

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI

**UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO**



**FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**



ANNEE UNIVERSITAIRE 2022-2023

N°.....

THESE

**Violences Obstétricales au Centre de Santé de
Référence de la Commune V du District de
Bamako/Mali**

Présentée et soutenue publiquement le 21/12/2023 devant la
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie.

Par : TAHIROU BAH

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine
(Diplôme d'Etat)**

Jury

President: Mr. SOUMAILA KEITA, Professeur

Membres : Mr. SALECK DOUMBIA, Gynécologue

Co-Directeur: Mr BRAHIMA DICKO, Médecin légiste

Directeur de thèse : Mr. SOUMANA OUMAR TRAORE, Maitre de conférences

Dédicaces

Je dédie ce travail :

A ALLAH, le tout miséricordieux, le très miséricordieux.

Qui dans sa grande bonté, ses grâces infinies, m'a permis de réaliser mon rêve d'enfance malgré les difficultés.

A mon tuteur Abdoulaye Ba

Un homme généreux au cœur immense. Depuis mon premier jour dans votre famille je n'ai vécu que des moments de satisfaction. Vous m'avez traité bien plus comme un fils, je n'ai jamais rien manqué au cours de mon séjour. Merci pour tout qu'Allah vous paye au centuple et vous accorde une longue vie avec une meilleure santé !

A mon père Hamma Ba

Baba, mes mots ne sauraient exprimés ma reconnaissance en ton endroit, tu n'as jamais cessé de m'encadrer, même si souvent c'était un peu tendu entre nous, mais en ce temps je n'avais pas conscience du bien que cela pourrait m'apporter. Tu as cru en moi, tu as cru en mon rêve et tu t'es battu pour que je puisse l'atteindre malgré tes soucis de santé. Merci pour tous tes sacrifices qui m'ont permis de tenir jusqu'au bout, merci infiniment. Je prie ALLAH chaque jour de te garde près de nous pour longtemps !

A ma mère Kadidia Sow

Je ne cesse de remercier ALLAH de t'avoir pour mère. Merci pour ton amour, tes bénédictions, tes prières, tes sacrifices qui m'ont permis d'atteindre ce niveau. Puisse ALLAH te garder près de nous encore longtemps.

A mon parrain Amadou Waïgalo

C'est un honneur pour moi de t'avoir comme parrain. Tu as été toujours présent pour nous et surtout dans des situations très difficile. Merci pour tout qu'ALLAH te paye au centuple.

Remerciements

A ma famille Bah de Djenné (kou soumaila, Baba djenne, Baba, Mah djenné, Mah sandwich, Papou, Soumaila, Hamidou, Anna, Vieux, Ina, Kaou, Tita, Djé, Athia)

A ma famille Bah de Bamako (Baballaye, Mah (paix a son âme), Andourou, Apho, Aya, Kaou, Aissata, Hamma, Goma).

A ma famille Bah de Bamako (Babahamadou, Godjenèba, N'gada, Sory, Andourou, Abouba, Tahirou)

A ma famille Sow de Bamako (Dr Sow, GoAissata, Mama, Djenèba sow, Kaou Sory, Ina, Annourou, Anta)

A ma famille Cissé de Bamako (GoOumou, Affourou, Bella, Tahirou, Yeya, Bedié)

A ma famille Waigalo de Bamako (Baba gouro, Tanti taga, Paken, Sekou, Anta, Ina, Les jumelles oumou et Aissata, sory, Aba, baba)

Merci pour votre amour, vos prières, vos encouragements et vos soutiens.

Merci énormément, puisse ALLAH nous bénir abondamment.

A mes Belle sœurs, Beau-frère, nièce et neveux

Merci pour les moments passés ensemble, merci pour les fous rires, merci pour la considération que vous avez à mon égard. Qu'ALLAH vous préserve et vous bénisse abondamment.

A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la sécurité puissent te couvrir.

Puisse le MALI reste uni à jamais.

A tous mes maîtres du 1^{er} et second cycle de l'école fondamentale de Kanafa.

A tous mes maitres du lycée public de Djenné.

*A tous les professeurs et enseignants chercheurs de la FMOS-FAPH
merci pour la qualité de l'enseignement.*

A mes frères et copains de la fac (Adama Doumbia, Mahamane baba Traoré, Mohamed Sidibé, Madiba Sissoko, Cheick Tembely, souleymane Kamissoko, soumaila Doumbia)

Nous avons débuté l'aventure ensemble et aujourd'hui je suis heureux que nous ayons atteint la ligne. Merci pour le parcours, merci pour votre amitié et fraternité.

Aux membres de l'association ACTION DJENNE SANTE PLUS (ADS+)

Merci pour votre soutien, vos prières envers moi et les miens, puisse le Tout-Puissant vous le rendre.

Aux membres de l'association Taabital Pulaakou FMOS/FAPH

Merci pour votre fraternité et vive la culture peulh !

À la 11^{ème} promotion (Feu Professeur Gangaly Diallo)

Merci pour le chemin parcouru ensemble, et les moments passés ensemble.

Au service de gynéco obstétrique du CSRéf CV

Merci pour votre accueil, votre accompagnement et vos enseignements reçus au sein du service, puisse Le Miséricordieux vous le rendre abondamment.

Au Professeur TRAORE Soumana Oumar

Merci pour l'estime que vous m'avez accordé. Qu'ALLAH vous protège et vous confie une longue vie dans une santé de fer ! Amine !

A mes maîtres formateurs : Pr Soumana Oumar TRAORE, Dr Oumar M TRAORE, Dr Saoudatou TALL dite Gogo, Feu Dr Fa Issif KOUYATE, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Niagale SYLLA, Dr Nouhoum DIAKITE :

Aux gynécologues et obstétriciens : Dr Abdou CAMARA, Dr Belco TAMBOURA, Dr Oumar Kokeina, Merci pour votre encadrement.

A mes aînés et anciens internes de gynéco-obstétrique Dr Romeo HOUNNADE, Dr Drissa DRAME, Dr Ali GUINDO, Dr Moussa TELLY, Dr, Jean Pierre Keita : merci pour votre accueil chaleureux et vos conseils à mon égard.

A tous mes collègues internes du service de gynécologie obstétrique ; merci pour votre collaboration, pour la convivialité et bonne chance à tous. Puisseons-nous rester solidaires quel que soient les difficultés de la vie, que le Tout-Puissant nous accorde la grâce d'être des exemples dans notre métier.

A mon équipe de garde : (kourekama, Mathieu, Nimaga, Kalilou, Thienta, Issa, Moumouni, Affoussatou, Balakissa, Mamadou) ; Merci pour votre collaboration, votre dynamisme dans la bonne marche des gardes.

A tous les externes du service : particulièrement à Djénèba Kah, merci pour votre engagement durant nos jours de garde et de votre amour du métier, Bonne chance à vous.

A toutes les sages-femmes et infirmières obstétriciennes : merci pour votre collaboration.

Au service de Médecine Légale du CHU du Point G

Merci pour votre accueil, votre accompagnement et vos enseignements reçus au sein du service, puisse Le Miséricordieux vous le rendre abondamment.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer. Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

Hommages aux membres du jury

A notre Maître et Président de thèse

Professeur Soumaila KEITA

- ✓ **Maître de Conférences Agrégé de Chirurgie Générale**
- ✓ **Chef du service de chirurgie A du CHU du point G**
- ✓ **Chef du service de santé de la gendarmerie nationale**
- ✓ **Chirurgien et Praticien Hospitalier au CHU du Point G**
- ✓ **Membre de la Société Malienne de Chirurgie**
- ✓ **Médecin colonel**
- ✓ **Médecin légiste auprès des tribunaux**
- ✓ **Directeur général du CHU du Point G**

Honorable maître,

Vous nous avez accueilli à bras ouverts dans votre service ; vous avez accepté de présider ce travail malgré vos multiples occupations. Votre abord facile, votre franc parler, votre rigueur scientifique et votre engagement pour la promotion de la chirurgie et de la Médecine légale au Mali nous ont beaucoup impressionnés. L'amitié profonde pour vos collaborateurs et vos étudiants, et le sens élevé du devoir font de vous un homme très admirable. Nous avons beaucoup bénéficié de vous tant sur le plan pédagogique que sur le plan humain. Vous resterez pour nous un exemple à suivre. Les mots nous manquent pour vous remercier. Cher Maître veuillez accepter nos sentiments de reconnaissance et de respect.

A notre Maître et Juge de thèse

Docteur SALECK DOUMBIA

- ✓ **Gynécologue-Obstétricien ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- ✓ **Membre de la SOMAGO ;**
- ✓ **Détenteur d'un DU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- ✓ **Détenteur d'un Master en Coloscopie obtenu en Algérie ;**
- ✓ **Détenteur d'un DU en Epidémiologie-Bio statistique à l'Institut Africain de Santé Publique.**

Cher maître,

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Votre courtoisie, votre rigueur pour le travail bien fait et votre disponibilité à servir autant que possible font de vous un exemple à suivre.

Nous vous remercions sincèrement pour toute votre contribution au jugement de ce travail.

Veillez trouver ici cher maître l'expression de notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu vous accorder santé et longévité.

A notre Maître et Directeur de thèse

Professeur Soumana Oumar Traore

- ✓ **Professeur agrégé en gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- ✓ **Praticien hospitalier au CSREF CV ;**
- ✓ **Détenteur d'une attestation de reconnaissance pour son engagement dans la lutte contre la mortalité maternelle décernée par le Gouverneur du District de Bamako en 2009 ;**
- ✓ **Certifié en programme GESTA International (PGI) de la société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada (SOGOC) ;**
- ✓ **Leaders d'Opinion local de la surveillance des décès maternels et Riposte (SDMR) en Commune V du District de Bamako ;**

Cher Maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Nous avons été marqués par vos qualités de formateur, de chercheur et d'homme de science durant tout ce travail.

Cher maître, nous ne saurons jamais trouver assez de mots pour vous témoigner notre reconnaissance.

Soyez rassuré de notre très sincère et profonde gratitude.

Qu'Allah vous garde encore longtemps à nos côtés afin que nous profitons davantage de vous.

Liste des abréviations

% : Pourcentage

≥ : supérieur ou égal

≤ : inférieur ou égal

ASACO : Association de Sante Communautaire

CANAM : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

CV : Commune V

CIV : Commune IV

Coll. : Collaborateurs

CBV : Coups et blessures volontaires

CHU : Centre Hospitalier et Universitaire

CMI : Certificat Médical Initial

CPN : Consultation Pré-Natale

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

CSREF : Centre de Santé de référence

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisés

EFF : Effectif

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

HCP : Haut-Commissariat au Plan

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PF : Planification Familiale

PMI : Protection Maternelle et Infantile

USAC : Unité de Soins, d'Accompagnement et de Conseil

URENI : Unité de Récupération Nutritionnelle et Intensité

SFA : Souffrance Foétale Aigue

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

SOMAGO : Société Malienne de Gynécologie Obstétrique

VIP : Very Important Personality

SOMMAIRE

<i>I. Introduction</i>	12
<i>II. Objectifs</i>	15
<i>III. Généralités</i>	16
<i>IV. Méthodologie</i>	26
<i>V. Résultats</i>	36
<i>VI. Discussion et commentaires</i>	50
<i>VII. Conclusion</i>	53
<i>VIII. Références</i>	55
<i>IX. Annexes</i>	58

Liste des figures

Figure 1 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako	31
Figure 2 : Victimes selon l'âge	36
Figure 3 : Victimes selon le milieu socio-économique	36
Figure 4 : Victimes selon la résidence	37
Figure 5 : Victimes selon le niveau d'étude	38
Figure 6 : Victimes selon le statut matrimonial	38
Figure 7 : Victimes selon l'admission avec réquisition	39
Figure 8 : Victimes selon la date de la violence.....	41
Figure 9 : Victimes selon la période de la grossesse.....	41
Figure 10 : Sexe des Agents de la santé impliqués	42
Figure 11 : Profil des Agents de santé impliqués.....	42
Figure 12 : Victimes selon le nombre d'enfants	43
Figure 13 : Victimes selon les voies d'accouchement	44
Figure 14 : Victimes selon la présence de lésions.....	45

Liste des tableaux

Tableau I : Unités d du CSREF de la commune V	28
Tableau II : Répartition des patientes selon la profession.....	37
Tableau III : Répartition des patientes selon le mode d'admission	39
Tableau IV : Répartition des patientes selon le motif d'admission	40
Tableau V : Répartition des agresseurs selon le sexe	42
Tableau VI : Répartition des agresseur selon leur identité.....	43
Tableau VII : Répartition des patientes selon le nombre de CPN.....	43
Tableau VIII : Répartition des patientes selon les complications liées à l'accouchement.....	44
Tableau IX : Répartition des patientes selon le type de violence	44
Tableau X : Répartition des patientes selon les types de lésions.....	46
Tableau XI : Répartition des patientes selon le les examens réalisés.....	46
Tableau XII : Répartition des patientes selon le traitement reçu	46
Tableau XIII : Répartition des patientes selon les types de traitement	47
Tableau XIV : Répartition des patientes selon le traitement chirurgical.....	47
Tableau XV : Répartition des patientes selon le lieu de survenue de la violence	47
Tableau XVI : Répartition des patientes selon les mécanismes et agents étiologiques	48
Tableau XVII : Répartition des patientes selon le récit de leur accouchement..	48
Tableau XVIII : Répartition des patientes selon l'impact de la violence sur le fœtus/Nouveau-né	49

I. Introduction

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme étant une menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui, contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations ; sont exclus de cette définition les incidents accidentels, comme la plupart des blessures de la route et des brûlures. [1]

Nous distinguons ainsi les violences volontaires et les violences involontaires, qui sont des dommages occasionnés par une faute d'imprudence, de négligence ou d'inattention de la part de l'auteur. [2]

La violence Obstétricale dans les établissements de soins de santé englobe des gestes accomplis ou l'exercice de certaines pratiques professionnelles ou leur omission, durant la grossesse ou l'accouchement, sans l'accord et le consentement éclairé des femmes, ce qui entraîne une négation de leur agentivité reproductive. Cette violence systémique crée et renforce les inégalités de pouvoir qui existent au moment de l'accouchement, et cause de la souffrance et de la détresse chez les femmes. Les manifestations, la reconnaissance, l'impact et l'ampleur de cette violence varient d'une personne à l'autre, d'un contexte à l'autre et d'une culture à l'autre. [3]

Au Canada une étude conclue que la : «La violence obstétricale, une forme de violence systémique ou institutionnelle, consiste en une intervention ou son absence par laquelle un ou une professionnelle de l'obstétrique cherche à contrôler une femme en train d'accoucher en utilisant des moyens de différents ordres par exemple, physique : la force, la contrainte, ou des dimensions psychologiques : la menace de force, l'intimidation, le dénigrement, l'hostilité, ou un geste posé sans son consentement libre et éclairé et explicite.[4]

Bohren et coll. ont notamment invité les professionnels à développer des outils de mesure de ce phénomène à partir de leur travail. Ils ont proposé de définir les violences au cours de la grossesse par catégories : violence verbale, violence physique, non-respect des bonnes pratiques soignantes, manquements dans la relation soignant-soignée et/ou stigmatisation et de discrimination. [5] [6]

En calquant toutes ces dimensions sur la définition de la violence à l'égard des femmes adopter par les Nations Unies dans « la déclaration sur l'élimination de la violence contre les femmes, résolution 48/104 de l'Assemblée générale de l'ONU », nous pouvons définir la violence obstétricale comme: tout acte de violence et de maltraitance intentionnelle ou non intentionnelle, direct ou indirect commis dans les établissements de soins par les professionnels de santé ou par l'institution générale de l'offre de soins, dirigé contre la femme au cours de la grossesse et/ou de l'accouchement, causant ou pouvant causer aux gestantes ou parturientes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles psychologiques ou sociales, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté. Ces actes sont polymorphes, allant des plus insignifiants en apparence aux plus significants et dramatiques. [7]

Aux regards de toutes ces situations sus mentionnées, nous envisagerons cette étude dans le cadre d'une thèse de fin d'études de formation médicale portant sur les Violences Obstétricales, initiée par le service de Gynéco Obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako. Elle entre dans le cadre de l'évaluation des situations ou pratiques jugée violente au cours de la grossesse dans le district de Bamako particulièrement au Centre de Santé de Référence de la Commune V. N'ayant pas de résultat d'études antérieures, les résultats attendus à la fin de cette étude pourront servir à :

- Faire un état des lieux des cas de violence Obstétricale.
- Déterminer la fréquence des ces cas de violences.
- Améliorer l'implication des praticiens (Médecin Gynécologue-Obstétricien, sagefemmes, infirmières obstétriciennes, interne), et des autorités compétentes (administratives, sécuritaires et judiciaires) sur la question de la violence obstétricale pour une efficiente mise en œuvre des mesures d'accompagnement des victimes de violences au cours de la grossesse.

Dans le cadre de respect et de considération éthique, nous avons demandé le consentement éclairé des victimes de violences durant la collecte des données et nous avons gardé sous anonymat les informations personnelles collectées.

Pour effectuer cette étude, nous nous sommes posé la question de savoir si des cas

de violences Obstétricales étaient admises au CSRéf CV ? Si oui, pourquoi des victimes de violences au cours de la grossesse étaient fréquentes au CSRéf CV ? Pour répondre à ces questions, nous estimons que ces violences au cours la grossesse dans le centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako seraient dues à :

- Une forte urbanisation non suivie par des mesures médicales adéquates, ce qui nous a amené de réaliser ce travail dont les objectifs sont fixés comme suit :

II. Objectifs

1) Objectif général

- Etudier les violences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Commune V du district de Bamako.

2) Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques épidémiologiques des victimes de violences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Commune V.
- Décrire les aspects cliniques et thérapeutiques des victimes de violences obstétricales.

III. Généralités

1. Apparition du concept de « violences obstétricales »

Dans la majorité des pays, l'institutionnalisation et la technicisation des accouchements apparaissent dans les années 1950 et 1960 lors du mouvement de modernisation des hôpitaux, le développement d'appareils de surveillance de la mère et du fœtus, et la diffusion de l'analgésie péridurale et de la césarienne. L'appropriation considérée comme excessive du corps des femmes par l'institution médicale fait l'objet de critiques et revendications des mouvements féministes dès les années 1970. Mathieu Azcue et Laurence Tain (L'émergence du concept de « violence obstétricale » au prisme des militantes associatives) documentent la diversité de ces mouvements de résistance contre la bio médicalisation de l'accouchement, qui reflète les postures féministes de l'époque. Ce n'est qu'en 2013 qu'apparaît le concept de « violences obstétricales ». Marie-Hélène Lahaye, juriste belge, en ouvrant son blog Marie accouche là, initie un mouvement de libération de la parole des femmes qui prendra rapidement de l'ampleur. Très vite, sur les réseaux sociaux, le concept de « violences obstétricales » se façonne (apparition du #PayeTonUterus en novembre 2014, puis de #PayeTonGyneco, #PayeTonAccouchement, #ViolencesObstetricales) avant que les images s'ajoutent à ces revendications à travers des bandes dessinées (ouverture en mars 2016 du blog de la dessinatrice féministe Emma Emmaclit, qui vulgarise par exemple la question de l'épisiotomie) et la diffusion de documentaires (documentaire francophone Tu enfanteras dans la douleur, réalisé par Ovidie et diffusé sur Arte en juillet 2019). L'article de Claire Salles (Envisager les violences obstétricales : Le rôle des représentations visuelles et audiovisuelles dans la reconnaissance de la notion en France et en Belgique) revient sur le rôle des représentations visuelles et audiovisuelles dans l'émergence de ce concept en France et en Belgique. En 2017, la polémique autour des violences obstétricales devient une affaire d'État : la secrétaire d'État, Marlène Schiappa, commande un rapport institutionnel au Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE). Ce rapport, publié en 2018, donne la voix aux femmes à travers des témoignages, et il souligne le lien entre sexisme et violences durant le suivi gynécologique et obstétrical. Il définit les violences gynécologiques et obstétricales comme les « actes sexistes les plus graves qui peuvent se

produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par une ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignantes – de toute spécialité – femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitantes. Ils peuvent prendre des formes très diverses, des plus anodines en apparence aux plus graves » [8] Le rapport français souligne que toutes les femmes peuvent être confrontées à des violences obstétricales. Cependant, des caractéristiques sociales exposent particulièrement certaines femmes, telles que l'âge, la classe sociale, l'origine socioculturelle, l'orientation sexuelle, le handicap, la présence de certaines pathologies (VIH/sida), le statut marital, la prostitution, le statut migratoire [8], [9]

2. Ce que déplorent les femmes

a. Propos porteurs de jugements

Les femmes obèses déplorent la qualité du service qu'elles peuvent recevoir du fait de leur poids : conduite irrespectueuse, attitude négative, conseil non sollicité de perdre du poids de la part des praticiens [8]. Une étude montre aussi que les patients obèses sont moins bien considérés que les patients non-obèses [10]. Une autre étude montre qu'avec des patients obèses, les médecins en consultation consacrent plus de temps à parler d'exercice physique, et moins de temps à l'éducation à la santé [11]. Autrement dit, les praticiens sont moins informatifs, en expliquant à leurs patients l'importance d'un indice de masse corporelle équilibré pour maintenir une bonne santé et diminuer les risques de certaines pathologies, et ils sont plus directifs, en disant à leurs patients qu'il faut « faire de l'exercice pour perdre du poids ». Ce type de discours est rapporté comme étant moralisateur et parfois contre-productif en mettant à mal la notion d'alliance thérapeutique. A lire certains témoignages, il est d'autant moins bien reçu quand le motif de consultation est tout autre (exemple de la consultation de gynécologie). Une femme confie dans son témoignage pour L'Obs son regret vis-à-vis du manque de formation des praticiens face à la particularité de la prise en soin des patientes obèses. C'est face à une

conclusion similaire qu'une étude souligne la nécessité pour les praticiens de recevoir une formation spécifique sur la prise en soin de ces patientes [8]. L'obésité est effectivement une condition à risque de favoriser certaines pathologies, notamment sur le plan cardiovasculaire, et il est du rôle du soignant que de savoir en informer son patient. Dans les propos porteurs de jugements, sont rapportés ceux qui visent à minimiser ou à dénier les sensations et émotions notamment douloureuses que peuvent manifester les femmes. Une femme raconte à Konbini : « encore une hystérique en train de feindre des douleurs » seraient les termes utilisés par le médecin qui pratiquait chez elle une hystérogaphie en la présence d'un certain nombre d'étudiants, alors que la patiente poussait un cri de douleur. La prise en charge de la douleur est effectivement un droit du patient qui lui est garanti par la loi : « toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. » [9]. De plus, c'est aussi à l'avantage du praticien que de prendre en compte la douleur de sa patiente : elle pourrait être à l'origine d'un allongement du temps dédié aux gestes techniques, ceci étant en retour un facteur de douleur... La patiente est alors moins coopérative dans son propre soin et elle subit ce-dernier ; quant au praticien, il n'est pas aidé non plus. Le temps consacré à la prévention et à la délivrance d'informations peut se voir réduit après l'examen douloureux, et la patiente, après un tel vécu, peut se trouver moins encline à la réception de ces informations [12]. Enfin, nous pouvons citer les propos visant à commenter les choix de la patiente dans le seul but de les commenter : ceux relatifs à l'envie ou non d'avoir un enfant par exemple.

b. Actes réalisés sans consentement de la patiente

Dans les témoignages que l'on retrouve sur la toile, les actes réalisés sans consentement et faisant l'objet d'une plainte verbale sont souvent le toucher vaginal et l'épisiotomie. Le toucher vaginal peut être fait au cours d'une consultation gynécologique quelconque. L'épisiotomie est faite pendant un effort expulsif lors de l'accouchement. N'étant probablement pas un moment propice pour initier la discussion de l'épisiotomie afin de recueillir un consentement, certains professionnels se retrouvent face à un refus de l'acte. Le Collectif inter associatif [13] autour de la naissance (CIANE) a dressé en 2013 un état des lieux sur la pratique de l'épisiotomie en France entre 2010 et 2013 : 30% est le taux qui en ressort [13]. Pour 85% des femmes concernées, le consentement n'a pas été

recueilli [13]. Dans un rapport plus récent établi dans le cadre de l'Enquête nationale périnatale de 2016 par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) et la Direction des recherches, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le taux d'épisiotomie retrouvé traduirait une volonté des professionnels de suivre les recommandations incitant à ne pas effectuer ce geste de manière systématique, puisque celui-ci est en baisse : 20% [14]. Si l'épisiotomie et les déchirures naturelles peuvent être un sujet délicat à aborder avec les femmes, leur suture peut aussi être l'objet de plaintes. Nous découvrons par exemple lors de nos recherches l'existence du point dit « du mari » [15]. Celui-ci consiste à effectuer un point de suture supplémentaire à l'entrée du vagin afin de rendre ce-dernier plus étroit que ce qu'il n'était. La croyance voudrait que ceci accentue le plaisir de l'homme lors des rapports futurs. D'autres disent que c'est celui de la femme qui sera restauré. Cet acte est décrit par les femmes comme étant douloureux et se rapprochant dangereusement d'une mutilation génitale. Il peut en tout cas être délétère puisqu'il a été objectivé qu'il est plus propice à ce que la suture soit reprise ultérieurement pour déformation de l'anatomie ou pour défaut de cicatrisation [16]. Cet acte est d'autant plus mal vécu par les femmes que celles-ci ne sont parfois pas tenues au courant de l'existence de ce point supplémentaire (consentement non recueilli). Une femme raconte par exemple comment sa sage-femme lui a annoncé l'existence d'un tel point alors qu'elle consultait justement pour des douleurs périnéales permanentes à distance de son accouchement. Dans les actes réalisés sans consentement de la patiente et suscitant des plaintes, nous pouvons également citer la réalisation d'une échographie endovaginale. La possibilité du passage par voie endovaginale pour effectuer une échographie ne semble pas toujours connue des patientes. Cet acte de routine pour un praticien habitué semble être très déstabilisant pour une patiente non préparée. De manière générale, le manque d'information ou de réflexion sur les gestes pratiqués est une des raisons qui peuvent expliquer un manque de compréhension et de coopération de la part des femmes [17] des malentendus et des situations conflictuelles.

c. Actes ou refus d'actes sans justification médicale

Parmi les actes refusés sans justification médicale, ceux rapportés sont notamment le refus de prescrire un moyen de contraception ou un type de contraception, le refus de réorienter une patiente souhaitant interrompre sa grossesse dans le cas où le praticien ne souhaite pas effectuer l'acte lui-même [19].

d. Conséquences sociales et professionnelles

Les troubles comme l'anxiété et la dépression susmentionnées peuvent avoir un retentissement sur la vie en collectivité, ce qui augmenterait les arrêts de travail. [19]

e. Conséquences sur la relation soignant-soigné

La relation de confiance qui est censée s'établir entre le professionnel de santé et la patiente est mise à mal lorsque cette dernière vit mal l'accouchement. Il semble logique que la femme ne souhaite pas retourner voir un praticien dont elle n'est pas satisfaite. Pourrait s'ensuivre une perte de confiance en tout représentant du corps médical de manière générale lorsque le vécu est très négatif. Cette altération de la confiance pourrait placer la femme à risque de ne plus être correctement suivie sur les plans gynécologique et obstétrical [19]. Elle échappe alors également aux politiques de dépistages organisés par exemple.

3. Définition de quelques terminologies

a. L'épisiotomie

C'est un acte qui consiste à sectionner à l'aide d'une paire de ciseaux une partie du périnée distendu au moment du dégagement de la tête fœtale dans le cadre de l'accouchement par voie basse. Ce geste est pratiqué dans le but de prévenir les déchirures graves du périnée, notamment les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) [20]. L'épisiotomie n'est pas recommandée de manière systématique, y compris chez la patiente primipare [20]. Sa pratique dépend des facteurs de risque personnels et des conditions obstétricales.

b. Le consentement

Le consentement est défini comme le fait de donner son accord à une action. Il est de deux types : exprès (verbal ou écrit) ou tacite (supposé par la loi, dans le cas où la volonté contraire n'est pas exprimée). En médecine, le serment d'Hippocrate est à l'origine très paternaliste : la volonté du malade n'est pas mentionnée car c'est le médecin qui détient

le savoir. Le texte a été modifié au fil des siècles et nous pouvons désormais y retrouver la mention suivante : « je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté [...] » [21]. De même, le Code de déontologie médicale mentionne : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. » [22]. Le consentement est donc libre car les décisions sont prises par la personne et non le praticien. Le Code de la santé publique mentionne : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne [...] » [23]. La recherche obligatoire du consentement implique la validité de son corollaire qui est le droit au refus de la part du patient. Dans ce cas, le médecin doit respecter ce refus [22] [23].

Enfin, le consentement, même s'il est donné en premier lieu, peut être retiré à tout moment [23]

c. L'information

Le consentement ou non doit être guidé par une information de la part du praticien qui est « loyale, claire et appropriée » [24]. Comme le rappelle le Code de la santé publique : « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. » [25]. Le consentement ou non devient alors éclairé. En situation d'urgence, il convient au praticien de communiquer le degré d'urgence de la pose d'un diagnostic et la nécessité de recours à l'examen proposé. [25]

d. La place de l'étudiant en santé

Elle est mentionnée dans le Code de la santé publique : « l'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. [23] Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informé de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. » [23]. Le fait pour le praticien de se trouver dans un centre universitaire ne le dispense pas de devoir recueillir le consentement du patient pour pouvoir enseigner l'examen clinique à son étudiant. [23]

4. Etude médico-légale des coups et blessures volontaires

i. Détermination de la nature de la blessure

Les blessures peuvent être classées en trois types : les contusions, les plaies et les fractures :

a) **Les contusions** : ce sont des lésions traumatiques fermées, ne s'accompagnant ni d'une destruction, ni effraction de la peau, qui sont le résultat de l'impact d'un agent contondant. Elles se présentent sous divers aspects :

- **L'ecchymose (ou contusion du 1er degré)** : c'est un épanchement tissulaire local de sang extravasé et coagulé formant, sur une peau claire, une tache rouge livide au départ, qui ne disparaît pas à la pression ; elle a une importance capitale en médecine légale car :
 - Elle indique le point d'impact de l'agent vulnérant
 - Elle évoque la date de la violence par leur couleur
 - Elle révèle parfois la forme de l'instrument responsable
 - Elle témoigne que le sujet était encore vivant au moment des faits (C'est un signe vital car après la mort le sang ne coagule plus)

L'ecchymose se caractérise par :

- Son étendue qui dépend de l'intensité de la force traumatisante, de la vascularisation de la région traumatisée, de la laxité des tissus et de la résistance des plans sous-jacents
- Son siège, elle se retrouve à tous les niveaux, dans toutes les régions (les tissus sous cutanés, sous les muqueuses, sous le cuir chevelu, sous les séreuses)
- Ses spécificités : elle ne s'efface pas à la vitro pression (test dermatologique qui consiste à appuyer sur une lésion de la peau avec une lame de verre transparente, plate ou légèrement bombée, et de chasser ainsi le sang des vaisseaux de la zone comprimée), ni au lavage

- Son évolution tinctoriale (la résorption est centripète et s'arrête à la mort), elle est :
 - Rouge livide au 1^{er} jour
 - Violacée au 2^{eme} ou 3^{eme} jour
 - Bleue au 3^{eme} ou 4^{eme} jour
 - Verdâtre au 5^{eme} ou 6^{eme} jour
 - Jaunâtre entre le 10^{eme} et 15^{eme} jour
 - Disparition vers le 17^{eme} jour
 - Au 25^{eme} jour disparition totale.

- **L'hématome (ou contusion du second degré)** : c'est un épanchement de sang développé dans un tissu où il prend la forme d'une cavité néoformée. Le sang épanché est d'abord liquide puis coagulé.

- **L'écrasement des tissus anatomiques (ou contusion du 3^{eme} degré) et le broiement des muscles, vaisseaux, et nerfs (ou contusion du 4^{eme} degré)** : ce sont des contusions sans effraction cutanée entraînant un état de choc et la mort.

- b) Les plaies** : ce sont des solutions de continuité des téguments avec ou sans la participation des tissus sous-jacents. La plaie reproduit toutes les irrégularités de l'agent causal qui peut être occasionnées par :
 - Des instruments piquants (aiguilles, clous, etc.)
 - Abus des produits utérotoniques (Misoprostol, ocytocine)
 - Des instruments tranchants (rasoir...)
 - Des objets contondants (poing, pierre, bâton, marteau, etc.)
 - Des objets tranchants et piquants (couteaux, épées)
 - Les armes naturelles (coups de tête, de poing, de genou)
 - Des objets brûlants
 - Des armes à feu

- Toutes autres armes de destination (armes improvisées lors de l'agression)

On distingue ainsi :

- **L'érosion épidermique simple** (ou excoriation, éraflure, égratignure, écorchure) : c'est la plaie la plus minime. Elle résulte de l'abrasion de l'épiderme par frottement, arrachement ou pincement.
 - Sur le vivant, elle se couvre de liquide d'exsudation lymphatique qui devient une croûte et se cicatrise en une semaine.
 - Sur le cadavre, le derme est dénudé, et donc se dessèche, se parchemine, brunit : c'est la plaque parcheminée.
 - Leur forme, leur répartition, leur direction renseignent sur le mécanisme de production et leur siège a une grande signification en expertise :
 - Au cou, cela renvoie à une strangulation
 - Dans la région génitale ou aux cuisses, cela traduit une agression sexuelle
 - Au visage ou aux mains, cela correspond à une lutte
 - A l'anus, cela correspond à un attentat pédérastique
 - Au pourtour de la bouche et du nez, cela renvoie à une suffocation
- **La plaie simple** : il y a seulement une effraction des tissus sans destructions des téguments, ni perte de substance avec des bords nets, réguliers, linéaires et propres ; Ce sont des plaies faites par des objets tranchants et piquants.
- **La plaie contuse** : elle réunit à la fois les caractéristiques d'une excoriation, d'une plaie simple et d'une ecchymose. Les bords de la plaie sont déchiquetés, irréguliers, décollés, avec destruction des tissus et organes, et dont la perte de substance est plus ou moins considérable. Elle est généralement causée par des armes à feu.

Quelques soient le type de plaie, le but est d'affirmer qu'elle est d'origine ante-mortem (vitale), ce qui est objectivé par ces critères :

- **Critères macroscopiques**
 - Hémorragie avec infiltration des tissus

- Coagulation du sang in situ
- Ecartement des lèvres de la plaie [26].

5. METHODOLOGIE

a. Cadre d'étude

Notre étude se déroulera dans le centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako. Un hôpital de niveau II de référence selon la pyramide sanitaire du Mali appelé centre de santé de référence de la commune V (CS Réf CV) de Bamako.

a. Présentation de l'aire sanitaire de la Commune V

La Commune V fut créée en même temps que toutes les autres Communes du District de Bamako par l'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 et régie par les textes suivants :

- L'ordonnance 78-34/CMLN du 18 Août 1978 fixant les limites et le nombre de Communes ;
- La loi N°93-008 du 11 Février 1993 portant code des collectivités territoriales.

La Commune V est limitée, au Nord par le fleuve Niger, au Sud-Ouest par la Commune rurale de Kalaban Coro (Préfecture de Kati), à l'Est par la Commune VI du District de Bamako.

Située sur la rive droite du fleuve Niger, la Commune V a une superficie de 41.59 km² (source Direction Nationale des Collectivités Territoriales : DNCT).

Selon les résultats du 4^{ème} Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), la population résidante était estimée à **603 056** habitants en 2022, une densité de **14 500** habitants au Km² avec un taux d'accroissement 5,1%.

Dans sa très grande totalité, la population de la Commune V est sédentaire.

Cette population est inégalement répartie entre les 8 quartiers de la Commune. Ainsi on note une forte concentration de la population dans les quartiers Sabalibougou, Daoudabougou et Kalaban coura et Bacodjicoroni.

Les ethnies du Mali sont représentées en Commune V sont les Bambaras, Peulhs, Sonrhais, Sénoufos, Malinkés, Dogons, Soninkés. On y rencontre également des ressortissants de pays étrangers.

L'économie de la Commune est dominée par le secteur tertiaire (commerce, transport, tourisme, l'hôtellerie, la restauration, les maisons closes, les marchés publics etc.)

suivi du secteur secondaire (PME à travers de petites industries de transformation), malgré le rôle relativement important du secteur primaire (agriculture, élevage, la pêche, l'artisanat, le maraîchage).

La couverture sanitaire de la Commune est assurée par deux niveaux de contact de la population avec le système de santé :

- Centres de Santé Communautaire : premier niveau de contact. A ceux-ci s'ajoutent les structures sanitaires privées, parapubliques, confessionnelles et les tradithérapeutes,
- Centre de Santé de Référence : deuxième niveau de contact et premier niveau de référence.

La carte sanitaire de la Commune comprend treize aires de santé ayant chacune son Association de Santé Communautaire. Les treize aires de santé disposent d'un Centre de Santé Communautaire fonctionnel avec un PMA complet. Les aires de santé se répartissent comme suit :

- Trois aires de santé à Daoudabougou disposent d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;
- Quatre aires de santé à Kalaban coura disposent d'un CSCCom avec PMA complet (ASACOKAL, ASACOGA, ASACOKALA KO et ASACOKALA ACI) ;
- Une aire de Santé pour les quartiers de Torokorobougou et Quartier Mali dispose d'un CSCCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;
- Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCCom avec un PMA complet.

Le Centre de Santé (service socio sanitaire) de la Commune a été construit en 1982 avec un plateau technique minimal pour assurer les activités courantes de santé.

Ce n'est qu'en 1993 en réponse à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population du gouvernement de la République du Mali que le centre de santé a été érigé en centre de santé de Référence.

Le tableau suivant résume les unités et bâtiments du CS Réf de la CV.

Tableau I: Unités et bâtiments du CSREF de la commune V

BATIMENTS	NOMS DU SERVICE
B1 (Bureau des Entrées)	Comptabilité, Guichet, Toilettes du personnel
B2 (Maternité)	<ul style="list-style-type: none"> - Unité PTME - 2 Unités prénatale ; Unité Planning Familiale ; Unité suite de couche ; Unité Grossesse Pathologie - Salle des Chauffeurs - 2 Salles de garde Maternité ; Salle D'attente, d'Accouchement ; Salle des Urgences ; Salle des Internes ; 3 Salles d'Hospitalisation ; 2 VIP - Bureau Sages-femmes Maitresse - Soins Apres Avortement - Bureau Dr Oumar Moussokoro TRAORE - Bureau Pr Soumana Oumar TRAORE - Bureau Dr Saoudatou TALL et Dr Niagale SYLLA - Unité Poste Natale - Salle des D.E.S ; Salle des internes - Dépistage du Cancer de col de l'utérus
B2 (One Stop Center)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Assistance Psycho-sociale - Assistance de Sécurité ; Assistance Juridique - Bureau de Consultation - Salle de Récupération ; Salle des Enfants - Toilettes du Personnel

B3 (Bloc Opérateur)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major - Salle de Pansement ; 2 Salles d'Opération - Salle de Stérilisation - 2 Salles de Garde ; Salle de Réveille ; Salle de Séchage - Bureau Monsieur Missa Konaté - 4 Hospitalisations Césariennes ; Hospitalisation Césarienne VIP
B4 (Bloc de Réanimation)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Salles d'Opérations ; 3 Salles d'Hospitalisations - Salle de Stérilisation
B5 (Médecine Générale)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Médecin Chef - Secrétariat du Médecin Chef - 3 Salles de Consultations - Pharmacie du Jour et la nuit - Salle de Pansement - Imagerie Médicale - Odontostomatologie - Laboratoire d'Analyse - Toilettes du Personnel - Hagar de Vaccination
B6 (Médecine Interne)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major - Salle de Consultation ; 2 Salles de Garde ; Salle de Perfusion ; 4 Salles d'Hospitalisation - Bureau Dermatologue ; Bureau Rhumatologie - Toilettes du Personnel

B7 (Ressources Humaines)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Chef de Personnel - Salle Informatique ; Salle de Staff - Brigade Hygiène ; Unité PEV ; Ophtalmologie - Bureau Pharmacien ; Dépôt Pharmacie - Bureau Médecin-chef Adjoint - Toilettes du Personnel
B8 C130	<ul style="list-style-type: none"> - Service ORL - Unité lèpre ; Labo Annexe - Toilettes du Personnel
B9 (Service Pédiatrie)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau du pédiatre - Salle d'Attente ; 4 Salles de Consultation ; 3 Salles d'Hospitalisation - Salle de Soins ; des internes - Bureau Surveillant Général ; Bureau du pédiatre - Néonatalogie Consultation - Salle d'Hospitalisation Néonatalogie Kangourou
B10 (Ureni)	<ul style="list-style-type: none"> - Salle de Consultation ; Salle de Garde, 2 Salles d'Hospitalisation ; Salle de Lait ; Magasin URENI
B11 (Morgue)	<ul style="list-style-type: none"> - 2 Salles de Lavage ; Chambre Froide
B 12	<ul style="list-style-type: none"> - Mosquée
B13	<ul style="list-style-type: none"> - Magasin 1
B 14	<ul style="list-style-type: none"> - Magasin 2
B15	<ul style="list-style-type: none"> - Logement du Médecin –chef
B16	<ul style="list-style-type: none"> - Espace CANAM
B17	<ul style="list-style-type: none"> - Cantine
A1	<ul style="list-style-type: none"> - Toilette Médecine
A2	<ul style="list-style-type: none"> - Toilettes Maternité

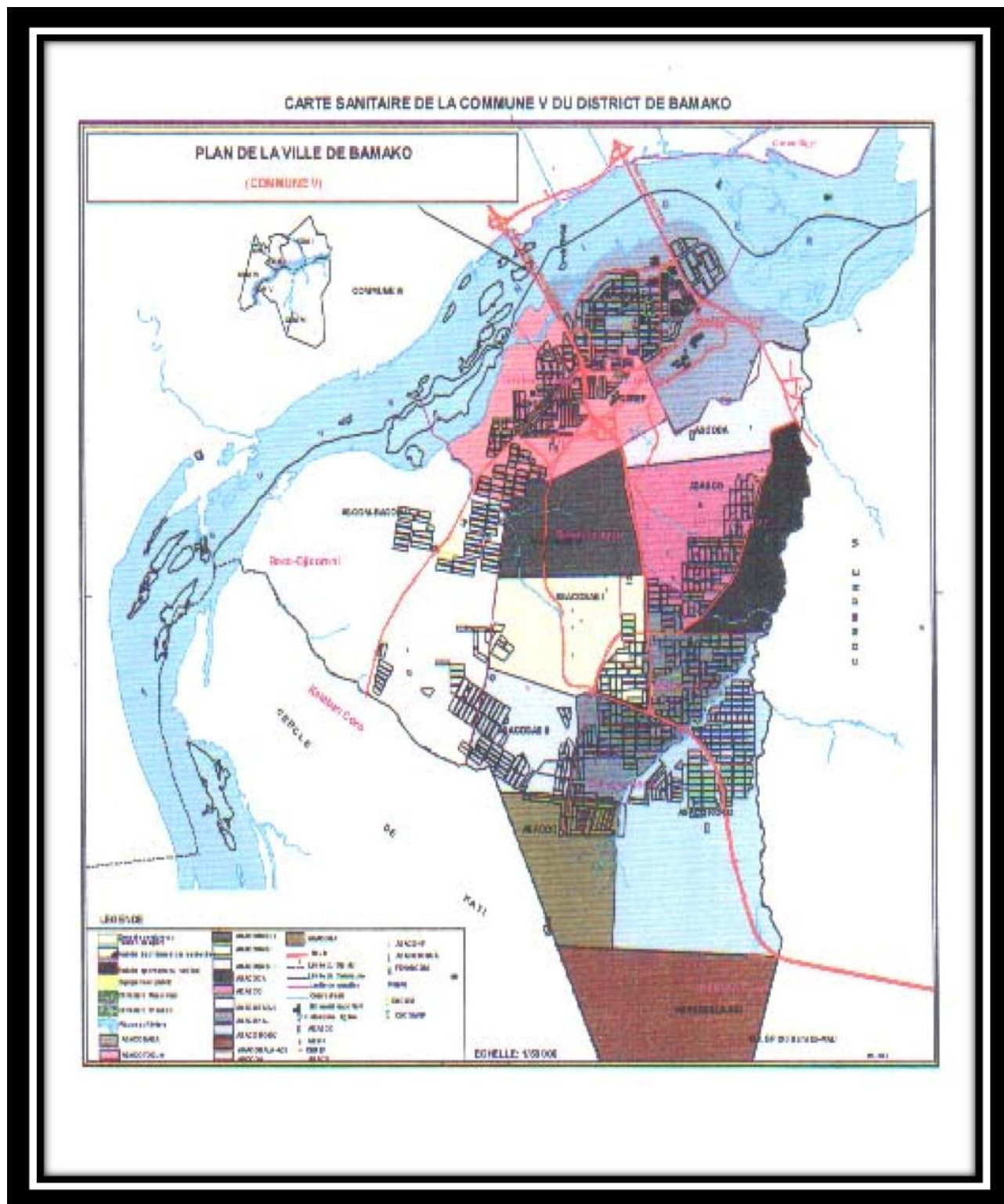


Figure 1 : Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako

Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :

- Il comporte : Six (5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Professeur agrégé (maitre de conférences agrégé) et un Gynécologue Obstétricien qui est le chef du service de Gynécologie et d'Obstétrique
- Huit (8) techniciens supérieurs en anesthésie réanimation, Une sage-femme maitresse
- Cinquante (50) sages-femmes,
- Quatre infirmiers d'état,
- Vingt (20) infirmières obstétriciennes,
- Cinq instrumentistes,
- Un agent technique de santé
- Trois aides-soignantes,
- Six chauffeurs d'ambulances,
- Quatre manœuvres,
- Trois gardiens,
- Une matrone.

Dans le cadre de la formation, le service reçoit des étudiants dans tous les ordres d'enseignement socio sanitaire dont ceux de la Faculté de Médecine en année de thèse.

Fonctionnement

Les consultations prénatales sont effectuées par les sages-femmes tous les jours ouvrables. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est assuré tous les jours ouvrables et les samedis dans le cadre du projet weekend 70.

Les consultations externes gynécologiques se déroulent tous les jours (du lundi au vendredi) effectuées par les Gynécologues Obstétriciens. Une équipe de garde quotidienne reçoit et prend en charge les urgences gynécologiques et obstétricales y compris les cas de violences basées sur le genre (Unité de One Stop Center).

Le bloc opératoire fonctionne tous les jours et vingt-quatre heures sur vingt-quatre dans le cadre de la prise en charge des interventions chirurgicales gynéco obstétricales urgentes et les programmes (c'est du lundi au jeudi)

Un staff réunissant le personnel du service se tient tous les jours à partir de huit heures et quinze minutes pour discuter des évènements qui se sont déroulés pendant la garde.

Une visite quotidienne des patientes hospitalisées est effectuée et dirigée par un médecin Gynécologue Obstétricien. Une visite générale dirigée par le chef de service a lieu tous les mercredis. Les ambulances assurent la liaison entre le centre et les CSCom, les CHU Gabriel Touré, Point G et le CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine).

Au moins une séance d'audit de décès maternel à lieu une fois par mois.

Une permanence est assurée par une équipe de garde composée de :

- Un Gynécologue Obstétricien, chef de garde
- Un médecin DES (Diplôme d'Etudes Spéciales)
- Cinq étudiants en médecine Faisant Fonction d'Internes (FFI) ;
- Trois sages-femmes remplaçables par trois autres toutes les 12 heures et une infirmière obstétricienne / aide-soignante par 24 heures ;
- Un assistant médical en anesthésie,
- Un technicien de laboratoire ;
- Un instrumentiste ;
- Un chauffeur d'ambulance ;
- Deux techniciens de surface qui assurent la propreté permanente du service.

L'équipe de garde dispose de 4 tables d'accouchements, 2 blocs opératoires fonctionnels, d'un stock de sang et d'un kit de médicaments d'urgence permettant une prise en charge rapide de toutes les urgences obstétricales et chirurgicales.

b. Population d'étude

Elle a porté sur toutes les patientes sujettes des faits de violences au cours de la grossesse admise au centre de santé de référence de la commune V.

c. Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillonnage systématique et exhaustif, et a concerné toutes les gestantes, parturientes et accouchées ayant été sujette des cas de violences obstétricales admises au centre de santé de référence commune V durant la période d'étude.

d. Type d'étude

Il s'agit d'une étude prospective qualitative par entretien semi-directif qui a porté sur les gestantes, parturientes ou accouchées victimes de violences, admises dans le service gynéco obstétrique au centre de santé de référence commune V de Mars 2023 au 31 Aout 2023.

e. Période d'étude

L'étude s'est déroulée entre mars 2023 au 31 Août 2023

f. Critères d'inclusion

- Toutes les gestantes et/ou les parturientes ayant accouché au service de gynéco obstétrique du centre de santé de référence de la commune V au cours de la période de l'étude victimes des faits de violences.
- Toutes les gestantes et/ou les parturientes et accouchées victimes de violences admises en consultation avec ou sans réquisition délivrée par un officier de police judiciaire.

g. Critères de non inclusion

Toutes les gestantes, les parturientes et accouchées non consentante durant la période d'étude.

h. Variables d'études

Elles seront déterminées à partir :

- Du type de violence et la situation vécue par la gestante, parturiente et l'accouchée.
- Des facteurs contributifs à la violence forment la variable indépendante de l'étude.
- De l'itinéraire médical, des antécédents et de l'examen clinique des victimes à l'admission.
- Des examens complémentaires des victimes et de la prise en charge (complications et évolution chez les victimes).
 - Le mécanisme et l'agent étiologique de la lésion

i. Collecte de données

Nous avons utilisé les instruments suivants pour l'enquête et la collecte des données :

Une enquête qualitative a été réalisée par un entretien semi-directif en appui de leur dossier médical, les registres d'admission et de consultations externes et les registres de l'unité de prise en charge des victimes de violence basée sur le genre « One stop center »

Les fiches de notre questionnaire d'enquête comportant les variables à étudier de Mars 2023 à Août 2023.

j. Saisie des données

La saisie des données a été faite sur le logiciel World 2019 pour les textes et le logiciel SPSS pour la réalisation d'un masque à partir des variables de la fiche d'enquête et pour l'analyse bio statistique des données de la fiche d'enquête.

6. RESULTATS

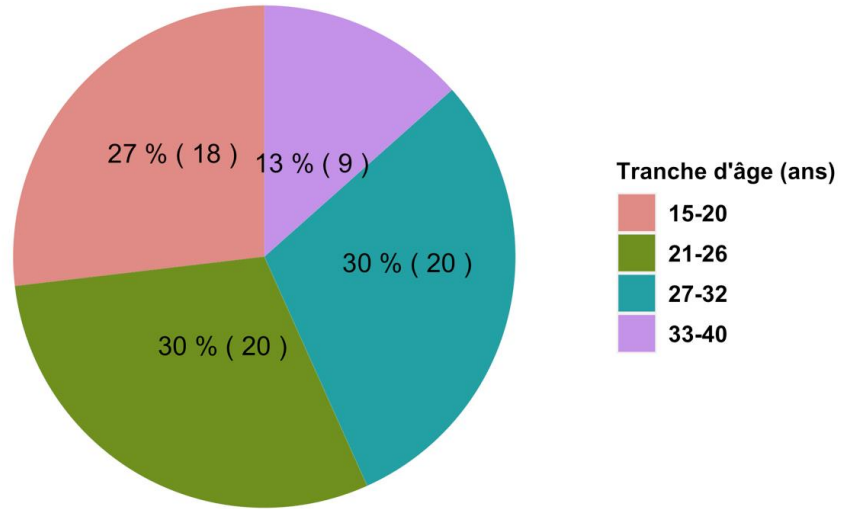


Figure 2 : Victimes selon l'âge

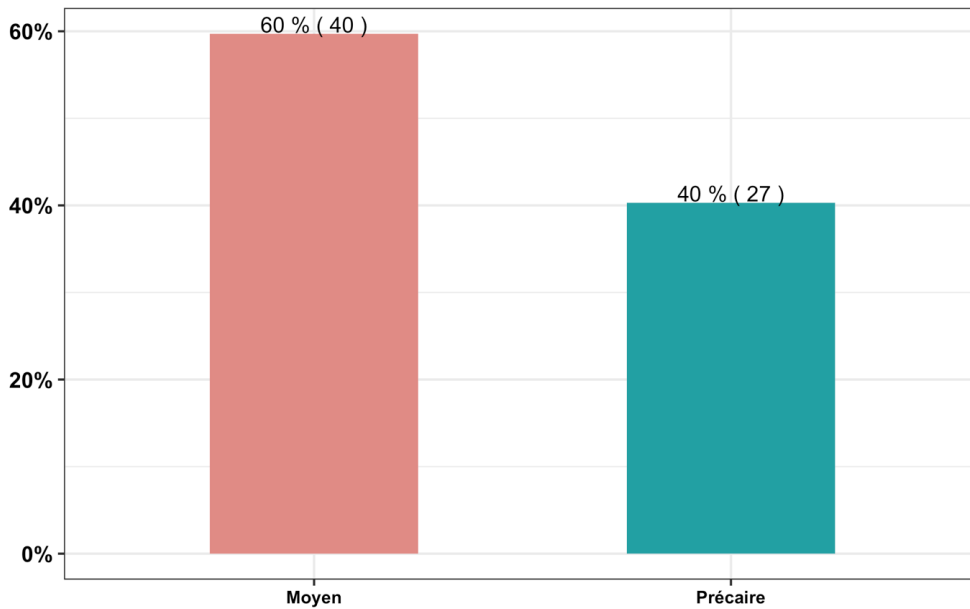


Figure 3 : Victimes selon le milieu socio-économique

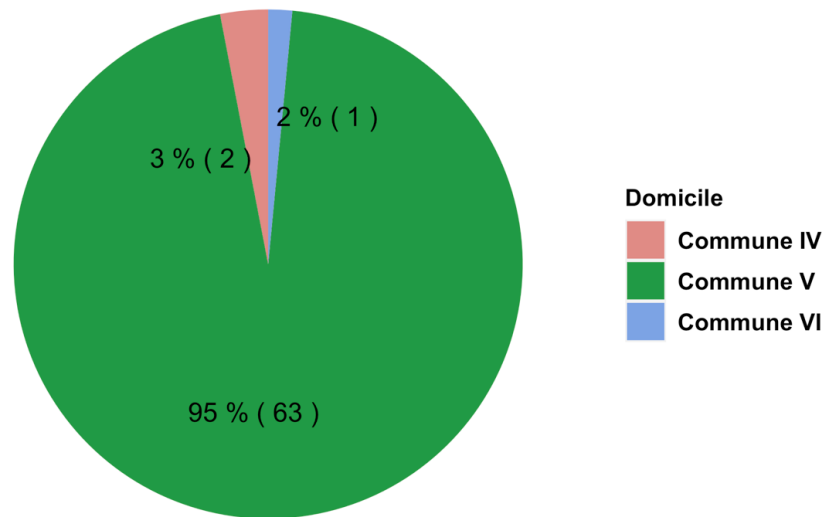


Figure 4 : Victimes selon la résidence

Tableau II : Victimes selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage
Ménagère	39	58%
Élève ou étudiante	22	33%
Agent privé	4	6%
Agent public	2	3%
Total	67	100%

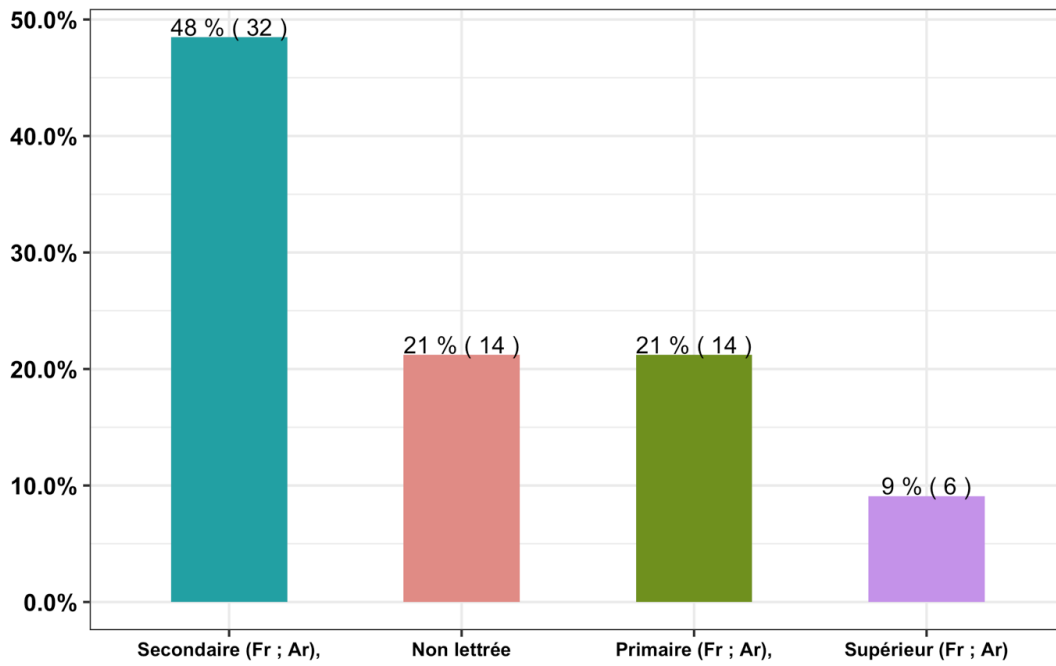


Figure 5 : Victimes selon le niveau d'étude

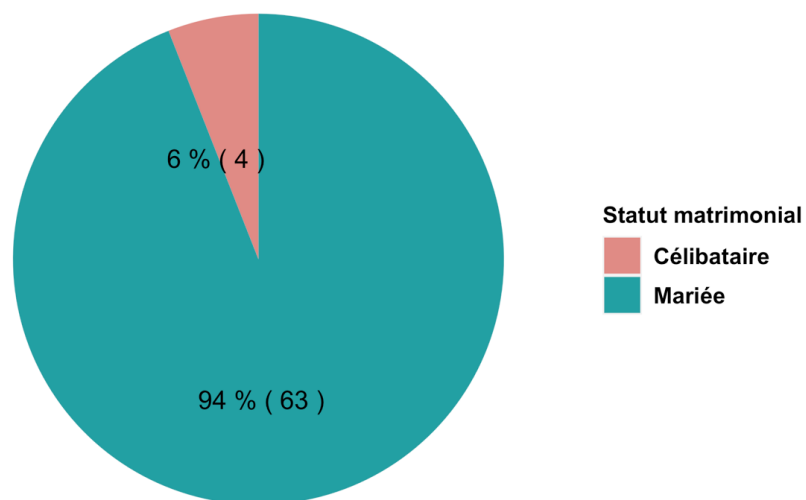


Figure 6 : Victimes selon le statut matrimonial

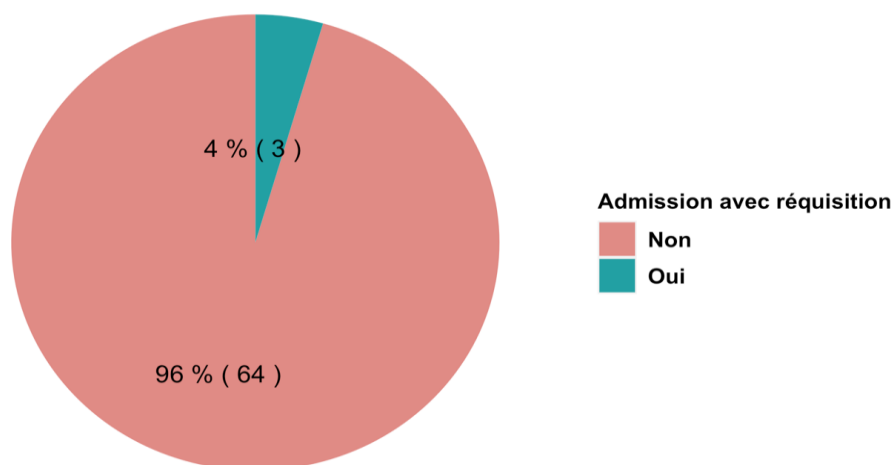


Figure 7 : Victimes selon l'admission avec réquisition

Tableau III: Victimes selon le mode d'admission

Mode d'admission	Effectif	Pourcentage
CSCOM	30	46%
Cabinet médical	16	24%
Venue d'elle-même	15	22%
Commissariat de Police	3	4%
Adressée par un Médecin	2	3%
Amenée par ses parents	1	1%
Total	67	100%

Tableau IV : Victimes selon le motif d'admission

Motif d'admission	Effectif	Pourcentage
Hémorragie du post partum immédiat	28	42%
Contraction utérine douloureuse	16	24%
Coups et blessures volontaires	4	6%
Souffrance fœtale aigue	3	4%
Anémie décompensée/grossesse non suivie sur HPPI	1	1,49 %
Anémie sévère décompensée	1	1,49%
Contraction insuffisante	1	1,49%
Contractions insuffisantes	1	1,49%
Dilatation stationnaire	1	1,49%
Dilatation stationnaire à 5 cm +HTA + OMI	1	1,49%
Épisiotomie non réparée	1	1,49%
HTA/grossesse	1	1,49%
Hydrocéphalie	1	1,49%
Manque d'effort expulsif	1	1,49%
Perte de connaissance + difficulté respiratoire	1	1,49%
Présentation haute située	1	1,49%
Refus de collaborer	1	1,49%
Utérus bi cicatriciel en travail	1	1,49%
Utérus cicatriciel + présentation de siège	2	3%
Total	67	100%

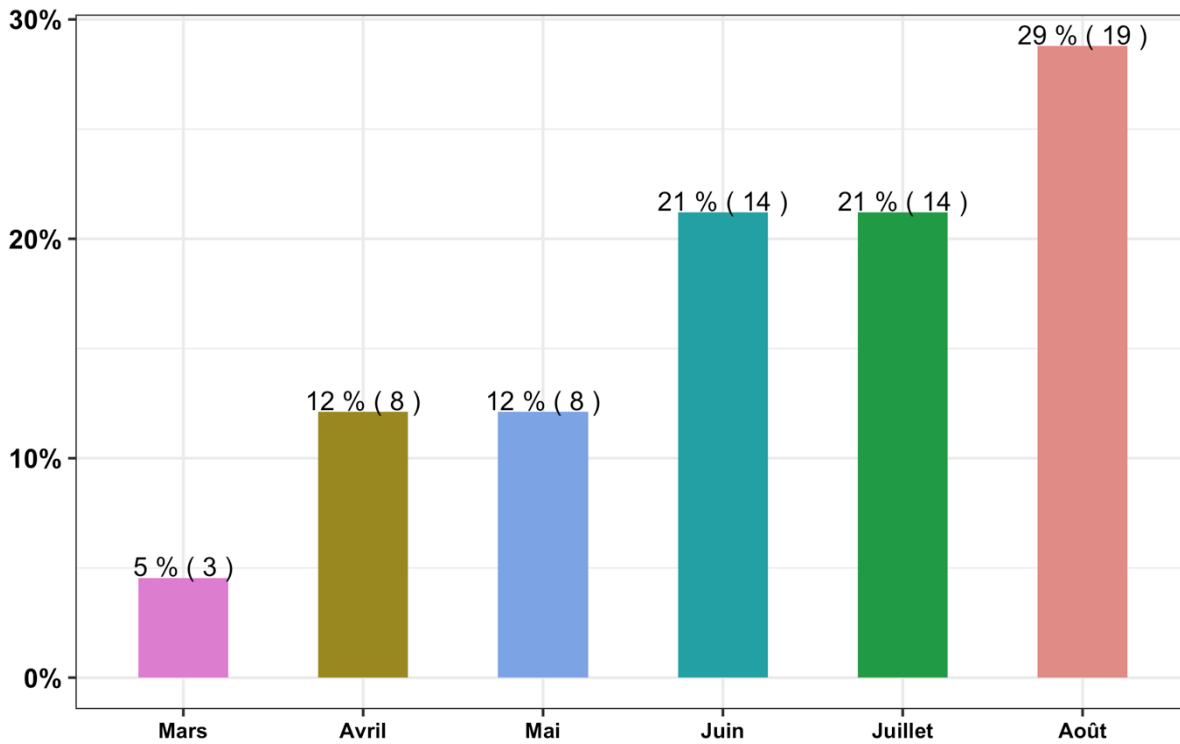


Figure 8 : Victimes selon la date de la violence

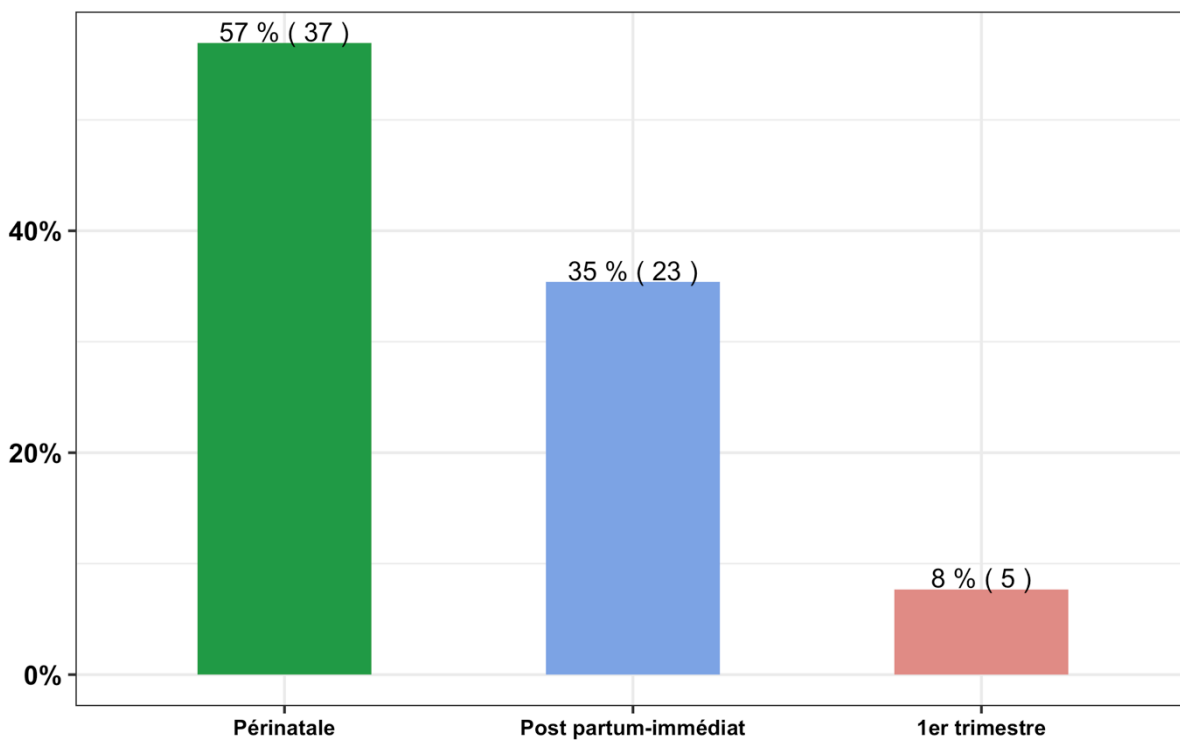


Figure 9 : Victimes selon la période de la grossesse

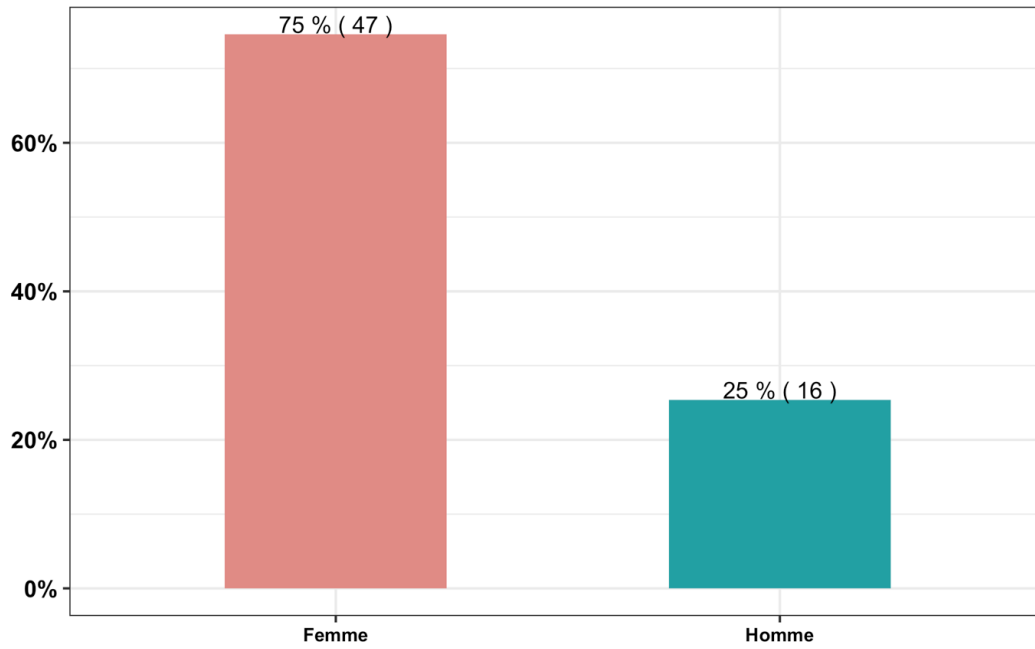


Figure 10 : Agents de la santé impliqués selon sexe

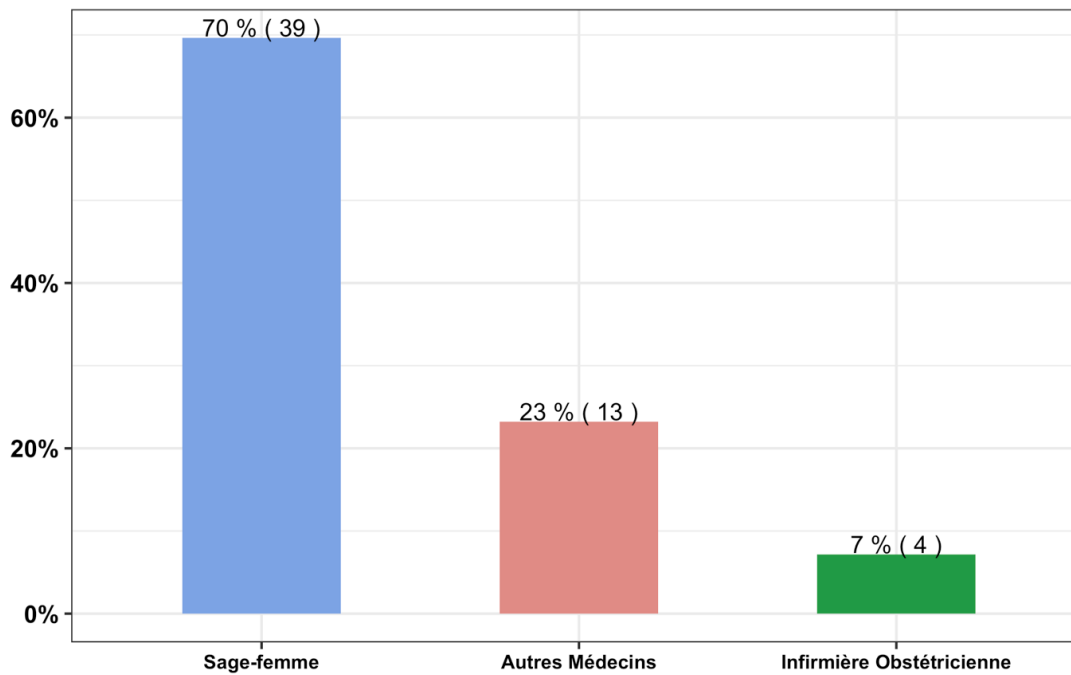


Figure 11 : Agents de santé impliqués selon leur profil

Tableau V : Agresses selon le sexe

Sexe	Effectif	Pourcentage
Homme	5	83%
Femme	1	17%
Total	6	100%

Tableau VI : Agresseurs selon leur identité

Identité	Effectif	Pourcentage
Connaissance	2	33%
Promoteur du loyer	1	17%
Mari	1	17%
Inconnus	2	33%
Total	6	100%

Tableau VII : Répartition des victimes selon le nombre de CPN

Nombre de CPN	Effectif	Pourcentage
1 à 3	32	48%
4 ou +	35	52%
Total	67	100%

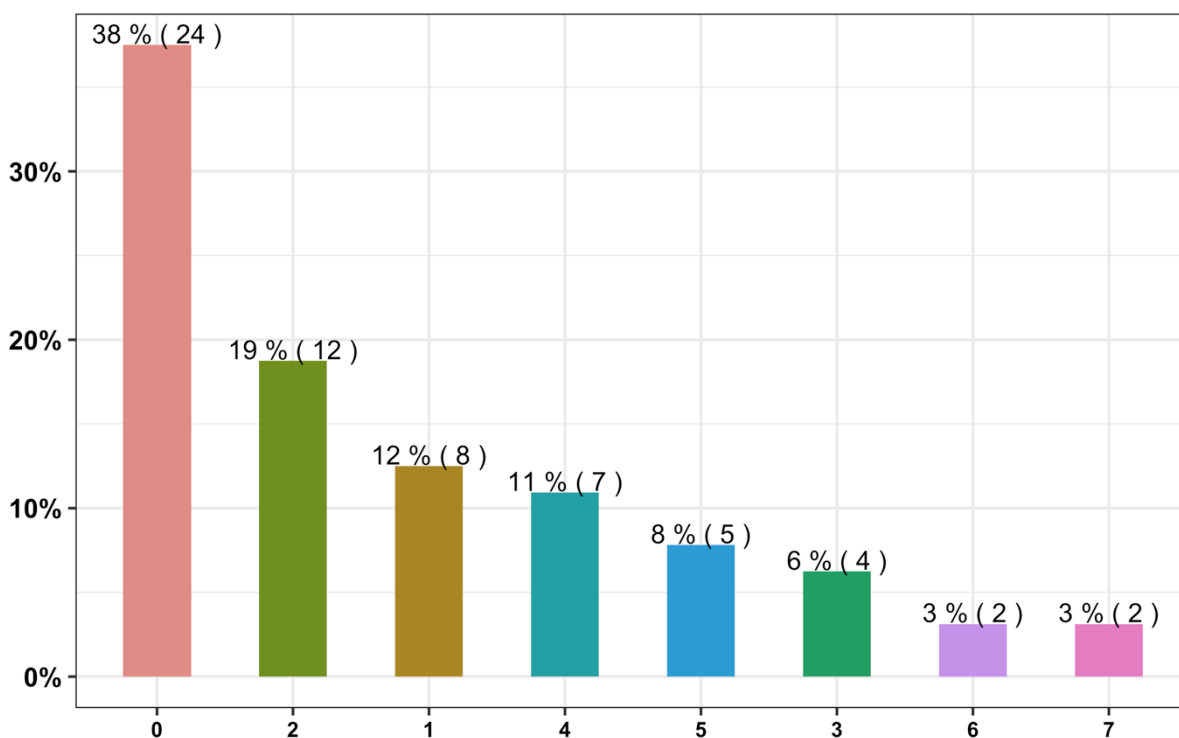


Figure 12 : Victimes selon le nombre d'enfants

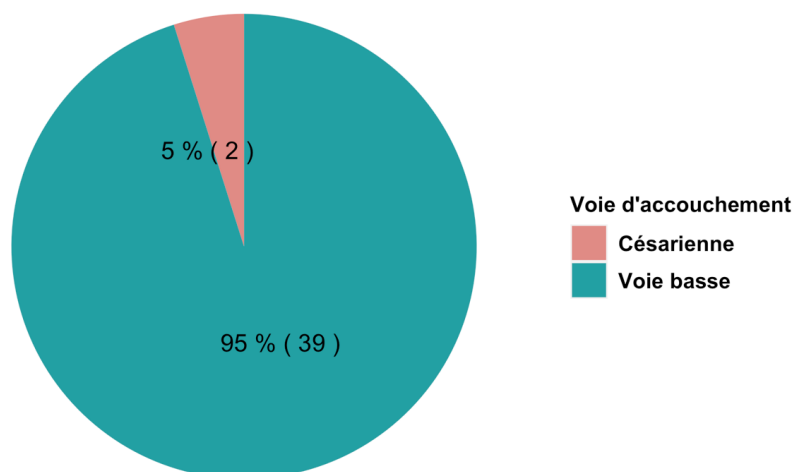


Figure 13 : Victimes selon les voies d'accouchement

Tableau VIII : Victimes selon les complications liées à l'accouchement

Complications	Effectif	Pourcentage
Hémorragie du postpartum	40	66%
Césarienne d'urgence	17	30%
Hémorragie du post opératoire	1	2%
Intoxication aux produits anesthésiques	1	2%
Total	58	100%

Tableau IX : Victimes selon le type de violence

Types de violences	Effectif	Pourcentage
Non-respect des bonnes pratiques soignantes	51	76%
Manquement dans la relation soignant-soignant	31	46%
Verbale	7	10%
Violences physiques (CBV)	6	7%

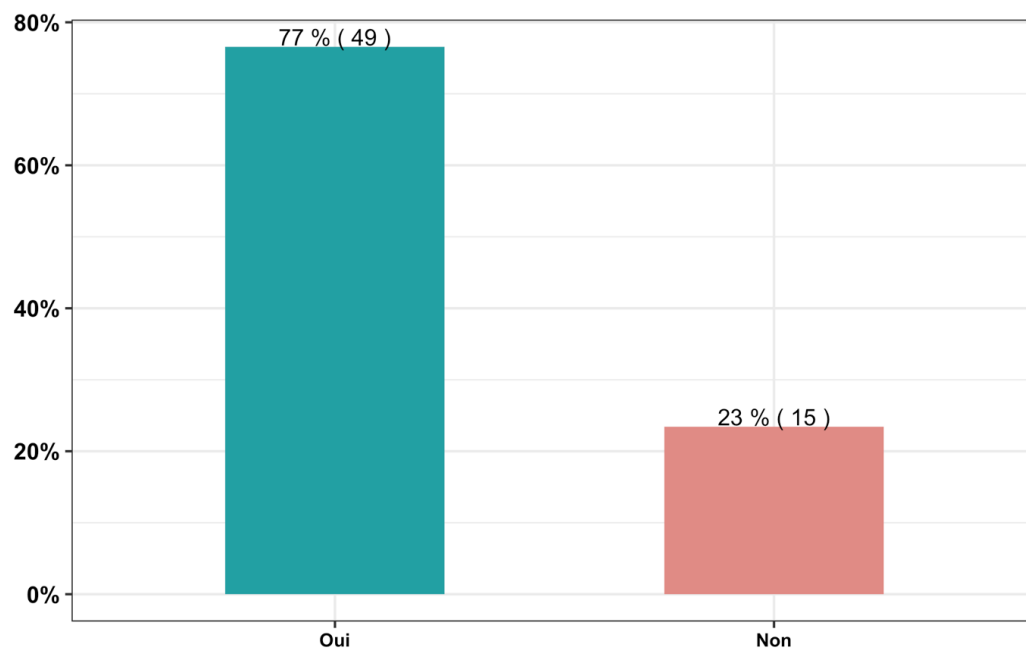


Figure 14 : Victimes selon la présence de lésions

Tableau X : Victimes selon les types de lésions

Types de lésions	Effectif	Pourcentage
Cervicales	27	40,29%
Ruptures utérines	12	17,92%
Vulvo-vaginales	10	14,92%
Périnéales	4	5,97%
Plaies sur les membres supérieur	2	2,98%
Absence de lésions	12	17,92
Total	67	100%

Tableau XI : Victimes selon les examens réalisés

Examens réalisés	Effectif	Pourcentage
Taux d'hémoglobine	43	64,17%
Groupage Rhésus	15	22,39%
Échographie obstétricale	5	7,46%
Aucun bilan réalisé	4	5,98%
Total	67	100%

Tableau XII : Victimes selon le traitement reçu

Traitement reçu	Effectif	Pourcentage
Chirurgical	47	89%
Médical	6	11%
Total	53	100%

Tableau XIII : Victimes selon les types de traitement

Types de traitement	Effectif	Pourcentage
Antalgique	58	29%
Supplémentation en fer	58	29%
Antibiotique	53	26%
Transfusion	26	13%
Antispasmodique	5	2%
Pansement	1	0%
Progestérone	1	0%
Total	202	100%

Tableau XIV : Victimes selon le traitement chirurgical

Traitement chirurgical	Effectif	Pourcentage
Tracheoloraphie	18	42%
Césarienne d'urgence	10	23%
Episiorraphie	6	14%
Périnéorraphie	6	14%
Laparotomie d'urgence	2	5%
Cerclage du col de l'utérus	1	2%
Total	43	100%

Tableau XV : Victimes selon le lieu de survenue de la violence

Lieu de survenue de la violence	Effectif	Pourcentage
Salle de travail /Salle d'accouchement	61	91%
Domicile	4	6%
Bloc opératoire	2	3%
Total	66	100%

Tableau XVI : Victimes selon les mécanismes et agents étiologiques

Mécanismes et agents étiologiques	Effectif	Pourcentage
Abus d'ocytocine	24	36%
Expression abdominale	15	22%
Abus de Misoprostol	14	21%
Association ocytocine+Misoprostol	8	12%
Poings	3	5%
Erreurs médicale	2	3%
Couteaux	1	1%
Total	67	100%

Tableau XVII : Victimes selon le récit fait de leur accouchement

Récit fait de leur accouchement	Effectif	Pourcentage
Sentiments négatifs	56	97%
La panique, choc, la peur	55	96%
Non consentante à l'acte ou aux gestes	52	91%
Eprouvé un sentiment d'abandon	31	53%
Avoir subi des violences physiques et ou des menaces	3	5%
Soutien de l'équipe ou de communication	13	23%
Avoir subi les mensonges durant leur accouchement	23	40%
Sentiment de dépendances, d'impuissance, de dépossession de leur corps	20	37%
Sentiment de colère et de la tristesse	20	36%
Sentiment d'infériorité, de honte et d'infantilisation	12	21%
Prise en compte de la douleur	2	3%

NB : Ces données sont biaisées

Tableau XVIII : Victimes selon l'impact de la violence sur leur fœtus/Nouveau-né

Impact de la violence sur leur fœtus/Nouveau-né	Effectif	Pourcentage
SFA (APGAR<6)	5	56%
Mort fœtale in utero/Mort-né frais	4	44%
Total	9	100%

7. Discussion et commentaires

a. Fréquence globale et limites de l'étude

Nous avons mené une étude qualitative sur les données des gestantes, parturientes et accouchées victime de violences admises dans le service de Gynéco-obstétrique durant une période de six (6) mois, de mars 2023 à août 2023. Durant la période d'étude, 4927 patientes ont été admises pour divers motifs dans le service parmi lesquelles 67 y ont été colligées pour violences au cours de la grossesse soit une fréquence de 0,76 %. Ces chiffres sont loin d'être exhaustifs compte tenu de la méconnaissance des types de violences par les patientes au cours de la grossesse. Les limites et difficultés durant l'étude ont principalement été :

- La non disponibilité des données relatives aux victimes
- Une insuffisance des informations fournies par les victimes
- L'incomplétude des informations collectées par les agents de santé.

b. Données sociodémographiques

Notre étude a porté sur 67 victimes parmi, lesquelles :

La tranche d'âge de 21 à 32 ans était prédominante avec 60% suivie de la tranche d'âge de 15 à 20 ans à 27%. Les individus du milieu socioéconomique moyen étaient 60%, celles de la classe précaire étaient 40%. Le taux élevé pourrait être expliqué par, les victimes issues du milieu socioéconomique moyen sont plus sensibles, ou qui dénoncent plus les actes jugés violents au cours de la grossesse. Nous avons observé une prédominance pour la profession ménagère à 58% suivi d'élèves ou étudiants à 33% puis la profession agent prive 6%. Cette prédominance des ménagères pourrait s'expliquer par le fait que la majeure partie de la population féminine est au chômage. La majorité des victimes résidaient dans la commune V de Bamako avec un taux de 95%, 3% dans la commune IV et 2% des victimes résidait dans la commune VI. Près de la moitié des victimes soit 48% avaient atteint le niveau secondaire dans les études, mais nous avons aussi noté que 9 % d'entre elles avaient fait le supérieur, le primaire et les non lettrées ont représentés 21% des cas.

La majorité des victimes étaient mariées soit 94 %, et 6 % étaient des célibataires.

c. Réquisition

Dans notre étude, 4 % des victimes étaient admises avec réquisition, or dans la série de Drago M [24] soit 8,1% des victimes étaient admises avec réquisition. La plupart des victimes étaient référées soit 69 % et 22 % étaient venues d'elles-mêmes, comparativement à la série de Cyrielle K [25] qui a trouvé 54,4%.

d. Motif de consultation

Dans notre série, à peu près la moitié des victimes étaient admises en consultation pour hémorragie du post partum soit 42% ; 24 % des victimes étaient admises pour contractions utérines douloureuses, les coups et blessures volontaires ont représenté 6 % or dans la série de Cyrielle K [25] soit 47,6% et comme autre motif de consultation y'avait des souffrance fœtale aiguë (SFA) 4%, anémie de post partum sévère décompensée à 1%.

e. Gravité de la lésion

La gravité était appréciée selon la nature des lésions et des complications engendrées, surtout sur le pronostic vital de la victime. Cependant 71% des cas les lésions étaient graves et 29 % de lésions mineures.

f. Nombre de lésions

Dans notre série nous avons observé une prédominance à 77 % des victimes qui avaient au moins une lésion, 23% d'entre eux n'avaient pas de lésions.

g. Siège du traumatisme

Le siège du traumatisme était le col utérin chez 49 % des patientes, c'était l'utérus chez 22 %, et chez 18% le siège était vulvovaginal, 7% périnéal, 4% sur les membres supérieurs.

h. Traitement

Le traitement chirurgical était majoritaire effectué chez 89% des victimes, 11% avaient reçu un traitement médical et aucune des victimes n'avaient bénéficiée d'un accompagnement psychologique.

a. Type de traitement médical

Le traitement médical était à base d'antalgiques et d'antibiothérapie 55%, de supplémentation en fer 29% et de la transfusion 13%.

b. Type de traitement psychologique

Les victimes n'ont pas bénéficié d'un accompagnement psychologique.

i. Evolution clinique

L'évolution était favorable chez 88% des victimes, 12% sont décédées dont 6% des fœtus ou des morts nées.

j. Type de violence

Le non-respect des bonnes pratiques soignantes était prédominant avec un taux de 76 %, or dans la série de Salomet M et coll. [27] soit 24.2%, 46 % était des manquements dans la relation soignant-soigné, 7% des violences physiques contre 2.9 selon Salomet M et coll. [27] et 10 % des violences verbales. Parmi les facteurs aggravants liés à la violence, nous avons noté que la violence sur la grossesse était le facteur aggravant le plus représenté chez 82 % des victimes.

k. Mécanisme et agent étiologique

L'abus d'ocytocine était l'agent étiologique le plus utilisé contre nos victimes soit dans 36% des cas. L'expression abdominale venait en seconde position avec un pourcentage de 22 % suivi des abus au Misoprostol à 21%, l'association ocytocine+Misoprostol à représentait 12%, les poings 5%, la faute médicale et le couteau 1%. L'usage des utéro toniques dans la majorité des cas s'expliquerait par la volonté absolue de l'agent santé l'accoucheur (eusse) à écourter le temps normal du travail d'accouchement pour un intérêt financier.

l. Type de lésions retrouvées

Plusieurs types lésionnels étaient retrouvés, on avait noté une prédominance pour les déchirures cervicales 49% suivi des ruptures utérines à 22%, les lésions vulvo vaginales ont représenté 18%, les lésions périnéales 7% et les plaies corporelles à 4%.

8. Conclusion

Les violences au cours de la grossesse constituent un problème majeur de santé publique, grave et méconnues par beaucoup des agents de santé ainsi que les victimes, affectant chaque année de milliers de personnes. Celles-ci sont sous l'influence de divers facteurs économiques, socio- culturels et politiques. Au terme de cette étude prospective et qualitative portant sur **67** cas de violences au cours de la grossesse, nous remarquons que :

Les sujets dont la tranche d'âge était comprise respectivement entre **21 à 26** et **27 à 32 ans**, étaient les plus exposés avec une prédominance pour les primigestes à **38%**. Il y avait un polymorphisme lésionnel intéressant notamment la sphère gynécologique et les membres. Ces lésions ont été causées majoritairement par l'utilisation abusive des utérotoniques, des expressions abdominales, coups de poings et armes blanches dans certains cas. Cette étude nous a permis de faire ressortir, les violences vécues par les dames au cours de la grossesse selon les différentes modalités. Il s'agit donc d'un problème réel de société et d'institution, qui nous a conduit à la réflexion sur les éventuelles solutions possibles pour réduire ce problème, et les mesures préventives pour améliorer la qualité de la prise en charge de ces victimes. Les professionnels de santé concernés ont un rôle important à jouer dans le changement de comportement.

VII. Recommandations

- **A la population civile :**
- Communiquer avec les responsables des centres de toutes les maltraitances subies
- Continuer à respecter les règlements intérieurs des centres de santé

- Eviter de se mettre dans les situations à risque de violence et de manifester la volonté de se rendre justice.
- Prévenir immédiatement les autorités sécuritaires et judiciaires devant tout cas de violence.
- **Aux personnels de santé**
- Renforcer le comité de crise pour la gestion efficace des plaintes
- Former de façon continue les personnels aux normes et procédures
- Améliorer et faciliter les procédures de signalement et condamner les pratiques sanctionnées par la loi.

- Informer les autorités judiciaires en cas de violences volontaires chez des victimes admises sans réquisitions.
- Faire un examen clinique minutieux des victimes afin de décrire les lésions observées et assurer un suivi rigoureux des victimes jusqu'à la consolidation complète.
- Faire des dossiers médicaux spéciaux pour les victimes de violences.
- **Aux autorités**
- Recruter suffisamment et régulièrement les agents de santé pour faire face aux demandes de plus en plus exigeantes de la population
- Déconcentrer les services de santé en médicalisant toutes les structures communautaires
- Lancer une campagne de sensibilisation de la population et des agents de santé sur les phénomènes de violences, et leurs conséquences socio-économiques et juridiques.
- Appliquer rigoureusement les textes de lois relatifs aux mauvaises pratiques médicales et aux violences volontaires en renforçant davantage la contribution des médecins experts sur la gestion des victimes de violence.

9. Références

1. OMS | Violence Disponible sur : <https://www.who.int/topics/violence/fr/>
2. Droit C. La violence involontaire : définition, sanction – Fiches / Cours.
3. Franczek ML. Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique. :42.
4. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during 458 Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. PLOS Med 2015
5. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, et al. How women are treated during 466 facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative 467 research study protocol. Reprod Health 2015;
6. Vadeboncoeur H. Les gestes obstétricaux violents.
7. Haut Conseil à l'égalité (HCE). Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : Des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme. Paris : HCE ; 2018. p. 164. Rapport n° 2018-06-26-SAN-034.
8. Sauvegrain P. La santé maternelle des« Africaines» en Île-de-France : racisation des patientes et trajectoires de soins. Revue européenne des migrations internationales. 2012;28(2):81-100.
9. Davis DA. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. Med Anthropol. 2019;38(7):560-73.
10. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. Sexualidad, Salud y Sociedad. 2016;43-68.
11. Bertakis KD, Azari R, Callahan EJ. Patient pain : its influence on primary care physician-patient interaction. Fam Med [en ligne]. 2003/02 [consulté le 17/11/2023]; 35(2):119-23. Disponible : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12607809>.
12. Collectif interassociatif autour de la naissance. Episiotomie : état des lieux et vécu des femmes [en ligne]. 11/2013 [consulté le 17/11/2023]. Disponible : <https://ciane.net/wordpress/wp-content/uploads/2013/11/Enquête-episiotomie-Ciane-2013.pdf>.

13. Institut national de la santé et de la recherche médicale ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [en ligne]. 10/2017 [consulté le 17/11/2023]. Disponible : http://www.epopéinserm.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf.
14. Reiniche C. « Point du mari » après l'accouchement : je n'y ai pas cru... jusqu'à ce que je le voie [en ligne]. 26/03/2014 ; [consulté le 17/11/2023]. Disponible : <http://leplus.nouvelobs.com/contribution/1164169-point-du-mari-apres-l-accouchement-je-n-y-ai-pas-cru-jusqu-a-ce-que-je-le-voie.html>.
15. Diniz SG, Chacham AS. "The Cut Above" and "the Cut Below" : The Abuse of Caesareans and Episiotomy in São Paulo, Brazil. Reproductive Health Matters [en ligne]. 2004;12(23):100-10.
16. Yanikkerem E, Ozdemir M, Bingol H, Tatar A, Karadeniz G. Women's attitudes and expectations regarding gynaecological examination. Midwifery [en ligne]. 2009;25(5):500-8.
17. Rozée V, Schantz C. Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique. Santé Publique. 2021;33(5):629-34.
18. Collège national des gynécologues-obstétriciens français. Prévention et protection périnéale en obstétrique. Recommandations pour la pratique clinique (texte court) [en ligne]. Paris : CNGOF ; 2018 [consulté le 16/11/2023]. Disponible : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF_RPC_2018-PPPO.pdf&i=21003.
19. Conseil national de l'ordre des médecins. Le serment d'Hippocrate [en ligne]. 05/01/2012 [consulté le 17/11/2023]. Disponible : <https://www.conseil.national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>.
20. Code de déontologie médicale. Titre 2 - Article 36 [en ligne]. Disponible : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=58E9A2F52B68FEED25C69AF39E7AF773.tplgfr27s_2?idArticle=LEGIARTI000006680539&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=20040807.
21. Code de la santé publique. Article L1111-4 [en ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685767>.
22. Code de déontologie médicale. Titre 2 - Article 35 [en ligne] . Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr>

/affichCodeArticle.do;jsessionid=58E9A2F52B68FEED25C69AF39E7AF773.tpl
gfr27s_
2?idArticle=LEGIARTI000006680538&cidTexte=LEGITEXT000006072634&d
ateTexte=20040807.

- 23.** Code de la santé publique. Article L1111-2 [en ligne]. Disponible :
<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006685758&dateTexte=&categorieLien=cid>.
- 24.** Drago M. Évaluation de la prise en charge des victimes de coups et blessures volontaires au centre de sante de référence de la commune iv du district de Bamako
- 25.** Cyrielle K. Violences volontaires : aspects médico-légaux de la prise en charge des victimes au CHU du Point G 2022
- 26.** Pr. L. BELHADJ Et Coll. 2010. COURS POLYCOPIES DE MEDECINE LEGALE
- 27.** Salomé Malet et coll. violence au bloc obstétrical une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans maternité de Bourgogne CHU Dijon 2020

10. Annexes

Fiche d'enquête

I. Caractéristiques sociodémographiques

1. Date de survenu de la violence :/ Heure :
2. Date d'admission :
3. Heure d'admission :
4. Mode d'admission :
5. Motif d'admission :
6. Admission avec réquisition : oui___/ non___/
7. Prénom :
.....Nom :.....
8. Age (en année) : / 1:(<15), 2:(15-20), 3:(21-26), 4: (27-32), 5:(33-40), 6:(>40)
9. Statut matrimonial : 1 : célibataire, 2: mariée, 3: divorcée, 4: veuve, 5: concubinage
10. Profession : 1 : Ménagère, 2 : Agent privé, 3 : Agent public, 4 : Elève ou étudiante, 5 :
Autre :
11. Niveau d'étude : 1 : Non lettrée, 2 : Primaire (Fr ; Ar), 3 : secondaire (Fr ; Ar), 4 : supérieur (Fr ; Ar),
12. Domicile : 1 : Bamako, (Commune : I, II, III, IV, V, VI), 2 : Kati, 3 :
Autres.....
13. Type de milieu socio-économique : précaire___/, moyen___/, aisé___/

II. Antécédents obstétricaux

1. Combien d'enfants aviez-vous avant ce(s) dernier(s) ?...../
2. Aviez-vous accouché par voie basse ou par césarienne ? Voie basse ___/ Césarienne___/
3. Accouchement Voie basse (nombre :.....) ; Accouchement Césarienne (nombre:.....)
4. Avez-vous faites des consultations prénatales ? Oui___/ Non___/
5. Nombre : 1 – 3 ___/ ; 4 ou +___/
6. Complication anténatales : Menace d'accouchement prématuré___/ ; Diabète gestationnel___/ ; Pré éclampsie___/ ; Présentation du siège___/ ; Placenta bas inséré___/

III. Profil

A/ Professionnel de santé

1. Homme : ___/ Femme : ___/
2. Les actes sexistes durant le suivi : gynécologique___/et obstétrical___/,
3. Les actes sexistes durant le suivi sont : des gestes ___/, propos ___/, pratiques ___/ et comportements___/
4. Les actes sexistes durant le suivi sont exercés par : un(e) membre du personnel soignant___/, ou plusieurs membres du personnel soignant___/

5. Spécialité du personnel soignant : Gynécologue Obstétricien___/, Autres Médecins___/, Sage-femme___/, Infirmière Obstétricienne___/, Administration ___/, Autre___/
6. Formes d'actes : anodines ___/ Moyennes___/ Graves ___/ Criminels ___/

B / Auteur de L'agression

1 Homme : ___/ Femme : ___/

14. Période de survenue de la violence au cours de la grossesse

Prénatale (1^{er} trimestre___/ 2eme trimestre___/ 3eme trimestre___/), Périnatale ___/, Post partum-immédiat ___/, Post- partum tardif ___/ Association de périodes___/ ,

15.Accouchement normal :

- Spontané voie basse simple___/ Voie basse Episiotomie___/ Voie basse Instrumentale ___/
- Provoqué voie basse simple___/ Voie basse Episiotomie___/ Voie basse Instrumentale ___/
- Césarienne prophylactique ___/

16.Accouchement sur complications

- Complications anténatales : menace d'accouchement prématuré___/, rupture prématurée des membranes___/diabète gestationnel ___/, pré éclampsie ___/, présentation du siège ___/, placenta bas inséré ___/, hématome retro placentaire ___/, Césarienne d'urgence___/
- Complications post natales : hémorragie de la délivrance ___/, hémorragie du postpartum ___/, septicémie ___/,

17.Per partum (Pour cet accouchement) Phase de début

1. Votre travail a-t-il été déclenché artificiellement ? Oui ___/ Non___/
Si oui par quelles méthodes : Mécanique___/ ou chimique___/
Si chimique, Produits (ocytocine___/misoprostol___/) / dosage___/ voie d'administration (intra veineuse ___/ intramusculaire___)
Aviez-vous été informée de la raison et du déroulement ? Oui ___/ Non___/
Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui ___/ Non ___/
2. Pour examiner votre col, un (ou des) toucher(s) vaginal (aux) a (ont) dû(s) être réalisé(s). Oui___/ Non___/
3. Votre accord a-t-il été demandé avant l'examen vaginal ? Oui ___/ Non ___/
4. Avez-vous eu l'impression que votre pudeur était respectée ? Oui ___/ Non ___/
5. Avez-vous eu du monitoring tout au long du travail ? Oui___/ Non___/
6. Pensez-vous que votre douleur a été reconnue ? Oui___/ Non___/
7. Votre douleur a été prise en compte en apportant une réponse correcte au cours du travail ? Oui___/ Non___/

18.Per partum (Pour cet accouchement) Phase intermédiaire

1. Si oui, y a-t-il eu proposition d'accouchement sans douleur ? Oui___/ Non___/
2. Connaissez-vous la péridurale ? Oui___/ Non___/
3. Avez-vous bénéficié de la péridurale ? Oui___/ Non___/
4. Aviez-vous été interdite de bouger, manger ou boire durant le travail ? Oui___/ Non___/
5. Avez-vous eu l'impression que votre avis était respecté lors de la réalisation des actes médicaux ? Oui___/ Non___/

6. Avez-vous eu l'impression d'avoir été l'objet d'une parole, d'un discours irrespectueux, ou vous êtes-vous sentie discriminée au cours du travail d'accouchement ? Oui___/ Non___/
7. Si oui, quel est votre ressenti de cette parole, discours ou discrimination ?

19. Per partum (Pour cet accouchement) Phase terminale ou expulsive

1. Avez-vous souhaité accoucher, couchée sur le dos ? Oui___/ Non___/
2. Avez-vous accouché, couchée sur le dos ? Oui___/ Non___/
3. Avez-vous subie des expressions abdominales lors de l'expulsion fœtale ? oui___/ non___/
4. Avez-vous subie une épisiotomie ? oui___/ non___/
5. Si oui, aviez-vous été informée de la raison et du déroulement ? Oui ___/ Non___/
6. Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? oui___/ non___/
7. Avez-vous subie un toucher rectal au moment de la suture de l'épisiotomie ? oui___/ non___/

20. Complications et suites de couches immédiates ou tardives

1. Avez-vous été informée d'une hémorragie de la délivrance ? Oui___/ Non___/
2. Avez-vous bénéficié d'une prise en charge ? Oui___/ Non___/
3. Avez-vous bénéficié d'une révision utérine : oui___/ non___/
4. Aviez-vous été informée de la raison et du déroulement ? Oui ___/ Non___/
5. Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui ___/ Non___/
6. Avez-vous été informée d'une hémorragie du post-partum : Oui___/ Non___/
7. Avez-vous bénéficié d'une prise en charge ? Oui___/ Non___/
8. Avez-vous bénéficié d'une révision utérine : oui___/ non___/
9. Aviez-vous été informée de la raison et du déroulement ? Oui___/ Non___/
10. Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui___/ Non___/
11. Avec vous eu des lésions des parties molles, prises en charge : Oui___/ Non___/
12. Avez-vous été informée d'une hystérectomie à réaliser pour soins d'hémorragie :
 Oui___/ Non___/
13. Avez-vous été retenue en fin de votre surveillance en suite de couche pour frais non payer ? Oui___/ Non___/
14. Avez-vous eu une plaie opératoire compliquée d'une suppuration pariétale : Oui___/ Non___/
15. Avez-vous eu une plaie opératoire compliquée et réparée par reprise opératoire :
 Oui___/ Non___/
16. Avez-vous eu une plaie opératoire compliquée de péritonite : Oui___/ Non___/
17. Avez-vous eu une septicémie et prise en charge : Oui___/ Non___/

21. Le récit fait de leur accouchement,

1. Soutien de l'équipe ou de communication : oui___/ non___/
2. Le déficit d'information et le consentement avant la réalisation des gestes oui___/ non___/
3. Contact avec des agents agréables : oui___/ non___/
4. Contact avec des agents désagréables et subie des remarques déplacées : oui___/ non___/

5. Prise en compte de la douleur au cours de l'accouchement : oui___/ non___/
6. Si oui, proposition d'accouchement sans douleurs (péridurale) : oui___/ non___/
7. Subies des violences physiques et/ou des menaces : oui___/ non___/
8. Avoir subies des mensonges durant leur accouchement. : oui___/ non___/

22. Les sentiments décrits par les femmes évoquant leur accouchement

1. Sentiments négatifs : oui___/ non___/
2. Epruvé un sentiment d'abandon : oui___/ non___/
3. Sentiment de dépendance, d'impuissance, de dépossession de votre corps : oui___/ non___/
4. La panique, le choc, la peur (notamment de mourir) et la sensation d'être mutilée : oui___/ non___/
5. Sentiment d'infériorité, de honte, d'infantilisation : oui___/ non___/
6. Sentiment de colère et de la tristesse : oui___/ non___/

23. Récit de la satisfaction des accouchées

1. Soutien de l'équipe par la communication et/ou l'information : Oui___/ Non___/
2. Consentement à l'acte ou aux gestes : Oui___/ Non___/
3. Connaissez-vous la violence obstétricale : Oui___/ Non___/
4. Avez-vous été dissuadée par le personnel de santé d'entamer des démarches de justification de votre cas: oui___/ non___/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : TAHIROU

Prénom : BAH

E-mail : djamwaali@gmail.com

Titre de thèse : Violences Obstétricale au centre de santé de référence de la commune V Bamako/

Ville de soutenance : Bamako/Mali

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté Médecine et d'Odontostomatologie

Résumé :

Introduction : L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme étant une menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui, contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations ; sont exclus de cette définition les incidents accidentels, comme la plupart des blessures de la route et des brûlures.

Objectif : Notre objectif a été d'étudier les violences au cours de la grossesse au CSRéf CV.

Méthodologie : Cette étude, déroulée de **mars 2023** au **août 2023** soit une durée de cinq (5) mois, était prospective et analytique portant sur les gestantes, parturientes ou accouchées victimes de violences Obstétricales au CSRéf CV.

Résultats : Pendant notre étude, le CSRéf CV a admis **4927** patientes dont **67** cas soit une fréquence de **0,76 %**, dont le non-respect des bonnes pratiques soignant était majoritaire à **76%** suivi des manquements dans les relations soignant soigné **46%**, ainsi que la violence verbale **10%** et enfin les coups et blessures volontaires soit une fréquence **7%** ; la tranche d'âge **21-32** ans était la plus concernée avec **60%** ;

Les primigestes était majoritaire avec **38%** et les ménagères étaient les plus exposés avec **58%**.

Les victimes référées étaient de **72%**, et **22%** étaient venues d'elles-mêmes.

L'utilisation abusive des utérotoniques étaient en cause dans **47%** des cas, suivi de l'expression abdominale **26%**, le coup de poing dans **5%** et les armes blanches étaient en cause dans **2%**.

Les déchirures cervicales représentaient la moitié des lésions **49%**, ainsi que les ruptures utérines **22%**. Le traitement chirurgical représentait **89%** des cas ; **55%** de nos victimes avaient un traitement à base d'antalgiques, antibiotiques.

Conclusion : Les violences au cours de la grossesse constituent un problème majeur de santé publique courant, méconnue et grave affectant chaque année de milliers de personnes. Celles-ci sont soumises à divers facteurs agissant dans des contextes économiques, socio-culturels et politiques. Les professionnels de santé ont un rôle important à jouer dans le changement de comportement, l'accompagnement et le suivi des victimes. Ainsi, le combat de ces violences commence par la sensibilisation des populations d'une part et la sanction des auteurs d'autres parts.

Abstract

Summary: The Organization worldwide of there Health (WHO) defines there violence as being a threat or intentional use of physical force or of power against oneself, against others, against A band Or a community that results in or is at high risk of causing trauma, death, psychological damage, maldevelopment or deprivation; Excluded from this definition are accidental incidents, like most road injuries and burns.

Objective : OUR objective has summer to study THE violence during pregnancy at CSRef CV.

Methodology : This study, unfolded of **March 2023** At **august 2023**, i.e. a duration of five (5) months, was prospective and analytical relating to pregnant, parturient or childbirth victims of violence at the CSRef CV .

Results: During our study, the CSRéf CV admitted **4927** patients including **67** cases, a frequency of **0.76%**, of which non-compliance with good nursing practices was in the majority at **76%** followed breaches in caregiver relationships **46%**, as well as verbal violence **10%** and finally THE intentional assault and battery, i.e. a frequency of **7%** ; the **21-32** age group was the more concerned with **60%** ;

Primigests were in the majority with **38%** and housewives were the most exposed with **58%**.

Referred victims were **72%**, and **22%** came on their own.

The abusive use of uterotonics was involved in **47%** of cases, followed by abdominal expression **26%**, punching in **5%** and bladed weapons were involved. in **2%** .

Cervical tears represented half of the injuries **49%**, as well as uterine ruptures **22%**. THE treatment surgical represented **89%** of the case ; **55%** of our victims had A treatment has base painkillers, antibiotics.

Conclusion : Violence during pregnancy constitutes a major public health problem common, unknown and serious, affecting thousands of people each year. These are subject to various factors operating in economic, socio-cultural and political contexts. THE health professionals have an important role to play in behavior change, support and monitoring of victims. Thus, the fight this violence begins over there raising

awareness among the populations on the one hand and sanctioning the perpetrators on the other.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 je n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y 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 sa 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 mes maîtres, je rendrai à leurs enfants
l'enseignement que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !