qui en ont besoin de bénéficier d'une césarienne, plutôt que de chercher à atteindre un taux particulier »*<sup>275</sup>. On peut voir à travers ces prises de décision une un objectif de l'OMS et de ses partenaires de réduire les risques liés à l'accouchement.

Cependant, depuis près de trois décennies, la communauté internationale de la santé considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10 % et 15 %. Ce seuil avait été retenu par un groupe d'experts en santé génésique à l'occasion d'une réunion organisée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1985 à Fortaleza, Brésil, qui avait déclaré : « *il n'y a manifestement aucune justification pour que dans telle ou telle région géographique, plus de 10-15 % des accouchements soient pratiqués par césarienne* »<sup>276</sup>. Le groupe d'experts était parvenu à cette conclusion en se fondant sur l'examen des données limitées disponibles à l'époque, provenant principalement de pays d'Europe du Nord qui enregistraient de bons résultats maternels et périnataux avec ce taux de Césarienne. Le but ultime étant de protéger des vies lors du processus de procréation et non de viser un seuil à atteindre, la césarienne serait un indicateur sur le taux de réduction des mortalités lié à l'accouchement.

Des césariennes sans justification médicale parmi les classes moyennes, se retrouve au sein même de nombreux pays en développement comme l'Inde, l'Indonésie ou même des pays d'Afrique, le professeur Purandare lors d'une conversation avec le Dr Swati Naik, qui qualifie le président de FIGO<sup>277</sup> comme une figure paternelle de l'obstétrique et de la gynécologie, considéré comme le souligne la controverse entourant le nombre de césariennes pratiquées lorsqu'un accouchement normal est nécessaire. Il commente : « *Les gens pensent maintenant que les césariennes sont plus sûres que d'accoucher par voie vaginale instrumentale, ce qui est une mauvaise hypothèse* ». Autrement dit, le mode de représentations, le regard des individus ont changé vis-à-vis de l'accouchement par césarienne. Cette différence de perception est en partie liée à l'évolution des pratiques obstétricales. Autrefois, les accouchements difficiles étaient plus souvent forcés par voie basse, au risque d'entraîner des complications graves chez la mère et l'enfant. Aujourd'hui, on a une approche plus nuancée et individualisée. Lorsque les conditions sont défavorables à un accouchement par voie basse (macrosomie fœtale,

---

<sup>275</sup> La déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne se fonde sur deux études du Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine. Ce programme est le principal instrument du système des Nations Unies consacré à la recherche en reproduction humaine, mené au sein du Département OMS Santé et recherche génésiques, 9 avril 2015 Communiqué de presse Genève <https://www.who.int/fr/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically->.

<sup>276</sup> Appropriate technology for birth. Lancet. 1985; 2(8452):436-7.

<sup>277</sup> <https://www.figo.org/fr/news/les-taux-de-cesarienne-augmentent>

## I.2 Représentation de l'accouchement par césarienne à HGOPY

### Illustrations 1 : fiche d'urgence vitale

97

Cela s'illustre davantage par ces propos

*C'est vrai que certains hôpitaux ont fixé leur nombre à atteindre. Ils ont des principes. Le malade qui n'a pas des moyens n'est pas admis. Dans certains hôpitaux vous n'avez pas la caution de 250 mil vous allez ailleurs. Alors qu'ici, il y a des malades qui n'ont pas 10 mil franc sur eux mais qu'on accepte de prendre en charge<sup>278</sup>.*

Ce discours illustre l'importance de la prise en charge pour la protection de la vie de la mère et de l'enfant. Cependant, malgré les moyens déployés, les parturientes et leurs accompagnateurs manifestent parfois un refus total de se faire prendre en charges dû au coût élevé de l'opération.

Dans d'autres hôpitaux par exemple, la prise en charge sans le versement de la caution n'est pas effective. Une patiente référée s'exprime à ce propos.

*Nous étions d'abord au district de mvogada. Ça a dépassé la parce qu'il avait une souffrance fœtale. On arrive à l'hôpital central on ne nous laisse même pas descendre du taxi, il faut verser une caution et entre temps mon père n'avait pas l'argent sur place donc on a même fait 30 min là-bas pour les demander de s'occuper de ma mère que l'argent arrive, ils ont refusé. Nous sommes quittés de là-bas pour ici à Gynéco... Ils nous ont référé. C'est une dame-là qui sort et elle a commencé à dire « pardon partez à gynéco, on ne peut pas s'occuper d'elle on ne peut pas prendre soin d'elle s'il y a pas d'argent. Nous sommes donc partis on arrive donc ici<sup>279</sup>.*

Ce discours illustre comment le manque de moyen financier peut jouer en défaveur pour la prise en charge malgré la situation critique dans laquelle les patientes peuvent être et qui entraîne une référence dans une autre institution hospitalière qui prend en charge même lorsque que les patientes n'ont pas assez de moyen financier sur eux.

### **I.3. Représentation de l'accouchement par césarienne par les médecins**

La césarienne étant une procédure sécuritaire représente pour le personnel soignant un mode d'accouchement comme les autres. Cela est nécessairement dû au fait de sa régularité et sa fréquence et les indications qu'elle a. Les médecins interrogés envoient en la césarienne un moyen plus sûr qui joue un rôle important dans la lutte contre la mortalité et les risques liée à l'accouchement par voie basse. Cependant, ce mode d'accouchement n'est pas apprécié par tous et ne vise pas uniquement à sauver des vies. Certaines médecins, collègues affirme le chef du service d'obstétrique voient la césarienne comme une intervention trop fréquentes et utiliser de manière abusive. Il s'explique en disant :

---

<sup>278</sup> Entretien du 21/12/2023

<sup>279</sup> Entretien du 21/12/2023

*Un hôpital comme la nôtre, on est accusé de trop opéré et les césariennes de trop. Il y a même les collègues qui propagent cette fausse rumeur là que à l'hôpital gynéco on passe le temps à opérer. Pourtant c'est faux. On est un centre de référence. Quand vous êtes au centre de référence, il y a des cas qui viennent inonder vos chiffres... surtout des cas d'urgence<sup>280</sup>.*

Cette intervention vise uniquement à sauver des vies affirme le médecin mais malheureusement elle est mal perçue par certains collègues dans le service qui les accusent d'une intervention abusive. Il appuie ses propos en disant

*Il y a un collègue dans le forum de gynéco, il nous accuse d'opérer trop de femmes pour accouchement par césarienne. Je lui ai demandé de me donner leur taux de mortalité périnatal, il n'a jamais répondu. Parce qu'ils préfèrent avoir les décès fœtale, macrosomie fort...parce qu'ils n'ont pas opéré et ils se disent fort pourtant ce sont des cas qui pouvaient être évité par une césarienne<sup>281</sup>*

On peut voir à travers cette affirmation que certains médecins, comme le dit le chef du service d'obstétrique que la césarienne est parfois mal perçue par le personnel soignant dans certaines situations. Certains collègues préfèrent mettre la vie de leurs patientes et de leurs bébés plutôt que de pratiquer une césarienne. Pour ce médecin, mieux vaut ne pas courir de risques et pratiquer une césarienne que de courir le risque de ne pas opérer et d'avoir des complications graves. Bien que la césarienne soit un mode d'accouchement comme les autres, certains praticiens la voient comme un risque :

*C'est un mode d'accouchement comme les autres mais elle comprend beaucoup de risques surtout les risques liés aux infections. Surtout si elle est faite en urgence...Le meilleur mode d'accouchement reste l'accouchement par voie basse. On fait la césarienne pas parce qu'on veut mais parce qu'on connaît déjà ce qui va se passer si on n'opère pas. On préfère éviter des situations dramatiques.... parce qu'en médecine moderne vaut mieux éviter que réussir c'est-à-dire ne pas prendre un risque inutile afin d'éviter ce risque qu'on a pris. Vous ne pouvez pas prendre un risque et vous vous en sortez pour ne pas toujours dire qu'il va falloir toujours ça<sup>282</sup>.*

Ce récit illustre comment la césarienne, malgré les avancées médicales reste encore une intervention chirurgicale à haut risque.

## **II. REPRESENTATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE PAR LES PARTURIENTES CESARISEES ET LEUR ENTOURAGE**

Une représentation est la manière dont une personne imagine ou conceptualise une idée, une situation ou un objet dans son esprit. Les représentations mentales peuvent inclure des images, des sons, des sensations, ou des schémas abstraits. Si l'accouchement par césarienne.

---

<sup>280</sup> Entretien du 19/12/2024

<sup>281</sup> Entretien du 21/12/2023

<sup>282</sup> Entretien du 29/12/2023

Présente dans certains cas des avantages pour la mère et le bébé, des divers modes de représentations découlent de cette intervention. Plusieurs idées traversent l'esprit de ces derniers surtout en situation d'urgence. La première liée à un sort, à une fatalité, au pire. Dans le deuxième cas, comme un moyen de se faire de l'argent, dans le troisième cas comme un moyen qui a permis de sauver la vie de la mère et du bébé et enfin comme un moyen de limiter les souffrances.

## **II.1- la césarienne comme un sort**

Si pour l'OMS la césarienne est un moyen de limiter les risques liés à la mort maternelle et ou infantile, cet avis n'est pas partagé par certaines parturientes et leurs entourages surtout l'entourage féminine. Ces dernières voient en cette pratique une condamnation, un sort. En effet, lors des observations au service de maternité de HGOPY, les réactions liées à l'annonce de cette intervention, devient un véritable drame.

**Encadré n°7 :** observation de la réaction d'une parturiente lors de l'annonce d'une césarienne

C'était une jeune parturiente primipare de 24 ans qui a été référé d'un centre de santé pour souffrance fœtale. Des son arrivée, après la consultation de son carnet pour savoir les raisons pour laquelle elle avait été référé, le gynécologue de garde était venu à elle et a commencé à lui poser des questions. « *Madame pourquoi vous a-t-on référé ?* » elle répond par « *je ne sais pas docteur* » puis le médecin continue en demandant si de l'hôpital d'où elle venait, on ne l'avait pas expliqué. Elle répond toujours par la négation. Puis le médecin lui fait part de la situation et lui dit que dans le carnet, il est mentionné référé pour souffrance fœtale. Après cela, le docteur prend le monitoring et le pose sur le ventre de la parturiente pour prendre les BDCF. Ensuite il s'est mis à expliquer à la parturiente qu'il y a une souffrance fœtale et qu'il fallait au plus vite sauver le bébé sinon ils risquaient de le perdre. « *Madame on va devoir vous opérer sinon le bébé risque de partir* ». A cette annonce, la parturiente a commencé à pleurer et à crier. Elle se posait une et mille questions. Arrivé à un moment elle a même supplié de forcer pour qu'elle accouche par voie basse. Le médecin lui a fait comprendre que ce n'était envisageable et qu'il fallait qu'elle signe la fiche de consentement afin de vite intervenir. Elle a continué à pleurer et a même refusé de se faire opérer en refusant de signer la fiche de consentement. Grâce à son conjoint elle a accepté de se faire opérer.

On voit à travers cette observation la description de l'état d'une parturiente à l'annonce de la césarienne et un état de choc dû à la nouvelle. En demandant au médecin de forcer l'accouchement par voie basse, on comprend que dans la césarienne apparaît comme une solution de dernier recours. Parmi les femmes interrogées, certaines assimilent la césarienne à un événement tragique, voire à une mort probable. Cette représentation est particulièrement marquée chez les femmes issues des milieux populaires, caractérisés par un faible niveau d'instruction, une accès limité à l'information médicale fiable, et une forte imprégnation des croyances traditionnelles. Dans ces groupes sociaux, la médecine moderne est parfois perçue avec méfiance, et l'hôpital devient un espace de danger plus que de soin. Le recours à la

césarienne y est souvent interprété comme un signe de gravité extrême, ou comme une pratique intrusive mettant en péril la vie de la mère et de l'enfant. Cette perception se construit également sur la base de récits partagés dans la communauté (morts maternelles, stérilité après césarienne, bébés décédés), qui renforcent l'idée que cette intervention chirurgicale est un « dernier recours », voire un acte fatal. De plus, la césarienne est souvent opposée à l'accouchement vaginal, valorisé comme la voie naturelle, preuve de force, de fertilité et de « réussite » féminine, ce qui accentue le rejet symbolique de l'intervention. Les réactions telles que les pleurs, les cris, sont des conséquences probantes d'une mauvaise représentation de la chirurgie.

Allant dans le même sens, une parturiente s'exprime lors de son annonce :

*Je me suis dit, qu'est ce que je dois faire ? J'ai paniqué et commencé à pleurer, puis j'ai appelé mon Dieu puis j'ai dit : à toi la gloire, je mets ma vie entre tes mains. J'ai mes petits-enfants la dernière petite, elle a 4 ans. À toi de voir. Si c'est que c'est comme ça que tu as décidé que je rentre chez toi, tu vas me rappeler que ta volonté soit faite<sup>283</sup>.*

On voit à travers que la césarienne un mode d'accouchement qui permet de limiter les risques est représentée par l'imaginaire à un acte à haut risque qui précipite la mort plus qu'elle n'en sauve. A ce sujet, un accompagnateur s'exprime ces propos :

*Bon vous savez quand on vous dit césarienne, vous penser tout de suite on s'attend au pire. Soit l'un peut y rester, soit la mère peut y passer, soit l'enfant, soit les deux. Quand on dit césarienne, la pensée, on a toujours tendance à penser qu'il y aura un problème. C'est plus la mort qu'on voit dans la plupart des cas<sup>284</sup>.*

Ce récit vient accentuer le fait que bien que la césarienne soit aujourd'hui un mode d'accouchement comme celle de l'accouchement par voie basse, dans la plupart des cas et grâce aux informations collectées, elle est plus perçue comme une menace à la vie qu'un moyen de sauver des vies. Cette représentation liée à la césarienne est influencée par la peur des parturientes à y laisser leur vie et celui de leur bébé. On se retrouve ainsi à l'ancienne perception de la césarienne qui au cours de l'histoire qui était plus perçue comme un mouvoir<sup>285</sup> qu'une intervention qui vise à sauver des vies mais qui au fil du temps a connu une grande amélioration que ce soit sur le plan technique ou médicale. C'est le cas pour cette parturiente qui explique sa peur vis-à-vis de la césarienne :

*J'avais peur parce qu'il y a d'autres que quand on part les faire la césarienne, leur vie finit sur la table. Ce qui me faisait le plus peur c'était l'anesthésie. J'avais peur de ne plus me réveiller<sup>286</sup>». Cela s'illustre davantage par le témoignage de cette accompagnatrice : parce que je sais de quoi il s'agit. Quand la dame a dit césarienne, ma grande sœur (la mère de la patiente) a commencé à pleurer pleurer. Je lui ai dit*

---

<sup>283</sup> Entretien du 13/11/2023

<sup>284</sup> Entretien du 14/11/2023

<sup>285</sup> Marc-André Cotton, La césarienne : un déni de maternité, article est paru dans la revue Regard conscient No 24 (janvier 2007), disponible sur <https://regardconscient.net/archi06/0610cesarienne.html>

<sup>286</sup> Entretien du 14/11/2023

*que tu pleures quoi ? Tu pleures pourquoi ? Moi j'ai eu ça combien de fois je suis morte ? Mais je suis là devant toi. Ça va aller ne t'inquiètes pas ça va aller*<sup>287</sup>

La peur de la mort face à la césarienne et tout ce qui tourne autour de la chirurgie est une angoisse commune chez les parturientes. Cette peur peut être générée par des représentations négatives de la chirurgie et des complications liées à cela, et des craintes de perdre le contrôle ou de mourir pendant l'opération. Ces peurs peuvent être exacerbées par la perception de l'accouchement comme un moment inconnu surtout pour les primipares et imprévisible, où la parturiente peut perdre le contrôle et où la mort est une possibilité. Cette mauvaise représentation peut porter atteinte à la prise en charge des patientes et dans le pire des cas engendrer la mort. Une parturiente raconte :

*Je ne sais pas pourquoi, je ne souhaiterais jamais ça à une femme même si elle est mon ennemie parce que c'est une mauvaise...il y a d'autres qui s'en sortent et il y a d'autres qui ne s'en ne sortent pas. Il y a d'autres qui sont hypertendus, d'autres qui sont diabétique et d'autres que ça ne peut pas donner : ils sont épileptiques donc quand ça arrive là-bas, le sang ne supporte pas et ça lâche. Soit perdu de de vie des deux personnes, soit surtout la mère, parce que c'est la mère qui tient. Soit la mère part. Et donc, je ne souhaiterais jamais ça à mon ennemie comme je te dis là* <sup>288</sup>.

Le texte souligne la grande vulnérabilité des femmes enceintes, qui peuvent être confrontées à des complications graves liées à des pathologies préexistantes comme l'hypertension ou le diabète. Certaines femmes sont même jugées « épileptiques » et donc inaptes à la grossesse, ce qui montre à quel point la maternité est perçue comme un état fragile. Le témoignage exprime une crainte profonde et viscérale face à la possibilité de mourir en couches.

Une parturiente s'exprime face à la réaction de sa mère

*Ma mère a commencé à pleurer, elle a pris ça bizarre parce qu'elle ne s'attendait pas aussi à ça. Dans notre famille, on n'avait jamais entendu ce genre de cas donc moi-même j'étais dans le Wanda. En plus même elle s'est mise à pleurer elle s'est même évanoui...ce qui a même causé ça c'est quand on a dit qu'on devait m'opérer et quelques minutes avant de partir au bloc il y a eu une femme qui était morte suite à ça*<sup>289</sup>.

Cet extrait montre que la mère de la parturiente a été surprise et a réagi avec de l'émotion ce qui indique une forte réaction émotionnelle.

Une autre parturiente s'exprime sur la réaction de sa mère lorsqu'elle avait été programmée pour une césarienne :

*Elle (sa mère), s'il y avait moyen de forcer à ce que ça se passe par voie basse, elle devait le faire parce qu'elle avait peur. Comme je l'ai dit, de la mort. Elle avait peur*

---

<sup>287</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>288</sup> Entretien du 13/11/2023

<sup>289</sup> Entretien du 14/11/2023

*que si je monte sur la table d'opération, à la fin on vienne lui dire que je suis partie qu'on n'a pas pû faire sortir l'enfant, qu'il y avait eu des complications au bloc. Et elle avait aussi peur du post partum. La cicatrisation, la remise en forme, si j'allais pouvoir m'en sortir et elle avait aussi des craintes. Parce que durant l'opération, on pourrait parler d'une hémorragie, je pouvais être transfusé donc tout ça elle réfléchissait. Et elle n'était pas d'accord avec. Mais elle a fini par accepter parce que c'était le seul moyen vu qu'on ne pouvait pas passer par autre chose elle a fini par accepter la césarienne<sup>290</sup>.*

Les peurs de la mort sont complexes et liées à des représentations hybrides de la mort. Certaines sont subjectives et tissées avec des fantasmes inconscients, conduisant à l'angoisse de mort. D'autres s'appuient sur des représentations collectives partagées. Au-delà de la peur de mourir, la mère de la parturiente semble également redouter les conséquences physiques et psychologiques de l'accouchement par césarienne : la cicatrisation, la remise en forme, les difficultés du post-partum. Cela montre son souci de préserver l'intégrité corporelle et le bien-être après l'accouchement. Cette peur est exacerbée par les risques médicaux liés à la césarienne, qui représente une intervention plus lourde que l'accouchement naturel.

Par ailleurs, la forte réaction de l'entourage surtout des mères des parturientes marquent une profonde inquiétude du point de vue physique, psychologique et émotionnel en rapport avec leur enfant, retrouvé dans une situation critique. Ce qui est totalement différent de la représentation de celle du mari qui la perçoivent parfois différemment et la voient comme une voie d'accouchement

## **II.2- la césarienne comme un moyen d'intrusion au projet d'une « grande famille »**

La césarienne, en plus d'être une intervention salvatrice en cas de complications obstétricales, peut également être perçue comme un moyen indirect de limiter les naissances. En effet, bien que cette procédure permette de préserver la santé de la mère et de l'enfant, elle peut entraîner des restrictions sur le nombre de grossesses futures en raison des risques accrus associés aux césariennes répétées. Les médecins conseillent souvent aux femmes ayant subi plusieurs césariennes de limiter leurs grossesses, ce qui influence directement la taille des familles. Ainsi, la césarienne devient non seulement une intervention médicale, mais aussi un facteur influençant la planification familiale, notamment dans des contextes où le rêve d'avoir une grande famille est encore prédominant. Cela s'illustre par les propos de cette parturiente :

*Le fait de limiter les grossesses, ça limite les grossesses et moi honnêtement je n'aime pas ça. Si je pouvais j'enfanterai jusqu'à 52 ans comme la petite sœur de ma maman. Si je pouvais si Dieu me le permettait, moi j'ai toujours rêvé d'avoir plus de 12 enfants, ma grande mère en avait 16 ma mère a eu 6. Moi je voulais dépasser au moins le quota*

---

<sup>290</sup> Entretien du 13/01/2024

*de ma mère mais je ne peux même pas échapper 2. Moi je me voyais toujours avoir une grande famille, même le père de mes enfants, Je lui ai dit moi je m'en fou que tu aies les moyens ou pas, je vais avoir le nombre d'enfants que je veux. Mais malheureusement je n'y arrive pas à réaliser je pense que je vais arrêter de poursuivre ce rêve-là<sup>291</sup>.*

Ce discours exprime une frustration et une déception face à la limitation des grossesses. La parturiente se sent contrainte de ne pas pouvoir avoir autant d'enfants qu'elle souhaite. En évoquant des modèles familiaux dans sa famille, notamment sa petite sœur de sa mère qui a eu des enfants jusqu'à l'âge de 52 ans, et sa propre mère qui a eu six enfants, la parturiente rêvait de dépasser le nombre d'enfants de sa mère et de créer une grande famille. Ce cas s'illustre également par ces propos : « *Depuis toujours, je me vois avec une maison pleine d'enfants. Mais la césarienne pourrait rendre ce rêve difficile à réaliser. Cette idée me terrifie* »<sup>292</sup>. Cette peur intense face à la possibilité que la césarienne mette en péril le projet de vie, celui d'avoir une famille nombreuse. La césarienne, au-delà de l'intervention médicale, devient un obstacle psychologique qui alimente son angoisse de ne pas pouvoir réaliser ce rêve. Elle s'explique par ce récit :

*À chaque fois que je pense à une autre grossesse, je me rappelle des cicatrices de mes césariennes. C'est comme si on me disait que c'est la fin de mon voyage en tant que mère de plusieurs enfants... Par césarienne je n'aime pas trop. Je préfère donner vie par voie naturelle comme ça devrait bon maintenant la médecine aide maintenant les femmes à faire plus mais, je me limite à mes deux parce que j'ai perdu un enfant. Et pour le moment alors 2 c'est largement suffisant<sup>293</sup>.*

Ce témoignage révèle un lien profond entre les cicatrices physiques et les cicatrices émotionnelles. La répétition des césariennes semble être perçue comme une limite imposée, marquant potentiellement la fin de son parcours en tant que mère de plusieurs enfants. Les cicatrices, visibles et invisibles, symbolisent la rupture entre son désir de famille nombreuse et la réalité médicale à laquelle elle est confrontée. Ces récits illustrent ainsi comment les interventions médicales, bien qu'indispensables, peuvent engendrer des souffrances émotionnelles durables en altérant les aspirations familiales. Cela s'explique également par les propos de cette parturiente « *J'ai toujours rêvé d'avoir une grande famille, mais après deux césariennes, je crains que mon corps ne puisse plus supporter d'autres grossesses. Je me sens limitée dans mon désir de maternité* »<sup>294</sup>. Cette affirmation révèle une profonde déception et une inquiétude quant aux limitations imposées par les césariennes sur le désir de maternité. Le

---

<sup>291</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>292</sup> Entretien du 24/11/2023

<sup>293</sup> Entretien du 04/12/2023

<sup>294</sup> Entretien du 18/12/2023

rêve d'avoir une grande famille, qui représente pour beaucoup de femmes un projet de vie, semble compromis après deux césariennes. La crainte que le corps ne puisse plus supporter d'autres grossesses souligne la perception des césariennes comme une barrière physique imposée, réduisant ainsi la liberté de choisir le nombre d'enfants. Elle s'illustre également par ces propos : « *Chaque césarienne réduit mes chances d'avoir plus d'enfants. C'est comme si on m'imposait une limite que je ne voulais pas. Je me sens piégée par les conséquences de ces opérations* »<sup>295</sup>. Ce témoignage reflète un sentiment de frustration et de contrainte ressenti par certaines femmes face aux implications médicales des césariennes répétées. la césarienne, bien qu'indispensable pour sauver des vies, devient une source de contraintes psychologiques et émotionnelles pour celles qui voient leur rêve de maternité limité.

Cependant, l'accouchement par césarienne n'a pas de nombre limite et une femme ayant accouché par césarienne peut être apte à accoucher par voie basse affirme le chef de service d'obstétrique et avoue avoir opéré jusqu'à six césariennes. Selon lui :

*Tout dépend de la raison qui a conduit à avoir une première et de la cicatrisation de la plaie. Si par exemple une femme ça eu par exemple une césarienne pour prosidence du cordon, il est possible que pour les prochains accouchements, ça soit par voie basse. Mais si pour la première césarienne, elle a une voie limite, il est très probable qu'elle fasse ses accouchements par voie haut*<sup>296</sup>.

Par ailleurs lors des observations, il a été identifié une femme qui avait été sur utérus quadri cicatricielle c'est-à-dire qui en était à sa cinquième césarienne.

### **II.3- la césarienne comme un moyen de se faire de l'argent par les Fosa**

Plus qu'une intervention nécessaire, la césarienne pour certaines parturientes et leurs entourages, représente un moyen de se fait plus d'argent par les hôpitaux pour certaines femmes et leurs entourages. Cette représentation est influencée par le coup très salé de l'accouchement par césarienne que l'accouchement par voie basse. Les personnages partageant ces modes de représentations sont pour la plupart des personnes peu instruite, n'ayant pas atteint le cycle secondaire, des personnes issues de famille modeste avec presque pas de revenus financiers régulière exerçant pour la plupart dans le secteur d'activité informel.

L'urgence financière que cette opération justifie parfois l'état de choc dans lequel certains accompagnateurs et les parturientes se retrouvent. Ce qui relève généralement une perception péjorative et une vision plus capitaliste du système sanitaire. Un accompagnateur s'exprime en ces propos :

---

<sup>295</sup> Entretien du 21/11/2023

<sup>296</sup> Entretien du 19/12/2023

*Et parfois la césarienne n'est pas nécessaire...chez certaines ils font la césarienne juste pour augmenter les frais d'accouchement. Déjà que la césarienne est leur moyen d'avoir beaucoup d'argent de nos jours un peu un peu tu entends seulement qu'il va falloir opérer sinon elle risque de mourir pourtant la dame peut accoucher normalement<sup>297</sup>.*

Ce récit met en lumière le fait que dans certains cas particuliers, la césarienne se présente comme une intervention chirurgicale inutile, mais que malgré cela, les médecins l'utilisent comme un moyen de se faire plus d'argent. Ce récit révèle davantage que cet acte chirurgical est devenu très régulier et c'est à cause de cela qu'elle est plus pratiquée en raison de son coût voire cinq fois plus élevé qu'un accouchement normal, raison qui inciterait les gynécologues à la pratiquer davantage.

A ce sujet une parturiente s'exprime :

*On va recommencer à accoucher à la maison croyez-moi cette histoire de césarienne est délicate. Avant on accouchait par césarienne quand ça se compliquait mais comme c'est devenu un business mieux on accouche à la maison !<sup>298</sup>.*

On peut comprendre à travers ce récit que la césarienne autrefois était plus pratiquée pour sauver des vies. Mais, en raison de sa vulgarisation, elle est devenue une pratique qui préoccupe même les parturientes et leurs entourages. Cette forme inquiétante de la hausse de l'accouchement par césarienne pousse ces dernières à une nouvelle stratégie pour fuir le système hospitalier afin de ne pas en être victime d'une opération inutile en ré adoptant les anciennes normes d'accouchement à domicile. Par ailleurs, on note une forme de résilience de certaines femmes lorsque la décision est prise. C'est dire que d'un autre point de vue, les parturientes sont en partie responsable de ce recours abusif en raison de la douleur liée à l'accouchement en donnant un consentement pour l'intervention sans pour autant prendre la peine d'interroger si cette intervention est vraiment nécessaire pour ce cas.

*Les hôpitaux publics c'est le commerce qu'ils font maintenant mieux tu te fais suivre dans un bon centre de santé où clinique, parce ma copine pendant ces contractions elle s'est rendu là-bas comme elle avait fait 3 heures ils ont seulement dit sale d'opération j'ai refusé on n'a changé d'hôpital nous sommes allées à un centre, elle a finalement accouché la bas sans problème pas d'opération j'ai confirmé les autres alors qu'il nous envoyait déjà au bloc<sup>299</sup>.*

Dans cette circonstance, lors de l'annonce cette intervention suscite plusieurs interrogations de la parturiente et de son accompagnateur si l'intervention était une arnaque ou pas. Cette méfiance vis-à-vis du système hospitalier public et du corps médical fait en sorte que les parturientes adoptent un nouveau de nouveaux types de comportement sur la prise en

---

<sup>297</sup>Entretien du 04/12/2023

<sup>298</sup> Entretien du 14/12/2023

<sup>299</sup> Entretien du 12/11/2023

charge pour leur accouchement soit dans le cercle domicile, soit dans un centre de santé qui parfois n'est pas très spécialisée dans les interventions obstétricales. Ce discours exprime également une frustration un désaccord avec la façon dont les hôpitaux publics gèrent les naissances.

Une autre parturiente :

*Je ne connais pas les réalités certes mais je sais que les contractions précédentes toujours l'accouchement (sauf pour les plus chanceuses...) Donc laissez-nous contracter quand on arrive. La césarienne ne doit pas être le choix premier prenons l'exemple de la dame que je vous ai parlé là, qui a accouché pendant que sa mère cherchait le taxi ; vous convenez avec moi qu'on allait ouvrir son ventre pour rien parce que le médecin voulait que 300000 entrent dans la caisse. Est ce qu'on joue avec la vie de quelqu'un comme ça ? Maintenant que l'enfant est né, il va le regarder comment<sup>300</sup>.*

Ce récit souligne le fait que la parturiente semble préoccupée par le fait que la césarienne puisse être choisie pour des raisons non médicales, comme des considérations financières. Elle craint que la vie du bébé ne soit mise en jeu de manière irresponsable et préférerait que l'accouchement se déroule de manière naturelle, avec les contractions précédant la naissance, plutôt que d'ouvrir le ventre de la mère sans nécessité médicale. L'aspect financier du recours abusif à la césarienne met en avant que certaines institutions puissent privilégier cette intervention pour des raisons économiques. Les césariennes sont plus coûteuses que les accouchements par voie basse et permettent aux hôpitaux d'obtenir des remboursements plus importants<sup>301</sup>.

Un autre accompagnateur souligne également que

*Ces soi-disant hôpitaux ne sont là que pour faire des affaires. La patiente passe en seconde plan. Une fois qu'ils t'ont fait une césarienne tu as toutes les chances de finir les prochains accouchements avec la césarienne jusqu'à ce qu'ils décident eux-mêmes de boucher tes trompes. Minnnnce je les donne les mains, ils ont fait comme ça jusqu'à tuer ma sœur dans ces conneries...Les médecins sont obligés de faire ce commerce ignoble pour augmenter leur salaire<sup>302</sup>.*

Ce récit souligne selon cet accompagnateur que les médecins sont obligés de faire ce commerce pour gagner leur vie, car l'État ne leur paye pas suffisamment. Il raconte l'expérience de sa sœur, qui a été victime d'une césarienne inutile et a finalement perdu la vie et accuse les médecins de faire des choix médicaux pour augmenter leur salaire, plutôt que de penser au bien-

---

<sup>300</sup> Entretien du 18/02/2024

<sup>301</sup> Elhadji Mamadou Mbaye, Alexandre Dumont, Valéry Ridde, Valérie Briand, « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal, Dans Santé Publique 2011/3 (Vol. 23), pages 207 à 219

<sup>302</sup> Entretien du 12/11/2023

être des patients. Ce récit justifie notamment la représentation péjorative de la césarienne qui est d'abord pratiquée de manière inutile engendrant des risques et pouvant conduire à la mort.

*Tout ça c'est parce que l'Etat ne paye pas les personnels de la santé, du coup ils ne travaillent plus avec amour toi-même tu sais ce que ça fait quand tu ne travailles et on ne te paye pas, tu ne travailles plus avec le cœur. Tout ce que tu fais t'énerve seulement*<sup>303</sup>.

Ces données montrent que certaines pratiques médicales peuvent être motivées par des considérations financières. Les médecins sont parfois contraints de faire des césariennes pour augmenter leurs revenus, ce qui peut être perçu comme un commerce qui serait dû au fait qu'ils ne perçoivent pas ou alors que le salaire paraît insuffisant. Il faut noter que les médecins camerounais, notamment dans le secteur public, font face à des retards chroniques de paiement de leurs salaires depuis plusieurs années, parfois et ne recevant que des primes de manière irrégulière<sup>304</sup>. Cette situation dû aux aérée de salaire des arriérés de salaire des médecins camerounais est un enjeu majeur qui affecte profondément le système de santé du pays. Le manque de financement du système de santé public par l'État semble être la principale cause de ces retards de paiement. Les médecins accusent les autorités de ne pas prioriser le paiement régulier de leurs salaires, malgré leurs revendications répétées<sup>305</sup>. Cette situation précaire pousse les médecins à faire grève régulièrement pour réclamer le paiement de leurs salaires. Le non-paiement des salaires affecte le moral et la motivation des personnels de santé. Ce qui jouent un rôle significatif dans la qualité et la fiabilité des indications et diagnostic impactant ainsi la qualité des soins fournis aux parturientes<sup>306</sup>.

#### **II.4- La césarienne comme un acte chirurgical qui permet de sauver la vie de la mère et de l'enfant**

La césarienne est une intervention obstétricale majeure qui peut sauver la vie de la mère et de l'enfant lorsqu'elle est utilisée de manière appropriée. Elle est souvent pratiquée en urgence pour sauver la vie de la mère ou du bébé, et il est important de la pratiquer avec précaution et de garantir que les conditions de réalisation soient sécurisées et médicalement nécessaires pour éviter les complications. Si pour certaines femmes elle est utilisée à des fins parfois économique par les hôpitaux, pour d'autre, elle est une issue de secours qui les permis

---

<sup>303</sup> Entretien du 04/02/2024

<sup>304</sup> <https://www.dw.com/fr/gr%C3%A8ve-cameroun-sant%C3%A9-h%C3%B4pital/a-65774096>

<sup>305</sup> <https://www.dw.com/fr/gr%C3%A8ve-cameroun-sant%C3%A9-h%C3%B4pital/a-65774096>

<sup>306</sup> Victor Lequillier, Arthur Jirus, Salaire et productivité : quel lien historique ? Dans Regards croisés sur l'économie, la découverte, 2013/1(n°13), pages 210 à 213, ou <https://woasjournals.com/index.php/ijfaema/article/view/261>

de survivre. Malgré le fait qu'elle soit plus perçue par les patientes comme un acte chirurgical et non une voie d'accouchement normale. En effet, les parturientes généralement admises en urgence, et dans des situations très critique, voient la césarienne comme un secours. Une parturiente s'exprime par rapport à cela : « *On n'est jamais préparé pour ça mais quand tu vois que s'il faut choisir entre vivre ou mourir, tu n'as pas le choix. C'était soit je sauve le bébé, soit le bébé partait. Parce que le bébé était en travail depuis du coup ce n'était pas facile quoi* »<sup>307</sup>. Ce récit exprime une certaine résilience malgré la situation critique. La résiliation face à l'acceptation de la césarienne comme dernier recours qui permettrait de sauver la vie du bébé. En évoquant le terme *tu n'as pas le choix*, la parturiente exprime une certaine contrainte face à la situation. Parlant de cela, une autre parturiente s'exprime :

*Ah c'est arrivé c'est arrivé, elles vont faire comment. Je connais une qui n'arrivait pas à entrer en travail, elle entrer directement au bloc et jusqu'à présent elle a les opérations. Pour elle-même elle n'a pas de problème hein son bébé et elles sont vivants c'est ce qui compte. Moi-même même si ça ne dépendait que de moi, ça serait seulement par voie basse. Mais si je suis vivante moi et mon bébé c'est le plus important pour nous*<sup>308</sup>.

Ce récit met en lumière le fait que les femmes malgré leurs craintes et contraintes acceptent la césarienne comme moyen de bord qui les permet de survivre malgré les difficultés rencontrées au cours de de l'accouchement

*La maman était stressée pas d'accord mais bon elle n'avait pas le choix. Elle a accepté malgré elle. Normalement c'est comme tout autre mode d'accouchement ça s'est bien passé bon je remercie le seigneur je suis toujours debout. On ne peut rendre que grâce*<sup>309</sup>.

Ce texte révèle les sentiments mitigés de la mère de la parturiente face à la césarienne. D'un côté, elle était stressée et n'était pas d'accord avec cette décision, car elle aurait préféré un accouchement par voie basse. Cela montre son désir d'avoir un accouchement « normal » et son appréhension face à une intervention chirurgicale.

Cependant, elle a fini par accepter la césarienne, car c'était la seule option possible dans sa situation. Cela traduit sa capacité d'adaptation face à une situation qu'elle ne maîtrisait pas complètement. Malgré ses réticences initiales, le fait que tout se soit bien passé lors de l'accouchement l'a soulagée. Cela révèle son soulagement et sa reconnaissance une fois le cap de la césarienne passé, montrant qu'elle a su surmonter ses appréhensions et manifeste son soulagement. Une autres jeunes maman de trois enfants et marié nous fait part de son récit :

---

<sup>307</sup> Entretien du 8/11/2023

<sup>308</sup> Entretien du 14/11/2023

<sup>309</sup>Entretien du 18/12/2023

*Il (son frère médecin) m'a dit que je suis danger en grand danger ça sera soit toi, soit le bébé et il m'a posé la question au cas où ça arrive qu'est-ce que je fais ? Je lui ai dit fait ce qu'il y a à faire, ce n'est pas le bébé qu'il faut sauver c'est moi sinon les autres la qui va s'en occuper ? Tout ce que j'ai demandé à Dieu c'est pourquoi ? Et qu'est-ce que ces enfants vont rester devenir. Ce n'est pas que je n'ai pas confiance en leur père non, là ce n'est que nous (mère) qui pourront assurer déjà qu'ils ne peuvent pas qu'une autre femme vienne élever tes enfants c'est un peu difficile<sup>310</sup>.*

Ce texte révèle une situation de crise médicale extrêmement grave, où la vie de la mère et celle du bébé sont toutes deux menacées. Le médecin a dû faire face à un choix cornélien, devant décider qui sauver entre la mère et l'enfant. La réaction de la mère montre qu'elle a pris conscience de la gravité de sa situation. Cela démontre la lucidité de la parturiente en choisissant de privilégier sa propre survie. Cela traduit également une volonté de vivre et de continuer à s'occuper de sa famille. Cela montre également que malgré le fait que la césarienne soit un moyen qui permet de sauver des vies, sa décision est contrainte et parfois elle pousse certaines parturientes à faire des choix difficiles afin d'assurer l'éducation de leur enfant et de préserver la famille.

*Une césarienne pour moi c'est une solution à sauver des vies, soit la vie du bébé, soit la vie de la maman, soit les deux. Je pense que c'est le seul avantage qu'on a avec la césarienne et si on continuait la médecine par voie basse... c'est que beaucoup de femmes et d'enfants y resteront. Donc la césarienne est comme une solution miracle de l'enfantement. Parce que quand j'analyse vraiment, j'ai été sauvé, grâce à la césarienne, je suis en vie, je crois que c'est une solution miracle pour garder ne serais que la vie<sup>311</sup>.*

Cette réflexion exprime l'importance vitale de la césarienne comme méthode pour sauver des vies, tant celle de la mère que de l'enfant. Elle est perçue comme une solution miraculeuse en cas de complications pendant l'accouchement pour la parturiente. La césarienne est souvent perçue à travers des prismes culturels variés. Traditionnellement, l'accouchement par voie basse est valorisé comme un symbole de force et de résilience féminine, tandis que la césarienne peut être vue comme une intervention médicale qui contredit les pratiques naturelles. Elle peut susciter des sentiments de crainte ou de méfiance en raison de son association avec des complications ou des interventions modernes perçues comme étrangères aux méthodes traditionnelles<sup>312</sup>. Cependant, avec l'évolution des soins de santé et une prise de conscience accrue des avantages médicaux, la césarienne commence à être acceptée comme une solution salvatrice dans les contextes où des risques pour la mère ou l'enfant sont identifiés.

---

<sup>310</sup>Entretien du 18/12/2023

<sup>311</sup> Entretien du 21/11/2023

<sup>312</sup> Turnwait Otu Michael, Richard Dele Agbana, Kammila Naidoo, Étude des perceptions des césariennes chez les femmes en post-partum au Nigéria : une étude qualitative, Femmes 4 (1), 73-85, 2024

## II.5. La césarienne comme moyen d'arrêter les souffrances

L'accouchement par voie basse est un processus très long qui peut en fonction des femmes ou des grossesses prendre beaucoup de temps. En passant par les contractions qui permet la dilatation, elles peuvent être vécues comme des moments très douloureux pour les parturientes surtout quand ces derniers ont été longtemps en travail, la césarienne lorsqu'elle est annoncée aux parturientes, elles sont comme une lumière au bout du tunnel. Cela est illustré par cette observation :

**Encadré n°8 :** observation d'une réaction de soulagement d'une parturiente suite à l'annonce

C'était le cas d'une jeune parturiente de 28 ans primipare mariée. Elle était arrivée aux alentours de 15h à l'hôpital. Elle vient de la maison et disait ressentir des douleurs. La parturiente était déjà à terme et ce sont les contractions qui l'avaient poussé à venir à l'hôpital. Cette jeune dame avait pratiquement fait 48h de travail sans succès. Son col était dilaté mais l'enfant ne descendait pas. Elle se tordait de douleurs et suppliait le personnel médical de lui venir en aide et suppliait même qu'on l'amène au bloc à cause des douleurs intenses qu'elle ressentait. Après évaluation de son état par le chef de garde, il a été convenu qu'elle devrait être opérée d'urgence car à un moment donné après la prise des BDCF, le cœur du bébé avait commencé à battre de manière faible. Au moment de l'annonce, malgré la fatigue et les douleurs, elle a ressenti un soulagement et a commencé à remercier les douleurs et les suppliait d'intervenir rapidement

d'une césarienne

Cette situation met en évidence les défis auxquels font face les femmes primipares lors de l'accouchement, notamment les risques accrus de complications maternelles et fœtales. La prise en charge médicale a été cruciale pour assurer la sécurité de la mère et de l'enfant dans ce cas. Bien que l'accouchement soit une expérience éprouvante, le soulagement de la patiente montre l'importance d'une intervention rapide et adaptée par l'équipe médicale lorsque la situation l'exige. A travers cette observation, on peut voir que plus qu'un moyen de survie, la césarienne permet de limiter les douleurs dû aux contractions de l'accouchement par voie basse. Cette idée est aussi bien représentée par cette accompagnatrice :

*Elle a souffert toute une journée, toute une nuit et ça n'avancait pas. Vous savez quand vous souffrez et qu'au même moment ça avance on vous dit oui le col se dilate bien mais on vous réfère, on vous réfère... déjà le côté positif c'est que vous savez quand vous voyez votre sœur souffrir pendant une journée, elle n'arrive pas à accoucher vous êtes impuissant et tout, vous arrivez à l'hôpital grâce à la césarienne, le bébé va bien, la mère va bien je pense que c'est le plus important, elle est soulagée, et puis le bébé*

*va bien. Mais je trouve que la césarienne tu ne souffres pas trop, tu ne souffres pas. Par contre par voie basse, tu souffres vraiment. Ça se passe par contact direct*<sup>313</sup>.

Cette situation met en lumière les défis auxquels font face les femmes primipares lors de l'accouchement, notamment les risques accrus de complications maternelles et fœtales. Malgré sa fatigue et ses souffrances, la parturiente a ressenti un soulagement lorsque la décision de la césarienne a été prise, car cela signifiait que le personnel médical allait enfin intervenir pour l'aider et sauver son bébé. Cela montre l'importance d'une prise en charge médicale adaptée dans les situations d'accouchement difficile. Cependant, la patiente souligne à juste titre que l'accouchement par voie basse est généralement plus douloureux que la césarienne. Cela soulève des questions sur les effets à long terme des interventions chirurgicales sur l'expérience de l'accouchement et le bien-être des mères. Cela démontre également que les douleurs ne sauront être sous le seul prisme de l'individu mais se rattache également sur des significations collectives et culturelles. Elle peut dans le cas de ce récit être vécue de manière collective.

Une parturiente nous fait part également de son expérience

*L'enfant devait sortir elle devait beaucoup souffert dans le ventre. Vous savez quand l'enfant est dans le ventre il souffre beaucoup plus que la maman surtout quand elle est en travail. Donc quand on m'a dit césariennes... c'est vrai que j'ai eu peur, j'avais très peur, mais j'ai aussi senti que mes souffrances devaient enfin se terminer. J'étais resté longtemps en travail et en plus même j'étais même très fatiguée. J'allais enfin m'échapper de cette douleur et je ne pense pas que ce soit un péché par césarienne. Moi je voulais seulement qu'ils me libèrent parce que ça faisait vraiment mal*<sup>314</sup>.

Au moment de l'annonce de la césarienne, la parturiente a eu très peur. Cependant, elle a aussi senti que ses propres souffrances allaient enfin prendre fin. Bien qu'elle ait eu peur de la césarienne, elle a fini par l'accepter comme un moyen de terminer cette épreuve difficile. On voit également à travers ce récit un sentiment de soulagement à l'idée que la césarienne puisse mettre un terme à ses propres souffrances liées à un travail long et éprouvant.

Une autre parturiente s'exprime à ce propos

*Tu sais pour quelqu'un qui a déjà accouché deux fois elle sait. D'habitude quand j'accouche, je ressens le bébé comment il descend. Mais le tour ci rien. Je suis d'abord restée quatre jours dans le centre là. Mais ils ont eu peur, ils nous ont référé ici. Même jusqu'à là rien... J'avais même envie de dire à mon mari qu'on me fasse la césarienne tellement j'avais mal ça n'avancait pas même quand on faisait le toucher. Tu vois celle qui arrive maintenant elle accouche elle sort mais toi tu es là. Ça ne bouge pas. J'avais mal mais j'avais peur de lui dire que je voulais une césarienne...j'avais peur de sa*

---

<sup>313</sup> Entretien du 04/12/2023

<sup>314</sup> Entretien du 16/11/2023

*réaction. Mais quand la ronde est passée ils ont vu mon cas ils ont dit césarienne d'urgence. Ça fait peur mais parfois ça aide beaucoup*<sup>315</sup>.

Ce récit dévoile également le fait que d'une certaine manière, la césarienne apparaît comme une issue échappatoire contre les douleurs liées à l'accouchement par voie basse. Elle reflète la tension entre les normes sociales, les dynamiques de pouvoir au sein du couple, et les décisions médicales. La parturiente exprime une réticence à verbaliser son désir d'une césarienne, influencée par la crainte de la réaction de son mari. Cela met en lumière la pression sociale et culturelle qui pèse sur les femmes lors de l'accouchement, où la décision médicale d'une césarienne peut entrer en conflit avec des attentes familiales ou personnelles. La césarienne apparaît ici comme une intervention salvatrice, bien qu'elle soit encore empreinte de peurs et de stigmatisation.

### **III. MODE DE CONNAISSANCE DE LA CESARIENNE**

La césarienne, intervention chirurgicale pratiquée pour mettre au monde un enfant, est une procédure bien connue de nombreuses femmes aujourd'hui. Les modes de connaissance de cette pratique varient considérablement d'une femme à l'autre, influencés par divers facteurs selon que cette intervention soit faite en urgence ou programmée. Le mode de connaissance de cette intervention joue un rôle crucial dans les différentes formes de représentations que les césarisées ont de cette pratique. Parmi ces modes de connaissance, l'entourage joue un rôle crucial, fournissant souvent les premières informations et les récits personnels qui façonnent la perception de la césarienne. Les connaissances acquises via les médias, qu'ils soient traditionnels ou numériques, apportent des perspectives variées et parfois contradictoires, tandis que l'expérience personnelle reste une source inestimable de compréhension de cette intervention.

#### **1. La connaissance à travers l'expérience personnelle ou celle de l'entourage**

Les perceptions et représentations personnelles des femmes sur la césarienne sont façonnées par leur entourage et leur vécu antérieur. Les échanges avec leur partenaire, leur famille et leurs amies influencent leurs connaissances et les représentations autour de cette intervention. Pour la plupart, la prise de connaissance découle généralement de l'expérience d'un membre de la famille, des amis, des connaissances, des voisines qui ont vécu l'opération et même d'elles même.

*Certaines perçoivent ça comme si c'était la mort. Elles ont peur de l'opération, parce quand elles suivent l'histoire de certaines personnes et qu'elles apprennent que la*

---

<sup>315</sup> Entretien du 24/11/2023

*personne est morte forcément elles auront peur. Surtout l'anesthésie, puisqu'elles se disent qu'on va les endormir, les faire ouvrir le ventre est-ce que ça va bien se passer c'est une blessure, elle va saigner. Elles ont peur des conséquences de la chirurgie. C'est une blessure<sup>316</sup>.*

Cette connaissance en fonction du vécu de ces personnes proches et ou lointaines ont tendance à influencer la représentation positive ou négative des parturientes de la césarienne. Une parturiente s'exprime à ce sujet :

*Des amis j'en ais plusieurs qui l'on subit. Donc j'avais déjà une idée mais je ne savais pas que je serai sujette à ça un jour parce que moi, j'ai fait deux accouchements normaux et moi je ne savais pas qu'un jour je serai sujette à une césarienne. Pour elles, elles te conseilleraient même d'accoucher par césarienne<sup>317</sup>.*

Ce récit exprime l'expérience d'accouchement de la parturiente, comparant les accouchements vaginaux qu'elle a eus précédemment avec l'idée d'une césarienne, qu'elle n'avait pas anticipée. Cela montre comment les expériences personnelles peuvent être influencées par les récits et les conseils de l'entourage. Cela montre également l'importance des réseaux sociaux et des échanges entre pairs dans la formation des opinions et des décisions personnelles en matière de santé. Les recommandations de ses amies ont une influence notable sur sa perception.

Une autre parturiente relate son expérience

*On m'a tant parlé de la césarienne moi je ne connaissais pas vraiment comment ça se passe. Mais moi quand on m'a opéré, au long de l'opération, j'ai appris que, comment ça se passe, j'ai ressenti la douleur donc ça se passe maintenant, je connais comment la césarienne se passe<sup>318</sup>.*

Ce témoignage souligne la différence entre la connaissance théorique et l'expérience vécue. Avant l'opération, les informations sur la césarienne étaient abstraites pour la parturiente. En vivant l'intervention, elle a acquis une compréhension concrète de ce que cela implique, y compris les aspects douloureux et physiques de l'opération. Cela montre aussi une forme de résilience, car la parturiente a non seulement traversé une expérience médicale importante, mais elle en a aussi tiré une connaissance pratique et intime.

Une autre parturiente s'exprime :

*J'étais troublée car je n'avais jamais fait la césarienne. Sur mes six accouchements, c'est la première fois donc quand on m'a dit césarienne ça a troublé toute la famille. Ma mère est quittée du village pour venir tellement elle avait peur. Elle avait même peur plus que moi qui devait être opéré<sup>319</sup>.*

---

<sup>316</sup> Entretien du 24/12/2023

<sup>317</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>318</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>319</sup> Entretien du 22/11/2023

Une autre parturiente nous relate l'expérience de sa mère qui au départ avait significativement joué sur les représentations qu'elle avait de cette intervention

*Pour ma mère, ça l'a beaucoup menacé. Du coup, le stress qu'elle a eu pendant ma césarienne bonne elle imaginait que moi aussi j'allais subir la même chose... Donc elle imagine juste ce que j'aurais que comme elle avait subi elle savait ce que c'était ce qui faisait que à chaque fois elle avait peur<sup>320</sup>.*

La mère de la parturiente a vécu des expériences traumatisantes liées à des césariennes, ce qui a fortement influencé ses attentes et ses peurs pour sa fille. Cette transmission intergénérationnelle de la peur est un phénomène bien documenté en sociologie, montrant comment les expériences des parents peuvent affecter la perception et les réactions des enfants face à des situations similaires<sup>321</sup>. Cette peur est étroitement liée à l'expérience personnelle de la mère de la parturiente qui craint d'avoir le même vécu sur sa fille que sur la sienne. Ce récit montre également que la prise de connaissance personnelle peut être influencée par le processus de grossesse lors des visites prénatales.

## **2. La connaissance à travers les consultations médicales et prénatales**

Les professionnels de la santé, tels que les obstétriciens, les infirmières et les sages-femmes, fournissent des informations médicales sur la césarienne lors des consultations prénatales et des visites de suivi. Dans ce cas, la connaissance de la césarienne par les parturientes est fortement influencée par une anomalie détectée lors des CPN. C'est le cas par exemple des femmes ayant une éventualité à recourir à une césarienne élective. Les raisons révélées sont pour la plupart d'abord pour les cas d'utérus cicatricielle, pour bassin rétréci et pour toutes indications d'un césarienne électives, mais rarement lorsque la grossesse ne présente aucun signe alarmant. Une parturiente en césarienne électives quadri cicatricielle s'exprime :

*J'ai mal réagi parce que je ne m'attendais pas du tout puisque c'est arrivé. Le premier cas c'était bassin rétréci, elle a dit bassin rétréci. Le second, le médecin avait prescrit le scanner du bassin, quand j'ai fait le scanner du bassin c'était sortie négatif. Mais comme j'étais déjà cicatricielle, il ne pouvait plus oser par voie basse et c'est comme ça que ça a continué c'était devenue une habitude je n'avais plus peur puisque à deux déjà on ne pouvait plus forcer<sup>322</sup>.*

---

<sup>320</sup> Entretien du 28/11/2023

<sup>321</sup> Evin Aktar, Intergenerational Transmission of Anxious Information Processing Biases : An Updated Conceptual Model, *Clinical Child and Family Psychology Review* (2022) 25 :182–203 disponible sur <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00390-8> ou encore sur <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4668327/#>

<sup>322</sup> Entretien du 18/12/2023

On peut lire à travers ces lignes que pour les cas des personnes ayant une familiarité avec la césarienne sont déjà informé et savent comment cela se passe cette intervention devient un mode d'accouchement au même titre que l'accouchement par voie basse.

Par ailleurs, il est important de noter que lors des observations, et des échanges, les femmes ayant subi une césarienne d'urgence et qui n'avaient pas d'expérience avec la chirurgie avait des représentations erronées de la césarienne et qui de plus, pour la plupart des parturientes, la césarienne est un rite de passage dans le monde de l'au-delà.

Une accompagnatrice s'exprime à ce propos pour savoir si elle n'avait pas reçu d'information lors des CPN :

*Tellement elle allait bien. Elle a bien commencé le travail hein et elle était dilaté jusqu'à 6 doigts et demi. Tout allait bien. Comme elle avait beaucoup d'œdème, quand elle est arrivée même, la dame, la sage-femme r la regardait comme ça et disait que la césarienne directement ça n'a pas duré<sup>323</sup>.*

Ce récit met en lumière le fait que le bon déroulement des visites prénatales qui ne signale aucune anomalie venant de la mère et de son bébé écarté selon la parturiente et son entourage de tout danger. Or cette éventualité est un revers à double tranchant qui peut selon les cas se dérouler de la meilleure manière où nécessiter une césarienne.

Une autre parturiente s'exprime à ce propos : *non j'ai fait mes visites, tout allait bien. Même ma part de dernière échographie que j'avais fait, tout allait bien, c'est à la dernière minute que l'enfant s'est tourné, il présentait qu'un pied et les fesses, on ne voyait pas l'autre pied. Ils ont dit qu'opération d'urgence<sup>324</sup>*. Ces verbatim mettent en lumière le fait que le sujet sur la césarienne lors des visites prénatales pour les parturientes qui ne présentant aucun problème lors des consultations est un sujet quasi absent. Ce manque d'information joue sur les représentations surtout péjoratives de cette intervention par les parturientes qui la découvrent et entre en familiarité que lorsque l'accouchement devient compliqué et nécessite une opération. Ce qui peut de manière importante jouer sur l'acceptation de ce recours comme mode d'accouchement.

Une parturiente s'exprime également

*Il y avait aucun problème lors des visites...Du coup non non pas trop d'explication, il n'y avait pas le temps pour les explications parce que mon cas était urgent vraiment critique. Bon il n'y avait pas le temps du pourquoi et tout. La seule chose qu'ils étaient en train de faire c'est de me flatter et faire en sorte que... me distraire que je ne parte pas mettre le cœur dans ça. Je n'ai pas eu les explications pour ça<sup>325</sup>.*

---

<sup>323</sup>Entretien du 02/12/2023

<sup>324</sup> Entretien du 07/11/2023

<sup>325</sup> Entretien du 14/11/2023

Cet extrait met en lumière une différence cruciale entre les césariennes d'urgence et les césariennes électives, en termes de préparation psychologique et d'information. La patiente décrit une situation où, en raison de l'urgence et de la gravité de son état, elle n'a pas reçu d'explications claires sur l'intervention à venir. L'urgence médicale a fait passer au second plan l'importance d'un dialogue approfondi. Elle perçoit les efforts des soignants davantage comme une tentative de la distraire plutôt que de l'informer.

*Non ! Les femmes qui sont admises en césarienne électives sont mieux préparer que celle des césariennes d'urgence parce que tout au long de la CPN, parfois dès le début de la nouvelle grossesse, elle sait déjà qu'elle va être opérée elle est déjà préparée, elle a déjà accepté<sup>326</sup>.*

Pour une analyse et une interprétation scientifique de la différence entre les césariennes électives et les césariennes d'urgence, nous devons examiner plusieurs aspects : la préparation, l'acceptation, et les implications pour les patientes.

Les césariennes électives sont généralement planifiées à l'avance, ce qui permet une meilleure préparation de la patiente. Dès que la décision d'une césarienne est prise, souvent au début du suivi prénatal ou dès le début d'une nouvelle grossesse, la patiente est informée des raisons médicales et des procédures associées. Au cours de cette préparation anticipées, les patientes reçoivent des informations détaillées sur la procédure, les risques, les bénéfices, et les alternatives. Elles ont la possibilité de poser des questions et de clarifier leurs doutes, ce qui peut réduire l'anxiété et améliorer la satisfaction vis-à-vis de l'intervention. Un plan de soins est élaboré en avance, ce qui permet une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé impliqués. Les patientes peuvent également préparer mentalement et émotionnellement l'intervention. Cette préparation permet aux patientes de mieux accepter la césarienne, car elles sont informées, impliquées dans le processus décisionnel, et ont eu le temps d'ajuster leurs attentes.

En revanche, les césariennes d'urgence se déroulent souvent dans un contexte de stress élevé et d'urgence médicale. Les césariennes d'urgence sont réalisées en réponse à des complications imprévues qui mettent en danger la vie de la mère ou du bébé. Le manque de temps pour discuter des options et des procédures réduit la possibilité d'une préparation adéquate. Le stress lié à une situation imprévue peut amplifier l'anxiété de la patiente. Le manque de préparation peut également contribuer à une acceptation plus difficile de la procédure, augmentant le sentiment de perte de contrôle.

---

<sup>326</sup> Entretien du 29/12/2023

### 3. La connaissance a travers l'éducation formelle

Les programmes éducatifs dans les écoles et les universités, en particulier dans les cours de biologie, de santé publique et de médecine, peuvent couvrir le sujet de la césarienne. Au cours de la recherche, on a pût observer que le mode de connaissance de l'accouchement par césarienne était connu lors des formations académiques de certaines parturientes. On a pût relever à la cour des entretiens 02 femmes dont la formation académique était orientée vers des études de médecine. En effet, on a pût relever que la formation des étudiants en médecine et l'expérience pratique au cour de ce processus peut engendrer des représentations mitigées. Une étudiante en médecine pour césarienne électorale nous relate son récit :

*Ils m'ont juste dit que le cordon était enroulé autour du cou du bébé. Partant sur la base que je suis étudiante en médecine, on ne m'a pas expliqué qu'est-ce que la césarienne. Le jour-là, tout ce qu'on m'a dit c'est voilà, que je dois faire des analyses, on m'a demandé de faire une consultation avec l'anesthésiste donc, ce que je me rappelle c'est que j'ai eu à faire c'est voilà, césarienne, voilà les examens que tu dois faire. , après les examens j'ai eu un entretien avec l'anesthésiste qui a pris mes paramètres et qui m'a posé plusieurs questions, et puis une heure après je me suis retrouvée en train d'aller au bloc, ils m'ont juste rassurée que voilà toutes l'équipe est avec moi, le plateau technique est bien mais me parler, dire que la césarienne constitue tel tel chose, on va faire tel chose, non, ils ne m'ont pas dit, c'est arrivé au bloc opératoire qu'ils m'ont dit et expliquait pourquoi on me met tel perfusion, pourquoi on me transfuse, pourquoi je dois faire le dos rond, c'est enfaite en salle d'opération qu'on m'a expliquée ce que c'est que la césarienne et les procédures qu'ils étaient en train de faire sur moi. Même si je l'avoue je suis étudiante dans le domaine, j'aurais aimé qu'ils me donnent des détails pour être plus rassuré<sup>327</sup>.*

Ce verbatim met en relief le fait que partant du fait que la parturiente soit une étudiante en médecine, les médecins n'ont pas pris la peine de lui expliquer la raison d'être de la césarienne, qu'est-ce que c'est ? En quoi consiste-t-elle pourquoi cette procédure. Ce qui manifestement est une brûlure dans la transparence au niveau d'information entre patiente et personnel soignant. On note également malgré la familiarité avec le domaine, la parturiente ressent un besoin d'être rassuré dès le départ par les professionnels de santé afin de renforcer cette sécurité que la parturiente que la parturiente ressent afin de dépasser cette peur.

*Bon à l'école on a eu à voir pourquoi il faut opérer une femme mais honnêtement je ne m'attendais pas à ça. C'est ici que j'ai appris que je devais avoir une césarienne, je venais juste pour voir si on pouvait m'hospitaliser parce que en temps normal si je devais accoucher par voie basse je devais accoucher en janvier, mais je me retrouve en train d'accoucher avant en novembre. J'aurais aimé être informé, je devais être préparé, peut être que pour que mon mental soit plus, je vais dire ça comment pour*

---

<sup>327</sup> Entretien du 13/01/2023

*que je sois préparé psychologiquement donc maintenant je fais juste avec. On ne va pas dire que je n'ai pas peur mais c'est déjà là<sup>328</sup>.*

Ce verbatim montre que malgré le fait que la parturiente soit une étudiante en médecine, cela n'exclut pas qu'elle soit assez préparée et manifeste un sentiment de choc émotionnel face à cette intervention. Le témoignage met également en lumière un manque de communication efficace entre les professionnels de santé et la patiente. La parturiente aurait souhaité être informée et préparée psychologiquement pour cette intervention. L'absence d'information préalable a généré une anxiété et un sentiment de peur. Ce manque de communication peut être perçu comme une forme de pouvoir médical où les décisions sont prises sans une participation adéquate du patient, ce qui peut renforcer un sentiment de vulnérabilité.

#### **4. Médias traditionnels et numériques**

L'accouchement par césarienne est un sujet souvent abordé dans les émissions de santé et les documentaires médicaux. Ces programmes visent à informer le public sur les différentes raisons qui peuvent mener à une césarienne, les procédures médicales impliquées, les risques potentiels et les soins post-opératoires. Au cours de l'enquête, deux femmes ont manifesté avoir été en contact avec des émissions et documentaire qui les a permis de mieux connaître l'accouchement par césarienne. L'une d'entre elle s'exprime :

*J'ai eu des proches qui ont accouché par césarienne mais je ne savais pas vraiment de quoi il s'agissait. ...Bon financièrement je ne me suis pas préparé puisque les complications arrivent au moment de l'accouchement alors que pendant la grossesse tout se passait bien. Mais vu la césarienne et les émissions que je voyais tout le temps je me préparais déjà psychologiquement que ça peut arriver comme ça ne peut pas arriver. Bon je regarde souvent baby-boom<sup>+329</sup> je vois comment ça se passe, pourquoi on opère et tout ça<sup>330</sup>.*

Ce récit montre que la parturiente était Préparée psychologiquement à la possibilité d'une césarienne, en suivant des émissions comme « Baby-Boom » qui lui ont permis de se familiariser avec le déroulement d'un accouchement. Bien que la préparation financière soit importante, la préparation psychologique ne doit pas être négligée. Suivre des émissions ou lire des témoignages peut aider à se familiariser avec les différents scénarios possibles et à se sentir plus à l'aise face à l'inconnu. Cela peut s'avérer précieux lorsque des complications surviennent, comme cela a été.

Une parturiente s'explique également :

---

<sup>328</sup> Entretien du 8/11/2023

<sup>329</sup> Émission diffusée sur M6 portant sur la prise en charge des femmes lors du processus d'accouchement

<sup>330</sup> Entretien du 22/11/2023

*J'ai vue où on expliquait les raisons pour laquelle on opère. Quand je pense Que dans les pays développés les femmes ont recours à la césarienne de manière volontaire à cause du confort qu'il y a là-bas ça m'écœure vraiment, alors qu'ici, c'est vraiment la boucherie. Tu ne verras jamais un médecin de baby-boom maltraité ou mal parler à une femme alors qu'elle est en vulnérabilité<sup>331</sup>.*

Ce témoignage révèle un contraste saisissant entre deux réalités très différentes. D'un côté, l'accès facilité à la césarienne dans les pays développés, qui semble parfois motivé par des considérations pratiques plutôt que médicales. De l'autre, une situation beaucoup plus problématique au pays, où les femmes subissent des abus et un manque de considération de la part du personnel soignant. Cette différence de traitement choque légitimement et dénonce une forme d'inégalité dans l'accès à des soins de qualité et dans le respect de la dignité des patientes. Ces émissions télévisées offrent une vision parfois idéalisée des césariennes, contrastant avec les témoignages de terrain qui révèlent des pratiques problématiques dans certains contextes. Cela révèle aussi que les émissions télévisées offrent une vision parfois idéalisée des césariennes, contrastant avec les témoignages de terrain qui révèlent des pratiques problématiques dans certains contextes.

### **III.2. Le consentement éclairé face à l'urgence vital**

La césarienne, bien qu'indispensable dans certaines situations d'urgence, pose des défis importants en termes de consentement éclairé à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). La signature de la fiche de consentement, censée garantir une décision réfléchie et volontaire, devient parfois un acte précipité sous la pression du personnel médical. Dans les situations critiques, où la vie de l'enfant ou de la mère est perçue comme étant en danger imminent, les médecins peuvent insister avec des arguments alarmistes tels que « *si on n'intervient pas, le bébé va mourir* ». Cette pression incite la patiente à signer rapidement, souvent sans avoir eu le temps de bien comprendre les raisons de l'intervention. Face à l'urgence, les informations essentielles sont souvent mal comprises ou mal assimilées par la patiente, qui se trouve déjà dans un état de vulnérabilité.

Pourtant, ce processus appelé counseling est censé précéder cette signature. Le counseling vise à informer la patiente et sa famille sur le pourquoi et le comment de la césarienne, en couvrant des aspects essentiels comme les médicaments, le déroulement de l'intervention, et les soins post-opératoires.

*On les éduque on les renseigne sur les raisons sinon elles vont le prendre comme une agression. Le truc truc c'est que si elle n'est pas en état de décider, on peut décider pour elle, mais quand elle est en état de décider, si elle refuse, on ne peut pas. Parce*

---

<sup>331</sup> Entretien du 24/11/2023

*que la césarienne ne part pas sans conséquences. C'est d'abord une blessure que tu vas les faire sur le ventre, il y a des risques et elle peut partir comme ça. Et il y a des maladies qu'elle avait d'abord. Donc il faut qu'elle consente. Donc le counseling c'est pour préparer la malade et l'entourage sur les raisons d'être de la césarienne et comment cela va se passer avant, pendant et après l'opération, les médicaments, les ordonnances, les examens et surtout l'aspect financière<sup>332</sup>.*

Ce procédé a pour but de préparer même en état d'urgence la patiente et l'entourage à faire face à l'intervention de manière informée et sereine. Cependant, dans les situations d'urgence, ce counseling est parfois abrégé ou mal assimilé, ce qui limite la compréhension de la patiente et peut la conduire à prendre une décision sous pression. Cette vulnérabilité, exacerbée par la douleur, le stress et l'angoisse, limite sa capacité à prendre une décision éclairée. Sous la pression, la patiente est amenée à signer la fiche de consentement rapidement, sans avoir la possibilité de poser des questions ou d'exprimer pleinement ses souhaits. Ce cas s'illustre à travers cette observation :

---

<sup>332</sup> Entretien du 24/12/2023

**Encadré n°9 :** Observation d'une pression exercée par le médecin pour le consentement d'une parturiente pour la césarienne :

Ce passage décrit une situation où cette parturiente enceinte de 24 ans, en situation de souffrance fœtale, est pressée par un gynécologue de consentir rapidement à une césarienne d'urgence. Le médecin insiste fortement sur la nécessité de l'intervention en soulignant que le

C'était le cas d'une parturiente primipare de 24ans admise en salle d'accouchement. Cette dernière avait été référé d'un centre de santé. La raison de sa référence était dû au fait qu'il lui fallait une césarienne d'urgence pour souffrance fœtale. Des son arrivée après la lecture de son carnet par le gynécologue, le monitoring fœtale fût brancher afin de prendre les BDCF du bébé et ensuite attaché sur son ventre afin de surveiller la fréquence du rythme cardiaque du fœtus. Le gynécologue commença alors à lui dire qu'il faut une césarienne d'urgence parce que le bébé souffre déjà dans le ventre. « *c'est normal d'avoir peur mais si vous ne prenez pas rapidement la décision de signer on peut perdre le bébé* » dit le médecin. C'est ainsi que la parturient demande au médecin en pleurant, « *vous ne pouvez pas provoquer pardon* » le médecin lui dit que non ce n'est pas possible . C'est ainsi le le médecin lui fait comprendre que si l'intervention pas lieu dans les minutes qui suivent, ils risqueraient de perdre le bébé « *madame il faut rapidement signer la fiche sinon l'enfant va mourir c'est ce que vous voulez ? C'est pour ça qu'on à brancher ça sur votre ventre et qu'on vous a mis sur oxygène. Le bébé va mal on doit se préparer à aller très rapidement au bloc* » répéta le médecin. C'est ainsi que cette dernière demande au médecin une faveur au médecin d'aller dire à son partenaire qu'elle va être opéré et qu'il appelle la mère et la sœur de cette dernière pour les informer de la situation. Le médecin lui répondit *il faut rapidement prendre une décision. Ça ne sert à rien. Depuis je ne fais que les tours de va et vient. Lui il m'envoie vers vous et vous, vous m'envoyez vers lui. Parce que vous, vous êtes entrain de m'envoyer, maintenant lui aussi il va m'envoyer et moi ce n'est pas mon travail. Donc soit on vous opère, soit on ne vous opère pas...prenez la décision, on vous opère ou on ne vous opère pas ?* C'est ainsi que cette dernière en larme dit alors « *est-ce que j'ai le choix alors, on m'opère* », le médecin à son tour lui dit, « *vous pouvez dire qu'on ne vous opère pas aussi. Ce n'est pas obligé. Ce n'est pas une force. Vous étiez d'abord dans un autre hôpital avant d'arriver ici nhr, vous vous pouvez aussi quitter cet hôpital et aller ailleurs. Ce n'est pas la force. Vous pouvez décider de ne pas aussi signer la fiche dans votre main* ». La parturiente se trouvant dans un état désespéré demanda au médecin d'attendre encore 30 min. Mais ce dernier lui répliqua alors, « *on ne peut pas attendre dans 30 min. Si on attend, le bébé là meurt vous allez dire que nous avons tué votre enfant. Prenez votre décision maintenant et rapidement. Pourquoi vous voulez nous rendre la tâche difficile. Voilà ça que ça affiche que les BDC du bébé ne sont pas bons. Les 30 min que vous demandez c'est pourquoi ?* ». Après cela, le médecin se leva et s'en alla après avoir eu la signature de la fiche de consentement pour l'opération par la parturient. Juste après cette scène, une infirmière s'approcha de la parturiente afin de prendre ses données. Cette dernière remarque l'état de la parturiente qui était en pleur et lui demanda pourquoi elle pleurait autant. Cette dernière lui confie qu'elle avait peur d'être opéré. C'est ainsi que la sage femme en question commença à l'expliquer que si il lui faut une opération c'est que c'est vraiment parce qu'il la faut. Cette dernière a réussi à la calmer et lui expliquer de manière claire pourquoi il faut l'opération, comment est-ce cela va se dérouler et lui a expliquée que le personnel médical était là pour elle et qu'elle ne sera pas seule mais accompagné par plusieurs personnes. C'est ainsi que cette dernière lui donne le téléphone afin que cette dernière puisse informer sa famille sur sa situation et réussi à se calmer.

bébé pourrait mourir si l'opération n'a pas lieu immédiatement, ce qui met la patiente sous une intense pression psychologique. Bien que le médecin mentionne que la patiente a le choix de refuser la césarienne, la pression exercée et la situation d'urgence rendent cette décision

pratiquement impossible à refuser. La patiente, en détresse et se sentant acculée, finit par céder, ce qui soulève des questions éthiques sur la nature du consentement obtenu sous une telle pression. Ce cas met en lumière les défis de la communication en milieu médical, surtout dans des situations critiques, et la nécessité de concilier urgence médicale avec le respect des droits des patientes.

Illustration n°2 : Formulaires de consentement éclairé à HGOPY

 REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
REPUBLIC OF CAMEROON

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

**HOPITAL GYNÉCO - OBSTÉTRIQUE ET PÉDIATRIQUE  
DE YAOUNDE**

**YAOUNDE GYNÆCO - OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ  
INFORMED CONSENT FORM**

**I - PATIENT(E)**

Je soussigné.....  
CNI N°..... du.....  
Adresse.....  
Accepte l'opération de.....  
.....  
Dont la nature et les conséquences m'ont été clairement expliquées par le  
Docteur.....  
J'ai été informé(e) du fait que cette opération qui se fait sous anesthésie  
générale/loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie) ou locale va  
consister en une.....  
.....  
.....

Fait à Yaoundé, le..... Signature de la patiente.....

**II - CONJOINT/PARENT**

Je soussigné.....  
CNI N°..... du.....  
Adresse Epoux/Parent de.....  
Donne mon accord pour l'opération chirurgicale jugée nécessaire sur  
mon(ma) époux(se)/fille/mère/fils, et dont les conséquences m'ont été  
clairement expliquées par le Docteur.....  
J'ai lu et approuve cet engagement  
Fait à Yaoundé, le..... Signature.....  
Signature du Médecin Traitant.....

De plus, dans le contexte des soins obstétricaux, la communication entre les soignants et les patientes est un élément crucial pour assurer une prise en charge optimale, en particulier lors des situations d'urgence telles que la césarienne. Toutefois, un déficit de communication entre le personnel médical et les parturientes peut avoir des conséquences néfastes sur la qualité des soins prodigués. En effet, lorsque l'urgence d'une césarienne se présente, il n'est pas rare que la relation soignant-patiente prenne une tournure autoritaire, où le personnel médical tente d'imposer ses décisions sans véritablement consulter ou informer la patiente. Ce déséquilibre de pouvoir, caractérisé par une attitude de domination, peut provoquer un sentiment de frustration et de marginalisation chez les parturientes, surtout lorsqu'elles souhaitent poser des questions ou exprimer leurs inquiétudes. Les témoignages recueillis auprès des patients et des soignants révèlent ces défis de manière poignante. Comme l'exprime l'un d'entre eux :

*Malheureusement, c'est souvent une relation dominant-dominé au lieu d'une collaboration pour le bien-être des patients. Rares sont ceux qui prennent vraiment le temps de répondre à toutes les questions des patients et garde-malades. Le soignant pense que le patient ne peut rien lui apporter et qu'il connaît tout, pourtant c'est faux<sup>333</sup>*

Ce témoignage met en lumière une attitude de supériorité souvent observée dans le corps médical, où le manque de dialogue nuit à la relation thérapeutique. En refusant de considérer les interrogations légitimes du patient, le soignant empêche la construction d'une relation basée sur la confiance et la compréhension mutuelle. Un autre témoignage souligne l'importance d'une bonne communication :

*Bon, en général, un patient demande pourquoi on fait passer tel ou tel traitement et le soignant, au lieu d'expliquer, lui demande si c'est lui qui dit quoi faire. Si tu mets le patient en confiance, il va s'ouvrir à toi, sera plus à l'aise et rassuré, et tu vas travailler avec toutes les infos qu'il te faut<sup>334</sup>*

Ce verbatim démontre que l'écoute et l'explication sont non seulement bénéfiques pour le patient, mais elles permettent aussi au soignant de travailler plus efficacement, en disposant des informations nécessaires pour une meilleure prise en charge. Cette dynamique, où les soignants se montrent parfois dérangés par les interrogations des patientes, entrave non seulement le dialogue, mais peut aussi compromettre la confiance nécessaire à une collaboration efficace et respectueuse.

---

<sup>333</sup> Entretien du 20/12/2023

<sup>334</sup> Entretien du 20/01/2024

### III.3. Réaction des accompagnateurs face à l'urgence médicale : La sortie exigée

Les accompagnateurs, souvent les principaux décideurs pour les femmes enceintes, développent une méfiance vis-à-vis des indications médicales pour la césarienne. Craignant des pronostics exagérés pour justifier des interventions coûteuses, ils préfèrent parfois éviter l'hôpital et ses coûts associés. Cette méfiance se manifeste par des sorties contre avis médical, visant à échapper aux frais et à la chirurgie perçue comme non nécessaire. ,

*La sortie contre avis médical (DAMA) reste un problème persistant dans le secteur de la santé lorsqu'un patient décide de quitter l'hôpital avant que le médecin traitant ne recommande sa sortie. Les sorties irrégulières sont des événements à haut risque, ces patients présentant un risque ajusté de réadmission et de mortalité plus élevé. Les recherches existantes dans ce domaine se sont largement concentrées sur la description des caractéristiques des patients associées à la DAMA<sup>335</sup>.*

Malheureusement les accompagnateurs ne procèdent pas toujours à un réel dialogue même dans des situations critiques de leur malade. Cela s'illustre par cette sortie exigée.

#### Illustration n°3 : sortie exigée à HGOPY

MINISTRE DE LA SANTE  
REPUBLIC OF CAMEROON  
HOPITAL GYNECO – OBSTETRIQUE ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE  
BP : 4362 Tél. : 22 21 24 31 Fax : 22 21 24 30  
YAOUNDE GYNAECO – OBSTETRIC AND PEDIATRIC HOSPITAL

## SORTIE EXIGEE

Je soussigné, Mme/M. \_\_\_\_\_  
NI N°: \_\_\_\_\_ délivrée le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à \_\_\_\_\_  
Par : \_\_\_\_\_ Domicilié à : \_\_\_\_\_  
Nationalité : \_\_\_\_\_  
Exige faire sortir de mon propre gré et contre avis médical, la patiente \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ âgée de \_\_\_\_\_  
Hospitalisée le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ dans le service de Gynécologie  
Hospitalisation et qui s'y trouve encore.  
Je porte sous mon entière responsabilité, toutes les conséquences relatives  
à cet acte.

Fait en 2 exemplaires, Yaoundé le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Lu et approuvé

<sup>335</sup> Anshula Ambasta et al, « Sortie contre avis médical : comportement « déviant » ou écart de qualité du système de santé ? », école de médecine de Cummings, Université de Calgary, 2019.

Ce cas s'illustre davantage par le témoignage de cet accompagnateur qui relate une expérience vécue

*Les césariennes sont déjà d'abord les business de nos médecins maintenant tu arrives on ne te laisse même pas subir les contractions qu'on te demande déjà de monter sur la table pour ouvrir ton ventre ...les femmes aussi avec la facilité elles acceptent j'avais enlevé ma petite sœur dans une clinique à Douala en pleine contraction koo son bassin est petit elle ne pourra pas pousser j'ai dit au médecin cash que comme c'est entré ça va sortir. Je l'ai emmenée ailleurs et la nuit elle a accouché par voie basse. J'ai lavé mon bébé et le ramener à la maison et un mois après je suis allée le présenter chez le médecin qui m'avait proposé la césarienne<sup>336</sup>*

Ce témoignage indique une tendance à la médicalisation excessive des accouchements, où les décisions sont parfois prises sans laisser aux femmes la possibilité de vivre le processus naturel de l'accouchement. Cette situation peut être exacerbée par des inégalités socio-économiques, où les femmes de classe inférieure se sentent contraintes d'accepter des interventions chirurgicales, souvent sans une information adéquate sur les risques et bénéfices. « Cependant, Il y en a certains même quand on leur explique bien, elles refusent jusqu'à signer qu'elles ne veulent pas...ce qui va arriver va arriver, ils sortent contre avis médical parce qu'elles ne veulent pas se faire opérer dans la plupart des cas <sup>337</sup> ». En plus, la légitimation de la césarienne par les professionnels de santé, même en dehors des recommandations médicales, souligne une convergence entre les logiques de classe et les pratiques médicales. Une telle dynamique peut mener à une normalisation de la césarienne, non seulement comme une nécessité médicale, mais aussi comme un choix influencé par des facteurs socio-économiques et culturels, remettant en question la santé reproductive des femmes dans ce contexte. C'est le cas de cette parturiente qui nous relate son vécu :

*En 2021 l'autre m'a fait la même chose hoo. J'arrive à l'hôpital avec les contractions le médecin nous dit qu'il faut une césarienne urgemment qu'on dépose une caution de 300 mille ma mère à di qu'on change d'hôpital le temps d'aller chercher le taxi j'ai accouché normalement par voie basse<sup>338</sup>.*

Le témoignage souligne une pression pour accepter des interventions chirurgicales, même en l'absence de nécessité médicale, ce qui questionne l'éthique des pratiques obstétricales. Le fait que la patiente ait accouché par voie basse dans un autre hôpital démontre que les décisions médicales peuvent être influencées par des facteurs contextuels, tels que les coûts et la disponibilité des services, plutôt que par des considérations de santé objectives. Ainsi, cette situation illustre les tensions entre la médicalisation de l'accouchement, les choix des femmes

---

<sup>336</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>337</sup> Entretien du 24/12/2023

<sup>338</sup> Entretien du 18/02/2024

et les implications économiques, révélant un système où les intérêts financiers peuvent primer sur le bien-être des patientes.

*Moi j'ai même accouchée sur la table d'opération hein hum eh ah, le temps que le so-disant Dr vip qui devait m'opérer fessait son nianga avec ma vie sur la table d'opération oxygène déjà en place et tout le tralala bébé est venu choup une fois vraiment Dieu est grand. C'est vraiment triste hein, eh Seigneur nos hôpitaux sont remplis de mauvais, les bon on les compte sur les doigts<sup>339</sup>.*

Le témoignage révèle une médicalisation croissante des naissances, où les césariennes sont souvent perçues comme des solutions rapides, parfois non justifiées. Cette tendance peut être influencée par des facteurs économiques, où les médecins, en quête de rentabilité, privilégient des interventions chirurgicales. De plus, les femmes peuvent ressentir une pression sociale à accepter ces interventions, ce qui soulève des questions sur leur autonomie décisionnelle et leur capacité à contester les recommandations médicales.

**Encadré n°10 :** observation d'une demande de sortie exigé suite à l'annonce de la césarienne

C'était le cas d'une parturiente de 26 ans, primipare (première grossesse), qui était arrivé en urgence à HGOPY, accompagnée de son mari. Elle avait été référée de l'hôpital de Tsinga en raison de complications lors de son travail. Le carnet de suivi mentionnait que le travail avait commencé, mais que son bassin semblait être limité, nécessitant une césarienne d'urgence. À son arrivée, elle présentait des saignements abondants, indiquant une situation critique. Allongée sur son lit, la parturiente recevait les explications du gynécologue de garde. Celui-ci lui réexpliquait la nécessité d'une césarienne, rappelant que cette décision avait déjà été prise à l'hôpital de Tsinga en raison de son bassin étroit et des risques associés à un accouchement par voie basse dans ces conditions. La parturiente avait déjà accepté l'intervention chirurgicale, consciente des risques pour elle et son bébé. Cependant, son mari a catégoriquement refusé de signer la fiche de consentement nécessaire pour procéder à la césarienne. Interrogé sur les raisons de ce refus, il a expliqué qu'il n'avait pas les moyens financiers pour couvrir les frais de l'opération. Malgré les tentatives des médecins pour lui expliquer l'importance de l'intervention et la possibilité de signer une fiche d'urgence vitale permettant à l'hôpital de prendre en charge sa femme avec un engagement de paiement différé, le mari est resté inflexible. Il a refusé cette alternative et a exigé de quitter l'hôpital avec sa femme, malgré les recommandations médicales. Devant l'intransigeance du conjoint, ce dernier a signé une fiche de désengagement, déchargeant l'hôpital de toute responsabilité. Il a ensuite conduit la parturiente hors de l'hôpital, cherchant apparemment une autre solution, malgré l'urgence de la situation.

Cette situation met en évidence les défis des soins obstétricaux, où les décisions médicales sont souvent influencées par des contraintes économiques et familiales. Une parturiente de 26 ans, référée en urgence pour une césarienne à cause de complications graves, a vu son intervention retardée en raison du refus de son mari de signer le consentement,

---

<sup>339</sup> Entretien du 16/11/2023

invoquant des difficultés financières. Malgré les efforts des médecins pour trouver une solution, le mari a insisté pour quitter l'hôpital, exposant ainsi sa femme et son bébé à des risques sérieux. Cela illustre la nécessité d'améliorer la communication, l'accès aux soins, et la protection sociale pour éviter que de telles situations ne compromettent la santé des patientes. Car :

*Le problème de l'entourage c'est seulement les finances, qui va payer, l'argent va venir d'où ainsi de suite. Mais parfois le problème de la malade n'est même pas les finances mais la chirurgie, parfois l'entourage a les finances mais parce qu'elle ne veut pas qu'on ouvre son ventre. Elle refuse parce que quoi qu'on fasse, elle ne sera plus jamais comme avant plus jamais<sup>340</sup>.*

L'une des principales raisons pour lesquelles les accompagnateurs sont réticents à accepter une césarienne est le coût élevé associé à cette intervention et l'acceptation de l'accouchement par voie basse parfois comme étant la voie la plus sûre et sécurisée. Dans de nombreux cas, les familles n'ont pas les moyens de payer les frais médicaux, ce qui les pousse à refuser les recommandations des professionnels de santé et à quitter l'hôpital contre avis médical. Des études ont montré que les décisions des accompagnateurs sont souvent influencées par une méfiance envers le système de santé et les motivations économiques perçues derrière les recommandations médicales. Par exemple, au Ghana, les taux de césarienne varient fortement selon le niveau de richesse des patientes, soulignant une utilisation inéquitable et parfois inutile de la procédure. Les femmes des quintiles les plus pauvres sont moins susceptibles de subir une césarienne par rapport aux plus riches, ce qui peut refléter à la fois une sous-utilisation nécessaire et une surutilisation non nécessaire<sup>341</sup>). Parfois même restent longtemps dans les centres de santé même si la césarienne semble nécessaire, elles essayent le tout pour le tout afin de maximiser leur chance de ne pas accoucher par césarienne.

Ce chapitre nous a permis de comprendre comment l'accouchement par césarienne est un sujet complexe qui soulève des représentations diverses chez les différents acteurs impliqués. Du côté du corps médical, la césarienne est perçue comme un moyen de sauver des vies lorsqu'elle est médicalement indiquée, en particulier dans les centres de référence comme l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Les médecins y voient un outil essentiel pour réduire la mortalité maternelle et néonatale, malgré les risques inhérents à toute intervention chirurgicale. Cependant, certains praticiens dénoncent un recours abusif à la césarienne dans certains établissements.

---

<sup>340</sup> Entretien du 24/12/2023

<sup>341</sup> Harrison Margo S et Al, Césarienne en Afrique subsaharienne. Santé maternelle, néonatalogie et périnatalité 2 , 6 (2016). <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0033>

## Chapitre IV :

# ENJEUX SUR L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE

Du côté des parturientes et de leur entourage, la césarienne est souvent perçue de manière négative, comme un « sort » ou une fatalité. La peur de la mort, des complications et des séquelles est très présente, alimentée par des représentations collectives anciennes. L'annonce d'une césarienne provoque fréquemment des réactions émotionnelles intenses, allant jusqu'au refus de l'intervention. Les mères des parturientes sont particulièrement inquiètes pour la santé et le bien-être de leur fille et de leurs petits-enfants. Ces différences de perception reflètent un décalage entre l'évolution des pratiques médicales et les représentations sociales. Alors que la césarienne est devenue une procédure relativement sûre dans de bonnes conditions, elle reste associée dans l'imaginaire collectif à la souffrance et à la mort. Ce fossé est renforcé par les inégalités d'accès aux soins obstétricaux de qualité, qui touchent en premier lieu les populations les plus vulnérables.

### I. ENJEUX PSYCHOLOGIQUES FACE A L'OPERATION

L'accouchement un rite de passage entouré par de multiples représentations imaginaire collectif et individuelle est perçu comme un moment incontournable dans la transformation de la femme en mère qui sublime et accomplit la féminité dans une expérience nouvelle. Elle est constituée d'une expérience physique et psychique associés à des douleurs dites *intenses* et *inimaginable*. Les femmes ayant traversé ce processus sont désormais initiées et partage désormais, le secret de la naissance avec les autres mères. Mais qu'en a-t-il des femmes qui ne sont pas passées par des rites initiatiques qui ne sont pas de la *norme, du naturel* qui donne désormais accès au rang des mères ?

#### I.1.Du rêve à la réalité : vécu au bloc opératoire

La survenue de l'accouchement par césarienne à toujours constitué comme un événement inattendu qu'elle soit en cas d'urgence ou de césariennes électives. La césarienne est l'une des interventions les plus médicalisé et n'appartient pas un accouchement normal, naturelle,

physiologique. Tant bien qu'elle paraisse normale et tend à une biologisations<sup>342</sup>, au même titre que l'accouchement naturel, la césarienne apparaît comme une intervention rapide, une extraction rapide du bébé d'environ cinq minutes après incision, hors de la voie normale. Elle emprunte un chemin qui s'oppose à la normalité. Face à cette situation, les femmes vivent fréquemment un sentiment de perte de contrôle face à l'inconnu et s'en remet à des tiers pour lui donner un coup de pouce dans ce processus. L'anesthésie, la perte de la sensibilité de ses membres inférieurs ainsi qu'un nombre d'effets secondaire, *fourmillements*, *vertiges*, *vomissements* accentuent davantage ce sentiment de pertes du contrôle de son corps à son propre processus d'accouchement. Nombreuses sont les femmes qui traduisent cela en termes de défaillance et d'incapacité et de déception vis-à-vis de leurs corps les laissant penser qu'elles ont échoué dans leur première fonction de mère. Une parturiente s'exprime à ce propos :

*Pour moi je prends ça en fait un peu comme une faiblesse. J'estime que j'ai été faible je n'ai pas été assez à la hauteur. C'est comme ça que je pense. La césarienne ça veut déjà dire que on m'a donné un coup de pouce donc mon corps n'a pas assuré, j'ai pas assuré et j'ai eue besoin d'un coup de pouce et ce n'était pas naturel parce que l'accouchement c'est naturel et là ce n'était pas naturel. C'était un peu...tourner le ventre c'est un peu... la césarienne c'est juste la science-fiction<sup>343</sup>.*

La césarienne peut être perçue comme une déviation de l'idéal de l'accouchement « naturel » et de la maternité, qui est souvent valorisé dans les représentations collectives. :

*Déjà je n'étais pas à terme je voyais la couveuse, la césarienne en plus, je ne m'étais pas imaginé dans cette situation. Pour moi c'était que non je porte mon bébé, je pars j'accouche par voie basse, après quelques jours je sors de l'hôpital normalement nhr comme d'habitude quoi. No stress<sup>344</sup>*

Ce témoignage illustre un scénario bien précis en tête de comment devait se passer un accouchement et le séjour à la maternité, avec un accouchement par voie basse, une sortie rapide de l'hôpital et un retour à la normale sans stress. La césarienne vient totalement bouleverser ce scénario idéal. Cela va s'illustrer avec ce témoignage de cette parturiente : « *la santé est bien la paix est bien. Donc quand on opère là, c'est entre la vie et la mort. Je préfère l'accouchement par voie basse parce que quand l'enfant sort la, bon débarras tu te lèves on te masse, c'est fini. Mais ça là, je sais que c'est même six mois qui m'attendent* ». Cela montre à quel point les femmes enceintes ont des représentations très précises et normées de ce que doit être un accouchement et une naissance « réussie ». Toute déviation par rapport à ce scénario idéal est vécue comme un échec et une épreuve. Cela révèle aussi la pression sociale qui pèse sur les femmes pour

---

<sup>342</sup> Maëlys Bar, Chapitre 7 : La césarienne, une pratique « contre-nature »? Biologisation de la naissance et construction du corps maternel, OpenEdition Books, 2023

<sup>343</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>344</sup> Entretien du 21/11/2023

accoucher « normalement » et sans complication. Avoir recourt à une césarienne, surtout de façon imprévue, est vécu comme un échec personnel et un manquement à ce qui est attendu d'elles. Cette norme peut engendrer un sentiment d'échec ou d'imperfection chez les femmes ayant recours à la césarienne. Par ailleurs, la césarienne, en tant qu'intervention médicale, peut être perçue comme une intrusion de la science et de la technologie dans un processus considéré comme fondamentalement « naturel ». Cela peut susciter un sentiment d'artificialité et de perte de contrôle vis-à-vis de son propre accouchement. Une parturiente nous fait part de son vécu en salle d'opération :

*En salle d'opération c'est vrai qu'il y avait certains médicaments qui manquaient mais les paroles qu'elle lançait ce n'était pas pour apaiser. À un moment on m'a même renvoyé d'aller attendre. Wehhhhh j'étais en salle mais on m'a renvoyé d'aller attendre le médicament. Pourtant le corps médical c'est comme un dieu ça doit être Celui là qui accompagne, qui réconforte, accouche psychologiquement mais pour d'autres c'est plus le stress qu'on te fait vivre<sup>345</sup>.*

L'expérience en salle d'opération peut être stressante, surtout lorsque des médicaments manquent. L'angoisse, la crainte, suscitent ainsi un chemin d'expression dans le processus de dissociation qui rompt le lien entre expérience corporelle et représentation de celle-ci. Ce sentiment de dépersonnalisation dans cette rupture, la présence du champ opératoire, la coupure visuelle entre le haut et le bas<sup>346</sup> marque davantage ce mouvement dissociatif. Avant tout comme des accompagnants et assistants lors de l'accouchement normal, les professionnels de santé deviennent les acteurs principaux lors de ce processus d'accouchement et d'extraction du bébé. La parturiente s'en remet alors entièrement à un tiers pour un acte qui au cours duquel elle pensait avoir un contrôle total et d'être la principale promotrice. L'ambiance froide et hyper médicalisé du bloc opératoire, le son des machines, les odeurs, les lumières les anesthésistes et sage-femme en présence, rendent ce sentiment de sécurité plus difficile d'accès. De l'annonce de l'intervention aux parturientes jusqu'à l'intervention en passant la préparation des parturientes et intervenants et le matériel d'intervention, la parturiente malgré son état use de ses organes de sens pour sentir, regarder, observer, écouter afin d'obéir. Cette hypermédiation accentue davantage ce sentiment de peur et se traduit par des grelotements,

---

<sup>345</sup> Entretien du 14/11/2023

<sup>346</sup> Pendant une césarienne, une coupure visuelle est généralement installée entre le haut et le bas du champ opératoire. Cette coupure sert à préserver l'intimité de la patiente en cachant la zone opérée, à limiter le champ de vision de la patiente pour éviter qu'elle ne soit perturbée par la procédure chirurgicale, et à permettre à l'équipe médicale de se concentrer sur l'intervention sans être gênée par le regard de la patiente. Cette coupure visuelle est généralement réalisée à l'aide d'un champ opératoire stérile tendu sur un cadre ou un support. Elle crée une barrière physique et visuelle entre la partie supérieure du corps de la patiente et la zone d'intervention au niveau de l'abdomen.

la voix tremblante, le réflexe des yeux (ouverture, fermeture des yeux) et des signes marquants sur la peau comme la chair de poule. Plusieurs acteurs (03 à 04 anesthésistes réanimateurs r, 02 gynécologue dont le chirurgien et l'assistant, sages-femmes, 1 pédiatre, des stagiaires) sont présents mais parfois les parturientes se sentent parfois écarté et même effacer dans une certaine mesure de la scène d'accouchement surtout si celles-ci ont une anesthésie générale et remettent même en cause leur accouchement.

Cet événement traumatique a pu provoquer une dissociation et un blocage mémoriel, rendant difficile le rappel des événements. Compte tenu des éléments qui apparaissent avant l'intervention, on peut considérer que l'accouchement avait été imposé, plutôt que d'être le fruit des propres efforts de la parturiente. Ne pas se souvenir d'un événement aussi marquant que l'accouchement, ou une quelconque prise de décision par un tiers sur un événement aussi important peut être déstabilisant et générer un sentiment de perte de contrôle sur sa propre vie.

### **I.2-La crainte face à la situation du bébé**

L'accouchement par césarienne un accouchement qui met en jeux la vie de la mère et celle du bébé est dans la plupart des cas un événement inconnu rempli de stress pour les parturientes. Ce stress s'amplifie davantage quand les médecins leurs annonce une complication pour leur bébé. La césarienne qu'elle soit faite en urgence au cours de laquelle la décision est prise au cours de l'accouchement qui survient de manière brusque marque un sentiment de stress et de culpabilité chez la mère. L'atmosphère s'amplifie davantage lorsqu'il y a soudainement certaines agitations et précipitations qui ne permettent pas à ce que les informations soient suffisamment et clairement transmises à la patiente et à leurs accompagnateurs. Après extraction du bébé, les parturientes ressentent ce besoin de savoir que leur bébé va bien et le premier contact qui se crée à travers le regard ou l'écoute des cris de leur bébé marque davantage plus de sentiments de Satisfaction et de sécurité au cas où l'anesthésie n'est pas générale. Le non réaction de leurs enfants amplifie ce sentiment de perte de contrôle. Une parturiente de 34 ans multipare nous raconte : « *quand ils ont fait sortir le bébé, il ne criait pas il ne réagissait pas c'est comme s'il était mort...quand j'ai vu les docteurs lui aspirer et lui taper, j'ai eu très peur j'ai commencé dans mon cœur à prier qu'il pleure, qu'il ne meurt pas* »<sup>347</sup>. Lorsqu'un bébé ne réagit pas à la naissance, les médecins mettent tout en œuvre pour le réanimer. Ils aspirent les voies respiratoires, lui font des massages cardiaques et d'autres gestes de réanimation. Cela peut être effrayant à voir, surtout si la maman est consciente. Dans ces moments d'angoisse extrême, la prière peut être un grand réconfort.

---

<sup>347</sup> Entretien du 13/11/2023

D'autant plus que le bébé est séparé pendant plusieurs jours de sa mère, un sentiment d'inquiétude s'accroît davantage surtout si le bébé n'est pas à terme. Une parturiente s'exprime à ce propos :

*Tu fais d'abord les jours sans voir ton bébé, parce que locale au moins quand on enlève on vient la sage-femme vient te le présenter tu peux le voir. Mais pour moi c'était général. Je ne lui ai pas vu pendant trois jours, je ne savais même pas à quoi il ressemblait. Et on m'a dit quand il est né on a dû le réanimer. Bon j'étais là comme ça fallait seulement j'écoute ce que le garde malade me disait que non il va bien. Mais tu n'es pas rassuré tu ne sais pas s'il est toujours en vie donc il faut l'œil pour confirmer si vraiment parce que ce qu'on te dit et ce que tu vois ce n'est pas la même chose tu as envie de voir<sup>348</sup>.*

Ce passage décrit une situation de stress et d'inquiétude pour cette parturiente qui cherche à obtenir des informations précises sur l'état de son enfant pour se sentir rassuré. Il met en avant la différence entre ce que l'on est dit et ce que l'on voit, et souligne l'importance de la perception et de la confiance dans les informations données pour se sentir calme et rassuré.

Une autre parturiente relate également son vécu :

*Je n'ai pas pu voir le bébé, je n'ai pas pu voir à quoi il ressemblait donc j'étais là comme ça. Bon quand je me suis réveillée. On fait tout quand tu n'es pas conscients, tu ne sais même pas ce qu'on a fait sur toi. Bon tu es là, tu n'as pas vu ton bébé. On te dit : «tu ne peux pas le voir. Il faut attendre qu'on enlève tout sur toi» ce qui est fait au bout de trois jours. Donc tu ne sais pas s'il est en bonne santé, tu stresses nhr. Et les photos même qu'on m'a montré... comme on dit que l'appareil photo mentent là. À un moment sur la photo j'ai dit qu'il est costaud, il est gros nhr après quand je suis allée j'ai vu un petit poussin comme ça<sup>349</sup>.*

Différent de l'accouchement par voie basse qui au cours de laquelle après expulsion il y a un lien qui se crée entre la mère et son enfant à travers le contact direct (poser le bébé sur le ventre), la césarienne marque un break dans le processus de création des premiers liens mère enfant surtout lorsque l'anesthésie est générale. Le besoin impérieux pour les mères de voir leur bébé à la naissance est essentiel pour établir ce lien affectif, se rassurer sur sa santé et commencer leur rôle de mère. C'est une étape cruciale du post-partum immédiat et peut de manière significative influencer le bon ou le mauvais vécu face à la césarienne<sup>350</sup>

### **I.3-Mode d'assistance en soin post partum**

Après une césarienne, la période post-partum nécessite une attention particulière. La maman a subi une intervention chirurgicale qui demande un temps de récupération physique et

---

<sup>348</sup> Entretien du 21/11/2023

<sup>349</sup> Entretien du 21/11/2023

<sup>350</sup> Syndrome de stress post-traumatique en maternité [\*] Dans Spirale 2008/1 (n° 45), pages 199 à 201, disponible sur <https://www.cairn.info/revue-spirale-2008-1-page-199.htm>

psychologique. De plus, elle doit s'adapter à son nouveau rôle de mère tout en prenant soin de son bébé. Un accompagnement adapté est essentiel pour favoriser le bien-être de la mère et de l'enfant.

#### **Encadré n°11 : Observation d'une parturiente en salle post opératoire**

Il s'agissait d'une parturiente de 32 ans, primipare, qui avait accouché par césarienne en urgence il y avait de cela deux jours suite à un travail prolongé. Elle se trouve actuellement en salle de réveil, sans accompagnant. La parturiente se plaint de douleurs importantes au niveau de la cicatrice abdominale. Elle paraissait épuisée, avec des signes de fatigue importante (paupières tombantes, voix faible). Elle a du mal à tenir son bébé correctement dans ses bras et semble avoir des difficultés à l'allaiter et le bébé pleurait beaucoup. C'est là qu'une infirmière qui passait pour le contrôle et remarqua la situation de cette dernière. Directement, elle s'en pressa pour aller crier dehors afin que le garde malade viennent s'occupe de l'enfant compte tenu de l'état de santé de la parturiente.

Cette situation souligne les défis auxquels les mères peuvent être confrontées après une césarienne en urgence, notamment les douleurs physiques, la fatigue et les difficultés à établir le lien mère-enfant. Cela se révèle davantage dans la mise au soin du nouveau-né et à la gestion du post opératoires. On remarque également comment le système d'assistance reste absent dans certains cas par les infirmières en suite de couches. Une garde malade s'exprime à ce propos :

*Pour quelqu'un qui a été au bloc une journée on te gronde «je te suis demandé de t'asseoir ». Tu trouves toi normal que pour une femme qui a accouché par césarienne on lui donne le garde malade pour une seule nuit ? Et si ça se complique ? Je ne parvenais pas à parler, j'observais, après on te laisse seule, ton garde malade ne dort qu'avec toi une nuit. Avec les perfusions qui sont accrochés sur toi, la douleur à gérer, plus le bébé en plus tout ça pour toi seule. Ils disent que ohh ça fait partie du travail<sup>351</sup>.*

Cette situation met en lumière le manque criant de soutien familial dont bénéficie cette nouvelle mère, alors qu'elle a clairement besoin d'un accompagnement renforcé après une césarienne en urgence. Une césarienne est une procédure lourde qui nécessite des soins post-opératoires adaptés, dans l'intérêt de la mère et de l'enfant. Cela met gravement en péril la santé de la patiente et du nouveau-né. La sécurité et le bien-être des patients doivent être la priorité absolue. Un suivi et un soutien appropriés sont essentiels pour son rétablissement et celui de son bébé. Cependant, cela se justifie par le fait que déjà les salles sont assez étroites et ont généralement une capacité de 06 lits par salles, ne pouvant pas admettre plusieurs personnes à la fois. Si par exemple sur chaque lit il y avait un garde malade+sa malade+ le bébé, il y'aura saturation de la salle post opératoires. De plus, la présence d'accompagnateurs pourrait

---

<sup>351</sup> Entretien du 12/11/2023

perturber les soins prodigués par l'équipe médicale et infirmière qui doit se concentrer sur la stabilisation du patient. Les salles de réveil sont des espaces confinés et contrôlés, où seul le personnel médical autorisé peut accéder pour assurer la sécurité du patient. Ces protocoles hospitaliers visent à limiter le nombre de personnes présentes dans ces zones sensibles afin de réduire les risques d'infection et de complications<sup>352</sup>. Cependant, malgré ces mesures prises, on observe une dérive de comportement de la part du personnel soignant menant à une confrontation avec l'accompagnateur. Ce qui par la suite peut devenir une entrave à la mise au soin du bébé l'orque la mère est absent.

**Encadré n°12** : observation d'une tension entre une garde malade et une infirmiere en suite de couche

C'était une scène qui s'était passé en suite de couche. C'était une jeune dame assistée par plusieurs autres personnes qui étaient en salle de couches veillant sur le bébé de leurs nièces qui était en réanimation et donc absente. Sur le lit que devait occuper la mère, environ 04 femmes étaient assises et tenait des co'versation l'orque l'infirmiere arrive pour nourrir le bébé, elle constate le nombre de personnes importantes assis sur le lit ce qui par ailleurs coïncidait avec les heures de visites. Quand la garde malade en charge de nourrir le bebe dit «Je dis on reste ici la on attend le biberon comme l'enfant a faim», c'est ainsi que l'i'firmiere dit« ne sortez pas de toutes les manières je ne reste pas donner le lait de l'enfant là». Entre temps l'enfant est là et pleure. C'est ainsi que les membres ressortent et faisant ainsi appel à l'infirmiere de venir nourrir le bébé. Après attente, 10 minutes plus tard l'infirmiere se présente pour nourrir le bébé.

Cette situation met en relief les dynamiques de pouvoir et de contrôle dans l'institution hospitalière. L'institution hospitalière, par la voix de l'infirmière, affirme son pouvoir et son contrôle sur la situation, sans prendre en compte le vécu et les besoins du bébé qui est en pleur et de sa famille. Le manque de communication et de compréhension mutuelle entre le personnel Soignant et les familles peut une entrave dans la mise au soin du patient. C'est ce que nous révèle cette parturiente :

*Une fois remonté en chambre l'enfer à commencer je ne pouvait pas me lever du lit sans souffrir. Une sage-femme très désagréable m'a dit mais madame ce n'est pas en restant allongé que vous allez guérir. Ça m'a traumatisé car je souffrais intérieurement et extérieurement de ne pas pouvoir m'occuper de mon fils de A à Z moi-même. Résultat au bout du 2<sup>ième</sup> jour ils m'ont aidé à me lever et ça n'a pas loupé j'ai fait un malaise<sup>353</sup>.*

Ce témoignage illustre l'intensité de la douleur post-opératoire et le manque d'empathie du personnel soignant, ce qui a traumatisé la patiente. La remarque insensible d'une sage-femme

<sup>352</sup> Règlement de fonctionnement du bloc opératoire, disponible sur [www.lasource.ch](http://www.lasource.ch)

<sup>353</sup> Entretien du 18/03/2024

a amplifié sa souffrance psychologique, déjà exacerbée par son incapacité à s'occuper de son enfant. Lorsque le personnel a tenté de la faire lever, elle a fait un malaise, indiquant une mauvaise évaluation de son état. Cela souligne l'importance d'une approche empathique et personnalisée dans les soins post-opératoires.

## **II. VECU LIE A ACCEPTATION DE LA CESARIENNE**

L'enfantement est considéré comme un événement central, sacré et béni dans de nombreuses sociétés traditionnelles africaines. La capacité de donner la vie confère aux femmes un statut particulier et un grand respect au sein de la communauté. L'accouchement est entouré de rituels et de cérémonies visant à protéger la mère et l'enfant, à faciliter l'accouchement et à favoriser la fertilité. La maternité est extrêmement valorisée, au point d'être parfois considérée comme le rôle principal de la femme. Cependant, les complications obstétricales graves, comme les césariennes en urgence ou la mortinatalité, remettent profondément en question cette idéologie de l'enfantement sacré. Ces interventions sont souvent perçues comme un échec personnel et social par les femmes et leur entourage.

### **II.1 vécu positif de l'accouchement par césarienne**

La césarienne, qu'elle soit programmée ou d'urgence, représente une expérience marquante dans la vie des femmes. Dans les sociétés traditionnelles ou modernes, où l'enfant joue un rôle central dans la construction identitaire de la féminité et dans la création des familles, la césarienne est souvent perçue comme un acte nécessaire, voire salvateur. Les femmes ayant vécu une césarienne programmée et parfois en urgence, surtout celles avec des antécédents de césariennes, ressentent cette expérience de manière plus positive comparativement à celles qui subissent une césarienne en urgence. En effet, une bonne préparation et information des femmes sur le déroulement de l'intervention, la préparation psychologique et la disponibilité des ressources financières, la césarienne est perçue comme le meilleur choix pour éviter les complications d'un accouchement par voie basse redouté. Les femmes ayant une césarienne programmée rapportent une expérience plus sereine et mieux vécue. Plusieurs facteurs contribuent à cette perception.

Premièrement, la planification permet aux femmes de se préparer mentalement et physiquement, de recevoir un soutien adéquat de leur entourage, et de réduire l'anxiété liée à l'incertitude du moment de l'accouchement. Une parturiente s'exprime à ce propos :

*C'était électives donc en avance nor. Comme c'était ma première grossesse et en plus comme j'ai tardé, j'ai préféré moi qu'on me programme pour ne pas courir de risque. Tu sais à un moment de la vie, on a besoin d'enfant parce que c'est très important dans*

*la vie d'une femme c'est no stress j'aurai aimé par voie basse mais à l'âge ci c'est très risquer bon je me suis documenté pour avoir plus de profondeur et me préparer psychologiquement et financièrement mais je savais aussi qu'il y avait des risques mais je ne regrette pas mon choix. Cela m'a permis de vivre pleinement ma maternité<sup>354</sup>.*

Ce témoignage de cette parturiente primipare à 39 ans est assez évocateur. Ce témoignage met en lumière la complexité des facteurs sociaux, culturels et individuels qui influencent les choix des femmes en matière de grossesse et d'accouchement. Il révèle l'importance de la maternité dans la construction de l'identité féminine, les normes de sécurité et de minimisation des risques, ainsi que le rôle de l'information et de l'autonomie dans la prise de décision.

Deuxièmement, celles qui ont déjà vécu des césariennes connaissent le processus et peuvent aborder l'expérience avec plus de confiance et moins de peur. Les femmes acceptent la césarienne, malgré les contraintes et les défis qu'elle pose, principalement pour assurer la santé et le bien-être de leur enfant. Une parturiente s'exprime à ce propos : « *Bon je peux dire que oui j'ai été bien préparé. D'abord même pour donner naissance à un bébé pour il faut bien avoir été préparé ça c'est psychologiquement hein j'ai dit que bon tout ce que je veux c'est avoir mon enfant mais financièrement je n'étais même pas préparé* »<sup>355</sup>. Ce témoignage révèle une préparation psychologique solide pour l'accouchement, mais un manque de préparation financière, créant ainsi une tension entre le désir de maternité et les réalités économiques.

Par ailleurs, pour des patientes ayant déjà éprouvé des difficultés par voie basse et ayant accouché finalement par césarienne voient cette intervention comme une simple chirurgie qui a malgré tous les a permis de vivre leur maternité. Cela s'illustre par ce témoignage :

*Si on me disait là même que je devais accoucher par césarienne je ne devais même pas accepter parce que cela est dû aux difficultés et quand je vois mon premier fils malade, chaque jour, il prend les remède depuis qu'il est né jusqu'aujourd'hui il a 7 ans, il ne réagit pas comme les enfants de son âge, il a 7 ans, je le lave encore, je retire encore les caca dans ses fesses, je le nourri encore comme un bébé parce qu'il a eu un traumatisme néonatal...Moi je dis seulement merci à Dieu parce qu'il vit et son évolution, sa croissance va un peu lentement mais il progresse . Sa santé est en train de s'améliorer mais petit à petit. On me dit que d'être patiente sur ce que je fais avec les prières et tout et tout. Ce qui faut que maintenant je ne fais plus la tête dure c'est pour ça que j'étais programmée. Imagine si je refais la même chose et que le tour ci mon enfant mourrait<sup>356</sup>.*

Ce récit décrit les défis quotidiens que cette parturiente a dû surmonter vis-à-vis de son fils de 7 ans qui nécessite encore des soins habituellement réservés aux bébés (alimentation, toilette, etc.). Ces tâches, qu'elle accomplit avec dévouement, soulignent la lourdeur de la

---

<sup>354</sup> Entretien du 8/12/2023

<sup>355</sup> Entretien du 24/11/2023

<sup>356</sup> Entretien du 13/01/2024

charge émotionnelle et physique qu'elle porte. Malgré les difficultés, elle exprime de la gratitude, la satisfaction<sup>357</sup> pour la vie de son fils et observe des progrès, bien que lents. Son optimisme est alimenté par l'amélioration graduelle de la santé de son enfant, renforçant sa patience et sa persévérance et s'appuie sur la prière et l'encouragement spirituel pour continuer à avancer, montrant ainsi comment ses croyances lui fournissent un soutien moral et psychologique indispensable. Une autre parturiente rapporte son vécu à ce sujet

*Ce que je me suis dit c'est que c'est la volonté de Dieu et je faisais aussi ma petite prière, que Seigneur, vois toutes ces souffrances pour rentrer les mains vides ? je ne veux pas rentrer les mains vides. Non j'ai trop souffert pour avoir cet enfant. La seule chose que je veux c'est la vie, oui, et il a tenu. Donc souffrir comme ça là pour aller croiser les bras je dis que non c'est que ma douleur serait encore plus terribles et il avait compris<sup>358</sup>.*

Cette crainte « *rentrer les mains vides* » sans rien à montrer pour ses sacrifices souligne l'importance des attentes sociales et des normes culturelles. Dans de nombreuses cultures africaines, les mères sont fortement valorisées pour leur capacité à donner naissance et à élever des enfants en bonne santé<sup>359</sup>. L'échec à remplir ces rôles peut être perçu comme un manque de valeur personnelle et sociale. Cette acceptation est renforcée par l'idée que l'acte de subir une césarienne est un sacrifice nécessaire pour obtenir la récompense ultime : la naissance de leur enfant. Cet enfant représente non seulement la continuation de la lignée familiale, mais aussi une réalisation personnelle significative, contribuant à une construction positive de l'identité féminine. C'est ce qui justifie cette parturiente

*En tout cas même si je n'étais pas vraiment d'accord au début et que j'avais peur mon enfant est vivant et c'est tout ce qui est important. Quand je le vois comme couché là c'est comme si la douleur la finissait. Quand je suis couché comme ça nor et je le vois tu ne peux pas imaginer, parfois j'oublie même qu'on m'a opéré. C'est quand je bouge là que hey massah c'est même quel genre de douleur ça ? Après je dis ahhhhh on m'opérer...Je peux mettre ma vie en danger mais jamais pour mon bébé. Si ce n'était que moi la aka surtout quand les docteurs ont dit que l'enfant est en souffrance. Ma vie je pouvais risquer mais pas la vie de mon enfant c'est ça qui m'a fait accepter tout ça<sup>360</sup>.*

Cette affirmation « *mon enfant est vivant et c'est tout ce qui est important* » montre que la parturiente a une priorité claire : la survie de son enfant. Cela reflète une valeur culturelle commune dans de nombreuses sociétés, où la vie des enfants est souvent perçue comme la plus

<sup>357</sup> Ansay Elise, « *L'expérience de la naissance : effet d'une césarienne imprévue sur la satisfaction Maternelle. Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation* », Université catholique de Louvain, 2015.p.34 Prom. : Lories, Guy. <http://hdl.handle.net/2078.1/thes:424>

<sup>358</sup> Entretien du 13/01/2024

<sup>359</sup> Bonnet, La valeur symbolique de l'enfant, In : Charbit Yves (ed.), Mishima T. (ed.). *Questions de Migrations et de santé en Afrique sub-saharienne : Recherches interdisciplinaires en France et au Japon*, Paris L'Harmattan, 2014, p. 175-186. (Populations), ISBN 978-2-343-04674-7 ISSN 1288-8443.

<sup>360</sup> Entretien du 22/11/2023

précieuse<sup>361</sup>. Cette décision de mettre sa vie en danger pour sauver celle de son enfant montre un degré de sacrifice personnel. Cela peut être lié à des normes culturelles de sacrifice parental, où les parents sont souvent prêts à tout pour protéger et sauver leurs enfants. Cela peut également refléter des valeurs de sacrifice et de dévouement qui sont valorisées dans certaines cultures. Cette réaction à l'annonce que son enfant est en souffrance montre une grande préoccupation pour la santé et le bien-être de votre enfant. Cette réflexion sur la douleur et la manière dont elle peut être soulagée par la vue de l'enfant vivant montre une forme de résilience. Cette parturiente a appris à vivre avec la douleur et à trouver des moyens de la gérer.

## **II.2. Vécu traumatique lié à la césarienne**

La césarienne, bien qu'étant une procédure médicale salvatrice pour de nombreuses femmes et leurs bébés, peut aussi représenter une source de traumatisme profond lorsqu'elle est associée à la perte de l'enfant. Ce mauvais vécu, notamment la perte en énergie, en argent, et l'impact psychologique durable pour les femmes concernées.

### **II.2-1 Perte de l'Enfant un sentiment de culpabilité pour les parturientes**

Pour les femmes qui subissent une césarienne en urgence et perdent leur bébé, le traumatisme est souvent écrasant. La césarienne, initialement perçue comme un acte destiné à sauver la vie de l'enfant, devient alors un symbole de la perte ultime. Ces femmes peuvent ressentir que leur sacrifice n'a servi à rien, amplifiant leur douleur et leur sentiment d'injustice. Déjà qu'elles acceptent cette intervention sous contrainte pour leur bébé ce dernier représentant une source de motivation tant pour la mère que pour le père et la famille, La cicatrice physique de la césarienne devient un rappel constant de ce moment douloureux surtout pour la mère. Une parturiente primipare s'exprime à ce propos :

*Perdre mon bébé après l'opération, c'était comme si on m'avait arraché le cœur. J'ai fait cette opération pour sauver mon enfant...mais je suis repartie les mains vides. Chaque fois que je vois la cicatrice, ça me rappelle ce jour terrible. Quand je regarde la blessure là comme ça, ce sont les larmes qui coulent, je pleure mon bébé. C'était mon premier bébé qui est passé. Neuf mois pour finalement...c'est comme si c'était le rêve je te jure jusqu'à présent j'ai du mal à croire. Quand je dors j'entends des voix de bébé, je me dis que c'est peut-être elle qui pleure 18/12/2023<sup>362</sup>.*

Ce témoignage met en exergue le fait que malgré la résilience des parturientes à accepter l'opération, elles attendent une récompense et cette récompense c'est de voir leur enfant bien portant. Pour cette parturiente chaque regard sur cette marque corporelle peut réactiver les

---

<sup>361</sup> Ferdinand Ezembe, La place de l'enfant, Dans L'enfant africain et ses univers (2009), pages 121 à 154.

<sup>362</sup> Entretien du 18/12/2023

souvenirs du jour de l'opération, rendant difficile pour ces femmes de se remettre émotionnellement et psychologiquement de la perte de leur enfant. Ce deuil non seulement les prive de la joie de la maternité mais les plonge également dans une profonde dépression. D'autant plus que les parturientes manifestent un sentiment de culpabilité et de ne pas avoir pris la bonne décision quand il s'agissait de les sauver où sauver leur bébé créant un flou d'avance leur vécu. C'est le de cette parturiente qui nous révèle :

*J'aurais aimé en savoir plus pour te dire vrai j'aimerais en savoir plus. Ça m'empêcherait peut-être de... peut être que ça m'aidera à faire mon deuil, de passer à autre chose que ce n'est pas de ma faute, que je n'y suis pour rien. C'est quelque chose qui peut arriver. Le fait qu'il y ai un flou tu as l'impression que toi la mère tu as commis une erreur quelque part...Ce qui fait que j'ai l'impression que comme c'est arrivé là l'enfant a fait son choix comme si je l'avais rejeté donc c'est ça qui me dérange depuis là j'ai l'impression de n'avoir pas fait le bon choix<sup>363</sup>.*

Dans de nombreuses cultures, les mères sont souvent tenues pour responsables de la santé et du bien-être de leurs enfants, y compris avant et pendant la naissance. Cette responsabilité perçue peut exacerber le sentiment de culpabilité et d'échec lorsqu'une césarienne se termine par la perte de l'enfant. Le manque d'information et de compréhension des causes médicales exactes de la perte amplifie ce sentiment de culpabilité, comme l'illustre le témoignage. Le désir de comprendre ce qui s'est passé et pourquoi l'enfant n'a pas survécu est crucial pour le processus de deuil. Le témoignage montre que le manque de clarté et de réponses médicales peut laisser les mères dans un état de doute et de culpabilité. L'absence d'informations crée un vide que les mères remplissent souvent avec des auto-accusations et des questionnements sur leurs propres actions ou décisions. Une autre parturiente souligne à ce propos sur son vécu :

*La première césarienne n'a pas eu d'impact négatif. Mais ma deuxième ci...ça ne s'est pas bien passé. J'ai perdu mes enfants...la deuxième césarienne ci était plus compliqué. Non seulement j'étais à 7 mois, mais il fallait me transfuser ce qui n'a pas facilité la tâche au corps médical. Ils ont accepté mon refus sur la transfusion mais bon le décès de mes enfants aussi...la césarienne ci m'a apporté plus de malheur que de bonheur mais la première était que du bonheur<sup>364</sup>.*

Les données recueillies indiquent que la première césarienne de la parturiente a constitué une expérience positive, sans impact négatif significatif. Cependant, la seconde césarienne, réalisée à 7 mois de grossesse, a engendré un vécu beaucoup plus problématique. L'issue défavorable de cette seconde intervention, marquée par le décès des enfants, a entraîné un traumatisme psychologique important chez la patiente. Cela a conduit à une perception globalement négative de cet événement, en contraste avec la première expérience

---

<sup>363</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>364</sup> Entretien du 19/11/2023

## II.2-2. Dépenses inutiles

Le fardeau financier La césarienne, en plus de ses implications physiques et émotionnelles, entraîne des coûts financiers considérables. Les frais médicaux pour la procédure elle-même, les soins post-opératoires, et les consultations médicales régulières peuvent représenter une charge financière importante pour les familles. Un accompagnateur s'exprime à ce propos

*Les frais pour l'opération étaient très graves surtout qu'elle a eu des infections qui a fait qu'on la ramène au bloc même trois fois. Imagines un peu tu perds l'enfant plus les dépenses à gérer tout ça pour une personne. On avait acheté tout tout tout, et maintenant, tout ça ne sert à rien. En plus de la douleur dans mon cœur, il y avait aussi le stress de l'argent eh God avec les temps qui sont dures là je voie floue. L'argent même j'avais j'ai verse la première fois pour l'opération et tout on devait même sortir mais elle a eu une infection. Mais après j'ai dû aller prendre les dettes pour finir de payer pour qu'on rentre donc hein hum. Quand je pense à ça hein ça me travaille beaucoup. Tu marches en route tu parles seul. Quand tu te sacrifie et que le bébé est vivant, ça te donne quand même le courage. Quand je pense à tout ça je peux devenir fous c'est la tension qui va tuer quelqu'un sans savoir<sup>365</sup>.*

Lorsque le bébé est perdu, les investissements financiers dans la préparation de l'arrivée de l'enfant (vêtements, mobilier, équipements) deviennent des rappels douloureux de ce qui aurait pu être. Pour certaines femmes, ces dépenses semblent être un gaspillage, exacerbant le sentiment de perte et d'inutilité. De plus, la période de récupération prolongée peut entraîner une perte de revenu si la mère doit s'absenter du travail pour se remettre physiquement et mentalement, ajoutant au stress financier.

## II.2-3. Stresse post partum

Dépression et deuil, la combinaison de la perte de l'enfant, de l'épuisement physique et des difficultés financières crée un terrain fertile pour la dépression. Les femmes peuvent ressentir un vide profond et un manque de motivation à se remettre. La naissance de l'enfant, qui devait être une source de joie et de satisfaction, se transforme en un deuil complexe et prolongé.

*La douleur que je ressens...la perte de mon enfant et les difficultés financières donc tout ça hein. Je ne l'avais même pas vu seulement par la photo comme j'étais en réa. Il paraissait gros... On me disait que je devais en plus attendre avant d'essayer d'avoir un autre bébé sinon la blessure va s'ouvrir...merde alors le pire c'est quand j'étais en suite de couches et que je voyais chacun avec enfant. Ça me faisait tellement mal. Je voulais tellement avoir un enfant, si c'était par voie basse je n'avais pas de problème. En deux mois ? Deux mois même c'est beaucoup. Je récupère un peu là je portais l'autre. La césarienne c'est la pire chose qui peut arriver à une femme. Il n'y a pas son égal sur terre<sup>366</sup>.*

---

<sup>365</sup>Entretien du 23/11/2024

<sup>366</sup> Entretien du 13/03/2023

La douleur ressentie par cette parturiente est à la fois physique et émotionnelle. La perte de l'enfant est une expérience traumatique qui s'accompagne de difficultés financières, accentuant le sentiment de détresse. La photo de l'enfant, qu'elle n'a jamais pu voir en personne, souligne l'absence et renforce le chagrin et le sentiment de perte.

Cette expérience peut être analysée à travers le prisme du deuil périnatal, où la douleur est amplifiée par l'incapacité de réaliser les attentes liées à la maternité. Par ailleurs, Le conseil médical d'attendre avant de tenter une nouvelle grossesse pour éviter la réouverture de la blessure reflète les normes et protocoles médicaux qui peuvent parfois être perçus comme des contraintes supplémentaires pour les patientes. Cela met en lumière la tension entre les impératifs médicaux et les désirs personnels des femmes, soulignant un rapport de pouvoir où le corps féminin est médicalisé et contrôlé. La comparaison avec les autres mères dans le service de suites de couches, qui ont toutes leur enfant avec elles, exacerbe le sentiment d'exclusion et d'injustice. Cette situation illustre l'importance des relations sociales et des attentes culturelles autour de la maternité, où l'absence de l'enfant devient un stigmat social, accentuant la souffrance individuelle et ou parfois collective. La césarienne est perçue ici comme une épreuve et une intervention intrusive. Cette perception négative peut être liée à une méfiance envers la médicalisation de l'accouchement, souvent vue comme un éloignement de la « nature » et de la « normalité » de la naissance par voie basse ce qui peut de manière significative prendre du temps au niveau de la récupération physique et surtout psychologique et émotionnel de ces patientes qui ont traversé cette épreuve. Par ailleurs, une récente étude indique que la dépression post-partum serait deux fois plus fréquente chez les femmes ayant donné naissance par césarienne et sous anesthésie générale. Ces dernières sont également plus susceptibles d'éprouver des pensées suicidaires ou de s'automutiler<sup>367</sup>.

### **II.3. Retentissement de l'accouchement par césarienne sur l'intégrité physique**

Outre les aspects culturels et symboliques, les femmes craignent aussi les conséquences médicales de la césarienne. Les douleurs post-opératoires, les risques d'infection, ou les complications liées à l'anesthésie sont des préoccupations fréquemment exprimées. Certaines femmes rapportent des expériences traumatisantes après une césarienne, ce qui contribue à renforcer l'idée que cette intervention est plus risquée que l'accouchement par voie basse. En outre, le processus de récupération après une césarienne peut être plus long et plus contraignant. Les femmes peuvent se retrouver dépendantes d'autrui pour leurs soins personnels et ceux de

---

<sup>367</sup> Alexandra Bresson, 2020 disponible sur <https://www.parents.fr/actualites/accouchement/cesarienne-les-femmes-qui-subissent-une-anesthesie-generale-sont-plus-susceptibles-de-souffrir-de-depression-432009>

leur nouveau-né, ce qui peut accentuer le sentiment de perte d'autonomie. C'est ce que témoigne cet extrait pour ce maïeuticien :

*Tu ne peux pas avoir une blessure ça te.... Ça te fragilise le corps. Ça diminue l'espérance de vie. Une personne qui est bien comme toi là et une autre qu'on a déjà opérée, vous n'êtes plus à égalité, vous n'avez pas les mêmes capacités. Donc ça a diminué quelques choses en elle<sup>368</sup>.*

Ce témoignage exprime la perception qu'une intervention chirurgicale, comme une césarienne, fragilise le corps et réduit l'espérance de vie de la personne opérée. Par ailleurs, la perte d'énergie se rapporte également à la diminution physique comme le rapporte cette accompagnatrice :

*Oui ça laisse des séquelles parce que quand tu n'es pas opéré tu as toutes tes forces, une fois qu'on a ouvert ton ventre, tu perds quelque chose. Moi j'ai été opéré ça fait 17ans. On vient on t'ouvre, on enlève la maladie et après on te laisse. Tu restes subir les effets secondaires on avait fait l'anesthésie locale, aujourd'hui le pied ci ne fonctionne pas bien j'ai toujours les douleurs-là qui reviennent<sup>369</sup>.*

L'idée sous-jacente est que la personne opérée perd une partie de ses capacités physiques, et n'est plus au même niveau de santé ou de force que quelqu'un qui n'a jamais subi d'opération. Cela traduit une croyance selon laquelle une opération laisse des séquelles durables, modifiant la qualité de vie et la vitalité. De plus,

*La longévité à l'hôpital, les suites opératoires est un facteur non négligeable...quand une femme a par exemple laissé sa famille, son mari, ses enfants et qu'on lui dit qu'on va l'opérer, qui va s'en occuper tout le temps qu'on l'opère ci, elle est inactive, elle est incapable pendant un temps. Mais pendant ce temps alors, qui va s'occuper des petits enfants qu'elle a laissés à la maison. Qui s'occupe de la famille. Il y a aussi le travail. Une femme qui travaille par exemple dans le privé et qui fait peut être ses petits businesses, bon elle sait qu'elle va abandonner le travail peut être un mois ou un mois et demi, parce qu'il faut le temps que tu vas récupérer, le temps que dois rester allongée et tout donc tout ça ce sont les facteurs qui poussent les femmes à refuser une césarienne, chercher une solution alternative pour trouver<sup>370</sup>.*

Cette situation illustre comment la décision de refuser une césarienne peut être influencée par des facteurs socio-économiques, comme les responsabilités familiales et professionnelles. La durée de convalescence post-opératoire est perçue comme un obstacle majeur, car elle entraîne une incapacité temporaire qui affecte la prise en charge des enfants et les activités professionnelles. Cette situation souligne l'importance du counseling prénatal pour mieux expliquer les bénéfices de la césarienne tout en tenant compte des réalités sociales des patientes, afin de réduire la méfiance et l'hésitation face à l'intervention.

---

<sup>368</sup> Entretien du 24/12/2023

<sup>369</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>370</sup> Entretien du 24/12/2023

*Moi depuis que ma mère a accouché n'nh, elle n'a jamais fait une semaine à l'hôpital hein mais nous sommes déjà à un mois disons même deux mois parce que quand on va finir la, on va encore l'opérer, il va falloir encore l'argent, il va encore falloir qu'elle fasse les 5 jours, il va encore falloir qu'elle reste sous observations donc deux mois que ma mère est couchée. Ça fait bizarre. Bizard parce que ma mère d'abord c'est, uhmmm elle ne vit pas la maladie, je ne sais même pas comment t'expliquer ça, donc elle ne se laisse pas faire, face à la maladie, elle a toujours été forte mais maintenant si c'est comme ça c'est que c'est grave. Des fois tu vois comment ma mère ne se sent pas bien mais tu vois comment elle s'efforce à faire quelque chose. En fait rien ne va quand ma mère n'est pas la hein, même à la maison. C'est pour ça que moi je préfère rester ici<sup>371</sup>.*

Ce témoignage exprime l'inquiétude et le désarroi de cette accompagnatrice dont la mère est hospitalisée depuis longtemps après un accouchement. Elle souligne la durée inattendue du séjour à l'hôpital, l'accumulation des interventions médicales et des coûts associés, et l'impact émotionnel de la maladie sur la famille. La mère, habituellement perçue comme forte et résistante face à la maladie, est maintenant dans une situation grave, ce qui accentue le sentiment d'inquiétude. De plus, l'ablation de l'utérus, souvent pratiquée à la suite de complications graves comme une rupture utérine, est une intervention qui sauve des vies, mais elle peut être difficile à accepter pour certaines femmes. Au-delà des aspects médicaux, cette intervention touche à la perception qu'ont les patientes de leur corps et de leur identité. Même lorsque l'ablation est nécessaire pour éviter des conséquences fatales, elle peut provoquer un sentiment de perte ou de désarroi. Pour illustrer cette réalité, voici le témoignage d'une femme ayant vécu cette situation :

*Quand je suis arrivé, ils ont dû procéder à une ablation. Je comprends que c'était nécessaire, mais je ne m'attendais pas à ça. Perdre mon utérus, c'est non seulement perdre une partie de moi-même, mais aussi ne plus jamais pouvoir porter un enfant...ma capacité à donner la vie, m'avait été enlevée. Je sais que c'était pour me sauver, mais quand j'ai appris la nouvelle, mieux on me laissait mourir... Ne plus pouvoir accoucher, c'est comme si, c'est un poids difficile à porter, surtout quand je pense à mon désir d'avoir encore des enfants<sup>372</sup>.*

Ce récit illustre le ressenti de nombreuses femmes après une telle intervention, mettant en lumière la complexité des émotions face à une opération qui bouleverse leur corps et leur perception d'elles-mêmes.

### **III. ENJEUX ECONOMIQUES AUTOUR DE LA CESARIENNE**

L'accouchement par césarienne, bien que médicalement nécessaire dans de nombreux cas, représente un défi financier majeur pour de nombreuses familles au Cameroun. Dans un

---

<sup>371</sup> Entretien du 04/02/2023

<sup>372</sup> Entretien 20/03/2024

contexte où les politiques de subvention ne sont pas uniformément disponibles à travers le pays et où une grande partie de la population vit au-delà du seuil de pauvreté sans couverture sanitaire adéquate, l'annonce d'une césarienne peut provoquer un choc financier et émotionnel significatif.

### **III.1. Contexte Socio-économique et Sanitaire**

Le Cameroun est caractérisé par une disparité importante dans la distribution des ressources de santé, avec des zones urbaines souvent sous-équipées par rapport aux besoins de la population. Selon les données de l'Institut National de la Statistique, près de 40% de la population urbaine vit en dessous du seuil de pauvreté, ce qui aggrave les difficultés d'accès aux soins de santé de qualité<sup>373</sup>. En l'absence de subventions adéquates et d'une couverture sanitaire universelle pour manque de moyen financier<sup>374</sup>, les familles doivent souvent supporter le coût total des interventions médicales.

Afin de permettre aux plus démunis d'avoir accès aux soins de santé maternelle notamment l'accouchement assisté par un personnel qualifié, l'UNFPA en partenariat avec le gouvernement, à travers le C2D (Contrat de désendettement et de développement), avait démarré une stratégie de pré positionnement des kits obstétricaux qui réduit de plus de la moitié le coût d'un accouchement simple. Le paiement de la somme de 6000F CFA au lieu de 15000F CFA habituel, donne droit à la prise en charge d'un accouchement simple ainsi qu'une valise d'urgence pour les complications simples ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. Pour la prise en charge d'une césarienne, la somme demandée est de 40000 FCFA au lieu de 80 000 F CFA qui est le coût réel. Aucun autre frais n'est demandé à la patiente à l'exception des frais de transfusion sanguine lorsque c'est nécessaire<sup>375</sup>.

Cependant, dans la réalité, les coûts peuvent varier considérablement en fonction de l'établissement de santé. Dans les hôpitaux publics, les frais peuvent parfois dépasser la somme de 200 000 FCFA, tandis que dans les hôpitaux privés, les coûts peuvent s'élever à 500 000 FCFA, ou plus. A HGOPY, la césarienne est fixée à 100 milles franc, cinquante milles pour le bloc opératoire et cinquante milles pour les kits césarienne ceci sans compter la consultation de l'anesthésiste, les examens préopératoire, les médicaments post opératoire, la consultation du pédiatre, les frais d'hospitalisations. Toutes ces éléments mettent les parturientes mais surtout

---

<sup>373</sup> Institut National de la Statistique, 2023 ; <https://www.investiraucameroun.com/economie/2504-20759-pauvrete-selon-l-ins-environ-10-millions-de-camerounais-vivaient-avec-moins-de-1-000-fcfa-par-jour-en-2022>

<sup>374</sup> Berne, Cameroun : accès à des soins De santé et à une éducation Spécialisée, Recherche rapide de l'analyse-pays de l'OSAR15 février 2019

<sup>375</sup> <https://cameroon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lettredinfo2.pdf>

leur accompagnateurs dans une situation inconfortable surtout que la plupart des patientes appartiennent à des familles modestes et parfois ces derniers demandent même au personnel médical de forcer l'accouchement par voie basse<sup>376</sup>. (Ministère de la Santé Publique du Cameroun, 2022). Cette disparité est due à plusieurs facteurs, notamment le manque de ressources, les frais de personnel, et la disponibilité des équipements médicaux.

### III.2. Le Choc Financier face à l'Annonce d'une Césarienne

Le choc financier face à l'annonce d'une césarienne est une réalité qui touche de nombreuses familles, en particulier dans les pays où l'accès aux soins est limité et où les coûts médicaux peuvent représenter un fardeau considérable. Lorsqu'une césarienne est recommandée, souvent en situation d'urgence, les patientes et leurs proches sont confrontés à une décision difficile, amplifiée par la pression financière car :

*L'on n'est jamais assez préparé pour les césariennes. Il y a des femmes qui viennent et prennent même des salles individuelles, quand on dit césarienne, ça devient compliqué parce que Le malade ne perçoit pas les complications non le malade sait déjà qu'elles vont bien accoucher. Donc quand elle quitte la maison, elle sait déjà qu'elle vient pour accoucher normalement sauf si lors des visites on lui a prévenu que il faut une préparation et qu'il y a eu une alerte et au fur et à mesure de l'alerte, son consultant lui a dit que bon tu vois le signe si ça veut dire qu'il y a problème il est probable que tu sois opérer. Là elle sait déjà... Mais quand tu entends toi-même le mot urgence, tu sais comment ça se passe, du début à la fin vous courez à gauche et à droite. Donc la patiente n'est pas du tout préparée, même son entourage surtout d'un point de vue financier et psychologique<sup>377</sup>.*

Ce choc découle de la méfiance vis-à-vis des coûts élevés associés à l'intervention, des frais imprévus, et parfois du manque de couverture sociale. C'est ce que nous illustre cette accompagnatrice paniquée qui a été référé à plusieurs reprises avant d'arriver au centre de référence :

*Paniquer aussi surtout parce qu'on n'était pas prêt financièrement, ça n'a pas été facile pour nous à pallier uhmmm surtout qu'on a été référé plusieurs fois et partout où on allait... ce qui fait que quand on arrive ici on a épuisé presque la moitié des ressources donc. C'est vraiment difficile quand on commence ailleurs et qu'on vous réfère parce que quand on vous réfère ailleurs vous perdez d'abord là-bas avant d'arriver. Donc, double dépense<sup>378</sup>.*

Le fait d'avoir été redirigé à plusieurs reprises entre différents établissements avant l'hospitalisation a entraîné des coûts supplémentaires, qualifiés de « double dépense ». Ce phénomène illustre les conséquences négatives de la fragmentation des parcours de soins, où

---

<sup>376</sup> Observation à HGOPY bhh

<sup>377</sup> Entretien du 24/12/2023

<sup>378</sup> Entretien du 4/12/2023

les patients doivent naviguer entre divers hôpitaux ou centres, et qui selon Frédéric Pierru<sup>379</sup> perdant du temps et de l'argent au passage. Elle s'illustre davantage par cet extrait :

*On m'appelle le vendredi, viens prends l'ordonnance ci, va à la pharmacie, on l'amène déjà à la salle d'accouchement. J'amène le remède, je tourne le dos on me dit que ce n'est plus comme ça on l'amène à la salle d'opération le bébé ne peut plus... je dis hein papa et maintenant alors le médicament là je vais faire comment alors ? On me dit non non non ce n'est plus bien, le cœur bat maintenant très mal. Je dis maintenant dis-moi alors même l'argent je n'ai plus les médicaments c'est normal ? Je mets 0/10 pour moi<sup>380</sup>.*

Ce témoignage illustre les situations d'urgence où les décisions médicales peuvent changer très rapidement, provoquant confusion et stress chez les proches. L'achat de médicaments qui deviennent inutiles met en lumière le gaspillage que peuvent subir les proches des patients en situation d'urgence. Cette mère exprime non seulement une frustration financière, mais aussi une grande détresse émotionnelle face à l'incertitude et à la gravité de la situation médicale dans laquelle se trouve sa fille.

### **III.3. L'aspect financier comme levier de pression dans les hôpitaux publics**

Les dimensions financières sont au cœur des frustrations des patientes et surtout des accompagnateurs dans les hôpitaux publics. Dans des contextes économiques précaires, les dépenses associées aux soins de santé pèsent lourd sur les familles, d'autant plus que les patientes sont souvent confrontées à des charges imprévues. Les frais liés à l'accouchement, médicaments, kits, examens sont perçus comme une source de pression injuste.

Une accompagnatrice exprime son exaspération face à ce qu'elle ressent comme une forme de confiscation des biens personnels :

*Le kit d'accouchement qu'elle a acheté même est où ? Hum ils ont pris tout ça dans les 25 mille qu'elle est allée acheter. Ça c'est mon ordonnance après mon opération. Le chirurgien a dit viens avec le remède que tu as acheté, il a trié trier le reste là il est resté avec. Comme je les vois vivant là c'est bon. Le citeal que j'avais acheté à cinq mille là le docteur vient demander d'aller acheter. Je lui ai demandé que ce que je t'avais donné l'est où ? Tu as mis ça où ? Il dit alors ah je me rappelle il part chercher. Donc tu comprends qu'il avait mis ça dans ses réserves<sup>381</sup>.*

Cette remarque montre que les patientes ressentent non seulement le poids des dépenses, mais aussi l'absence de transparence dans l'utilisation des biens qu'elles acquièrent. Le

---

<sup>379</sup> Frédéric Pierru, Planifier la santé, une illusion technocratique ? Dans Les Tribunes de la santé 2012/4 (n° 37), pages 83 à 94.

<sup>380</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>381</sup> Entretien du 12/11/2023

sentiment d'injustice naît ici du manque d'explications claires et de la gestion opaque des fournitures médicales.

En outre, certaines dépenses sont jugées superflues ou imposées sans consultation, exacerbant la frustration des patientes. Cet accompagnateur déclare, avec un sentiment d'impuissance :

*Ils m'ont obligé d'aller ouvrir un dossier médical 6 000 miles, qui va me rembourser ça ? On prescrit les médicaments qu'on n'utilise pas. Les examens prescrit pour l'enfant ou c'est 46 mil pour le bébé j'ai dit que je ne fais aucun examen je me désengage que l'enfant est jaune, il est vert, il est bleue. Jusqu'à l'autre dit qu'il sera comme les enfants zingue zingue hum<sup>382</sup>.*

C'est également le cas de cette garde malade qui relate dans le même sens :

*Le Cameroun est pauvre hein. On arrive quelque part au lieu de nous aider même vous nous faites encore dépenser ? L'enfant ci est venu ci sa mère à accoucher ci, le dossier de la mère devait aller avec celui de l'enfant, on m'a dit d'ouvrir le dossier de l'enfant jusqu'à je pars ouvrir le dossier de l'enfant. C'est la femme-là qui me dit que pourquoi tu as ouvert le dossier de l'enfant, l'enfant va bien... C'est pour ça que on nous dit seulement on paye on paye sans poser les questions. Même 25 mille qu'elle a payé hier pour rien que uhm il faut payer 25 mille pour le lit de bébé oui pour la caution<sup>383</sup>.*

Cette question récurrente chez les patientes traduit une frustration vis-à-vis de ces frais supplémentaires. Le fait que ces dépenses n'aient pas d'incidence directe sur les soins accentue la perception d'un système hospitalier axé sur la facturation plutôt que sur le bien-être des patientes. La répétition des coûts, comme l'achat de médicaments inutilisés, renforce cette perception d'un gaspillage économique orchestré par les hôpitaux publics. Une patiente s'indigne :

*On achète les médicaments qu'on n'utilise même pas, on finit de tout gâter ça. On ouvre on laisse et c'est l'argent qui part comme ça. Il ouvre le glucosé il laisse. Ce n'est que le métré la que je prends encore les autres là je vais faire quoi avec ? Ils ont demandé où c'est combien de gants stériles là 16 Gang. Tes collègues s'exclamaient le matin que ces gants c'est pourquoi ?<sup>384</sup>.*

Ces propos traduisent une profonde désillusion, les patientes se sentant exploitées par un système qu'elles perçoivent comme inefficace et gaspilleur. L'achat de médicaments, souvent sans suivi médical adéquat, devient alors une source de tension. Les mécanismes de pression psychologique ajoutent un poids considérable aux dépenses financières. Le discours alarmiste des soignants, lié aux complications médicales potentielles, pousse les patientes à déboursier des sommes importantes sans véritable contrôle :

*Quand on dit paye seulement paye paye paye tu cours seulement. Si tu ne payes pas le ventre va gonfler on te fait peur seulement que cours vite âpre on utilise plus. Après*

---

<sup>382</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>383</sup> Entretien du 02/12/2023

<sup>384</sup> Entretien du 12/11/2023

*c'est parfois la bagarre pour venir faire les soins...Il y a une qui est rentrée avec tout un sac de glucosé hier*<sup>385</sup>.

Cette citation illustre bien comment l'incertitude médicale et la peur des complications servent à légitimer des frais supplémentaires. La santé de la mère et de l'enfant est ainsi instrumentalisée, renforçant la perception d'une marchandisation de l'accouchement.

### **III.3. La Réalité des Ressources Financières Limitées**

Les familles sans couverture sanitaire adéquate se trouvent dans une position précaire. Les accompagnateurs, démunis souvent les conjoints ou mari, parfois la mère de la parturiente, sont contraints de trouver des moyens de financement en urgence lorsque le consentement est donné pour l'intervention. Une parturiente nous décrit sa situation :

*Pour moi en temps normal toute femme devrait accoucher par voie basse c'est vrai tu as des douleurs tu sens mal tu as vraiment mal mais c'est normal après l'accouchement là la douleur finis et tu ne dépense pas beaucoup parce que les dépenses la hummmm quand tu penses a ça, ça augmente seulement les douleurs là. Tu cours à gauche et à droite et surtout quand ton partenaire n'a même pas... est démunis tu vois un peu. Quand il a un peu ça passe mais quand il n'a pas hummmm. En termes de finances même c'est, ça pèse c'est beaucoup, ça coûte vraiment par rapport à l'accouchement par voie basse*<sup>386</sup>.

Le témoignage met particulièrement l'accent sur les préoccupations financières associées à l'accouchement. Cet élément soulève des enjeux sociologiques importants. Tout d'abord, le fait que « les dépenses » puissent « augmenter seulement les douleurs » révèle l'impact des considérations économiques sur l'expérience même de l'accouchement. Cela illustre comment les inégalités sociales peuvent se traduire concrètement dans l'accès aux soins liés à la maternité. Cette dimension financière ajoute un stress supplémentaire à un moment déjà éprouvant physiquement et émotionnellement pour les femmes. Cela met en lumière les défis auxquels sont confrontées les familles, en particulier celles disposant de ressources limitées, pour faire face aux coûts engendrés par l'accouchement.

Dans un contexte marqué par des inégalités sociales de santé, ces préoccupations financières liées à l'accouchement peuvent avoir des répercussions importantes sur le bien-être des femmes et de leur famille. Cela soulève des questions sur l'accessibilité et l'adéquation du soutien institutionnel pour accompagner les ménages les plus vulnérables dans ces moments cruciaux. Une accompagnatrice s'exprime à ce propos :

*Ici là c'est public ? Avec l'argent qu'il y a ici la hum. Au départ on avait recours aux hôpitaux publics parce qu'on se disait que c'était moins coûteux. Maintenant nous*

---

<sup>385</sup>Entretien du 12/11/2023

<sup>386</sup> Entretien du 14/11/2023

*voilà c'est le contraire. Il y a même certains privés qui sont favorables que le public. Puisque depuis que nous sommes là, on dépense, on dépense, on dépense. On achète des médicaments, d'autres qu'on n'utilise pas ça fait beaucoup de dépenses par contre le public devrait réduire le minimum de dépenses pour les pauvres mais on s'en rend compte que c'est un puits d'argent. Ils ne tiennent pas compte des situations des gens. Pour eux c'est qu'on a l'argent gardée quelques part et il faut seulement l'évacuer, l'évacuer, l'évacuer<sup>387</sup>.*

Ce témoignage met en lumière un paradoxe où les hôpitaux publics, supposés être plus économiques, finissent par coûter plus cher que certains hôpitaux privés. L'achat de médicaments non utilisés est perçu comme une dépense inutile et une source de frustration. Il y a un sentiment d'injustice quant à la gestion des hôpitaux publics qui devraient, selon l'accompagnateur être plus attentifs aux capacités financières limitées des patients. Ce que nous témoigne cet extrait :

*Quelques membres de la famille ont participé. Et il y a eu une collecte que si quelqu'un peut même donner ce qu'il a pour pouvoir aider et les gens qui viennent rendre visite. Ils nous donnent un peu quelques choses mais toutes les dépenses étaient posées sur la tête de mon père<sup>388</sup>.*

La collecte de fonds et les contributions des membres de la famille et des visiteurs montrent une mobilisation collective pour faire face aux dépenses médicales. Cependant malgré cette solidarité, ce témoignage souligne que la charge financière principale est supportée par une seule personne, ici le père. Par ailleurs, cette situation met en évidence la pression financière intense que peuvent subir les familles lors des hospitalisations, malgré les efforts de solidarité.

Par ailleurs, cette situation peut inclure la sollicitation de prêts, la collecte de fonds au sein de la communauté, ou la vente de biens personnels. Malheureusement, ces mesures ne suffisent pas toujours à couvrir les coûts, et certaines familles se voient parfois contraintes de quitter l'hôpital contre avis médical sans avoir pu réaliser l'opération nécessaire, mettant ainsi la vie de la mère et de l'enfant en danger<sup>389</sup>. Le manque de subventions et de couverture sanitaire exacerbe les inégalités existantes. Dans les zones urbaines où les ressources sont déjà limitées<sup>390</sup>, l'absence d'un système de soutien financier efficace pour les interventions médicales urgentes comme les césariennes peuvent avoir des conséquences dévastatrices. La répétition des transferts entre différents hôpitaux à la recherche de soins appropriés épuise les

---

<sup>387</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>388</sup> Entretien du 04/02/2024

<sup>389</sup> Organisation Mondiale de la Santé, 2023, <https://reliefweb.int/organization/who>

<sup>390</sup> Jacky Ndjepel, Patrice Ngangue, Edmond VII Mballa Elanga, Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives, Dans Santé Publique 2014/HS (S1), pages 35 à 38.

ressources initialement disponibles, augmentant ainsi le stress financier et émotionnel des familles<sup>391</sup>.

### III.3. Résilience des Familles face à la Césarienne : Solidarité et Limites

Dans un contexte de précarité économique et de couverture sanitaire insuffisante, les familles développent diverses stratégies de résilience face aux coûts élevés de la césarienne. Après l'acceptation de la prise en charge et la fiche d'engagement sur la reconnaissance de dettes, malgré le manque de moyen financier, les accompagnateurs ont recours à la solidarité communautaire et familiale joue un rôle crucial, notamment à travers des contributions financières collectives pour répondre aux besoins urgents. Toutefois, ces mécanismes informels ne peuvent se substituer à une couverture sanitaire systématique et à des politiques de subvention efficaces.

Face aux coûts prohibitifs de la césarienne, les familles se tournent souvent vers la solidarité communautaire. Les tontines, par exemple, sont des groupes d'épargne et de crédit informels où les membres contribuent régulièrement à une cagnotte commune. Lorsque l'un des membres fait face à une urgence médicale, comme une césarienne, il peut puiser dans cette cagnotte pour couvrir les frais. Ce système d'entraide permet de pallier temporairement l'absence de soutien institutionnel. Comme l'illustre ce témoignage :

*J'étais venu accoucher normalement hein. Mais après ça s'est compliqué, ça ne s'est pas bien passé J'étais en travail mais l'enfant ne voulait pas descendre .Après on m'a conduit au bloc que le bébé va partir. Mon mari est pasteur et sans te mentir quand on est sorti de la maison, tu sais combien il avait sur lui ? 20000. On était d'abord à Mvogada, après ils nous ont renvoyé ici. Donc quand on a annoncé que césarienne là, il est allé voir ses fidèles qu'où vous voyez, ça cuit sur moi. Ils ont contribué 50000 qu'il est versé pour l'avance du bloc. Donc dire que financièrement on était préparé la, on n'était même pas un peu préparé<sup>392</sup>.*

Cette situation illustre la précarité financière de certaines familles et le manque de préparation pour affronter des dépenses médicales imprévues, mettant en évidence une vulnérabilité face aux coûts des soins de santé.

Cependant, malgré l'efficacité relative de ces mécanismes informels, ils restent insuffisants pour couvrir les frais médicaux élevés et récurrents. L'absence de couverture sanitaire systématique et de politiques de subvention efficaces laisse de nombreuses familles

---

<sup>391</sup> Jean Colbert Awomo Ndongo, Pierre-Alexandre Mahieu, Roger Tsafack Nanfosso, Mutuelles de santé et État de santé des populations au Cameroun : une enquête conduite dans la région du Centre pour estimer l'effet de l'adhésion à une mutuelle sur l'état de santé déclaré, Dans Journal de gestion et d'économie médicales 2014/4 (Vol. 32), pages 263 à 279.

<sup>392</sup> Entretien du 24/11/2023

vulnérables. Les contributions communautaires, bien qu'essentielles, ne peuvent combler les lacunes d'un système de santé défaillant. Le manque de soutien financier institutionnel conduit à des situations dramatiques pour certaines femmes qui sont enfermées pour non règlement des factures Comme l'explique une famille :

*Le truc c'est que quand on était à l'hôpital il faisait trop chaud. En plus ils avaient bloqué l'autre porte de derrière soi-disant que les gens allaient s'enfuir et pourtant il y avait bien un balcon derrière. Il faisait trop chaud. Il n'y avait pas de fenêtre, il n'y avait même pas moyen de sortir et de prendre l'air. Donc rien enfermé tout tout tout.<sup>393</sup>*

Le témoignage met en lumière des conditions d'hospitalisation particulièrement difficiles et contraignantes pour les patients. Tout d'abord, la description d'une chaleur excessive dans la chambre d'hôpital, sans possibilité d'ouvrir une fenêtre ou d'accéder à l'air frais du balcon, révèle un manque flagrant de confort et de contrôle sur l'environnement. Cette situation d'inconfort physique soulève des questions sur la qualité des soins et du bien-être des patients au sein de l'institution hospitalière.

De plus, le fait que « l'autre porte de derrière » ait été « bloquée » sous prétexte que « les gens allaient s'enfuir » illustre une dynamique de contrôle et de restriction de la liberté des patients. Cela s'inscrit dans une logique d'institution totale », telle que décrite par le sociologue Erving Goffman, où l'hôpital impose une rupture avec l'extérieur et une soumission aux règles de l'institution<sup>394</sup>. Cette privation de liberté, renforcée par l'absence de fenêtre et l'impossibilité de « sortir et de prendre l'air », crée un sentiment d'enfermement total » pour les patients. Cela soulève des questions éthiques sur le respect de l'autonomie et de la dignité des individus au sein de ces structures de soin.

En dépit des efforts de leurs proches, nombre de parturientes se voient contraintes de rester à l'hôpital après leur rétablissement en raison de factures impayées. Certaines peuvent passer des mois dans les établissements hospitaliers, surveillées de près pour éviter toute tentative de départ sans règlement. « *Et chaque jour, on disait toujours descend du lit, il y aura un nouveau malade, maintenant tu n'es plus insolvable, tu ne peux plus t'asseoir sur le lit. Prends ton matelas tu étales au sol, les trucs comme ça là*<sup>395</sup>. » Ce discours illustre tout d'abord, l'injonction répétée de « descendre du lit » car « il y aura un nouveau malade » révèle une logique de rationalisation et d'optimisation de l'utilisation des ressources hospitalières. Cette dynamique s'inscrit dans une approche gestionnaire de la prise en charge des patients, où ces

---

<sup>393</sup> Entretien du 4/02/2024

<sup>394</sup> Corinne Rostaing, « Institution totale », Sociologie [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 décembre 2015, consulté le 10 juillet 2024.

<sup>395</sup> Entretien du 4/02/2024

derniers sont perçus comme des « unités » à faire circuler. De plus, après avoir subi une intervention chirurgicale lourde, souvent en urgence, certaines patientes se retrouvent confrontées à un traitement profondément inhumain. La douleur post-opératoire, la fatigue, les saignements et la nécessité de prendre soin d'un nouveau-né ne semblent pas peser face à une logique administrative qui conditionne le maintien d'un lit à la régularisation de la facture hospitalière. Le sol froid, les courants d'air, le manque d'hygiène et l'exposition aux germes deviennent alors leur cadre de convalescence. Le principe fondamental de « soins d'abord, paiement après » semble ici inversé, laissant place à une réalité où la précarité économique devient une variable discriminante dans l'accès à une prise en charge digne. Ces conditions de séjour, marquées par un déficit d'hygiène et l'absence de suivi médical rapproché, favorisent la survenue d'infections post-opératoires, notamment au niveau de la cicatrice. Cette situation, loin de garantir une guérison dans de bonnes conditions, expose les patientes à des complications évitables et met en lumière les limites du système hospitalier face à la vulnérabilité sociale.

**Illustration n°4 : matelas des patientes attendant le paiement de leurs factures pour leur sortie**



**SOURCE : Donnée de terrain à HGOPY par Asmaou Ibrahim le 19/12/2023**

De plus, l'interdiction faite aux patients de « s'asseoir sur le lit » et l'obligation de « prendre leur matelas et l'étaler au sol » illustrent une forme de dépossession et de déshumanisation des conditions de vie à l'hôpital. Ces pratiques réduisent les patients à de simples « corps » à loger, sans considération pour leur confort et leur dignité. Ces femmes se retrouvent souvent à dormir à même le sol avec leurs enfants dans des conditions indignes. En plus de cela, les familles s'endettent lourdement pour faire face à ces frais, contractant des prêts auprès de proches ou d'usuriers, augmentant ainsi leur vulnérabilité économique. *« Jusqu'à maintenant la situation est toujours, genre remboursement des dettes sur dettes seulement.*

*Joindre les deux bouts c'est très difficile. Jusqu'à maintenant nous vivons encore ça*»<sup>396</sup>. Cet extrait met en lumière les conséquences à long terme des dépenses médicales importantes encourues par la famille, soulignant les difficultés persistantes pour « joindre les deux bouts ».

La mention du « remboursement des dettes, des dettes, des dettes » illustre l'ampleur du fardeau financier qui pèse sur cette famille. Cette situation d'endettement chronique révèle les effets dévastateurs que peuvent avoir les coûts de santé élevés sur la stabilité économique des ménages. Comme le soulignent les travaux de Arminjon et Maulini<sup>397</sup>, les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle crucial dans la production des inégalités.

De plus, le fait que cette situation perdure « jusqu'à maintenant » souligne la nature durable de ces difficultés financières. Cela traduit une forme de précarité économique qui s'installe dans le temps, compromettant la capacité de la famille à subvenir à ses besoins essentiels.

#### **III.4. La rupture de confiance : négligence et maltraitance institutionnalisée**

Outre la pression financière, les interactions avec le personnel médical dans les hôpitaux publics sont souvent décrites comme déshumanisantes, renforçant une rupture de confiance entre les patientes et les soignants. Ce manque de considération exacerbe un sentiment de négligence institutionnelle.

Une accompagnatrice exprime sa frustration face à ce qu'elle perçoit comme une exploitation :

*Ils s'enrichissent derrière le dos des gens... Tu veux que ma fille meure ? Eh Pardon où on me dit de marcher je Marche seulement je ne fais que te dire ce que j'ai vécu. Et c'est même grâce au nouveau docteur-là que j'ai pu arrêter d'acheter les médicaments il l'a prescrit deux médicaments pour les douleurs c'est tout. Mais L'autre-là ne faisait qu'écrire achetez six boîtes de ceci trois boîtes de cela. Il prescrit même pour faire quoi pour se gâter ? Quinze boîtes de septiazole. Hum Est-ce que tu peux parler en prison alors*<sup>398</sup>.

Le sentiment d'exploitation est ici central, l'accompagnateur ayant l'impression que les soignants priorisent les intérêts financiers au détriment de la qualité des soins. Ce ressenti souligne une asymétrie dans la relation soignant-soigné, où la logique économique semble prévaloir sur l'éthique médicale. Ce témoignage illustre une profonde frustration et un sentiment d'injustice face à la pratique médicale. Cette dernière exprime son désespoir en

---

<sup>396</sup> Entretien du 04/02/2024

<sup>397</sup> Arminjon, Mathieu, Maulini, Sandrine, Inégalités de santé : fondements historiques et enjeux contemporains de l'épidémiologie sociale, Genève, Georg Editeur, 2023 disponible sur <https://doi.org/10.32551/GEORG.13204>

<sup>398</sup> Entretien du 12/11/2023

soulignant la pression d'acheter des médicaments coûteux, parfois non nécessaires, et la perception de malhonnêteté de la part du personnel médical. Elle décrit une situation où un médecin prescrit des médicaments en excès pour en profiter financièrement, et souligne que c'est seulement grâce à un nouveau médecin qu'elle a pu réduire ses dépenses. Une garde malade s'explique

*Le père là nous a seulement trompé et c'est parce qu'il a vu que n'ohr l'argent sort facilement. Quand tu es dans les problèmes est que tu veux que ta personne survive, qu'es ce que tu vas fait ? tu vas seulement dépenser parce que le fait même de faire le dur, ça va faire que l'enfant n'aille pas. Tu donnes légèrement, tes choses passent légèrement. L'enfant vas bien, on sort c'est ça. C'est ce que j'ai compris heinnnnn<sup>399</sup>.*

Ce témoignage reflète une réaction émotionnelle à la pression financière et aux dépenses liées aux soins médicaux en situation d'urgence, avec une critique implicite du système de santé ou de la manière dont les coûts sont perçus. Le sentiment d'être trompée et d'avoir été manipulée financièrement est manifeste, tout comme la difficulté à faire valoir ses droits dans un système perçu comme corrompu.

Le manque de respect, souvent relayé dans les témoignages, est également un facteur déterminant de cette perte de confiance. L'irrespect et l'autoritarisme du personnel médical sont fréquemment dénoncés, comme en témoigne une accompagnatrice :

*Ici là, la manière de parler aux patients c'est zéro, je dis bien zéro sur vingt. Les infirmières parlent aux patientes comme si ce n'était pas ton droit de lui demander comment va ton malade. Quelqu'un est au bloc j'ai posé la question mama c'est comment là-bas ? Ehhhhhhh allez attendre là-bas. Tu ne te soucie même pas dans quel état nous on se trouve. Dès que tu veux te renseigner un peu là elles crient sur toi comme si t'étais leurs enfants hooo madame on n'entre pas ici, on n'entre pas ici accès interdit, accès interdit vous ne lisez pas ? Vous ne lisez pas le pas que c'est un accès interdit ? J'ai seulement dit que wehhhhhh mama, pardon ma sœur est là-bas au bloc ou elle vit ohh ou elle est morte ohh je ne sais pas ce n'est que ça qu'on veut se rassurer. Aller attendre là-bas quand elle va sortir elle va passer devant vous<sup>400</sup>.*

Cette citation révèle un environnement où les règles et procédures hospitalières priment sur l'empathie et l'accompagnement. Elle s'accroît davantage par ce récit :

*J'allais ouvrir le dossier de Daïna j'arrive je donne les papiers. Je suis d'abord allé dans le truc je toque la porte il me dit en criant « tu es ici pourquoi ? Tu ne vois pas que je dormais ? Ça veut dire quoi brbrbrbra hein c'est Quoi ? » même pas bonjour Hein. J'ai dit on se connaît quelques parts ? On se connaît quelques parts vous et moi ? Il me dit hhhheeeeey arrêtez moi ça arrête moi ça c'est quoi ? En journée il était couché comme ça, il somnolait. On est arrivé ici vers 14h, il a bavardé bavarder fatiguée. Moi je lui ai dit seulement que papa, il y a ma sœur là-bas aux urgences je fais comment voilà le format qu'on m'a donné il a recommencé à bavarder j'ai dit*

---

<sup>399</sup> Entretien du 02/12/2023

<sup>400</sup> Entretien du 02/12/2023

*laisse comme ça dit moi ce que j'ai à faire il me donne un petit cahier il me dit qu'il y a les trucs à remplir je demande que les trucs c'est quoi ? Il ne me parle plus*<sup>401</sup>.

La rigidité et le manque d'humanité dans la gestion quotidienne des soins renforcent un climat de tension pour les accompagnateurs qui sont face à l'urgence pour leurs patientes. De plus, L'inefficacité et les retards dans les soins aggravent cette situation. Un accompagnateur raconte comment son bébé lui a été remis avec un délai considérable après l'accouchement : « le bébé est sorti à 14h45, ils m'ont remis l'enfant à 19h. Ils m'ont donné une fiche là pour que l'enfant aille à néo quoi la après j'ai dit que je me désengage j'ai signé la fiche. Le bébé avait trop pleuré après ils ont dit, grand-mère oh viens prends le bébé »<sup>402</sup>. Elle s'accroche davantage avec ce témoignage :

*Ils ont demandé où était la mère on a dit qu'elle était en réalité et ils n'ont pas examiné l'enfant, rien. Dépense sur dépenses voilà le lait qu'on a prescrit depuis hier l'enfant n'a pas manger tout ça là on nous laisse dormir là-bas au couloir là-bas humm stiupppppp. Ils savent bien que là l'ère est en réa. Alors qu'ils avaient dit qu'ils allaient nous donner un lit hier soir pour que l'enfant dorme dans une moustiquaire et la garde malade dors ici l'enfant dors à l'air libre. La mère souffre l'enfant souffre*<sup>403</sup>.

Ces types de témoignage illustrent le manque de communication et la désorganisation qui marquent le quotidien des hôpitaux. Ce délai injustifié suscite un sentiment de négligence, où le bien-être des patientes et de leurs enfants semble relégué au second plan.

Face à cette situation, de nombreuses parturientes et leurs entourages préfèrent se tourner vers les cliniques privées, perçues comme offrant une meilleure qualité de service et un traitement plus humain. Une patiente résume cette préférence ainsi :

*Même donner envie de revenir même pour venir chercher quoi ? Je sors avec la fâcherie dans mon cœur, mon cœur n'est pas bien. Il est mieux d'aller chez le particulier que de venir à l'hôpital public qu'ils considèrent comme la maison de leur grand-père. Mais ce qui est sûr c'est que si c'était leur patient, ils devaient très bien s'en occuper. Je pars au privé, la bas j'aurais plus confiance en eux... J'ai fait 2 mois dans une petite clinique à Kribi. Le docteur là il a tout il est très gentil mais ici là comme c'est spécial ils font des choses qu'on a jamais vue ils pensent qu'ils ont fréquenté plus que qui ? Fi chez-moi le camp avec*<sup>404</sup>.

Ici, la comparaison entre le secteur public et privé met en lumière la perception d'un décalage important dans la qualité des soins. Les cliniques privées sont vues comme des espaces

---

<sup>401</sup> Entretien du 02/12/2023

<sup>402</sup> Entretien du 12/11/2023

<sup>403</sup> Entretien du 02/12/2023

<sup>404</sup> Entretien du 12/11/2023

où le respect des patientes et la qualité des services sont prioritaires, contrairement aux hôpitaux publics où les patientes se sentent ignorées et maltraitées.

### **III.4. L'Assistance Sociale : Un Soutien Limité**

Une assistance sociale est un professionnel de l'accompagnement social qui aide les personnes rencontrant des difficultés d'ordre social, économique, sanitaire ou psychologique. Dans un hôpital, l'assistante sociale joue un rôle crucial en soutenant les patients et leurs familles tout au long de leur parcours de soins. Elle offre un accueil, une écoute, et un accompagnement aux patients et à leurs familles, aidant à résoudre des situations sociales précaires et à préparer leur retour à domicile. Elle travaille en étroite collaboration avec les équipes soignantes et l'administration pour coordonner les soins et planifier la sortie des patients. Cela inclut l'organisation de soins de suivi, l'accès à des services de réadaptation ou de soins à domicile, et la coordination avec d'autres professionnels de la santé. Elle joue un rôle de médiateur dans les situations conflictuelles entre les soignants, le patient et son entourage, et crée le lien entre l'hôpital et les établissements extérieurs. Enfin, elle évalue la situation sociale des patients et aide à trouver des solutions adaptées, notamment en matière d'emploi, de logement, et de ressources familiales.

L'hôpital dispose certes d'un service d'assistance sociale, mais ce dernier est largement insuffisant. Face à ces difficultés surtout financières, les parturientes et leurs entourages se tournent vers les assistances sociales afin de réduire leur peine et à les aider concernant les factures, ce qui les donnent espoir. Par conséquent, ils se disent qu'avec l'aide des assistances sociales et à la situation de l'hôpital qui est celui du gouvernement espérant avoir une doléance

*Les affaires sociales ont dit qu'ils vont aider les gens mais ils n'ont rien fait. Ce que je vais te dire c'est que les affaires sociales nous ont nourri d'espoir. Ils nous ont aidés mais par rapport à ce qu'on a eu à dépenser c'est très peu comme aide compte tenu de la situation que maman a vécue. C'était plus de deux millions, ils ont à peine aidé avec 100 000. Donc toi-même tu vois que c'est très déséquilibré<sup>405</sup>.*

Les aides sont très insuffisantes par rapport aux dépenses effectuées, laissant les familles dans une détresse financière considérable. Cette situation souligne la nécessité urgente de renforcer les systèmes de santé locaux et d'implémenter des politiques de soutien financier plus robustes pour les interventions médicales essentielles. Par ailleurs, le fait que l'aide apportée par les services sociaux n'ait représenté que « 100 000 » francs, alors que les dépenses s'élevaient à « plus de deux millions », illustre un déséquilibre flagrant entre les besoins et le

---

<sup>405</sup> Entretien du 4/02/2024

soutien effectif. Cela soulève des questions sur l'adéquation des moyens alloués par les institutions pour faire face à des situations médicales complexes.

#### IV. RETENTISSEMENT DE LA CESARIENNE SUR LE PROJET MARITAL

Dans le contexte de la maternité, l'impact psychologique et social d'une césarienne peut altérer la perception que les femmes ont de leur propre corps et de leur future maternité. Les femmes qui envisagent une grande famille se retrouvent souvent confrontées à des dilemmes émotionnels et pratiques liés à cette procédure chirurgicale. La césarienne, en modifiant la nature de l'accouchement, peut influencer les décisions ultérieures concernant le nombre d'enfants désirés et le timing des naissances.

##### IV.1. La peur d'avoir des césariennes pour les prochaines grossesses

Les femmes peuvent éprouver une anxiété accrue quant à leurs futures grossesses, notamment en raison des risques potentiels associés aux accouchements répétés par césarienne. En outre, les implications financières et les complications potentielles peuvent susciter des craintes qui conduisent certaines à reconsidérer leurs projets familiaux. C'est ce que nous relate cette parturiente en suite de couche :

*Après cette première césarienne, j'avais tellement peur de devoir en subir une autre. On m'a souvent répété que je devais accoucher par césarienne... C'est comme si je n'avais plus le choix pour mes futurs accouchements. Tout le monde dit que si tu as eu une césarienne une fois, tu devras toujours en avoir une<sup>406</sup>.*

Ce témoignage reflète la peur d'une femme qui, après une première césarienne, ressent la pression d'une future chirurgie pour ses prochains accouchements. Elle exprime un sentiment de perte de contrôle sur ses choix, ayant entendu qu'une fois une césarienne pratiquée, les futurs accouchements devront aussi se faire par ce biais. Cette perception est fréquente, car beaucoup de femmes sont informées, parfois de manière incomplète, que les accouchements par voie basse après une césarienne comportent des risques, ce qui renforce leur appréhension. C'est le cas également pour cette parturiente :

*J'ai eu ma fille par césarienne d'urgence qui m'a énormément traumatisé, je reverrai d'un deuxième enfant dans quelques années mais j'ai tellement peur d'avoir une seconde fois une césarienne... Juste après l'opération, alors que j'essaie de me remettre, mais cette idée que je suis désormais condamnée à la césarienne pour tous mes futurs accouchements je suis glacée. Je ne sais pas comment gérer, ça fait peur<sup>407</sup>.*

---

<sup>406</sup> Entretien du 19/11/2023

<sup>407</sup> Entretien du 16/11/2023

Cette déclaration reflète une anxiété post-traumatique liée à l'expérience d'une césarienne d'urgence. La patiente éprouve une peur significative associée à la répétition potentielle de la procédure pour ses futurs accouchements. Cette peur est exacerbée par la perception d'une « condamnation » à des césariennes pour toute grossesse ultérieure, ce qui impacte son bien-être psychologique et sa préparation émotionnelle pour de futures maternités.

*Je n'avais pas prévu d'accoucher par césarienne, et maintenant je me demande si je ne pourrai jamais accoucher normalement. En me réveillant après la césarienne, ma première pensée a été 'et maintenant ? Le personnel médical m'a expliqué que, souvent, après une césarienne, c'est difficile d'accoucher autrement... J'ai vraiment très peur quand j'imagine ce que cela signifie pour l'avenir'<sup>408</sup>.*

Cette déclaration illustre une inquiétude concernant la possibilité d'accoucher par voie basse à l'avenir après une première césarienne. La patiente exprime sa préoccupation quant à l'impact de la césarienne sur ses futures options d'accouchement. La difficulté de concevoir un accouchement vaginal ultérieur, comme le soulignent les explications médicales, renforce sa peur et son incertitude quant à ses perspectives futures en matière de maternité.

*Je suis encore allongée dans mon lit d'hôpital, et je ne peux pas m'empêcher de penser à ce que cela signifie pour mes futures grossesses. Tout le monde dit que si tu as eu une césarienne une fois, tu devras toujours accoucher par césarienne pour les autres grossesses. C'est terrifiant'<sup>409</sup>.*

La peur des femmes de devoir subir une autre césarienne après une première est un sujet abordé dans la littérature scientifique, généralement dans le contexte de l'anxiété périnatale et des attitudes envers les accouchements futurs. Une étude longitudinale de quatre ans a examiné l'impact d'une césarienne comparé à un accouchement par voie basse sur les futures grossesses et la santé des mères. Les résultats montrent que les mères ayant subi une césarienne avaient tendance à avoir moins d'enfants ou avaient plus de difficultés à concevoir une grossesse ultérieure par rapport à celles ayant accouché par voie basse<sup>410</sup>. Ces différences, bien que non statistiquement significatives, suggèrent une tendance notable. Après quatre ans, les mères ayant eu une césarienne se sentaient souvent plus fatiguées, malgré l'absence de différences médicales ou sociales objectives.

---

<sup>408</sup> Entretien du 13/03/2024

<sup>409</sup> Entretien du 18/12/2023

<sup>410</sup> Garel Marie, Lelong Nathalie, Marchand Alain, Kaminski Michel, Conséquences maternelles de l'accouchement par césarienne. Résultats du suivi à 4 ans [Maternal consequences of cesarean delivery. Results of a 4-year follow-up]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 1990 ;19(1) :83-9. French. PMID : 2313071.

#### IV.2. La crainte de la conception après une césarienne et le recours à la planification familiale

La césarienne, bien qu'étant une intervention chirurgicale salvatrice dans de nombreux cas, laisse chez certaines femmes des séquelles psychologiques et financières qui influencent leurs décisions quant à une nouvelle grossesse. En effet, les femmes ayant subi une césarienne doivent souvent faire face à des frais médicaux élevés liés non seulement à l'intervention elle-même, mais également aux soins post-opératoires. Ces charges financières, combinées à la douleur physique et au traumatisme émotionnel, amènent plusieurs d'entre elles à redouter une nouvelle conception. Ainsi, le recours à la planification familiale devient une solution pour éviter une nouvelle grossesse et ses implications économiques.

Certaines femmes expriment clairement cette appréhension à travers leurs témoignages. Une patiente explique : « *Les coûts de la césarienne et des soins post-opératoires sont vraiment high. On a du mal avec les dépenses. Il n'y a pas l'argent, donc l'idée de tomber enceinte encore, la hum eh ah moi je prends le planning, je ne discute avec personne* »<sup>411</sup>. Ce témoignage met en lumière le poids financier que représentent la césarienne et son impact direct sur les décisions futures en matière de maternité. Pour d'autres, le traumatisme lié à la perte d'un enfant associé aux dépenses médicales considérables renforce encore cette peur. Une autre femme partage : « *Nous avons dépensé une fortune pour ma césarienne et la perte de notre bébé c'était pire... Penser à une nouvelle grossesse me fait peur à cause des coûts élevés* »<sup>412</sup>. Ce sentiment de crainte est souvent renforcé par le poids des dettes contractées pour faire face aux frais médicaux. Une autre femme exprime cette inquiétude de manière très directe : « *C'est très grave avec les dépenses. Nous avons dû emprunter de l'argent et nous, jusqu'à présent, ce n'est pas fini. Dépenses sur dépenses, donc retomber enceinte encore la hum c'est à revoir* »<sup>413</sup>. Ces témoignages montrent à quel point la césarienne, bien qu'essentielle pour sauver des vies, peut influencer durablement les choix reproductifs des femmes et de leurs familles.

De plus, cette intervention médicale vitale dans certains cas, peut laisser des séquelles physiques et psychologiques chez la femme. Ces répercussions influencent souvent les décisions relatives à une nouvelle grossesse, suscitant des divergences d'opinion au sein du couple. Alors que certains partenaires souhaitent agrandir la famille, d'autres, souvent la femme ayant vécu l'expérience de la césarienne, peuvent exprimer des craintes liées à la santé, aux

---

<sup>411</sup> Entretien du 24/11/2023

<sup>412</sup> Entretien du 22/11/2023

<sup>413</sup> Entretien du 14/11/2023

douleurs post-opératoires ou encore aux contraintes financières. Ces préoccupations peuvent créer des tensions et des désaccords, affectant ainsi la dynamique relationnelle.

Ces témoignages révèlent cette réalité. Une femme raconte :

*Après ma césarienne, j'ai beaucoup hésité à avoir un autre enfant. Mon mari, lui, voulait agrandir la famille, mais moi j'avais encore peur des complications et des frais médicaux. Chaque fois qu'on en parlait, ça finissait en dispute. Lui ne comprenait pas mes craintes, et moi je me sentais coupable de ne pas vouloir retomber enceinte<sup>414</sup>.*

Ce sentiment de décalage entre le désir d'agrandissement familial et les peurs post-césariennes est également partagé dans un autre témoignage :

*Mon mari parle souvent de vouloir un deuxième enfant, mais après ma césarienne, je ne suis pas prête. J'ai encore en tête les douleurs et les dépenses que ça a créées. Lui, il pense que tout ira bien cette fois, mais moi je ne peux pas m'empêcher de m'inquiéter. Ça crée des tensions entre nous parce qu'il ne comprend pas vraiment pourquoi j'ai peur<sup>415</sup>.*

Ces témoignages illustrent comment les séquelles physiques et émotionnelles d'une césarienne peuvent engendrer des frustrations et des incompréhensions au sein du couple, particulièrement lorsque les partenaires n'ont pas les mêmes priorités ou ne partagent pas les mêmes appréhensions concernant l'avenir familial.

## **V. RETENTISSEMENT SUR L'ITINERAIRE DES SOINS POUR LES PROCHAINES GROSSESSES**

L'accouchement par césarienne, en tant qu'intervention chirurgicale salvatrice, représente une alternative essentielle lorsque des complications rendent l'accouchement par voie basse impraticable ou risqué. Cependant, le choix de la césarienne a des répercussions significatives non seulement sur l'accouchement actuel, mais également sur les futures grossesses et l'itinéraire de soins des femmes. En effet, les femmes ayant accouché par césarienne se retrouvent souvent confrontées à un parcours de soins modifié lors de leurs grossesses ultérieures. Cette intervention peut influencer divers aspects de la gestion de la grossesse suivante, incluant les recommandations médicales, les préoccupations personnelles et les décisions relatives aux modalités d'accouchement, quel que soit le recours aux centres de santé plutôt que les hôpitaux de références et le recours aux itinéraires thérapeutiques traditionnels.

---

<sup>414</sup> Entretien du 20/02/2024

<sup>415</sup> Entretien du 12/01/2024

### **V.1. Peur des grandes hôpitaux et recours aux centres de santé de premiers soins pour les autres accouchements**

La césarienne est aujourd'hui reconnue comme une intervention chirurgicale essentielle pour prévenir les complications maternelles et néonatales. Elle permet, dans de nombreux cas, de sauver des vies lorsque l'accouchement par voie basse présente des risques. Cependant, malgré ses bienfaits, cette pratique suscite des réticences importantes chez certaines femmes. Celles-ci préfèrent parfois se tourner vers des alternatives moins équipées ou refuser cette intervention, même au péril de leur vie. Cette réticence est souvent liée à la perception personnelle que les femmes ont de l'accouchement, où l'accouchement par voie basse est vu comme la voie « naturelle » et valorisée, tandis que la césarienne est perçue comme une intervention non souhaitable. C'est le cas de cette parturiente qui a été programmée pour une césarienne mais a préféré boycotter son intervention

*À mon huitième mois de grossesse, l'échographie a montré que mon bébé avait une double circulaire du cordon autour du cou. Le médecin m'a dit qu'une césarienne était nécessaire et m'a même donné le jour de l'opération. Mais moi, je ne voulais pas de césarienne, j'avais trop peur. J'avais entendu tellement de mauvaises choses sur ça... et puis, dans ma famille, toutes les femmes ont accouchées naturellement. Alors, j'ai décidé d'attendre le début des contractions. Quand j'ai senti les premières contractions, je suis allée chez Philippe (un centre de santé). Là-bas, les médecins m'ont dit qu'ils allaient essayer de me faire accoucher par voie basse, même si c'était risqué. Je savais que j'aurais dû aller à l'hôpital où la césarienne était programmée, mais je voulais tellement éviter l'opération...si ça ne dépendait que d'eux c'est que même aujourd'hui je n'étais pas encore debout<sup>416</sup>.*

Ce verbatim montre la peur de la césarienne, influencée par des récits négatifs et des pressions familiales valorisant l'accouchement par voie basse. Bien que le médecin ait recommandé une césarienne pour des raisons médicales (double circulaire du cordon), la patiente a choisi d'attendre les contractions et de se rendre dans un centre de santé moins équipé. Malgré les risques, elle a réussi à accoucher par voie basse, renforçant sa méfiance envers les grandes structures hospitalières. Ce cas met en évidence l'importance du counseling prénatal et des décisions parfois risquées que prennent les patientes par peur ou pression d'accoucher normalement. C'est également le cas de cette parturiente qui relate son vécu

*Je me souviens que quand les contractions ont commencé, ma mère m'a accompagnée au petit centre de santé près de Abel, Là-bas, après plusieurs heures de douleur et de travail, l'infirmière nous a dit que ça n'allait pas et que je devais être transférée à l'Hôpital Central pour une césarienne...que je n'avais pas de voie. Ma mère, qui n'avait même pas de quoi payer l'accouchement ici, l'a suppliée de ne pas nous envoyer là-bas. Elle a dit à l'infirmière qu'on n'a pas un rond pour l'hôpital central.*

---

<sup>416</sup> Entretien du 28/05/2024

*Même cet accouchement, on fait ça à crédit. Une opération, c'est impossible pour nous ! L'infirmière a hésité, mais ma mère insistait.... Finalement, elle a accepté d'essayer de m'aider à accoucher par voie basse. C'était horrible, j'avais l'impression que ça n'allait jamais se terminer. L'infirmière a dû m'aider en appuyant sur mon ventre, en forçant l'accouchement. Quand mon bébé est finalement sorti, j'avais tellement de déchirures qu'ils ont dû me recoudre sur place... Je suis heureuse d'avoir accouché sans césarienne, mais ça a été difficile... Aujourd'hui, je me demande si ça aurait été moins douloureux si on avait pu aller à l'hôpital. Mais ma mère n'avait pas le choix. Je ne peux pas lui en vouloir, c'était une question d'argent<sup>417</sup>.*

Ce récit illustre les défis financiers affectant les décisions médicales : la mère, incapable de payer une césarienne à l'hôpital, demande à l'infirmière de procéder à un accouchement par voie basse. Malgré la douleur intense et les complications, l'infirmière accepte, soulignant comment les contraintes économiques peuvent influencer les soins.

## **V.2. Utilisation des itinéraires thérapeutique traditionnel**

Une part importante des femmes enceintes suivies dans les hôpitaux publics sont de jeunes parturientes, souvent âgées de moins de 30 ans, issues de milieux sociaux marqués par une forte empreinte religieuse et des normes traditionnelles bien ancrées. Dans ces contextes, la césarienne est fréquemment perçue comme une menace, une atteinte au corps féminin ou encore comme une forme d'échec maternel. Par crainte de cette intervention, certaines femmes multiplient les stratégies pour l'éviter, en adoptant des itinéraires thérapeutiques alternatifs. Elles consultent des accoucheuses traditionnelles, recourent à des remèdes locaux, ou prolongent leur séjour dans des centres de santé périphériques malgré les signes de complications, retardant ainsi leur arrivée à l'hôpital. Ces choix, souvent dictés par des croyances, des conseils familiaux ou l'absence de ressources financières, augmentent les risques obstétricaux et exposent ces femmes à des situations d'urgence évitables, parfois au péril de leur vie et de celle de leur enfant.

Ces itinéraires incluent des pratiques telles que les consultations préalables avec des sages-femmes, les recours aux remèdes locaux ou aux accouchements dans des centres de santé communautaires. L'accent est mis sur l'utilisation de méthodes naturelles et moins médicalisées, telles que les techniques de respiration et de relaxation, ainsi que l'auto-administration de traitements traditionnels, dans l'espoir de favoriser un accouchement par voie basse sans complications. C'est le cas de cette parturiente qui nous fait part de son vécu

*Pendant mes consultations prénatales, les médecins m'ont demandé de faire une radiographie du bassin. Ils ont dit que mon bassin était trop étroit pour permettre un accouchement par voie basse, et qu'il faudrait probablement prévoir une césarienne. Dès*

---

<sup>417</sup> Entretien du 12/03/2024

*mon sixième ou septième mois, ils commençaient déjà à me préparer mentalement à cette idée... Mais ma grand-mère, qui était une sage-besti, n'était pas d'accord. Elle a dit que ça n'était pas nécessaire et que je n'irai plus à l'hôpital... Elle a commencé à me donner des écorces à boire et s'est chargée de me consulter à la maison... Quand le moment de l'accouchement est arrivé, on s'est rendues dans un petit centre de santé... Je me sentais juste un peu fatiguée, rien de plus. Mais d'un coup, après avoir senti une grande douleur, je me suis réveillée en train de saigner abondamment, puis je me suis évanouie... Quand j'ai repris conscience, ma grand-mère m'a donné quelque chose à boire. Je ne sais pas ce que c'était, mais peu de temps après, j'ai accouché. Mon bébé est sorti, mais je saignais toujours beaucoup. Je pensais que ça n'allait jamais s'arrêter. Heureusement, après un moment, le saignement s'est calmé, mais j'ai vraiment cru que j'allais mourir ce jour-là<sup>418</sup>.*

Dans d'autres cas pour les parturientes ultérieures ayant subi une césarienne lors de l'accouchement précédent afin d'éviter cette pression liée à la césarienne préférèrent parfois ne pas avoir recours aux consultations prénatales, et éviter à tout prix la césarienne même lorsqu'elle est programmée. Cela peut avoir un impact sur la qualité de la santé maternelle et infantile.

De plus, dans le cas de l'observation tenue sur la parturiente qui avait subi une ablation, cette dernière nous a fait part des raisons qui l'ont poussé à ne pas faire de visite malgré son utérus cicatricielle. Elle relate ainsi

*Si je n'ai pas fait de visites c'est parce que je connaissais quelqu'un qui avait accouché par césarienne. Elle a eu deux césariennes...mais a accouché le troisième par voie basse et je lui ai demandé comment elle avait fait. Elle m'avait conseillée et m'a donné certains astuces...Je me dis que c'était peut-être une erreur. Je voulais absolument accoucher par voie basse...c'est pour ça que j'ai évité toutes mes visites. La césarienne que j'avais subie m'a énormément traumatisée, alors dès que les contractions ont commencé, je suis allée dans le même centre de santé où elle avait accouché...en espérant éviter une nouvelle césarienne. Mais finalement, tout a mal tourné<sup>419</sup>.*

Ce témoignage révèle comment la peur et le traumatisme liés à une césarienne précédente peuvent influencer les choix de la patiente, parfois au détriment de sa santé. En suivant les conseils de son amie, cette parturiente a cherché à éviter une nouvelle intervention, préférant accoucher par voie basse. Cependant, son refus des visites prénatales et sa décision de se rendre dans un centre de santé moins équipé ont finalement aggravé la situation. Cette interprétation montre que, malgré les bonnes intentions, l'absence de suivi médical adéquat peut mener à des complications graves et dans certains cas même fatals.

---

<sup>418</sup> Entretien du 04/06/2024

<sup>419</sup> Entretien du 13/03/2024

La césarienne, bien que souvent perçue comme une intervention salvatrice, représente un défi psychologique et physique significatif pour les femmes. Loin d'être une simple alternative à l'accouchement naturel, elle est fréquemment vécue comme une déviation de l'idéal d'accouchement, induisant des sentiments de défaillance et de perte de contrôle. Les témoignages recueillis révèlent une pression sociale intense pour accoucher par voie basse, exacerbant le stress et la culpabilité chez les femmes contraintes de recourir à cette procédure. Le contexte financier et sanitaire dans lequel s'inscrit l'accouchement par césarienne ajoute une dimension supplémentaire de complexité. Les coûts élevés de cette intervention, souvent non couverts par les systèmes de santé publique, plongent de nombreuses familles, particulièrement celles vivant sous le seuil de pauvreté, dans des situations financières précaires. Le manque de subventions ou insuffisance et, ou de couverture sanitaire adéquate met en lumière les inégalités sociales et économiques qui exacerbent les difficultés rencontrées par ces familles.

La période post-opératoire, caractérisée par des douleurs physiques et un besoin accru de soutien, met en lumière les lacunes du système d'assistance. Les femmes doivent souvent faire face à une récupération longue et douloureuse, nécessitant un soutien psychologique et physique qu'elles ne reçoivent pas toujours.

## CONCLUSION GÉNÉRALE

Au terme de cette recherche portant sur le thème inutilité : « **la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : représentations et implications d'un mode d'accouchement en progression à l'Hopital Gynecoobstetrique et Pédiatrique de Yaoundé** », il a été question de partir d'une observation sur le vécu de la césarienne par les femmes ayant vécu ce mode d'accouchement mais également de celles ayant vécu des accouchement par voie basse qui est selon le constat dû à la surmédicalisation de l'accouchement de manière générale, influence une hausse importante. L'intérêt porté à cette recherche était de questionner les raisons qui sous-tendent l'augmentation de ce mode d'accouchement hormis les l'aspect médical qui sont à l'origine de cette augmentation. La césarienne, en tant que mode d'accouchement, occupe une place croissante dans les pratiques obstétricales au Cameroun, en particulier dans les maternités publiques de Yaoundé. Cette évolution est marquée par une complexité d'enjeux à la fois médicaux, sociaux et économiques, reflétant des dynamiques de santé publique mais aussi des perceptions culturelles et individuelles autour de l'accouchement. Sur le plan médical, l'augmentation des césariennes peut être perçue comme une réponse à la nécessité de sécuriser des naissances à risque, particulièrement dans un contexte où les complications obstétricales restent fréquentes. Toutefois, cette augmentation soulève également des questions quant à l'adhésion aux protocoles médicaux et à la formation continue des professionnels de santé, notamment pour éviter les césariennes non nécessaires et optimiser les décisions thérapeutiques.

Les implications économiques sont tout aussi prégnantes. Le coût des césariennes, souvent prohibitif pour une grande partie de la population, conduit à des situations où le consentement éclairé des patientes est influencé par des considérations financières. De plus, la césarienne étant perçue comme une intervention salvatrice, elle peut parfois être préférée par les praticiens, créant ainsi une méfiance parmi les patientes et leurs familles, et menant parfois à des sorties contre avis médical. Les représentations socioculturelles de la césarienne à Yaoundé oscillent entre reconnaissance de sa nécessité et crainte de ses conséquences. Pour de nombreuses femmes, la césarienne est vue à la fois comme un échec de l'accouchement naturel et comme une intervention potentiellement dangereuse, ce qui influe sur leur acceptation et leur vécu de cette pratique. L'aspect psychologique, ainsi que les répercussions à long terme sur la santé reproductive, sont souvent des préoccupations majeures.

Ainsi, reposant sur une méthode qualitative dans le processus de cette recherche, il a été énoncé la question de recherche principale qui posait la question de savoir : Quelles sont les facteurs explicatifs de l'augmentation de l'accouchement par césarienne à HGOPY ? À cette

question de recherche, a été raccordé deux types d'hypothèses à savoir une hypothèse principale et trois hypothèses secondaires. L'analyse des données de recherche autour de cette augmentation des accouchements par césarienne à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) révèle une complexité de facteurs, tant institutionnels que psychosociaux. L'hypothèse principale établit que la position de l'HGOPY en tant que centre de référence, accueillant des cas graves nécessitant des césariennes d'urgence, joue un rôle majeur dans cette tendance. Cependant, l'étude met également en lumière d'autres dimensions essentielles : d'une part, l'accroissement des césariennes volontaires, témoignant d'un changement dans les préférences et les attentes des femmes concernant leur accouchement.

relativement à la deuxième hypothèse secondaire liés aux modes de représentations de l'accouchement par césarienne, il en ressort (S1) ; d'autre part, la persistance de la peur associée aux risques de cette intervention chirurgicale, un sentiment qui demeure prégnant malgré les avancées médicales (S2) Cette situation met en évidence les enjeux multiples entourant la pratique de la césarienne : elle est à la fois une nécessité médicale dans certains contextes et une réponse aux attentes et aux craintes des patientes dans d'autres. Les représentations sociales de la césarienne, oscillant entre appréhension et sécurité, influencent fortement les décisions des praticiens et les pratiques médicales et leur acceptation comme un accouchement normal. Par conséquent, l'augmentation de la césarienne dans ces hôpitaux ne peut être simplement attribuée à une tendance médicale, mais doit être comprise comme le résultat d'une interaction complexe entre les impératifs de santé, les perceptions culturelles, et les dynamiques sociales. Parallèlement, il est apparu que la césarienne est perçue par certaines femmes comme une solution sécuritaire, leur offrant un sentiment de sécurité crucial, en particulier dans un contexte où la peur de la mort maternelle ou infantile reste présente (S3).

Trois modèles théoriques ont été mobilisés dans le cadre de cette recherche. La première est celle des représentations sociales de Denise Jodelet. Elle a permis de mieux comprendre la pratique de la césarienne à HGOPY. Elle a montré que les représentations sociales, en tant que constructions mentales, ont influencé la manière dont les femmes, les professionnels de santé et les accompagnateurs perçoivent ce mode d'accouchement. Aussi, elle a mis en lumière les enjeux liés à la reconstruction du réel, où la césarienne pouvait être perçue tantôt comme une solution sécuritaire et moderne, tantôt comme un choix non désiré. Elle a également souligné l'importance de la communication dans la formation des représentations, où les discours médiatiques et professionnels ont façonné les attitudes des femmes enceintes. La seconde approche est celle de l'interactionnisme d'Herbert Blumer. Cette approche a montré que les

perceptions de la césarienne se construisent à travers les échanges entre les femmes, les professionnels de santé et la société, où chaque groupe attribue des significations différentes en fonction de ses expériences et de son contexte culturel. Les interactions entre patientes et personnel médical jouent un rôle crucial dans la perception de la césarienne, influençant les attentes et les décisions des femmes. De plus, le langage utilisé dans le discours médical et social façonne les attitudes, avec des termes pouvant évoquer la sécurité ou l'urgence. Enfin, la dernière théorie mobilisée était celle du structuralisme constructivisme de Pierre Bourdieu. Elle a permis de mettre en lumière les structures objectives, telles que les contraintes économiques et les normes médicales, qui influencent les décisions relatives à l'accouchement. En intégrant la notion d'habitus, elle a également permis d'explorer comment les parcours sociaux et culturels des femmes et des professionnels de santé façonnent leurs perceptions et attitudes envers la césarienne. De plus, l'approche a révélé les dynamiques de pouvoir et les luttes sociales qui se jouent entre les patientes et le personnel médical, soulignant l'importance du capital symbolique dans la reconnaissance et le prestige au sein du champ médical. Enfin, en analysant les champs sociaux dans lesquels ces pratiques se déroulent, cette théorie a permis de considérer la césarienne non seulement comme une procédure médicale, mais aussi comme un phénomène social complexe, ancré dans des contextes culturels et institutionnels spécifiques.

La méthode qualitative a intégré l'observation participante dans le cadre de cette étude à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), a permis de s'engager directement dans les activités quotidiennes du milieu obstétrical. Cette approche immersive a facilité une compréhension approfondie des pratiques et interactions au sein de l'hôpital. En tant que chercheur, elle nous a permis de participer activement aux procédures de césariennes, observer les pratiques de préparation des patientes et saisir les processus de décision en temps réel. Cette intégration a offert une perspective de première main sur les défis rencontrés et les méthodes employées lors des interventions chirurgicales. L'engagement avec le personnel médical a permis de participer aux discussions internes, aux réunions de staff et aux consultations avec les patientes, ce qui a fourni des insights sur la prise de décision, la communication et les dynamiques de pouvoir au sein des équipes médicales. De plus, l'interaction directe avec les patientes et leurs familles a permis de mieux comprendre leurs préoccupations, attentes et expériences personnelles, révélant les aspects émotionnels et sociaux liés à la césarienne, ainsi que les influences culturelles et familiales sur le processus décisionnel.

Suite à la collecte des données grâce aux techniques sus-présentées, il a été question de Passer au traitement, puis à l'analyse de ces données. Ainsi, il en ressort de cette analyse un travail structuré en deux parties chacun composé de deux chapitres. Le premier chapitre a essayé de mettre en lumière comment la médicalisation de l'accouchement a influencé l'augmentation des césariennes au fil du temps. En analysant l'évolution historique de cette pratique, il a démontré que la césarienne, autrefois rare, est devenue courante en raison de l'intensification des protocoles médicaux et de la gestion des risques.

Le deuxième chapitre quant à lui a essayé de se concentrer sur l'identification et l'analyse des divers éléments qui ont conduit à une hausse significative des césariennes dans cet hôpital spécifique. Ce chapitre explore à la fois les facteurs médicaux et non médicaux, examinant comment les protocoles, la formation des professionnels de santé, les conditions socio-économiques des patientes, ainsi que les perceptions culturelles et sociales de la césarienne, ont tous contribué à cette tendance. Il met en évidence le rôle crucial des protocoles médicaux qui, en cherchant à minimiser les risques pour la mère et l'enfant, ont parfois encouragé une utilisation plus fréquente de la césarienne. Le chapitre analyse également l'impact des attentes des patientes, qui peuvent être influencées par des craintes liées à l'accouchement naturel ou par une confiance accrue dans la sécurité perçue de l'intervention chirurgicale. En outre, ce chapitre explore les pressions économiques et institutionnelles qui pèsent sur l'HGOPY, notamment en termes de gestion des ressources et d'efficacité des soins, ce qui peut parfois favoriser la césarienne comme solution plus rapide et contrôlée. Les influences sociales, telles que les normes culturelles et les représentations de la maternité, sont également examinées pour comprendre comment elles peuvent orienter les choix des femmes et des professionnels de santé en faveur de cette pratique.

Le troisième chapitre quant à lui explore les différentes façons dont la césarienne est perçue et comprise par les divers acteurs impliqués, notamment les patientes, les professionnels de santé, et les accompagnateurs. Ce chapitre examine comment les connaissances médicales, les expériences personnelles, et les influences culturelles et sociales façonnent les représentations de la césarienne. Il montre comment ces différentes modes de connaissance peuvent parfois se compléter, mais aussi entrer en conflit, créant une mosaïque complexe de perceptions et de croyances autour de cette intervention mais aussi, il met en lumière les représentations sociales de la césarienne, en explorant comment cette procédure est vue à la fois comme une solution salvatrice dans les cas d'urgence et comme une intervention redoutée en raison de ses implications chirurgicales. Il examine les stigmates potentiels associés à la

césarienne dans certains contextes, où elle peut être perçue comme une déviation du « parcours naturel » de la maternité, et comment cela influence les choix et les sentiments des femmes concernées à avoir certains comportements afin de rester dans la normalité.

Enfin, le dernier chapitre se penche sur les répercussions profondes que cette intervention chirurgicale peut avoir sur les femmes, leurs familles. Ce chapitre explore les implications de la césarienne au-delà du domaine médical, en examinant à la fois les dimensions psychologiques et les conséquences économiques associées à cette pratique. Sur le plan psychologique, le chapitre aborde les divers impacts que la césarienne peut avoir sur les femmes, notamment en termes de perception de soi, d'expérience de la maternité, et de santé mentale. Il examine comment le recours à une césarienne, qu'il soit planifié ou d'urgence, peut engendrer des sentiments ambivalents, allant du soulagement à la frustration, voire à un traumatisme post-partum. Le chapitre discute également des effets à long terme, tels que l'anxiété liée aux futures grossesses et la peur de ne pas pouvoir vivre un accouchement naturel. D'un point de vue économique, le chapitre analyse les coûts directs et indirects associés à la césarienne, tant pour les patientes que pour les systèmes de santé. Il met en évidence le fardeau financier que cette intervention peut représenter pour les familles, surtout dans un contexte où les ressources sont limitées et où l'accès à des soins de qualité peut être inégal.

Pour la collecte de données, la méthode qualitative a été adoptée, avec une attention particulière portée sur l'observation directe à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY). Cette approche a permis une immersion dans le milieu obstétrical pour observer les accouchements et les interactions entre les différents acteurs. L'observation directe a révélé les détails du processus d'accouchement, y compris les procédures médicales suivies pour les césariennes, ainsi que les conditions matérielles des salles d'accouchement. Cette méthode a permis de comprendre l'environnement clinique spécifique dans lequel ces interventions sont réalisées, y compris les équipements disponibles et les pratiques d'hygiène. En outre, l'observation a fourni des informations précieuses sur les interactions entre le personnel médical et les patientes, ainsi que les échanges entre les membres de l'équipe médicale. Il a été possible d'analyser comment les décisions sont prises et communiquées, comment les patientes sont informées et soutenues, et comment les familles interagissent avec le personnel soignant. Ces interactions révèlent des aspects importants des processus décisionnels, souvent influencés par des facteurs culturels, sociaux et économiques.

Cette recherche qui tire à sa fin ne s'est pas faite sans difficulté. Cette étude s'était donnée pour objectif d'effectuer des recherches au départ dans quatre hôpitaux de référence dans la ville de Yaoundé à savoir : l'Hôpital Centrale de Yaoundé, l'Hôpital Militaire, l'Hôpital de la caisse et en enfin le centre gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé a Ngoussou. Pour des raisons de faisabilité et du rejet de nombreuses demandes pour des recherches au sein de certains de ces hôpitaux, un seul hôpital de référence a accepté notre demande à savoir l'hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé. Dans un second temps, le choix de ce site relève du fait que cet hôpital est un hôpital de référence spécialisé dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique dans la ville de Yaoundé révélant également dans de l'important nombre de naissance pratiqué par semaine et y compris les césarienne dans cet hôpital dit de référence. Une autre difficulté a été d'avoir accès à la participation des interventions chirurgicales dans ce cas spécifique à la césarienne et enfin la dernière a été d'interroger les patientes qui ont eu à accoucher par césarienne au sein même de l'hôpital ceci à cause du fait que ces dernières avaient peur d'être espionner et surveiller ce qui a de manière significative influencer les réponses des enquêtés. Pour remédier à cela, il nous a fallu refaire d'autres entretiens avec d'autres patientes et dans certains cas, avec les patientes avec qui nous avons gardé contact et dont nous avons jugé être des enquêtés clé pour cette recherche.

Enfin, la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun, en particulier à l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, mérite une attention particulière. Les recherches futures pourraient se concentrer sur l'analyse des conditions d'accouchement, en examinant les différences entre les structures publiques et privées, souvent perçues comme des références. Une étude approfondie sur la médicalisation du corps féminin pendant l'accouchement est également essentielle, car les enjeux dépassent la seule santé, intégrant des dimensions de pouvoir, économiques et culturelles.

## BIBLIOGRAPHIE

## I. OUVRAGES GENERAUX

1. **ABRIC, Jean-Claude**, *Pratique sociales et représentation*, Paris, Presses Universitaires de France, 1994.
2. **ANDREANI Jean-Claude et al**, *Méthode d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : État de l'art en marketing*, Paris, Cadex 11, 2001.
3. **CORCUFF Philippe**, *Théories sociologiques contemporaines*, Armand Colin, 2019.
4. **DURKHEIM Emile**, *Les règles de la méthode sociologique*, Presse Universitaire de France, 22e édition, 1986.
5. **EDJENGUELE Mbonji**, *L'ethno-perspective ou la méthode du discours de l'ethno-anthropologie culturelle*, PUY, 2005.
6. **FORTIN Marie-Fabienne**, *Fondements et étapes de recherche*, Québec, Chenil-Education, 2005.
7. **GRAWITZ Madeleine**, *Lexique des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2004, 8e édition.
8. **GRAWITZ Madeleine**, *Méthodes des sciences sociales*, Paris, Dalloz, 2001, 11e édition.
9. **JODELET Denise**, *Les représentations sociales : phénomènes, concepts et théories*, in Serge Moscovici, *Psychologie sociale*, Paris, Presse Universitaire de France, 1984.
10. **QUIVY Raymond et VAN CAMPELHOUDT Luc**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Armand Colin, 1995, p. 119.
11. **ZAGRE Ambroise**, *Méthodologie de la recherche en sciences sociales : Manuel de recherche sociale à l'usage des étudiants*, Paris, L'Harmattan, 2013.

## II. OUVRAGES SPÉCIFIQUES

12. **BENACHI Alexandra, Dominique Luton, Laurent Mandelbrot, Olivier Picone**, *Pathologies maternelles et grossesse*, 2ième, Elsevier Masson, 2022.
13. Césariennes, dans *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Éditions OCDE, Paris.
14. **CUNNINGHAM, Francis Gary, et al.**, *Williams Obstetrics*, 25th Edition, New York: McGraw-Hill Education, 2018.
15. **DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand**, *Logique d'acteurs et trajectoires sanitaires dans les villes capitales en Afrique : une compréhension socio-anthropologique des accouchements à domicile à Yaoundé*, in *Sous la coordination de Edmond VII*

- Mballa Elanga (REJAC) La Ville en Afrique noire : réalités d'aujourd'hui, Actes de la première rencontre sous régionale du REJAC, du 26 au 28 mai 2015.
16. **DUMONT Alexandre.** « La gratuité de la césarienne permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique ». Des idées reçues en santé mondiale, Presses de l'Université de Montréal, 2015.
  17. **GABBE'S et al,** Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies, 7th Edition, Philadelphia: Elsevier, 2016.
  18. **GELFAND Toby,** Professionalizing Modern Medicine: *Paris Surgeons and Medical Science and Institutions in the 18th Century*, Greenwood Press, 1982.
  19. **GUYARD BOILEAU Béatrice,** *Les infections après l'accouchement, kinésithérapeute*, CIMADE, Paris, 14 février 2002. <https://devsante.org/articles/les-infections-apres-l-accouchement>.
  20. **HUGON Anne,** *La maternité coloniale : une nouvelle façon d'être mère en Afrique* ? Encyclopédie d'histoire numérique de l'Europe en ligne, ISSN 2677-6588, mis en ligne le 30/05/2022, consulté le 08/06/2024. Permalien : <https://ehne.fr/fr/node/21850>
  21. **IKAMBERE,** « La Maison Accueillante », pratiques à risque et santé sexuelle chez les femmes migrantes d'Afrique Subsaharienne, 2016.
  22. **JACQUES Béatrice,** *Sociologie de l'accouchement*, Presse Universitaire de France, 2007.
  23. **MOORE Keith Leon, TIRSO Victor Persaud, TORCHIA Marc Geoffrey,** *Avant notre naissance : l'essentiel de l'embryologie et des malformations congénitales*, Philadelphia, 2008.
  24. **MOREL Marie-France,** *Histoire de l'accouchement en France : XVIIIe-XXe siècle, Actualité et dossier en santé publique*, mars 2008, 61 : 22-28.
  25. **QUENTIN Debray, GRANGER Bernard, AZAÏS Franck,** *Psychologie de l'adulte*, Paris, Masson, 2005
  26. Règlement de fonctionnement du bloc opératoire, disponible sur [www.lasource.ch](http://www.lasource.ch)
  27. **SIMKIN Penny, ANCHETA Ruth, WILEY John & SONS,** *Le Labour Progress Handbook : Interventions précoces pour prévenir et traiter la dystocie*, janvier 2011 – Médical – 424.
  28. **TORRIELLI Renato.,** Anesthésie générale pour césarienne en urgence : les règles d'or, 2010, Pdf, [www.jepu.net/pdf/2003-03-15.pdf](http://www.jepu.net/pdf/2003-03-15.pdf).

29. **VUILLE Mirillene**, *Accouchement et douleur. Une étude sociologique*, Lausanne : Antipodes, 1998, p. 86.

### III. ARTICLES SCIENTIFIQUES

30. **AKTAR Evin**, Intergenerational Transmission of Anxious Information Processing Biases : An Updated Conceptual Model *Clinical Child and Family Psychology Review* (2022) 25 :182–203
31. **ALAIN ESPESET Docteur**, Césarienne... Des Histoires Dans L HistoIRE 7<sup>e</sup> Congrès de Gynécologie Obstétrique & Reproduction De la Côte d’Azur -Hôtel Negresco –Nice – 17 septembre 2010
32. **AMOUGOU Gérard et OYANE Victorine**, « Le programme de chèque Santé appliqué dans les régions du septentrion camerounais. Entre vision globale et logiques locales », Face à face [En ligne], 16 | 2020, mis en ligne le 11 octobre 2020, consulté le 27 juillet 2024. URL
33. **ANSHULA Ambasta et al**, « Sortie contre avis médical : comportement « déviant » ou écart de qualité du système de santé ? », école de médecine de Cummings, Université de Calgary, 2019.
34. **ARMINJON Mathieu, MAULINI Sandrine**, Inégalités de santé : fondements historiques et enjeux contemporains de l’épidémiologie sociale, Genève, Georg Editeur, 2023 disponible sur <https://doi.org/10.32551/GEORG.13204>
35. **AWOMO NDONGO Jean Colbert et al.**, Mutuelles de santé et État de santé des populations au Cameroun : une enquête conduite dans la région du Centre pour estimer l’effet de l’adhésion à une mutuelle sur l’état de santé déclaré, Dans *Journal de gestion et d’économie médicales* 2014/4 (Vol. 32), pages 263 à 279
36. **BARRAL Cécilia**, Césarienne en urgence versus césarienne programmée : morbidité opératoire et post-Opératoire précoce comparée. *Sciences du Vivant*. 2018.
37. **BERLEMONT Christine et JOLLY Marie-Anne**, Chapitre 11. Le domaine du soin, Dans *Construire la communication thérapeutique avec l’hypnose* (2020), pages 177 à 191
38. **BOUCHARD Alexandra et COHEN DE LARA Aline**, La césarienne sur demande maternelle : quels enjeux pour la femme ?, Dans *Corps & Psychisme* 2016/1 (N° 69), pages 59 à 71

39. **BOUCHARD Alexandra.** Le féminin à l'épreuve de l'accouchement : le cas des césariennes sur demande Maternelle. Psychologie. Université Sorbonne Paris Cité, 2018. Français. ffNNT : 2018USPCD008ff.11. Fftel-02102186ff.
40. **BOUNDIOA Jacques, THIOMBIANO Noël.** Effect of public health expenditure on maternal mortality ratio in the West African Economic and Monetary Union. BMC Womens Health. 2024 Feb 9; 24(1):109. Doi: 10.1186/s12905-024-02950-2. PMID : 38336729 ; PMCID : PMC10858583
41. **BRANGER Bernard al,** L'inquiétante augmentation du nombre de césariennes, Communication scientifique, académie nationale de médecine, 2006
42. **BRANGER Bernard et al.,** Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, Volume 46, Issue 5, May 2018, Pages 458-465
43. **BRUCE BICCARD Michael et al,** maternal and neonatal out Comes after cesarean delivery in thé african surgical out Comes study : a 7 days prospective observations cohort study,Lancet Global Health, April 2019
44. **BRUGEILLES Carole,** L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? Autrepart, 2014 70(2), 143-164. .
45. **CALDERÓN Cabrera, Francisco Eugenio** (2006). Y parieras con dolor : exploracion sobre el manejo biomédico Del cuerpo femenino en las cesáreas y el parto. La Paz, Bolivie: Grupo Design 2006; Lobel, M., & DeLuca, R. S., Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and analysis of their causes and implications. Social Science Medicine, 2007,64(11), 2272-2284. cité par Brugeilles, Carol, L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ?, Autrepart, 201470(2), 143-164. .
46. **CALDWELL William Edgard, MOLOY Haran Charles.** Anatomical Variations in the Female Pelvis: Their Classification and Obstetrical Significance: (Section of Obstetrics and Gynæcology). Proc R Soc Med. 1938 Nov ; 32(1) :1-30. PMID : 1999-1699 ; PMCID : PMC1997320.
47. **CHAILLET Nicolas,** Césarienne et risques associés. CHU Sainte-Justine. Chercheur associé au GRIS, Université de Montréal (Canada),2008
48. **CHERYL TATANO Beck et al,** Accouchement ultérieur après un accouchement traumatique antérieur, Nurs National Library of Medicine, 2010 Jul-Aug ;59(4) :241-9. Doi : 10.1097/NNR.0b013e3181e501fd. PMID : 20585221.

49. **CLAVANDIER Gaëlle et CHARRIER Philippe**, La naissance en mutation, un enjeu pour la sociologie ? dans, *Recherches familiales*, 2015/1 (n° 12), pages 165 à 174 2015/1 (n° 12).
50. **CLEMENT Sarah**, *The cesarean experience*, London Pandora, 1995, P.272
51. **CLESSE Christophe, et al**, Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges, Dans *Devenir* 2018/4 (Vol. 30), pages 399 à 417
52. **COTTON Marc-André**, La césarienne : un déni de maternité, article est paru dans la revue *Regard conscient* No 24 (janvier 2007)
53. **COURTAUX Marie et al**, Quand donner la vie rime avec risquer la mort: Spécificités du vécu des femmes ayant eu une hémorragie du post-partum et leurs effets sur le devenir mère, Dans *La psychiatrie de l'enfant* 2020/2 (Vol. 63), pages 93 à 117.
54. **DAYER Maud-Laure et al**, Pronostic réno-vasculaire de la prééclampsie chez la mère et l'enfant, *Revu Médical Suisse* 11 septembre 2013
55. **DE FATIMA Maria et VIEIRA Martins**, Surveillance prénatale et éducation pour la santé, Dans *Recherche en soins infirmiers* 2012/3 (N° 110), pages 60 à 64
56. **DE FOUCAULD Marie-Ida, WENDLAN Jaqueline**, Primiparité après 35 ans : désir d'enfant et vécu de la grossesse, Dans *Périnatalité* 2019/3 (Vol. 11), pages 109 à 116
57. **DE KONINCK Maria**, « La normalisation de la césarienne, la résultante de rapports femmes-experts », *Anthropologie et Sociétés*, vol. 14, n° 1, 1990, p. 25-41.
58. **DEFORGES Camille, SANDOZ Vania et HORSCH ANTJE**, Syndrome de stress post-traumatique en maternité Dans *Spirale* 2008/1 (n° 45), pages 199 à 201
59. **DEFORGES Camille, VANIA SANDOZ, HORSCH Antje**, Le trouble de stress post-traumatique lié à l'accouchement, Dans *Périnatalité* 2020/4 (Vol. 12), pages 192 à 200
60. **DORIS Bonnet**, « Quand la stérilité interroge la nature des liens familiaux. Hommage à Suzanne Lallemant », *Journal des africanistes* [En ligne], 93-1/2 | 2023, mis en ligne le 12 juin 2024, consulté le 03 août 2024. URL : DOI :
61. **DUFOUR, Philippe et LANGER Brigitte**. (2010). « Accouchement : indication des césariennes. » *EMC – Gynécologie Obstétrique*, 5(3), 1-14. Doi : 10.1016/S1634-0647(10)70371-5

62. **DUMONT Alexandre, GUILMOTO Christophe**, Trop et pas assez à la fois : le double fardeau de la césarienne dans *Population & Sociétés* 2020/9 (N° 581), pages 1 à 4.
63. **DUMONT Alexandre**, La gratuité de la césarienne Permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique, des idées reçues en santé mondiale, Presses de l'Université de Montréal, 2015
64. **DUMONT Alexandre**. « 21. La gratuité de la césarienne permet d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale en Afrique ». Des idées reçues en santé mondiale, Presses de l'Université de Montréal, 2015.
65. **DUPONT Jean Pierre et Al** Complications maternelle précoce de la césarienne : A propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun, département de gynécologie-obstétrique, faculté de sciences biomédicales, université de Yaoundé I, Cameroun, service d'anesthésie, réanimation, hôpital général de Yaoundé, Yaoundé Cameroun, Journal médical panafricain, 2015 ;21 :265.[doi :10.11604/pamj.2015.21.265.6967 ]
66. **DUPONT Jean Pierre**, Les enjeux de la médicalisation des naissances : une analyse critique. *Revue de la Santé Publique*, 35(4), 123134, 2022, disponible <https://www2.assembleenationale.fr/documents/notice/13/rapports/r2986/%28index%29/rapports/%28archives%29/index-rapports>
67. **EKOUYA-BOWASSA et al**, Asphyxie périnatale au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*, Elsevier, 2016.
68. **ELHADJI Mamadou Mbaye, DUMONT Alexandre, RIDDE Valéry, BRIAND Valérie**, « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal, Dans *Santé Publique* 2011/3 (Vol. 23), pages 207 à 219
69. **ESSIBEN Félix et al**, (2020). La Césarienne en Milieu à Ressources Limitées : Évolution de la Fréquence, des Indications et du Pronostic à Dix Ans d'Intervalle. *Health sciences and disease*, 21(2).Retrieved
70. **ESSOME Henry** La prééclampsieà l'Hôpital Laquintiniède Douala, *8Health Sci. Dis* : Vol 20 (5) September –October 2019Available free at OriginalPre-Eclampsia at Laquintinie Hospital (Douala) : Survey of Prevalence and Morbidity from 2010 to 2015
71. **EZECHI** cité par *International Journal of Medical and Health Research*, Césarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo) : perceptions et vécu à

72. **EZEMBE Ferdinand**, La place de l'enfant, dans L'enfant africain et ses univers (2009), pages 121 à 154
73. **FAUCONNIER Arnaud, et al**, (2003). « Facteurs de risque de l'incontinence urinaire du post-partum. » Progrès en Urologie, 13(4) ,684-692.
74. **FIONNUALA O'Mahony, VIMAL Menon**, « Choice of instruments for assisted vaginal delivery. » Cochrane Database of Systematic Reviews, 2010 (11).  
Doi :10.1002/14651858.CD005455.pub2
75. **GAREL Marie, LELONG Nathalie,MARCHAND Alain,KIMINSKI Michel**,Consequence Maternelle De L'accouchement Par Césarienne,Resultat Du Suivi A 4 Ans,J Gynecol Obstet Boil Reprod(Paris).1990;19(1):83.French  
PMID:2313071.
76. **GUILLERMO Carroli et al**, (2017). « Selective versus routine use of episiotomy for vaginal birth. » Cochrane Database of Systematic Reviews, (2).  
Doi :10.1002/14651858.CD000081.pub3
77. **GUILMOTO Christophe, DUMONT Alexandre**, Les césariennes sont-elles devenues trop fréquentes ? Institut de recherche pour le développement (IRD), novembre 2020.
78. **HARRISON, Margo Shawn, GOLDENBERG, Richard**, Césarienne en Afrique subsaharienne, Santé maternelle, néonatalogie et périnatalité 2, 6 (2016).
79. **HAS**, recommandation de la bonne pratique : Indication de la césarienne programmée à terme, méthode de recommandation pour la bonne pratique clinique, argumentaire scientifique, 2012 P.p102-103-104.
80. **HAUSMAN Noëlle**, Note sur l'intégrité physique des vierges consacrées, Une question disputée, Dans Nouvelle revue théologique 2009/3 (Tome 131), pages 614 à 624.
81. **HEMMINKI Elina, MERILAINEN Jussi**, Effect of caesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems, American Journal of Obstetrics Gynecology 1996, 1569-1574p.
82. **HOHLFELD Patrick et MARTY François**, Césarienne électorale et demande maternelle Medecine et Hygiene, 2004, P.p2201-2202.

83. **JAGANI Nirav et al.** The predictability of labor outcome from a comparison of birth weight and x-ray pelvimetry. *Am J Obstet Gynecol.* 1981 Mar 1 ; 139(5) :507-11. Doi : 10.1016/0002-9378(81)90508-1. PMID : 7468717.
84. **KABONGO MAG et al**, Césarienne en milieu rural du Kasai Oriental (RD Congo) : perceptions et vécu à Kasansa et à Tshilenge, *International Journal of Medical and Health Research*, Volume 4 ; Issue 3 ; March 2018 ; Page No. 52-60, ISSN : 2454-9142
85. **LAGET Mireille**, La césarienne ou la tentation de l'impossible, XVIIe et XVIIIe siècle [article], *Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest* Année 1979 86-2 pp. 177-189
86. **LEQUILLERIER Victor et JURUS Arthur**, Salaire et productivité : quel lien historique ? Dans *Regards croisés sur l'économie, la découverte* ,2013/1(n°13), pages 210 à 213.
87. **MAËLYS Bar**, Chapitre 7 : La césarienne, une pratique « contre-nature » ? *Biologisation de la naissance et construction du corps maternel*, OpenEdition Books, 2023.
88. **MARCI Lobel, DELUCA STEIN Robyn**, Psychosocial sequelae of cesarean delivery: Review and Analysis of their causes and implications. *Social Science & Medicine*, 2007, 64(11), 2272-2284., *Autrepart*, 70(2), 143-164. par Brugeilles, C., L'accouchement par césarienne, un risque pour les droits reproductifs ? *Autrepart*, 2014,70(2), 143-164.
89. **MBOUA BATOUM Véronique Sophie et al**, Impact de la césarienne d'urgence sur la morbidité et mortalité maternelle et néonatale dans trois hôpitaux de la ville de Maroua, *Revue de Médecine et de Pharmacie Journal / Vol. 12 No. 2 (2022) /*
90. **MENDO Elvire**, «le recours aux micro-unités de soins informelles à Yaoundé(Cameroun) : déterminants et Perspectives in *Journal De Gestion Et d'Economie Médicales*, 2015/1(Vol 33).
91. **MILLER Erick , GROBMAN William** ,Failed trial of labor after cesarean section : The impact on maternal and neonatal outcomes, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2014.
92. **MOLDENHAUER Julie**, Children's Hospital of Philadelphia,Prise en charge de l'accouchement vaginal spontané 2024.
93. **NDJEPEL Jacky et al**, Promotion de la santé au Cameroun : état des lieux et perspectives, Dans *Santé Publique* 2014/HS (S1), pages 35 à 38.

94. **OKOKO Andre Robert, EKOUYA-BOWASSA Georges, MOYEN Emanuel, TOGHO-ABESSO Lucien Claude, Atanda Henry Louis, MOYENNE Gabriel**, asphyxie périnatale au centre hospitalier et universitaire de Brazzaville, *Journal De Pédiatrie Et De Puericulture*, Elsevier, 2016
95. **PIERRU Frédéric**, Planifier la santé, une illusion technocratique ? Dans *Les Tribunes de la santé* 2012/4 (n° 37), pages 83 à 94.
96. **POTTECHER Thierry**, Conférence d'experts – 2000. Réanimation des formes graves de prééclampsie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 30 :121-31.
97. **PRUAL Alain**. La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique. ; 64 : 569-575. *International Journal of Medical and Health Research*, ISSN: 2454-9142 Volume 4; Issue 3; March 2018; Page No. 52-60.
98. **QSWER Michelle**, *Global Library Women's Medicine*, ISSN: 1756-2228; DOI 10.3843/GLOWM.413923.
99. **RICHARD Johanson, et VIMAL Menon**, (2000). « Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery. » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). Doi: 10.1002/14651858.CD000224. consulté le 02 mars 2024
100. **RIQUET Sébastien, HENNI Melissa et FREMONDIERE Pierre**, Évaluation de la peur de l'accouchement chez les femmes enceintes, Dans *Périnatalité* 2020/3 (Vol. 12), pages 130 à 139.
101. **ROSTAING Corinne**, « Institution totale », *Sociologie* [En ligne], Les 100 mots de la sociologie, mis en ligne le 01 décembre 2015, consulté le 10 juillet 2024. URL : <http://journals.openedition.org/sociologie/3200>
102. **SAFTLAS Audrey France, OLSON David Robert, Franks Alice Louis**, Epidemiology of preeclampsia and eclampsia in the United States, 1979 – 1986. *American journal of obstetric and Gynaecology* Aug 1990. [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(90\)91176-D](https://doi.org/10.1016/0002-9378(90)91176-D)
103. **SAUVEGRAIN Priscille**, Les parturientes « africaines » en France et la césarienne : analyses sociologiques d'un conflit de quatre décennies avec les équipes hospitalières. *Anthropologie et Sociétés*, 2013, 37(3), 119–137.
104. **SENTILHES Loïc, DESCAMPS Pascal**. (2012). « La césarienne en urgence : prévention et prise en charge des complications. » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 41(8), 748-758. Doi : 10.1016/j.jgyn.2012.10.001

105. **SILVER Robert Micheal, LANDON Michea Bradley, et al**, Maternal and Neonatal Outcomes of Repeat Cesarean Delivery Following a Trial of Labor Compared with Elective Repeat Cesarean Delivery. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2006.
106. **SINKEY Rachel et al**, Prevention, Diagnosis, and Management of Hypertensive Disorders of Pregnancy: a Comparison of International Guidelines. *Curr Hypertens Rep*. 2020 Aug 27; 22(9):66. Doi: 10.1007/s11906-020-01082-w. PMID: 32852691; PMCID: PMC7773049.
107. **SMYTH Rebecca, MARKHAM Chris, DOWSWELL Therese**. (2013). « Amniotomy for shortening spontaneous labour. » *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). Doi :10.1002/14651858.CD006167.pub3
108. **STEVENS Nolwenn, LINDA Chambon et ALLA François**, L'innovation au service de la transformation du système de santé et du « virage préventif » Transformation innovante du système de santé par une transition préventive, *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, Elsevier Volume 69, numéro 4, 2021, pages 235-240
109. **SUAREZ Anna, et YAKUPOVA Verra**, Past Traumatic Life Events, Postpartum PTSD, and the Role of Labor Support. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jun 4; 20(11):6048. Doi: 10.3390/ijerph20116048. PMID: 37297652; PMCID: PMC10252538.
110. **TCHENTE NGUEFACK Charlotte et al**, L'accouchement par césarienne à l'Hôpital General de Douala, *Revue de Médecine et de Pharmacie / Vol. 2 n° 2* (2012)
111. **THADDEUS Stand, MAINE Deborah**, Too far to walk: maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994; 38:1091–110.
112. **TIEMBRÉ Issaka et al.**, Évaluation de la qualité des consultations prénatales dans le district sanitaire de Grand Bassam (Côte d'Ivoire), *Dans Santé Publique* 2010/2 (Vol. 22), pages 221 à 228
113. **TINYAMI ERICK Tandi et al**, Secteur de la santé publique au Cameroun : pénurie et inégalités de répartition géographique du personnel de santé, *Int J Equity Health*. 2015 ; 14 : 43. Doi : 10.1186/s12939-015-0172-0 ; PMCID : PMC4440287 PMID : 25962781
- 114.
115. **TRABELSI Khaled et al**, complications maternelles per opératoire de la césarienne : à propos de 1404 cas, *J.I. M. Sfax*, N°11/12 ; JUIN 06 / DEC 06 :33 – 38

116. **TRAORÉ Youssouf et al**, Apport de l'échographie dans la surveillance de la grossesse dans un établissement sanitaire de premier contact à Yopougon en Côte d'Ivoire, Dans *Santé Publique* 2013/1 (Vol. 25), pages 95 à 100,
117. **TRỌNG Hiếu Đình**, « Vraies et fausses vierges au Viêt Nam. La falsification corporelle en question », *Extrême-Orient Extrême-Occident* [En ligne], 32 | 2010, mis en ligne le 01 octobre 2013, consulté le 29 juillet 2024. URL : DOI :
118. **UNST Anja & HOUWELING Tamara** (2001). A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 17, 297-316.
119. **VAYSSIERE Christophe, & FAVRE, René**. (2004). « Prolongement du travail et ses complications. » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 33(8), 713-722. Doi : 10.1016/S0368-2315(04)96510-4
120. **VENDITTELLI Françoise RIVIERE Olivier**. (2013). « Épisiotomie : revue des pratiques en France et dans le monde. » *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(1), 9-17. Doi : 10.1016/j.jgyn.2012.11.012.
121. **VERONIQUE Sophie et al**, Impact de la césarienne d'urgence sur la morbidité et mortalité maternelle et néonatale dans trois hôpitaux de la ville de Maroua, *Revue de Médecine et de Pharmacie*, 2022.
122. **WANIEZ Philippe et al**, L'abus du recours à la césarienne au Brésil : Dimensions géographiques d'une aberration médicale. *Santé : Cahiers d'Etudes et de Recherche Francophones*, 2006, 16(1-2), 21–31.
123. **WOGAING Jeanette**, « *Que vivent les parturientes en quête de maternité à Douala au Cameroun ?* », sous la direction de Nkoum, Benjamin Alexandre dans *Santé plurielle en Afrique. Perspective pluridisciplinaire*, Paris, L'Harmattan, 2011, Pp.175-194.
124. **YASSINE Smiti et al**. Complications materno-fœtale de la pré-éclampsie : étude rétrospective (à propos de 136 cas). *PAMJ – Clinical Medicine*. 2021 ; 7 :25. [doi : 10.11604/pamj-cm.2021.7.25.26712]

#### IV. MÉMOIRES ET THÈSES

125. **ANSAY Elise**, « *L'expérience de la naissance imprévue sur la satisfaction maternelle* », Mémoire pour l'obtention du Master en Sciences de la famille et de la sexualité, Université Catholique de Louvain, 2015.

126. **ANSAY Elise.** « *L'expérience de la naissance : effet d'une césarienne imprévue sur la satisfaction Maternelle* ». Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, Université catholique de Louvain, 2015.p.34
127. **ASSEMAL Alfred,** « *Les déterminants de la prise en charge médicale des grossesses et de l'accouchement au Tchad, Mémoire de fin d'étude* », Diplôme d'études supérieur spécialisé en démographie, Université de Yaoundé II, 2003.
128. **BALLO Abdel Karim,** « *Accouchement par césarienne dans un contexte d'utérus multi cicatricielle : aspect épidémiologique et pronostic maternofoetal à l'hôpital de Nianankoro Fomba de Ségou* », Thèse de doctorat en médecine, Faculté de Médecine, 2022.
129. **BARAOUI Farouk, BOUZID Wassila** « *le vécu psychologique de l'accouchement des femmes par césarienne et l'accueil du bébé* », Mémoire master 2 en psychologie clinique, université Abderrahmane Mira Bejaïa, département des sciences sociales 2013-2014
130. **BELLANGER Élise,** « *La macrosomie : accouchement de plus de 4000g, état des lieux au centre hospitalier Universitaire de Rouen* ».Gynécologie et obstétrique, mémoire en vue de l'obtention de diplôme d'Etat de sages femmes, de 2019
131. **BIYAGA TJEK,** « *vécu des primipares ayant subi une césarienne en urgence : cas du service de la maternité de l'hôpital centrale de Yaoundé* », Licence Sage femme, Université Catholique d'Afrique Centrale, 2017-2018
132. **BOUCHARD Alexandra,** « *Le féminin à l'épreuve de l'accouchement : le cas des césariennes sur demande maternelle* », Psychologie, Université Sorbonne Paris Cité, 2018.
133. **BOUQUET Elise,** « *La représentation de la douleur de l'accouchement, mémoire pour l'obtention du diplôme de sage femme* », Faculté de Médecine et de Maïeutique, Université Catholique de Lille, 2017.
134. **BRAS Camille,** « *Regard sur le césarienne témoignage des femmes originaires d'Afrique subsaharienne* », Mémoire de Gynécologie et obstétrique, CHU de Rouen, 2011.
135. **BRUNET Émilie,** « *Le vécu des femmes face à la Césarienne en urgence* », Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'État de Sage-Femme, École de Sages-Femmes, Université de Caen, 2016.

136. **CARVALHO Nathalie**, « *Impact sur la santé et évaluations économiques des programmes de santé maternelle et infantile dans les pays en développement* », Thèse de doctorat, Université de Harvard, 2012.
137. **CASTRIC Clémence**, « *Pronostic obstétrical et utérus uni-cicatriciel : L'indication de la première césarienne a-t-elle un impact sur la voie d'accouchement ?* », Mémoire de fin d'études, Diplôme d'état de sage-femme, UFR de médecine et des sciences de la santé, Université de Brest, 2013.
138. **CHILLA Nadjate**, « *Enquête sur l'importance et les facteurs de risque de césarienne au niveau de l'EPH de Khemis-Miliana* », Mémoire de master, Université Djilali Bounaama de Khemis-Miliana, 2019-2020.
139. **Coulibaly Aboubacar**, « *Analyse des indications de césarienne chez les femmes à faible risque au Burkina Faso* », Thèse de doctorat en médecine, Université de Ouagadougou, 2012.
140. **DELLA ROCCA Charlotte**, « *Le vécu des femmes ayant accouché par voie basse sur utérus unucicatricielle* », Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Aix Marseille Université, 2023.
141. **GERVAIS Elise**, « *accoucher hors de l'hôpital : expertes », alternative » ou decu? une typologie des femmes* », Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) en sociologie, Faculte des Arts et de Sciences, Université de Montréal, Avril 2020.
142. **GATARAYIHA Agnes**, « *Facteurs du non-respect des quatre consultations prénatales standards par les femmes historiquement marginalisées du District de Nyaruguru au Rwanda* », Master en Développement, Université Senghor, Département Santé, 2013.
143. **HUET Marine**, « *Le vécu des femmes face à la césarienne pour stagnation* », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Rennes 1, 2022.
144. **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, « *prise en charge des femmes enceintes et violences obstétricale dans les hôpitaux publics de Yaoundé : formes, facteurs et implications dans la maternité d'Efoulan* », Mémoire rédigé en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sociologie Département de Sociologie, FALSH, UY1, 2023

145. **LÉONARD Sophie**, « *L'utilisation de l'ocytocine en per partum chez les femmes enceintes de 1906 à 2015* », Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Aix Marseille Université, 2016.
146. **MARISSAL Noémi**, « *La prise de poids excessive au cours de la grossesse : étude comparative de deux Populations de primipares de corpulence normale avant la grossesse ayant accouché à terme au CHU D'Amiens entre juillet 2016 et juillet* » Mémoire pour le diplôme de sage femme, Faculté de Médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2018
147. **MONGUILLON Marie**, « *La césarienne de convenance : motivations, représentations et facteurs décisionnels* », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de Sage-Femme, Aix Marseille Université, 2018.
148. **NGA NDONGO Valentin**, « *L'opinion camerounaise* », These de doctorat en lettre et science humaine, sociologie, Universite de Paris X-Nahetenre, Tome 1,1999.
149. **NJINJU AYIMALEH Gilbert**, « *comment les dépenses de santé publique affectent les résultats de santé au Cameroun* », Thèse et étude doctorale de WALDEN, Université de WALDEN, 2023.
150. **SAMAKE Bintou**, « *Études de l'accouchement chez les grandes multipares au centre de référence de KATI* », Thèse de doctorat en médecine, Université des Sciences, Technologies et des Technologies de Bamako, 2015.
151. **SUILS-PORTE Gladys**, « *Le vécu de la pré-éclampsie sévère de femmes à un mois de leur accouchement et amélioration continue de la prise en charge psychologique* », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'État de sage-femme, Université de Bordeaux, 2016.
152. **TRAORE Seïbou**, « *indications de la césarienne au centre de santé de San* », These de medecine, Université des Sciences, Faculté de Médecine et d'Odonto Des Techniques et des Technologies tomatologie (FMOS) De Bamako (USTTB), 2021.
153. **ZALIA MAÏGA Touré**, « *les femmes face aux traditions dans les littératures et cinéma contemporain de l'Afrique francophone* », A dissertation submitted to the Faculty of the Department of French And Italian in partial fulfillment of the requirements of the degree of doctor of Philosophy with Major in french, the university of Arizona, 2010.

## V. WEBOGRAPHIE

154. <https://www.WHO.int/fr/publication-details/WHO-RHR-15.02>.
155. <https://cameroon.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/lettredinfo2.pdf>
156. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00390-8>
157. <https://doi.org/10.1186/s40748-016-0033>
158. <https://doi.org/10.4000/books.pum.3661>
159. <https://france24.com/fr/observateurs-ligne-directe/20170107-2017-01-07-0915-observateurs-ligne-directe>
160. [https://has-sante.fr/jcms/c\\_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient](https://has-sante.fr/jcms/c_2582468/fr/comprendre-la-securite-du-patient)
161. <https://iris.who.int/handle/10665/161443>
162. <https://journaldesfemmes.fr/maman/guide-grossesse/2719493-apres-cesarienne/>
163. <https://justformum.fr/reprise-du-sport-apres-cesarienne-tout-ce-que-vous-devez-savoir/>
164. <https://lawnj.net/practices/failure-to-perform-cesarean/>
165. <https://lejour.cm/ces-produits-peuvent-entraîner-la-fermeture-du-vagin/?utm>
166. [https://lemonde.fr/afrique/article/2019/03/15/en-afrique-la-mortalite-post-cesarienne-est-50-fois-plus-elevee-que-dans-les-pays-riches\\_5436386\\_3212](https://lemonde.fr/afrique/article/2019/03/15/en-afrique-la-mortalite-post-cesarienne-est-50-fois-plus-elevee-que-dans-les-pays-riches_5436386_3212)
167. <https://lemonde.fr/afrique/article/2020/09/22/en-afrique-les-accouchements-par-cesarienne-progressent>
168. [https://lemonde.fr/sante/article/2015/03/11/les-cesariennes-trop-frequentes-dans-certains-pays-europeens\\_4591207\\_1651302](https://lemonde.fr/sante/article/2015/03/11/les-cesariennes-trop-frequentes-dans-certains-pays-europeens_4591207_1651302)
169. <https://les-figaro.fr/article/en-afrique-les-femmes-ont-50-fois-plus-de-risques-de-mourir-d-une-cesarienne?>
170. [https://lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes\\_2039557](https://lexpress.fr/sciences-sante/sante/les-gynecologues-s-inquietent-du-nombre-de-cesariennes_2039557)
171. [https://liberation.fr/planete/2015/11/25/les-bresiliennes-championnes-du-monde-de-la-cesarienne\\_1416144](https://liberation.fr/planete/2015/11/25/les-bresiliennes-championnes-du-monde-de-la-cesarienne_1416144)
172. <https://millerandzois.com/medical-malpractice/birth-injuries/c-section-malpractice-maryland/>
173. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/accouchement/grossesse-accouchement-cesarienne>

174. <https://observers.france24.com/fr/20180807-cameroun-yaounde-femmes-sequestrees-hopital-payer-accouchement>
175. <https://parents.fr/actualites/grossesse/suivi-durant-la-grossesse-ce-regime-alimentaire-augmenterait-le-risque-de-preeclampsie-1055780?utm>
176. <https://popmoms.fr/actu.php?id=961&utm>
177. <https://santenatureinfos.com/cameroun-eclampsie-en-moyenne-15-femmes-meurent-par-jour-au-pays/>
178. <https://scidev.net/afrique-sub-saharienne/news/afrique-cesarienne-26032019/>
179. [https://sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/la-forme-du-bassin-feminin-differe-selon-l-origine\\_128921](https://sciencesetavenir.fr/sante/grossesse/la-forme-du-bassin-feminin-differe-selon-l-origine_128921)
180. <https://topsante.com/maman-et-enfant/accouchement/cesarienne/epidemie-de-cesariennes-dans-le-monde-628629>
181. <https://un.org/fr/story/2008/06/134132>
182. <https://who.int/fr/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who>
183. <https://who.int/fr>
184. <https://www.academie-medecine.fr>
185. <https://www.academiemedecine.fr>
186. <https://www.ajol.info/index.php/rmp/article/view/91990>
187. <https://www.baby-confort.com>
188. <https://www.bbc.com/afrique/monde-50851724>
189. <https://www.bbc.com/afrique/region-61608374>
190. <https://www.bluegrassinjury.com/medical-malpractice/c-section-failure/>
191. <https://www.cairn.info>
192. <https://www.cesarine.org>
193. <https://www.cnrtl.fr>
194. <https://www.larousse.fr>
195. <https://www.linternaute.fr>
196. <https://www.who.int/fr>
197. <https://youtube.com/paLDUWciFfo?feature>

## VI. DICTIONNAIRES

198. **ABBARA Aly**, CÉSARIENNE, Mai 2023.
199. **ANSART Pierre et AKOUN André**, Dictionnaire de sociologie, Paris, Le Robert/Larousse, 1999, p. 450.
200. **DELAMARE Garnier**, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 31e éd., Maloine, 2012, p. 663.
201. **FEREOL Gille et al**, Dictionnaire de sociologie, Paris, Armand Collin, 3e éd., 1995, p. 136.
202. **LACOMBE Michel et al**, Dictionnaire médical à l'usage des IDE, 3e éd., p. 517.
203. **QUEVAUVILLIER Jacques** (dir.), Dictionnaire médical avec Atlas anatomique, 6e éd., 2009, p. 06 (version numérique).

## VII. RAPPORTS

204. **Lancet**, Appropriate technology for birth.. 1985 ; 2(8452) :436-7.
205. **Berne**, Cameroun : accès à des soins de santé et à une éducation spécialisée, Recherche rapide de l'analyse-pays de l'OSAR, 15 février 2019.
206. **Estimation de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la Banque Mondiale et la division de la population des nations unies**, résumé d'orientation.
207. **HAS**, synthèses de la recommandation de la bonne pratique, 'Indications de la césarienne programmée à terme', 2012. Disponible sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr).
208. **Institut National de la Statistique, 2023** ;  
<https://www.investirau cameroun.com/economie/2504-20759-pauvrete-selon-l-ins-environ-10-millions-de-camerounais-vivaient-avec-moins-de-1-000-fcfa-par-jour-en-2022>.
209. **La déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne se fonde sur deux études du Programme spécial PNUD/UNFPA/UNICEF/OMS/Banque mondiale de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine**,<sup>9</sup> avril 2015, Communiqué de presse, Genève,  
<https://www.who.int/fr/news/item/09-04-2015-caesarean-sections-should-only-be-performed-when-medically-necessary>.
210. **MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, STRATEGIE SECTORIELLE DE SANTE 2016-2027**.

211. **Nations unies SD**, les objectifs du millénaire pour le développement, [https://www.un.org/fr/millénium\\_goals//maternal.shtml](https://www.un.org/fr/millénium_goals//maternal.shtml), consulté le 11/12/2022.
212. **Organisation Mondiale de la Santé**, 2023, <https://reliefweb.int/organization/who>.
213. **Rapport annuel 2022 Cameroun**, [https://cameroon.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/unfpa\\_cameroun\\_rapport\\_annuel\\_2022-fr.pdf](https://cameroon.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/unfpa_cameroun_rapport_annuel_2022-fr.pdf).
214. **Rapport de la cérémonie de lancement de la CARMMA au Cameroun**, UNFPA, 2010.
215. **République du Cameroun, Global Financing Facility**, [https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Cameroon\\_GFF\\_Investment\\_Case\\_Fr.pdf](https://www.globalfinancingfacility.org/sites/default/files/Cameroon_GFF_Investment_Case_Fr.pdf).
216. **Royaume du Maroc, Ministre de la Santé**, Evaluation de l'impact de la politique de Gratuité de l'accouchement et de la césarienne au niveau de six provinces au Maroc. Nouveaux outils, nouvelles connaissances, FEMHealth, 2014.
217. **UNFPA Cameroun**, 2014.
218. **WHO\_RHR\_14.17\_fre.pdf**.
219. **World Health Organization International Collaborative Study of Hypertensive Disorders of Pregnancy**. Geographic variation in the incidence of hypertension in Pregnancy. Am J Obstet Gynaecol 1988; 158:80-83.

## **VIII. JOURNAL**

220. **Le Figaro santé.fr**, le nombre de césarienne a doublé dans le monde, Consulter le 6 décembre 2022
- 221.

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Chef du Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que Monsieur **ASMAOU IBRAHIM**, Matricule **18Q466** est inscrit en Master II, option Population et développement. Elle effectue, sous la direction du **Professeur NZHIE ENGONO Jean**, un travail de recherche sur le thème : « La pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentation d'un mode d'accouchement en progression dans les maternités de Yaoundé ».

Dans le cadre de cette recherche, il aura besoin de toute information non confidentielle, susceptible de l'aider à bien conduire sa recherche.

En foi de quoi, la présente attestation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé, le **09 MARS 2023**.

Le Chef de Département



*Pr Christian Bios Nolem*  
Maître de Conférences

## ANNEXES 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DU MINISTRE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie  
-----  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DIVISION DE LA RECHERCHE  
OPERATIONNELLE EN SANTE  
N° 130-796 /L/MINSANTE/SG/DROS/SPA

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work - Fatherland  
-----  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
-----  
SECRETARIAT GENERAL  
-----  
DIVISION OF HEALTH  
OPERATIONS RESEARCH

Yaoundé, le

14 JUL 2023

LE MINISTRE

A

Madame ASMAOU Ibrahim  
Département de Sociologie  
Université de Yaoundé I  
Tel. 697510863

**Objet :** Votre Demande d'autorisation de recherche.

**Madame,**

En accusant réception de votre demande dont l'objet et les références sont repris en marge ;

J'ai l'honneur de vous signifier mon accord de principe pour la collecte d'informations relatives à votre projet de mémoire intitulé « la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentation d'un mode d'accouchement en progression dans les maternités de Yaoundé »

A cet effet, vous êtes invité à prendre attache avec les responsables de la Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé (HGOPY), de l'Hôpital Central de Yaoundé (HCY), de l'Hôpital Militaire de Yaoundé (HMY) et l'Hôpital de la Caisse.

Pendant la phase de collecte et de traitement de vos données, vous veillerez à vous conformer aux règles Ethique Universelle.

Par ailleurs, au terme de votre recherche, vous voudriez bien envoyer le résumé exécutif de vos travaux à la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) à l'adresse suivante : minsantedros@yahoo.com.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

**Copie**

- CAB/MINSANTE/SESP
- SG/MINSANTE
- DROS/DPS
- Intéressées/archives/chrono



Dr. Manaouda Malachie

Site web: [www.minsante.cm](http://www.minsante.cm) / [www.minsante.gov.cm](http://www.minsante.gov.cm)  
Tel. 22 23 45 18 – Fax: 22 23 45 79; E-Mail: [minsantedros@yahoo.com](mailto:minsantedros@yahoo.com)

## ANNEXES 3 : CLAIRANCE ÉTHIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
*Paix – Travail – Patrie*  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
SECRETARIAT GÉNÉRAL  
COMITÉ RÉGIONAL D'ÉTHIQUE DE LA  
RECHERCHE POUR LA SANTÉ HUMAINE DU CENTRE  
Tél : 222 21 20 87/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30



REPUBLIC OF CAMEROON  
*Peace – Work – Fatherland*  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
SECRETARIAT GENERAL  
CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE  
FOR HUMAN HEALTH RESEARCH

CE N° 00427 CRERSHC/2023

Yaoundé, le 28 JUIL 2023

### CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Éthique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSH/C) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « **Pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentations d'un mode d'accouchement en progression dans les Maternités de Yaoundé** », soumis par Monsieur Asmaou Ibrahim.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressé est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Éthique. En outre, il est tenu de :

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Ampliations:  
CNERSH



LE PRESIDENT,

*Dr. Delo Boye Casimir*  
Pharmacien

www.minsante.gov.cm

## ANNEXES 4 : CLAIRANCE ÉTHIQUE HGOPY

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
HOPITAL GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE  
ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDE  
HUMILITÉ – INTEGRITÉ – VÉRITÉ – SERVICE



REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC  
AND PEDIATRIC HOSPITAL  
HUMILITY – INTEGRITY – TRUTH – SERVICE

### COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des  
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 563 /CIERSH/DM/2023

### CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 25 octobre 2023, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentation d'un mode d'accouchement en progression dans les maternités de Yaoundé » soumis par l'étudiant ASMAOU IBRAHIM.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

ASMAOU IBRAHIM devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

Yaoundé, le 01 NOV 2023

LE PRESIDENT



Prof MBU Robinson  
Directeur Général  
HGOPY

N°1827 ; Rue 1564 ; Ngousso ; Yaoundé 5<sup>ème</sup>  
BP : 4362 Tél. : 242 05 92 94 / 222 21 24 33 / 222 21 24 31 Fax : 222 21 24 30  
E-mail : hgopy@hotmail.com / hgopy@hgopy.cm

## ANNEXE 5 : FICHE D'INFORMATION SUR LE CONSENTEMENT ECLAIRE

### PORTANT SUR LE THEME : « LA PRATIQUE DE LA CESARIENNE DANS LES HÔPITAUX PUBLICS AU CAMEROUN : ENJEUX ET REPRÉSENTATIONS D'UN MODE D'ACCOUCHEMENT EN PROGRESSION DANS LES MATERNITÉS DE YAOUNDÉ »

Par : Nom et informations de l'investigateur principal : ASMAOU IBRAHIM, Etudiante à l'Université de Yaoundé I, Master II en Sociologie.

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par la chercheuse ainsi que les risques et les bénéfices potentiels inhérents à l'étude. J'ai lu et/ou écouté et compris la fiche d'informations qui m'a été remise. J'ai bien compris que :

J'ai reçu l'assurance du chercheur que des mesures sont prises en vue de minimiser ces risques lors de la recherche par exemple, l'option de refuser de répondre aux questions qui me seront posées car il est possible que ma participation à cette recherche implique que je donne de l'information personnelle, aborde des sujets sensibles, Il est possible qu'elle crée Des risques possibles d'inconfort émotionnel, psychologique, physique, social. Le chercheur m'a donné l'assurance qu'il traitera les informations que je partagerai avec elle de façon strictement confidentielle. Je m'attends à ce que le contenu ne soit utilisé que dans le cadre de ses études académique et selon le respect de la confidentialité. Mon anonymat sera préservé si je le souhaite de façon à ce que mon nom ne soit pas cité lors de la restitution du travail.

- Ma participation à l'étude est volontaire et non rémunérée ;
- Je comprends l'utilité de ce travail et de ce qui est attendu de moi ;
- Je suis libre d'accepter ou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours de l'étude sans que cela influence ma prise en charge ;
- Mon consentement ne décharge pas le responsable de cette étude, de leurs responsabilités ;

Après avoir discuté et obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Noms et prénoms du participant :

.....

Signature

Nom et Prénom de l'investigateur : Asmaou Ibrahim

Signature

Fait-le .....

## ANNEXE6 : INFORMED CONSENT FORM

RELATING TO THE THEME: "THE PRACTICE OF CAESAREAN SECTION IN PUBLIC HOSPITALS IN CAMEROON: ISSUES AND REPRESENTATIONS OF AN INCREASING MODE OF CHILDBIRTH IN MATERNITIES IN YAOUNDÉ"

By: Name and information of the principal investigator: ASMAOU IBRAHIM, Student at the University of Yaoundé I, Master II in Sociology.

The objectives and methods of the study were clearly explained to me by the researcher as well as the risks and potential benefits inherent in the study. I have read and/or listened to and understood the information sheet given to me. I understand that:

I have received assurances from the researcher that measures are taken to minimize these risks during the research, for example, the option of refusing to answer questions that will be asked of me because it is possible that my participation in this research involves giving personal information, discussing sensitive subjects, It is possible that it creates Possible risks of emotional, psychological, physical, social discomfort. The researcher has given me the assurance that he will treat the information that I share with her strictly confidential. I expect that the content will only be used in the context of his academic studies and according to the respect of confidentiality. My anonymity will be preserved if I wish so that my name will not be mentioned when returning the work.

- My participation in the study is voluntary and unpaid;
- I understand the usefulness of this work and what is expected of me;
- I am free to accept or refuse to participate, and I am free to stop my participation at any time during the study without this affecting my treatment;
- My consent does not release the person in charge of this study from their responsibilities; After having discussed and obtained the answer to all my questions, I freely agree to participate in the research proposed to me.

surnames and first names of the participant :

Signature

Surname and first names of the investigator :  
Asmaou Ibrahim

Signature

Do at.....

## **ANNEXES 7 : Guide d'entretien patientes ou femme ayant déjà eu une césarienne.**

Bonjour Monsieur/Madame, je suis étudiante en sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentation d'un mode d'accouchement en progression dans les maternités de Yaoundé. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène. Je vous garantis de l'anonymat, la confidentialité de cette étude. Nous souhaiterions si possible vous enregistrer avec un magnétophone.

### **Profil Socio démographique :**

Code d'identification

- Âge
- Niveau d'étude
- Profession
- Statut matrimonial
- Religion
- Quartier de résidence
- Nombre d'enfants

1. Que représente l'accouchement pour vous de manière générale
2. Que représente l'accouchement par voie basse ? Par césarienne ?
3. Comment avez-vous pris connaissance de cette pratique ?
4. Qu'avez – vous entendu dire de la césarienne ?
5. Aviez – vous déjà discuté de la césarienne avec vos proches ?
6. Qu'en disaient – ils ? Avant la naissance : Pourriez – vous nous dire ce que représentait la césarienne, avant la naissance, pour vous ?
7. Pourriez – vous me dire ce que représentait la césarienne, avant votre grossesse ? La naissance de votre bébé, pour vous ?
8. Votre césarienne a-t-elle été programmée ou faite en urgence ?
9. Une personne proche de vous a – t – elle déjà eu une césarienne ?
10. Que disaient vos proches de cette personne après sa césarienne ? Pendant la grossesse, aviez – vous peur d'avoir une césarienne ? de quoi précisément ?
11. Avez – vous eu l'occasion de parler de la césarienne avec une sage – femme ou un médecin ? Si oui : A quelle occasion ? Que vous a dit cette personne ? Que pensiez – vous de la césarienne après ? Si non : Auriez – vous aimé en parler que cela se présente ? Avez – vous suivi une préparation à la naissance ?
12. La césarienne a – t – elle été programmée ou faite en urgence ? A quel terme ? A quelle date ? J'aimerais maintenant que vous nous expliquiez comment s'est déroulée

l'annonce de la césarienne. Vous avez – t – ont expliqué pourquoi il vous fallait une césarienne ? Que vous a – t – on dit ? Que pensez-vous de cette décision ?

13. Pensez – vous avoir été bien informée ?
14. Comment avez – vous réagi à l'annonce de la césarienne ? que ressentiez – vous ? Comment vos proches ont réagi à la nouvelle ?
15. Qui était la personne qui vous accompagnait ? comment a – t – elle réagit ?
16. Comment a réagit votre conjoint à l'annonce de la césarienne ? Finalement, la césarienne a – t – elle été faite contre votre volonté ? contre la volonté votre conjoint ? J'aimerais que vous nous parliez de ce que vous ressentez aujourd'hui lorsque vous pensez à votre césarienne.
17. En avez – vous voulu au corps médical ? Lui faites – vous encore confiance ?
18. Vous est-il arrivé d'être en conflit avec le personnel soignant ? Quelle sont les raisons ?
19. Pensez-vous avoir été victime d'un quelconque abus venant de la part du corps médical ? Comment l'expliqueriez-vous ?
20. Comment trouvez-vous le coût des soins ?
21. J'aimerais que vous me parliez de ce que vous ressentez aujourd'hui lorsque vous pensez à votre césarienne. En avez – vous voulu au corps médical ? Lui faites – vous encore confiance ?
22. Est – ce que la césarienne a changé votre regard ou celui de votre mari sur votre enfant ?
23. Pensez – vous que la césarienne a changé vos rapports avec votre conjoint ?
24. Pensez – vous que la césarienne a changé vos rapports avec la famille ? Que pensez – vous de vous – même depuis que vous avez eu une césarienne ? Au final, qu'est – ce qui vous a marqué le plus dans le fait d'avoir une césarienne ?
25. Comment faites – vous pour vivre avec aujourd'hui ? S'il fallait vous refaire une césarienne à l'avenir, le feriez vous ? Comment réagiriez – vous ?

## **Annexe 8 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES RESEAUX SOCIAUX DES FEMMES AYANT ACCOUCHEES PAR CÉSARIENNE**

Bonjour Monsieur/Madame, je suis étudiante en sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentation d'un mode d'accouchement en progression dans les maternités de Yaoundé. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène.

### **Profil Socio Démographique :**

Code d'identification

- Âge
- Niveau d'étude
- Profession
- Statut matrimonial
- Religion
- Quartier de résidence
- Nombre d'enfants
- Ethni

- ❖ Combien d'enfants avez-vous ?
- ❖ Avez-vous déjà entendu parler de la césarienne ?
- ❖ À quelle occasion ?
- ❖ Quel lien avez-vous avec la femme qui a accouchée ?
- ❖ Comment avez-vous été informé de l'accouchement ?
- ❖ Par quelle voie a-t-elle accouché ?
- ❖ Quelle était le type d'accouchement ? Quelle était le type de césarienne dont les médecins ont eu recours ?
- ❖ Quelle était la réaction de la patiente face à cette nouvelle ?
- ❖ Et vous, comment avez-vous réagi ?
- ❖ Vous a-t-on expliqué la raison pour laquelle la césarienne devait être fait ?
- ❖ Pouvez-vous nous décrire l'expérience dont vous avez été témoin ?
- ❖ Combien de temps avez-vous mis à l'hôpital ?
- ❖ D'après vous quelle est la cause de ce recours ?
- ❖ Qui a décidé du lieu d'accouchement ? comment avez-vous trouvé ce choix ?
- ❖ Pouvez-vous nous décrire l'expérience dont vous étiez témoin ?
- ❖ D'après vous quelles sont les causes de ces recours ?
- ❖ Quelles sont les conséquences de cette pratique sur les parturientes et votre entourage ?
- ❖ Comment trouvez-vous le coût des soins ?
- ❖ Comment a réagi la famille ?
- ❖ Comment vous êtes-vous mobiliser pour couvrir les dépenses ?

Merci pour votre contribution !

## **Annexe 9 : Guide d'entretien pour les membres du corps médical**

Bonjour Monsieur/Madame, je suis étudiante en sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur la pratique de la césarienne dans les hôpitaux publics au Cameroun : enjeux et représentation d'un mode d'accouchement en progression dans les maternités de Yaoundé. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène. Je vous garantis de l'anonymat, la confidentialité de cette étude. Nous souhaiterions si possible vous enregistrer avec un magnétophone.

### **Caractéristiques socio-demographique et professionnel**

Code d'identification

- Age
  - Religion
  - Statut matrimonial
  - Fonction
  - Nombre d'années d'expériences
1. Que représente la césarienne pour vous en tant que médecin, sage femme, gynécologue...
  2. Que représente cette pratique pour vos patientes ? Que pensez-vous de vos patientes et leur entourage à propos de cette pratique ?
  3. Pourquoi pensent-ils ainsi d'après vous ? Quelles sont les facteurs qui pourraient expliquer cela d'après vous ?
  4. La césarienne telle que perçue par les patientes, pensez-vous qu'elle vise uniquement à sauver des vies ? Pourquoi pensent-elles ainsi ? Et vous en tant que médecin qu'en pensez-vous ? Est-ce la même chose dans d'autres hôpitaux ?
  5. Quelles sont les différentes étapes ou circonstances qui se déroulent avant l'intervention ?
  6. Qui prend la décision du recours à la césarienne ? Quelles sont les recommandations immédiates ? est-ce vous, un collègue ou sage femme ou autre ? S'applique-t-elle également dans d'autres hôpitaux ?
  7. Comment annoncez-vous aux patientes le recours à ce type d'accouchement ?
  8. Quelles sont leurs réactions ? Quelles sont les réactions de leurs entours ? Y a-t-il des refus ? Si Oui ou non, pourquoi cette réaction d'après vous ? pourquoi pensent-ils ainsi d'après vous ?
  9. Pensez-vous qu'elles sont assez bien préparées ? Si oui comment les préparez-vous ? Sinon pourquoi d'après vous ?
  10. Comment percevez-vous les interactions entre soignants et prestataires de soins ?
  11. De quoi se plaignent-elles ? Pourquoi cette réaction d'après vous ?
  12. Combien de type de césariennes avez-vous eu à faire ?
  13. Quelles sont les plus courantes ?
  14. À combien s'élève le coût d'un accouchement normal ? Par césarienne ?
  15. Comment se déroulent-elles ? Quelles sont les difficultés auxquelles vous faites face ? Pensez-vous que tous les hôpitaux soient confrontés aux mêmes difficultés ? Comment l'expliqueriez-vous ?
  16. Pensez-vous que c'est la même chose dans d'autres hôpitaux ? Comment l'expliquez-vous ?
  17. Comment se déroule la prise en charge ? Comment se présente l'état des parturientes quand elles se réveillent ? Comment décririez-vous leurs réactions d'après vous ? Combien de temps faut-il pour une nouvelle conception après une césarienne ?

18. Respectent-elles les prescriptions que vous donnez ? Si non pourquoi d'après vous ?
19. D'après votre expérience dans la médecine, combien de césariennes en moyenne une femme peut-elles subir ?
20. Quelles sont les préjugés liés à cette pratique médicale ?
21. Quelles sont les risques liés à cette pratique ?
22. La césarienne tel que perçu par les patientes, pensez vous qu'une autre grossesse après 3 a 4 intervention constitue un danger pour la mère autant que pour l'enfant ? Si oui lesquelles ?
23. D'après vous qu'est ce qui explique la progression de l'utilisation de la césarienne dans les maternités ? Quelles sont les réelles causes liées à cette pratique ? Pensez-vous que c'est la même chose dans d'autres hôpitaux ?
24. Ya t-ils des femmes qui ont recours à la césarienne de manière volontaire ? Si oui pouvez nous expliquer pourquoi prennent-elles cette décision d'après vous ? Que faites vous en tant que médecin à ce moment là ?
25. Pensez vous qu'elles sont assez préparées d'après vous ? Connaissent-elles les enjeux liés à ce type d'intervention ?
26. De quelle catégorie de personnes appartiennent ces femmes ? Quelles sont les facteurs qui influencent la prise de décision ? Hormis ces facteurs Connaissiez-vous en d'autres ? Si oui lesquels ?
27. Qui prend la décision d'après vous ?
28. Ya t-il pas d'autres moyens d'éviter ce recours ? Si oui lesquels ?
29. Connaissent-elles l'existence de ce recours ? Si oui pourquoi prennent-elles toujours la décision de faire recours à la césarienne ?
30. Pensez vous que la césarienne électorale constitue un facteur qui influence l'augmentation de la césarienne dans les maternités de Yaoundé ?
31. Ya t-ils d'autres facteurs qui justifient cette augmentation ? Si oui lesquels ? Est la même chose qui s'applique dans d'autres maternités ?
32. En partant des visites prénatales jusqu'à l'accouchement, comment percevez-vous l'interaction entre les parturientes, le corps médical et la prise en charge de cette dernière ?
33. Pensez vous que ces interactions sont à l'origine de certaines interventions qui ne sont pas nécessairement utiles ? Comment l'expliquez-vous ? À ce moment là Pensez-vous que la césarienne soit une intervention qui vise uniquement à sauver des vies ? Comment l'expliqueriez-vous ?
34. Quelles sont les mesures d'accompagnement mises en place par l'hôpital pour les femmes césarisées dans leurs désirs d'enfantement ?

Merci

## **Annexe 10 : GRILLE D'OBSERVATION DANS LES HÔPITAUX**

Code

Date

Lieu d'observation

- ❖ Éléments à observer.
  - ❖ Climat d'accueil (chaleureux ; indifférent ; froid)
  - ❖ Temps mis pour la réception
  - ❖ Aspects de la salle d'accouchement
  - ❖ Le Nombre de personnes en salle d'accouchement (intervalle)
  - ❖ Forme d'interaction avec le soignant (écoute du patient ; pas d'écoute)
  - ❖ Mine des patients (impression de satisfaction ; impression d'insatisfaction)
  - ❖ Attitude des soignants (convivialité ; attention ; courtoisie ; inattention insensibilité ; indifférence)
  - ❖ Forme de communication avec le malade (horizontale ; verticale)
  - ❖ État des infrastructures (bien entretenus ; mal entretenus)
  - ❖ Respect de la confidentialité et de l'intimité des patientes
  - ❖ Nombre de femmes par salle de suite de couche (intervalle)
  - ❖ Forme de communication lors du consentement (approuvé ; désapprouvé)
  - ❖ Réaction des patientes lors de l'annonce
  - ❖ Réaction de l'accompagnateur
  - ❖ Forme de négociation
  - ❖ Assistance par un personnel qualifié (sagefemme/maïeuticien ; infirmier ; stagiaire)
  - ❖ Cout des prestations (normal ; augmenté)
  - ❖ État des toilettes (salubre, insalubre)
  - ❖ Lieu des toilettes (éloigné, proche)
  - ❖ Remise du reste de matériel après accouchement (effectif ; ineffectif)
  - ❖ Contrôle du saignement des femmes en post –partum (régulier ; irrégulier ; pas de contrôle)
  - ❖ Paiement du KIT d'accouchement (à la caisse ; au personnel de maternité).
- Autres éléments importants à observer
- ❖ Impression générale

## Annexe 11 : LISTE DES PERSONNES ENQUETEES

**Tableau : Profils de femmes référées pour une césarienne d'urgence**

| Code | Âge | Niveau d'étude     | motifs de l'acte chirurgical        | Nb enfants par césarienne | Nb enfants par voie basse | Statut matrimonial | Date de l'entretien | Lieu    |
|------|-----|--------------------|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------|---------------------|---------|
| P1   | 20  | Bac +2             | Bassin rétréci                      | 1                         | 0                         | Célibataire        | 07/11/2023          | Ngousso |
| P2   | 23  | Bac +1             | Prééclampsie sévère                 | 1                         | 0                         | Célibataire        | 08/11/2023          | Ngousso |
| P3   | 32  | CEP                | Travail stationnaire                | 1                         | 2                         | Mariée             | 13/11/2023          | Ngousso |
| P4   | 34  | BEPC               | Éclampsie                           | 1                         | 5                         | En couple          | 14/11/2023          | Ngousso |
| P5   | 34  | Secondaire         | Hématome rétroplacentaire           | 1                         | 1                         | En couple          | 14/11/2023          | Ngousso |
| P6   | 19  | BEPC               | Col fermé (absence de dilatation)   | 1                         | 0                         | Fiancée            | 14/11/2023          | Ngousso |
| P7   | 29  | Non précisé        | Pas de voie d'accouchement possible | 1                         | 6                         | Mariée             | 16/11/2023          | Ngousso |
| P8   | 36  | Secondaire         | Circulaire du cordon                | 1                         | 5                         | Mariée             | 16/11/2023          | Ngousso |
| P9   | 26  | Première           | Travail stationnaire                | 1                         | 3                         | En couple          | 16/11/2023          | Ngousso |
| P10  | 23  | Bac                | Disproportion céphalo-pelvienne     | 1                         | 0                         | Fiancée            | 18/03/2024          | Etoudi  |
| P11  | 37  | Première           | Prééclampsie sévère                 |                           | 0                         | 2                  | 18/11/2023          | Ngousso |
| P12  | 30  | Licence            | Éclampsie                           | 2                         | 0                         | Mariée             | 19/11/2023          | Ngousso |
| P13  | 34  | Licence            | Problème placentaire                | 1                         | 4                         | Mariée             | 21/11/2023          | Ngousso |
| P14  | 31  | Première           | Travail stationnaire                | 1                         | 4                         | En couple          | 22/11/2023          | Ngousso |
| P15  | 40  | Non précisé        | Souffrance fœtale                   | 1                         | 7                         | Mariée             | 22/11/2023          | Mvog-Bi |
| P16  | 30  | Bac                | Prééclampsie sévère                 | 2                         | 0                         | Célibataire        | 22/11/2023          | Ngousso |
| P17  | 32  | BEPC               | Prééclampsie sévère                 | 2                         | 0                         | Célibataire        | 13/03/2024          | Ngousso |
| P18  | 38  | Secondaire         | Bradycardie fœtale                  | 1                         | 6                         | Mariée             | 24/11/2023          | Ngousso |
| P19  | 21  | 4e année (collège) | Travail stationnaire                | 1                         | 3                         | Fiancée            | 24/11/2023          | Ngousso |
| P20  | 34  | Non précisé        | Prééclampsie sévère                 | 3                         | 0                         | Mariée             | 28/11/2023          | Ngousso |

|     |    |             |                                                                           |   |   |           |            |         |
|-----|----|-------------|---------------------------------------------------------------------------|---|---|-----------|------------|---------|
| P21 | 38 | Non précisé | Utérus bicatriculaire avec myomes                                         | 3 | 0 | Mariée    | 04/12/2023 | Ngousso |
| P22 | 34 | Secondaire  | Prééclampsie sévère                                                       | 1 | 7 | Fiancée   | 18/12/2023 | Etoudi  |
| P23 | 37 | Bac +2      | Prééclampsie sévère                                                       | 2 | 2 | Mariée    | 18/12/2023 | Soa     |
| P24 | 35 | Licence     | Travail stationnaire                                                      | 1 | 3 | En couple | 18/12/2023 | Ngousso |
| P25 | 28 | BEPC        | Utérus cicatriculaire (césarienne programmée) – accouchement VB antérieur | 1 | 2 | En couple | 10/11/2023 | Ngousso |

### Femmes ayant accouché par césarienne programmée A HGOPY et autres structures

| Co de | Âge | Niveau d'étude | Motifs de l'acte chirurgical             | Accouchements par voie basse | Accouchements par césarienne | Statut matrimonial | Date d'entretien | Lieu      |
|-------|-----|----------------|------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------|-----------|
| P1    | 29  | Primaire       | Bassin limite, utérus quadricatriculaire | 0                            | 5                            | Mariée             | 18/12/2023       | Ngoussou  |
| P2    | 25  | Bac            | Bassin limite, utérus bicatriculaire     | 0                            | 3                            | Fiancée            | 28/01/2024       | Nlonkank  |
| P3    | 23  | Bac +5         | Double circulaire                        | 0                            | 1                            | Fiancée            | 13/12/2023       | Whats App |
| P4    | 38  | Terminale      | Voie limite, utérus cicatriculaire       | 0                            | 3                            | Mariée             | 13/01/2024       | Ngoussou  |
| P5    | 15  | 2nde           | Bassin immature                          | 0                            | 1                            | En couple          | 12/01/2024       | Ngoussou  |
| P6    | 24  | Bac +1         | Utérus cicatriculaire                    | 0                            | 2                            | En couple          | 19/03/2024       | Mbankolo  |
| P7    | 39  | Doctorante     | Primiparité tardive                      | 0                            | 1                            | Célibataire        | 08/12/2023       | Ngoussou  |
| P8    | 42  | Bac +4         | Primiparité tardive                      | 0                            | 1                            | Mariée             | 08/02/2024       | Whats App |
| P9    | 31  | Bac +1         | Primiparité tardive                      | 0                            | 1                            | Fiancée            | 10/04/2024       | Whats App |
| P13   | 32  | Bac +3         | Primiparité tardive                      | 0                            | 1                            | Mariée             | 10/04/2024       | Mvog-Bi   |

**Tableau des femmes ayant été programmée pour une césarienne mais n'ayant jamais subi l'opération**

| Co de | Âge | Niveau d'étude | Motifs de l'acte chirurgical | Accouchements par voie basse | Accouchements par césarienne | Statut matrimonial | Date d'entretien | Lieu       |
|-------|-----|----------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------|------------------|------------|
| P10   | 28  | BEPC           | Circulaire de cordon         | 2                            | 0                            | Mariée             | 28/05/2024       | Cité Verte |
| P11   | 26  | Secondaire     | Voie limite                  | 4                            | 0                            | En couple          | 04/06/2024       | Nkolbisson |
| P12   | 19  | Secondaire     | Voie limite                  | 1                            | 0                            | Célibataire        | 12/03/2023       | Nkolbisson |

**Tableau du reseau relationnel des patientes**

| Pseudo | Âges | Nbre d'enfants | Relation avec la patiente | Date de l'entretien | Lieux          |
|--------|------|----------------|---------------------------|---------------------|----------------|
| A1     | 26   | /              | Amie                      | 07/03/2024          | Ngousso        |
| A2     | 37   | 4              | Mari                      | 23/11/2023          | Ngousso        |
| A3     | 26   | 2              | Sœur                      | 12/11/2023          | Ngousso        |
| A4     | 62   | 06             | Mere                      | 12/11/2023          | Ngousso        |
| A5     | 28   | 03             | Tante                     | 02/12/2023          | Carrefour meec |
| A6     | 33   | 04             | Mari                      | 02/01/2023          | Ngousso        |
| A7     | 19   | 00             | Fille                     | 04/02/2024          | Ngousso        |
| A8     | 35   | 01             | Frere                     | 12/11/2023          | Ngousso        |
| A9     | 21   | 00             | Sœur                      | 18/02/2024          | Etoudi         |
| A10    | 34   | 03             | Amie                      | 04/12/2023          | Ngousso        |
| A11    | 63   | 07             | Mere                      | 14/12/2023          | Etoudi         |

**Tableau des stagiaires interrogés**

| Pseudo | Age | Niveau                  | Date       | Lieux    |
|--------|-----|-------------------------|------------|----------|
| S1     | 24  | 5ieme annee de medecine | 24/06/2024 | Ngousso  |
| S2     | 25  | 6ieme annee medecine    | 20/01/2024 | Whatsapp |
| S3     | 22  | 4 ieme annee medecine   | 24/06/2024 | Ngusso   |

**Tableau des medecins gynecologues sage femme maieuticiens interrogéess**

| Pseudo        | Annees d'expériences          | Date       | Lieux   |
|---------------|-------------------------------|------------|---------|
| Maieuticien   | 25                            | 24/12/2024 | Ngousso |
| Docteur       | En cours de specialisation s2 | 20/12/2023 | Ngousso |
| Gynecointerne | 4                             | 29/12/2023 | Ngousso |
| Sage femme    | 20                            | 28/12/2023 | Ngousso |
| Docteur       | En cours de specialisation    | 27/12/2023 | HCY     |
| Gynecologue   | 17                            | 19/12/2023 | Ngousso |

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                   |      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| DEDICACE.....                                                                                                     | i    |
| REMERCIEMENTS .....                                                                                               | ii   |
| SOMMAIRE .....                                                                                                    | iii  |
| RÉSUMÉ.....                                                                                                       | iv   |
| ABSTRACT .....                                                                                                    | v    |
| LISTE DES ILLUSTRATIONS .....                                                                                     | vi   |
| LISTE DES ENCADREES .....                                                                                         | vii  |
| SIGLES ET ACRONYMES .....                                                                                         | viii |
| INTRODUCTION GÉNÉRALE.....                                                                                        | 1    |
| I- CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....                                                                                 | 2    |
| II- PROBLÈME .....                                                                                                | 6    |
| III- PROBLEMATIQUE .....                                                                                          | 9    |
| III.1- Prise en charge des accouchements et violences obstétricales dans les systèmes<br>sanitaires publics ..... | 9    |
| III.2- La gestion de la césarienne par les politiques publiques .....                                             | 11   |
| III.3- Représentations de l'accouchement par voie basse et ses douleurs.....                                      | 12   |
| III.4- Représentations de la pratique de la césarienne.....                                                       | 14   |
| III.5- Le vécu psychologique de la césarienne.....                                                                | 16   |
| III.6- Implication de la césarienne sur la santé maternelle et la vie quotidienne .....                           | 18   |
| IV- QUESTIONS DE RECHERCHE.....                                                                                   | 21   |
| IV.1. Question principale .....                                                                                   | 21   |
| IV.2. Questions secondaires .....                                                                                 | 21   |
| V- Hypothèses de recherches.....                                                                                  | 21   |
| V.1. Hypothèse principale.....                                                                                    | 21   |
| V.2. Hypothèses secondaires.....                                                                                  | 21   |
| VI. Cadrage théorique.....                                                                                        | 22   |
| VI.1. Théories des représentations sociales .....                                                                 | 22   |
| VI.2. L'interactionnisme symbolique.....                                                                          | 23   |
| VI.3. Le structuralisme constructivisme .....                                                                     | 24   |
| VII. CADRAGE METHODOLOGIQUE.....                                                                                  | 25   |
| VII.1. Méthode utilisée.....                                                                                      | 25   |
| VII.2- population d'étude.....                                                                                    | 26   |
| VII.3-methode d'échantillonnage : l'échantillonnage non probabiliste.....                                         | 26   |

|                                                                                                                                                                                               |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| VII.3-1. L'échantillonnage sur place .....                                                                                                                                                    | 27 |
| VII.3-3echantillonnage par boule de neige.....                                                                                                                                                | 27 |
| VIII. TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNÉES.....                                                                                                                                                 | 28 |
| VIII. L'observation documentaire.....                                                                                                                                                         | 28 |
| VIII.2. L'observation participante.....                                                                                                                                                       | 29 |
| VIII.3. L'observation directe.....                                                                                                                                                            | 29 |
| VIII.4. L'entretien semi directif .....                                                                                                                                                       | 30 |
| VIII.6. Technique d'analyse des donnes .....                                                                                                                                                  | 32 |
| IX. Clarification des concepts.....                                                                                                                                                           | 32 |
| PREMIERE PARTIE : ÉVOLUTION DES PRATIQUES MEDICALES ET FACTEURS<br>DETERMINANTS LE RECOURS A LA CÉSARIENNE À HGOPY .....                                                                      | 35 |
| Chapitre I : DE LA MEDICALISATION DE L'ACCOUCHEMENT A LA PRATIQUE<br>DES CESARIENNES.....                                                                                                     | 37 |
| I. ÉVOLUTION DES PRATIQUES MÉDICALES LIÉES À L'ACCOUCHEMENT ...                                                                                                                               | 37 |
| I.1. La médicalisation de l'accouchement .....                                                                                                                                                | 37 |
| I.2. L'instrumentalisation de l'accouchement par voie basse.....                                                                                                                              | 40 |
| I.3. Les limites de l'accouchement par voie basse .....                                                                                                                                       | 42 |
| II. L'ÉMERGENCE DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE HAUTE .....                                                                                                                                        | 44 |
| II.1 L'évolution de la césarienne .....                                                                                                                                                       | 45 |
| II.2. La césarienne aujourd'hui .....                                                                                                                                                         | 47 |
| III. LA CESARIENNE D'UN POINT DE VUE BIOMEDICAL .....                                                                                                                                         | 48 |
| III.1. La césarienne primaire ou élective et la césarienne sur demande maternelle .....                                                                                                       | 48 |
| III.2. La césarienne décidée après le début du travail .....                                                                                                                                  | 50 |
| III.3. La césarienne d'urgence.....                                                                                                                                                           | 50 |
| IV. FACTEURS EXPLICATIFS DE L'AUGMENTATION DE L'ACCOUCHEMENT<br>PAR CESARIENNE A HGOPY .....                                                                                                  | 51 |
| IV.1. Facteurs liés aux problèmes hypertensifs : cas de la prééclampsie sévère et de<br>l'éclampsie .....                                                                                     | 52 |
| IV.3. Facteurs liés à la morphologie du bassin de la parturiente et la position du bébé                                                                                                       | 58 |
| IV.4. Facteurs liés au poids du bébé.....                                                                                                                                                     | 63 |
| IV.5 Facteurs liés au poids de la mère .....                                                                                                                                                  | 64 |
| Chapitre II : ROLE DU SUIVI PRENATALE ET IMPLICATION DES PROTOCOLES<br>MÉDICAUX DANS L'AUGMENTATION DES CÉSARIENNES A L'HÔPITAL<br>GYNÉCO-OBSTETRIQUE ET PÉDIATRIQUE DE YAOUNDÉ (HGOPY) ..... | 66 |
| I. IMPLICATIONS LIEES A LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES ET<br>ACCOUCHEMENTS .....                                                                                                           | 66 |

|                                                                                                                                  |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| I.1. Les obstacles sociaux économiques.....                                                                                      | 67  |
| I.2. Facteurs liés aux lacunes du système de santé.....                                                                          | 70  |
| II. APPLICATION SYSTEMATIQUE DES RECOMMANDATIONS DU<br>PROTOCOLE MEDICAL : CAS DES CESARIENNES PROGRAMMEES.....                  | 72  |
| II.1. Priorisation de la sécurité maternelle et fœtale : techniques de gestion<br>des risques .....                              | 72  |
| II.2 Utilisation des technologies dans la détection des anomalies .....                                                          | 74  |
| II.3 Évolution des indications.....                                                                                              | 75  |
| II.4. Protocole Médical Standardisé .....                                                                                        | 76  |
| II.5. Cas d'erreur médical.....                                                                                                  | 79  |
| III. LA CÉSARIENNE SOUS DEMANDE MATERNELLE .....                                                                                 | 81  |
| III. 1. Demande de césarienne lors de la poussée du bébé. ....                                                                   | 81  |
| III.2. Primiparité tardive.....                                                                                                  | 85  |
| III.3. Traumatismes liés aux expériences vécues .....                                                                            | 88  |
| DEUXIÈME PARTIE : L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE : PERCEPTIONS<br>CULTURELLES ET ENJEUX PSYCHOSOCIAUX ET ÉCONOMIQUES.....         | 93  |
| Chapitre III : REPRESENTATIONS DE L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE ET<br>ROLES DES PRISES DE CONNAISSANCES SUR CES PERCEPTIONS..... | 94  |
| I. REPRESENTATION DU POINT DE VUE DU CORPS MEDICAL.....                                                                          | 94  |
| I.1. Représentation de l'OMS.....                                                                                                | 94  |
| I.2 Représentation de l'accouchement par césarienne à HGOPY .....                                                                | 97  |
| I.3. Représentation de l'accouchement par césarienne par les médecins.....                                                       | 98  |
| II. REPRESENTATION DE L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE PAR LES<br>PARTURIENTES CESARISEES ET LEUR ENTOURAGE.....                    | 99  |
| II.1- la césarienne comme un sort .....                                                                                          | 100 |
| II.2- la césarienne comme un moyen d'intrusion au projet d'une « grande famille »                                                | 103 |
| II.3- la césarienne comme un moyen de se faire de l'argent par les Fosa.....                                                     | 105 |
| II.4- La césarienne comme un acte chirurgical qui permet de sauver la vie de la mère et<br>de l'enfant.....                      | 108 |
| II.5. La césarienne comme moyen d'arrêter les souffrances.....                                                                   | 111 |
| III. MODE DE CONNAISSANCE DE LA CESARIENNE .....                                                                                 | 113 |
| 1. La connaissance à travers l'expérience personnelle ou celle de l'entourage .....                                              | 113 |
| 2. La connaissance à travers les consultations médicales et prénatales .....                                                     | 115 |
| 3. La connaissance à travers l'éducation formelle .....                                                                          | 118 |
| 4. Médias traditionnels et numériques.....                                                                                       | 119 |
| III.2. Le consentement éclairé face à l'urgence vital .....                                                                      | 120 |

|                                                                                                                         |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| III.3. Réaction des accompagnateurs face à l'urgence médicale : La sortie exigé.....                                    | 126 |
| Chapitre IV : ENJEUX SUR L'ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE .....                                                            | 130 |
| I. ENJEUX PSYCHOLOGIQUES FACE A L'OPERATION.....                                                                        | 130 |
| I.1.Du rêve à la réalité : vécu au bloc opératoire.....                                                                 | 130 |
| I.2-La crainte face à la situation du bébé .....                                                                        | 133 |
| I.3-Mode d'assistance en soin post partum .....                                                                         | 134 |
| II. VECU LIE A ACCEPTATION DE LA CESARIENNE.....                                                                        | 137 |
| II.1 vécu positif de l'accouchement par césarienne .....                                                                | 137 |
| II.2. Vécu traumatique lié à la césarienne .....                                                                        | 140 |
| II.2-1 Perte de l'Enfant un sentiment de culpabilité pour les parturientes .....                                        | 140 |
| II.2-2. Dépenses inutiles .....                                                                                         | 142 |
| II.2-3. Stresse post partum.....                                                                                        | 142 |
| II.3. Retentissement de l'accouchement par césarienne sur l'intégrité physique.....                                     | 143 |
| III. ENJEUX ECONOMIQUES AUTOUR DE LA CESARIENNE .....                                                                   | 145 |
| III.1. Contexte Socio-économique et Sanitaire .....                                                                     | 146 |
| III.2. Le Choc Financier face à l'Annonce d'une Césarienne .....                                                        | 147 |
| III.3. L'aspect financier comme levier de pression dans les hôpitaux publics .....                                      | 148 |
| III.3. La Réalité des Ressources Financières Limitées.....                                                              | 150 |
| III.3. Résilience des Familles face à la Césarienne : Solidarité et Limites .....                                       | 152 |
| III.4. La rupture de confiance : négligence et maltraitance institutionnalisée .....                                    | 156 |
| III.4. L'Assistance Sociale : Un Soutien Limité .....                                                                   | 159 |
| IV. RETENTISSEMENT DE LA CESARIENNE SUR LE PROJET MARITAL.....                                                          | 160 |
| IV.1. La peur d'avoir des césariennes pour les prochaines grossesses .....                                              | 160 |
| IV.2. La crainte de la conception après une césarienne et le recours à la planification<br>familiale.....               | 162 |
| V. RETENTISSEMENT SUR L'ITINERAIRE DES SOINS POUR LES PROCHAINES<br>GROSSESSES .....                                    | 163 |
| V.1. Peur des grandes hôpitaux et recours aux centres de santé de premiers soins pour<br>les autres accouchements ..... | 164 |
| V.2. Utilisation des itinéraires thérapeutique traditionnel.....                                                        | 165 |
| CONCLUSION GÉNÉRALE .....                                                                                               | 168 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                                                     | 175 |
| ANNEXES .....                                                                                                           | 194 |