

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

République 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

**LES VIOLENCES GYNECOLOGIQUES-
OBSTETRIQUES AU CENTRE DE SANTE
DE REFERENCE DE LA COMMUNE V DU
DISTRICT DE BAMAKO.**

Présentée et soutenue publiquement le ...21.../...12.../2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie.

Par : M. NABY IBRAHIM MAKAN DIAKITE

**POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DIPLOME D'ETAT)**

JURY

Président : M Seydou Doumbia, Professeur

Membres : M. Modibo Sangaré, Maîtres-Assistants

: M. Souleymane Maiga, Médecine de famille

/Médecine communautaire

Co-Directeur: M. Saleck Doumbia, Gynécologue

Directeur: M. Soumana Oumar Traore ; Maître de Conférences

DEDICACE

DEDICACE

A L'ETERNEL DIEU TOUT PUISSANT

Au nom de DIEU (clément et miséricordieux)

Louange à ALLAH

Le souverain du monde que nous adorons et dont nous implorons la très haute bénédiction

Louange à ALLAH et à son PROPHETE MOHAMAD (psl) qui a fait que je sois de ce monde et qui m'a apporté un soutien sans faille et le courage nécessaire pour venir à bout de ce travail.

Que sa bénédiction et sa protection soient sur nous tous.

A mon pays le Mali

Chère patrie, que la paix et la propriété puissent te couvrir. Puisse le MALI rester uni à jamais (LE MALI UN ET INDIVISIBLE).

A mon père MODIBO DIAKITE

Mes premiers pas à l'école, c'est toi qui les guidas par ta bravoure et ton courage, tu nous as permis mes frères et moi d'acquérir le goût du travail bien fait. Père exemplaire, tu as fait de moi ce que je suis et suis fier de l'être. Je ne saurai te remercier assez pour tout ce que tu m'as apporté.

Que Dieu te garde aussi longtemps pour toute la famille. Amen !!!

A ma Mère : FOUNE COULIBALY

Source de ma vie, pionnière de mon éducation, femme de cœur, femme forte, sache que ce travail est le fruit de tous les efforts et sacrifices que tu as consentis. Puisse ce jour être pour toi non seulement, une occasion de réjouissance, de fierté mais aussi le témoignage de toute mon affection et de mon attachement profond Mère ! Que Dieu te garde longtemps auprès de nous afin que tu puisses jouir des fruits murs, qui germeront des graines que tu as semées. Amen !!!

A FEUE GRANDE MERE : FATOUMATA HAIDARA DIT ANNA

Ta générosité, ton amour pour ton prochain, ton humilité a beaucoup contribué dans ma formation. Tu restes un modèle pour moi. Qu'Allah le tout puissant dans sa miséricorde, vous accueille dans son paradis. Amen !!!

A mon autre père Moulaye Hady koureissi et mes tantes lalle Fatoumata Haidara et Fatoumata koureissi :

Merci de m'avoir accueilli parmi vous. Puisse ce travail témoigner de ma profonde affection et de ma sincère estime.

A mes Tontons: MAMADOU DEMBELE, TONTON SYLLA, BOUCADIR KOUREISSI, MADANE KOURERISSI,

Le moment est venu pour moi de vous remercier, la sagesse de vos conseils, la confiance et l'attention que vous m'avez portées me resteront inoubliable.

Jamais je ne saurai vous rendre un hommage à la hauteur de vos efforts consentis.

Trouver ici ma gratitude qu'Allah vous donne une longue vie.

A mes frères et sœurs : FOUSSEYNY DIAKITE, LASSINE

DIAKITE, ZOULEYKA DIAKITE, CHEICK ABDOULKADRI DIAKITE, CHEICK AHAMADOU TIDIANE DIAKITE, ASTAN DIAKITE, ALY BADRA DIAKITE.

J'ai toujours pu compter sur vous quel que soit le moment. La vie est un dur combat que nous devons surmonter avec courage et persévérance. L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force indestructible.

Restons unis et soyons à la hauteur de nos parents.

A la famille KOUREISSI :

Vous m'avez adopté depuis le premier jour de notre rencontre. Vos conseils et soutiens affectifs ont été d'une importance capitale pour moi. Les moments agréables passés en famille surtout pendant les fêtes resteront à jamais gravés dans mon cœur. Merci pour tout.

**A mes Tantes : BATOMA DEMBELE, BIBA ,DJENEBA,mah Koureissi,
Mariam koureissi,lalla Haidara,Amina Haidara,**

Vous avez été plus qu'une mère pour moi. Brave femme, femme dévouées,
courageuses, croyante et généreuses. Tu m'as toujours rassuré, et réconforté. Que
Dieu vous donne une longue vie pleine de santé et de bonheur Amen

A ma chère épouse Assan Tembely

Merci pour ton amour, ta patience, tes encouragements pendant toute cette
période de formation et ta présence à mes côtés dans les moments de peine et de
joie. Je prie Allah le tout puissant de préserver notre attachement mutuel et
d'exaucer tous nos vœux.

A ma fille FATOUMATA DITE ANNA DIAKITE

Tu as été présente durant ce voyage, soit rassuré de mon amour, je prie que tu
fasses plus que moi. Merci pour tous les moments de joies.

Puisse dieu te protèges et te donne longévité.

**A mes cousins et cousines : OUSMANE DOUCOURE, ABDOULAYE
DOUCOURE, ALY KOUREISSI,FATOUMATA DOUCOURE,djigui
berthe ,Adama berthe, SafiATOU berthé,madou berthé,hawa berthé**

En témoignage de l'affection qui nous uni par le lien paternel et maternel, je
voudrais que vous trouviez dans ce travail, le fruit des efforts que vous avez
consenti à mon égard.

**A mes amis kadidiatou TOGOLA Abdoul Karim Diallo, Seydou Maiga,
Youssef tangara, Mohamed y Diarra, Djibril Niaré, Moulaye Mariko,**

Aucun mot ne saurait exprimer ma reconnaissance pour vos temps, vos conseils
pendant cet internat. Je vous souhaite une vie pleine de bonheur et sante.

A mon ami ALY ABDOULAYE DIALLO:

Merci pour tous vos encouragements et vos soutiens indéfectibles.
Vous avez été pour moi un refuge, vos conseils ne m'ont pas fait
défaut tout au long de mes études.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

FAMILLE DIAKITE, TEMBELY, BERTHE, KOUREISSI, de Bamako,
SEGOU, NIONO, MOLODO.SIRAKORO,

Je ne saurais vous remercier par des mots, pour vos conseils, vos bénédictions.

A tous les enseignants de l'école fondamentale et second cycle de Molodo

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
(FMOS) pour La rigueur et la qualité des cours dispensés.

A toute la promotion la 12e Promotion de FMPOS

. - Merci pour la bonne collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au
long de ces PARCOURS

- **A tous les DES, les internes, les sages-femmes et les infirmières du Csréf**

CV et particulièrement à mon équipe de garde : Tahirou Bah, MOUMINE

TRAORE, SINE DIALLO, kaliou, Cissé Allaye, COULIBALY SEKOU DAOU,

- Francis DEMBELE et équipe

- Ousmane Sissoko et équipe

- Sandiakou Fofana et équipe

-Alfousseyni Coulibaly et équipe

- Merci pour la bonne collaboration, la chaleur, la confiance et l'estime tout au
long de ces stages internés Un grand merci pour votre soutien, vos
encouragements, votre aide.

A mon cher ami et Professeur Soumana O Traore.J'ai trouvé en vous le refuge de
mes chagrins et de mes secrets. Vous avez été pour moi un père ami et confident
Avec toute mon affection et estime, je vous souhaite beaucoup de réussite et de
bonheur autant dans votre vie professionnelle que privée.

Je prie Dieu pour que notre amitié et fraternité soient éternelles.

Mes maîtres formateurs :

Pr Soumana O Traore . TRAORE, DR DIAKITE, CHEIKNA HAMALLAH, DR SOULEYMANE MAIGA, Dr Oumar M. TRAORE, Dr Niagalé SYLLA, Dr Saleck DOUMBIA, Dr Saoudatou TALL, Feu FA ISSIF KOUYATE, Dr Nouhoum DIAKITÉ, Dr Mahamadou TRAORE Dr Belco TAMBOURA, Dr Aboudou CAMARA. Votre rigueur scientifique et les qualités humaines qui vous caractérisent ont marqué mon admiration. Merci pour la qualité de l'enseignement et la disponibilité constante dont vous avez fait montre tout au long de l'élaboration de cette thèse.

A mes aînés et anciens internes du service : Dr Doumbia, Adama, Dr Malle Modibo, Dr Ali Guindo, Dr Roméo Hounnade, Dr Telly Moussa.

Particulièrement à Dr Doumbia Adama, merci pour tout ce que tu as fait pour l'élaboration de ce travail. Que Dieu te bénisse.

Je formule des vœux sincères pour vos bonheurs respectifs et la réussite de toutes vos entreprises.

Aux sages-femmes et infirmières du CS Réf CV du District de Bamako

Merci pour les conseils, la disponibilité constante et la qualité de la collaboration.

Aux anesthésistes et réanimateurs du CSREF CV du District de Bamako.

Merci pour les conseils

Aux aides du bloc du CS Réf CV du District de Bamako La disponibilité et le sens élevé du travail qui vous caractérise forcent l'admiration.

Sincère remerciement à vous

Mes remerciements à vous qui avez toujours été à mes côtés pour des échanges scientifiques et autres, pour vos soutiens et vos conseils.

A tous ceux dont l'oubli du nom n'est pas celui du cœur.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.....MERCI.

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maitre et Président du jury

PROFESSEUR SEYDOU DOUMBIA

- **Professeur titulaire en épidémiologie à la faculté de médecine et d'Odontostomatologie.**
- **Directeur adjoint au département entomologie du MRTC**
- **Doyen de la faculté de médecine et d'odontostomatologie de Bamako**
- **Directeur Adjoint d'International Center for Excellence in Research (ICER) – NIH/USTTB Bamako Mali**
- **Directeur du Programme ICEMR-WAF « International Center for Excellence in Malaria Research » ;**
- **Directeur du Centre Universitaire de Recherche Clinique (UCRC) de l'USTTB au Mali**
- **Membre d'honneur de l'Association Américaine de Médecine Tropicale et Hygiène des Etats Unis (ASTMH).**

Cher Maitre

Nous vous sommes très reconnaissants pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations. Vos remarques et suggestions ont su conduire ce travail à son terme. Votre abord facile, votre rigueur scientifique, vos qualités humaines font de vous un maitre exemplaire.

Cher maitre, trouvez ici l'expression de notre profonde gratitude. Puisse Allah vous accorde sante, longévité et bonheur Amina

À notre maitre et juge

Docteur Souleymane MAIGA

- **Spécialiste en de famille/médecine communautaire,**
- **Charge de recherche,**
- **Chef de service de la médecine interne au centre de sante de référence de la commune vi du district de Bamako,**
- **Coordinateur du SAU au CSRef de la commune VI,**
- **Médecin d'appui et superviseur du mentor dispensaire de L'ONG MUSO, en commune VI**
- **Point focal du paludisme au CSRef de la commune VI.**
- **Responsable du programme sec (soins essentiel à la communauté)**

Cher Maitre,

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

Votre bonté, votre modestie, votre courtoisie, ainsi que vos qualités professionnelles ne peuvent que susciter notre grande estime et notre profond respect.

Nous vous remercions sincèrement pour votre rôle déterminant dans la réalisation de ce travail.

Veillez trouver ici, cher maître, l'assurance de notre reconnaissance et de notre profonde admiration.

À notre maître et juge

DOCTEUR SANGARE MODIBO

- **Docteur en Médecine ;**
- **Enseignant chercheur et Maître-assistant à la Faculté de médecine et d’Odonto Stomatologie ;**
- **Enseignant titulaire des cours d’anglais à la Faculté de médecine et d’Odonto Stomatologie ;**
- **PhD en Neurosciences.**

Nous nous réjouissons de votre présence au sein de ce jury. Vous n’avez cessé de faire preuve de patience, de courtoisie et de grande serviabilité au cours de la réalisation de ce travail. Votre rigueur dans la démarche scientifique nous ont beaucoup impressionnés.

Cher maître, dans ce travail vous trouverez la marque de nos profonds sentiments de respect, de reconnaissance et de remerciement.

Nous sommes fiers d’être votre élève

A notre Maitre et Co-directeur de thèse

- **Docteur Saleck DOUMBIA**
- **Gynécologue-Obstétricien ;**
- **Praticien hospitalier au CSREF CV**
- **Détenteur d'un DU en VIH obtenu à la FMOS ;**
- **Détenteur d'un Master en Colposcopie obtenu en Algérie ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en Epidémiologie-
Biostatistique à l'institut Africaine de Santé Publique ;**
- **Détenteur d'un DU (Diplôme Universitaire) en sénologie a la FMOS.**

Cher Maitre,

C'est un honneur pour nous d'avoir appris à vos cotes. Votre disponibilité et votre participation active ont été très importantes pour l'amélioration de la qualité de ce travail qui est le fruit de votre volonté parfaite et de votre savoir-faire. Votre caractère social, votre simplicité et la clarté de votre enseignement font de vous un personnage de classe exceptionnelle.

Nous espérons être à la hauteur de votre confiance et nous vous prions, cher maitre, d'accepter notre profonde et sincère reconnaissance.

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

Nous avons été émerveillés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de diriger ce travail.

Vous avez signifié par la même occasion votre confiance.

Nous apprécions en vous l'homme de science modeste et humble

Votre expérience et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font que nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Aussi nous avons été émerveillés par vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie.

Cher maître, vous êtes et resterez un modèle à suivre. Soyez rassuré de notre profonde gratitude.

Que vous comble de ses grâces.

Liste des abréviations

- HAS :Haute Autorité de Santé (
- AFAR : Association Francophone pour l'Accouchement Respecté
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CIANE : Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance
- HAS : Haute Autorité de la Santé
- NS : Non significatif
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- TV : Toucher Vaginal (ou touchers vaginaux)
- ONU l'Organisation des Nations unies
- HCE :Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte sanitaire de la commune v du district de Bamako-----	33
Figure 2 : Histogramme selon la tranche d'âge-----	40
Figure 3: Répartition des victimes selon la parité-----	41
Figure 4: Répartition des victimes selon la voie d'accouchement-----	42

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Unités d du CSREF de la commune V.....	30
Tableau II : Répartition des victimes selon la gestité.....	41
Tableau III: Répartition des victimes selon la parité.....	42
Tableau IV: Répartition des victimes selon le statut matrimonial.....	42
Tableau V: Répartition des victimes selon l'agent du suivi de la grossesse.....	43
Tableau VI : Répartition des victimes selon le type de violence gynéco- obstétricale.....	44
Tableau VII: Répartition des victimes selon l'évènement de violence.....	44
Tableau VIII: Répartition des victimes selon la qualification de l'auteur de la violence.....	45
Tableau IX: Répartition des victimes selon la réaction après la violence.....	45
Tableau X: Répartition des victimes selon la suite donnée à l'acte de violence..	46
Tableau XI: Répartition des victimes selon l'attitude de l'auteur de la violence après la réaction de la victime.....	46
Tableau XII : Répartition des victimes selon la césarienne.....	46
Tableau XIII : Répartition des victimes césarisées selon le consentement.....	47
Tableau XIV: Répartition des victimes césarisées selon le ressenti.....	47
Tableau XV: Répartition des victimes selon que le travail d'accouchement soit déclenché artificiellement.....	48
Tableau XVI: Répartition des victimes après que leur consentement sur le déclenchement artificiellement du travail ait été obtenu.....	48
Tableau XVII: Répartition des victimes selon que le ressenti sur le déclenchement artificiellement du travail.....	48
Tableau XVIII: Répartition des victimes selon qu'elles aient eu une épisiotomie	49
Tableau XIX: Répartition des victimes selon le consentement concernant l'épisiotomie.....	49
Tableau XX: Répartition des victimes selon le ressenti lors de l'épisiotomie.....	49
Tableau XXI: Répartition des victimes selon la demande de leur accord avant le toucher vaginal.....	50
Tableau XXII : Répartition des victimes selon leurs ressentis concernant le toucher vaginal.....	50

Tableau XXIII: Répartition des victimes selon le respect de leur pudeur.....	50
Tableau XXIV: Répartition des victimes selon leur discrimination.....	51
Tableau XXV: Répartition des victimes selon la tranche d'âge et le type de violence.....	56
Tableau XXVI: Répartition des victimes selon le type de violence et la voie d'accouchement.....	57
Tableau XXVII: Répartition des enquêtées selon le type de violence et la qualification de l'auteur.....	58
Tableau XXVIII: Répartition des victimes selon le type de violence et la parité.	58

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	1
II. OBJECTIFS.....	6
2.1.Objectif général :.....	6
2.2.Objectifs spécifiques :.....	6
III. GENERALITES.....	8

1. Définition de la violence gynécologique-obstétricale :.....	8
2. Quelques définitions.....	12
3 Apparition du concept de « violences gynécologiques et obstétricales ».....	16
4 Ce que déplorent les femmes.....	18
5 Ce qui peut accentuer le vécu négatif.....	22
6 Conséquences de ces actes sur la santé des femmes.....	23
IV METHODOLOGIE.....	27
1. Cadre et Lieu d'étude :.....	27
1.1.1. Présentation du milieu de l'étude.....	27
IV.1.2 Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :.....	34
IV.1.3 Fonctionnement :.....	34
IV. RESULTATS.....	40
2. Tableau I : Répartition des victimes selon la tranche d'âge.....	40
3. La parité.....	41
DISCUSSION.....	59
CONCLUSION.....	67
RECOMMANDATIONS.....	68
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES.....	76



INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

Tout au long de leur vie, les femmes mettent leur corps entre les mains des gynécologues: pratiques contraceptives, recours à l'avortement, grossesse, accouchement, ménopause, etc.(1) La récente apparition des concepts de « maltraitance ou violence médicale » a permis de révéler certains aspects du rapport soignée/soignant en gynécologie et obstétrique qui semblent relever d'un problème de santé publique. Mais que recouvrent exactement les notions de violence et de Maltraitance Selon l'Organisation des Nations unies (ONU), « la violence fait référence à tout acte violent de nature à entraîner, ou risquer d'entraîner, un préjudice physique, sexuel ou psychologique; il peut s'agir de menaces, De négligence, d'exploitation, de contrainte, de privation arbitraire de liberté, tant au sein de la vie publique que privée ».(1) Le terme de maltraitance lui, est apparu récemment (1987) et s'applique originellement aux mauvais traitements infligés à des enfants.(1) Mais contrairement à une idée peut-être trop répandue, les maltraitances ne sont pas uniquement sexuelles et ne concernent pas que les enfants: « Le terme de maltraitance est aujourd'hui largement utilisé pour décrire une infinité de situations où se dévoile la souffrance d'une personne vulnérable. » (1) Dès 1992, le Conseil de L'Europe a établi une classification des actes de maltraitance selon plusieurs catégories (2)

- violences physiques (coups, ligotage, soins brusques sans information ou préparation, non-satisfaction des demandes pour des besoins physiologiques, violences sexuelles, meurtre.);
- violences psychiques ou morales (langage irrespectueux ou dévalorisant, absence de considération, chantage, menace, abus d'autorité, intimidation, comportement d'infantilisation, non-respect de l'intimité, injonctions paradoxales.);
- violences matérielles et financières (vols, exigence de pourboires, locaux inadaptés.);

- violences médicales ou médicamenteuses (défaut de soins de base. non-information sur les traitements ou les soins, abus de traitements sédatifs ou neuroleptiques, défaut de soins de rééducation, non-prise en compte de la douleur..);
- négligences actives: toute forme de délaissement, d'abandon, de manquements pratiqués avec la conscience de nuire;
- négligences passives : négligences relevant de l'ignorance, de l'inattention de l'entourage ;
- privation ou violation de droits (limitation de la liberté de la personne, privation de l'exercice des droits civiques...).(2)

La maltraitance se caractérise dans des contextes particuliers lorsqu'il existe une dissymétrie entre la victime et l'auteur (une personne vulnérable face à une autre moins vulnérable), un rapport de dépendance de la victime à l'égard de l'auteur, un abus de pouvoir du fait de la vulnérabilité de la victime, ou encore une répétition des actes de maltraitance, même considérés comme « petits » (C'est ce qu'on appelle la « maltraitance ordinaire », à laquelle on ne prête plus attention). (2) On peut donc légitimement parler de maltraitance pour désigner les actes violents commis par les professionnels de santé à l'égard des patientes en gynécologie et obstétrique.(2)

L'emploi des expressions « violences gynécologiques » ou « violences obstétricales », dans son intention d'alerte et de dénonciation, n'est pas dépourvu lui-même de violence pour les professionnels de santé.(1) Mais si le terme a pour premier effet de choquer son 'auditoire, il permet de produire une réelle prise de conscience.(1) Le terme de maltraitance permet, lui, d'attirer l'attention sur le dévoiement de la mission première du soin, il invite à réfléchir aux conditions d'un meilleur traitement, et donc à la « bientraitance ».(1)

La médicalisation de l'accouchement constitue une avancée majeure pour la santé des femmes et des enfants puisqu'elle a permis de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile ainsi que les complications liées à la grossesse et

l'accouchement.(3) Elle peut toutefois également conduire à des actes et comportements qui ne respectent pas l'intégrité physique, mentale et sociale des femmes, voire à des pratiques non justifiées sur un plan médical.(3) Si de nombreux travaux en sciences sociales pointent depuis plusieurs décennies ces effets pervers de la bio médicalisation dans le suivi gynécologique et obstétrical, ce n'est que récemment qu'ils sont analysés sous l'angle des « violences », à travers le concept de « violences gynécologiques et obstétricales », même si le volet gynécologique de ces violences peine encore à émerger dans la sphère publique et académique.(4)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en garde aujourd'hui contre l'usage excessif de certaines pratiques et contre le non-respect de la physiologie, alerte sur les violences faites aux femmes au cours de leur accouchement en institution de santé et dénonce les traitements irrespectueux et abusifs, c'est-à-dire non médicalement justifiés (5,6). Elle appelle l'ensemble des États à prévenir et éliminer ces pratiques dans le monde entier et prône une « expérience positive de l'accouchement ».(5,6)

Selon l'OMS, une étude menée au Ghana, en Guinée, au Myanmar et au Nigéria, révèle que 838 femmes sur les 2016 rencontrées (soit 42%) ont subi des violences obstétricales(7). Dans la même étude, les chercheurs ont noté que 35 accouchements par césarienne (13%) avaient été effectués sans consentement, de même que 190 épisiotomies sur 253 (soit 75%), et 2611 examens vaginaux sur 4393 (soit 59 %)](7).

Les violences gynéco-obstétriques représentent une problématique majeure touchant la santé des femmes à l'échelle mondiale(8). Ces formes de violence, commises dans le contexte des soins gynécologiques et obstétricaux, sont une manifestation alarmante de la discrimination basée sur le genre et une violation des droits fondamentaux des femmes(8). Malgré les efforts internationaux visant à garantir des soins maternels respectueux et dignes, les cas de violences gynéco-

obstétriques persistent, compromettant la santé physique et mentale des femmes (8).

Le Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako fait des prestations de service central dans la prestation de services de santé maternelle à la population locale. Cependant, il existe actuellement un manque de données spécifiques concernant la prévalence, les caractéristiques et les facteurs contributifs aux violences gynéco-obstétriques au sein de cet établissement. Cette lacune entrave la mise en place d'interventions ciblées et la sensibilisation des professionnels de la santé.

Dans ce contexte, l'étude épidémiologique-clinique proposée se veut une initiative visant à combler cette lacune de connaissances. En se concentrant sur le Centre de Santé de Référence de la Commune V, avec comme objectifs :

OBJECTIFS

II. OBJECTIFS

II.1. Objectif général :

Etudier les violences gynécologiques et obstétricales au Centre de Santé de référence de la Commune V de Bamako.

II.2. Objectifs spécifiques :

- ✓ Déterminer la fréquence de ces violences gynécologiques et obstétricales à la maternité du CSRéf CV de Bamako
- ✓ Rechercher les facteurs caractérisant les différences de perception de ces violences entre les femmes.
- ✓ Déterminer le profil socio-économique des patientes victimes de ces violences.

GENERALITES

III. GENERALITES

1. Définition de la violence gynécologique-obstétricale :

Les femmes face aux violences Gynécologiques et obstétricales « La maltraitance médicale est (vécue comme) un viol » Ce titre est celui d'un article de Martin Winckler, publié en février 2014 sur son blog(9). Le médecin y explique ne pas se placer sur le plan légal mais sur le plan éthique (du point de vue du soignant) et émotionnel (du point de vue du patient).

Pourquoi toute maltraitance médicale peut-elle être vécue par le patient comme un viol? C'est la notion de consentement qui constitue le pivot de cette analogie(9). En médecine, la loi Kouchner du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, est claire: «Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.(9) Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté(10).»

Marie-Hélène Lahaye propose une définition des violences obstétricales (VO), qu'elle entend comme « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente* » (11). Le médecin-écrivain illustre sa réflexion en citant comme premier exemple cette pratique ancestrale utilisant les patients endormis ciné, jusqu'en 2015 au moins, les étudiants ont appris à faire des examens gynécologiques sur des patients endormis en salle d'opération, que ce soit pour des interventions gynécologiques ou non gynécologiques.(9,10) Dans les deux cas ses patients n'ont pas été prévenus avant l'anesthésie et ont encore moins

donné leur accord. Or, la loi de Kouchner précise que l'examen d'une personne dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être informés au préalable. De la nécessité de respecter les droits des malades ». (9,10)

Dans cette pratique récemment dénoncée, ce qui fait le viol n'est pas, en soi, le fait d'introduire des doigts gantés (ou une sonde d'échographie, un rectoscope, un speculum) dans les orifices intimes d'une personne endormie (le chirurgien qui opère peut avoir besoin de le faire pour des raisons liées à l'intervention), mais « c'est de faire ce geste pour des raisons qui n'ont rien à voir avec l'intérêt du ou de la patient(e) et sans son consentement, explique Martin Winckler. (9) En l'occurrence, pour le seul intérêt du médecin - qu'il soit "pédagogique" ou purement et simplement pervers ». (9) Ce n'est pas la nature du geste (ni son caractère sexuel ou non) qui définit le viol, c'est la transgression de barrières personnelles- physiques mais aussi psychiques et morales - que la personne estime infranchissables sans son autorisation. (9,10) « Le caractère "sexuel" est secondaire à la violence elle-même - c'est-à-dire à l'abus de pouvoir » Cette notion de consentement, si fondamentale dans la pratique médicale a ainsi été utilisée comme axe de défense par l'avocat du gynécologue André Hazout traduit en justice pour agressions sexuelles et viols de plusieurs patientes : ce spécialiste de la médecine de la reproduction n'avait « violé personne » puisque les rapports sexuels étaient consentis. (9,10)

1.1 Problème : ces sexuelles avaient lieu dans le cadre de sa pratique médicale. (9,10) Le conseil national de l'ordre des médecins précise en commentaire de l'article 2 (respect de la vie et de la dignité De la personne) du code de déontologie médical que « le médecin ne doit pas abuser de sa position notamment du fait de la vulnérabilité potentielle du patient, et doit s'abstenir de tout comportement ambigu (regard, parole, geste, attitude, familiarité inadaptée...)

en particulier à connotation sexuelle ». (9,10) Des rapports sexuels entre un médecin et une patiente constituent une faute professionnelle dans la mesure où ils ne peuvent pas être librement consentis par la patiente: il s'agit d'un abus d'autorité.(9,10)

« Ce qui permet aux médecins d'introduire l'ambiguïté dans cette perception du viol par le patient, ce que le médecin est censé toucher le corps du patient, y compris ses organes sexuels, explique Martin Winckler(9). Mais si un médecin introduit brutalement un otoscope dans l'oreille d'un enfant, n'est-il pas tout aussi maltraitant que s'il introduit un speculum de manière brutale? La violence est – elle "moins grave" parce qu'il s'agit d'une oreille?»

La brutalité physique n'est pas nécessaire pour que le ou la patiente se sente violé(e).(9,10) Lorsqu'un patient sert de cobaye à un ou plusieurs médecins en herbe qui ne lui ont pas demandé son autorisation pour s'entraîner à pratiquer un acte, c'est un viol de son intimité. Lorsqu'un médecin impose au patient une consultation publique (autrement dit en présence de personnes qui ne lui ont pas été présentées) durant laquelle ce dernier doit se déshabiller et répondre à des questions intimes, c'est un viol au sens moral du terme.(9,10) Lorsqu'un médecin prononce une parole blessante, porte un jugement humiliant ou méprisant envers un patient, ou encore l'insulte (en le traitant par exemple de menteur), c'est une violence et dans une certaine mesure un viol de l'intégrité morale de la personne à qui s'adressent ces propos.(9,10) « Ce qui fait qu'une maltraitance médicale est ou n'est pas un viol n'est donc pas lié au caractère "sexuel" (apparent) du comportement du médecin, mais à l'abus de confiance par position de pouvoir, écrit Martin Winckler.(9) Les patients et patientes qui se confient aux médecins attendent, avant tout, que ceux-ci les respectent s'il y'a abus de confiance ou manque de respect délibéré, c'est, moralement parlant, un viol. (9,10)

1.2 Les Violences gynécologiques et obstétricales : les mêmes mécanismes et séquelles psychiques que les violences sexuelles.(12)

Sur le plan psychique, les violences gynécologiques et obstétricales sont particulièrement traumatisantes et sont à l'origine de chocs psychologiques et de troubles psychotraumatiques graves et fréquents. Elles déclenchent ainsi, dans les cas les plus graves, les mêmes mécanismes neurobiologiques et entraînent les mêmes conséquences psychiques que les violences sexuelles ou le viol: une sidération qui empêche la femme de réagir, une dissociation qui l'anesthésie et une mémoire traumatique qui lui fera revivre les violences à l'identique durant des années, voire des dizaines d'années si rien n'est fait pour la traiter.(12)

1.3 La sidération psychique et ses mécanismes

Une large majorité des femmes racontent être restées sans voix et sans réaction face à la maltraitance exercée par les personnels de santé lors de leur accouchement. Si cette passivité peut surprendre, elle est un phénomène normal et universel: face à une violence inconcevable, exercée - même avec « douceur » - dans une situation inattendue, la victime se retrouve paralysée par une sidération psychique.(13)

Très répandu chez les victimes de violences sexuelles, cet état de sidération commence depuis quelques années à être bien connu des spécialistes en psychotraumatologie et victimologie.(13)

« La victime est comme pétrifiée, elle ne peut pas crier, ni parler, ni organiser de façon rationnelle sa défense, écrit la psychiatre Muriel Salmona.(13) Pour sidérer une victime, il faut soit la terroriser par la soudaineté et la brutalité de l'agression [...], soit la paralyser par le Non-sens, le caractère incongru, incompréhensible, impensable de de l'agression et de sa mise en scène, qui est alors impossible à intégrer [...].(13) Les violences les plus sidérantes sont celles qui sont les plus "folles", celles qui n'ont aucun sens par rapport au contexte, aucun sens par rapport à la victime, par rapport à son histoire, à ce qu'elle a fait ou pas, à ce qu'elle a dit ou pas. »(13) Le non-sens de la violence son caractère impensable

sont responsables d'une « effraction psychique » à l'origine de ce phénomène de sidération chez la victime.(13) « Le non-sens envahit totalement l'espace psychique et bloque toutes les représentations mentales.(13) La vie psychique s'arrête, le discours intérieur qui analyse en permanence tout ce qu'une personne est en train de vivre est interrompu, il n'y a plus d'accès à la parole et à la pensée, c'est le vide... Il n'y a plus qu'un état de stress extrême qui ne pourra pas être calmé, ni modulé par des représentations mentales qui sont en panne » (13)

Cette sidération est elle-même à l'origine de tous les troubles psychosomatiques, en particulier la dissociation et la mémoire traumatique.

Lors de violences graves et imprévisibles, le cerveau déclenche des mécanismes neurobiologiques de sauvegarde exceptionnels.(13)

En situation de danger, l'amygdale cérébrale, petite structure sous-corticale qui contrôle la réponse émotionnelle ainsi que la mémoire émotionnelle, est activée. (13) Véritable sonnette d'alarme, elle déclenche automatiquement la sécrétion des hormones du stress (adrénaline et cortisol).(13) Simultanément, elle envoie des informations émotionnelles au cortex associatif chargé d'analyser le danger et de prendre des décisions, ainsi qu'à l'hippocampe qui est le « logiciel » indispensable pour traiter, stocker et mobiliser les souvenirs et les apprentissages. «Une fois les amygdales "allumées", elles ne peuvent se moduler ou s'éteindre que par l'action du cortex associatif et de son travail d'analyse et de prise de décisions, aidé en cela par la "banque de données" de souvenirs d'apprentissage et de repère Elle insiste sur plusieurs points fondamentaux. (13)

NB : Tous les types de violences s'accompagnent d'un traumatisme psychologique

2. Quelques définitions

2.1 L'examen pelvien

Il sert à sentir ou voir les organes du petit bassin, ou pelvis.(11) Il se fait par différents moyens dont le recours est mesuré et utile dans le cadre d'une prévention ou d'un diagnostic par exemple ; il n'est donc pas effectué à toute consultation gynécologique de façon systématique.(11) Dans tous les cas et dans la mesure du possible, il est recommandé d'éviter cet examen chez la femme vierge (11).

2.2 Le spéculum

C'est un objet en métal ou en plastique, prenant la forme d'un bec de canard. Il est introduit dans le vagin après une éventuelle lubrification afin de visualiser les parois vaginales et le col utérin, ainsi que leurs sécrétions.(11) Le choix de la taille du spéculum est adapté à la corpulence de la femme et aux dimensions de son vagin.(11) L'usage du spéculum est indiqué dans différentes circonstances : pose d'un dispositif intra-utérin, réalisation d'un frottis cervico-utérin, visualisation de la provenance de pertes vaginales, prélèvement par exemple. (11)

2.3 Le toucher vaginal

C'est un examen simple de réalisation puisqu'il consiste en l'introduction d'un ou deux doigt(s) dans le vagin.(14) Il permet de sentir à travers les parois du vagin, les différents organes de la cavité pelvienne : l'urètre et la vessie en avant, le cul-de-sac de Douglas et le rectum en arrière, l'utérus et ses annexes dans les culs-de-sac vaginaux.(14) L'opérateur peut s'aider d'une palpation abdominale pour avoir une meilleure préhension et rendre cet examen fiable.(14) Le toucher permet aussi d'évaluer l'état des muscles du périnée. Le toucher vaginal est indiqué lors d'une suspicion de pathologie pelvienne, dans le suivi de celle-ci, ou lors d'une plainte douloureuse de la part de la patiente.(14) Il peut servir à argumenter un diagnostic de grossesse ou d'avortement débutants.(14) Dans la grossesse avancée, il permet de poser le diagnostic de début de travail et de suivre l'avancée

de celui-ci selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (14). Il fait l'objet de la cotation du score de Bishop dans le cadre d'un déclenchement du travail, permettant ainsi de choisir la méthode de déclenchement la plus adaptée (15).

2.4 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). (16) L'épisiotomie n'est pas recommandée de manière systématique, y compris chez la patiente primipare (16). Sa pratique dépend des facteurs de risque personnels et des conditions obstétricales.

2.5 L'examen des seins

Il consiste en la recherche, à travers l'inspection et la palpation, d'éléments suspects (tuméfaction, nodule, ulcération...) au niveau des seins et des ganglions lymphatiques environnants (mammaires internes, axillaires, sus- et sous-claviculaires). Le praticien, dans son rôle d'éducateur à la santé, aide les femmes à être en mesure de reproduire seules cet examen pour savoir être alertées et consulter rapidement en cas d'anomalie constatée. (17,18) L'examen des seins est réalisé dans le cadre du dépistage du cancer du sein et se fait à partir de l'âge de 25 ans de façon annuelle. Dans le même cadre, est systématiquement proposée aux femmes âgées de 50 à 74 ans la réalisation d'une mammographie (radiographie des deux seins) à raison d'une fois tous les deux ans. La fréquence du dépistage peut être revue selon l'histoire personnelle et/ou familiale de chaque femme (17,18).

2.6 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 [...] » (19). De même, le Code de déontologie médicale mentionne : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. » (20). 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 [...] » (21). 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 (20,21).

Enfin, le consentement, même s'il est donné en premier lieu, peut être retiré à tout moment (21).

2.7 L'information

Le consentement ou non doit être guidé par une information de la part du praticien qui est « loyale, claire et appropriée »(22). 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. »(23). 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.(23)

2.8 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.(21) Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informé de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. » (21). 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.(21)

2.9 Le harcèlement sexuel

Il est défini dans le Code pénal comme étant « le fait d'imposer à une personne, de façon répétée, des propos ou comportements à connotation sexuelle ou sexiste qui soit portent atteinte à sa dignité en raison de leur caractère dégradant ou humiliant, soit créent à son encontre une situation intimidante, hostile ou offensante » (24).

2.10 L'agression sexuelle

Il s'agit de « toute atteinte sexuelle commise avec violence, contrainte, menace ou surprise » (25).

2.11 Le viol

« Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise est un viol. » [23](26). La pénétration peut être vaginale, anale, orale, à l'aide du pénis, d'une autre partie du corps, ou d'un objet. Le viol est puni de quinze ans de réclusion criminelle. La punition est de vingt ans de réclusion criminelle si l'auteur des faits abuse de l'autorité que lui confère sa fonction, de même si le viol est commis au su de l'auteur sur une personne en état de vulnérabilité, notamment de maladie ou de grossesse.(26)

3 Apparition du concept de « violences gynécologiques et 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 » (27). Le rapport français souligne que toutes les femmes peuvent être confrontées à des violences gynécologiques et 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 (27,28).

4 Ce que déplorent les femmes

4.3 Non prise en compte de la gêne de la patiente

Le temps de déshabillage peut être aussi gênant, si ce n'est plus, que le fait d'être déshabillé. Laurence Guyard, sociologue, décrit le moment du déshabillage en ces termes : « se déshabiller, c'est dévoiler son corps. C'est aussi se défaire des barrières protectrices que constitue l'enveloppe vestimentaire. Se mettre nu, c'est en quelque sorte se mettre « à nu ». Se déshabiller, c'est enchaîner des gestes et des postures dans un ordre précis à un rythme donné. Se déshabiller, c'est enfin dévoiler les vêtements qui d'ordinaire ne sont pas visibles : les sous-vêtements. » . Le respect du temps de déshabillage ne semble pas suffire à mettre totalement à

l'aise les femmes. Au contraire, certains détails qui peuvent paraître anodins pour le praticien, contribueraient à accentuer le malaise des patientes. Nous pouvons citer à titre d'exemples : le fait de dénuder des parties du corps inutilement, le fait de dénuder tout le corps d'un coup au lieu de le faire en plusieurs temps si plusieurs parties du corps sont à examiner, le fait de ne pas utiliser de drap ou équivalent pour recouvrir la patiente le temps de l'examen, le fait également de passer à un autre temps de la consultation alors que la patiente ne s'est pas revêtue. « Le médecin m'a demandé de me déshabiller et m'a laissée assise sur le fauteuil de consultation, elle en blouse, moi, assise, toute nue [...] » témoigne une femme à un magazine féminin [25](29). Nous pouvons supposer que la gêne de la patiente est d'autant plus importante que le praticien est accompagné d'un ou de plusieurs étudiant(s). La gêne de la patiente peut aussi se manifester dans la position qu'il lui est demandé d'adopter pour l'examen pelvien notamment. D'après les nombreux témoignages, le décubitus dorsal avec pieds dans les étriers est la position qui, bien que classique, suscite une grande gêne chez les femmes, du fait de l'inconfort qu'elle générerait, et du fait de sa connotation on ne peut plus sexuelle. Dr. Borée, médecin généraliste et auteur du blog portant son nom, illustre à L'Obs : « dans la classique position du « poulet à la broche » [...], la femme se trouve symboliquement « offerte » au praticien. » (30).

4.4 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 (27). Une étude montre aussi que les patients obèses sont moins bien considérés que les patients non-obèses (31). 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(32). 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 (27). 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. » (28). 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 (33). 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.

4.5 Injures sexistes

Parfois dites sur le ton de la plaisanterie, elles sont aux mieux décrites comme étant de mauvais goût. Au pire, elles sont vécues comme une atteinte à l'intégrité individuelle que représente la patiente.

4.6 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 interassociatif(34) 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.(34) Pour 85% des femmes concernées, le consentement n'a pas été recueilli (34). 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% (35). 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 » (36). 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 (37). 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 (38), des malentendus et des situations conflictuelles.

4.7 Actes ou refus d'actes sans justification médicale

Parmi les actes réalisés sans justification médicale, ceux rapportés sont notamment l'examen pelvien réalisé sans indication lors d'une consultation pour un motif tout autre, le frottis cervico-utérin ou encore l'examen des seins réalisés chez une patiente pour qui les dépistages ne sont pas recommandés.

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(8).

4.8 Violences sexuelles

Les agressions sexuelles et les viols commis par les agents de santé restent minoritaires selon Rozée V (8). Quant au harcèlement, il est décrit comme consistant en des regards insistants le long de la consultation, ou des questions intrusives sur la vie de la patiente sans lien avec la consultation par exemple.

5 Ce qui peut accentuer le vécu négatif

5.3 Antécédent de violences

Un contexte actuel ou ancien de violences conjugales, de violences sexuelles ou non, dans l'enfance ou à l'âge adulte peut accentuer le vécu négatif d'un examen gynécologique. En effet, ces violences peuvent laisser des séquelles physiques sur le corps des victimes, mais il est surtout décrit des conséquences psychiques à long terme. Parmi celles-ci, nous retrouvons l'anxiété, la dépression, la somatisation, le syndrome de stress post-traumatique qui peuvent se traduire pendant l'examen gynécologique en différents types de réactions : émotions et souvenirs négatifs, pensées intrusives, sensation de détachement du corps (39,40). Les victimes de violences sont donc plus vulnérables du fait de ressources psychiques fragilisées par le passé. L'angoisse et la réaction de stress engendrées par l'activation de la mémoire traumatique peuvent rendre l'examen pelvien douloureux en mettant en tension les muscles du plancher pelvien notamment (41,42).

5.4 Vécu négatif du premier examen

Une étude suédoise a montré que le vécu du premier examen pelvien est corrélé à un mauvais vécu des examens pelviens ultérieurs (43).

5.5 Méconnaissance par les femmes de leur corps

Sans étude à l'appui, nous pouvons supposer que la méconnaissance par les femmes de leur anatomie peut jouer un rôle dans l'amplification des sensations négatives qu'elles ne sont pas en mesure de se représenter.

Nous retrouvons dans la littérature différents types de conséquences à ces actes que déplorent les femmes.

6 Conséquences de ces actes sur la santé des femmes

6.3 Conséquences psychiques

Une étude relève un sentiment chez les femmes interrogées de perte de la « lutte de pouvoir » (« loss of power struggle ») lors de l'examen gynécologique (44). L'équivalent français serait un sentiment d'impuissance. Les femmes se sentent vulnérables face à leur manque de connaissance et de compétence lors d'un tel examen. Ce manque de compétence semble diminuer la confiance en elles de ces femmes, et leur estime de leur propre personne peut également être affectée par des jugements et propos mal compris ou mal reçus. Comme toute forme de violence, la « violence gynécologique » constitue un choc pour la victime lorsqu'elle s'en sent victime. Les réponses à ce choc sont donc possiblement les suivantes : la sidération, la dissociation traumatique, faisant place par la suite à la mémoire traumatique et au syndrome de stress post-traumatique. Ces réponses sont fonction de l'intensité du malaise engendré par un acte, du type de situation (consultation, accouchement...) et des facteurs propres à chaque patiente (hormones de grossesse, déroulement de la grossesse, histoire des grossesses et accouchements précédents, violences actuelles ou anciennes dans la famille, histoire des femmes de la famille, histoires personnelle et familiale en général...) Parmi les conséquences psychiques retrouvées dans plusieurs types de violences, nous pouvons ajouter : l'anxiété, la dépression, la somatisation, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, parfois le besoin de recourir à certaines substances comme l'alcool ou les drogues (45,46), mais aussi une perte d'estime de soi et de son corps, un sentiment de culpabilité également du fait de ne pas avoir pu empêcher le geste.

6.4 Conséquences physiques

La conséquence principale est d'ordre gynécologique, il s'agit de la pathologie douloureuse : douleurs pelviennes chroniques, dyspareunies. Les dyspareunies sont des douleurs vaginales ressenties au moment des rapports sexuels. Elles peuvent être ressenties dès l'entrée dans le vagin (dyspareunies d'intromission)

ou en profondeur de celui-ci (dyspareunies balistiques). La pathologie douloureuse peut faire naître chez certaines femmes un vaginisme(46). Il s'agit d'une contraction involontaire des muscles du périnée et des adducteurs, rendant impossible l'écartement des cuisses et les rapports sexuels. Lors de visites ultérieures, les femmes se disant victimes de « violences gynécologiques » peuvent voir les réactions au stress se reproduire et la douleur exacerbée par l'appréhension. Se met alors en place un cercle vicieux entre appréhension et douleur. Les autres conséquences physiques possibles font suite aux troubles mentionnés précédemment : troubles du sommeil, de l'alimentation, addictions...

6.5 Conséquences sur la sexualité et la vie conjugale

La vie de couple peut se voir affectée par le fait que la femme est fragilisée sur le plan psychique, et qu'elle souffre de douleurs pelviennes chroniques ou de dyspareunies. Le CIANE remarque que le conjoint peut également éprouver de la culpabilité après avoir assisté à l'agression de madame sans avoir pu interagir, ceci participant à la dégradation du climat conjugal (8).

6.6 Conséquences sociales et professionnelles

Les troubles comme l'anxiété et la dépression sus-mentionnées peuvent avoir un retentissement sur la vie en collectivité, ce qui augmenterait les arrêts de travail.

(8)

6.7 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 la consultation. 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 (8). Elle échappe alors également aux politiques de dépistages organisés par exemple.

6.8 Conséquences économiques

La HAS a dressé un état des lieux sur le dépistage du cancer du col de l'utérus, et a relevé les principaux freins à la participation à celui-ci. Parmi ces freins, ceux dépendant de la patiente sont nombreux et d'ordres comportemental et psychologique entre autres (47). Le manque de suivi médical dû à la réticence des femmes vis-à-vis de l'examen notamment pelvien entraîne un retard de prise en soin qui présente un certain coût pour la société. En effet, la pathologie, si elle existe, sera décelée plus tardivement, possiblement à un stade qui nécessite des examens et des soins plus avancés et plus coûteux, alors que sa survenue aurait pu être prévenue ou son diagnostic posé plus tôt si le suivi avait été régulier.

METHODOLOGIE

IV. METHODOLOGIE

4.1. Cadre et Lieu d'étude :

Notre étude s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali). Ce district sanitaire comprend :

- ❖ 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.
- ❖ Treize (13) Centres de santé communautaire (CSCoM).
- ❖ Un centre de Protection Maternelle et Infantile (PMI) à Badalabougou.
- ❖ De nombreuses structures privées non concernées dans cette étude.

4.2. Présentation du milieu de l'étude

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 4ème 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 CSCom avec un PMA complet (ASACODA, ADASCO, ASCODA) ;
- Trois aires de santé à Sabalibougou disposent chacune d'un CSCom avec un PMA complet (ASACOSAB1, ASACOSAB2, ASACOSAB3) ;

- Quatre aires de santé à Kalaban coura disposent d'un CSCom 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 CSCom avec un PMA complet (ASACOTOQUA) ;
- Une aire de Santé à Bacodjicoroni dispose d'un CSCom avec un PMA complet (ASCOM-BACODJI) ;
- Une aire de santé à Badalabougou SEMA I (ASACOBADA SEMAI) d'un CSCom 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 d du CSREF de la commune V

BATIMENTS	NOMS DU SERVICE
B1 (Bureau des Entées)	<ul style="list-style-type: none"> - Comptabilité - Guichet - Toilettes du personnel
B2 (Maternité)	<ul style="list-style-type: none"> - Unité PTME - Unité Périnatale 1 - Unité périnatale 2 - Unité Planning Familiale - Unité suite de couche - Unité Grossesse Pathologie - Salle des Chauffeurs

	<ul style="list-style-type: none"> - Maternité Salle de garde 1 - Maternité Salle de garde 2 - Salle D'attente - Salle d'Accouchement - Salle des Urgences - Salle VIP 1 - Salle VIP 2 - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Bureau Sages-femmes Maitresse - Salle des Internes - Soins Apres Avortement - 3 Bureaux pour les gynéco-obstétriciens - 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 Opératoire)	<ul style="list-style-type: none"> - Bureau Major - Salle de Pansement - Salle d'Opération 1 - Salle d'Opération 2 - Salle de Stérilisation - Salle de Garde 1 - Salle de Garde 2 - Salle de Réveille - Salle de Séchage - Bureau Monsieur Missa Konaté - Hospitalisation Césarienne 1 - Hospitalisation Césarienne 2 - Hospitalisation Césarienne 3 - Hospitalisation Césarienne 4

	-	Hospitalisation Césarienne VIP
B4 (Bloc de Réanimation)	-	Salle d'Opération 1 Salle d'Opération 2 Salle d'Hospitalisation 1 Salle d'Hospitalisation 2 Salle d'Hospitalisation 3 Salle de Stérilisation
B5 (Médecine Générale)	-	Bureau Médecin Chef Secrétariat du Médecin Chef Salle de Consultation Salle de Consultation DR TALL Kadiatou Salle de Consultation DR DABO Jacob Salle de Consultation Gynécologie Externe Pharmacie du Jour Pharmacie de Nuit Salle de Pansement Imagerie Médicale Odontostomatologie Laboratoire d'Analyse Toilettes du Personnel Hagard de Vaccination
B6 (Médecine Interne)	-	Bureau Major Salle de Consultation Salle de Garde 1 Salle de Garde 2 Salle de Perfusion Salle d'Hospitalisation 1 Salle d'Hospitalisation 2 Salle d'Hospitalisation 3 Salle d'Hospitalisation 4 Bureau Dermatologue Bureau Rhumatologie Toilettes du Personnel
B7 (Ressources Humaines)	-	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	- Service ORL - Unité lèpre - Labo Annexe - Toilettes du Personnel
B9 (Service Pédiatrie)		- Bureau DR TRAORE Mahamadou - Salle d'Attente - Salle de Consultation DR DIARRA Oumou - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle d'Hospitalisation 3 - Salle de Soins - Salle des Internes - Salle de Consultation 1 - Salle de Consultation 2 - Salle de Consultation 3 - Bureau Surveillant General - Néonatalogie Consultation - Salle d'Hospitalisation Néonatalogie - Salle Kangourou
B10 (Ureni)		- Salle de Consultation - Salle de Garde - Salle d'Hospitalisation 1 - Salle d'Hospitalisation 2 - Salle de Lait - Magasin URENI
B11 (Morgue)		- Salle de Lavage 1 - Salle de Lavage 2 - Chambre Froide
B 12		- Mosquée
B13		- Magasin 1
B 14		-Magasin 2
B15		- Logement du Médecin –chef

4.1.2 Le Personnel du service de gynécologie obstétrique :

- ✓ Il comporte : Six (5) médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique dont un Professeur agrégé (maitre de conférences) 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 (53) 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.

4.1.3 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 événements 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.

4.2 Type d'étude

Nous avons effectué une étude quantitative et qualitative avec collecte prospective des données et à visée analytique.

4.3 Période d'étude

IV.4 Population d'étude

- Notre étude a porté sur toutes femmes reçues et prises en charge dans service de gynécologie-obstétrique du CS Réf CV pendant la période de l'étude.

4.5 Echantillonnage

IV.5 .1 Méthodes d'échantillonnage :

Nous avons procédé à un échantillonnage exhaustif de tous les cas de violences gynécologiques et obstétricales.

4.5.2 Taille de l'échantillon

La taille de notre échantillon est estimée à travers la formule de DANIEL SCHWARTZ:

$$n = \frac{Z^2 pq}{i^2}$$



n : taille de l'échantillon

- **p** : fréquence de résultat = 3% pour maximiser la taille de l'échantillon (la valeur la plus conservatrice selon la littérature).
- **q** : 1-p = 97% = 0,97
- **i** : la précision absolue souhaitée = ±5%
- **Z** : valeur dépendante du risque d'erreur alpha (pour alpha=0,05 ; **Z=1,96**)

$$n = \frac{1,96^2 * 0,03 * 0,97}{0,05^2} = 45$$

n=45

La taille minimum de notre échantillon est donc de 45.

4.5 .3 Critère d'inclusion :

Ont été inclus dans cette étude, toutes les femmes victimes de violences gynécologiques et obstétricales au service de gynécologie-obstétrique du CSRéf CV de Bamako durant la période d'étude de 6 mois (01 mars 2023-31 août 2023)

4.5.4 Critère de non inclusion :

N'ont pas été incluses dans cette étude :

- Les femmes n'ont victimes de violences
- Les femmes victimes d'autres formes de violences basées sur le genre telles que : mariage forcé, violence sexuelle et toutes autres formes.

4.6 Techniques et outils de collecte des données :

4.6.1 Techniques de collecte des données

Nous allons effectuer notre travail grâce à des fiches d'exploitation préalablement établies (voir annexe), comportant les éléments en rapport avec la violence gynéco-obstétricale. Nous ferons une interview semi directive pour remplir la fiche d'enquête conçue pour l'étude en mode face à face qui consistera à poser des questions à la patiente et attendre ses réponses en mode face à face, nous n'interviendrons que s'il y a lieu de préciser la question.

4.6.2 Variables étudiées :

Il s'agissait du sexe, l'âge, l'auteur, la profession, le statut matrimonial, les types de violences, le nombre des auteurs présumés, le lieu de déroulement des faits, la provenance, voie d'accouchement, le motif de consultation, les lésions occasionnées, le mode d'admission,

- **Considérations éthiques et déontologiques**

La confidentialité et l'anonymat ont été respectés. Le consentement libre et éclairé des patientes a été demandé.

- **Définitions opérationnelles des concepts :**

- **Genre :** C'est ce qui différencie les hommes et les femmes dans leurs relations sociales. [32]

- **Violences basées sur le Genre :** Elles concernent tout acte dirigé contre un homme ou une femme du fait des rapports sociaux inégalitaires régissant la communauté et défavorisant un groupe » La Violence Basée sur le Genre est aussi un terme générique pour désigner tout acte nuisible/préjudiciable perpétré contre le gré d'autrui, et qui est basé sur des différences socialement prescrites entre hommes et femmes/filles et garçons [33].

- « **Survivantes** » : sont considérés comme les personnes ayant été « victimes » de violences, ayant risqué la perte de leur vie et ayant gardé sur elles les séquelles d'actes de violence qu'elles ont subis [28].

- ❖ Gestité : Nombre de grossesse au cours de la vie.

- ❖ Parité : Nombre total d'accouchement.

- ❖ Nullipare : Femme qui n'a jamais accouchements.

- ❖ Primipare : Femmes qui ont accouché pour la première fois.

- ❖ Paucipare : Femmes qui ont fait entre deux à trois accouchements.

- ❖ Multipare : Femmes qui ont fait entre quatre à six accouchements.

- ❖ Grandes multipares : Femmes qui ont fait plus de six accouchements.

RESULTATS

V. RESULTATS

5.1. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales des victimes

Tableau I : Répartition des victimes selon la tranche d'âge

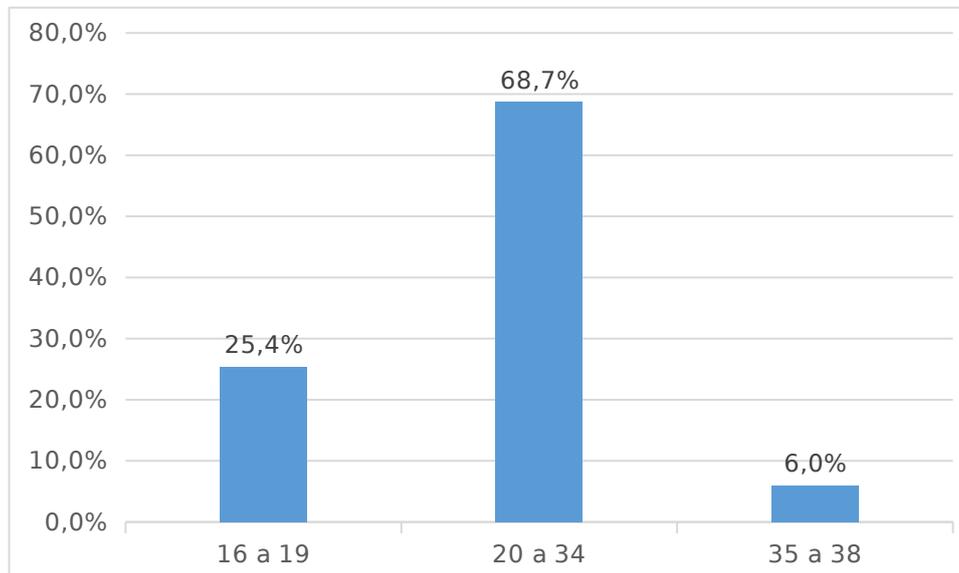


Figure 2 : Histogramme selon la tranche d'âge

L'âge moyen de nos victimes était de $24,07 \pm 5,7$ ans avec des extrêmes de 16 et 38 ans.

Plus de la moitié de nos victimes étaient âgées entre 20 et 34 ans soit 68,7%.

Tableau II : Répartition des victimes selon la gestité

Gestité	Nombre de grossesse	Fréquence	Pourcentage
Nulligeste	0	3	4,5
Primigeste	1	22	32,8
Paucigeste	2-3	32	47,8
Multigeste	4-6	8	11,9
Grande multigeste	≤ 7	2	3,0
Total		67	100,0

La gestité moyenne était de $2,5 \pm 1,7$

Les pauci gestes étaient les plus représentées soit 47,8%.

1. La parité

Tableau III: Répartition des victimes selon la parité

Parité		Effectifs	Pourcentage
Nullipare	0	19	28.4
Primipare	1	14	20.9
Paucipare	2-3	29	43.3
Multipare	4-6	3	4.5
Grande multipare	≤7	2	3.0
Total		67	100.0

La majorité des victimes 43,3% étaient paucipares

La parité moyenne était de $1,8 \pm 1,7$

Tableau IV: Répartition des victimes selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectifs	Pourcentage
célibataire	3	4,5
Mariée	64	95,5
Total	67	100,0

Presque la totalité de nos victimes était mariée soit 94%.

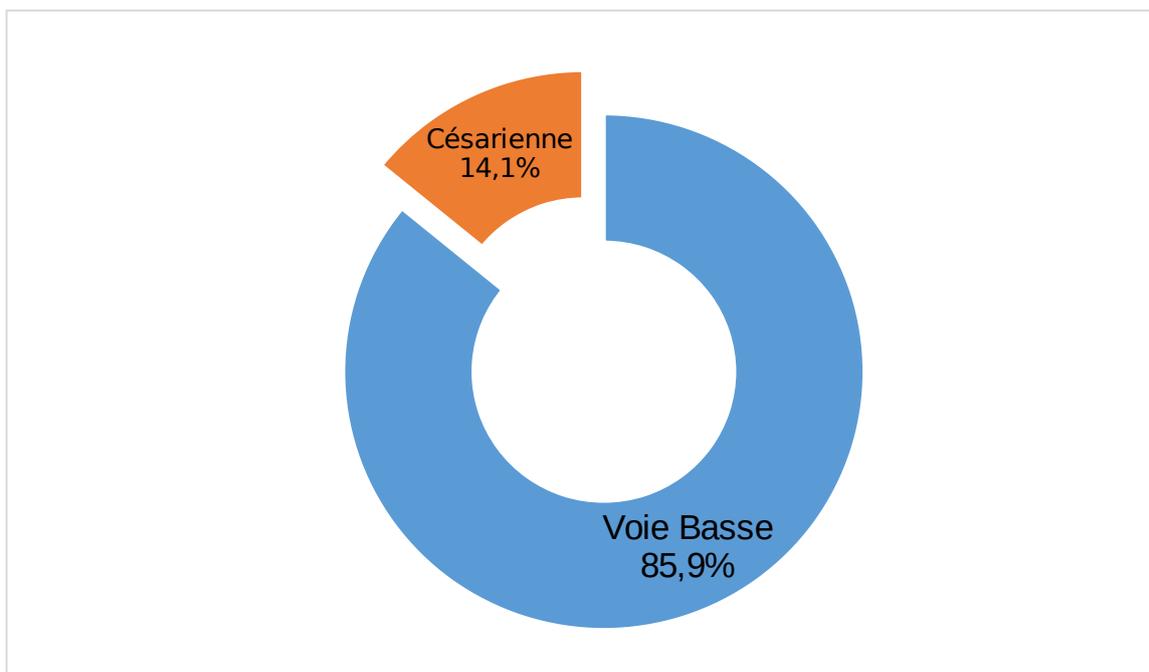


Figure 3: Répartition des victimes selon la voie d'accouchement

Tableau V: Répartition des victimes selon l'agent du suivi de la grossesse

Suivi de la grossesse	Fréquence	Pourcentage
Sage-femme	56	83,6
Gynécologue obstétricien	4	6,0
Médecin généraliste	7	10,4
Total	67	100,0

Le suivi de la grossesse était fait par les sages-femmes dans la majorité des cas avec 83,6%.

5.2. Données sur la violence

Tableau VI : Répartition des victimes selon le type de violence gynéco-obstétricale

Types de violence	Oui	
	Effectif	Pourcentage
Verbale	50	74,62%
Physique	43	64,17%
Matérielle et financière	7	10,44 %
Médicale ou Médicamenteuse	3	4,47 %
Négligence active	3	4,47 %
Négligence passive	0	0

Les violences verbales et physiques étaient les plus représentées avec 74,62% et 64,17% des cas

Tableau VII: Répartition des victimes selon l'évènement de violence

Actes de violence, est-ce qu'il y a la violence dû à la césarienne ici ?	Effectif	Pourcentage
Episiotomie	19	34,5%
La position d'accouchement imposée	17	25,37%
L'expression sur le fond utérin	7	10,44%
Délivrance artificielle	3	5,5%
Révision utérine	10	18,2%
Stimulation des contractions utérines (cytotec/ocytocine)	5	7,46%
Autres*	6	10,9%
Total	67	100

Autres* : Pose spéculum (2) ; Toucher vaginal (1) ; Ponction lombaire (1) ;
Déchirure périnéale (1) ; Atteinte physique, frappé (1)

L'épisiotomie et la position d'accouchement imposée (violences physiques) étaient les plus citées par nos victimes soit respectivement 34,5% et 25,37%

Tableau VIII: Répartition des victimes selon la qualification de l'auteur de la violence

Statut professionnel	Effectif	Pourcentage
Sage-femme	36	53,7
Gynécologue obstétricien	5	7,5
Infirmier anesthésiste	4	6,0
Infirmière obstétricienne	1	1,5
Faisant fonction d'interne	11	16,41
Stagiaires	10	14,92
Total	67	100,0

Les Sage-femmes étaient les plus incriminées dans 53,7% des cas

Tableau IX: Répartition des victimes selon la réaction après la violence

Réaction de la victime	Effectif	Pourcentage
Indifférence	63	94,0
Médisance	3	4,5
Réplique non violente	1	1,5
Total	67	100,0

Presque la totalité de nos victimes, soit 94% sont restées indifférentes après l'acte de violence.

Tableau X: Répartition des victimes selon la suite donnée à l'acte de violence

Suite donnée	Effectif	Pourcentage
Règlement à l'amiable	59	88
Autres, à déterminer	8	12
Total	67	100

Tableau XI: Répartition des victimes selon l'attitude de l'auteur de la violence après la réaction de la victime

Attitude de l'auteur de la violence	Effectif	Pourcentage
Regret de l'acte	5	22,73
S'excuses	5	22,73
Pas de regret ni d'excuse	12	54,54
Total	22	100

Plus de la moitié, soit 54,54% de nos auteurs de violence n'ont pas eu de regret.

Tableau XII : Répartition des victimes selon la césarienne

Césarienne	Effectif	Pourcentage
Non	56	83,6
Oui	11	16,4
Total	67	100,0

Dans l'étude, 16,4% des victimes avaient accouché par césarienne.

Tableau XIII : Répartition des victimes césarisées selon le consentement

Consentement	Effectif	Pourcentage
---------------------	-----------------	--------------------

Informée de la raison de la césarienne	5	55,6%
Informée du déroulement de la césarienne	5	55,6%
D'accord pour la réalisation de la césarienne	5	55,6%
A-t-elle été réalisée en urgence ?	11	100,0%

Parmi les 11 victimes accouchées par césarienne, seulement 5 d'entre-elles avaient été informés de la raison et du déroulement soit 55,6% chacun.

Toutes les césariennes ont été réalisées en urgence.

Tableau XIV: Répartition des victimes césarisées selon le ressenti

Ressenti	Effectif	Pourcentage
Bien vécu	2	18,2
Mal vécu	8	72,72
Très mal vécu	1	9,1
Total	11	100,0

Parmi les 11 césarisées, plus de la moitié avaient affirmé mal vécu la césarienne soit 63,6%.

Tableau XV: Répartition des victimes selon que le travail d'accouchement soit déclenché artificiellement

Réponse	Effectif	Pourcentage
Non	61	91,0

:

Oui	6	9,0
Total	67	100,0

Dans l'étude, le travail d'accouchement a été déclenché artificiellement chez 9%.

Tableau XVI: Répartition des victimes après que leur consentement sur le déclenchement artificiellement du travail ait été obtenu

Consentement obtenu	Effectif	Pourcentage
Oui	6	100 %
Non	0	0

Toutes les femmes déclenchées (100%) ont été informées de toutes les procédures du déclenchement

Tableau XVII: Répartition des victimes selon que le ressenti sur le déclenchement artificiellement du travail

Ressenti	Fréquence	Pourcentage
Bien vécu	2	33,3
Mal vécu	1	16,7
Très mal vécu	3	50,0
Total	6	100,0

Parmi les 6 victimes chez qui un déclenchement artificiel du travail a été fait, la moitié soit 50% l'ont très mal vécu.

Tableau XVIII: Répartition des victimes selon qu'elles aient eu une épisiotomie

Episiotomie	Fréquence	Pourcentage
Non	42	62,7

Oui	25	37,3
Total	67	100,0

Dans l'étude, 37,3% des victimes avaient eu une épisiotomie.

Tableau XIX: Répartition des victimes selon le consentement concernant l'épisiotomie

Consentement	Effectif	Pourcentage
Oui	7	28,0%
Non	18	72%

La majorité des épisiotomies réalisées dans notre étude ont été faite sans le consentement des victimes

Parmi les 25 enquêtées ayant subi une épisiotomie, seulement 9 ont été informée de la raison (soit 36%) et n'ont été d'accord que 7 (soit 28%).

Tableau XX: Répartition des victimes selon le ressenti lors de l'épisiotomie

Ressenti	Fréquence	Pourcentage
Bien vécu	2	8,0
Mal vécu	18	72,0
Très mal vécu	5	20,0
Total	25	100,0

Parmi les 25 victimes ayant bénéficiés une épisiotomie, 72% ont affirmé qu'elles l'ont mal vécu.

Tableau XXI: Répartition des victimes selon la demande de leur accord avant le toucher vaginal

Accord	Fréquence	Pourcentage
Non	51	76,1
Oui	16	23,9
Total	67	100,0

Plus de la moitié de nos victimes ont affirmé que leurs accords n'ont pas été demandés avant les touchers vaginaux soit 76,1%.

Tableau XXII : Répartition des victimes selon leurs ressentis concernant le toucher vaginal

Ressenti	Fréquence	Pourcentage
Bien vécu	7	10,44
Mal vécu	60	89,56
Total	67	100,0

Plus de la moitié de nos victimes ont affirmé avoir mal vécu les touchers vaginaux, soit 89,56%.

Tableau XXIII: Répartition des victimes selon le respect de leur pudeur

Réponse	Fréquence	Pourcentage
Non	46	68,7
Oui	21	31,3
Total	67	100,0

L'atteinte à la pudeur a été notifiée chez 46 victimes soit 68,7%.

Tableau XXIV: Répartition des victimes selon leur discrimination

Discriminée	Fréquence	Pourcentage
Non	30	44,8
Oui	37	55,2
Total	67	100,0

Plus de la moitié de nos victimes ont affirmé se sentir discriminées soit 55,2%.

5.3. Etude qualitative des violences gynécologiques et obstétricales

1-Violences Verbales

Dans notre série, les violences verbales ont représenté **74,62%**

Les propos de **Madame A T 32 ans** vont dans ce sens :

-«j'ai voulu être honnête avec mes sages-femmes en les préservant de ma maladie car je suis atteinte du VIH sous traitement, Quand je suis venu chez elles en travail d'accouchement, je leurs ai déclaré mon statut en voulant être juste et préserver la santé de mon enfant. Mais c'était sans compter sur leur indiscretion, comme une poudre de chimères, la nouvelle s'est répandue dans toute la salle d'accouchement et j'ai finalement été abandonnée (stigmatisée).j'ai fait une rupture utérine, je me suis allongé même par terre à cause de la douleur après plusieurs demandes sans succès. Elles disaient que je faisais exprès en leurs voulant du mal. Grâce à la vigilance et l'assistance d'un jeune docteur, j'ai été sauvée, je n'oublierai jamais cet acte ».

Une autre victime nous rapporte son récit : **A S 31ans** «*je ne sais pas si j'ai été consulté dans un centre de santé ou dans la rue, Aucun respect de l'intimité des patientes, avec des vas et vient partout (accompagnateurs des malades ,des docteurs ,des sages-femmes et leur stagiaires des fois sans tenue) .elles m'ont mise sur la table de consultation et tous les projecteurs étaient braqués sur moi .elle m'a examiné et ma dit avec arrogance (**laves-toi la prochaine fois avant de venir**) j'ai vraiment détesté ce centre et je n'y retournerai plus».*

Comme l'affirmait **Madame B C âge de18 ans** :

-J'avais fait mes suivis à la clinique et une fois au centre de sante dès l'entrée j'ai croisé une femme qui me demanda :

- *avez-vous une alaise pour votre accouchement ?*

-J'ai répondu non «*L'alaise plus le gant cout 1500fcfa*».

-ensuite elle m'amenant dans la salle de naissance, étant toujours inquiète et sans information une sage-femme se dirige vers moi et dit

«*Allongez-vous madame je vais voir l'état de votre col, après m'avoir examiné elle ma criée dessus, depuis combien de temps vous avez perdu les eaux ?*»

-j'ai dit qu'il y'a 3 jours de cela

-«*vous n'êtes plus un enfant, comment pouvez-vous rester à la maison après avoir perdu les eaux et quand vous perdez l'enfant ou si quelque chose arrive à l'enfant vous allez vous plaindre que nous n'avons pas fait correctement notre travail hors que vous êtes l'unique responsable, vous pouvez descendre et allez-y faire des tours dans la cour deux heures après nous allons vous réexaminer* »

-«j'étais blessée profondément vu que c'était ma première grossesse, j'avais peur de ne pas être responsable de la mort de mon enfant en plus j'étais très effrayé car je n'avais pas assez d'information de mon état et du sors qui m'était réservé, c'était une épreuve qui m'a beaucoup troublé » Une autre victime **Madame F Y cette adolescente 17 Ans célibataire** a rapporté : « *Une petite fille comme toi veux faire un planning ? Je me suis sentis tellement mal que j'ai abandonné l'idée de me faire planifier*».

Une autre victime **Madame M T 20 ans** «*j'ai écopé des propos décrassant de la sage-femme, lors de ma CPN. Elle m'a placé brutalement un instrument (le speculum) sans rien me dire et quand j'ai sursauté, elle m'a dit de rester*

tranquille et que quand prenais cette grossesse, est ce que j'ai sursauté? Je n'avais jamais été aussi injurié comme elle venait de la faire».

Ainsi Madame A S 21ans « [...] elle m'a tapé sur les jambes en me disant d'écarter mes jambes pour qu'elle puisse faire son travail ».

D'autres victimes ont eu des reproches, se sont vues intimidées, jugées sur leur comportement, comme les propos de **Madame S D 17 ans** : « Tu es trop paresseuse, tu ne veux pas pousser ? Tu veux tuer ton enfant ? ». « Tu es une vraie lâche... ».

2-Violences physiques

Les violences physiques, n'ont négligeables dans notre étude ont représenté **64,17%** ainsi Les propos de **Madame K T 28 ans** vont dans ce sens : « je suis arrivée au centre à 16 heures et je suis restée avec les douleurs jusqu'à 23h. A mon examen d'entrée, la sage-femme me disais que j'étais en dilatation complète et pourtant c'est jusqu'à 23h qu'ils sont venu m'introduire un appareil (ventouse) dans le vagin pour tirer et faire sortir le nouveau-né. je n'oublierai jamais cet évènement traumatisant ».

Plus du quart des victimes se sont vues expliquer des éléments de leur consultation en des termes médicaux trop complexes : comme le rapporte **Madame Y M 17 Ans** « [...] elle m'a dit que je suis à un doigt ». « [...] l'interne m'a dit que j'ai une HU excessive ».

Pour d'autres, ces informations auraient pu les aider à mieux comprendre et à mieux vivre leur travail d'accouchement comme l'atteste **Madame A M 27 Ans** : « Apres plusieurs heures de souffrances avec des nombreux doigts dans mon vagin répétitivement, dans la salle d'accouchement j'ai été transféré au bloc opératoire ou un monsieur m'a piqué le dos plus de 5 fois. il ma crié dessus en ce terme (si tu ne fais pas attention, ton enfant va mourir et puis tu n'es pas la seule

patiente de mon programme d'aujourd'hui. En réalité à cause de la douleur des contractions je ne pouvais tenir sur place et il a fini par me gifler. A reconnaître que son coup m'a aider à me calmer et ils ont puis me césarisé. C'était vraiment une expérience traumatisante ».

Chez près de la totalité des victimes, le consentement n'a pas été recherché. C'est ainsi que nous rapporte **Madame A C 20 Ans** « *Lors de mon accouchement, l'enfant n'arrivait pas à sortir, et soudainement, un monsieur a introduit un grand tuyau à l'intérieur de mon vagin sans mon consentement, je croyais que mon vagin allait se déchirer, c'était vraiment douloureux ».*

A Une autre **Madame A B** nous rapporta ceux-ci: « *J'arrivais à peine de pousser, un monsieur est monté faire des pressions sur mon ventre sans rien me dire ; c'était trop insupportable. J'avais atrocement mal ».*

Douze enquêtées sur les 67 trouvaient les gestes des praticiens brutaux lors des examens voire « violents », responsables pour la plupart de douleur. Comme l'atteste les propos « *Elle introduit un appareil en fer dans mon vagin. J'arrivais plus à parler parce que j'avais trop mal ».* D'autres victimes parlent de gestes prémédités, comme l'affirme **Madame T T 32 ans** « *lors de la révision utérine, il a porté un long gant et a introduit tout son bras dans mon vagin, c'était trop douloureux ».*

Deux victimes ont subi des coups volontaires par les agents de santé : comme le cas **Madame R D 26 ans** « *au bloc opératoire, quand le monsieur voulait me piquer le dos, ça me faisait mal et je n'arrêtais pas de bouger ; le monsieur m'a alors crié dessus, m'a donné une gifle et m'a demandé de rester tranquille ».*

Une autre **Madame D D 25 ans affirmait ceux-ci** « *[...] j'arrivais à peine à me redresser sur la table d'accouchement à cause de la douleur, la sage-femme de garde m'a donné un coup de fesse, je ne voulais plus qu'elle fasse mon accouchement mais malgré mon refus, elle m'a dit que personne ne fera mon*

accouchement si ce n'est pas elle [...] c'était une épreuve que je n'ai pas vraiment aimé de la part de mes collègues agent de santé ».

Une autre Madame B D 28 ANS nous rapporte ceux-ci « à cause de l'épuisement physique je ne parvenais plus à pousser. Le docteur à demander à un de ses collègues de monter sur un tabouret et appuyer sur mon ventre afin de m'aider à accoucher selon ses dits. J'ai accouché mais la douleur abdominale m'a poursuivis plusieurs moments».

3-Violences Matérielles et Financières

Les violences Matérielles et Financières, ont représenté **10,44%**.

Ainsi Madame K B 22 ans nous rapporte ceux-ci « j'ai été humiliée par ma sage-femme à cause de 12500 FCFA. J'ai réalisé toutes mes CPN dans ce dit centre sans problème, quand, je suis entrée en travail d'accouchement, mon mari n'était pas là et j'ai été aidé par ma voisine pour venir au centre. L'accouchement s'est passé sans problème. À cause de 12500 franc CFA que nous la devons d'après elle-même, nous avons été retenu au centre jusqu'au lendemain, dommage que la santé se résume en besoin pécunier ».

2 autres patientes ont rapportés avoir été victime d'un refus de soins par faute d'argent : quant à **Madame KC 25 ANS** « Ma grossesse était à 2 mois, tout d'un coup j'ai eu un saignement et je me suis rendu à l'hôpital. Ils ont refusé de faire ma prise en charge jusqu'à l'arrivée de ma maman car je n'avais pas d'argent sur moi, j'ai failli perdre la vie ».

Les propos de Madame O K 24 ans vont dans les mêmes sens « j'ai failli mourir par perte de sang dans la main des docteurs sans assistance, je suis venu en consultation pour saignement et douleur abdominale sur grossesse, ils m'ont envoyé faire une échographie et après ils devront m'enlever les débris car la grossesse était arrêtée. L'argent que j'avais ne suffisait plus pour cette

prestation, car j'avais payé l'échographie jusque-là imprévue dans mes calculs. Les docteurs ont refusé de me faire ce lavage abdominal si je ne donne pas les frais de l'acte quel dommage pour l'humanité et si je m'étais vidée de mon sang ?».

4-Négligence actives

Les négligences actives ont représenté **4.47%** les propos des victimes vont dans ses sens **Madame H T 35 ans avocate** « *j'ai failli perdre mon bébé à cause de la négligence des sages-femmes, qui étaient toutes occupés par leur téléphone, celle qui me suivait n'était pas sur place, les autres m'ont tellement négligé jusqu'à ce que j'ai accouché seul sans assistance et c'est le cordon qui a retenu mon bébé de la chute du haut de la table d'accouchement ,c'est après qu'une sage-femme est venu s'intéressé à moi. J'ai voulu porter plainte mais après ma famille ma demander de sursoir. J'ai juré de ne plus jamais faire mes suivis avec une sage-femme* ».

III.1. Etude analytique

Tableau XXV: Répartition des victimes selon la tranche d'âge et le type de violence

Types de violences	Tranche d'Age		
	< =19 ans	20-34 ans	>=35 ans
Verbales	8	27	15
Physiques	7	27	9
Médicamenteuses	0	3	1
Matérielles et financières	2	4	1
Négligences actives	2	2	0
Négligences passives	0	0	0

P= 0,240

Khi2 = 12,712

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la tranche d'âge de nos victimes et le type de violence (P = 0,240).

Tableau XXVI: Répartition des victimes selon le type de violence et la voie d'accouchement

Types de violences	Avez-vous accouché par césarienne	
	Non	Oui
Verbales	41	9
Physiques	33	10
Médicamenteuses	3	1
Matérielles et financières	7	0
Négligences actives	3	1
Négligences passives	0	0

Khi2 = 6,442 P-valeur = 0266

Nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre la voie d'accouchement par césarienne de nos victimes et le type de violence (P = 0266).

Tableau XXVII: Répartition des enquêtées selon le type de violence et la qualification de l'auteur

Types de violences	Qualification auteur de la violence					
	Médecin généraliste/ FFI	Sage - femme	Gynécologue	Infirmier anesthésiste	Infirmière obstétricienne	Stagiaires
Verbales	4	31	3	1	1	10
Physiques	9	16	4	4	1	9
Médicamenteuses	2	2	0	0	0	0
Matérielles et financières	0	6	0	0	1	0
Négligences actives	2	2	0	0	0	0
Négligences passives	0	0	0	0	0	0

Khi2 = 56,308 P-valeur = 0,001

Nous avons trouvé une relation statistiquement significative entre les types de violence et la qualification de l'auteur (**P-valeur = 0,001**).

Tableau XXVIII: Répartition des victimes selon le type de violence et la parité

Types de Violences	Parité			
	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare
Verbales	10	11	25	4
Physiques	15	9	17	2
Médicamenteuses	0	1	1	2
Matérielles et financières	2	4	1	0
Négligences actives	3	1	0	0
Négligences passives	0	0	0	0

Khi2 = 34,920 P-valeur = 0,003

Il y avait une différence statistiquement significative P 0,003 entre les paucipares violentées verbalement et les autres catégories de victimes

DISCUSSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Limites de l'étude :

Nous avons effectué une étude quantitative et qualitative avec collecte prospective des données et à visée analytique qui s'est déroulée dans le district sanitaire de la commune V de Bamako (Mali). Notre étude a été confrontée à quelques limites qui sont entre-autres : Le biais d'échantillonnage et le refus de certaines enquêtées à se soumettre aux questionnaires. En effet, les personnes ayant accepté de participer aux entretiens n'étaient pas représentatives de la population cible.

Cette étude épidémiologique-clinique constitue une contribution significative à la compréhension des violences gynécologiques et obstétricales au CSRéf de la Commune V. Les résultats obtenus fournissent des informations cruciales sur la prévalence, les caractéristiques cliniques, et les facteurs associés à ces formes de violence.

2. Caractéristiques socio démographiques :

Les résultats de notre étude révèlent un âge moyen de nos victimes de $24,22 \pm 5,49$ ans, avec des extrêmes allant de 16 à 38 ans. Notamment, plus de la moitié des victimes se situent dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans, représentant 61,2% de l'échantillon. Ces résultats sont en corrélation avec une étude similaire menée par FERRER-FERRER Marie et collaborateurs en 2019 (48), qui a également rapporté une concentration de victimes dans la tranche d'âge de 20 à 30 ans (48%).

Comparant nos résultats à une source plus générale, le livre noir de la gynécologie mentionne que la majorité des victimes de violences gynécologiques avaient un âge compris entre 17 et 25 ans, tandis que l'étude de Mariane Labrecque et collaborateurs signale une tranche d'âge de 32 à 40 ans. Ces variations d'âge entre différentes études soulignent l'importance de prendre en

compte les spécificités culturelles, géographiques et sociales qui peuvent influencer la fréquence et la répartition des violences gynécologiques.

La concentration significative de cas dans la tranche d'âge de 20 à 34 ans pourrait être liée à divers facteurs, tels que des pressions socioculturelles, des inégalités de genre, et des barrières d'accès aux soins. Ces résultats soulignent la nécessité d'une sensibilisation et d'une prévention ciblées pour cette population particulière.

3. Etude quantitative des violences entre les femmes.

Les résultats de notre étude mettent en évidence la prévalence alarmante des violences gynéco-obstétriques au sein de la population desservie par le Centre de Santé de Référence de la Commune V. Ces constatations nécessitent une réflexion approfondie sur les causes sous-jacentes et appellent à des actions immédiates pour remédier à cette situation préoccupante.

□ Types de Violences :

La violence verbale est la forme de violence la plus fréquemment rapportée, représentant 46,6% des cas. Cette prévalence élevée de violence verbale souligne le besoin urgent d'une sensibilisation et d'une formation visant à promouvoir un langage respectueux dans le contexte des soins gynéco-obstétriques.

L'épisiotomie est citée comme le type de violence le plus fréquent (34,5%). Cela souligne la nécessité d'examiner de plus près les protocoles de soins et d'assurer une communication transparente avec les femmes enceintes pour garantir un consentement informé et une prise de décision partagée (48).

□ Acteurs des Violences :

Les sage-femmes sont impliquées dans plus de la moitié des cas de violence (53,7%). Cette observation est cruciale pour orienter les programmes de formation continue et les initiatives visant à promouvoir des pratiques respectueuses parmi le personnel soignant.

□ Réactions des Victimes :

Le fait que 94% des victimes soient indifférentes après l'acte de violence soulève des inquiétudes quant à la normalisation de ces comportements. Il est impératif de

sensibiliser les femmes sur leurs droits et de créer un environnement où elles se sentent à l'aise de signaler les abus.

□ Information sur les Procédures Médicales :

La communication insuffisante sur les procédures médicales, en particulier lors des césariennes, est un problème majeur. Seulement 55,6% des femmes ont été informées de la raison et du déroulement des césariennes. Cela souligne la nécessité d'améliorer la communication entre les professionnels de la santé et les patientes, renforçant ainsi l'autonomie et le respect des droits des femmes.

□ Vécu des Procédures Médicales :

La prévalence des expériences négatives liées aux césariennes (63,6%) et au déclenchement artificiel du travail (50%) souligne l'importance d'une approche centrée sur la patiente et du respect du bien-être émotionnel des femmes.

□ Comparaison avec d'autres Études :

Les différences observées par rapport à d'autres études pourraient s'expliquer par les variations dans les niveaux de référence (hôpital vs centre de santé), les périodes d'étude, et les protocoles de soins spécifiques à chaque établissement. Ces différences soulignent l'importance de considérer le contexte local dans l'interprétation des résultats.

4. Etude qualitative des violences gynécologiques et obstétricales

4.1. Perceptions des victimes de violences Verbales :

La fréquence élevée (74,62%) des violences verbales souligne un problème sérieux dans la communication et le traitement des patientes pendant l'accouchement. Ces chiffres suggèrent une nécessité urgente d'améliorer les pratiques de communication au sein des établissements de santé.

□ Stigmatisation et Confidentialité Médicale:

Les cas de stigmatisation, comme celui de Madame A T atteinte du VIH, révèlent des violations flagrantes de la confidentialité médicale. Le non-respect de la confidentialité peut dissuader les femmes de divulguer des informations médicales importantes, compromettant ainsi leur propre santé et celle de leur enfant.

□ Manque de Respect de l'Intimité :

Les témoignages, tels que celui de Madame A S, décrivent un manque de respect de l'intimité des patientes, avec une exposition excessive pendant les examens. Ce manque de respect de la dignité des patientes contribue à un environnement dégradant et peu propice aux soins de qualité.

□ Impact Psychologique Profond:

Les récits détaillent l'impact psychologique profond des violences verbales, laissant les femmes blessées, traumatisées et anxieuses. Ces effets peuvent avoir des répercussions à long terme sur la santé mentale des femmes et leur perception des soins de santé.

□ Intimidation et Jugement:

Les reproches, l'intimidation et le jugement, comme ceux rapportés par plusieurs victimes, contribuent à un environnement hostile et non soutenant. Le processus d'accouchement devrait être entouré de compassion et de soutien, et non de critiques dégradantes.

□ Influence sur la Décision des Soins :

Les témoignages révèlent que les expériences négatives influent sur les décisions futures des femmes en matière de soins de santé. L'abandon de l'idée de planification familiale par une victime illustre comment les mauvaises expériences peuvent décourager l'accès aux services de santé essentiels.

4.2. Perceptions des victimes de Violences physiques

Les violences physiques sont également fréquentes (64,17%), avec des récits décrivant des procédures douloureuses, des gestes brutaux, voire des coups volontaires. Le non-respect du consentement des patientes lors de procédures médicales et le recours à des méthodes coercitives soulignent le besoin d'une approche respectueuse et centrée sur la patiente.

□ Brutalité et Violences Préméditées:

Les témoignages de gestes brutaux, voire violents, démontrent un manque flagrant d'empathie et de compassion de la part des professionnels de la santé. Des gestes prémédités, tels que l'introduction d'un grand tuyau sans consentement ou la révision utérine avec un bras entier, sont inacceptables et doivent être condamnés.

□ Impact Traumatique sur les Patientes :

Les expériences traumatisantes décrites par les patientes, telles que les coups volontaires, les gifles et les interventions douloureuses, mettent en lumière un problème grave qui va au-delà de la simple négligence médicale. Ces événements peuvent laisser des cicatrices émotionnelles profondes et compromettre la confiance des femmes dans les soins de santé.

□ Conséquences à Long Terme pour la Santé Maternelle :

Les expériences négatives pendant l'accouchement peuvent avoir des conséquences à long terme sur la santé maternelle, y compris des retards dans la recherche de soins futurs et des traumatismes psychologiques persistants. Il est crucial de reconnaître ces conséquences et de mettre en place des services de soutien appropriés.

4.3. Perceptions des victimes de violences Matérielles et Financières

Les résultats mettant en évidence les violences matérielles et financières soulèvent des questions cruciales concernant l'accès équitable aux soins de santé et l'éthique dans la prestation des services.

□ Refus de Soins pour des Raisons Financières :

Les cas de refus de soins en raison du manque d'argent sont profondément préoccupants. Le refus de prise en charge médicale en raison de contraintes financières peut mettre en danger la vie des patientes et constitue une violation fondamentale du droit à la santé. Cela souligne l'importance d'assurer des soins accessibles indépendamment de la situation financière.

□ Retenue au Centre pour des Dettes Imaginaires :

Le cas de retenue au centre en raison d'une dette alléguée est inacceptable. La santé des individus ne devrait pas être conditionnée par des préoccupations financières au moment de l'accouchement. Ceci suggère un manque de professionnalisme et de compréhension des priorités critiques liées à la santé maternelle.

□ Consequences Potentiellement Lourdes:

Les conséquences potentielles de ces pratiques, telles que des retards dans la recherche de soins et des risques accrus pour la santé maternelle, soulignent la nécessité d'une intervention immédiate. Les retards dans la prise en charge peuvent avoir des conséquences graves, notamment des complications de santé maternelle et fœtale.

Ces témoignages soulignent également des lacunes dans le système de santé, notamment en ce qui concerne la communication transparente sur les coûts des soins, la gestion des dossiers financiers, et la formation du personnel de santé sur l'éthique et la sensibilité aux questions financières des patients.

Les résultats soulignent la nécessité d'une approche plus holistique de la prestation des soins de santé, prenant en compte non seulement les aspects médicaux, mais également les besoins financiers et émotionnels des patientes. Les services de santé doivent être conçus pour minimiser les obstacles financiers et assurer des soins de qualité pour tous.

4.4. Perceptions des victimes de violences Négligence actives

Les cas de négligence active, tels que celui rapporté par Madame H T, soulèvent des préoccupations majeures quant à la qualité des soins de santé maternelle et à la sécurité des patientes.

□ Gravité des Conséquences de la Négligence :

Le cas mentionné, où une femme a failli perdre son bébé en raison de la négligence des sages-femmes, met en évidence la gravité des conséquences potentielles de la négligence médicale. La vie de la mère et de l'enfant était clairement en danger.

□ Occupation par les Telephones:

L'usage inapproprié des téléphones par le personnel de santé pendant les procédures médicales est une grave négligence. Cela peut compromettre la sécurité des patientes et nuire à la qualité des soins. Il soulève des questions sur la formation, la supervision et les politiques internes du centre de santé.

□ Accouchement Sans Assistance:

Le fait que la patiente ait accouché seule sans assistance médicale jusqu'à ce que le cordon retienne le bébé est alarmant. Cela met en lumière un manque de surveillance, de suivi et d'intervention immédiate de la part du personnel médical, ce qui aurait pu avoir des conséquences dévastatrices.

□ Besoin de Responsabilité et de Plainte :

Le désir initial de porter plainte exprimée par la patiente souligne l'importance de responsabiliser les prestataires de soins de santé. Les patients devraient se sentir en mesure de signaler des cas de négligence sans crainte de représailles. L'existence d'un processus transparent pour déposer des plaintes est essentiel.

□ **Impact Psychologique sur la Patiente :**

Le traumatisme psychologique subi par la patiente est clair dans sa décision de ne plus faire ses suivis avec une sage-femme. Cela met en lumière l'impact à long terme que de telles expériences peuvent avoir sur la confiance des patients dans le système de santé.

CONCLUSION

CONCLUSION

La santé pour tous est l'un des droits fondamentaux de la population. Des stratégies sont mises en place par les autorités politiques et administratives du pays pour rendre la santé plus accessible à la population.

Cependant, certaines pratiques néfastes tel que les maltraitances dans nos structures de santé entachent les efforts de soulagement consentis à cet effet. Dans ce travail, nous nous sommes penchés sur les cas de violences gynécologiques et obstétricales au centre de sante de référence de la Commune V du district de Bamako car elles constituent un frein à la fréquentation de notre centre et aussi aux réputations des prestataires.

RECOMMANDATIONS

▪ **Aux Autorités Politiques et Administratives :**

- ✓ 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

▪ **Aux Ordres Professionnels :**

- ✓ S'impliquer d'avantage a la formation en éthique et déontologie médicale pour plus de compréhension des sanctions en cas de manquement

▪ **Aux responsables du CSRef**

- ✓ 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.

- ✓ Réaménager les salles de travail pour qu'elles répondent aux besoins des femmes, notamment en leur permettant d'avoir leur intimité et d'être accompagnées d'une personne de leur choix pendant le travail ;

▪ **Aux praticiens :**

- ✓ Permettre à toutes les femmes qui le désirent qu'un accompagnant de leur choix reste avec elles pendant le travail et l'accouchement ;
- ✓ Améliorer la communication inter personnelle avec tous les usagers

▪ **A la population :**

- ✓ Communiquer avec les responsables des centres de toutes les maltraitances subies
- ✓ Continuer a respecter les règlements intérieurs des centres de santés

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Maltraitements des personnes handicapées mentales dans la famille, les institutions, la société : prévenir, repérer, agir, livre blanc de l'UNAPEI, juillet 2000.
2. D'après le site du ministère des Affaires sociales et de la Santé www.solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables.
3. 1. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: A mixed-methods systematic review. PLOS Medicine. 2015;12(6):e1001847.
4. Clarke AE, Fishman JR, Fosket JR, Mamo L, Shim JK. Technosciences et nouvelle biomédicalisation : racines occidentales, rhizomes mondiaux. Sciences sociales et santé. 2000;18(2):11-42.
5. Organisation mondiale de la santé (OMS). La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Internet]. Geneve ; OMS ; 2014 [Visité le 16/11/2023]. En ligne : https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/fr/.
6. OMS. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. 2018 [Visité le 16/11/2023]. En ligne : <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>.
7. OMS. Femmes victimes de mauvais traitements lors de l'accouchement [Internet]. 2019 [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>.
8. 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.
9. www.martinwinckler.com: «La maltraitance médicale est (vécue comme) un viol », 25 février 2014.
10. Art. L1111-4 du Code de la santé publique.

11. Lahaye, MH. (2016, 09 mars) Qu'est ce que la violence obstétricale ? (billet de blogue). repéré à <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2016/03/09/quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>.
12. Violences sexuelles, les 40 questions-réponses incontournables, Dunod, 2015, p.38.
13. www.memoiretraumatique.org: «Les mécanismes des psychotraumatismes », Muriel Salmona.
14. Haute autorité de santé. Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales. Recommandation de bonne pratique [en ligne]. Paris : HAS ; 12/2017 [consulté le 16/11/2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2018-01/accouchement_normal_-_recommandations.pdf.
15. Abbara A. Evaluation de la maturation du col utérin selon le score de Bishop [En ligne]. ©2000-2019 [consulté le 16/11/2023]. Disponible : http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/score_bishop.html.
16. 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.
17. Haute autorité de santé. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. Référentiel de pratiques [en ligne]. Paris : HAS ; 06/2013 [consulté le 16/11/2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf.
18. Haute autorité de santé. Dépistage du cancer du sein en France : identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage [en ligne]. Paris : HAS ; 19/05/2014 [consulté le 16/11/2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1741170/fr/depistage-du-cancer-du-sein-en-france-identification-des-femmes-a-haut-risque-et-modalites-de-depistage.
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.tplgfr27s_2?idArticle=LEGIARTI000006680538&cidTexte=LEGITEXT000006072634&dateTexte=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. Code pénal. Article 222-33 [en ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070719&idArticle=LEGIARTI000006417706>.
25. Code pénal. Article 222-22 [en ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006165281&cidTexte=LEGITEXT000006070719&dateTexte=20070306>.
26. Code pénal. Article 222-23 [en ligne]. Disponible : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006417678&cidTexte=LEGITEXT000006070719>.
27. 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.
28. 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.

29. Thébaud F. Du soin et rien d'autre ? Les logiques sociales du grand déménagement. *Spirale*. 2010;54(2):31-7.
30. Carricaburu D. De l'incertitude de la naissance au risque obstétrical : les enjeux d'une définition. *Sociologie et sociétés*. 2007;39(1):123-44.
31. Davis DA. Obstetric racism: the racial politics of pregnancy, labor, and birthing. *Med Anthropol*. 2019;38(7):560-73.
32. Castrillo B. Dime quién lo define y te diré si es violento. *Reflexiones sobre la violencia obstétrica*. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2016;43-68.
33. 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>.
34. Collectif interassociatif autour de la naissance. *Épisiotomie : 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-épisiotomie-Ciane-2013.pdf>.
35. 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.
36. 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>.
37. 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.
38. 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.
39. Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J [en ligne]*. 2006;47(5):730-41.

40. Robohm JS, Bутtenheim M. The gynecological care experience of adult survivors of childhood sexual abuse : a preliminary investigation. *Women Health* [en ligne]. 1996;24(3):59-75.
41. Weitlauf JC, Finney JW, Ruzek JI, Lee TT, Thraikill A, Jones S, Frayne SM. Distress and Pain During Pelvic Examinations : Effect of Sexual Violence. *Obstetrics & Gynecology* [en ligne]. 2008;112(6):1343-50.
42. Hilden M, Sidenius K, Langhoff-Roos J, Wijma B, Schei B. Women's experiences of the gynecologic examination : factors associated with discomfort. *Acta Obstet Gynecol Scand* [en ligne]. 2003;82:1030-6.
43. Barbro W, Mats G, Berndt K. Attitudes towards pelvic examination in a random sample of Swedish women. *Acta Obstet Gynecol Scand* [en ligne]. 1998;77:422-28.
44. Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care ? A grounded theory of female patients' stories. *Int J Nurs Stud*. 2018;50(3):404-12.
45. Département de médecine générale de Clermont-Ferrand. Les conséquences des violences sur la santé multiples et durables [en ligne]. ©2018-2019 [consulté le 17/11/2023]. Disponible : <http://declicviolence.fr/pourquoi-b2.html>.
46. Thomas JL. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé physique : revue de la littérature. *Rev Fr Dommage Corp* [en ligne] 2015/3 [consulté le 17/11/2023]; 253:69. Disponible : <http://www.stopauxviolencessexuelles.com/wp-content/uploads/2013/10/Thomas-JLT-2015-Revue-du-dommage-corporel-Revue-lit-somatisationdroitdiffusion.pdf>.
47. Haute autorité de santé. Etat des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus [en ligne]. Paris : HAS ; 25/12/2010 [consulté le 17/11/2023]. Disponible : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-11/questions_reponses_depistage_cancer_col.pdf.
48. Marie Ferrer-Ferrer. Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille. *Gynécologie et obstétrique*. 2019. [doi:10.1016/j.duma.2019.02.001](https://doi.org/10.1016/j.duma.2019.02.001).

ANNEXES

ANNEXES

Questionnaires N°....

Date Heure

Agents de santé examinateurs et identité des personnes présentes

1 .2-4 supérieur ou égale à 5

VICTIME

Nom et Prénomâge..... Lieu :

Salle de CPN..Salle de travail... salle d'accouchement...

Bloc opératoire..salle de réveil. Suite de couche

Salle de planning familial Autres unité à préciser.....

AdresseTél.....

Gestité.....parité.....nombre d'enfant vivant.....nombre de mort-

né....Nombre d'enfantdécédé....Avortement.....Profession.....

Antécédents médicales..... Antécédents chirurgicales.....

Statut matrimonial :

Mariée .. célibataire divorcée veuve

Suivi de la grossesse

Infirmière obstétricienne sage-femme

Médecin généraliste Gynécologue obstétricien Autre à préciser

➤ Mode d'accouchement : Voie basse (nombre ...

Césarienne (nombre :?....)

Mode de déclenchement du travail : spontané déclenchement artificiel

Césarienne programmée autres à préciser.....

RAPPEL DES FAITS (témoignages)

Date Heure lieu (unité).....

Types de violences :

Verbales : oui/non ... physique : oui/non... psychologique : oui/non

Actes de violences : épisiotomie la position d'accouchement imposée la

césarienne expression sur le fond utérin.... délivrance artificielle

révision utérine la sonde endo-vaginale de l'échographie

Ventouse forceps l'accouchement sous cytotec déclenchement

artificielle du travail ocytocine et hémorragie du post-partum Autres à

préciser.....

Propos rapportés par la victime ...

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

L'auteur de la violence

Sexe..... Age : < 20ans 20-40 ans > 40ans

Qualification : stagiaire infirmière obstétricienne infirmière obstétricienne
sage-femme stagiaire sage-femme

Médecin généraliste Gynécologue obstétricien Autre a précisé

Réactions de la victime après la violence

Indifférente Réplique violente Médisance Autres à précisé

Procédures Judiciaires

Plaintes devant l'autorité judiciaire oui/non -règlement à l'amiable oui/non

Autres natures

La réaction de l'auteur de la violence après la réaction de la victime

1-Signe de Regret oui/non 2- à présenter les excuses oui/non

3-autres.....

Pour cette grossesse :

➤ Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ? Oui/Non

Si oui, vous ont-ils aidé lors de l'accouchement ? Oui /Non

Quel vécu gardez-vous de cet accouchement ? Oui/Non

Très mal vécu	Plutôt mal vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	-----------------	-----------	----------------

Avez-vous accouché par césarienne ? Oui /Non

Si oui :

Aviez-vous été informée de sa raison oui/non

Aviez-vous été informée de son déroulement ? Oui/ Non

Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui/ Non

A-t-elle été réalisée en urgence ? Oui/ Non ou programmée oui/non

Quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Votre travail a-t-il été déclenché artificiellement ? Oui/ Non

Si oui :

Aviez-vous été informée de la raison? Oui /Non

Aviez-vous été informée de son déroulement ? Oui/ Non

Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui /Non

A-t-elle été réalisée en urgence ? Oui /Non ou programmée oui/non

Quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Avez-vous eu une épisiotomie ? oui/non Entourez : Oui/Non

Si oui :

Aviez-vous été informée de sa raison ? Oui /Non

Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui/ Non

Quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Votre accouchement a-t-elle nécessité une révision utérine ? Oui/ Non

Aviez-vous été informée de sa raison Oui /Non

Aviez-vous été informée de son déroulement ? Oui/ Non

Etiez-vous d'accord pour sa réalisation ? Oui /Non

Quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Pour le toucher(s) vaginal

Quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

➤ Votre accord va-t-il été demandé avant l'examen vaginal ? Oui Non

Avez-vous eu, au moment de la suture, un toucher rectal ? Oui Non

➤ Si oui, quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Avez-vous eu l'impression que votre pudeur a été respectée ? Oui/ Non

Si non, quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Avez-vous accouché dans quelle position

Position couchée sur le dos position debout... position genou ctoral

Cette position vous a-t-elle été imposée où votre choix

Dans tous les cas, quel a été votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Avez-vous eu une surveillance tout au long du travail ? Oui Non

Si oui, quel a été votre vécu ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Aviez-vous interdiction de bouger, boire ou manger durant le travail? Oui/ Non

Si oui, quel en est votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Pensez-vous que votre douleur ait été correctement reconnue ? Oui Non

A-t-on apporté une réponse à votre douleur ? Oui/Non

Quel est votre ressenti face à la prise en charge apportée ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Avez-vous été autorisée à avoir un accompagnant tout au long de votre travail oui/non; de l'accouchement oui/non et des suites de couche Oui/Non
Si non, quel est votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Vous –vous êtes sentie soutenue par l'équipe médicale ? Oui/Non
Si non, quel en est votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Vous –vous êtes sentie discriminée ? Oui/Non
Si oui, quel est votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

Avez-vous eu l'impression d'avoir été l'objet d'une parole, d'un discours irrespectueux ? Oui /Non
Si oui, quel en est votre ressenti ?

Très mal vécu	Mal vécu	Plutôt mal vécu	Plutôt bien vécu	Bien vécu	Très bien vécu
---------------	----------	-----------------	------------------	-----------	----------------

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : DIAKITE

Prénom : NABY IBRAHIM MAKAN

Nationalité : Malienne

Email : nabyimd@gmail.com

Tel : 75908572/99886262

Titre de la thèse : Les Violences Gynécologiques et Obstétricales Au Centre De
Sante De Reference De La Commune V Du District De Bamako

Année Académique 2022 – 2023

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS de Bamako

RESUME :

Les violences gynéco-obstétriques représentent une problématique majeure touchant la santé des femmes à l'échelle mondiale. Ces formes de violence, commises dans le contexte des soins gynécologiques et obstétricaux, sont une manifestation alarmante de la discrimination basée sur le genre et une violation des droits fondamentaux des femmes.

Nous avons effectué une étude quantitative et qualitative avec collecte prospective des données et à visée analytique qui s'est déroulée dans le centre de santé de référence de la commune V du District Bamako (Mali).

La prévalence de violence gynécologique-obstétrique était de

La tranche d'âge 20 et 34 ans était la plus représenté 61,2% avec une moyenne de $24,22 \pm 5,49$ ans, les pauci pares étaient les plus représenté 43,3% ,86% des victimes ont accouchées par voie basse, la grossesse était suivie dans 83,6% par les sages-femmes, les violences verbales et physiques étaient les forme les plus représenté 74,62% et 64,17%, l'épisiotomie et la position d'accouchement imposée étaient l'actes les plus cité par nos victime avec respectivement 34% et 25,37%, les sages-femmes ont été citée comme auteur de violence dans 53,7% , dans 94% les victimes sont reste indifférentes après l'acte de violence.

Mots-Clés : Violence gynécologique-obstétricales – Victime – Centre de Santé de Reference de Commune V du district de Bamako.

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 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 des 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 mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue 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 !