

Ministère de l'Enseignement Supérieur
Et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2025-2026

N°.....

THEME :

**VECU DES PARTURIENTES ET
ACCOUCHEES RECENTES VICTIMES DE
VIOLENCE OBSTETRICALE DANS LE
SERVICE DE GYNECOLOGIE
OBSTETRIQUE DE L'HOPITAL FOUSSEYNI
DAOU DE KAYES**

Présentée et soutenue publiquement le _/_/2026 devant la

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Par : **M. BERTE IBRAHIMA**

Pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

(Diplôme d'Etat)

Président : M. Ibrahim Ousmane KANTE, Maitre de conférences agrégé

Membres : M. Housseini DOLO, Maitre de conférences agrégé

M. Mahamadou DIASSANA, Gynécologue obstétricien

Directeur : M. Amadou BOCOUM, Maitre de conférences agrégé

DEDICACES

A mon père Feu BERTE Yacouba

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. Qu'Allah, dans Son infinie miséricorde, t'accueille dans Son vaste paradis.

A ma Mère : BAMBA Mariam

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 ma Mère : BALLO Afou

Merci pour ton affection, ton soutien, tes conseils et tes prières qui m'ont accompagné tout au long de ce parcours.

Que ce travail soit le témoignage de ma profonde gratitude et de mon immense respect.

Qu'Allah te bénisse, te protège, t'accorde une longue vie, une excellente santé et te récompense abondamment. **Amen !**

REMERCIEMENTS

Je remercie tout particulièrement,

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 mes frères et sœurs : BERTE Salif, BERTE Chaka, BERTE Mohamed, BERTE Drissa, BERTE Arouna, BERTE Seydou, BERTE Moumine, BERTE Alassane, BERTE Oumar, BERTE Naminata, BERTE Adiaratou, BERTE Awa et BERTE Aichata.

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 souhaitée de nos parents.

Aux gynécologues-obstétriciens de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, en particulier aux Dr DIASSANA Mahamadou, Dr DEMBELE Sitapha et Dr MACALOU Ballan.

Vous m'avez accueilli au-delà de mon statut d'étudiant, avec bienveillance, respect et humanité. Vous avez pris grand soin de ma formation professionnelle et personnelle, et vos conseils sereins ont guidé mon parcours tout au long de mon séjour au sein du service.

A Dr DIASSANA Alima SIDIBE Gynécologue obstétricienne au CSRéf de Kayes

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

A toutes les sage-femmes et infirmières obstétricienne de l'HFDK pour l'accueil chaleureux, la disponibilité et le professionnalisme dont elles ont fait preuve tout au long de la réalisation de ce travail.

A mes aînés et anciens internes de gyneco-obstetrique Dr Alpha Oumar, Dr ROBERT, Dr DIAKITE, Dr DIAH et Dr TRAORE Ramata, merci pour votre accueil chaleureux et vos conseils à mon égard.

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

A tous les techniciens de surface, pour leur travail essentiel, leur dévouement et leur contribution déterminante au maintien d'un environnement de soins propre, sûr et fonctionnel.

A tous les IBODES plus particulièrement à ceux du bloc gyneco-obstetrique de l'HFDK, pour leur professionnalisme et leur dévouement, qui ont grandement contribué au bon déroulement des activités chirurgicales et au bien-être des patientes.

A mes collègues thésards de l'HFDK, KOUMA Boubacar, WALET Feitima, DIAKITE Daouda, BARRY Abdoulaye merci pour votre collaboration, pour la convivialité et bonne chance à tous. Puissions-nous rester solidaires quel que soient les difficultés de la vie, que le Tout-Puissant nous accorde la grâce d'être des exemples dans notre métier.

A mes stagiaires plus particulièrement ceux de mon équipe de garde (TRAORE Mariam, SAMASSA Aichata, SAMAKE Nema, CAMARA Aboubacar , TRAORE Sanaba, DIACKO Fatoumata, GUIRO Fatoumata, KAMBO Fainké , FOFANA , Celine , SY Aichata , N'DIAYE Fatoumata, COULIBALY Sadio, SAMAKE Sitan, SANGARE Mody , ADJAVIAKOYE Mariam , KAMISSOKO Mariam , TOURE Ramatoulaye, SISSOKO Rokia

, Fatoumata , CISSE Kadia, SOUMARE Kadia , Kony Dite Maman DIARRA, merci pour votre collaboration, votre dynamisme dans la bonne marche des gardes.

A mes amis Dr Coulibaly Fousseny, Dr Coulibaly N'do Mohamed, Dr Kouma Mamady, DOUGNON Moussa, Coulibaly Sékou, Dr Zebret Mariam, DR SAMAKE Youssouf, SIMPARA Mahamadou, COULIBALY Mohamadou, SIDIBE Adama, KONE Zou, DIAKITE Mohamed, COULIBALY Assan et Khadija Diakité.

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

A mon ami et frère Kamagaté Bassory depuis Abidjan

En témoignage d'une amitié sincère, fidèle et durable. Merci pour ton soutien constant, ta présence dans les moments difficiles et les valeurs de fraternité que nous partageons depuis l'enfance.

Que cette œuvre soit le reflet de notre parcours, de la persévérance et de l'espoir qui nous ont toujours unis.

Aux médecins anesthésistes-réanimateurs : Docteur GOÏTA Lassina et Docteur SOUMBOUNOU Goundo

Par votre enseignement, votre disponibilité et votre bienveillance, vous avez facilité mon intégration et enrichi mon apprentissage clinique. Je vous exprime ma profonde reconnaissance.

A mes maitres du service de médecine et spécialité médicale, de chirurgie et spécialité chirurgicale avec lesquels la collaboration s'est déroulée dans un climat serein et constructif. Grâce à ces collaborations, j'ai acquis une expérience clinique significative, pour laquelle je leur suis profondément reconnaissant.

Aux infirmiers assistants anesthésistes des Bloc opératoires : Major Yacouba SISSOKO, Gueladio TRAORÉ, Adama SISSOKO, Mahamadou DIALLO, Adama DEMBÉLÉ, Tidiane HAIDARA, Issiaka Mory TRAORE, pour le

temps partagé, leur disponibilité et les échanges enrichissants tout au long de notre collaboration.

À mes amis de la P15, ainsi qu'à tous ceux qui ont partagé ce parcours avec moi, votre soutien, votre amitié et les moments de partage ont rendu cette expérience plus riche et plus agréable.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Ibrahim Ousmane KANTE

- Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU du Point G
- Spécialiste en infertilité
- DU PMA à l'université Paris VI
- DU Hormonologie à l'université paris V
- DU en Echographie d'infertilité à l'université Paris V
- DU Andrologie à l'université Paris V
- Master en PMA, Endoscopie échographie gynécologie en Inde
- Master en Pédagogie à l'institut Africain de formation en pédagogie, recherche et évaluation en science de la santé (IAFBRESS)
- Secrétaire général du Groupe interafricain d'étude, de recherche et d'application sur la fertilité (GIERAF).

Cher maître,

Nous vous adressons nos sincères remerciements pour l'honneur que vous nous faites en présidant ce jury. Votre disponibilité, votre rigueur scientifique et votre engagement envers la formation des jeunes médecins sont pour nous une source d'inspiration. Nous vous exprimons notre profonde reconnaissance et vous souhaitons une longue vie couronnée de succès.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Professeur Housseini DOLO

- MD, MSc, Ph. D en Santé Publique, Contrôle de la maladie, Épidémiologie, Sciences Médicales Epidémiologie
- Maître de conférences agrégé en Épidémiologie à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie
- Directeur du Laboratoire de Santé Publique de la FMOS
- Chercheur à l'Unité de Recherche et de Formation sur les Maladies Tropicales Négligées (URF-MTN)

Cher Maître,

Nous vous exprimons notre profonde gratitude pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger au sein de ce jury, malgré vos nombreuses responsabilités. Votre présence et votre expertise constituent pour nous un précieux témoignage d'intérêt pour ce travail. Nous vous adressons nos vœux les plus sincères de santé, de longévité et de plein succès dans la poursuite de votre brillante carrière.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mahamadou DIASSANA

- Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique ;
- Praticien hospitalier à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes ;
- Chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes
- Chargé de cours d'obstétrique de l'INFSS annexe de Kayes ;
- Président de l'antenne régionale de Kayes de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SOMAGO).
- Chef de la filière sage-femme à l'INFSS annexe de Kayes
- Chargé de recherche.

Cher Maître,

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant d'être membre de ce jury. Homme de principe, d'humanisme, votre disponibilité, votre simplicité et votre abord facile sont autant de qualité que vous incarnez. Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre. Permettez-nous de vous exprimer, le témoignage de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR

Professeur Amadou BOCOUM

- Maître de Conférences Agrégé en Gynécologie Obstétrique,
- Praticien hospitalier au service de Gynécologie Obstétrique du CHU Gabriel Touré,
- Titulaire d'un D.I.U d'échographie en Gynécologie Obstétrique en France,
- Titulaire d'un diplôme universitaire en cœlioscopie en Gynécologie en France,
- Titulaire d'un diplôme de formation médicale spécialisée approfondie en Gynécologie Obstétrique à l'Université de Paris Descartes,
- Secrétaire Général adjoint de la Société Malienne de Gynécologie Obstétrique (SO.MA.GO)
- Secrétaire Général adjoint de la Société Africaine de la Gynécologie Obstétrique (S. A.G.O).

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.

LISTE DES ABREVIATIONS

% : Pourcentage

C.A.O. R. F : Centre d'Appareillage Orthopédique et de Rééducation Fonctionnelle.

CIANE : Collectif Inter-Associatif Autour de la Naissance

CSRéf : Centre de Santé Référence

CUD : Contraction Utérine Douloureuse

Cv : Commune v

HAS : Haute Autorité de Santé

HFDK : Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

HRP : Hématome Retro placentaire

HTA : Hypertension Artérielle

LOSA : Lésions Obstétricales du Sphincter Anal

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Oto-Rhino-Laryngologie

PF : Planning Familial

PP : Placenta prævia

ReHuNa : Réseau pour Humanisation du travail et de Naissance (ReHuNa).

RELACAHUPAN : Réseau Latino-Américain et Caribéen Pour l'Humanisation de l'Accouchement

SAA : Soins Après Avortement

SFA : Souffrance Fœtale Aigue

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TV : Toucher Vaginal (ou touchers vaginaux)

USAID : United States Agency for International Développements

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VIP : Very Important Person

WHO: World Health Organization

WRA: White Ribbon Alliance

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Fréquence des parturientes victimes de violence obstétricale.....	23
Figure 2: Répartition des parturientes et accouchées selon le mode d'admission	26
Figure 3: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon la forme de violence obstétricale	28
Figure 4: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon le type de violence verbale.....	29
Figure 5: Répartition selon le type de violence par retard des soignants aux appels et aux sollicitations des parturientes et accouchées récentes	30
Figure 6: Répartition des victimes de violence obstétricale selon la qualité de l'accueil par le personnel de santé.....	31
Figure 7: Répartition des victimes de violence obstétricale selon l'identification du personnel lors de l'accueil.....	32
Figure 8: Répartition des parturientes et accouchées récentes selon le souhait de la présence d'une accompagnante dans la salle d'accouchement.....	33
Figure 9: Autorisation accordée par le personnel de la présence d'une accompagnante auprès de la parturiente.	34

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des victimes selon leurs caractéristiques socio-démographiques.....	24
Tableau II: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon la Gestité.....	25
Tableau III: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon la parité.....	25
Tableau IV: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon le motif d'admission.....	27
Tableau V: Répartition selon le type de violence physique	29
Tableau VI: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon le type de violence par discrimination.	30
Tableau VII: Répartition des sentiments ressentis par les parturientes et des accouchées récentes victimes de violence obstétricale	31
Tableau VIII: Répartition des victimes selon l'heure de survenue de la violence obstétricale.....	33
Tableau IX: Répartition des victimes selon le moment de survenue de la violence obstétricale.....	34
Tableau X: Répartition des victimes de violence obstétricale selon la qualification de l'auteur de la violence.....	35

TABLE DES MATRIERES

I. INTRODUCTION	1
OBJECTIFS.....	3
Objectif Général	3
Objectifs spécifiques	3
II. GENERALITES	4
2.1. Concept de la violence obstétricale.....	4
2.2. Différentes formes de violence obstétricale.....	6
2.3. Quels facteurs et conditions favorisent les violences obstétricales ?.....	9
2.4. Exemples de Comportements Constituant de la Violence Obstétricale » ...	10
2.5. Quels sont les principes des soins maternels respectueux ?	11
2.6. Impacts d'une expérience négative d'accouchement.....	12
2.7. Définition de quelques terminologies.	16
III.METHODOLOGIE	19
3.1. Cadre et lieu d'étude.....	19
3.2. Type et Période d'étude.....	21
3.3. Population d'étude.....	21
3.4. Critères d'inclusion	22
3.5. Critères de non inclusion.....	22
3.6. Collecte des données	22
3.7. Traitement des données	22
3.8. Considérations d'éthique.....	22
IV.RESULTATS	23
4.1. Fréquence	23
4.2. Caractéristiques socio-démographiques.....	24
4.3.Caractéristique obstetricale et clinique	25
4.4. Données sur les violences obstétricales	28

4.5. Caractéristiques de la prise en charge et de l'accueil des victimes de violences obstétricales	31
4.6. Présence d'une accompagnante en salle d'accouchement	33
4.7. Caractéristiques des auteurs des violences obstétricales.....	35
V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION	36
5.1. Approche méthodologique	36
5.2. Fréquence globale.....	36
5.3. Aspects sociodémographiques	36
5.4. Aspects obstétricaux et cliniques	37
5.5. Données sur les violences obstétricales	38
VI. CONCLUSION	40
VII.RECOMMANDATIONS	41
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	42
IX. ANNEXES	49

1.INTRODUCTION

Les violences obstétricales sont des actes de maltraitance ou d'abus perpétrés à l'encontre des personnes enceintes pendant le processus de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum [1].

Dans la littérature scientifique sur le sujet, la violence obstétricale semble fortement corrélée à un manque de communication entre le personnel de santé et les femmes enceintes. Elle paraît davantage liée à un comportement autoritaire et paternaliste qu'à de réels problèmes médicaux. L'implication active des femmes dans la prise de décision concernant l'accouchement et les soins post-partum semble réduire l'incidence de la violence obstétricale. Les femmes enceintes qui sont plus impliquées semblent faire davantage confiance aux professionnels de santé et sont donc moins susceptibles de signaler un comportement irrespectueux et abusif [2].

La violence est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme étant « l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, des problèmes de développement ou un décès » [3].

L'accouchement devrait être un moment sacré et intime, où la personne qui accouche est soutenue, respectée et écoutée. Malheureusement, dans de nombreux cas, l'expérience de l'accouchement est marquée par des comportements abusifs, humiliants et violents [1].

Il est essentiel de reconnaître que chaque personne a le droit d'accoucher dans la dignité et le respect de ses choix et de son corps. Personne ne devrait jamais être victime de maltraitance lors de ce moment vulnérable et crucial de la vie [1].

Selon les dernières études, en 2025, une étude nationale a révélé que 25,8 % des femmes ayant accouché ont rapporté avoir subi de la violence obstétricale en France. Cette violence est perçue comme des comportements irrespectueux de la part des professionnels de santé durant l'accouchement ou le séjour postnatal [4].

Au Burkina, une étude menée auprès de 450 femmes dans trois établissements publics de la ville de Ouagadougou résulte que, la prévalence globale des violences rapportées était de 38,9%. Les violences verbales (cris, injures, expressions péjoratives) représentaient 36 % et les violences physiques (gifles, tapes, pincements, sutures sans anesthésie) étaient de 19,3%. Selon les femmes, les violences seraient liées dans 61,1% à l'inadéquation entre la charge du travail et l'effectif des praticiens, dans 14,6% au fait que les praticiens sont mal formés sur la relation soignant /soigné [5].

Selon Yannick J et Jean P.O dans les centres de santé publique d'Afrique de l'Ouest les malades sont trop souvent mal reçus, mal traités, mal soignés par les personnels de santé. En effet, la qualité de la prise en charge dans les maternités est citée comme une préoccupation par les autorités sanitaires de tous les pays à l'échelle mondiale [6].

Au Mali, une étude menée au CSREF de la CV de mars à août 2023 a démontré que, sur 4927 patientes 67 ont été victime de violence obstétricale soit une fréquence de 0,76 %, dont le non-respect des bonnes pratiques soignant était majoritaire à 76% suivi des manquements dans les relations soignantes soignés 46%, ainsi que la violence verbale 10% et enfin les coups et blessures volontaires soit une fréquence 7% [7].

Aux regards de ces données sus mentionnées, nous avons envisagé cette étude portant sur les Violences Obstétricales dans le service de Gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes. Elle entre dans le cadre de l'évaluation des situations ou pratiques jugées violentes au cours de la grossesse ou dans le post-partum à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

OBJECTIFS

Objectif Général

Étudier le vécu des parturientes et accouchées récentes victimes de violence obstétricale dans le service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Objectifs spécifiques

- ✓ Déterminer la fréquence des violences obstétricales dans le service
- ✓ Identifier les types de violences obstétricales.
- ✓ Identifier les facteurs favorisant ces violences.
- ✓ Préciser le ressenti et les conséquences pour les parturientes et accouchées récentes.

II. GENERALITES

2.1. Concept de la violence obstétricale

Le concept de la violence obstétricale trouve ses origines dans des documents qui remontent au 19ème siècle, principalement une publication qui est apparu dans la revue scientifique médicale « The Lancet » le 27 septembre 1827, intitulée « conférences sur la théorie et la pratique de la profession sage-femme » [8].

Cependant, la reconnaissance officielle de ce concept est relativement récente et s'est principalement développée en Amérique latine, sous l'impulsion mouvement militants en faveur de l'humanisation de l'accouchement. Le Brésil a été l'un des pionniers dans la mise en lumière de cette problématique avec la création, en 1993, du réseau pour humanisation du travail et de naissance (ReHuNa).

Par la suite, en 2000, le Réseau latino-américain et caribéen pour l'humanisation de l'accouchement (RELACAHUPAN) a été créé, regroupant des militants, des chercheurs et des professionnels de santé engagés dans la promotion d'un accouchement respectueux et centré sur la femme [9].

En 2007, le Venezuela est devenu le premier pays à reconnaître juridiquement la violence obstétricale en l'intégrant dans sa législation relative aux violences faites aux femmes. Cette reconnaissance légale a ensuite inspiré d'autres pays de la région, notamment le Mexique entre 2007 et 2014 et l'Argentine en 2009, qui ont également adopté des dispositions législatives définissant et sanctionnant la violence obstétricale [10]. À l'instar de ces pays latins, l'impulsion internationale s'est activée à grande échelle dans les cinq continents du monde. À cet effet, des mouvements revendiquant le respect dans les soins de maternité soutenus par des prestataires de soins, des responsables de mise en œuvre des programmes en santé maternelle, d'institutions internationales et de défenseurs des droits humains ont attiré l'attention de différents acteurs-clés au niveau international sur le phénomène de manque de respect et de mauvais traitements qui entourent l'accouchement. Cette mobilité internationale a permis de réfléchir aux contextes

dans lesquels se déroulent les pratiques obstétricales, en vue d'éliminer certaines interventions et les violations dénoncées par les parturientes et les familles. Toutefois, les efforts des antagonistes de mauvais traitements autour de la grossesse et de l'accouchement à travers le monde n'avaient pas de package intégrateur et manquaient de coordination. Raison pour laquelle, en 2010, l'organisation américaine 26 United States Agency for International Développement (USAID) s'est focalisée sur le défaut de coordination des différentes actions qui s'opposent à la violence obstétricale (Comme il a été mentionné dans la note d'orientation « Dévoiler le manque de respect et les mauvais traitements autour de l'accouchement et la naissance », élaborer en 2015 par Mary Beth Hastings, la consultante du « White Ribbon Alliance »). Dans ce sens, pour combler le manque de connaissances relatif à cette polémique, l'organisation a financé, d'un flanc, l'Alliance du Ruban Blanc (White Ribbon Alliance - WRA) dans la création d'un groupe de travail de chercheurs, de praticiens, de défenseurs des droits de la personne, et de leaders en santé maternelle, d'autre flanc, la publication d'un état de lieu sur le manque de respect et les mauvais traitements subis par les femmes lors de l'accouchement dans les établissements de soins, réalisé par Diane Bowser et Kathleen Hill[11]. Dans leur rapport qui a recensé des données probantes sur les maltraitances en provenance de 18 pays, Bowser et Hill ont mis en avant des facteurs qui engendrent le manque de respect et les mauvais traitements à l'encontre des parturientes. Ils ont aussi cristallisé le lien entre cette question et les troubles de confiance dans la relation soignante soigné qui règnent entre les femmes et les prestataires de soins, susceptibles de dissuader strictement le recours aux soins périnataux dans les structures d'accouchement. Ce rapport a révélé l'existence de données crédibles concernant la problématique cruciale de la violence obstétricale. Consécutivement à ce rapport, le corpus relatif au phénomène de la violence obstétricale s'est enrichi par diverses études académiques et scientifiques. Actuellement, il est en vogue à un niveau planétaire. Il tend également vers une reconnaissance internationale vu l'intérêt humain qu'il

suscite. Dans le contexte marocain, les violences obstétricales - subies par les femmes en période périnatale - ont commencé à être largement discutées dans l'espace public, reflétant ainsi indirectement la réalité de ce phénomène sur notre territoire. Néanmoins, peu d'attention est portée à cette forme de violence, qui reste peu ou prou étudiée en recherche scientifique. Ceci étaye la nécessité d'identifier ce phénomène par des données issues du domaine de l'exercice professionnel des prestataires de soins, et de réunir autant de témoignages des femmes que de personnel soignant pour le rendre tangible. Cette identification est impérative dans le désir de chercher des pistes aboutissant au changement de cette situation sanglante, et ces pratiques outrées, portant atteinte aux droits humains de la femme enceinte et l'accouchée[12]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) , en 2014 les rapports publiés sur le manque de respect et les mauvais traitements subis par les femmes lors de l'accouchements en établissement de soins font état d'agressions physiques, d'humiliations graves, d'agressions verbales, de procédures médicales imposées de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention d'un consentement (incluant la stérilisation), de manque de confidentialité, d'absence de consentement pleinement éclairé, de refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, de violations flagrantes de leur intimité, de refus d'admission dans les établissements de santé, de négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention des femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère est incapable d'acquitter les frais exigés»[12].

2.2. Différentes formes de violence obstétricale

Plusieurs rapports élaborés par des organisations gouvernementales et non gouvernementales internationales ont permis de dresser un état des lieux des violences et des mauvais traitements subis par les femmes au cours de la grossesse, du travail et de l'accouchement. Ces rapports ont synthétisé les données empiriques issues de nombreux pays et ont mis en évidence les différentes formes

que peut prendre la violence obstétricale, allant des manifestations les plus discrètes aux plus graves, et des formes implicites aux formes explicites.

L'analyse de la littérature scientifique publiée dans des revues francophones et anglo-saxonnes révèle l'existence de plusieurs classifications présentant des points communs.

Ainsi, le rapport réalisé par **Bowser et Hill**, intitulé *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth*, a identifié sept catégories principales de mauvais traitements en milieu obstétrical [11] :

1. La maltraitance physique ;
2. Les soins réalisés sans consentement éclairé ;
3. Les atteintes à la confidentialité et à l'intimité de la femme ;
4. Les atteintes à la dignité de la parturiente ;
5. La discrimination liée notamment au statut socio-économique ou à l'incapacité de payer les soins ;
6. La négligence ou l'abandon de la part des prestataires de soins ;
7. La détention des femmes dans les structures de santé en raison du non-paiement des frais médicaux.

Dans la même perspective, **Bohren et ses collaborateurs**, dans une revue systématique publiée en 2015, ont proposé une autre classification des mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement dans les établissements de santé. Cette taxonomie distingue également sept catégories principales [19] :

1. Les abus physiques ;
2. Les abus sexuels ;
3. Les abus verbaux ;
4. La stigmatisation et la discrimination ;
5. Le non-respect des normes professionnelles et des obligations de soins ;
6. Les mauvaises relations entre les prestataires de soins et les parturientes ;
7. Les contraintes liées au fonctionnement du système de santé.

Ces classifications sont largement adoptées par des organisations internationales telles que l’OMS et la White Ribbon Alliance [20].

De son côté, le **Haut Conseil à l’Égalité entre les femmes et les hommes (HCE)** en France identifie plusieurs formes de violences dans le cadre gynéco-obstétrical, notamment [21] :

- a. La non-prise en compte de la gêne de la patiente liée au caractère intime de la consultation ;
- b. Les propos culpabilisants ou sexistes concernant la sexualité, le poids, l’apparence ou le désir d’enfant ;
- c. Les insultes ou injures sexistes ;
- d. Les actes médicaux réalisés sans consentement ou sans respecter le choix de la patiente ;
- e. Les actes ou refus d’actes non justifiés médicalement ;
- f. Les violences sexuelles, incluant le harcèlement, les agressions sexuelles et le viol.

En se fondant sur l’ensemble de ces classifications, les différentes formes de violences obstétricales peuvent être regroupées selon plusieurs dimensions :

Dimension comportementale et relationnelle

Elle comprend les agressions physiques, les abus verbaux, les humiliations, les atteintes à la dignité ainsi que les négligences dans la prise en charge des parturientes.

a. Dimension obstétricale et sexiste

Elle regroupe les pratiques discriminatoires ou sexistes, les violations de l’intimité, le manque de confidentialité, les abus sexuels ainsi que la stigmatisation des femmes.

b. Dimension structurelle et socioculturelle

Elle concerne les déséquilibres dans la relation entre les prestataires de soins et les patientes, l’imposition de procédures médicales sans consentement éclairé et les pratiques coercitives.

c. Dimension institutionnelle et réglementaire

Elle inclut les défaillances du système de santé, telles que le refus d'admission dans les structures de soins, les conditions d'accueil inadéquates ou la détention des femmes incapables d'acquitter les frais de soins.

2.3. Quels facteurs et conditions favorisent les violences obstétricales ?

Les violences obstétricales sont favorisées par les facteurs et conditions suivants :

a. Normes sociales et culturelles existantes

Il s'agit souvent d'encourager la discrimination fondée sur le genre, ainsi que sur l'âge, l'origine ethnique, la religion, le statut socio-économique, l'origine nationale et sociale et l'état de santé [22]. Celles-ci stigmatisent la sexualité des jeunes femmes et des adolescentes et normalisent la violence à l'égard des femmes et des filles [23]. Elles incluent également des lois et des politiques discriminatoires, comme celles qui criminalisent l'avortement ou exigent l'intervention d'un tiers avant que les femmes et les filles puissent accéder à des services de santé génésique [24] et sont utilisées pour justifier les violences verbales et la discrimination à l'égard des femmes qui recourent à ces services [25].

b. Normes sociales existantes

Ces normes institutionnalisent les déséquilibres de pouvoir entre le personnel de santé et les patients [26]. Normalisation des comportements et des pratiques des professionnels de santé et d'autres membres du personnel hospitalier qui constituent des violences obstétricales [27]. Systèmes de santé insuffisamment dotés, y compris nombre insuffisant de personnels de santé ; installations hospitalières inadéquates, notamment nombre de lits, espaces dans les services, blocs opératoires et équipements médicaux ; disponibilité et accessibilité insuffisantes des médicaments, y compris pour la prise en charge de la douleur [28].

c. Formation insuffisante du personnel de santé

L'absence de cette information peut avoir un impact sur la prestation de soins respectueux, y compris développement inadéquat de compétences nécessaires comme la communication interpersonnelle et le conseil [27].

d. Manque de mécanismes de responsabilisation et de supervision

Cela traduit une exacerbation par l'absence de canaux de signalement efficaces ou de conséquences pour le personnel de santé [28].

e. Insuffisance de Sensibilisation et éducation des patientes sur leurs droits

Cette sensibilisation comprend également le droit à un consentement éclairé et à un traitement respectueux, sa limitation empêche les patientes de se défendre elles-mêmes et augmente ainsi leur vulnérabilité face aux pratiques abusives [29].

2.4. Exemples de Comportements Constituant de la Violence Obstétricale »

Plusieurs attitudes et pratiques observées dans les structures de soins peuvent être considérées comme des formes de violences obstétricales.

- Manque de Consentement : Pratiques médicales effectuées sans le consentement éclairé de la patiente, comme des touchers vaginaux non consentis.
- Commentaires Dégradants : Utilisation de phrases culpabilisantes ou dévalorisantes, telles que « C'est toi qui as décidé un accouchement naturel, normal que tu aies mal ».
- Traitement Humiliant : Crier ou humilier la patiente pendant le travail, ce qui peut entraîner un traumatisme psychologique.
- Interventions Inappropriées : Réalisation d'interventions médicales non justifiées, comme des épisiotomies systématiques, sans explication adéquate des risques et bénéfices.
- Ignorer les Besoins de la Patiente : Ne pas répondre aux demandes d'aide ou ignorer les préoccupations exprimées par la femme enceinte [13].

2.5. Quels sont les principes des soins maternels respectueux ?

D'après l'OMS, les soins maternels respectueux « consistent à assurer à toutes les femmes [et personnes enceintes] un accès à des soins de santé dédiés qui préservent leur dignité, leur intimité et leur confidentialité, leur garantissent l'absence de préjudices et de mauvais traitements et leur permettent des choix éclairés et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement » [30]. Conformément au droit régional et international relatif aux droits humains, les gouvernements ont l'obligation de garantir la prestation de soins de santé maternelle respectueux des droits, de la dignité et de l'autonomie des femmes. Ces soins doivent répondre à plusieurs principes fondamentaux.

Premièrement, les soins doivent être exempts de toute forme de violence et de discrimination. Cela implique l'absence de violences physiques ou verbales, de refus de soins, de négligence, d'humiliation ou de traitements dégradants. Il s'agit également d'éviter toute discrimination dans l'accès aux soins, ainsi que le refus de soulager la douleur ou la détention des patientes dans les établissements de santé pour des raisons financières [31].

Deuxièmement, les soins doivent garantir le consentement éclairé et respecter l'autonomie et les choix des femmes. Les professionnels de santé doivent se présenter à la patiente et aux personnes qui l'accompagnent, fournir des informations complètes et compréhensibles sur les soins proposés, et utiliser si nécessaire des supports visuels pour faciliter la compréhension. Ils doivent également informer les femmes de leur droit de participer aux décisions concernant leur prise en charge, écouter et respecter leurs préférences, et assurer la confidentialité des informations médicales ainsi que le respect de la vie privée [30].

Troisièmement, les soins doivent permettre la présence d'une personne accompagnante choisie par la patiente. Chaque femme enceinte devrait avoir la possibilité d'être accompagnée par une personne de confiance membre de la famille, ami ou autre proche afin de bénéficier d'un soutien continu pendant le

travail et l'accouchement. Si la femme préfère ne pas être accompagnée ou si cela n'est pas possible, des mesures doivent être mises en place afin de garantir un soutien adéquat, par exemple par la présence continue d'une sage-femme ou d'une infirmière [33].

Quatrièmement, les soins doivent assurer la continuité de la prise en charge.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la continuité des soins correspond à la cohérence et à la coordination des différentes interventions de santé au fil du temps, en tenant compte des besoins et des préférences des patientes. Dans le domaine de la santé maternelle, cela implique un suivi continu de la femme par le même professionnel de santé ou par une équipe restreinte durant la période prénatale, l'accouchement et la période postnatale, afin de garantir une prise en charge sûre et cohérente [30][33].

Enfin, les soins maternels respectueux doivent garantir l'accès aux médicaments, aux équipements et aux technologies essentiels. Cela comprend notamment les médicaments figurant sur la Liste modèle des médicaments essentiels de l'OMS, indispensables à la prise en charge efficace des complications obstétricales et à l'amélioration de la qualité des soins [34].

2.6. Impacts d'une expérience négative d'accouchement

L'expérience négative d'accouchement est subjective et de diverses natures. En effet, le personnel médical peut conclure qu'un accouchement s'est bien déroulé puisque la mère et le bébé sont en « parfaite santé » alors que, pour sa part, la mère a vécu une expérience difficile. Une personne peut bien vivre le fait d'avoir subi une césarienne, alors qu'une autre sera bouleversée de façon durable par une épisiotomie en l'absence de son consentement. Par contre, de nombreuses études témoignent des conséquences graves que peut avoir l'expérience négative. Peu importe la nature de celle-ci, les répercussions sont réelles et peuvent être permanentes. De plus, une expérience négative peut avoir des conséquences sur de multiples facettes de la vie [35]. Certaines études ont démontré que dans les accouchements très instrumentalisés, comme ceux où sont utilisés la ventouse, les

forceps, l'épisiotomie et la césarienne, la période de convalescence est beaucoup plus longue que pour celle d'un accouchement dit physiologique. Ces interventions ont un impact concret sur la santé physique des femmes. Celles-ci peuvent ressentir de la douleur de façon ponctuelle ou souffrir de douleur chronique [36]. Cela peut également avoir l'effet de restreindre les femmes dans leur mobilité sur une plus ou moins longue période, comme c'est le cas des césariennes [37]. Les interventions très instrumentalisées peuvent aussi avoir des impacts négatifs sur la vie sexuelle des femmes : le risque de ressentir des douleurs lors des rapports sexuels est augmenté, douleurs qui peuvent être temporaires, mais qui deviennent parfois chroniques. De plus, certaines femmes ressentent de la honte vis-à-vis des séquelles physiques et des cicatrices laissées par les interventions médicales, ce qui modifie le rapport à leur corps et leur perception de celui-ci [38]. Non seulement une expérience négative d'accouchement peut avoir un impact négatif sur la santé physique, sexuelle et sur l'estime de soi des femmes, mais elle peut également avoir un effet néfaste sur le lien d'attachement entre la mère et l'enfant tel que démontré par l'étude de Chabbert et Wendland (2016). Deux cents mères ont répondu à un questionnaire sociodémographique ainsi qu'à des questions sur leur expérience d'accouchement. Trois échelles ont été utilisées afin de recueillir les informations pour la recherche : la Labor Agency Scale, le Postpartum Bonding Instrument et la Mother Infant Bonding Scale. Les auteurs concluent que « Les mères ayant un vécu négatif de leur accouchement ont une moins bonne qualité de relations précoces mère-bébé et un sentiment de contrôle perçu lors du travail significativement plus faible. » Les recommandations des chercheurs suite à l'analyse de ces résultats sont de « prendre en charge de façon plus spécifique les vécus négatifs, voire traumatiques, de l'accouchement dans le post-partum afin de réduire leur impact potentiellement négatif sur les relations précoces mère-bébé. » [39]. À partir de recensions des écrits sur l'impact des interventions obstétricales sur l'allaitement, le Regroupement Naissance-Renaissance (RNR) a mis sur pied une formation afin

de sensibiliser les femmes, les familles et les intervenants en santé publique aux effets nuisibles des interventions obstétricales sur l'allaitement. On y apprend que de nombreuses interventions comme l'induction, les manœuvres instrumentales, la césarienne, la séparation mère-bébé ainsi que le stress généré par toutes ces interventions peuvent avoir un impact sur la production du lait de même que sur la durée de l'allaitement. Pour les femmes qui désirent allaiter, cette situation peut être fort mal vécue. L'impossibilité d'allaiter peut-être perçue comme un échec, générant un sentiment de culpabilité et d'incompétence [40]. D'autres études démontrent également l'impact négatif de certaines pratiques hospitalières ainsi que de nombreuses interventions médicales sur l'allaitement. Dans une méta-analyse de 53 études (554 568 sujets dans 33 pays), un lien a été établi entre le fait de subir une césarienne et la réduction du taux de succès de l'allaitement. Le pourcentage de femmes qui allaitent était significativement plus faible suite à une césarienne faite avant le début du travail actif de la mère plutôt que suite à un accouchement vaginal [41]. Une expérience négative d'accouchement peut même mener à un état de stress post-traumatique (ESPT). Selon différentes études, l'ESPT en lien avec l'accouchement aurait une prévalence entre 1,3 % et 6 % [42]. Dans une étude longitudinale auprès de 499 femmes menée quatre à six semaines après leur accouchement, Creedy, Shochet et Horsfall (2000) concluent que 33 % des femmes ont mentionné avoir vécu des événements « traumatisants » pendant leur accouchement. Ces femmes présentaient au moins trois symptômes du syndrome d'ESPT. Un total de 28 femmes sur 499, soit plus de 5,6 %, répondaient aux critères du DSM-IV pour l'obtention d'un diagnostic d'ESPT. Les variables anténatales n'ont pas été corrélées avec l'ESPT, mais le niveau d'interventions obstétricales pendant la naissance ainsi que la perception d'avoir reçu des soins 9 intrapartum inadéquats ont été associés avec l'ESPT. Dans une revue de littérature menée par Denis et Callahan (2009), les résultats de 36 études traitant d'ESPT suite à un « accouchement classique » ont été analysés. L'objectif de l'étude était d'analyser les facteurs de risque ainsi que les types de traitements offerts aux

femmes qui souffraient de ESPT suite à leur accouchement. Les auteurs ont constaté que « les facteurs de risques généralement associés au ESPT recoupent la perception du vécu de l'accouchement par la femme (douleur, contrôle et soutien social perçu), les caractéristiques psychologiques de la femme (antécédent de traumatismes ou de soins psychologiques) et les caractéristiques médicales (niveau de médicalisation vécu pendant la grossesse et l'accouchement) » [42].

Enfin, une étude de Gottvall et Waldenström (2002) démontre qu'une expérience négative d'accouchement peut même avoir un impact sur la reproduction future. Les auteurs estiment que les femmes qui ont vécu une expérience négative d'accouchement avaient moins d'enfants que les femmes qui n'avaient pas vécu d'expérience négative et qu'il s'écoulait un laps de temps plus grand entre les différentes grossesses. Le statut de célibataire ou d'être plus âgée était évidemment associé avec une plus faible reproduction, mais l'expérience négative avait néanmoins un impact. Les auteurs ont également pris en considération un large éventail de variables, telles que le statut socioéconomique, le déroulement du travail et l'accouchement, les attentes au sujet de la naissance et de la parentalité, les attitudes relativement à la prise de décision et l'anxiété des mères. Les chercheurs concluent de la manière suivante: « the study provides data that strongly suggests that women's experiences of the first birth has consequences for future reproductive behaviour. ». Les auteurs affirment donc qu'il faut tenir compte de l'expérience traumatique des femmes lors du suivi postnatal afin d'en diminuer l'impact sur la reproduction future. Cette recension étaye le fait que l'accouchement est une expérience significative pour beaucoup de femmes. Le fait de vivre cet événement de façon négative peut avoir des conséquences préjudiciables aussi bien aux plans physiques, émotifs que relationnels. Plus récemment, on a pu constater une augmentation du nombre d'organisations qui dénoncent ces expériences négatives et leurs impacts sur les femmes et leur famille. Ces organisations qui interviennent à différents niveaux, que ce soit au niveau local, national ou international, prônent l'élaboration de politiques et de

pratiques plus respectueuses des femmes lors de la période périnatale. Elles sont également à l'origine de nouvelles recherches sur le sujet [43].

2.7. Définition de quelques terminologies.

a. Episiotomie

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). L'épisiotomie n'est pas recommandée de manière systématique, y compris chez la patiente primipare. Sa pratique dépend des facteurs de risque personnels et des conditions obstétricales.[14]

b. 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 reposait initialement sur une approche paternaliste, il plaçait le médecin au centre de toutes les décisions, avec une autorité presque absolue. 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 [...] ». De même, le Code de déontologie médicale mentionne : « le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. ». 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 [...] ». 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. Enfin, le consentement, même s'il est donné en premier lieu, peut être retiré à tout moment [14].

c. Toucher vaginal

C'est un examen simple de réalisation puisqu'il consiste en l'introduction d'un ou deux doigt(s) dans le vagin. Il permet de sentir à travers les parois du vagin, les différents organes de la cavité pelvienne à savoir 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. L'opérateur peut s'aider d'une palpation abdominale pour avoir une meilleure préhension et rendre cet examen fiable. 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. Il peut servir à argumenter un diagnostic de grossesse ou d'avortement débutants. 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). 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].

d. Information

Le consentement ou non doit être guidé par une information de la part du praticien qui est « loyale, claire et appropriée ». 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. ». 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 adaptée [15].

e. 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. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informé de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre. ». 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 [15].

III.METHODOLOGIE

3.1. Cadre et lieu d'étude

❖ **Présentation de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes**

L'Hôpital Fousseyni DAOU situé à l'Est de la ville de Kayes, est à 610 km de Bamako. Initié depuis 1883 par les militaires français lors de leur pénétration en Afrique de l'Ouest, il avait pour vocation essentielle de prodiguer les premiers soins aux blessés de guerre avant leur évacuation sur le Sénégal ou la France. En 1959 il devient hôpital secondaire, puis hôpital régional en 1969. En 1991, il est baptisé Hôpital Régional Fousseyni DAOU, du nom de l'un de ses anciens Médecins Directeurs brutalement arrachés à notre affection. Créé par la loi N° 03 – 020 / DU 14 JUILLET 2003, l'Hôpital Fousseyni DAOU de KAYES est un Etablissement Public Hospitalier doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

➤ **Le service de Gyneco-Obstetrique est un bâtiment construit en 2015 il comprend :**

- ❖ Une salle d'accouchement et de soins des nouveaux nés comportant : quatre tables d'accouchement, une toilette pour les femmes en travail et la salle de garde
- ❖ Une salle de réveil
- ❖ Une salle de travail
- ❖ Deux salles de suites de couches
- ❖ Un bureau pour les déclarations de naissance,
- ❖ Une salle de pansement des patientes opérées
- ❖ Une salle pour les étudiants en année de thèse
- ❖ Une salle pour les techniciens de surface
- ❖ Huit toilettes pour les personnels et trois blocs de 03 toilettes pour les malades
- ❖ Une salle de staff
- ❖ Une salle de dépistage de cancer du col

- ❖ Une salle de soins après avortement (SAA)
- ❖ Une salle de vaccination
- ❖ Une salle pour la sagefemme responsable
- ❖ Une salle de consultations pré natales
- ❖ Une salle de planification familiale (P F)
- ❖ Une salle d'archivage
- ❖ Trois bureaux pour les consultations Gynécologiques et Obstétricales
- ❖ Un bureau pour l'anesthésiste réanimateur
- ❖ Deux salles d'hospitalisation V I P a un lit chacune
- ❖ Deux salles d'hospitalisation V I P a quatre lits
- ❖ Quatre salles d'hospitalisation de 06 de six lits chacun
- ❖ Un bloc opératoire fonctionnel
- **Le personnel se compose de :**
- ❖ Trois médecins gynécologues obstétriciens,
- ❖ Six (06) étudiants de la faculté de Médecine et d'Odontostomatologie en année de thèse.
- ❖ Huit sages femmes,
- ❖ Quatre infirmières obstétriciennes,
- ❖ Deux Aides-soignantes et
- ❖ Quatre manœuvres.

Au niveau organisationnel du service de garde :

La permanence est assurée par l'équipe de garde composée du gynécologue-obstétricien, d'un étudiant en année de thèse, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne et d'un technicien de surface. Un staff quotidien a lieu tous les jours ouvrables à 8 heures 30 minutes réunissant le personnel du service dirigé par au moins un gynécologue. Au cours de ce staff, l'équipe de garde fait le compte rendu des activités et des événements qui se sont déroulés durant la garde, suivie d'une visite des patientes hospitalisées. Le service reçoit toutes les urgences obstétricales et gynécologiques provenant des structures de santé situées

dans un rayon de 250 km et prend en charge les évacuations du CSRéf de Kayes, de certains cercles de la région et des localités frontalières du Sénégal, de la Mauritanie et de la Guinée Conakry.

3.2. Type et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive portant sur une série de cas de violence obstétricale, menée sur une période de 12 mois allant du 1^{er} Janvier au 31 décembre 2025.

3.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée par toutes les parturientes et les accouchées récentes admises à la maternité de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes durant la période d'étude.

3.4. Critères d'inclusion

Nous avons inclus toutes les parturientes et accouchées récentes victimes de violence obstétricale ayant donné leur consentement libre et éclairé pour participer à l'étude.

3.5. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans cette étude les femmes victimes de violence gynécologique non liée à la grossesse ou à l'accouchement, ainsi que celles dont l'état clinique ne permettait pas la réalisation de l'entretien.

3.6. Collecte des données

La collecte des données a été réalisée par l'investigateur principal à l'aide d'un questionnaire préétabli administré en entretien individuel. Les parturientes ont été interrogées en salle d'accouchement lorsque leur état clinique le permettait, tandis que les accouchées récentes ont été interrogées dans la salle de suites de couches, après obtention de leur consentement libre et éclairé et dans le respect de la confidentialité. Une même parturiente ou accouchée récente pouvait être victime de deux à trois types de violences obstétricales au cours de sa prise en charge.

3.7. Traitement des données

Nos données ont été saisies à partir du logiciel Microsoft Word.2021 et analysées à partir SPSS.23.

3.8. Considérations d'éthique

Sur le plan éthique, la confidentialité et l'anonymat ont été respectés pour chaque victime de violence obstétricale.

IV.RESULTATS

4.1. Fréquence

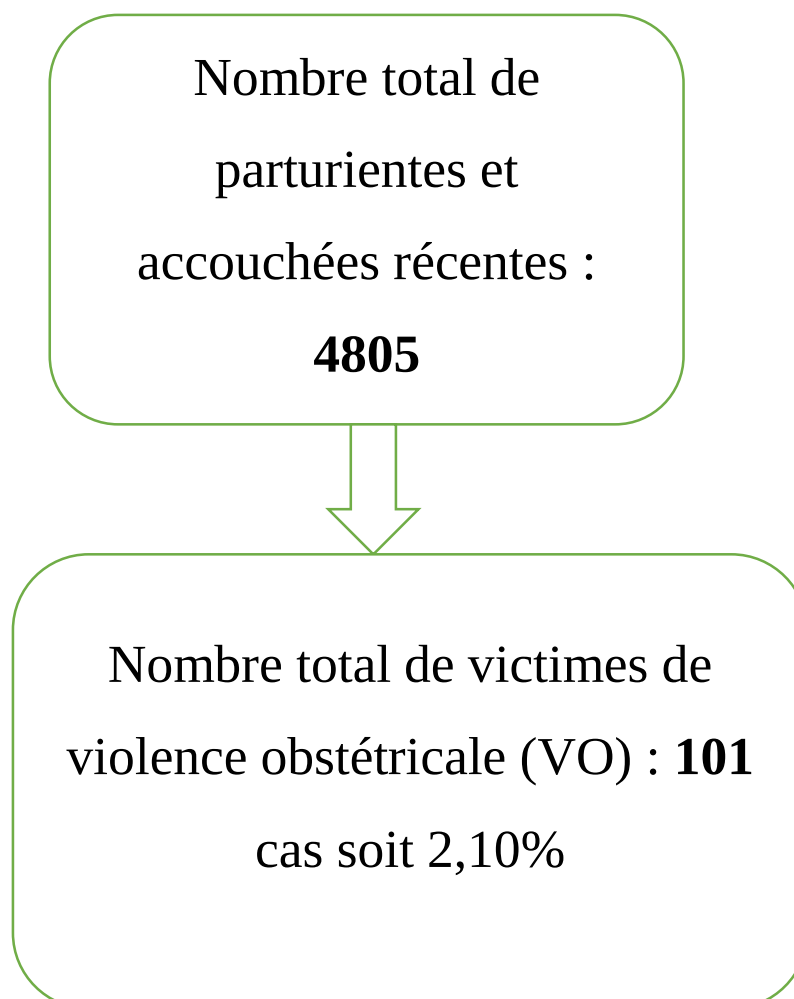


Figure 1 : Fréquence des parturientes victimes de violence obstétricale

Durant notre période d'étude, nous avons colligé 101 cas de violence obstétricale parmi les 4 805 parturientes et accouchées récentes admises à la maternité de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes, soit une fréquence de 2,10 %.

4.2. Caractéristiques socio-démographiques

Tableau I: Répartition des victimes selon leurs caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques socio-démographiques	Effectif (N= 101)	%
Age		
Moins de 19 ans	13	12,80
Entre 20 et 35ans	83	82,20
Supérieur 35 ans	5	5,00
Profession		
Ménagère	55	54,45
Fonctionnaire	3	2,97
Commerçante	22	21,78
Élève/étudiante	19	18,80
Sage-femme	1	1,00
Matrone	1	1,00
Résidence		
Kayes ville	42	41,58
Hors de la ville de Kayes	59	58,42
Statut matrimonial		
Célibataire	17	16,80
Divorcée	8	7,90
Mariée	68	67,30
Union libre	5	5,00
Veuve	3	3,00
Niveau d’instruction		
Non scolarisée	43	42,60
Primaire	28	27,70
Secondaire	23	22,80
Supérieur	7	6,90

La moyenne d’âge était de 26,9ans et les extremes d’âge etaient de 18 et 45ans.

4.3.Caracteristique obstetricale et clinique

Tableau II:Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon la Gestité

Gestité	Effectif	%
Primigeste	32	31 ,70
Paucigeste	48	47,50
Multigeste	14	13,90
Grande multigeste	7	6,90
Total	101	100

La Gestité moyenne était de 3,13 grossesses. Les extrêmes étaient de 1 et 7 grossesses.

Tableau III:Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon la parité

Parité	Effectif	%
Nullipare	3	2,97
Primipare	32	31,69
Paucipare	50	49,50
Multipare	13	12,87
Grande multipare	3	2,97
Total	101	100

La parité moyenne était de 2,31 avec des extrêmes de 0 et 6.

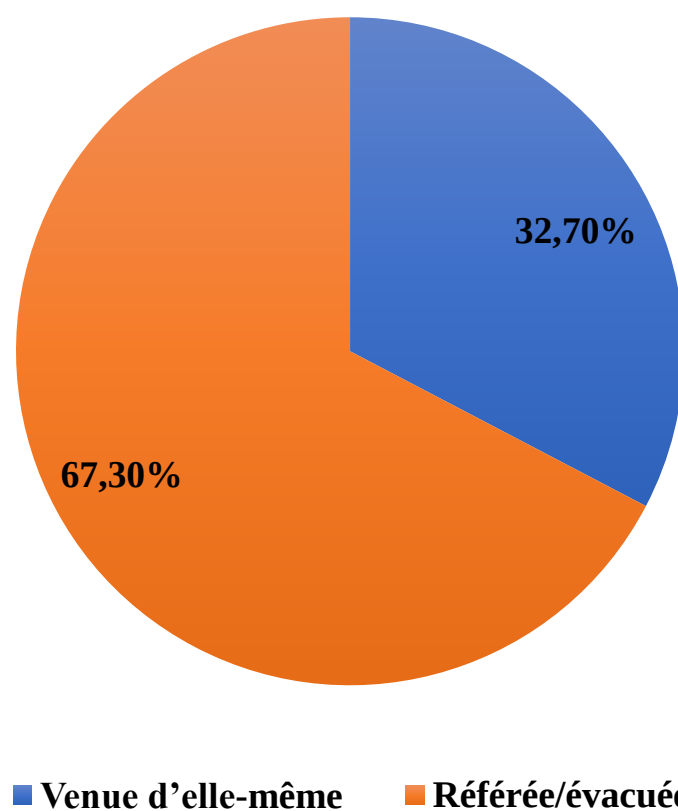


Figure 2: Répartition des parturientes et accouchées selon le mode d'admission

Tableau IV:Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon le motif d'admission

Motif	Fréquence	%
CUD	27	26,73
SFA	10	9,90
Dilatation stationnaire	3	2,97
Manque d'effort expulsif	3	2,97
Macrosomie	4	3,96
HTA sur grossesse	8	7,92
HRP	19	18,81
PP	12	11,88
Utérus bi cicatriciel	4	3,96
Siege chez primipare	4	3,96
Procidence du cordon	7	6,93
Total	101	100

4.4. Données sur les violences obstétricales

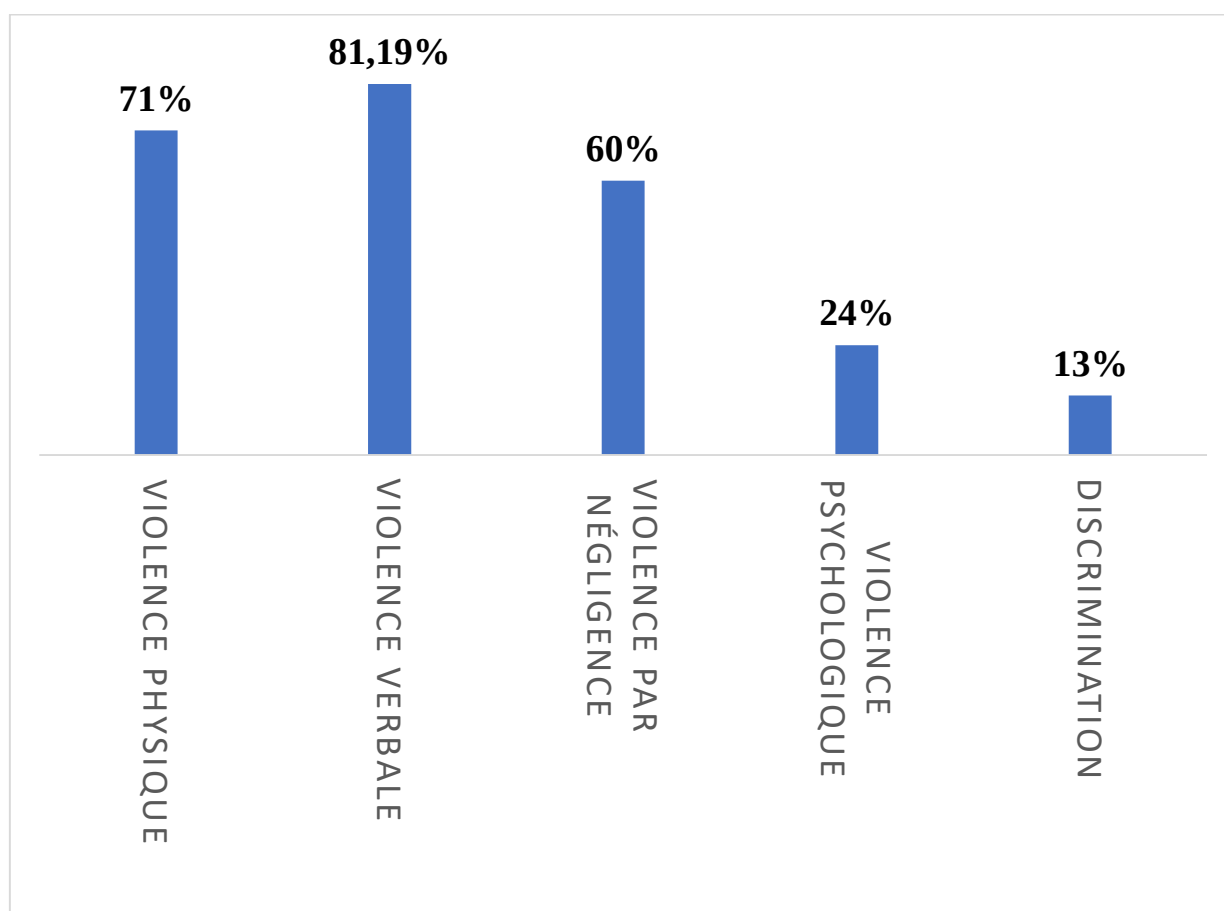


Figure 3:Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon la forme de violence obstétricale

Tableau V: Répartition selon le type de violence physique

Type de violence physique	Effectif	%
Avoir été giflée, poussée ou serrée fortement	3	4,23
Avoir été immobilisée de force	21	29,58
Avoir subi une épisiotomie non expliquée	37	52,11
Avoir subi une procédure douloureuse sans anesthésie	10	14,08
Total	71	100

Avoir subi une procédure douloureuse sans anesthésie était en rapport avec l'épisiorrhaphie, la révision utérine et la trachelorraphie.

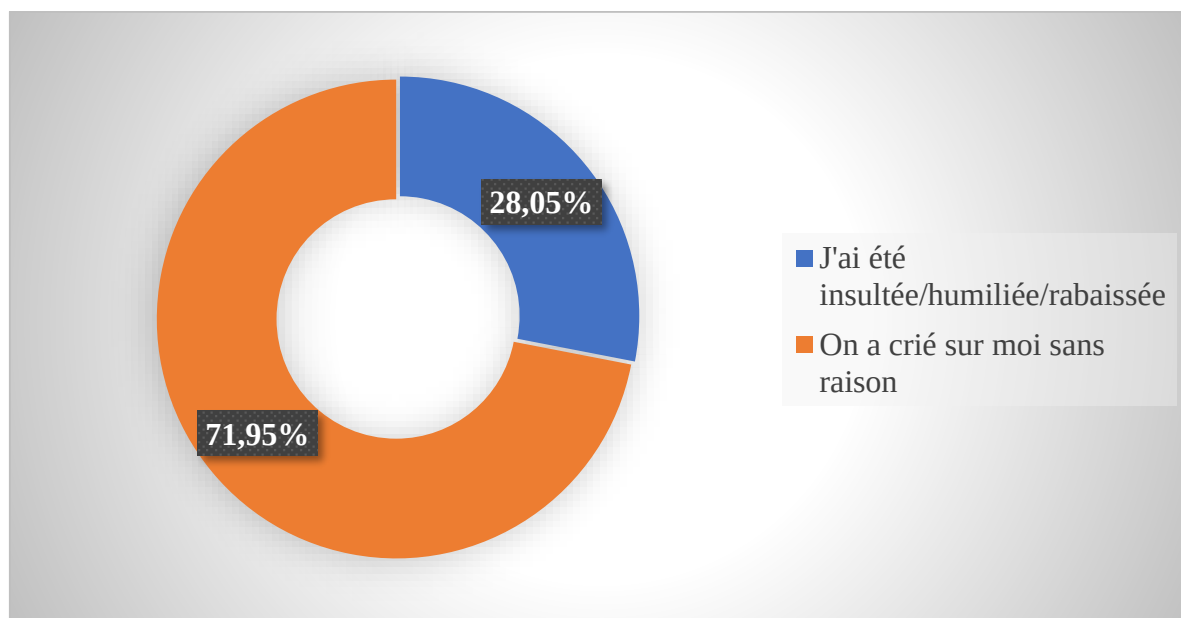


Figure 4: Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon le type de violence verbale

Le type de violence verbale le plus retrouvé a été le cri avec une fréquence de 71,95%

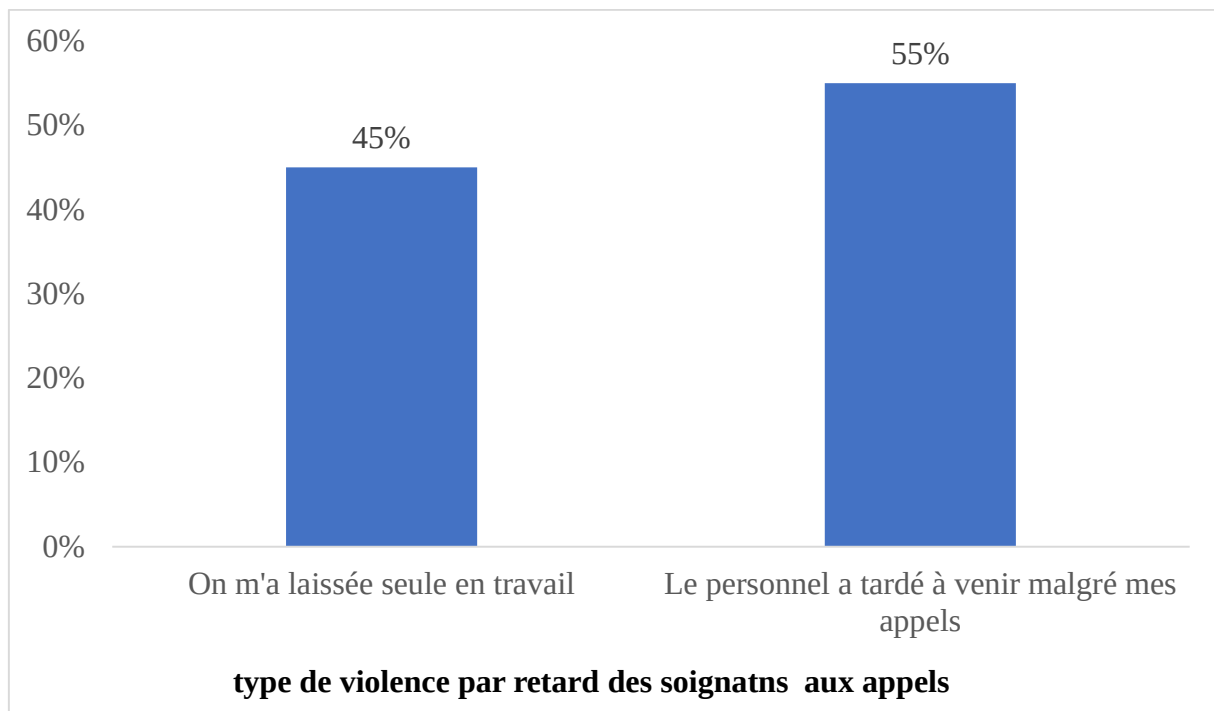


Figure 5:Répartition selon le type de violence par retard des soignants aux appels et aux sollicitations des parturientes et accouchées récentes

Le retard aux appels a été le type de violence par négligence le plus évoqué par les parturientes soit une fréquence de 55%.

Tableau VI:Répartition des parturientes et des accouchées récentes selon le type de violence par discrimination.

Types de violences par discrimination	Effectif	%
Âge (considérée trop jeune ou trop âgée)	2	15,38
Statut social (propos dévalorisants et jugement liés au fait d'être célibataire)	8	61,54
Origine / langue (préjugés liés à l'appartenance culturelle ou linguistique)	3	23,08
Total	13	100

Tableau VII:Répartition des sentiments ressentis par les parturientes et des accouchées récentes victimes de violence obstétricale

Sentiments des victimes	Effectif	%
Panique, choc, peur	2	5,88
Colère et tristesse	15	44,12
Sentiment d'abandon	6	17,64
Sentiment d'infériorité	11	32,36
Total	34	100

4.5. Caractéristiques de la prise en charge et de l'accueil des victimes de violences obstétricales

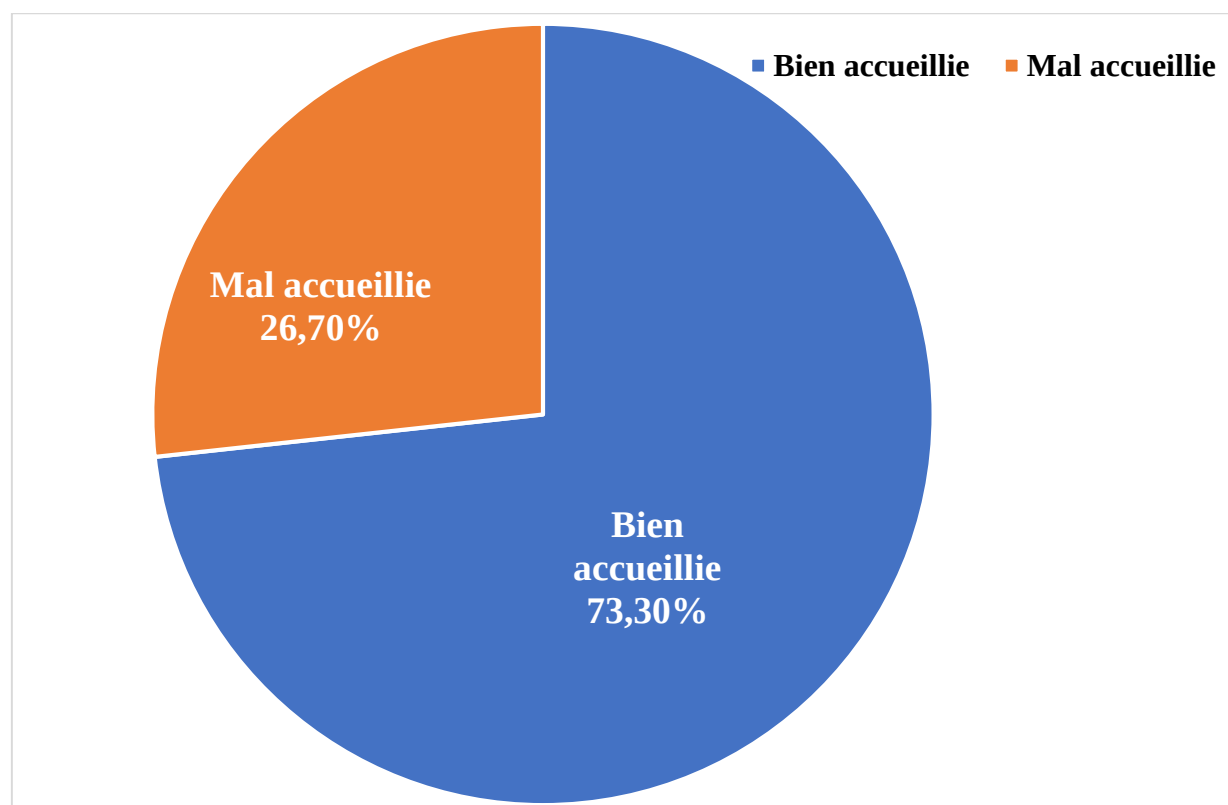


Figure 6:Répartition des victimes de violence obstétricale selon la qualité de l'accueil par le personnel de santé

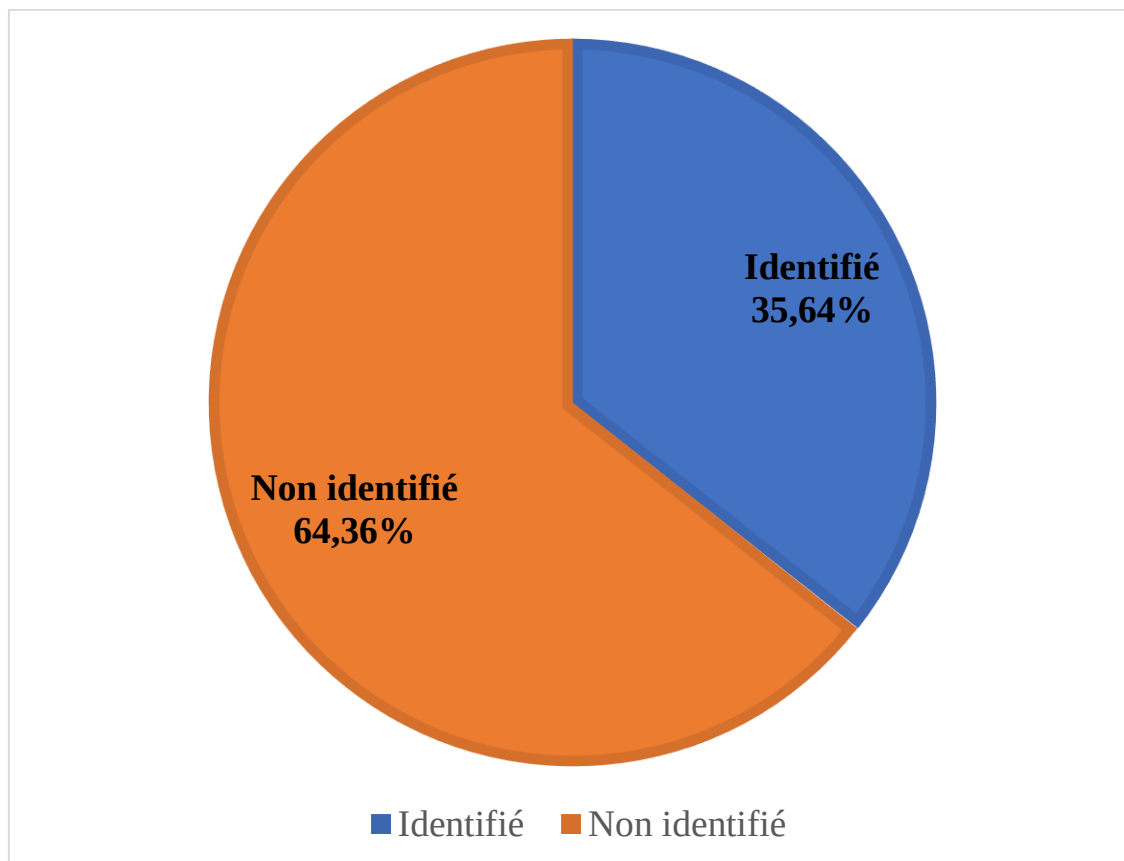


Figure 7: Répartition des victimes de violence obstétricale selon l'identification du personnel lors de l'accueil

Selon les victimes de violence obstétricale, **64,36%** du personnel ne s'étaient pas identifiés à l'accueil.

4.6. Présence d'une accompagnante en salle d'accouchement

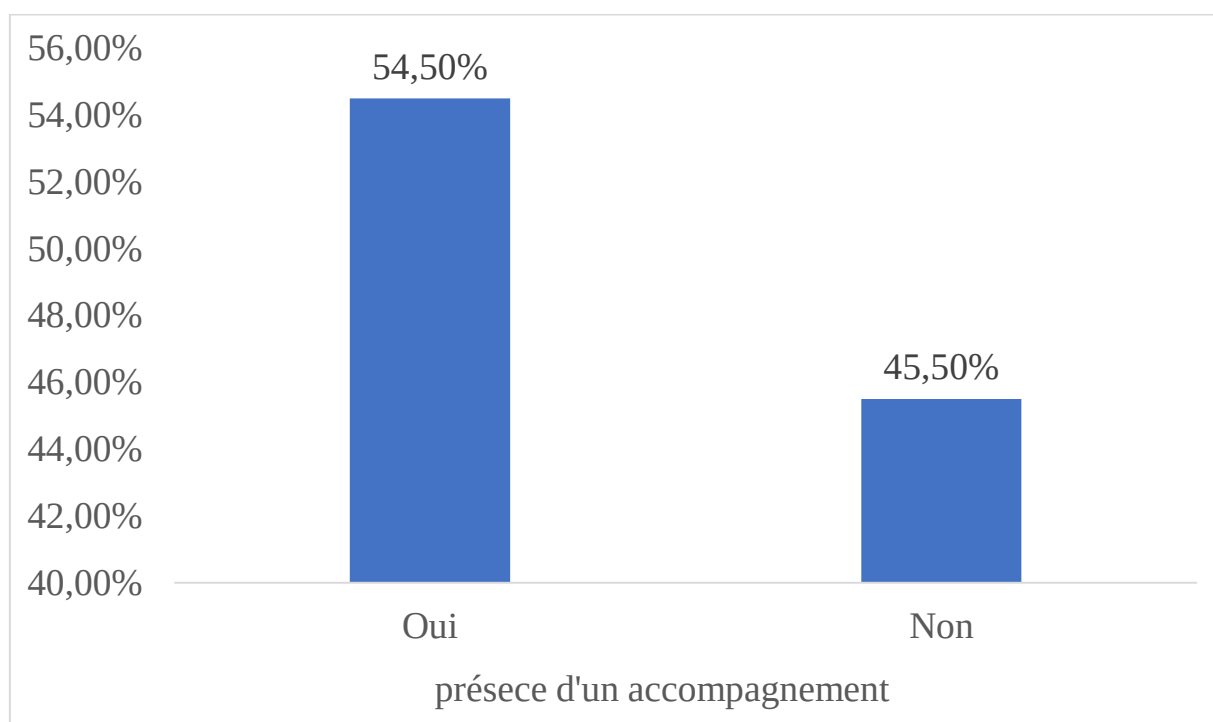


Figure 8:Répartition des parturientes et accouchées récentes selon le souhait de la présence d'une accompagnante dans la salle d'accouchement

Tableau VIII:Répartition des victimes selon l'heure de survenue de la violence obstétricale.

Heure de survenue de la violence obstétricale	Effectif	%
8H-----20H	42	41,58
20H01-----7H59mn	59	58,42
Total	101	100

Tableau IX:Répartition des victimes selon le moment de survenue de la violence obstétricale.

Moment de survenue de la violence obstétricale	Effectif	%
Pendant l'accouchement	68	67,32
Pendant le post-partum	33	32,68
Total	101	100

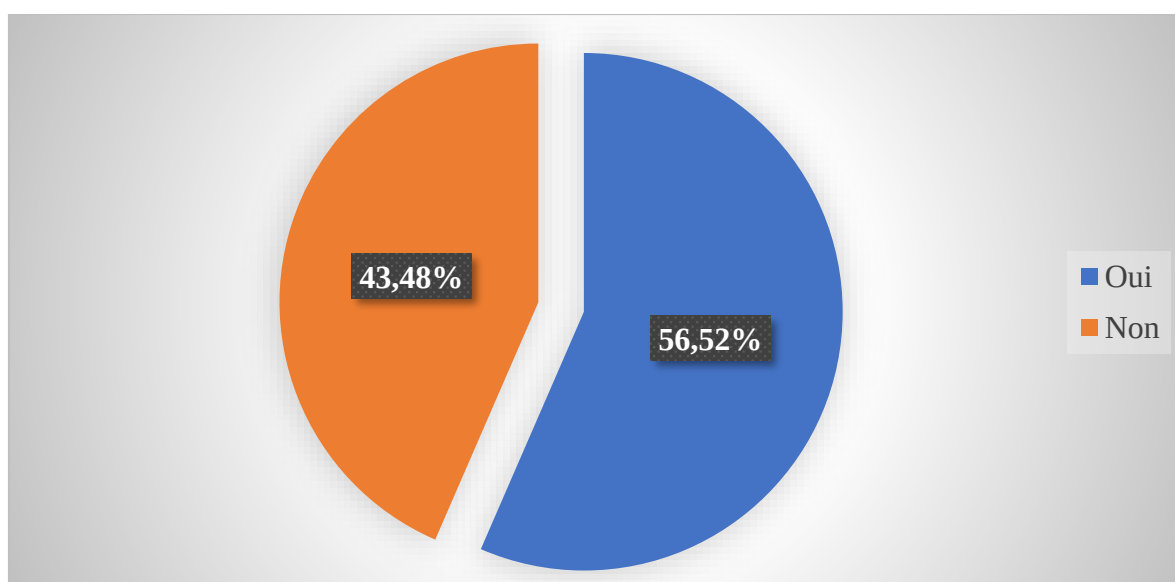


Figure 9: Autorisation accordée par le personnel de la présence d'une accompagnante auprès de la parturiente.

4.7. Caractéristiques des auteurs des violences obstétricales

Tableau X:Réparation des victimes de violence obstétricale selon la qualification de l'auteur de la violence

Qualification de l'auteur présumé	Effectif	%
Sage-femme	37	36,63
Interne	12	11,98
Infirmière obstétricienne	18	25,74
Matrone	08	17,82
Total	101	100

V.COMMENTAIRES ET DISCUSSION

5.1. Approche méthodologique

Nous avons mené une étude prospective à visée descriptive sur le vécu des parturientes et accouchées récentes victimes de violence obstétricale admises dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes du 1^{er} janvier 2025 au 31 décembre 2025. Durant cette étude, nous avons été confrontés à diverses limites notamment :

- La réticence des parturientes et des accouchées récentes à s'exprimer librement par peur de jugement du personnel soignant ;
- Le biais de désirabilité sociale : certaines parturientes et des accouchées récentes minimisent les expériences négatives ;
- La méconnaissance de la violence obstétricale par les parturientes et des accouchées récentes ;
- Le refus de participation de certaines parturientes et des accouchées récentes.

5.2. Fréquence globale

Durant la période d'étude, sur **4805** admissions, nous avons colligé **101 cas** de violence obstétricale soit une fréquence de **2,10%**. Cette fréquence est supérieure à celle de **BAH T** en 2023 au centre de santé de référence de la commune V qui avait rapportée **0,76%**[7] mais inférieure à celles rapportées par SAWADO GO YA à Ouagadougou en 2023[16], SIRAJ A en Ethiopie [17].et ASEFA A en Ethiopie [18] qui étaient respectivement **38,90%**, **91,70%** et **81,8%**.

5.3. Aspects sociodémographiques

La tranche d'âge de 20 à 35 ans était la plus représentée, avec une fréquence de **82,20 %**. L'âge moyen des victimes était de 26,9ans, avec des extrêmes de 18 et 45 ans. Notre résultat est nettement supérieur à celui de **BAH T** [7] qui avait trouvé **60%** pour la tranche d'âge de 20 à 35 ans. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que la tranche d'âge 20–35 ans correspond à la période où la fécondité est maximale avec une fréquentation plus élevée des structures

sanitaires, augmentant ainsi l'exposition aux pratiques obstétricales inappropriées.

Les victimes de violence obstétricale dans notre étude étaient mariées dans la majorité des cas avec une fréquence de **67,30 %**. Notre taux est inférieur à celui rapporté par **BAH T** en 2023 au centre de santé de référence de la commune V qui était de **94%** [7]. Cette prédominance des victimes mariées dans notre étude pourrait s'expliquer par le rôle du mariage dans la maternité et l'accès plus facile aux soins, mais ce statut ne les protège pas de la violence obstétricale, souvent banalisée et peu reconnue.

Dans notre série, la majorité des victimes de violence obstétricale étaient non scolarisées, avec une fréquence de **42,60 %**. Par ailleurs, notre taux est inférieur à celui rapporté par **BAH T** en 2023 au centre de santé de référence de la commune V qui était de **94 %** [7]. Ces données suggèrent que le faible niveau d'instruction constitue un facteur important de vulnérabilité à la violence obstétricale.

Les ménagères étaient les plus représentées avec une fréquence de **54,45%**. Notre fréquence est inférieure à celle de **BAH T** en 2023 au centre de santé de référence de la commune V qui avait rapporté **58 %** [7]. La forte présence des ménagères dans notre étude pourrait s'expliquer par leur statut socioprofessionnel. Ce statut peut, dans certains cas, influencer leur manière de percevoir et de réagir face aux attitudes du personnel soignant, et contribuer à un déséquilibre dans la relation entre les personnels et parturientes où accouchées récentes.

5.4. Aspects obstétricaux et cliniques

La majorité des victimes de violence obstétricale, soit **67,30%** avaient été référées/évacuées. Cette prédominance pourrait s'expliquer par le fait que les victimes référées/évacuées arrivent souvent dans un contexte d'urgence obstétricale, avec une charge de travail accrue pour le personnel soignant. Cette situation peut favoriser des comportements brusques, une communication insuffisante et un non-respect du consentement. Les contractions utérines

douloureuses constituaient le principal motif d'admission dans notre étude (**26,73 %**), par contre **BAH T** en 2023 au centre de santé de référence de la commune V avait retrouvé l'hémorragie du post-partum comme principal motif d'admission avec une fréquence de **42 %** [7]. Dans notre étude la prédominance des contractions utérines douloureuses pourrait s'expliquer par le fait que les situations douloureuses ou urgentes nécessitent une prise en charge rapide. Toutefois, l'urgence ne justifie pas le non-respect de la dignité de la parturiente, et le manque de communication dans ces contextes peut renforcer la perception de violence obstétricale, notamment lorsque les gestes ne sont pas expliqués ou inappropriés.

5.5. Données sur les violences obstétricales

La violence verbale a été la forme de violence obstétricale la plus fréquemment rapportée dans notre série, soit une proportion de **81,19 %**. Ce résultat est largement supérieur à celui de Sawadogo YA [16] au Burkina Faso, qui avait retrouvé **36%** de violence verbale. Cette prédominance pourrait s'expliquer par la banalisation des paroles humiliantes ou des cris dans les maternités, souvent justifiés par le stress, la surcharge de travail et les situations d'urgence.

Dans notre série le cri a constitué le type de violence verbale le plus observé avec une fréquence de **71,95 %**. Cette prédominance, souvent associée au stress professionnel et à la surcharge de travail, reflète une communication inadaptée et un non-respect de la dignité des parturientes.

L'épisiotomie non expliquée a été le type de violence physique le plus fréquemment rapporté dans cette étude avec une proportion de **52,11 %**. Cette situation pourrait s'expliquer par la persistance de pratiques interventionnistes systématiques, le non-respect du consentement éclairé ou le manque de communication entre soignants et parturientes. Elle traduit une prise en charge encore largement paternaliste, où les décisions médicales sont prises sans information préalable de la femme, portant ainsi atteinte à son autonomie et à sa dignité. Le retard des soignants aux appels a été le type de violence par négligence

le plus évoqué par les parturientes soit une fréquence de **55%**. Cette situation pourrait s'expliquer par le nombre très élevé d'admission, l'insuffisance du personnel de garde, la surcharge du travail.

Le statut social a été le premier type de violence par discrimination avec une fréquence de **61,54%**. Cela pourrait être expliqué par la mauvaise perception des agents de santé chez les patientes célibataires ou divorcées.

La prédominance de la colère et de la tristesse comme manifestations de violence psychologique (44,12 %) pourrait s'expliquer par l'exposition des patientes à des comportements inadaptés du personnel, incluant des propos inappropriés, des expériences de soins vécues comme traumatisantes, ainsi que des situations de discrimination.

VI. CONCLUSION

La violence obstétricale est un problème majeur de santé publique encore insuffisamment reconnu. Cette étude a montré son existence dans la population étudiée, avec une prédominance des violences verbales, entraînant des conséquences psychologiques importantes comme la colère et la tristesse. Ces résultats soulignent la nécessité de promouvoir des soins obstétricaux respectueux, fondés sur la dignité, l'écoute et la bientraitance, afin d'améliorer l'expérience de l'accouchement pour toutes les femmes.

VII.RECOMMANDATIONS

A l'attention des autorités sanitaires

- Renforcer les effectifs du personnel de santé afin de réduire la surcharge de travail et d'améliorer la qualité des soins obstétricaux.
- Renforcer la formation continue du personnel sur les bonnes pratiques obstétricales, la communication et la prévention des violences obstétricales.

À l'attention du personnel de santé

- Promouvoir les soins obstétricaux respectueux fondés sur le respect de la dignité, de l'intimité, du consentement éclairé et de la confidentialité des parturientes.
- Eviter les procédures douloureuses sans anesthésie

À l'attention de la population

- Promouvoir un climat de respect mutuel et de collaboration entre les usagers et les professionnels de santé afin de favoriser une prise en charge de qualité.
- Sensibiliser sur l'importance du suivi prénatal régulier et du recours précoce aux structures de santé dès l'apparition des signes du travail ou de danger.

VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Organisation mondiale de la Santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins [Internet]. Genève: OMS; 2014 [cité 20 juin 2025]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>
2. Univadis France. Violence obstétricale : de quoi parle-t-on et comment y faire face ? [Internet]. 2023 [cité 26 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.univadis.fr/viewarticle/violence-obst%25C3%25A9tricale-de-quoi-parle-t-et-comment-y-2023a10003w2>
3. Institut national de santé publique du Québec. Définition de la violence [Internet]. Québec: INSPQ; [cité 2 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante/vers-une-perspective-integree-en-prevention-de-la-violence/definition-de-la-violence>
4. Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : des remarques aux violences, la nécessité de reconnaître, prévenir et condamner le sexisme* [Internet]. Paris: Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes; 2018 [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/>
5. Sawadogo YA, et al. Violences gynécologiques et obstétricales : étude descriptive dans trois structures sanitaires publiques à Ouagadougou. Ann SOGGO. 2023;18(41):127-133.
6. Jaffré Y, Olivier de Sardan JP, éditeurs. Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: Karthala; 2023. 462 p.

7. Bah T. Violences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako/Mali [thèse]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023.
8. Blundell J. Lectures on the theory and practice of midwifery. *Lancet*. 1827;9(222):329-335. doi:10.1016/S0140-6736(01)75285-3.
9. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55. doi:10.1016/j.rhm.2016.04.002.
10. Marcilly A, Mauri M. Maltraitance médicale dans la pratique gynécologique et obstétricale ambulatoire et conséquences pour le suivi : point de vue des patientes [mémoire]. France; 2018.
11. Bowser D, Hill K. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Boston (MA): Harvard School of Public Health; 2010.
12. Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé. La violence obstétricale dans les établissements de soins périnataux : une détresse de la relation soignant-soigné. Rabat: ISPITS ; 2019.
13. Bohren MA, Vogel JP, Tunçalp Ö, Fawole B, Titiloye MA, Olutayo AO, et al. "By slapping their laps, the patient will know that you truly care for her": a qualitative study on social norms and acceptability of the mistreatment of women during childbirth in Abuja, Nigeria. *SSM Popul Health*. 2016;2:640-655. doi:10.1016/j.ssmph.2016.07.003.

14.Coulibaly A. Violences obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako/Mali [thèse]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023.

15. Diakité NIM. Les violences gynécologiques et obstétricales au Centre de Santé de Référence de la Commune V du District de Bamako [thèse]. Bamako: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2023. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13788>

16.Sawadogo YA, Ouédraogo A, Kaboré B, et al. Violences gynécologiques et obstétricales : étude descriptive dans trois structures sanitaires publiques à Ouagadougou. Ann SOGGO. 2023;18(41):127-133.

17.Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth and associated factors at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. BMC Pregnancy Childbirth. 2019;19:185. doi:10.1186/s12884-019-2332-5.

18.Asefa A, Bekele D. Status of respectful and non-abusive care during facility-based childbirth in a hospital and health centers in Addis Ababa, Ethiopia. Reprod Health. 2015;12(1):33. doi:10.1186/s12978-015-0024-9.

19.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 Med. 2015;12(6):e1001847. doi:10.1371/journal.pmed.1001847.

- 20.**Organisation mondiale de la Santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins [Internet]. Genève: OMS; 2014 [cité 11 nov 2024]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/134588>
- 21.**Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. 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.
- 22.** United Nations General Assembly. Report of the Special Rapporteur on violence against women, its causes and consequences. New York: United Nations; 2019. Report No.: A/74/137.
- 23.**African Committee of Experts on the Rights and Welfare of the Child. Teenage Pregnancy in Africa: Status, Progress and Challenges. Addis-Abeba: ACERWC; 2022.
- 24.**Adinew YM, Tsegaye AT, Getahun FB, et al. Care providers' perspectives on disrespect and abuse of women during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study. Int J Womens Health. 2021;13:553-561. doi:10.2147/IJWH.S312942.
- 25.**Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS relatives à la santé et aux droits des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Genève: OMS; 2022.
- 26.** Government of the Republic of Namibia v LM. Supreme Court of Namibia. 2014;NASC 19.

27. Organisation mondiale de la Santé. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2018 [cité 20 avr. 2025]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272435>

28. Organisation mondiale de la Santé. Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities [Internet]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2016 [cité 20 avr. 2025]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/249155>

29. Human Rights Watch. Lutter contre la violence obstétricale en Afrique [Internet]. New York: Human Rights Watch; 2024 [cité 22 nov 2025]. Disponible sur: <https://www.hrw.org/fr/news/2024/11/13/lutter-contre-la-violence-obstetricale-en-afrique>

30. World Health Organization. *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneva: World Health Organization; 2016.

31. The County Government of Bungoma and 2 others v Josephine Oundo Ongwen and 2 others. Civil Appeal No. 61 of 2018.

32. Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale n° 22 (2016) : le droit à la santé sexuelle et procréative (art. 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels) [Internet]. New York: Nations Unies; 2016 [cité 20 avr. 2025]. Document No.: E/C.12/GC/22. Disponible sur: <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/G16/434/16/pdf/G1643416.pdf>

33. Organisation mondiale de la Santé. Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services. Genève: OMS; 2018.

34. World Health Organization. *Quality of care for pregnant women and newborns: the WHO vision*. BJOG. 2015;122(8):1045-1049.
35. Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of obstetric interventions: a prospective longitudinal study. Aust N Z J Psychiatry. 1997;31(5):728-738.
36. Declercq ER, Cunningham DK, Johnson C, Sakala C. Mothers' reports of postpartum pain associated with vaginal and cesarean deliveries: results of a national survey. Birth. 2008;35(1):16-24.
37. Grivell RM, Dodd JM. Short- and long-term outcomes after cesarean section. Expert Rev Obstet Gynecol. 2011;6(2):205-215.
38. Hicks TL, Goodall SF, Quattrone EM, Lydon-Rochelle MT. Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence. J Midwifery Womens Health. 2004;49(5):430-436.
39. Chabbert M, Wendland J. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère-bébé ? Rev Med Perinat. 2016 ;8(4):199-206.
40. Levesque S, Bergeron M, Fontaine L, Rousseau C. Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance. Montréal : Université du Québec à Montréal ; 2016.

- 41.** Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *Am J Clin Nutr.* 2012;95(5):1113-1135.
- 42.** Denis A, Callahan S. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature. *J Ther Comport Cogn.* 2009 ;19(4) :116-119.
- 43.** Labrecque M. Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales [mémoire de maîtrise]. Montréal (QC) : Université de Montréal, École de travail social ; 2018.

IX. ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

I. Caractéristiques socio-démographiques

Âge : _____ ans

Situation _____ matrimoniale :

() Célibataire () Mariée () Union libre () Divorcée () Veuve

Niveau _____ d'instruction :

() Aucun () Primaire () Secondaire () Supérieur

Profession : _____

Lieu _____ de _____ résidence :

() Kayes-ville () Commune rurale () Autre : _____

II. ANTECEDENTS OBSTETRICAUX

7. Gestité : / Parité : / Nouveau-né vivant :

Nombre d'accouchements antérieurs : _____

Type _____ d'accouchement _____ actuel :

() Voie basse () Césarienne () Instrumental

Heure _____ d'arrivée _____ à _____ l'hôpital :

() Jour () Nuit

Heure _____ de _____ l'accouchement _____ :

() Jour () Nuit

Avez-vous été référée ou évacuer d'une autre structure ?

() Oui () Non

III. Vécu pendant le travail & l'accouchement

A. Respect / Communication

11. Le personnel m'a accueillie avec respect ;

☐ Oui ☐ Non

12. Le personnel s'est présenté (nom/fonction)

☐ Oui ☐ Non

13. J'ai reçu des explications sur chaque geste

☐ Oui ☐ Non

14. Le personnel a écouté mes préoccupations

☐ Oui ☐ Non

15. J'ai pu poser librement des questions

☐ Oui ☐ Non

B. Consentement / Information

16. On m'a expliqué avant un examen vaginal

☐ Oui ☐ Non

17. Un geste a été fait sans mon consentement

☐ Oui ☐ Non

18. On m'a forcée à accepter une intervention

☐ Oui ☐ Non

19. On m'a informée des risques/raisons des actes

☐ Oui ☐ Non

C. Violences verbales

20. J'ai été insultée / humiliée / rabaissée

☐ Oui ☐ Non

21. On a crié sur moi sans raison

☐ Oui ☐ Non

22. On m'a culpabilisée (« tu ne pousses pas », « c'est ta faute »...)

☐ Oui ☐ Non

D. Violences physiques

23. On m'a giflée, poussée, serrée fortement

☐ Oui ☐ Non

24. On m'a immobilisée de force (liée / retenue)

☐ Oui ☐ Non

25. J'ai subi une épisiotomie non expliquée

☐ Oui ☐ Non

26. On m'a pratiqué une procédure douloureuse sans anesthésie

☐ Oui ☐ Non

E. Négligence / Abandon

27. On m'a laissée seule en travail

☐ Oui ☐ Non

28. Le personnel a tardé à venir malgré mes appels

☐ Oui ☐ Non

29. Mes plaintes de douleur ont été ignorées

☐ Oui ☐ Non

F. Discrimination perçue

30. Avez-vous été discriminée pour :

Votre âge ?

☐ Oui ☐ Non

Votre pauvreté / statut social ?

☐ Oui ☐ Non

Votre origine / langue ?

☐ Oui ☐ Non

Votre situation matrimoniale ?

☐ Oui ☐ Non

IV. Vécu après l'accouchement

31. On m'a expliqué l'état de santé de mon bébé

☐ Oui ☐ Non

32. On m'a expliqué mon propre état de santé

☐ Oui ☐ Non

33. Je me suis sentie en sécurité

☐ Oui ☐ Non

34. Je suis satisfaite de la prise en charge globale

☐ Oui ☐ Non

35. J'ai eu peur pour ma vie ou celle du bébé

OUI ☐ NON ☐

V. Expérience globale

36. Avez-vous vécu au moins un acte que vous considérez comme une violence obstétricale ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, précisez : _____

37. Cette expérience influencera-t-elle votre décision de revenir accoucher ici ?

☐ Oui ☐ Non

Pourquoi ? _____

38. Quelles sont vos propositions pour améliorer la qualité des soins ?

VI. Sentiments ressentis après l'accouchement :

☐ Sentiment d'abandon

☐ Panique, choc, peur

☐ Sentiment d'infériorité, de honte

☐ Colère et tristesse

Merci pour votre collaboration

VII. Entretien avec le personnel de santé

1. Selon vous, quelles sont les principales causes de la violence obstétricale ?
(Plusieurs réponses possibles)

- ☐ Surcharge de travail
- ☐ Insuffisance du personnel
- ☐ Manque de matériel
- ☐ Fatigue/épuisement professionnel
- ☐ Manque de formation en communication
- ☐ Autre : _____

2. Quelles mesures proposez-vous pour prévenir la violence obstétricale ?

- ☐ Renforcer les effectifs
- ☐ Former le personnel aux soins respectueux
- ☐ Améliorer les conditions de travail
- ☐ Sensibiliser les professionnels de santé
- ☐ Autre : _____

Tableau : Quelques propos des parturientes victimes de violence obstétricale à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes

Type de violence	Propos rapportés (Paroles des parturientes)	Contexte rapporté
 Violence verbale	« La sage-femme m'a crié dessus devant tout le monde et m'a traitée d'incapable. »	Pendant l'accouchement, lors des efforts expulsifs
 Manque de respect	« On ne m'a pas expliqué ce qu'on allait faire, on a juste agi sans me prévenir. »	Avant un toucher vaginal et une administration de médicament
 Négligence	« J'ai appelé plusieurs fois pour avoir de l'aide, mais personne n'est venu à temps. »	Pendant le travail, en cas de douleur ou de saignement
 Discrimination	« Parce que je suis célibataire, le personnel me parlait mal et me jugeait. »	Dès l'admission à la maternité
 Atteinte à l'intimité	« On m'a examinée devant les autres femmes sans me couvrir. »	Pendant les examens cliniques
 Absence d'écoute	« Quand je me plaignais, on me disait de me taire et d'être courageuse. »	Devant des douleurs importantes ou des inquiétudes
 Violence physique	« On m'a tiré le bras et on m'a fait mal pour me faire accoucher vite. »	Pendant l'accouchement, lors des manœuvres
 Conséquences ressenties	« Depuis cette expérience, j'ai peur de revenir à l'hôpital pour mes prochains accouchements. »	Après l'accouchement (post-partum)

Ces propos illustrent l'expérience vécue par les parturientes et mettent en évidence les différentes formes de violence obstétricale.

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : BERTE

Prénom : Ibrahima

Pays d'origine : Mali

Téléphone : (00223) 73-25-27-33/69-64-69-11

E-mail : berteibrahima1234@gmail.com

Titre de thèse : Vécu des parturientes et accouchées récentes au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes/ Mali

Ville de soutenance : Bamako

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

Résumé :

Introduction : La violence est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme étant l'utilisation intentionnelle de la force physique, de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté.

Objectif : Etudier le vécu des parturientes concernant la violence obstétricale dans le service de gynécologie Obstétrique de l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Méthodologie : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive sur une période de 12 mois allant du 1er Janvier au 31 décembre 2025 dans le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes.

Résultats : La fréquence de la violence obstétricale a été de **2,10%**. La tranche d'âge **20-35 ans** était la plus représentée avec une fréquence de **82,20%**. Les victimes de violence obstétricale étaient majoritairement mariées **67,30%**. La violence verbale était la forme de violence obstétricale la plus retrouvée **81,19%**. Les troubles psychologiques à type de colère et de tristesse avaient représenté **44,12%**. Les victimes avaient majoritairement accouché par voie basse.

Conclusion : La violence obstétricale constitue un problème majeur de santé publique de portée internationale. Elle est sous l'influence de divers facteurs. La lutte contre ces violences repose à la fois sur la sensibilisation des populations et sur l'application rigoureuse des dispositions légales et réglementaires.

Mots-clés : Vécu, Violence, Obstétricale, Hôpital, Kayes.

IDENTIFICATION SHEET

Last name: BERTE

First name: Ibrahima

Country of origin: Mali

Telephone: (+223) 73-25-27-33 / 69-64-69-11

E-mail: berteibrahima1234@gmail.com

Thesis title: Experiences of parturients and recently delivered women in the Department of Gynecology and Obstetrics at Fousseyni Daou Hospital, Kayes, Mali

City of defense: Bamako

Place of submission: Library of the Faculty of Medicine and Odontostomatology of Bamako

ABSTRACT

Introduction: Violence is defined by the World Health Organization (WHO) as the intentional use of physical force or threats against others or oneself, directed at an individual, a group, or a community.

Objective: To study the experiences of parturients regarding obstetric violence in the Department of Gynecology and Obstetrics at Fousseyni Daou Hospital in Kayes.

Methodology: This was a cross-sectional descriptive study conducted over a 12-month period, from January 1 to December 31, 2025, in the Department of Gynecology and Obstetrics at Fousseyni Daou Hospital in Kayes.

Results: The frequency of obstetric violence was 2.10%. The 20–35-year age group was the most represented, with a frequency of **82,20%** victims of obstetric violence were predominantly married (67.30%). Verbal violence was the most frequently reported form of obstetric violence (81.19%). Psychological disorders, mainly anger and sadness, accounted for 44.12%. Most victims had delivered vaginally.

Conclusion: Obstetric violence constitutes a major public health problem of international concern. It is influenced by various factors. Combating this form of violence relies both on raising public awareness and on the strict enforcement of legal and regulatory provisions.

Keywords : Experience, Violence, Obstetric, Hospital, Kayes

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maitres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant
l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de
l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-
dessus de mon travail.

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,
ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à
corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que les considérations de religion, de nation, de race, de
parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances
médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maitres, 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 !