REPUBLIQUE DU BENIN

--*--

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

------**

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

----*----**

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE (FSS)

-----**-----**

UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MEDECINE

-----***-----**

Année 2022 **No :2570**

VECU PSYCHO SOCIAL DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT PAR LES ACCOUCHEES DANS DEUX MATERNITES DE REFERENCE A COTONOU EN 2022(BENIN)

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

(DIPLÔME D'ETAT)

Par

Senanlonwan Isabelle ACLOMBESSI

Né le 1er Juin 1995 à AGBANGNIZOUN, Abomey (République du Bénin)

Directrice de thèse

Dr Christiane TSHABU AGUEMON

Pr titulaire de gynécologie-obstétrique

Co-directeur de thèse

Dr Mathieu OGOUDJOBI, MCA en gynécologie-obstétrique

Jury de soutenance

Président : Pr Eugène ZOUMENOU

Membres : Pr Christiane TSHABU AGUEMON

MCA Moufalilou ABOUBACAR

MCA Elvire KLIKPO

REPUBLIQUE DU BENIN
*****
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1200 /2022/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CSRH/SA

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI **FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE**

Université d'Abomey - Calavi LE DOYEN FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

NOVEMBRE 2022

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Maître de Conférences Agrégé VODOUHE Ulrich Bidossès

VICE-DOYEN U.F.R Pharmacie : Maître de Conférences Agrégé GANFON Medessou Yowe Habib

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

PROFESSEURS TITULAIRES

1.	Dr HOUINATO Dismand Stéphan.....	Neurologie
2.	Dr ADJIBABI Wassi.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3.	Dr MEHINTO Delphin Kuassi.....	Chirurgie Viscérale
4.	Dr GANGBO Flore	Histologie- Embryologie-Cytogénétique
5.	Dr LALEYE Anatole O. A	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
6.	Dr AMOUSSOU-GUENOU Marcellin Kuassi.	Biophysique, Médecine Nucléaire
7.	Dr FIOGBE Michel Armand.....	Chirurgie Pédiatrique
8.	Dr HANS-MOEVI Aristote	Orthopédie -Traumatologie
9.	Dr KPADONOU Toussaint Godonou.....	Médecine Physique – Réadaptation
10.	Dr SOUNOUVOU Ignace.....	Ophtalmologie
11.	Dr BIAOU Olivier	Imagerie Médicale
12.	Dr ODOULAMI-YEHOUESSI Lisette.....	Ophtalmologie
13.	Dr ZOUMENOU Eugène.....	Anesthésie-Réanimation
14.	Dr DENAKPO Justin Lewis	Gynécologie Obstétrique
15.	Dr DOSSOU Francis Moïse	Chirurgie Générale
16.	Dr ADEGBIDI Hugues Daniel Gbadébo	Dermatologie Vénérologie
17.	Dr AFFOLABI Dissou.....	Bactériologie-Virologie
18.	Dr ALAO Modjere Ola Maroufou Jules.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
19.	Dr ATADOKPEDE Agbomènou Félix.....	Dermatologie- Vénérologie
20.	Dr AWEDE Bonaventure Lucien Sévérin.....	Physiologie
21.	Dr FIOSSI KPADONOU Emilie.....	Pédopsychiatrie
22.	Dr TONATO BAGNAN Josiane Angéline A.	Gynécologie-Obstétrique
23.	Dr ADJIEN Kodjo Constant	Neurologie
24.	Dr OGOUYEMI HOUNTO Aurore Bertille.	Parasitologie
25.	Dr SAGBO Gratien.....	Pédiatrie
26.	Dr SEHONOU Jean	Hépato-Gastro-Entérologie
27.	Dr AGODOKPESSI Gildas	Pneumo-Phtisiologie
28.	ALAMOU Soulé.....	Ophtalmologie
29.	Dr ALLABI Aurel Constant Eustache.....	Pharmacologie Clinique
30.	Dr AVAKOUDJO Josué D. Georges	Urologie-Andrologie
31.	Dr AYELO Ahounmènou Paul	Médecine du Travail
32.	Dr GNONLONFOUN Dieu donné	Neurologie
33.	Dr HOUNKPATIN Benjamin I. Bodounrin.....	Gynécologie Obstétrique
34.	Dr TSHABU AGUEMON Christiane	Gynécologie Obstétrique

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

35. Dr ZOMALHETO Zavier Cossi	Rhumatologie
36. Dr YEKPE AHOUANSOU Hermione Patricia Frida..	Imagerie Médicale
37. Dr AGUEMON Badirou Din.....	Santé Publique
38. Dr ALAGNIDE Hountondji Etienne	Médecine Physique et de Réadaptation
39. Dr AZON KOUANOU Angèle	Médecine Interne
40. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
41. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
42. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
43. Dr LALYA Francis Honorat.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
44. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr ASSOUTO A. Pamphile.	Anesthésie –Réanimation
2. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr LAWSON AFOUDA Sonia.....	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
4. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande.....	Parasitologie-Mycologie
5. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
6. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
7. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
8. Dr BAGNAN TOSSA Léhila.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
9. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
10. Dr KEREKOU Annelie Célestine.....	Endocrinologie
11. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
12. Dr WANVOEGBE Armand.....	Médecine Interne
13. Dr CODJO Houétondji Léopold.....	Cardiologie
14. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
15. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê.....	Ophtalmologie
16. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys....	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
17. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
18. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice.....	Dermatologie-Vénérologie
19. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
20. Dr ANAGONOU Lary Lucrèce.....	Pédopsychiatrie
21. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles.....	Chirurgie Générale
22. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
23. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

24. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
25. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric.....	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
26. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
27. Dr GNANGNON Freddy Houehanou R.....	Cancérologie Chirurgicale
28. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin...	Urologie-Andrologie
29. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou.....	Chirurgie Générale
30. Dr KLIKPO Elvire	Psychiatrie Adulte
31. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi	Gastroentérologie et Hépathologie
32. Dr LAWANI Ismaïl.....	Chirurgie Viscérale
33. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle	Médecine du Travail
34. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu.....	Gynécologie-Obstétrique
35. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè.....	Traumatologie-Orthopédie
36. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence.....	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo.....	Santé Publique
38. Dr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
39. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud.....	Cardiologie
40. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique.....	Gynécologie-Obstétrique
41. Dr WACHINOU Ablo Prudence.....	Pneumo-Phtisiologie
42. Dr YEVI Dodji Magloire Inès.....	Urologie Andrologie
43. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A.....	Pédiatrie et Génétique Médicale

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3. Dr DJOSSOU Médesse David.....	Odontologie Pédiatrique
4. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
5. Dr AMOSSOU Labissi François.....	Traumatologie-Orthopédie
6. Dr BADOU Agnès Oladoun	Sociologie et Anthropologie sociale
7. Dr GNINKOUN Comlan Jules.....	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
8. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose...	Gynécologie-Obstétrique
9. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis.....	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
10. Dr ADJOBIMEY Mênonli.....	Santé au Travail
11. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A.....	Chirurgie Buccale
12. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie
13. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane.....	Anesthésie-Réanimation

14. Dr AÏGBE Nestor.....	Ophtalmologie
15. Dr DANGBEMEY Djima Patrice.....	Gynécologie-Odstrétique
16. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis.....	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
17. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
18. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
19. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle.....	Nutrition
20. AGBOKPONTO Janvier Engelbert.....	Chimie Analytique
21. Dr ASSANHOU Assogba Gabin.....	Pharmacie Galénique
22. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard.....	Psychiatrie
23. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana.....	Hématologie Biologie
24. Dr GOUKODADJA Oswald.....	Traumatologie Orthopédie
25. Dr SOSSA Jean	Urologie

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

ASSISTANTS

1. Dr VIGNON Cyprien Kossi.....	Chirurgie Générale
2. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M.	Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
4. Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie
5. Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
6. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
7. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles.....	Biophysique
8. Dr DADJO Kinski Aumar.....	Traumatologie Orthopédie
9. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin.....	Neurologie

Le Doyen,

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE

Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

NOVEMBRE 2022

ACTION DE GRACE

A DIEU TOUT PUISSANT,

L'être Infini et Parfait, en qui je trouve ma source ma subsistance et ma fin ;

Et à mon Maitre, Jésus Christ, qui illumine de son abondante grâce ma vie.

Gloire et honneur à tout jamais

DEDICACES

- **A mes très chers parents Joseph ACLOMBESSI et Odette AGBADO**

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous les efforts et tous les sacrifices que vous n'avez jamais cessé de consentir pour mon instruction et mon bien-être. Vous avez très tôt su graver dans mon esprit le sens du travail bien fait et le devoir des valeurs morales. C'est à travers votre soutien que j'ai pu achever ce parcours, et c'est à travers vos innombrables prières que j'ai pu me réaliser. J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi. Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de ma reconnaissance éternelle. Que Dieu Tout Puissant vous garde et vous procure santé et longue vie pour que vous continuiez à demeurer le flambeau illuminant mon chemin

AMEN !

- **Á mes adorables frères et sœurs Chimène, Armel, Blanche, Mélaine et Freud ACLOMBESSI**

Votre présence en tout temps, vos paroles d'encouragement et vos soutiens indéfectibles m'ont été d'une aide précieuse.

- **Á ma grande mère GUESSE Mélanie**

Merci pour vos prières illimitées que vous ne cessez d'accomplir à mon endroit

- **A mon chéri Renaud DEKPON**

Mon trésor, je voudrais particulièrement te dire merci pour ton amour inconditionnel que tu ne cesses de me donner à chaque instant. Merci pour ta patience, ton soutien indéfectible malgré toutes les épreuves par lesquelles nous sommes passés. Je te témoigne une fois encore ici tout mon amour et ma reconnaissance, que le Seigneur te bénisse abondamment.

Affection éternelle !

- **A mes enfants Johan et Nahel DEKPON**

Mes amours, vous représentez tellement beaucoup pour moi et je ne cesse de rendre grâce au Seigneur pour votre présence dans ma vie. Sachez que vous êtes la raison de mon combat, ce travail est aussi à vous. Je vous aime très fort.

Amour infini !

REMERCIEMENTS

- **Á tout le personnel de la clinique universitaire de gynécologie obstétrique (CUGO) et du centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHUMEL)**

Toutes mes gratitudes pour l'accueil, la collaboration et le soutien ainsi que votre participation de diverses manières à ce travail.

- **Á toutes les femmes incluses dans cette étude**

Merci à vous pour votre participation à cette étude, que le Seigneur vous bénisse abondamment

- **Á mes amis et condisciples Epiphanie ASSOUTO, Assissath OLOFINDJIN, Marina AHOUANDJINOU, Alix ADDA, Hervé EDOU,**

Merci pour l'amour fraternel, les encouragements et soutiens à divers niveaux. Brillante carrière à nous !

- **A ma chère amie sœur et condisciple Ingrid ATTIGBE**

Ma chère sœur merci pour ton cœur pur, pour ton amitié sincère. Nous avons mené ce dur combat ensemble pendant toutes ces années. Pour moi ce travail est le nôtre. Excellente carrière à nous !

- **A ma première famille d'Odonto-Stomatologie de la FSS et en particulier à Oscar ADJA, Hasmiou BODJRENOU, Francine ADJIBI, Marianelle BOGNANHO, Judicaelle ESSOU**

Merci pour votre soutien et accompagnement à divers niveaux. Même si à un moment de notre parcours nos chemins se sont séparés, sachez que je vous porte toujours agréablement dans mon cœur. Brillante carrière à nous !

- **Á mes cadets Alexis ADJAZOUNHOUE et Luc LISSANOU**

Merci pour votre aide au cours de la collecte.

- **A mon statisticien M. Esdras HOUNTOHOTEGBE**

M. Esdras je voudrais particulièrement te dire merci pour tous les efforts consentis pour l'aboutissement de ce travail. En si peu de temps, tu m'as beaucoup apporté. Pour moi tu n'es pas que mon statisticien, mais également mon ami mon frère, reçois ici ma profonde gratitude. Merci pour tout !

- **A mon cher Papa Parfait AGBADO**

Mon cher papa, je voudrais ici vous témoigner tout mon amour et ma reconnaissance. Merci pour votre soutien tout au long de mon parcours, vos mots d'encouragement, toutes les fois où j'ai le moral bas, toutes les fois où je décide d'abandonner, il suffit de me rappeler de vous pour me booster et savoir que beaucoup de personnes importantes comme vous comptent sur moi. Puisse l'Éternel des armées vous garder et vous procurer santé et longue vie pour que vous puissiez bénéficier du fruit de vos efforts. Amen !

- **A mon oncle Guillaume AGBADO**

Merci pour votre soutien inconditionnel tout au long de ce parcours. Que le seigneur vous le rende abondamment !

- **A mon oncle Ludovic AGBADO**

Merci pour vos encouragements et conseils mon cher papa. Soyez béni !

- **Á mes oncles, tantes, cousins et cousines**

Merci pour votre soutien

- **A mon amie et sœur Marina AHOLOU**

Ma sœur chérie merci pour ton soutien inconditionnel tout au long de ce parcours. Que le Seigneur te bénisse !

- **A mon ami et frère Elisée HOUINHOUI**

Merci pour tes encouragements et tes conseils que tu n'as cessé de me donner depuis toutes tes années ; tu es une belle âme et je bénis le Seigneur pour cela. Reçois ici cher frère ma profonde gratitude !

- **A mon ami et frère Thomas KPOVIESSI**

Mon cher frère, je voudrais te dire un sincère merci pour tous tes efforts. Toi et moi sommes rencontrés dans des conditions tellement hasardeuses qu'il m'était impossible de penser que tu pourrais autant te donner pour ce travail. Sans toi, il n'y aurait pas eu de collecte et tu le sais. Merci beaucoup et que le Seigneur te bénisse toi et ta famille !

- **A mon cher ami Dr Saibou RADJI**

Mon cher Docteur, que dire mon cher ami, au départ, je voulais juste un moniteur qui va m'aider afin de mieux me retrouver dans cette faculté, mais j'ai trouvé un ami qui m'aime d'un amour pur et sincère. Malgré tout, tu es resté à mes côtés, tu m'as aidé, tu m'as conseillé. Saches que je suis très honorée d'avoir un ami comme toi dans ma vie. Merci pour tout et que Dieu te bénisse !

- **A mon frère et ami Yves Dieudonné HOUNHA**

Merci pour ton soutien tout au long de ce si long parcours

- **A mon beau-frrère Judicael Sourou GANDAHO**

Mon cher grand frère puisque c'est ce que tu es pour moi, je voudrais te dire un sincère merci pour ton soutien dans la réalisation de ce travail.

Tout ceci témoigne de l'amour que tu portes à notre famille et je bénis le nom du Seigneur pour cela.

Merci pour tout et que Dieu te bénisse abondamment.

- **A Maman Véronique GBEDJINOU** (in memorium)

Chère maman, c'est avec une profonde douleur que je t'écris ces quelques mots pour te rendre hommage en reconnaissance pour tous les efforts que tu as consentis pour moi. Tu m'as accueilli chez toi et dans ta vie à bras ouvert sans

même me connaitre réellement. Ton soutien indéfectible et tes prières même lors de tes dernières heures ici-bas témoignaient comment tu étais une belle personne et plus qu'une belle-mère pour moi. C'était plus souhaitable que tu resterais longtemps sur terre pour voir tes prières porter leur fruit, mais hélas.

Paix éternelle à ton âme !

- **Á toute la 44ème promotion de la FSS de Cotonou en particulier mon groupe de stage d'internat**

L'ampleur du sacrifice commun consenti sur ce long parcours, l'intensité du stress des différentes compositions et de la joie de la réussite, l'engagement permanent de tout un chacun de nous dans la formation et toutes les peines quotidiennes partagées font de nous des frères et sœurs pour la vie. Bon vent à tous et que le destin conduise chacun au bon port.

Excellente carrière à nous !

- **A tous mes enseignants du primaire et du secondaire, tous ceux qui ont contribué à ma formation**

Ce travail vous est dédié en signe de reconnaissance.

- **A tous ceux qui ont lu ou liront ce travail, ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette thèse que j'ai omis involontairement de citer,**

Trouvez ici l'expression de ma profonde gratitude.

HOMMAGES

- **A tout le Personnel Enseignant, nos Maitres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Chers maîtres, pendant plusieurs années, vous avez consenti tant d'efforts et de sacrifices pour assurer notre formation, celle des personnels de santé qualifiés et talentueux. Vous n'avez ménagé aucun effort pour faire de nous ce que nous sommes aujourd'hui. En reconnaissance de tout ce qu'on a reçu de vous, trouvez ici, chers maitres, l'expression de notre respectueuse considération et de notre profonde gratitude.

Hommages respectueux

- **A notre Maître et Directrice de thèse, Professeur Titulaire Christiane TSHABU-AGUEMON**

Chère Professeur, plus qu'un maître, vous êtes pour nous une mère. Cher maître, sensible à la confiance que vous nous avez accordée en dirigeant ce travail, nous espérons en avoir été digne. Nous avons reçu de vous depuis nos premiers pas dans l'unité de gynécologie obstétrique une formation théorique et pratique de qualité. De vous, nous avons appris les règles fondamentales de lavie que sont l'humilité, la simplicité, l'endurance au travail, l'amour du travail bien fait, l'amour pour Dieu et pour le prochain. Nous gardons de vous l'image d'une femme de rigueur, de fermeté, et très sympathique dans les relations interpersonnelles, même avec vos collaborateurs. Ces qualités font de vous un maitre exceptionnel. Femme de principe, la qualité de votre enseignement et votre haute culture scientifique font de vous un grand maître aimé et admiré de tous.

Nous sommes fières et très heureuses d'être comptée parmi vos disciples. Recevez à travers ce travail l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre grande admiration. Puisse l'Eternel combler tous vos besoins et que grandissent la volonté et le pouvoir d'aider avec rigueur dans l'honnêteté dont

vous faites preuve. Longue vie et parfaite santé à vous.

Hommages respectueux

- **A notre Maître et Co-directeur de thèse, Docteur OGOUDJOBI Mathieu**

Cher maître, ce travail est le vôtre. Le souci constant du travail bien fait, le respect de la vie humaine, le sens social élevé, la faculté d'écoute sont des vertus que vous cultivez et qui font de vous un grand médecin. Votre courtoisie, votre disponibilité et votre exigence pour le travail bien fait font de vous un exemple à suivre. Patient quant à nos maladresses d'inexpérimenté, vous nous avez toujours montré tel un père où mettre les pas. Homme simple, abordable et réceptif aux doléances, cette thèse a tellement bénéficié de vos corrections, enrichissements et orientations malgré vos multiples charges professionnelles et administratives. Veuillez trouver ici cher maître l'assurance de notre reconnaissance infinie.

Hommages respectueux

- **Au Président du jury,**

C'est un honneur immense que vous nous faites en acceptant de présider notre jury de soutenance de thèse. Aucune œuvre humaine n'étant parfaite, c'est à vous, cher Maître, qu'incombe la lourde responsabilité de juger ce travail. Nous accepterons humblement vos conseils, remarques et suggestions dans le cadre de l'amélioration de ce travail.

Hommages respectueux

- **Aux Honorables Membres du jury,**

Nous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre thèse. Soyez persuadés, chers maitres que vos critiques et vos apports contribueront à améliorer notre travail

Hommages respectueux

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AMIU	**:**	Aspiration manuelle intra-utérine
ATCD	**:**	Antécédents
AVC	**:**	Accident vasculaire cérébral
BPN	**:**	Bilan prénatal
CAPI	**:**	Computer assister personal interview
CCC	**:**	Communication pour un changement de comportement
CERRHUD	**:**	Centre de Recherche en Reproduction Humaine et Démographique
CTG	**:**	Cardiotocographe
CHU-MEL	**:**	Centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant lagune
CNHU-HKM	**:**	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CPN	**:**	Consultation prénatale
CUGO	**:**	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique
DES	**:**	Diplôme d'études spéciales
ESPT	**:**	Etat de stress post traumatique
HAD	**:**	Hospital anxiety and depression scale
HTA	**:**	Hypertension artérielle
IC	**:**	Intervalle de confiance
Nné	**:**	Nouveau-né
OMS	**:**	Organisation mondiale de la santé
OR	**:**	Odds Ratio
%	**:**	Pourcent
PNUD	**:**	Programme des Nations Unies pour le Développement
PTME	**:**	Prévention de la Transmission Mère –Enfant
PV VIH	**:**	Personne vivant avec le Virus de l'Immunodéficience Humaine

SA	**:**	Semaine d'aménorrhée
SDC	**:**	Suites de couche
TA	**:**	Tension artérielle
TV	**:**	Toucher vaginal
VIH	**:**	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des accouchées selon le niveau d'instruction et la situation matrimoniale 38

Tableau II : Répartition des accouchées selon le type de foyer et le niveau socio-économique 38

Tableau III : Répartition des accouchées en fonction de la religion 39

Tableau IV : Répartition des accouchées en fonction des rêves prémonitoires et la réalisation ou non de ces rêves 39

Tableau V : Répartition des accouchées selon le nombre d'enfant vivant, décédé, de mort-nés 41

Tableau VI : Répartition des accouchées selon les pathologies sur grossesse 42

Tableau VII : Répartition des accouchées selon les ATCD d'accouchement dystociques de césarienne et de fausses couches spontanées 43

Tableau VIII : Répartition des accouchées en fonction des ATCD médico-chirurgicaux et les conduites addictives 44

Tableau IX : Répartition des accouchées selon le nombre de CPN, le type d'accueil pendant les CPN et les explications sur le plan d'accouchement . 45

Tableau X : Désir de grossesse, soutien et relation conflictuelle au cours de la grossesse chez les accouchées 46

Tableau XI : Motifs de peur en salle d'accouchement chez les accouchées 47

Tableau XII : Répartition des accouchées selon l'accompagnant trouvé pour la maternité, le type d'accueil et l'accompagnement en salle d'accouchement 49

Tableau XIII : Répartition des accouchées selon le confort en salle d'accouchement et à la qualité des soins 50

Tableau XIV : Evaluation de l'anxiété et de la dépression en salle d'accouchement selon l'échelle HAD chez les accouchées selon le centre . 52

Tableau XV : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des accouchées en fonction du vécu du travail d'accouchement 55

Tableau XVI : Vécu psycho social et ATCD obstétricaux des accouchées 56

Tableau XVII : Déroulement de la grossesse et vécu psycho social du travail d'accouchement 57

Tableau XVIII : Vécu psycho social et déroulement du travail d'accouchement 58

Tableau XIX : Vécu psycho social du travail d'accouchement et facteurs socio culturels..... 59

Tableau XX : Relation entre l'âge, la gestité et les antécédents de pathologie sur grossesse et le vécu psycho social du travail d'accouchement chez les accouchées 61

Tableau XXI : Relation entre les ATCD d'accouchement dystociques, de césarienne, de fausses couches spontanées et le vécu du travail d'accouchement 61

Tableau XXII : Association entre les relations conflictuelles pendant la grossesse, l'accompagnement en salle d'accouchement et les rêves prémonitoires 63

LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Axes lors de l'engagement..... 10

Figure 2 : Nutation et contre nutation en décubitus dorsal 11

Figure 3 : Cylindre de descente de Hodge 12

Figure 4 : Dégagement de la tête fœtale 13

Figure 5 : Répartition des accouchées en fonction de l'âge..... 37

Figure 6 : Répartition des accouchées en fonction de la gestité..... 40

Figure 7 : Répartition des accouchées en fonction de la parité ..... Erreur ! Signet non défini.

Figure 8 : Evaluation de la douleur du travail d'accouchement selon l'échelle numérique chez les accouchées 51

PAR DELIBERATION, LA FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE DE COTONOU A ARRETE QUE LES OPINIONS EMISES DANS CETTE THESE N'ENGAGENT QUE LEUR AUTEUR

SOMMAIRE

SOMMAIRE

INTRODUCTION _____ *1*

1. GENERALITES _____ *6*

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE _____ *23*

3. RESULTATS _____ *36*

4. DISCUSSION _____ *64*

CONCLUSION _____ *74*

SUGGESTIONS _____ *76*

REFERENCES _____ *79*

ANNEXES _____ *A*

TABLE DES MATIERES _____ *T*

SERMENT D'HIPPOCRATE _____ *X*

INTRODUCTION

La naissance d'un enfant est un évènement heureux pour la mère et la famille. Par contre, le travail d'accouchement est un processus stressant, éprouvant voire traumatique. Le vécu de cette expérience est susceptible d'avoir des conséquences psychologiques et sociales d'ampleur variable.

Depuis une vingtaine d'années, la compréhension des perceptions des femmes de leur expérience de l'accouchement suscite un intérêt croissant de la part des chercheurs et des professionnels en santé mentale et gynécologie obstétrique. L'accouchement a été de tout temps un rite de passage qui s'inscrit dans une dynamique interrelationnelle, familiale ou professionnelle [1]. Il est considéré comme un événement de vie marquant et comme l'une des expériences les plus significatives dans la vie d'une femme. Si la plupart d'entre elles se souviennent de leur accouchement positivement et le décrivent comme une expérience qui leur apporte de la joie et un sentiment d'accomplissement [2], de nombreuses femmes le décrivent également comme une expérience négative [3]. Ainsi, il est primordial de faire bénéficier les parturientes au cours de ce processus difficile d'un réel accompagnement psychologique en salle d'accouchement. Toutefois, plusieurs paramètres laissent de moins en moins de place à l'accompagnement et au soutien en continu en salle d'accouchement : Surcharge de travail, tâches administratives, surveillances continues, salles d'accouchements surchargées, et ce, malgré les efforts déployés par les soignants, les sages-femmes en particulier pour rester dans le cœur de leur métier, leur rôle de promotrice de l'accouchement physiologique et de la santé de la femme. Même si la naissance d'un bébé en bonne santé lors de l'accouchement est la priorité des soignants, de nombreuses femmes souhaitent également une expérience de naissance positive (valorisant l'autonomie, heureuse, sereine) et satisfaisante.

Il parait donc pertinent de mener des réflexions sur l'amélioration des conditions des parturientes en salle d'accouchement surtout en ce qui concerne

le volet psychologique tout au long du processus de l'accouchement. Principalement pendant le travail d'accouchement qui selon Rebelo M. et al est le moment de la grossesse où le risque de complications par unité de temps est le plus élevé [4].

L'accouchement représente aux yeux de certaines femmes un évènement social décisif, leur permettant d'accéder au statut de mère [5].

Dans les sociétés africaines, des rites, des prières, des sacrifices et des consultations d'oracle entourent les grands événements comme l'accouchement d'une femme. Ces pratiques rassurent l'individu et les familles puis réduisent l'inquiétude, l'anxiété et les différentes peurs liées à l'accouchement [6]. Obossou et al avait réalisé une étude à Parakou en 2017 qui a montré que 36% des parturientes enquêtées s'étaient confiées à une autorité 4 religieuse traditionnelle ou moderne (marabout, guérisseur, féticheur, centre spirituel, prêtre) Les conseils ou soutiens reçus étaient d'ordre spirituel ou religieux. Il s'agissait de prières (63%) et de sacrifices (26%). Ces conseils ont été suivis par les parturientes enquêtées qui en avaient bénéficié à 98% [7]. Le bien-être psychologique de la parturiente en salle d'accouchement, sa participation, jouent un grand rôle dans le bon déroulement du travail d'accouchement, dans la prévention des psychoses puerpérales et des états de stress post traumatiques de la maternité [8]. Le rapport d'une femme avec ses prestataires de soins de maternité et le système sanitaire dédié, pendant la grossesse, l'accouchement et la période postnatale revêt une signification particulière.

Son vécu peut être valorisant et réconfortant pour la femme, ou il peut lui infliger au contraire un préjudice et un traumatisme affectif durables, au bénéfice ou au détriment ultime de sa confiance et de son estime de soi. Ces 10 dernières années, l'intérêt croissant manifesté dans le secteur de la santé publique au niveau mondial pour comprendre le dommage fait aux femmes et y remédier fait que le domaine des soins de maternité respectueux reçoit depuis lors une attention

toujours plus intense, comme en témoignent de nombreuses études et publications.

Au Bénin, la surcharge du travail au sein des maternités fait que l'accompagnement par le personnel soignant en salle d'accouchement n'est pas optimal. De même, la littérature sur le vécu psychosocial de la parturiente au cours du travail d'accouchement est pauvre. Il urge donc de mener une étude pour non seulement apporter plus d'informations sur ce problème qui est un problème de santé publique, mais aussi pour le comprendre et l'analyser dans les moindres détails. C'est cela qui justifie notre intérêt pour ce sujet dont les objectifs sont les suivants :

Objectif General

Etudier le vécu psychosocial des accouchées au cours du travail d'accouchement dans deux maternités de référence de Cotonou (Bénin).

Objectifs Spécifiques

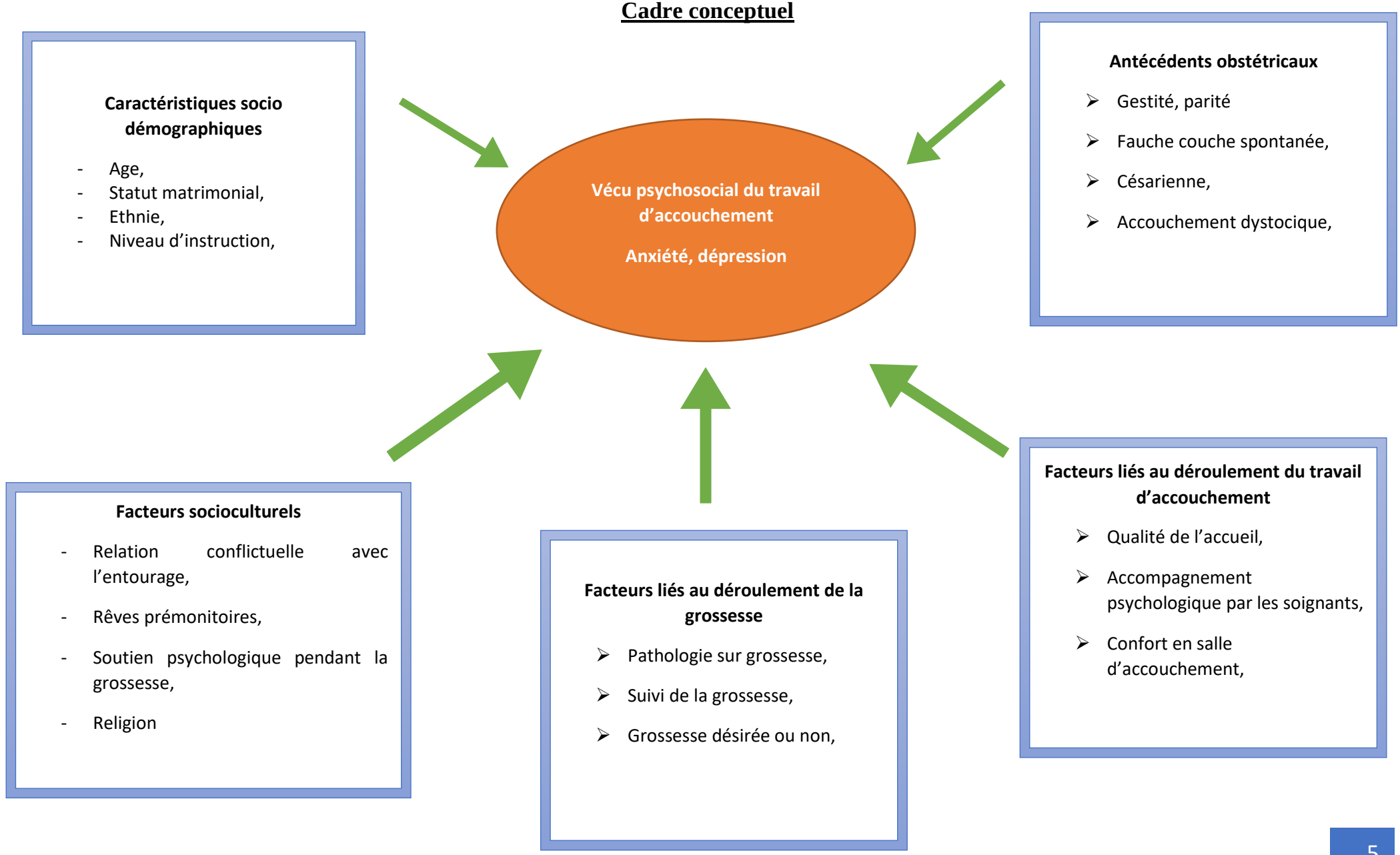
1) Décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchées de ces deux maternités ;

2) Apprécier le vécu psycho social du travail d'accouchement par les accouchées ;

3) Décrire l'accompagnement des accouchées au cours du travail d'accouchement par les agents de santé;

4) Identifier les facteurs associés influençant le vécu du travail d'accouchement par les accouchées dans les deux maternités.

Cadre conceptuel



1.GENERALITES

1.1. Définition des concepts

1.1.1. Grossesse

Selon l'OMS, c'est la période qui s'écoule depuis la conception jusqu'à la naissance du bébé. C'est l'ensemble des phénomènes se déroulant chez la femme entre la fécondation et l'accouchement, durant lesquels l'embryon, puis le fœtus, se développe dans l'utérus maternel. C'est l'état d'une femme qui porte en son sein un produit de conception.

Accouchement

Ensemble des phénomènes qui conduisent à l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles après 6 mois, soit 28 SA ou 22SA (OMS) ou d'un fœtus ayant un poids de naissance supérieur à 500g. L'accouchement a lieu à terme lorsqu'il survient entre la trente-septième et la quarante-deuxième semaine d'aménorrhée. Il est considéré comme prématuré lorsqu'il se produit avant la trente-septième semaine d'aménorrhée. L'accouchement est spontané lorsqu'il se déclenche tout seul et provoqué lorsqu'il est consécutif à une intervention extérieure. Il commence par le travail, se poursuit par l'expulsion de l'enfant et se termine par la délivrance [10].

1.1.2. Travail d'accouchement

Apparition des contractions utérines ayant un effet sur le col utérin associées à la formation de la poche des eaux [10].

1.1.3. Vécu psychologique

Le vécu peut être défini comme ce qui appartient à l'expérience de la vie, les évènements de la vie réelle. C'est ce que fait, vit et éprouve effectivement une personne à un moment donné de sa relation au monde, et ce, sans que cette personne en ait nécessairement pris conscience au moment de le vivre. Le vécu se distingue ainsi de la représentation du vécu correspondant à la synthèse des vécus accumulés par une personne au fil de sa vie. [44] Selon Vermersch, le vécu contient toutes les propriétés de la vie subjective, y compris celles qui relèvent de

l'accomplissement des actes (mentaux et matériels). [45] Le vécu psychologique fait appel souvent aux manifestations psychologiques de la situation sur la personne. Au nombre de celles-ci, nous pouvons citer la joie, le bonheur, la gaieté, la fierté, la peur, le stress, l'angoisse, l'anxiété, la dépression, etc.

1.1.4. Vécu social

Dans une définition large de la notion du social, on peut l'entendre comme l'existence de relations et de communication entre les êtres vivants. Le vécu social pourrait donc se définir comme étant ce qu'éprouvent les êtres humains face aux évènements qui les marquent dans leurs relations quotidiennes.

1.1.5. Vécu psycho social du travail d'accouchement

Le terme psychosocial décrit, chez une personne, son développement psychologique et son interaction dans un environnement social. Il est relatif à l'interaction entre les faits psychologiques et les faits sociaux. L'aspect social du vécu ici est matérialisé par les différentes interactions de la parturiente avec le personnel soignant en salle d'accouchement. L'aspect psychologique, quant à lui, découle de ce contexte social. En effet, l'accouchement déclenche un véritable bouleversement psychique et émotionnel chez la parturiente et entraîne une mise à l'épreuve pour les limites du moi. C'est un moment de passage capital dans la construction de sa nouvelle fonction de mère et dans les transformations de sa personnalité [14]. La nature des interactions vécues avec le personnel soignant aura un impact indéniable sur sa nouvelle personnalité, au lendemain de cet épisode.

1.2. Rappels

1.2.1. Phénomènes mécaniques du travail d'accouchement

Le travail d'accouchement se défini comme l'apparition des contractions utérines ayant un effet sur col utérin associées à la formation de la poche des eaux. Il comporte deux phases :

- **La phase de latence**

Le début de travail est caractérisé par la mise en route en cascade des différents mécanismes mis en place en fin de grossesse, puis par l'emballement de ceux-ci. Les facteurs en cause sont mieux connus aujourd'hui. Le rôle des prostaglandines apparaît actuellement prépondérant par leur action, aussi bien sur la contractilité du myomètre que sur la maturation cervicale. Avec le travail, leur production est accrue : elles stimulent les contractions et les contractions favorisent leur synthèse. Le mécanisme une fois en route ne peut aller qu'en s'accélérant. Le développement des zones de jonction permet le passage du signal électrique d'une fibre à l'autre. L'activité contractive se généralise à l'ensemble du myomètre.

L'ocytocine va agir en synergie. Son action est devenue possible grâce à l'augmentation de ses récepteurs. Elle parait être un agent du travail, mais non un initiateur de son déclenchement. Le travail apparaît donc comme l'aboutissement de divers processus mis en place en fin de grossesse. La dilatation va succéder à l'effacement du col, surtout chez la primipare, et peut lui être parallèle chez la multipare. C'est une phase de durée variable, généralement longue. Elle est environ de 8,6 heures chez la primipare, et de 5,3 heures pour la multipare, et il n'existe pas vraiment de limite nette avec la phase active. Elle correspond à une dilatation du col de 0 à 2 ou 3 cm selon les auteurs.

- **La phase active**

Elle correspond à la dilatation du col depuis environ 3 centimètres de dilation jusqu'à 10 centimètres et comprend 3 stades à savoir : l'Engagement, la Descente et la rotation, et le dégagement.

- **L'engagement**

Il correspond à la traversée de la filière pelvienne. C'est le franchissement du détroit supérieur par le plus grand diamètre de la présentation. Une présentation est dite engagée lorsque sa plus grande circonférence a franchi l'axe du détroit supérieur. Pour les présentations céphaliques, il s'agit du plan passant par les deux bosses pariétales (diamètre biparietal). L'engagement résulte de la force efficace de la poussée utérine sur la tête fœtale qui est appuyée en avant sur l'arc pubien.

Il est le résultat de la concordance de l'axe de poussée utérine avec l'axe du détroit supérieur.

L'axe de poussées utérines est incliné plus en avant que l'axe du détroit supérieur. Ceux-ci se croisent selon un angle de 30 à 50°. La contraction utérine faisant pression sur le mobile fœtal va donc le pousser contre la symphyse pubienne en avant. L'antéversion et la latéroposition de l'utérus modifient l'axe de poussée, tandis que l'hyper lordose maternelle et la nutation du bassin vont influer sur l'orientation du détroit supérieur (figure 1).

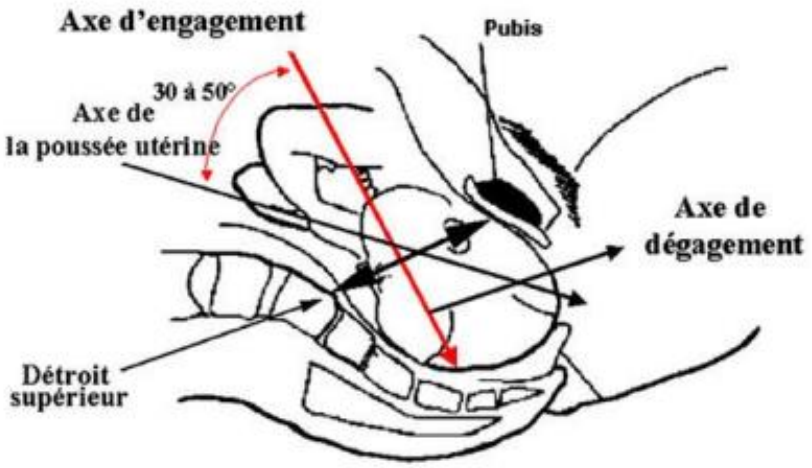


Figure 1 : Axes lors de l'engagement

Les mouvements de l'articulation sacro-iliaque vont permettre d'orienter les forces et d'ajuster les axes. La nutation est réalisée par la bascule en avant et en bas du sacrum autour d'un axe transversal passant par le ligament axile. Le promontoire se déplace en avant et en bas. Il en résulte une diminution du diamètre promonto-rétro-pubien et une augmentation du diamètre sous-sacro-sous-pubien. Les tubérosités ischiatiques s'écartent, se portent en arrière et en haut, et augmentent le diamètre bi-ischiatique. La nutation est un mouvement intéressant à la fin de l'expulsion, dans la phase de dégagement, car elle agrandit le détroit supérieur.

La contre nutation est un mouvement ou le sacrum tourne autour de l'axe constitué par la tubérosité ischiatique de sorte que le promontoire se déplace en arrière et en haut. Par compensation, les deux tubérosités ischiatiques tendent à se 10 rapprocher et on observe une augmentation du diamètre promonto-rétro-pubien ainsi qu'une diminution du diamètre sacro-pubien et bi-ischiatique. Ce mouvement est intéressant pendant le début de la dilatation, dans la phase d'engagement car il agrandit sagittalement le détroit supérieur (figure 2).

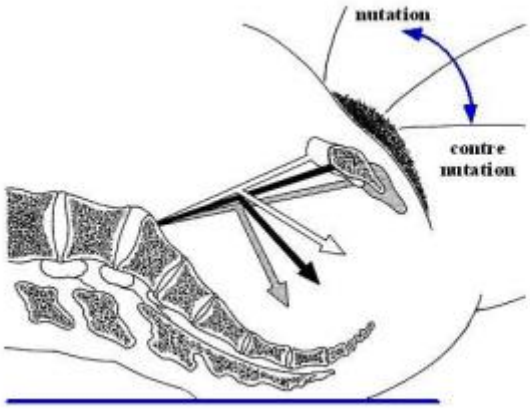


Figure 2 : Nutation et contre nutation en décubitus dorsal

- **La descente et la rotation**

La rotation intra-pelvienne ou rotation interne est une nécessité anatomique. Le sommet est engagé dans son grand diamètre antéro-postérieur, le sous-occipito-bregmatique, dans un axe oblique du bassin. Le diamètre de dégagement est imposé par la forme générale de la fente périnéo vulvaire et de la boutonnière urogénitale. Son grand axe est antéro-postérieur. Il faut donc que le sommet tourne dans l'excavation du bassin. La présentation va parcourir la distance qui sépare le premier parallèle de Hodge ou plan du détroit supérieur, du deuxième parallèle de Hodge, qui lui passe au bord inférieur de la symphyse pubienne (figure 3).

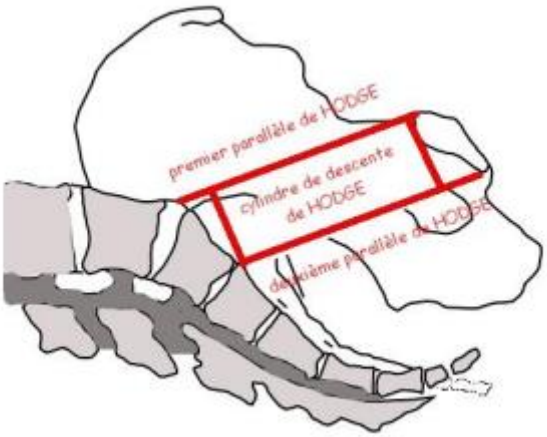


Figure 3 : Cylindre de descente de Hodge

- **Le dégagement**

L'expulsion correspond au franchissement du détroit inférieur. Pour sortir du bassin, le fœtus qui s'est engagé dans un diamètre oblique du détroit supérieur, tête fléchie, après une rotation intra-pelvienne et une descente suivante l'axe ombilico-coccygien et une fois le détroit moyen franchi, oriente sa tête dans le diamètre du détroit inférieur afin d'en utiliser le plus grand diamètre. Le seul obstacle reste le périnée, dont la composante essentielle est le noyau fibreux central sur lequel viennent prendre appui les muscles releveurs. L'axe de progression de la tête devient alors horizontal sur la patiente en position couchée, puis oblique en haut et en avant lors du passage de l'anneau vulvaire.

En fin de descente, le front du fœtus butte sur le sacrum, accentue encore la flexion céphalique des présentations céphaliques ayant fait leur rotation intra pelvienne occiput vers l'avant. La déflexion autour de la symphyse amène au dégagement proprement dit. Les bosses pariétales se sont dégagées des tubérosités ischiatiques. Le front balaie la concavité sacrée, le périnée postérieur, le périnée antérieur, avec apparition à la vulve de l'occiput, des bosses pariétales, du front, du nez, puis de la bouche et du menton. (Figure 4).

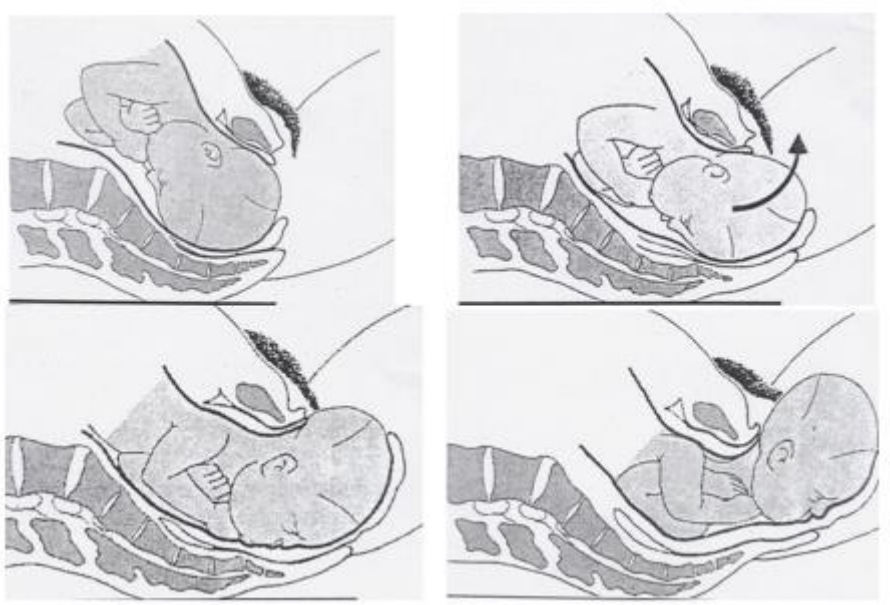


Figure 4 : Dégagement de la tête fœtale

Ce mouvement de déflexion provoque la désolidarisation tête-tronc. Une fois la tête dégagée, l'occiput effectue une rotation de restitution spontanée qui le ramène dans le prolongement du dos. L'accouchement des épaules et du tronc suit les mêmes étapes. L'engagement des épaules commence lors de l'expulsion de la tête. Les faibles dimensions du siège permettent un dégagement rapide.

1.2.2. Les surveillances et interventions en salle d'accouchement.

Le travail est le moment de la grossesse où le risque de complications par unité de temps est le plus élevé, ce qui justifie une surveillance attentive pour toutes les patientes. Le but est le diagnostic précoce des accidents aigus, des dystocies et de l'asphyxie fœtale per-partum qui nécessitent une prise en charge adaptée et sans retard.

- **Surveillance maternelle** : L'OMS recommande une surveillance des signes vitaux (tension artérielle (TA), pulsations et température) qui sont souvent les premiers signes d'appel de complications et peuvent indiquer la nécessité la prise en soin. La fréquence de ces contrôles dépend du contexte et de la situation. En salle d'accouchement, il est recommandé une surveillance des

signes vitaux aux 3 heures. D'autre part, il est important de s'enquérir de la santé psychique et de l'état émotionnel de la parturiente au cours du travail.

- **Surveillance de la progression du travail :** Classiquement, la surveillance du travail comporte la surveillance des contractions utérines qui ont un rôle important dans la dilatation du col, la progression de la présentation et l'expulsion. Elles doivent être suffisamment efficaces sans pour autant être délétères pour le fœtus.
- **La surveillance de la dilatation cervicale et la progression de la présentation fœtale** : Elle se fait par le toucher vaginal (TV) et doit être documentée afin d'évaluer la normalité de durée de la dilatation selon normes établies par Friedmann et Zhang.
- **Surveillance de la vitalité fœtale** : C'est une des préoccupations essentielles de la sage-femme et de l'obstétricien durant la grossesse et l'accouchement, ceci dans le but de diminuer la morbidité et la mortalité fœtale. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) se fait le plus souvent au moyen du cardiotocographe (CTG) et donne des indications sur l'état d'oxygénation du fœtus. Il peut être installé en continu ou de manière intermittente selon le contexte. Toutes ces surveillances sont reportées dans un document appelé partogramme. C'est l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelle et fœtal qui s'y rapportent. Il permet de détecter les dystocies précocement, et d'adapter les prises en soin en fonction de l'évolution de la situation. L'accompagnement et la direction du travail requièrent de la part des professionnels de salle de naissance une bonne connaissance des différentes situations cliniques rencontrées et de leurs étiologies.

1.3 Représentations socio-culturelles du travail d'accouchement en Afrique, plus spécifiquement au Bénin

Au Bénin et plus particulièrement dans sa partie méridionale, la période de la grossesse est vécue comme une période très sensible pour la femme. Elle devient un être cher, un être précieux aux yeux de sa famille et de son entourage. Très rapidement le futur papa commence par se préparer aussi bien financièrement que spirituellement afin que la grossesse et l'accouchement se passent bien car dans notre culture, une femme enceinte est une personne fragile ouverte à tous les dangers. Des consultations d'oracle, des sacrifices et des prières, la prise de certaines tisanes ne manquent donc pas. On pense ainsi qu'elle est dans une période où tout peut basculer : l'esprit de mort rôde autour d'elle. Ainsi donc plusieurs interdits doivent être respectés par la femme enceinte pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Il s'agit principalement des interdits d'aliment, de lieu à fréquenter, d'heure de circulation ; le respect des lois de la nature (ne pas faire de mauvaises actions par exemple), les interdits sur certaines positions à ne pas adopter pendant la grossesse ; certains types d'habits. Dans ce contexte, la femme est très anxieuse ne sachant déjà pas si son enfant sera normal ou pas, s'il correspond au sexe attendu et si l'accouchement sera facile. Les idées de persécution véhiculées autour d'elle depuis son enfance n'arrangent rien. Elle vit dans la méfiance en suspectant : sa ou ses coépouses si elle vit dans un mariage polygamique ; sa belle-famille si leur relation était mauvaise ; les membres de sa famille qui seraient jaloux d'elle ou de son mari ; elle craint qu'on l'atteigne par la sorcellerie ou par le maraboutage.

Par ailleurs, la période du travail d'accouchement est un moment de panique surtout chez les primigestes. N'ayant jamais vécu une expérience pareille, certaines se retrouvent impuissantes face à la situation. Ce sentiment n'échappe pas aux futurs papas qui commencent à invoquer Dieu et les mânes

des ancêtres afin que tout se passe bien ; que la mère et le nouveau-né soient sauvés. Certaines préparations sont faites par le futur papa pendant le travail d'accouchement (tisanes, décoctions, incantations, etc.)

Toutes ces pratiques visent à rassurer la femme en travail et à donner une certaine assurance sur le bon déroulement du travail d'accouchement.

1.4 Facteurs influençant le vécu du travail d'accouchement

Il est important d'évaluer la perception des parturientes de leur expérience de l'accouchement afin d'identifier les expériences négatives et de prévenir les effets. La période du travail d'accouchement est l'étape la plus stressante de l'accouchement. Alors que déclarer une naissance et sa date est une démarche simple et objective, décrire la façon dont l'événement de la naissance a été perçu est plus complexe et subjectif. Ce sont plusieurs paramètres que la femme prendra en compte pour décrire ce vécu subjectif : les émotions ressenties au cours du travail, le soutien qu'elle aura perçu de la part des soignants, la sensation de contrôle de son corps, mais également la perception de la douleur.

Les émotions ressenties au cours du travail d'accouchement (la peur, l'angoisse ; l'anxiété ; le stress)

Plusieurs femmes appréhendent très fortement la période de l'accouchement et plus encore le travail d'accouchement. La définition généralement acceptée décrit la peur comme étant « une émotion déplaisante et intense en réponse à un danger ou à une menace ». Il s'ensuit une réaction psychologique qui nous prépare soit à affronter cette menace ou à la fuir : on parle de la « réponse combat-fuite ». Cette peur est retrouvée comme l'une des composantes-clés de l'expérience de l'accouchement, et qui influence cette dernière de manière importante. En effet, la peur de l'accouchement ne favorise pas un vécu serein et positif de celui-ci. Les femmes qui ont plus peur de l'accouchement sont donc plus susceptibles d'accoucher avec des forceps, de subir une césarienne d'urgence et d'utiliser des analgésiques, ce qui entraîne un

taux plus élevé d'expérience négative du travail. De nos jours, cette peur n'est principalement plus liée à la peur de mourir, mais est davantage liée à des peurs communes à toutes les femmes comme la douleur, la perte de contrôle ou l'exclusion dans les prises de décisions concernant l'accouchement. Des auteurs ont également fait le lien entre la peur de l'accouchement et les conséquences en postnatal : plus la peur de l'accouchement est élevée pendant un accouchement par voie basse, plus les femmes présentent des symptômes de stress post-traumatique post-partum et de dépression du post partum, et cela indépendamment du recours ou non à l'anesthésie pendant l'accouchement. La peur de l'accouchement est donc un facteur important à prendre en compte dans l'évaluation du vécu de l'accouchement.

L'angoisse se définit comme un état de malaise psychique et physique, né du sentiment de l'imminence d'un danger, caractérisé par une crainte diffuse pouvant aller jusqu'à la panique. Elle survient sans raison apparente et se caractérise par une sensation diffuse de mal être dont on ne connait pas vraiment l'origine. L'angoisse se réfère à un état et fait abstraction de l'objet. Le danger est inconnu et provoque un état d'attente et de préparation. L'anxiété quant à elle est décrite comme « un état émotionnel pénible variant d'un malaise à une intensité moyenne à une peur intense » et plus en détails comme « un sentiment d'insécurité douloureux devant un danger à venir, mais intérieur, latent, non défini ». Et selon Besançon G. en 1993 « l'anxiété est une émotion désagréable qui se traduit par une sensation de malaise, de tension interne » [30]. Certains auteurs distinguent également la peur de l'anxiété ou de l'angoisse. Selon Le Gall en 1976, l'anxiété est un état diffus d'inquiétude, avec de fréquents accès plus ou moins marqués qui correspondent à des focalisations de l'inquiétude dans le temps et dans l'espace [31]. La peur apparaît lorsque la situation menaçante est présente, définie et globalement perceptible. L'angoisse a pour caractère l'indétermination et l'absence d'objet. Il semble donc important de

distinguer la peur avec son objet présent, de l'anxiété, dont l'objet est simplement pressenti et redouté.

Selon Tribolet en 1997, l'anxiété n'est pas en soi pathologique [32]. Elle le devient lorsqu'elle prend « un caractère répétitif, anachronique et invalidant ». Il précise que l'angoisse peut être une disposition de base de la personnalité : Elle peut être un état transitoire dans un contexte réactionnel (stress) ou non ; elle peut être symptomatique d'une maladie organique ou psychique. […]. Elle peut survenir de façon brutale et intense sous forme de crise, parfois au contraire, elle est plus lancinante, d'apparition insidieuse et persiste sous la forme d'un état de base. Le stress et l'anxiété sont reconnus comme des causes du travail prolongé. En effet, en cas d'anxiété et de stress élevés, le niveau d'épinéphrine est augmenté (hormone sécrétée par les médullosurrénales pour répondre au stress), ce qui entraîne une diminution de l'activité utérine et prolonge le travail. (8)

La dépression

La dépression est par définition associée à un dysfonctionnement social et à une souffrance personnelle majeure, qui peut avoir des conséquences parfois lourdes en termes de fonctionnement social, de santé et même de décès, le risque de passage à l'acte suicidaire étant particulièrement élevé. [33] La grossesse et les mois suivant la naissance d'un enfant constituent une période au cours de laquelle les bouleversements émotionnels et hormonaux peuvent favoriser l'apparition d'une dépression. Ses manifestations sont souvent, à tort, attribuée à la fatigue. L'anxiété, les pleurs, le sentiment d'incapacité, de culpabilité ou d'indignité, associés à une importante variation de l'ascenseur émotionnel, la souffrance et le retentissement des symptômes sont caractéristiques de la dépression périnatale, notamment après la naissance [33]. Selon Besançon G. « cliniquement, un certain degré d'anxiété est habituellement présent lors d'un état dépressif ; sur le plan évolutif, les troubles anxieux évoluent souvent après plusieurs années vers la

dépression; dans une perspective phénoménologique, l'anxieux craint l'avenir comme le déprimé regrette le passé » [30].

Le stress

Selon le Dictionnaire de Psychologie de Sillamy en 1991, « le mot stress est utilisé pour désigner l'état dans lequel se trouve un organisme menacé de déséquilibre sous l'action d'agents ou de conditions qui mettent en danger les mécanismes homéostatiques » [29]. Le stress est lié à un processus d'envahissement émotionnel, conséquence d'une pression externe ou interne, ressentie comme une tension à réduire. [34] Il correspond aux manifestations présentes chez un sujet en réponse à une situation, à un environnement ou encore à une personne. Si le sujet est éloigné de l'objet de stress, la réaction de stress disparaît. Actuellement, le mot « stress » est devenu un mot d'usage courant que les personnes utilisent soit pour décrire les multiples évènements et circonstances que leur impose la vie moderne, soit pour exprimer les diverses conséquences émotionnelles que de tels évènements peuvent induire. Le stress a donc de multiples représentations et offre ainsi une richesse conceptuelle selon les disciplines.

- **Le contrôle perçu au cours du travail d'accouchement**

De nombreuses études ont essayé de trouver une explication à ce que le terme « contrôle » signifiait pour les femmes qui accouchent. Le contrôle externe, c'est-à-dire la participation à la prise de décision, est le plus fréquemment rencontré [8]. Mais Waldenström propose une définition légèrement différente du contrôle externe. Pour lui, le contrôle externe est la perception de l'implication dans le processus de naissance (être un « sujet » et non un « objet ») et ressort comme étant le plus fort prédicteur d'une expérience de naissance positive [35]. Plusieurs autres études ont montré que le sentiment de contrôle perçu par la femme est un facteur majeur qui influence l'évaluation du vécu de l'accouchement par la femme et qui contribue à son bien-être ultérieur. En effet,

un vécu de perte de contrôle, un sentiment d'impuissance et un manque d'information sur les procédures mises en place au moment de l'accouchement ont été retrouvé parmi les évènements les plus majoritairement liés aux troubles psychologiques signalés en post partum [8]. La façon dont la femme se sent entendue tout au long de sa prise en charge en salle d'accouchement est donc primordial dans le vécu de ce moment.

- **Le soutien perçu de la part des soignants en salle d'accouchement**

Le travail est le moment de la grossesse où le risque de complications par unité de temps est le plus élevé, ce qui justifie une surveillance attentive pour toutes les patientes [6]. Selon plusieurs auteurs, le soutien et la présence des soignants en salle d'accouchement et plus particulièrement de la sage-femme sont des principes primordiaux pour favoriser un bon vécu de l'accouchement. L'absence de la sage-femme ou une sage-femme trop occupée pour prendre soin de la parturiente sont des points qui influencent négativement le vécu de l'accouchement [6]. Les conseils, le coaching et les encouragements des soignants en salle d'accouchement permettent aux parturientes d'affronter les moments mêmes les plus intenses du travail avec force et de trouver leurs propres ressources pour y faire face [6]. Pour Dahlberg et al. (2015), le soutien par la même sage-femme tout au long du processus serait un facteur favorisant un bon vécu d'accouchement : cela apporterait sécurité et confiance aux femmes pour l'accouchement [23]. Selon Simkin et al, la manière dont on prend soin de la mère influence le souvenir qu'elle se fait de son accouchement pour les années qui le suivent [37]. Une bonne relation entre la femme et l'équipe soignante est prédictive d'un faible taux de réaction au stress car elle permet aux parturientes d'être plus impliquées dans le processus de naissance et plus conscientes de leur corps et de leurs émotions [8]. En conséquence, les femmes qui entretiennent de bonnes relations avec les sages-femmes et soignants font mieux face à la tension

générale du vécu de l'accouchement et se souviennent plus favorablement de l'accouchement [32]. Ces derniers auteurs ont montré qu'une bonne qualité des soins à la maternité et en suites de couche et les expériences positives de la naissance facilitaient l'adaptation psychologique de la femme au cours des trois premières semaines du post-partum. Plus le soutien perçu est élevé, plus la femme sera dans des conditions favorables pour le post-partum [8].

Au Bénin, et surtout dans les maternités publiques, nous assistons à une surcharge du travail pour un nombre de soignants réduit. C'est cela qui favorise entre autre un faible accompagnement en salle d'accouchement.

Le concept de soins maternels respectueux

Pour leur bien-être et celui des nouveau-nés, les femmes doivent être accompagnées tout au long de la grossesse et de l'accouchement. La garantie des soins de maternité respectueux est un droit humain fondamental des femmes enceintes et une composante essentielle des recommandations de l'OMS en matière de soins intrapartum. Les soins durant cette période doivent embrasser les droits fondamentaux de la personne humaine : le droit au respect, à la dignité, à la confidentialité, à l'information et au consentement éclairé ; le droit au meilleur état de santé possible et celui de ne subir ni discrimination, ni mauvais traitement, sous quelque forme que ce soit. L'autonomie de la femme doit être reconnue et respectée, de même que son bien-être affectif, que ses choix et ses préférences, y compris le droit de se faire accompagner par une personne de son choix pendant le travail et l'accouchement. L'OMS recommande également une communication efficace entre les prestataires de soins de maternité et les parturientes y compris l'utilisation d'un langage simple et culturellement approprié à toutes les étapes de la prise en charge du travail et de l'accouchement. Un suivi rigoureux et pratique de la charte des soins de maternité respectueux permet donc à la femme en travail de vivre pleinement son accouchement sans contrainte.

- **La douleur perçue au cours du travail d'accouchement**

La conception de la douleur de l'accouchement du point de vue des professionnels ou des femmes est un débat complexe. Au sud Bénin, la douleur du travail d'accouchement est perçue comme une évidence : tout travail d'accouchement fait toujours mal. Ainsi donc il est difficile de faire un lien entre cette douleur et le vécu du travail d'accouchement. Par ailleurs, plusieurs études ne s'accordent pas sur l'impact d'une perception élevée de la douleur sur le vécu de l'accouchement [8]. En effet, la douleur au moment du travail et de l'expulsion joue un rôle significatif dans le développement d'un état de stress post traumatique en post-partum [38]. Par ailleurs, la douleur associée au travail peut donner aux femmes un sentiment d'impuissance et, par conséquent, le sentiment de perdre le contrôle de leur accouchement, ce qui les amène à percevoir l'accouchement comme une expérience traumatisante [39]. C'est l'expression d'émotions intenses face à cette douleur qui augmenterait significativement le risque de développer des symptômes d'un état de stress post-traumatique dans la période du post-partum. [8].

2. CADRE ET METHODE D'ETUDE

2.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée dans la ville de Cotonou, au sein de deux centres de référence il s'agit de la clinique universitaire de gynécologie obstétrique (CUGO) et du centre hospitalier de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL).

2.1.1. La Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM)

La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique est l'une des grandes entités du CNHU-HKM de Cotonou. C'est la première maternité de référence du Bénin. Elle assure les activités de soins médicaux, de formation et de recherche. Les activités de formation comprennent les stages pratiques pour les étudiantes sages-femmes, les infirmiers ou infirmières, les étudiants en médecine et les médecins en spécialisation de gynécologie et d'obstétrique. Les activités de recherche sont menées en collaboration avec le centre de recherche en reproduction humaine et démographique (CERRHUD). Il s'agit de recherches opérationnelles d'appui aux prestations de service de la CUGO et celles d'autres institutions. Elle a ouvert ses portes en 1978.

- **Les infrastructures**

La CUGO compte trois secteurs : le secteur de la consultation, le secteur technique et le secteur d'hospitalisation. Sa capacité d'accueil est de 60 lits.

✓ **Le secteur de consultation** : Il comprend :

• Des bureaux pour le chef service, pour le secrétariat, la caisse, la surveillante et les consultations sage-femme ;

• Une salle d'archives des dossiers ;

• Une salle de cours et de réunion ;

• Un couloir servant de hall d'attente ;

• Une salle d'explorations fonctionnelles : échographie gynécologique et obstétricale, colposcopie ;

• Une salle d'information, d'éducation et de communication qui sert d'accueil des malades et de vaccination de nouveau-nés ;

• Une salle de prise en charge de femmes vivantes avec le VIH ;

• Une salle de planning familial et orthogénie ;

• Six cahiers de consultations prénatales, post natales et gynécologiques.

✓ **Le secteur technique** comprend :

• Une salle de réception des urgences ;

• Trois salles d'opérations dont une réservée aux interventions septiques ; • Une salle d'AMIU (Aspiration Manuelle Intra Utérine) ;

• Une salle de dilatation ; • Une salle de dystocie ;

• Une salle d'accouchement à cinq box. On y retrouve aussi un bureau de surveillance, des salles de garde, des sages-femmes, de l'infirmier du bloc, de l'anesthésiste et des aides-soignants.

✓ **Le secteur d'hospitalisation**. Il comprend :

• Une unité de soins intensifs contenant 12 lits ;

• Trois pavillons de salles d'hospitalisations ;

• Une salle de pansement ;

• Des bureaux pour surveillante, médecins, DES et étudiants en médecine.

✓ **Les ressources humaines**

Le personnel de la CUGO est composé de :

- Deux professeurs titulaires de gynécologie et d'obstétrique dont un est le chef service et l'autre la cheffe service adjointe ;
- Un (1) Maitre de Conférence Agrégé de gynécologie et d'obstétrique ;
- Six (6) gynécologues obstétriciens praticiens hospitaliers ;
- Trente-quatre (34) sages-femmes diplômées d'Etat ;
- Trente-huit (38) aides-soignantes ;
- Une (1) secrétaire ;
- Cinq (5) agents administratifs.

Les infirmières et sages-femmes employées en néonatologie sont supervisées par un pédiatre Professeur Assistant détaché du service de Pédiatrie. Ce personnel est appuyé dans son travail par des étudiants sages-femmes, des étudiants infirmiers, des étudiants en médecine, des médecins en cours de spécialisation, les internes des hôpitaux, tous en stage de soins et de recherche.

- **Les activités**

Elles comprennent les consultations prénatales, postnatales, et gynécologiques, les accouchements, les interventions chirurgicales gynécologiques et obstétricales, la vaccination et les prestations de planification familiale, le dépistage des cancers du col de l'utérus, les activités liées à la PTME et la réalisation d'échographies ainsi que les activités de recherche et d'enseignement.

2.1.2. Centre Hospitalo-Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune (CHU-MEL)

Créé depuis 1958, le CHU-MEL est un établissement public à caractère social, un hôpital universitaire de référence dans les domaines de la gynécologie, de l'obstétrique et de la pédiatrie. En tant qu'établissement hospitalier de l'espace

hospitalo-universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions : les soins (préventifs, curatifs, promotionnels et réadaptatifs), la formation et la recherche. Il est situé au bord de la lagune à Tokpa Hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou.

Structure organisationnelle des services médicaux

Le CHU-MEL est divisé en deux grands services : le service de la mère représenté essentiellement par le service de gynécologie et d'obstétrique et le service de l'enfant.

✓ **Service de la mère**

On y distingue :

- **Le secteur des consultations externes** : consultation prénatale (CPN), consultation gynécologique, consultation postnatale, planification familiale
- **Le bloc obstétrical d'urgence** regroupant les urgences, la salle de dilatation, la salle d'accouchement et le bloc opératoire ;
- **Le secteur d'hospitalisation des mères** : Bâtiment D1, D2 et G1 ;
  - Le service de réanimation ;
  - Les soins intensifs ;
  - La vaccination (au service de la mère et de l'enfant).
- Le personnel du service de la mère(maternité) est composé de :
  - Un professeur titulaire de Gynécologie Obstétrique qui est le chef service
  - Un maitre de conférence agrégé de Gynécologie Obstétrique
  - Cinq praticiens spécialistes en Gynécologie Obstétrique,
  - Un praticien spécialiste en Anesthésie Réanimation
  - Soixante-douze Aides-Soignants

2.2. Méthode d'étude

2.2.1- Type d'étude

Nous avons effectué une étude transversale descriptive et analytique.

2.2.2- Période de collecte des données

Elle s'est étendue sur une période de trois (03) mois, allant du 20 Octobre 2022 au 28 Janvier 2023.

2.2.3 Population d'étude

L'étude a porté sur les femmes ayant accouché dans les maternités des dits centres et répondant aux critères suivants :

2.2.3.1-Critères d'inclusion

- ❖ Les femmes ayant accouché par voie basse dans les maternités de la CUGO et du CHU-MEL pendant la période d'étude ;
- ❖ Les accouchées ayant donné leur consentement pour participer à l'étude ;
- ❖ Les accouchées conscientes et possédant toutes leurs facultés mentales.

2.2.3.2 Critères de non inclusion

- ➢ Les femmes n'ayant pas donné leur consentement pour participer à l'étude ;
- ➢ Les femmes ayant accouché par césarienne (programmée ou d'urgence) ;

2.2.3.3. Les critères d'exclusion

- Les accouchées ayant désisté secondairement ;
- Les accouchées ayant présenté une urgence avant et après l'accouchement (éclampsie, coma).

2.2.4 Taille de l'échantillon

La taille minimale de l'échantillon a été calculée par la formule de SCHWARTZ

$$N = \frac{(1{,}96)^2 P q}{i^2}$$

Où :

- N =Taille minimum de l'échantillon
- p =proportion du caractère à étudier dans la population ;
- q = 1-p
- i : le risque d'erreur consenti qui est de 5%

Pour p= 89,8% (fréquence d'accouchement par voie basse à la maternité de l'Hôpital Régional de Bertoua dans une étude de Décembre 2017 à Avril

2018) ;

N= [1,96]2 [0,898] [1-0,898] / [0,05]2 = 141

La taille minimale de notre échantillon était donc de 141.

2.2.5- Définition des variables

La variable dépendante de notre étude était représentée par le vécu psycho social du travail d'accouchement.

Les variables indépendantes étaient en rapport avec :

- ✓ **Caractéristiques sociodémographiques** (âge, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale, lieu de résidence, nationalité, le type de foyer)
- ✓ **Caractéristiques socio-économiques** (revenu mensuel de l'accouché ainsi que celui de son mari, les dépenses mensuelles
- ✓ **Les Données socio-culturelles** (l'état des relations sociales avec l'entourage familial, le milieu professionnel, la communauté, l'existence de confidents spirituels (prêtre, marabout, féticheur, guérisseur, centre spirituel, les pratiques mystico-religieuses courantes avant l'accouchement et les pratiques mystico-religieuses courantes de la parturiente).
- ✓ **Facteurs liés aux antécédents obstétricaux** (gestité, parité, fausses couches, nombre d'enfants vivants, nombre d'enfant décédés, nombre de mort nés, voie d'accouchement antérieur, suites de couches, pathologies sur grossesse, complications maternelles lors des accouchements antérieurs et état du nouveau- né à la naissance, transfert du nouveau- né en néonatologie antécédent de fausses couches, mort-né, accouchement par césarienne, de mort périnatal, d'infertilité)
- ✓ **Facteurs liés à la préparation à l'accouchement**
- ✓ **Facteurs liés aux prestataires de soins** (mauvais accueil, absence de prestataire à l'accouchement, qualité des soins etc.).
- ✓ **Facteurs liés au déroulement de la grossesse**

✓ **Sentiments vis-à-vis du travail d'accouchement**

✓ **Facteurs liés au déroulement du travail d'accouchement** (suivi du travail d'accouchement).

✓ **Facteurs liés au partenaire et à la famille** (vécu solitaire de la douleur du travail d'accouchement, conflit avec la famille, soutien du conjoint au cours de la grossesse, pression familiale).

✓ **Facteurs liés aux antécédents médicaux** (HTA, diabète, PV VIH).

2.2.6. Collecte et analyse des données

- **Sources de données**
  - Le registre d'accouchement
  - Les accouchées elles-mêmes
  - La grille d'observation
- **Outils de collecte**

Nous avons utilisé deux outils de collecte : une grille d'observation qui nous a permis de surveiller l'accompagnement du personnel soignant en salle d'accouchement par l'application des soins de maternité respectueux et un questionnaire électronique comportant des échelles standardisées telles que l'échelle HAD, l'évaluation du niveau socio-économique selon le PNUD et l'échelle numérique pour l'évaluation de la douleur.

- Le vécu psychologique était évalué avec le questionnaire HAD adapté au contexte du travail d'accouchement avec comme manifestation principale l'anxiété ou la dépression. Les accouchées ayant eu une anxiété ou une dépression modérée (8- 10), ou sévère (11-14) sont considérées comme ayant eu un mauvais vécu de l'accouchement tandis qu'en absence d'anxiété ou de dépression (0-7), le vécu était considéré bon.
- Pour le niveau socio-économique des accouchées, nous avons utilisé la définition de la pauvreté selon le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) qui définit spécifiquement « l'extrême pauvreté », la

« pauvreté générale » et la « pauvreté humaine ». Ainsi, une personne vit dans la pauvreté extrême si elle ne dispose pas de revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels habituellement défini sur la base des besoins caloriques minimaux ; une personne vit dans la pauvreté générale si elle ne dispose pas de revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires tels que l'habillement, l'énergie et le logement, et alimentaire. La pauvreté humaine quant à elle est présentée comme l'absence des capacités humaines de base : analphabétisme, malnutrition, longévité réduite, mauvaise santé maternelle, maladie pouvant être évitée. (Pauvreté selon le PNUD)

Au regard de toutes ces définitions, nous avons renseigné dans le questionnaire le revenu mensuel des patientes ainsi que celui de leur époux et avons comparé cela avec leurs dépenses mensuelles. Nous avons défini le niveau socio-économique bas lorsque les dépenses ou les besoins surpassent largement les revenus mensuels et lorsque ces derniers sont sensiblement égaux le niveau est moyen.

- Quant à l'échelle numérique, nous l'avons utilisé pour coter la douleur du travail d'accouchement. Il s'agissait de demander à l'accouchée de donner une note de 0 à 10 pour situer le niveau de la douleur pendant le travail en considérant que 0 correspond à « pas de douleur » et la note 10 à « la douleur maximale inimaginable ». Cette échelle également de repère pour indiquer le palier d'antalgique à utiliser

De 0 à 4 ce sont des douleurs d'intensité faible (antalgique palier I)

De 5 à 7 les douleurs sont d'intensité modérée (antalgique palier II) et

De 8 à 10 il s'agit de douleur très intense (antalgique palier III)

Technique de collecte de données

La collecte a été faite dans la salle d'accouchement et dans la salle de surveillance post natale des deux maternités à l'aide d'un questionnaire et d'une grille d'observation. Pour ce faire, nous avons constitué dans chaque maternité deux équipes d'enquêteurs composées chacune de deux enquêteurs dont deux en salle

d'accouchement et deux en salle de surveillance post natale. Mais avant, nous avons clairement expliqué la fiche de consentement aux accouchées et reçu leur consentement libre. Une fois le consentement obtenu, nous avons rempli directement le questionnaire pour chaque accouchée 2h de temps après la surveillance en salle d'accouchement. Ce questionnaire lui a été relu afin de s'assurer qu'elle a effectivement répondu à toutes les questions et est sûre de ses réponses. Nous avons complété le questionnaire en cas de besoin par les informations contenues dans les dossiers des accouchées et les registres d'accouchement. Ainsi, nous avons fait un seul entretien avec les accouchées dans les suites de couches (SDC) immédiates. Quant à la collecte observationnelle, dès que le diagnostic du travail d'accouchement est posé, nous avons constitué une équipe de deux enquêteurs qui ont procédé à une observation directe en remplissant la grille d'observation. Ces deux enquêteurs ont fait l'observation sur deux parturientes distinctes à chaque fois en salle d'accouchement en journée et également en soirée pour apprécier l'application des soins de maternité respectueux en salle d'accouchement.

- **Analyse des données**

A la fin de la collecte des données à partir de l'application Kobocollect, nous avons procédé à l'apurement de la base pour vérifier la complétude et la cohérence des données. L'analyse des données a été effectuée par le logiciel R 4.1.1.

Les tableaux et figures ont été réalisés grâce aux logiciels Microsoft Word et Excel version 2019. Les proportions ont été calculées pour les variables qualitatives. Les variables quantitatives étaient exprimées en moyenne et écart type.

En analyse univariée, les associations entre notre variable à expliquer et les différentes variables explicatives ont été déterminé à travers un test de Chi2 suivi de l'Odd Ratio (OR) brute et l'intervalle de confiance à 95% [$IC_{95\%}$]. Le seuil de significativité choisi était de 5% ($p < 0,05$).

2.2.7. Considérations éthiques

Une lettre d'autorisation a été adressée aux Directeurs des deux hôpitaux, en vue de prendre une note de service autorisant la réalisation de l'étude. Elle a reçu un retour favorable. Le contact a été pris avec les chefs de service de Gynécologie et d'obstétrique des deux centres et l'ensemble du personnel des deux maternités pour la réalisation du travail.

Au regard des dispositions de la loi Numéro 2010-40 du 08 décembre 2010 portant code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin, ladite collecte des données a été faite avec le consentement éclairé des femmes. L'anonymat des accouchées a été respecté avec la garantie de garder secrètes les informations à caractère individuel.

2.2.8. Difficultés rencontrées

Nous avons rencontré quelques difficultés. Nous pouvons citer :

- La difficulté d'avoir des traducteurs dans certaines langues locales.
- La demande d'un soutien financier avant de participer à l'enquête.
- La difficulté à convaincre les femmes pour participer à l'étude : il s'agissait des accouchées vues dans les suites de couches immédiates qui étaient fatiguées et beaucoup plus préoccupées par leur bébé.
- La difficulté d'inclure toutes les femmes ayant accouché pendant la période: elles pensaient à une enquête diligentée par le gouvernement ou des gens de mauvaise intention pour nuire à leurs enfants.

3. RESULTATS

I- Etude descriptive

Au terme de notre étude, 159 accouchées ont participé à l'enquete dont 31 à la CUGO et 128 au CHUMEL.

3.1. Profil socio démographique

3.1.1. Age

L'âge moyen des accouchées était de 26,72 ± 5,98 ans, avec des extrêmes de 13 ans et de 41 ans. La tranche d'âge la plus représentée est [20-34] avec 116 accouchées soit environ 73%

La répartition des accouchées en fonction des tranches d'âge est représentée par la figure 1

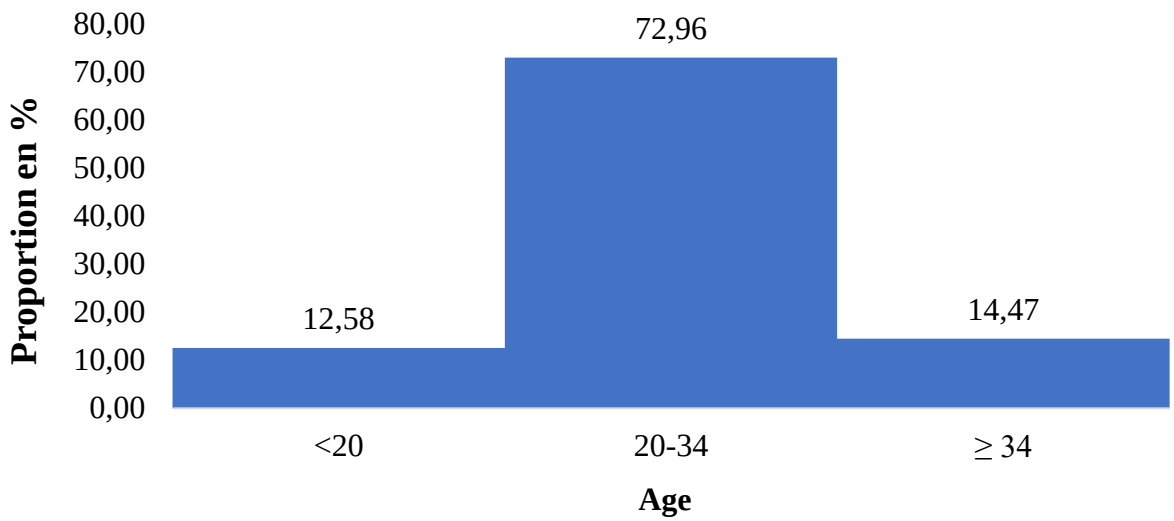


Figure 5 : Répartition des accouchées en fonction de l'âge

3.1.2. Niveau d'instruction et situation matrimoniale

4 accouchées sur 5 de notre échantillon étaient scolarisées et le niveau d'étude secondaire était le plus retrouvé (34%) ; aussi près de 9 accouchées sur 10 étaient mariée ou vivaient en union libre

Tableau I : Répartition des accouchées selon le niveau d'instruction et la situation matrimoniale

	Effectif(n=159)	%
Niveau d'instruction		
Aucun	45	28,30
Primaire	25	15,72
Secondaire	54	33,96
Supérieur	35	22,01
Situation matrimoniale		
Célibataire	16	10,06
Mariée/union libre	143	89,94

3.1.3. Type de foyer et niveau socio-économique

Près de 9 accouchées sur 10 vivaient dans un foyer monogamique. La majorité des accouchées (67,92%) avait un niveau socio-économique bas.

Le tableau II indique la répartition des accouchées selon le type de foyer et le niveau socio-économique

Tableau II : Répartition des accouchées selon le type de foyer et le niveau socio-économique

	Effectif(n=159)	%
Type de foyer		
Monogamique	140	88,05
Polygamique	19	11,95
Niveau socio-économique		
Bas	108	67,92
Moyen	51	32,08

3.2. Facteurs socio culturels

3.2.1 Religion

Plus de 90% des accouchées étaient de religion chrétienne et 8% islamique.

Tableau III : Répartition des accouchées en fonction de la religion

	Effectif(n=159)	%
Religion		
Chrétienne	144	90,57
Endogène	2	1,26
Islamique	13	8,18

3.2.2. Rêves prémonitoires

35% des accouchées ont fait des rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement du travail d'accouchement et ces rêves se sont réalisés chez plus de la moitié des accouchées (57%).

Tableau IV : Répartition des accouchées en fonction des rêves prémonitoires et la réalisation ou non de ces rêves

	Effectif(n=159)	%
rêves prémonitoires		
Non	103	64,78
Oui	56	35,22
Réalisation des rêves		
Non	24	42,86
Oui	32	57,14

3.3. Facteurs liés aux antécédents obstétricaux

3.3.1. Gestité

Sur les 159 femmes interrogées, il en ressort que la majorité était paucigestes (39%), les primigestes étant retrouvées à 36%

La figure 6 présente la répartition des accouchées en fonction de la gestité

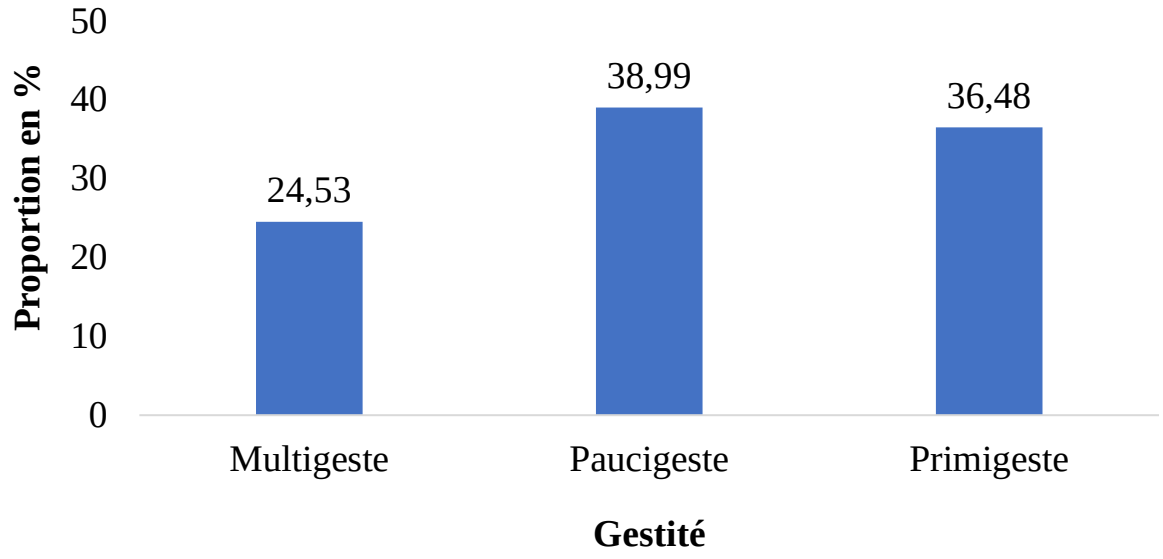


Figure 6 : Répartition des accouchées en fonction de la gestité

3.3.2 Parité

Il en ressort que la majorité des accouchées était multipare (62%) ; tandis qu'environ 38% était primipare.

Le tableau suivant présente la répartition des accouchées en fonction de la parité.

	Effectif(n=159)	%
Parité		
Primipare	61	38,37
Multipare	98	61,64

3.3.3. Nombre d'enfants vivants, décédés et de mort-nés

Plus de la moitié des accouchées (62%) avaient plus de deux enfants vivants et 9 accouchées sur 10 n'avaient jamais perdu un enfant ni accouché de mort-né.

Tableau V : Répartition des accouchées selon le nombre d'enfant vivant, décédé, de mort-nés

	Effectif(n=159)	%
Nombre d'enfants vivants		
≤ 2	99	62,26
> 2	60	37,74
Nombre d'enfants décédés		
< 1	146	91,82
≥ 1	13	8,18
Nombre de mort nés		
< 1	144	90,57
≥ 1	15	9,43

3.3.4 Pathologies sur grossesse

Sur les 159 accouchées enquêtées, 88% n'avait pas de pathologie sur grossesse. Chez les autres, ont été retrouvé, des pathologies telles que l'HTA, le paludisme, le diabète, etc.

Le tableau suivant indique la répartition des accouchées selon les pathologies sur grossesse

Tableau VI : Répartition des accouchées selon les pathologies sur grossesse

	Effectif(n=159)	%
Pathologies sur grossesse		
Drépanocytose	1	0,63
HTA	18	11,32
Asthme	1	0,63
Diabète	1	0,63
Paludisme	8	5,03
Aucun	140	88,05

3.4. Antécédents d'accouchements dystociques, de césarienne et de fausses couches spontanées.

Plus de la moitié (57%) des accouchées n'avaient jamais eu d'accouchements dystociques ; 15% avait déjà subi une fois une césarienne ; la dernière suite de couche était simple dans plus de 97% des cas. Environ 13% des accouchées avaient eu au moins un avortement spontané.

Tableau VII : Répartition des accouchées selon les ATCD d'accouchement dystociques de césarienne et de fausses couches spontanées

	Effectif(n=159)	%
ATCD d'accouchements dystociques		
Non	91	57,23
Oui	68	42,77
ATCD de césarienne		
Non	135	84,90
Oui	24	15,09
Dernière suite de couche		
Compliquée	4	2,52
Simple	155	97,48
Nombre de fausses couches spontanées		
< 1	139	87,42
≥ 1	20	12,58

3.5. Antécédents médico-chirurgicaux et conduites addictives

Il en résulte que les ATCD médicaux chez les accouchées étaient dominés par l'HTA (55%), suivie de la drépanocytose (27%). Les ATCD chirurgicaux autre que la césarienne étaient dominés par l'appendicectomie (33%). Seule une (01) accouchée sur les 159 avait un antécédent de dépression. Par ailleurs on retrouve parmi les accouchées 96% un ATCD d'alcoolisme a 67% et le tabagisme a seulement 33%

Tableau VIII : Répartition des accouchées en fonction des ATCD médico-chirurgicaux et les conduites addictives

	Effectif(n=159)	%
ATCD médicaux(n=11)		
Drépanocytose	3	27,27
HTA	6	54,54
Sinusite	2	18,18
ATCD chirurgicaux(n=6)		
Amygdalectomie	1	16,66
Appendicectomie	2	33,33
Myomectomie	1	16,66
Nodulectomie	1	16,66
Ostéosynthèse	1	16,66
ATCD Psychiatriques(n=1)		
Dépression	1	0,63
Aucun	158	99,37
Conduites addictives(n=6)		
Alcoolisme	4	66,67
Tabagisme	2	33,33

3.6. Données liées au suivi de la grossesse

3.6.1. Nombre de CPN, type d'accueil pendant les CPN, explications reçues sur le plan d'accouchement

Il en ressort que la grossesse était suivie dans la majorité des cas (87%)avec plus de 05 (cinq) CPN et l'accueil pendant les CPN était jugé bon (92%).

Plus de la moitié des accouchées n'ont pas reçu des explications sur le plan d'accouchement pendant les CPN.

Tableau IX : Répartition des accouchées selon le nombre de CPN, le type d'accueil pendant les CPN et les explications sur le plan d'accouchement

	N=159	%
Nombre de CPN		
< 5	20	12,58
≥ 5	139	87,42
Type d'accueil pendant les CPN		
Bon	146	91,82
Mauvais	13	8,18
Plan d'accouchement expliqué		
Non	81	50,94
Oui	78	49,06

3.6.2. Désir de grossesse, soutien et relation conflictuelle au cours de la grossesse

Il en ressort que la grossesse était désirée chez 66% des accouchées ;

86% des accouchées ont bénéficié d'un soutien psychologique au cours de la grossesse et ce soutien venait majoritairement du conjoint, la famille et la belle-famille tandis que 15% environ avait une relation conflictuelle avec l'entourage pendant la grossesse. Il s'agit en effet de conflit avec le conjoint, la famille ou la belle famille.

Tableau X : Désir de grossesse, soutien et relation conflictuelle au cours de la grossesse chez les accouchées

	N=159	%
Grossesse désirée		
Non	54	33,96
Oui	105	66,04
Soutien psychologique au cours de la grossesse		
Non	22	13,84
Oui	137	86,16
Origine du soutien		
Famille	2	1,46
Conjoint	17	12,41
Conjoint /Belle-famille /Famille	118	86,13
Relation conflictuelle au cours de la grossesse *		
Non	135	84,91
Oui	24	15,09

***il s'agit du conflit avec le conjoint(n=12) ; la famille(n=4) et la belle-famille(n=8)

3.7. Motifs de la peur en salle d'accouchement

Les raisons des sentiments de peur qu'ont éprouvé les accouchées en salle d'accouchement étaient principalement la douleur du travail d'accouchement (50%), une complication qui pourrait survenir au cours du travail (51%), la peur de mourir au moment de l'accouchement (53%), la peur de la césarienne (58%), la peur des dépenses que l'accouchement va engendrer (42%) et la peur de saigner (55%).

Le tableau suivant présente les motifs de la peur en salle d'accouchement

Tableau XI : Motifs de peur en salle d'accouchement chez les accouchées

	N=159	%
Peur de ATCD obstétricaux		
Non	120	75,47
Oui	39	24,53
Peur de la douleur du travail d'accouchement		
Non	79	49,69
Oui	80	50,31
Peur d'une complication au cours du travail		
Non	78	49,06
Oui	81	50,94
Peur de mourir au moment de l'accouchement		
Non	75	47,17
Oui	84	52,83
Peur de la césarienne		
Non	67	42,14
Oui	92	57,86
Peur des dépenses financières au cours de l'accouchement		
Non	92	57,86
Oui	67	42,14
Peur de saigner		
Non	72	45,28
Oui	87	54,72

3.8. Facteurs liés au déroulement du travail d'accouchement

3.8.1. Accompagnant pour la maternité, type d'accueil et accompagnement en salle d'accouchement

Notre étude a montré que :

- 70% des accouchées avait trouvé un accompagnant quand le travail a

débuté et ce dernier était de leur choix dans 88% des cas

- A l'accueil les femmes interrogées ont été reçues en majorité par les sages-femmes en premier (78%) et l'accueil était qualifié de très bien (69%)
- 8,81% des accouchées n'ont pas été bien accompagné en salle d'accouchement pour la gestion de la douleur, leur parler avec amabilité et le respect de l'intimité et les raisons de cette absence d'accompagnement étaient en majorité la surcharge de travail (64%)

3.8.2. Confort en salle d'accouchement et à la qualité des soins

- 43% environ des femmes auraient voulu qu'un membre de leur famille les assiste au cours du travail d'accouchement et l'accompagnant qui était le plus souhaité est leur époux.
- Les soutiens reçus au cours de la grossesse ont été bénéfiques pour les femmes pendant le travail d'accouchement à 82%
- 4 accouchées sur 5 ont eu du confort en salle d'accouchement et 80% des femmes ont reçu des soins pendant le travail d'accouchement mais parmi celles-ci 75% n'ont pas reçu des explications sur les soins faits.
- Plus de 83% des femmes ont été préparé sur la manière de faire les efforts expulsifs.

Les tableaux suivants présentent les facteurs liés au déroulement du travail d'accouchement :

Tableau XII : Répartition des accouchées selon l'accompagnant trouvé pour la maternité, le type d'accueil et l'accompagnement en salle d'accouchement

	Effectif(n=159)	%
Un accompagnant à la maternité		
Non	47	29,56
Oui	112	70,44
Choix de l'accompagnant :		
Un choix personnel	99	88,39
Un choix imposé	4	3,57
Un choix improvisé	9	8,04
Agent de santé au premier contact de la femme en salle d'accouchement		
Etudiant en Médecine	4	2,52
Médecin/ DES	30	18,87
Sage-femme	124	77,99
Type d'accueil en salle d'accouchement		
Bien	38	23,90
Mauvais	2	1,26
Passable	9	5,66
Très bien	110	69,18
Accompagnement par le personnel de santé en salle d'accouchement (gestion de la douleur, vous parler avec amabilité, respect de l'intimité)		
Non	14	8,81
Oui	145	91,19
Raisons de cette absence d'accompagnement		
Discrimination	2	14,29
Indifférence	3	21,43
Surcharge de travail	9	64,29

Tableau XIII : Répartition des accouchées selon le confort en salle d'accouchement et la qualité des soins

	Effectif(n=159)	%
Les soutiens reçus au cours de la grossesse ont été bénéfiques pendant le travail d'accouchement		
Non	28	17,61
Oui	131	82,39
Confort en salle d'accouchement		
Non	15	9,43
Oui	144	90,57
Désir d'un parent à coté au cours du travail d'accouchement		
Non	91	57,23
Oui	68	42,77
Administration de soins pendant le travail d'accouchement		
Non	32	20,13
Oui	127	79,87
Explications sur les soins faits		
Non	119	74,84
Oui	40	25,16
Préparation sur les efforts expulsifs		
Non	26	16,35
Oui	133	83,65

3.9. Evaluation de l'intensité de la douleur en salle d'accouchement selon l'échelle numérique

Sur les 159 femmes l'intensité de la douleur était modérée et intense à taux égal (36%)

28% ont eu une douleur d'intensité faible

La figure 4 présente l'évaluation de la douleur du travail d'accouchement selon l'échelle numérique

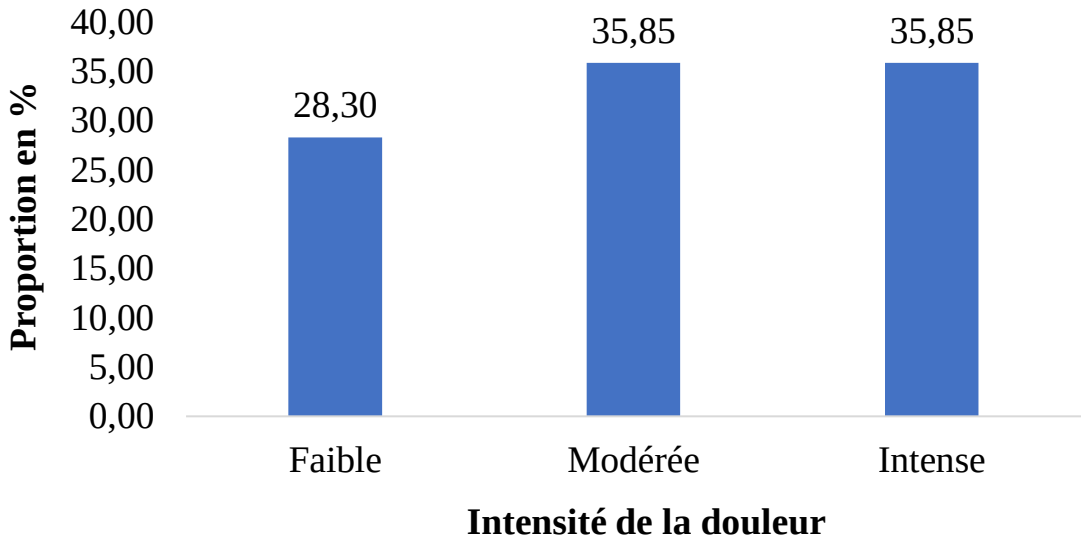


Figure 7 : Evaluation de la douleur du travail d'accouchement selon l'échelle numérique chez les accouchés

3.10. Evaluation de l'anxiété et de la dépression selon l'échelle HAD

Notre étude a montré que 15,72% des accouchées avaient une anxiété modérée et également 6,92% avait une anxiété sévère en salle d'accouchement.

De même 10% avait une dépression modérée tandis que 5% avait une dépression sévère.

Le tableau 9 présente l'évaluation de l'anxiété et de la dépression selon l'échelle HAD

Tableau XIV : Evaluation de l'anxiété et de la dépression en salle d'accouchement selon l'échelle HAD chez les accouchées

	Effectif(n=159)	%
Anxiété		
Absence 0-7	123	77,35
Modéré 8-11	25	15,72
Sévère 11-14	11	6,92
Dépression		
Absence 0-7	135	84,90
Modéré 8-11	16	10,06
Sévère 11-14	8	5,03

Observation en salle d'accouchement sur l'application des soins maternels respectueux à la CUGO et au CHU-MEL

Soins maternels respectueux	Respect des droits(%)
Droit à la protection de l'intégrité de la femme, sans préjudices ni mauvais traitements	70
Droit à l'information, au consentement éclairé et au respect de ses choix et préférences, y compris en ce qui concerne l'accompagnant souhaité durant les soins de maternité et le refus de procédures médicales.	40
Droit à la protection de la vie privée et à la confidentialité	100
Droit à l'égalité, à l'absence de discrimination et à des soins équitables.	100

Droit aux soins de santé et au meilleur état de santé possible.	100
Droit à la liberté, à l'autonomie, à l'autodétermination et à l'absence de détention arbitraire.	100

Vécu du travail d'accouchement chez les accouchées des deux maternités

Au terme de notre étude, 37,74% des accouchées avaient soit une anxiété soit une dépression. Elles sont donc considérées comme ayant un vécu négatif du travail d'accouchement. Par ailleurs 62,26% n'était ni anxieuse ni déprimée en salle d'accouchement et sont en conséquence considérée comme ayant eu un vécu positif du travail d'accouchement.

VERBALISATION

Au cours de notre étude, nous avons pu recueillir les propos de quelques femmes qui n'étaient pas satisfaites de leur prise en charge en salle d'accouchement. Voici quelques extraits :

« Je n'étais pas du tout à l'aise pendant le travail et vos gens ne comprennent pas cela. Je suis dans la douleur on me refuse d'adopter telle ou telle position alors que le lit est petit et on n'est pas à l'aise sur ça. J'ai vraiment eu du mal et quand j'appelle les sages-femmes elles me demandent de ne pas crier j'attrape l'habit d'une, elle se retire vivement de moi en me disant de ne pas la salir. Personne n'était vraiment là pour me tenir compagnie sils ne voulaient pas m'aider ils auraient pu laisser ma mère entrer en salle d'accouchement » (Madame A. CUGO)

« Je pensais que si on accouche là où on a l'habitude de faire les consultations prénatales les choses allaient être plus simple ou bien c'est parce que je ne suis pas de votre pays ? Je suis venue ici personne ne m'a reconnu d'abord on m'a

laissé à cause d'un cas qui les faisait courir. Après ça j'ai pensé que j'allais être chouchoutée pendant la douleur mais non. Il y en avait dans l'équipe qui me disaient comme c'est doux c'est comme ça que ça fait mal aussi ça m'a choqué. Mais je remercie DIEU tout s'est bien passé pour moi et mon bébé mais vous ne me verrez plus dans votre hôpital la » (Madame B. CUGO)

« Quand je suis venue en salle j'ai pensé qu'il y avait un problème entre la sage-femme et moi c'était vraiment tendu entre nous. Dès que j'ouvre la bouche avant de parler elle dit c'est c'est quoi toi ne me dérange pas hein. Cela a fait que je n'étais pas à l'aise j'avais peur de parler pour ne pas la mettre encore en colère. Et pourtant elle était gentille avec les autres j'ai dit ou bien c'est moi le problème. En tout cas j'espère ne plus la rencontrer après parce que j'ai souvent des accouchements difficiles et on m'a dit que je dois toujours venir ici pour tous les accouchements. » (Madame C. CHUMEL)

« Il y avait beaucoup de travail ce jour-là donc ils ne s'occupaient pas bien de moi. En plus il n'y avait pas beaucoup de docteurs et ils courraient seulement.

Moi ça a beaucoup joué sur moi parce que je suis quelqu'un j'aime poser beaucoup de questions sur ce qu'on me fait mais ce jour la même quand je demande, la sage-femme ne me répond pas. Ça m'a beaucoup frustré c'est comme si je n'avais aucune valeur et que je subissais seulement, vraiment il faut revoir vos choses sinon c'est pas bien. » (Madame D. CHUMEL)

II- Etude analytique

Vécu du travail d'accouchement et caractéristiques sociodémographiques

Parmi les caractéristiques socio démographiques, seul l'âge a un effet significatif sur le vécu du travail d'accouchement (p=0,017)

Tableau XV : Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des accouchées en fonction du vécu du travail d'accouchement

		Vécu du travail d'accouchement				
		Bon		Mauvais		
		N	%	N	%	**p-value**
Age						**0,017**
<20	20	7	35,00	13	65,00	
20-34	116	79	68,10	37	31,90	
≥ 34	23	13	56,52	10	43,48	
Niveau d'instruction						0,995
Aucun	45	28	62,22	17	37,78	
Primaire	25	16	64,00	9	36,00	
Secondaire	54	33	61,11	21	38,89	
Supérieur	35	22	62,86	13	37,14	
Situation matrimoniale						0,293
Célibataire	16	8	50,00	8	50,00	
Mariée/en couple	143	91	63,64	52	36,36	

Vécu psycho social et ATCD obstétricaux

Il en ressort que la gestité (p=0,041) ; les pathologies sur grossesse (p=0,005) ; les ATCD d'accouchement dystociques(p=0,006) ; de césarienne(p=0,031) ; le nombre de fausses couches spontanées(p=0,008) sont les facteurs ayant un effet sur le vécu du travail d'accouchement parmi les antécédents obstétricaux des accouchées

Tableau XVI : Vécu psycho social et ATCD obstétricaux des accouchées

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		n	%	n	%	
Gestité						**0,041**
Paucigeste	62	46	74,19	16	25,81	
Multigeste	39	22	56,41	17	43,59	
Primigeste	58	31	53,45	27	46,55	
Parité						0,099
Multipare	29	18	62,07	11	37,93	
Nullipare	1	0	0,00	1	100,00	
Paucipare	69	49	71,01	20	28,99	
Primipare	60	32	53,33	28	46,67	
Nombre d'enfant vivant						0,828
≤ 2	99	61	61,62	38	38,38	
> 2	60	38	63,33	22	36,67	
Nombre d'enfant décédés						0,955
< 1	146	91	62,33	55	37,67	
≥ 1	13	8	61,54	5	38,46	
Nombre de mort nés						0,066
< 1	144	93	64,58	51	35,42	
≥ 1	15	6	40,00	9	60,00	
Pathologies sur grossesse						**0,005**
Non	104	73	70,19	31	29,81	
Oui	55	26	47,27	29	52,73	

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		n	%	n	%	
ATCD d'accouchements dystociques						**0,006**
Non	91	65	71,43	26	28,57	
Oui	68	34	50,00	34	50,00	
ATCD de césarienne						**0,031**
Non	139	91	65,47	48	34,53	
Oui	20	8	40,00	12	60,00	
Etat du nouveau-né à la naissance						0,146
Décédé	8	3	37,50	5	62,50	
Vivant	151	96	63,58	55	36,42	
Nombre de fausses couches spontanées						**0,008**
< 1	139	92	66,19	47	33,81	
≥ 1	20	7	35,00	13	65,00	

Déroulement de la grossesse et vécu psycho social du travail d'accouchement

Les relations conflictuelles avec le conjoint, la famille ou la belle-famille au cours de la grossesse ont un effet avec le vécu du travail d'accouchement(p=0,026)

Tableau XVII : Déroulement de la grossesse et vécu psycho social du travail d'accouchement

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		N	%	n	%	
Accueil pendant les CPN						0,240
Bon	146	89	60,96	57	39,04	

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		N	%	n	%	
Mauvais	13	10	76,92	3	23,08	
Plan d'accouchement expliqué						0,608
Non	81	52	64,20	29	35,80	
Oui	78	47	60,26	31	39,74	
Soutien psychologique au cours de votre grossesse						0,742
Non	22	13	59,09	9	40,91	
Oui	137	86	62,77	51	37,23	
Relation conflictuelle avec l'entourage au cours de votre grossesse						**0,026**
Non	135	89	65,93	46	34,07	
Oui	24	10	41,67	14	58,33	

Vécu psycho social et déroulement du travail d'accouchement

Seul l'accompagnement psychologique par le personnel soignant en salle d'accouchement a un effet significatif sur le vécu du travail d'accouchement au cours du déroulement du travail d'accouchement (p=0,001)

Tableau XVIII : Vécu psycho social et déroulement du travail d'accouchement

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		N	%	n	%	
Accueil en salle d'accouchement						0,292
Mauvais	2	1	50,00	1	50,00	
Passable	9	3	33,33	6	66,67	

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		N	%	n	%	
Bien	38	23	60,53	15	39,47	
Très bien	110	72	65,45	38	34,55	
Accompagnement par le personnel de santé en salle d'accouchement						**<0,001**
Non	25	6	24,00	19	76,00	
Oui	134	93	69,40	41	30,60	
Confort en salle d'accouchement						0,066
Non	15	6	40,00	9	60,00	
Oui	144	93	64,58	51	35,42	
Soutiens reçus au cours de la grossesse bénéfiques pendant le travail d'accouchement						0,117
Non	28	21	75,00	7	25,00	
Oui	131	78	59,54	53	40,46	

Vécu psycho social du travail d'accouchement et facteurs socio culturels

Il en ressort que les rêves prémonitoires sur le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant à naitre (p=0,019) ont un effet significatif sur le vécu du travail d'accouchement.

Tableau XIX : Vécu psycho social du travail d'accouchement et facteurs socio culturels

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		N	%	n	%	
Se confier à une autorité réligieuse						**<0,001**
Non	94	48	51,06	46	48,94	
Oui	65	51	78,46	14	21,54	

	N	Vécu du travail d'accouchement				p-value
		Bon		Mauvais		
		N	%	n	%	
Conseils reçus des autorités religieuses						0,134
Aucun	51	36	70,59	15	29,41	
Consultation d'oracle	1	0	0,00	1	100,00	
Prières	107	63	58,88	44	41,12	
Rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement du travail d'accouchement et l'état de l'enfant à naitre						**0,019**
Non	103	71	68,93	32	31,07	
Oui	56	28	50,00	28	50,00	

Association (OR_b et $IC_{95\%}$] des variables qui expliquent le vécu du travail d'accouchement chez les accouchées

Les accouchées de moins de 20ans avaient un risque de 3,97[1,50-11,3] plus élevé d'avoir un vécu négatif du travail d'accouchement par rapport aux accouchées de 20-34 ans. Il en est de même pour les accouchées de plus de 34ans qui avaient un risque de 1,64[0,65-4,08].

Pour la gestité, les accouchées primigestes et multigestes avaient respectivement un risque de 2,50 [1,17-5,49] et de 2,22 [0,95-5,26] d'un vécu négatif du travail d'accouchement.

Par ailleurs, les accouchées ayant un antécédent de pathologie sur grossesse avaient un risque de 2,63[1,34-5,20] d'avoir un mauvais vécu de leur travail d'accouchement par rapport à celles qui n'ont eu pas de pathologies pendant la grossesse.

Tableau XX : Association entre l'âge, la gestité et les antécédents de pathologie sur grossesse et le vécu psycho social du travail d'accouchement chez les accouchées

	N	Vécu du travail d'accouchement				ORb	[IC95%]	p-value
		Bon		Mauvais				
		n	%	n	%			
Age								**0,017**
<20	20	7	35,00	13	65,00	3,97	1,50 – 11,3	
20-34	116	79	68,10	37	31,90	1	—	
≥ 34	23	13	56,52	10	43,48	1,64	0,65 – 4,08	
Gestité								**0,041**
Paucigeste	62	46	74,19	16	25,81	1	—	
Multigeste	39	22	56,41	17	43,59	2,22	0,95 – 5,26	
Primigeste	58	31	53,45	27	46,55	2,50	1,17 – 5,49	
Pathologies sur grossesse								**0,005**
Non	104	73	70,19	31	29,81	1	—	
Oui	55	26	47,27	29	52,73	2,63	1,34 – 5,20	

Association entre les ATCD d'accouchement dystociques, de césarienne, de fausses couches spontanées et le vécu du travail d'accouchement.

Les accouchées ayant des antécédents d'accouchement dystociques avaient un risque de 2,50 (1,30-4,87) d'un vécu négatif du travail d'accouchement par rapport à celles qui n'ont pas eu d'accouchements dystociques

Aussi, un antécédent de césarienne multiplie le risque d'un mauvais vécu du travail d'accouchement par 2,84 [1,10-7,71] ; de même que les fausses couches spontanées qui le multiplie par 3,64[1,39 – 10,2].

Tableau XXI : Association entre les ATCD d'accouchement dystociques, de césarienne, de fausses couches spontanées et le vécu du travail d'accouchement

	N	Vécu du travail d'accouchement		ORb	[IC95%]	p-value
		Bon	Mauvais			

		N	%	n	%			
ATCD d'accouchements dystociques								**0,006**
Non	91	65	71,43	26	28,57	1	—	
Oui	68	34	50,00	34	50,00	2,50	1,30 – 4,87	
ATCD de césarienne								**0,031**
Non	139	91	65,47	48	34,53	1	—	
Oui	20	8	40,00	12	60,00	2,84	1,10 – 7,71	
Nombre de fausses couches spontanées								**0,008**
< 1	139	92	66,19	47	33,81	1	—	
≥ 1	20	7	35,00	13	65,00	3,64	1,39 – 10,2	

Association entre les relations conflictuelles pendant la grossesse, l'accompagnement en salle d'accouchement et les rêves prémonitoires.

Il en ressort que la présence de conflit avec la famille, la belle-famille ou le conjoint pendant la grossesse augmente le risque d'un vécu négatif du travail d'accouchement par 2,71 [1,13 – 6,74]. Parallèlement, un accompagnement par les soignants en salle d'accouchement protège les accouchées d'un vécu négatif du travail d'accouchement (OR=0,14) [0,05 – 0,36].

Par ailleurs, les rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement du travail d'accouchement et l'état de l'enfant à naitre multiplie par 2,22 [1,14 – 4,36] le risque d'un vécu négatif du travail d'accouchement.

Tableau XXII : Association entre les relations conflictuelles pendant la grossesse, l'accompagnement en salle d'accouchement et les rêves prémonitoires

	N	Vécu du travail d'accouchement				ORb	[IC95%]	p-value
		Bon		Mauvais				
		N	%	n	%			
Relation conflictuelle avec l'entourage au cours de la grossesse								**0,026**
Non	135	89	65,93	46	34,07	1	—	
Oui	24	10	41,67	14	58,33	2,71	1,13 – 6,74	
Accompagnement par le personnel de santé en salle d'accouchement								**<0,001**
Non	25	6	24,00	19	76,00	1	—	
Oui	134	93	69,40	41	30,60	0,14	0,05 – 0,36	
Rêves prémonitoires								**0,019**
Non	103	71	68,93	32	31,07	1	—	
Oui	56	28	50,00	28	50,00	2,22	1,14 – 4,36	

4. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude se fera en 3 étapes :

- L'atteinte des objectifs
- La validité de la méthode d'étude et les limites de l'étude
- La comparaison des résultats avec les données de la littérature

4.1. Atteinte des objectifs

Les objectifs de notre étude étaient de décrire les caractéristiques sociodémographiques des accouchées ; d'apprécier le vécu du travail d'accouchement par les accouchées ; de décrire l'accompagnement des accouchées par le personnel soignant au cours du travail d'accouchement et d'identifier les facteurs associés influençant le vécu du travail d'accouchement par les accouchées dans les deux maternités.

Au vu des résultats auxquels nous sommes parvenus, nous pouvons dire que les objectifs fixés par l'étude ont été atteints :

L'âge des accouchées variait entre 20 et 34 ans elles n'avaient pas d'antécédent médico-chirurgical particulier mais un niveau socio-économique bas. Ce sont des femmes ayant un niveau d'étude secondaire, mariées ou en union libre et vivant pour la plupart dans un foyer monogamique parfois dans une relation conflictuelle.

Le travail d'accouchement était bien vécu chez 62,26% des accouchées enquêtées. Par contre le vécu négatif était de 37,73%.

Pour les accouchées enquêtées la qualité de l'accueil en salle d'accouchement était très bonne 69%. Par ailleurs, 15% des accouchées ne se sont pas senties accompagnées en salle d'accouchement (accompagnement psychologique) de la part des soignants. Cependant, les soutiens reçus au cours de la grossesse ont été bénéfiques à 90% des accouchées. Aussi, les soins de maternité respectueux sont bien appliqués dans les deux maternités en salle d'accouchement. 34% des accouchées avaient entretenues des relations conflictuelles avec l'entourage pendant la grossesse ; 60% n'ont pas eu de confort en salle d'accouchement et

environ 43% aurait voulu avoir un parent à coté pendant le travail d'accouchement.

Les facteurs influençant le vécu du travail d'accouchement sont : l'âge, la gestité, les pathologies sur grossesse, les antécédents d'accouchement dystociques et de césarienne, l'existence de conflits avec l'entourage, l'accompagnement par les soignants en salle d'accouchement, et les rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant à naitre.

4.2. Validité de la méthode et limites de l'étude

A notre connaissance, sur le plan national, la littérature sur le vécu psycho social du travail d'accouchement est très pauvre et d'autant plus que certaines études renseignent beaucoup plus sur le vécu de l'accouchement en général. La seule étude retrouvée sur notre sujet date de 2014 et a été faite au Nord du Bénin.

Nous avons réalisé une étude transversale à collecte de données prospective et à visée descriptive et analytique. En effet, elle a été faite selon un recrutement exhaustif des femmes accouchées, avec leur consentement éclairé.

La rigueur dont nous avons fait preuve lors de la collecte des données nous a permis de limiter les biais.

Toutefois, notre étude présente quelques insuffisances : il s'agit entre autre de la subjectivité de certains propos recueillis au cours de l'entretien. Il faut noter également la durée relativement courte de l'étude n'ayant pas permis d'investiguer le devenir psycho-clinique de la mère et du nouveau-né dans le post-partum tardif afin de faire un lien entre le vécu psychologique et la survenue éventuelle de complications psychiatriques de la gravidopuerpéralité.

4.3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature

4.3.1. Age

L'âge moyen des accouchées était de 26,72 ± 5,98 ans, avec des extrêmes de 13 ans et de 41 ans. La tranche d'âge la plus représentée est 20-34 avec 116 accouchées soit environ 73%. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Davo à Cotonou en 2019 avec un âge moyen de 27,15 ± 5,95ans et des extrêmes

de 17ans et 43ans et une prédominance des femmes de 20 à 25 ans et celles de 25 à 30 ans. De même, Chabi Ota dans son étude de 2014 avait trouvé que la classe d'âge la plus représentée était celle de [25-29] ans avec 41,25%

Obossou et al à Parakou avait également trouvé un résultat similaire avec un âge moyen de 27+/- 5,55 ans pour des extrêmes de 16 et 41ans ; de même que Blondeau en France qui a trouvé en 2012 un âge moyen de 30,98+/- 4,07 ans et Ford et Ayers aux USA en 2008 un âge moyen de 32ans. Aussi, Amira Ayachi et al ont trouvé un résultat similaire en Tunisie avec un âge moyen de 31,61ans avec des extrêmes de 18 et 45ans. L'âge moyen de notre étude pourrait s'expliquer par le fait que la plupart des accouchées enquêtées 73% étaient au moins à leur deuxième accouchement.

4.3.2. Niveau socio-économique

67,92% des accouchées avaient un niveau socio-économique bas. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Davo en 2019 et Obossou et al à Parakou avec respectivement 72,7% et 53% des accouchées ayant un niveau socio- économique bas. Ces différents résultats pourraient s'expliquer par le fait que la majorité des accouchées enquêtées mènent des activités de faibles revenus avec des conditions de vie de plus en plus difficile. Blondeau en 2012 en France avec un faible taux d'activité de faible revenu des parturientes à 7,5%. Ces résultats traduisent le bas niveau de vie de la population africaine surtout l'Afrique sub-saharienne contrairement aux pays développés où le niveau de vie des femmes est élevé.

4.3.3. Gestité

Les accouchées les plus représentées de notre étude par rapport à la gestité étaient les paucigestes 38,99%. Chabi Ota en 2014 avait eu des résultats similaires avec une gestité moyenne de 2,39 ± 1,38 grossesse de même que Davo en 2019 avec 36,7% de paucigestes. Ces résultats sont en concordance avec l'âge moyen des accouchées qui signifiait qu'elles étaient au moins à leur 2^{e} grossesse.

4.3.4. Antécédent de césarienne et d'accouchement dystocique

Dans notre étude, 20 accouchées sur 159 avaient déjà subi une césarienne soit 12,58% et 42,77% avaient eu un accouchement dystocique. Chabi Ota en 2014 avait trouvé que sur 7 parturientes une parturiente a au moins un antécédent de césarienne soit une proportion de 15,3% ; et une parturiente sur 5 a eu au moins un accouchement dystocique soit 21,64% des sujets enquêtés. Ce qui montre que beaucoup d'efforts restent à fournir afin de limiter au maximum le nombre de césarienne et de favoriser dans la mesure du possible aux parturientes, un accouchement eutocique.

4.3.5. Rêves prémonitoires

Dans notre étude, 35% des accouchées ont fait des rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement du travail d'accouchement et ces rêves se sont réalisés chez plus de la moitié des accouchées (57%). Miankenda en 2013 en RDC avait retrouvé un taux de 30,7% de femmes avec des rêves pendant la grossesse et qui s'étaient réalisés dans 70% des cas. Ces résultats sont similaires à ceux de Davo en 2019 Cotonou avec 32,7% des accouchées qui avaient eu à faire des rêves prémonitoires pendant la grossesse et la moitié d'elles ont vu leurs rêves se réaliser. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait qu'il existe une relation plus ou moins directe entre l'état de grossesse et l'état onirique c'est-à-dire la production de l'état psychique : la grossesse est onirogène et entraine l'intensification voire l'amplification de ces productions.

4.3.6. Conflits avec l'entourage

Environ 85% des accouchées n'avaient pas de relation conflictuelle avec l'entourage au cours de la grossesse. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par Davo en 2019 à Cotonou avec 84,7% des accouchées qui n'avaient aucun conflit avec leur entourage et 80% dans le couple. Ces résultats se rapprochent également de ceux de Obossou et al qui ont retrouvé l'absence de conflit avec l'entourage dans 78% des cas. Ceci explique la bonne ambiance, l'union qu'on observe au sein de la population Béninoise et dont les femmes enceintes bénéficient le plus ; d'autant plus que la venue d'un enfant est signe de richesse

et de fécondité dans nos sociétés, et par conséquent tout est mis en œuvre afin de faciliter un bon vécu de cette période à la femme.

4.3.7. L'accompagnement par les soignants en salle d'accouchement

Dans notre étude, 9% des accouchées ne se sont pas senties accompagnées (accompagnement psychologique) par les soignants en salle d'accouchement.

Ces résultats sont nettement inférieurs à ceux de Rebelo M. et al en 2018. En effet 35,6% des parturientes affirmaient avoir un Manque de soutien pratique et émotionnel de la part des soignants. Cette différence dans les résultats montre aisément que malgré une bonne qualité de soins, le soutien des soignants reste un élément non négligeable pour un bon vécu de l'accouchement. L'étude de Dahlberg et al. (2015), insiste fortement sur ce point-clé de l'accompagnement : les participantes relatent que faire confiance à leur sage-femme leur a permis d'être confiante par rapport au processus de l'accouchement, à leurs capacités propres à faire face à cet événement, et leur a donné le sentiment d'être prises au sérieux. Sigurdardottir et al. (2017) ont trouvé chez les femmes qu'ils avaient interrogé que la plupart d'entre elles étaient satisfaites du soutien reçu à T1, T2 (5-6 mois après l'accouchement) qu'à T3 (18-24 mois après l'accouchement). Cependant, les femmes insatisfaites du soutien reçu de leur sage-femme durant le travail et l'accouchement auraient six fois plus de risques d'avoir un vécu négatif de l'accouchement que les femmes ayant été satisfaites du soutien reçu (OR 5.8, CI 1.1-30.7). L'absence de la sage-femme ou une sage-femme trop occupée pour prendre soin de la parturiente [14] sont des points qui influencent négativement le vécu de l'accouchement. Selon les derniers auteurs cités, les femmes donnant des exemples vécus comme un manque de soutien racontent avoir eu la sensation de ne pas avoir été prises au sérieux, ou ne pas avoir eu de continuité dans leur prise en charge. Les femmes en pré-travail racontent aussi comment elles ne se sont pas senties crues et entendues dans leur douleur par les sages-femmes qui les ont renvoyées sans soutien à domicile [11]. Chez ces femmes ayant eu un mauvais vécu d'accouchement à qui on demande ce qu'auraient pu faire différemment les

soignants, elles répondent me soutenir plus/mieux matériellement/émotionnellement pour 29,8% d'entre elles [14]. Cela a aussi permis de grandement diminuer leur stress et leur angoisse.

Au Sud Bénin, la principale raison retrouvée pour expliquer cette absence de soutien de la part des soignants en salle d'accouchement reste la surcharge de travail dans nos maternités publiques surtout celles de référence. Les soignants de ces maternités se retrouvent très souvent sinon la plupart du temps submergés par le travail et de ce fait n'arrivent plus à faire bénéficier toutes les parturientes d'une prise en charge psychologique optimal pendant le travail d'accouchement. Ce constat a été également fait pendant l'observation en salle d'accouchement. Le rôle des professionnels de santé qu'il soit bon ou mauvais à un impact dans le vécu de l'accouchement. Plusieurs études ont montré qu'une bonne qualité des soins à la maternité et en suites de couche et les expériences positives de la naissance facilitaient l'adaptation psychologique de la femme au cours des trois premières semaines du post-partum. En revanche, la mauvaise interaction d'une femme avec les soignants pendant le travail et l'accouchement était associée au développement de symptômes de l'ESPT [15]. Selon Nada [43], le rôle des sages-femmes est d'apporter un sentiment de sécurité aux mères pendant la période postnatale.

4.3.8. Le vécu du travail d'accouchement

Notre étude a montré que 62,26% des accouchées ont eu un vécu positif de leur travail d'accouchement. Par contre 60 accouchées sur 159 étaient anxieuses ou déprimées soit une fréquence de 37,73%. Celles-ci sont donc considérées comme ayant un vécu négatif du travail d'accouchement dont 11 à la CUGO et 49 au CHU-MEL. Ces résultats s'éloignent un peu de ceux de Davo à Cotonou en 2019 avait trouvé une fréquence de vécu négatif de 64%. De même, Obossou et al au CHUD-Borgou Alibori en 2017 retrouvaient une fréquence de 58%. Cette différence dans les résultats pourrait s'expliquer par l'amélioration progressive des conditions d'accouchement dans certaines maternités publiques de notre pays.

Aussi Ford et Ayers en 2008 aux USA avaient trouvé 61% de parturientes anxieuses par rapport à l'accouchement contre 32,67% qui avait un vécu négatif de l'accouchement selon les résultats de Margaux Chabbert en France en 2020.

On pourrait ainsi dire au vue de ces différents résultats que le niveau de développement d'un pays n'explique pas toujours le vécu positif ou non de l'accouchement par les femmes.

Par ailleurs les propos recueillis chez les accouchées non satisfaites constituent l'élément majeur de l'évaluation de leur vécu du travail d'accouchement. En effet ces accouchées sont passées par plusieurs émotions en salle d'accouchement : la peur, l'inquiétude en passant par la crainte de se retrouver dans les mêmes conditions pour les accouchements ultérieurs. Il est donc important de reconsidérer les choses en offrant aux parturientes un meilleur accompagnement en salle d'accouchement

4.4. La peur en salle d'accouchement

Les raisons des sentiments de peur qu'ont éprouvé les accouchées en salle d'accouchement étaient principalement la douleur du travail d'accouchement (50%), une complication qui pourrait survenir au cours du travail (51%), la peur de mourir au moment de l'accouchement (53%), la peur de la césarienne (58%), la peur des dépenses financières que l'accouchement va engendrer (42%) et la peur de saigner (55%).

Davo avait retrouvé pratiquement les mêmes motifs de la peur de l'accouchée en salle d'accouchement : l'enfantement (36,6%), la » césarienne (34%), le coût élevé des soins (60%) et le décès maternel (24,6%). Chabi Ota avait trouvé en 2014 à Parakou comme motif de peur au cours du travail d'accouchement, la peur de mourir (26,89%) et la peur de perdre le bébé (28,98%).

Obossou et al quant à eux ont retrouvé dans leur étude, des motifs de la peur à des taux plutôt élevés : il s'agit de la peur par rapport à l'infection du nouveau-né ou son transfert en néonatologie (76%), à la césarienne (64%), au coût élevé des soins

(61%), à la douleur de l'enfantement (48%), au décès maternel (58%), à une malformation (76%) et à la peur d'accoucher un mort-né (82%). Ces résultats pourraient s'expliquer par l'absence de préparation psychologique des parturientes par rapport à l'accouchement. Par ailleurs, Blondeau et al en 2012 en France comme motif de la peur, la peur d'accoucher un mort-né (40%), peur de décès maternel durant l'accouchement (25%), la peur de la césarienne (23%), peur de la malformation du nouveau-né (17%). Ces résultats sont proches de ceux de Rebelo M. et al en 2018 qui avait retrouvé comme objet de peur : perte/manque de contrôle 56,4% (valeur p 0.13), Peur pour la vie du bébé 49,9% (valeur p 0.09), peur de l'intensité de la douleur / Inconfort physique 47,4%. Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les conditions en salle d'accouchement n'expliquent pas forcément l'état d'esprit des parturientes.

4.5. Les facteurs associés influençant le vécu du travail d'accouchement

Au terme de notre analyse statistique, nous avons constaté que plusieurs facteurs ont un impact sur le vécu du travail d'accouchement chez les accouchées.

En effet l'âge est un facteur qui peut impacter le vécu du travail d'accouchement. Les femmes de moins de 20 ans ont un risque élevé d'avoir un vécu négatif du travail d'accouchement par rapport aux femmes de la tranche de 20 à 34ans. Il s'agit généralement des adolescentes qui dans la fleur de l'âge se retrouvent sans préméditation enceintes et pour la plupart n'ont pas le soutien des parents, et aussi font face à l'indignation de certains soignants qui parfois les jugent par rapport à leur situation. Tout ceci fait qu'elles ne se sentent pas détendues en salle d'accouchement et sont constamment dans la peur, la crainte.

Aussi, la gestité a un lien avec le vécu bon ou mauvais du travail d'accouchement ; les femmes primigestes ont un risque plus élevé d'avoir un vécu négatif du travail d'accouchement par rapport aux paucigestes. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'elles sont à leur première expérience et appréhendent fortement cette période de travail d'accouchement. Ces femmes ont donc besoin d'une bonne préparation psychologique de la part des soignants avant d'entrer en

salle d'accouchement. De même, les accouchées ayant eu de pathologie sur la grossesse ou des antécédents de césarienne, d'accouchement dystocique et de fausses couches spontanées ont un risque plus élevé de mal vivre leur travail d'accouchement.

L'existence de conflit dans l'entourage pendant la grossesse augmente le risque d'un vécu négatif du travail d'accouchement. Le manque de confiance et les différentes relations conflictuelles observée dans certains couples mariés pourrait expliquer cela.

Par ailleurs, un bon accompagnement par les agents de santé en salle d'accouchement protège contre un mauvais vécu du travail d'accouchement. Ce qui est tout à fait normal car le rôle important que jouent les soignants dans l'accompagnement psychologique des parturientes n'est plus à démontré.

Enfin, les accouchées qui se sont confiées à une autorité religieuse avant d'entrer en salle d'accouchement ont un vécu meilleur de leur travail d'accouchement que les autres de même que les femmes qui n'ont pas fait des rêves prémonitoires sur le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant à naitre. Ces résultats pourraient s'expliquer par l'existence d'une relation plus ou moins directe entre l'état de grossesse et l'état onirique, c'est à dire, la production de l'état psychique. La grossesse est onirogène et entraîne l'intensification voire l'amplification de ces productions et montre également le rôle important que joue les autorités religieuses dans l'accompagnement psychologique de la parturiente dans notre pays.

CONCLUSION

Notre travail sur le vécu psychosocial du travail d'accouchement par les accouchées avait eu pour cadre la clinique universitaire de gynécologie obstétrique (CUGO) du CNHU-HKM et le centre hospitalier universitaire de la mère et de l'enfant lagune (CHU-MEL). Nous avions effectué une étude prospective, descriptive et analytique menée sur une période de 03 mois, allant du 20 Octobre 2022 au 28 Janvier 2023 sur 159 accouchées dans les deux centres.

Au terme de notre étude, nous pouvons dire que la fréquence du vécu négatif du travail d'accouchement à la CUGO et au CHUMEL n'est pas négligeable et plusieurs facteurs en sont la cause : Le jeune âge, la primigestité, les antécédents de césarienne, les pathologies sur grossesse, de fausses couches, l'existence de conflits dans l'entourage et un accompagnement insuffisant en salle d'accouchement.

Par ailleurs, les appréhensions au cours du travail d'accouchement portaient essentiellement sur la peur de la douleur du travail d'accouchement, d'une complication qui pourrait survenir au cours du travail, la peur de mourir au moment de l'accouchement, la peur de la césarienne, la peur des dépenses financières que l'accouchement va engendrer et la peur de saigner. Le travail d'accouchement est donc un moment douloureux et parfois traumatisant pour la parturiente. Il peut générer des manifestations psycho-émotionnelles importantes et non négligeables chez les femmes pouvant impacter sur le post partum et l'évolution des grossesses ultérieures.

Nous avons donc pour défi, de revoir l'entièreté du processus de suivi des parturientes du début de la grossesse à l'accouchement en accordant une attention particulière à chacun des facteurs évoqués.

SUGGESTIONS

- **A l'endroit des autorités sanitaires**

✓ **Ministère de la santé**

- Instruire au plan national des campagnes de sensibilisation sur les risques des grossesses précoces chez les adolescentes ;
- Doter au moins les maternités de référence d'un psychologue clinicien ou d'un assistant social pour la maternité.
- Recruter plus de personnels qualifiés dans les maternités publiques afin de réduire la charge du travail ce qui va favoriser un meilleur suivi des parturientes

✓ **CUGO et CHUMEL**

- Enseigner l'accouchement à l'aide de schémas et de films destinés à supprimer chez la future mère la peur de l'inconnu et de la douleur ;
- Promouvoir les séances d'entretien post natal avec les accouchées afin de leur permettre d'exprimer leur vécu, leurs besoins voire leurs difficultés ;
- Recruter un psychologue clinicien pour permettre l'évaluation de l'état de santé mentale des femmes à l'aide d'un entretien clinique et de questionnaires ;
- Améliorer la salle d'accouchement pour le confort des femmes et permettre à un parent de les assister pendant le travail si elles le désirent.

✓ **A l'endroit du personnel soignant de la maternité des deux hôpitaux :**

- Rechercher au cours des CPN des facteurs de vulnérabilité, comme par exemple des symptômes dépressifs chez les femmes afin de vite les orienter pour un suivi optimal ;
- Améliorer les relations soignants-parturientes au cours des CPN et aussi pendant le travail d'accouchement ;

- Améliorer la qualité de la prise en charge des femmes en travail surtout l'accompagnement psychologique pendant le travail d'accouchement ;
- Renforcer pendant les CPN les séances sur l'explication du plan d'accouchement à l'aide petites cartes pour faciliter la compréhension.

▪ **A l'endroit des parturientes des maternités de la CUGO et du CHU-MEL et des futurs papas**

- Bien suivre les grossesses par un respect des rendez-vous des CPN afin que la grossesse se déroule dans les meilleures conditions pour faciliter l'accouchement;
- Chers futurs papas la femme enceinte est très sensible et assez vulnérable. Il faut donc éviter le plus possible les conflits pendant la grossesse et toujours la rassurer et la mettre dans de bonnes conditions afin que la grossesse et l'accouchement se déroulent bien.
- A l'endroit de la population et des familles, toujours soutenir les femmes enceintes car elles sont dans une période assez délicate et ont beaucoup plus besoin de nos soutiens, de notre présence que des difficultés pouvant la fragiliser davantage.

REFERENCES

1. **Clesse C., Lighezzolo-Alnot J., De Lavergne S., Hamlin S., & Scheffler M.** Histoire de l'accouchement en Occident : évolution des connaissances, techniques, croyances, rites et pratiques professionnelles au travers des âges. Devenir. 2018; 30(4): 399-417. https://doi.org/10.3917/dev.184.0399 (consulté le 20/01/2023)
2. **Larkin P., Begley C. M., & Devane D.** Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. Midwifery. 2009; 25(2):49-59. https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.07.010**. (consulté le 05/11/2023)**
3. **Nishi D., & Usuda K.** Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study. Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology. 2017**;** 38(2): 87–93. https://doi.org/10.1080/0167482X.2016.1233170 (consulté le 20/01/2023)
4. **Creedy DK., Shocket IM., Horsfall I.** Child birth and the development of acute trauma symptoms, incidence and contributing factors. Birth. 2000 ; 27(2):104–11
5. **Bryanton J., Gagnon A. J., Johnston C., & Hatem M.** Predictors of women's perceptions of the childbirth experience. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing. 2008; 37(1):24–34. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x (consulté le 20/01/2023)
6. **Dall'Armellina Léa & Rebelo Marques Katja.** Quel accompagnement sage-femme en salle de naissance favorise un bon vécu d'accouchement ?. Travail de Bachelor ; Aout 2018 ; 53(1) : 12-79
7. **Obossou A, Salifou M, Aboubakar M, Hounkponou-Ahouingnan M, Tonato-Bagnan A, Hounkpatin B, et al.** Vécu psychologique de la parturiente en salle d'accouchement à la maternité du centre hospitalier départemental et universitaire du Borgou à Parakou (Bénin), in European Scientific Journal. July 2017;13(21):18-405
8. **Chabbert M**. Le vécu de l'accouchement chez la femme Évaluation clinique, étude des facteurs de risque et de protection, et des conséquences sur l'état

psychologique maternel, la relation conjugale et la relation mère-bébé. Thèse de doctorat de Psychologie: 2020.

9. **Organisation Mondiale de la Santé. (2017).** Standards pour l'amélioration standard de qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé. Accès : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254673/1/9789242511215-fre.pdf?ua=1 (consulté le 02/02/2023)
10. **Organisation Mondiale de la Santé. (2018).** Santé de la mère, du nouveau-né et de l'adolescent. Accès : http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/skilled_birth/fr/ (consulté le 02/02/2023)
11. **Marie-France M.** Histoire de la douleur dans l'accouchement. Real Gyneco-obst Janv : 2012; 67(1) : 31-46.
12. **Merger R., Levy J., Melchior J**. Précis d'obstétrique. 6e éd. Paris-France : Masson Paris ; 2001. 135p.
13. **Marine A.** Versant psychique de l'accouchement : réflexion sur le vécu psychologique des femmes en salle de naissance. Étude bibliographique : Gynécologie et obstétrique : 2018.
14. **Rafiatou C.O.** Vécu psychologique des femmes Béninoises au cours du travail d'accouchement : cas des parturientes des maternités publiques de Parakou. Mémoire de licence Professionnelle : Option Santé Publique et Surveillance Epidémiologique : Parakou :2014 ; 105.
15. **Jacques B**. La sociologie de l'accouchement. Sciences sociales et santé : 2008.
16. **Carbonne B, Cabrol D**. Déterminisme du déclenchement spontané du travail. Edition Ellipses ; 1995.
17. **Racinet C.** Positions maternelles pour l'accouchement. Gynécologie Obstétrique et Fertilité ; 2005.

18. **Schaal J-P, Riethmuller D, Maillet R, Uzan M**. Mécanique et techniques obstétricales. Montpellier ; Edition Sauramps ; 2012.

19. **Blondeau M**. Vécu de la salle de naissance par la parturiente appartenant à une profession de santé. Mémoire de fin d'études de sage-femme : Université Victor Segalen : Bordeaux 2 : 2012.

20. **Lansac J., Marret H. & Oury J-F.** Pratique de l'accouchement. 6ème edition : Issy-les Moulinaux: 2016.

21. **Henriksen L., Grimsrud E., Schei B. & Lukasse M.** Factors related to a negative birth experience – A mixed methods study. Midwifery. 2017; 51(2): 33-39 http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004 (consulté le 03/12/2022)

22. **Olde E, Vanderhart O, Kleber R.** Post-traumatic stress following childbirth. Clinical Psychology review. 2006; 27(2): 26 -31.

23. **Dahlberg U., Persen J., Skogas A-K., Selboe S-T., Marit T.H. & Aune I.** How can midwives promote a normal birth and a positive birth experience? The experience of first-time Norwegian mothers. Sexual & Reproductive Healthcare. 2016; 7(1): 2-7. http://dx.doi.org.10.1016/j.srhc.2015.08.001 (consulté le 12/12/2022)

24. **Hollander M. H., van Hastenberg E., van Dillen J., van Pampus M. G., de Miranda E. & Stramrood C. A. I.** Preventing traumatic childbirth experiences: 2192 women's 73 perceptions and views. Women's Mental Health. 2017; 20 (18):515-523 http://dx.doi.org/10.1007/s00737-017-0729-6 (consulté le 12/12/2022)

25. **Chabbert M., Panagiotou D., & Wendland J.** Predictive factors of women's subjective perception of childbirth experience: A systematic review of the literature. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 2020 ; 39(1): 43-66. https://doi.org/10.1080/02646838.2020.174858 (consulté le 02/02/2023)

26. **Chabbert M., Wendland J.** Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations

précoces mère-bébé ? Revue de Médecine Périnatale. 2016 ; 8(2) :199-206. http://dx.doi/org.10.1007/s12611-016-0380-x (consulté le 02/02/2023)

27. **Dictionnaire le Robert**.

28. **Béland, M., Chabot, K., Goulet Gervais, L., Morin, A. J. S., & Gosselin, P.** Évaluation De La Peur De L'Accouchement. Validation Et Adaptation Française D'une Échelle Mesurant La Peur De L'Accouchement. Encéphale. 2012 ; 38(4) : 336–344. https://doi.org/10.1016/j.encep.2011.08.002 (consulté le 02/02/2023)

29. **Sillamy N.** Dictionnaire de Psychologie, Paris : Larousse. 2e édition, 304p. 2019.

30. . **Besançon G.** Manuel de psychopathologie. Paris : Dunod ; 1993

31. **Le Gall A**. L'anxiété et l'angoisse. Paris : Presses universitaires de France ; 1976

32. **Tribolet S**. Ecouter l'angoisse. Bordeaux Le Bouscat : L'Esprit du Temps ; 1997

33. **Alain G. et Emmanuelle C**. (page consultée le 14/02/2023). Dépression mieux la comprendre pour la guérir durablement, [en ligne] Dépression · Inserm, La science pour la santé (consulté le 02/02/2023)

34. **Anne-Marie P.** Les concepts en sciences infirmières.2e édition, Association de Recherche en Soins Infirmiers ; 2012.

35. **Waldenström U., Hildingsson I., Rubertsson C., & Rådestad I.** A negative birth experience: Prevalence and risk factors in a national sample. Birth, 2004; 31(1): 17–27. https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.0270.x(consulté le 02/02/2023)

36. **Sigurdardottir V.L., Gamble J., Gudmundsdottir B., Kristjansdottir H., Sveinsdottir H., Gottfredsdottir H.** The predictive role of support in the birth experience: A longitudinal cohort study. Women and birth. Dec 2017; 30(6): 450-459. Accès http://dx.doi.org.10.1016/j.wombi.2017.04.003 (consulté le 02/02/2023)

37. **Simkin P.**, Just another day in a woman's life? Part II: Nature and consistency of women's long term memories of their first birth experiences. Birth Dec 1991; 18(4): 203-10. Accès : http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.1991.tb00103.x

38. **Boudou M., Séjourné N., Chabrol H**. Douleur de l'accouchement : dissociation et détresses périnatales comme variables prédictives de symptômes de stress post-traumatique en post-partum. Gyn Obstet Fert 2007; 35(1): 36-42.

39. **Allen, S.** A qualitative analysis of the process, mediating variables and impact of traumatic childbirth. Journal of Reproductive and Infant Psychology. 1998 ; 16(2–3) : 107–131. https://doi.org/10.1080/02646839808404563 (consulté le 10/10/2022)

40. **Ford E, Ayers S**. Stressful events and support during birth: The effect on anxiety, mood and perceived control. Journal of Anxiety Discorders. 2008; 23(2): 8-260.

41. **Joseph Bénie B.V., Issiaka T., Pétronille Z.A., Judith G.D., Simplice Dagnan N., Janine T.S.** Prévalence et déterminants des accouchements à domicile dans deux quartiers précaires de la commune de Yopougon (Abidjan), Côte-d'Ivoire santé publique 2009; 5(21): 499-506.

42. **Miankenda A.F**. Rêves prémonitoires des femmes gestantes. Psychologie et Société Nouvelle, Centre Africain de Recherche et d'Action Sociales (CARAS) ; RDC. 2013 ; 8(1) : 3-13.https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01261876, (consulté le 10/10/2022)

43. **Esseily N**. Expérience de la grossesse et de l'accouchement chez des femmes ayant vécu une agression sexuelle pendant l'enfance : étude de cas miltiples. Thèse de doctorat en psychologie: 2018.

44. **Marie-Hélène F., Pierre P**. « L'entretien de recherche centré sur le vécu », Sur le journalisme, About journalism, Sobre jornalismo [En ligne], Vol 1, n°1

- 2012, mis en ligne le 15 septembre 2012. URL : http://surlejournalisme.com/rev (consulté le 10/10/2022)

45. **Vermersch P.** « Description et vécu », Expliciter [En ligne], n° 89 | mars 2011 ; URL : http://www.expliciter.fr.

46. **Belinga, E., Essiben, F., Noa Ndoua, C. C., Aloule Yaya, F., Tompeen, I., & Foumane, P.** Aspects Épidémiologiques, Cliniques et Thérapeutiques du Travail D'accouchement à la Maternité de l'Hôpital Régional de Bertoua, Cameroun. HEALTH SCIENCES AND DISEASE, (2019). 21(1). Retrieved from https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1729.

ANNEXES

ANNEXE 1 : FICHE DE CONSENTEMENT

Titre de l'étude : vécu psycho social du travail d'accouchement par les accouchées dans deux maternités de référence à Cotonou en 2022(Bénin)

Engagement de la participante

Je soussigné(e) Mme, ……...……

……. Déclare avoir lu ou avoir été informé par une tierce personne et compris lecontenu de la note d'information.

Je certifie avoir discuté avec **Mme ACLOMBESSI Isabelle** et compris l'objectif, la modalité de participation,les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude en question.

J'ai eu l'occasion de poser des questions concernant cette étude et le chercheur y a répondu à masatisfaction.

Après réflexion et un délai raisonnable, je consens librement à prendre part à cette étude. Je sais que jepeux me retirer en tout temps sans préjudice.

Signature de la participante…… Date……

Engagement du chercheur :

*Je soussigné**, ACLOMBESSI Isabelle**, étudiante en 7^{e} année de Médecine générale à la FSS certifie :*

a) Avoir expliqué au participant les termes du présent formulaire de consentement;

b) Lui avoir clairement indiqué que sa participation est libre et volontaire et que je lui remettrai unecopie signée du présent formulaire.

Je m'engage à respecter la confidentialité et tout ce qui a été convenu dans le formulaire deconsentement.

Signature du chercheur…….…… Date……

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

N	QUESTIONS	REPONSES	CODES
CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES			
1	Quel age avez vous	En année	/_____/
2	Situation matrimoniale	A=célibataire B=mariée/en couple C=divorcée/veuve	/_____/
3	Quelle est votre lieu de résidence ?	A=zone urbaine B=zone rurale	/_____/
4	Quelle est votre nationalité ?	A=Béninoise B=étrangère	/_____/
5	Quelle est votre religion ?	A=Endogène B=Islamique C=Catholique D=Protestant E=Céleste F=Evangélique	/_____ /
CARACTERISTIQUES SOCIO ECONOMIQUES			
6	Quel est votre niveau d'instruction ?	A=primaire B=secondaire C=supérieur D=aucun	/_____/
7	Quelle est votre profession ?	A=ménagère B=fonctionnaire C=commerçante D=étudiante/élève E=artisane/ouvrière	/_____/

8	Quelle est votre revenu mensuel ?	En FCFA	/_____/
9	Avez-vous une idée sur le revenu mensuel de votre mari ?	=oui =non	/_____/
10	Si oui, précisez	En FCFA	/_____/
11	A combien vous estimez vos dépenses mensuelles ?	En FCFA	/_____/
12	Type de foyer	A=monogamique B=polygamique	/_____/
FACTEURS LIES AUX ANTECEDENTS OBSTETRICAUX			
13	Gestité	En chiffre	/_____/
14	Parité	En chiffre	/_____/
15	Nombre d'enfant vivant	En chiffre	/_____/
16	Nombre d'enfant décédés	En chiffre	/_____/
17	Nombre de mort nés	En chiffre	/_____/
18	Pathologies sur grossesse	A=aucun B=diabète C=HTA D=drépanocytose E=cardiopathie F=pneumopathie G=Anémie H=aucun I=autres	/_____/

19	Avez-vous eu des accouchements dystociques(difficiles) ?	A=oui B=non	/_____/
20	Avez-vous subi une fois une césarienne ?	A=oui B=non	/_____/
21	Nombre de fausses couches spontanées	En chiffre	/_____/
22	La dernière suite de couche	A=simple B=compliquée	/_____/
23	Si compliquée, précisez…… ……..		
24	Etat du nouveau-né à la naissance	A=vivant B=séjour en néonatologie C=décédé	/_____/
25	Si décédé précisez la cause…… ……		
ANTECEDENTS MEDICO-CHIRURGICAUX ET PSYCHIATRIQUES			
26	ATCD médicaux	A=aucun B=HTA C=diabète D=drépanocytose E=AVC F=VIH E=autres	/_____/

27	ATCD chirurgicaux	A=oui B=non	/_____/
28	Si oui, précisez…… ……..		
29	ATCD Psychiatriques	A=aucun B=dépression C=manie D=troubles maniaco dépressifs E=troubles anxieux F=troubles psychiatriques et de la gravido-puerpéralité G=autres	/_____/
30	Conduites addictives	A=aucun B=alcoolisme C=tabgisme D=toxicomanie E=autres	/_____/
DONNEES LIES AU DEROULEMENT DE LA GROSSESSE			
31	Combien de CPN vous avez fait au cours de votre grossesse ?	A=0 B=1 C=2 D=3 E=Plus de 3	/_____/
32	Dans quel centre vous avez fait vos CPN ?	A=hôpital public B=hôpital privé	/_____/

33	Comment avez-vous trouvé l'accueil pendant les CPN ?	A=bon B=mauvais	/_____/
34	Avez-vous reçu des explications sur le plan d'accouchement ?	A=oui B=non	/_____/
35	La grossesse est-elle désirée ?	A=oui B=non	/_____/
36	Si non pourquoi	A=sans emploi B=non marié C=insuffisance de moyens D=manque de soutien E=conjoint ne veut pas de la grossesse F=nombre d'enfant désiré atteint G=je ne me sentais pas encore prête H=autres	/_____/
37	Avez-vous été tout le temps malade au cours de la grossesse ?	A=oui B=non	/_____/
38	Si oui, de quoi souffriez vous ?.....		
39	Avez-vous eu de soutien psychologique au cours de votre grossesse ?	A=oui B=non	/_____/

40	Si oui, ce soutien venait de qui ?	A=conjoint B=belle famille C=famille D=ami(e)s F=autres à préciser	/_____/
41	Etes-vous entrée en conflit avec quelqu'un de votre entourage au cours de votre grossesse ?	A=oui B=on	/_____/
42	Existence d'une difficulté dans la vie de couple	A=aucune B=séparation du couple C=situation de conflit conjugal D=grossesse non désirée par le conjoint E=conjoint décédé	/_____/
43	Avez-vous vécu votre grossesse comme un évènement heureux ?	A=oui B=non	/____/
SENTIMENTS VIS-A-VIS DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT			
44	Peur de ATCD obstétricaux	A=oui B=non	/____/
45	Peur de la douleur du travail d'accouchement	A=oui B=non	/_____/
46	Peur d'une complication qui va	A=oui B=non	/_____/

	survenir au cours du travail		
47	Peur de mourir au moment de l'accouchement	A=oui B=non	/_____/
49	Peur de la césarienne	A=oui B=non	/_____/
50	Peur des dépenses que l'accouchement va engendrer	A=oui B=non	/_____/
51	Peur de saigner	A=oui B=non	/_____/
FACTEURS SOCIO CULTURELS			
52	A quelle autorité religieuse vous vous êtes confiée cours de la grossesse ?	A=aucun B=Prêtre/Pasteur C=devin D=marabout E=tradithérapeute F=autre	/_____/
53	Conseils reçus des autorités religieuses	A=prières B=sacrifices C=consultation d'oracle D=autres	/_____/
54	Respect des conseils reçus des autorités religieuses	A=oui B=non	/_____/
55	Si oui quelle en est la raison	A=foi personnelle B=exigences religieuses	

		C=les coutumes ou les exigences familiales	/_____/
56	Avez-vous fait des rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement du travail d'accouchement et l'état de l'enfant à naitre ?	A=oui B=non	/_____/
FACTEURS LIES AU DEROULEMENT DU TRAVAIL D'ACCOUCHEMENT			
57	Dans quelle condition à débuter le travail d'accouchement ?	A=discussion B=disputes C=autres	/_____/
58	Ou a débuté le travail ?	A=au marché B=a la maison C=en pleine ville D=autres	/_____/
59	Avez-vous trouvé quelqu'un pour vous accompagner en salle d'accouchement ?	A=oui B=non	/_____/
60	Si oui est ce que l'accompagnant :	A=m'a été imposé B=est de mon choix C=s'est improvisé D=autre	/_____/
61	Qui vous a reçu en premier en salle d'accouchement	A=sage femme B=Médecin C=étudiants	/_____/

		D=autres	
62	Comment avez-vous trouvé l'accueil en salle d'accouchement ?	A=très bien B=bien C=passable D=mauvais	/_____/
63	Est-ce que vous vous êtes sentie accompagnée par le personnel de santé en salle d'accouchement (gestion de la douleur, vous parler avec amabilité, respect de l'intimité	A=oui B=non	/_____/
64	Si non quelles sont selon vous les raisons de cette absence d'accompagnement ?	A=surcharge de travail B=manque de volonté C=autre à préciser	/_____/
64	Est-ce que les soutiens reçus au cours de la grossesse vous ont-ils été bénéfiques pendant le travail d'accouchement ?	A=oui B=non	/_____/
65	Avez-vous eu du confort en salle d'accouchement ?	A=oui B=non	/_____/

66	Si non quelle était selon vous la cause ?	A=déshabillage systématique B=bassin de siège C=table d'accouchement D=nombre élevé du personnel soignant et des visites médicales E=cadre peu hygiénique F=présence d'autres femmes G=autres à préciser	/_____/
67	Auriez-vous voulu qu'un membre de votre famille vous assiste au cours du travail d'accouchement?	A=oui B=non	/_____/
68	Si oui, qui et pourquoi……		
69	Avez-vous reçu des soins pendant le travail d'accouchement ?	A=oui B=non	/_____/
70	Avez-vous reçu des explications sur les soins qu'on vous a fait ?	A=oui B=non	/_____/
71	Avez-vous été préparé sur la manière dont vous allez faire des efforts expulsifs ?	A=oui B=non	/_____/

87	Sur une échelle de 0 à 10, à quel point avez-vous éprouvé de la douleur	Nommer le chiffre	/_____/
Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale(C'est une échelle qui permet d'évaluer le niveau de dépression et d'anxiété)			
88	Je me sens tendu(e) ou énervé(e)	3=La plupart du temps 2=Souvent 1= De temps en temps 0=Jamais	/____/
89	Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois	0=Oui, tout autant 1=Pas autant 2= Un peu seulement 3= Presque plus	/_____/
90	J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver	3=Oui, très nettement 2=Oui, mais ce n'est pas trop grave 1=Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 0=Pas du tout	/_____/
91	Je ris facilement et vois le bon côté des choses	0=Autant que par le passé 1=Plus autant qu'avant 2=Vraiment moins qu'avant 3=Plus du tout	/_____/
92	Je me fais du souci	3=Très souvent 2=Assez souvent 1=Occasionnellement 0=Très occasionnellement	/_____/

93	Je suis de bonne humeur	3= Jamais 2=Rarement 1=- Assez souvent 0=La plupart du temps	/_____/
94	Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)	0= Oui, quoi qu'il arrive 1= Oui, en général 2=Rarement 3= Jamais	/_____/
95	J'ai l'impression de fonctionner au ralenti	3=Presque toujours 2=Très souvent 1=Parfois 0= Jamais	/_____/
96	J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué	0=Jamais 1=Parfois 2= Assez souvent 3=Très souvent	/_____/
97	Je ne m'intéresse plus à mon apparence	3=Plus du tout 2=Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 1= Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 0=J'y prête autant d'attention que par le passé	/_____/
98	J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place	3=Oui, c'est tout à fait le cas 2= Un peu 1=Pas tellement 0=Pas du tout	/_____/

99	Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses	0= Autant qu'avant 1=Un peu moins qu'avant 2= bien moins qu'avant 3= Presque jamais	/_____/
100	J'éprouve des sensations soudaines de panique	3=Vraiment très souvent 2=Assez souvent 1=Pas très souvent 0=Jamais	/_____/
101	Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision	0=Souvent 1=Parfois 2=Rarement 3=Très rarement	/_____/

ANNEXE 3 :

Grille d'observation

Charte des soins de maternité respectueux

» Protection de l'intégrité de la femme en travail sans préjudice ni mauvais traitements)

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit à l'information, au consentement éclairé et au respect de ses choix et préférences, y compris en ce qui concerne l'accompagnant souhaité durant les soins de maternité et le refus de procédures médicales

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit à la protection de sa vie privée et à la confidentialité

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit d'être traité avec dignité et respect

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit à l'égalité, à l'absence de discrimination et à des soins équitables

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit aux soins de santé et au meilleur état de santé possible

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit à la liberté, à l'autonomie, à l'autodétermination et à l'absence de détention arbitraire

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Nouveau né remis à la mère ou au père à la naissance

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Naissance du nouveau né enregistrée

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

» Droit à une alimentation adéquate et à l'eau propre

Sage-Femme

☐ Oui ☐ Non

DES

☐ Oui ☐ Non

Aides-Soignants

☐ Oui ☐ Non

TABLE DES MATIERES

Table des matières

ACTION DE GRACE ____ *VII*

DEDICACES ____ *IX*

REMERCIEMENTS ____ *XII*

HOMMAGES ____ *XVII*

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS ____ *XX*

LISTE DES TABLEAUX ____ *XXIII*

LISTE DES FIGURES ____ *XXVI*

SOMMAIRE ____ *XXIX*

INTRODUCTION ____ *1*

Problématique ____ Erreur ! Signet non défini.

Objectif General ____ **4**

Objectifs Spécifiques ____ **4**

Cadre conceptuel ____ **5**

1. Généralités ____ *6*

1.1. Définition des concepts ____ **7**

1.1.1. **Grossesse** ____ 7

1.1.2. Accouchement ____ 7

1.1.3. Travail d'accouchement ____ 7

1.1.4. Vécu psychologique ____ 7

1.1.5. Vécu social ____ 8

1.1.6. Vécu psycho social du travail d'accouchement ____ 8

1.2. Rappels physiologiques ____ **8**

1.2.1. Physiologie du travail d'accouchement [16, 17, 18, 19] ____ 8

1.2.2. **Les surveillances et interventions en salle d'accouchement.** ____ 13

1.3 Représentations socio-culturelles du travail d'accouchement en Afrique, plus spécifiquement au Bénin ____ **15**

1.4 Facteurs influençant le vécu du travail d'accouchement ____ **16**

2. Cadre Et Méthode D'étude ____ *23*

2.1. Cadre d'étude ____ **24**

2.1.1. La Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert KOUTOUKOU MAGA (CNHU-HKM) ____ 24

2.1.2. Centre Hospitalo-Universitaire de la Mère et l'Enfant Lagune (CHU-MEL) ____ 26

2.2. Méthode d'étude ____ **28**

2.2.1- Type d'étude ____ 28

2.2.2- Période de collecte des données ____ 28

2.2.3 Population d'étude ____ 28

2.2.4 Taille de l'échantillon ____ 29

2.2.5- Définition des variables ____ 30

2.2.6. Collecte et analyse des données 31
2.2.7. Considérations éthiques 35
2.2.8. Difficultés rencontrées 35

3. RESULTATS 36

3.1. Profil socio démographique 37
3.1.1. Age 37
3.1.2. Niveau d'instruction et situation matrimoniale 37
3.1.3. Type de foyer et niveau socio-économique 38

3.2. Facteurs socio culturels 39
3.2.1 Religion et autorités religieuses 39
3.2.2. Rêves prémonitoires 39

3.3. Facteurs liés aux antécédents obstétricaux 40
3.3.1. Gestité 40
3.3.2 Parité 40
3.3.3. Nombre d'enfants vivants, décédés et de mort-nés 41
3.3.4 Pathologies sur grossesse 42

3.4. Antécédents d'accouchements dystociques, de césarienne et de fausses couches spontanées. 42

3.5. Antécédents médico-chirurgicaux et conduites addictives 43

3.6. Données liées au suivi de la grossesse 44
3.6.1. Nombre de CPN, type d'accueil pendant les CPN, explications reçues sur le plan d'accouchement 44
3.6.2. Désir de grossesse, soutien et relation conflictuelle au cours de la grossesse 45

3.7. Motifs de la peur en salle d'accouchement 46

3.8. Facteurs liés au déroulement du travail d'accouchement 47
3.8.1. Accompagnant pour la maternité, type d'accueil et accompagnement en salle d'accouchement 47
3.8.2. Confort en salle d'accouchement et à la qualité des soins 48

3.9. Evaluation de l'intensité de la douleur en salle d'accouchement selon l'échelle numérique 51

3.10. Evaluation de l'anxiété et de la dépression selon l'échelle HAD 51

4. DISCUSSION 64

4.1. Atteinte des objectifs 65

4.2. Validité de la méthode et limites de l'étude 66

4.3. Comparaison des résultats avec les données de la littérature 66
4.3.1. Age 66
4.3.2. Niveau socio-économique 67
4.3.3. Gestité 67
4.3.4. Antécédent de césarienne et d'accouchement dystocique 67
4.3.5. Rêves prémonitoires 68
4.3.6. Conflits avec l'entourage 68
4.3.7. L'accompagnement par les soignants en salle d'accouchement 69
4.3.8. Le vécu du travail d'accouchement 70

4.4. La peur en salle d'accouchement 71

4.5. Les facteurs associés influençant le vécu du travail d'accouchement ____ **72**

CONCLUSION ____ ***74***

SUGGESTIONS ____ ***76***

REFERENCES ____ ***79***

ANNEXES ____ ***A***

ANNEXE 1 : FICHE DE CONSENTEMENT ____ **B**

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE ____ **C**

ANNEXE 3 : ____ **P**

TABLE DES MATIERES ____ ***T***

SERMENT D'HIPPOCRATE ____ ***X***

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple béninois et en présence des maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité. Respectueux et reconnaissant envers les maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs parents. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobres et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure

LE PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction: La naissance d'un enfant est un évènement heureux pour la mère et la famille. Le travail d'accouchement par contre est un processus stressant, éprouvant voire traumatique et le vécu de cette expérience est susceptible d'avoir des conséquences psychologiques et sociales d'ampleur variable.

Méthode et cadre d'étude: notre étude s'est déroulée dans deux maternités de référence de Cotonou : la CUGO et du CHU-MEL. Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique sur une période de 03mois allant du 20 Octobre 2022 au 28 Janvier 2023 sur des femmes ayant accouchée par voie basse, vues dans le post immédiat et ayant donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

Résultats :.

Le travail d'accouchement était bien vécu chez 62,26% des accouchées enquêtées. Par contre le vécu négatif était de 37,73%. En effet 15% des accouchées ne se sont pas sentie accompagnée en salle d'accouchement (accompagnement psychologique) de la part des soignants. Cependant, les soutiens reçus au cours de la grossesse ont été bénéfiques à 90% des accouchées. Aussi, les soins de maternité respectueux sont bien appliqués dans les deux maternités en salle d'accouchement. 34% des accouchées avaient entretenues des relations conflictuelles avec l'entourage pendant la grossesse ; 60% n'ont pas eu de confort en salle d'accouchement et environ 43% aurait voulu avoir un parent à coté pendant le travail d'accouchement.

Les facteurs influençant le vécu du travail d'accouchement sont : l'âge, la gestité, les pathologies sur grossesse, les antécédents d'accouchement dystociques et de césarienne, l'existence de conflits avec l'entourage, l'accompagnement par les soignants en salle d'accouchement, et les rêves prémonitoires pendant la grossesse sur le déroulement de l'accouchement et l'état de l'enfant à naitre.

Conclusion : le travail d'accouchement déclenche un réel bouleversement psychologique chez la parturiente. Les appréhensions de cette période portent surtout sur la peur de saigner, du cout des soins la peur de mourir, d'une complication qui va survenir en salle d'accouchement etc.

Mots clés : travail d'accouchement, vécu psychosocial, anxiété, dépression.

ABSTRACT

Introduction : The birth of a child is a happy event for the mother and the family. Childbirth, on the other hand, is a stressful, trying and even traumatic process and the experience of this experience is likely to have psychological and social consequences of varying magnitude.

Method and framework of study : our study took place in two reference maternities of Cotonou: the CUGO and the CHU-MEL. This was a descriptive and analytical cross-sectional study over a period of 03 months from October 20, 2022 to January 28, 2023 on women who gave birth vaginally, seen in the immediate post and who gave their free and informed consent. to participate in the study.

Results :.Labor was well experienced in 62.26% of the mothers surveyed. On the other hand, the negative experience was 37.73%. In addition, 15% of women giving birth did not feel accompanied in the delivery room (psychological support) by caregivers. However, the support received during pregnancy was beneficial to 90% of women giving birth. Also, respectful maternity care is well applied in the two maternity units in the delivery room. 34% of women giving birth had had conflicting relationships with those around them during pregnancy; 60% did not feel comfortable in the delivery room and about 43% would have liked to have a parent nearby during labor.

The factors influencing the experience of the labor of childbirth are : age, gestation, pathologies during pregnancy, history of dystocic childbirth and cesarean section, the existence of conflicts with the entourage, the accompaniment by the caregivers in the delivery room, and premonitory dreams during pregnancy about the course of childbirth and the state of the unborn child.

Conclusion: labor triggers a real psychological upheaval in the parturient. The apprehensions of this period relate mainly to the fear of bleeding, the cost of care, the fear of dying, a complication that will occur in the delivery room, etc.

Keywords: labor, psychosocial experience, anxiety, depression.