RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

****

MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

****

UNIVERSITÉ D'ABOMEY CALAVI

FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ DE COTONOU

****

UNITÉ DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN MÉDECINE

Année : 2023 **N°2674**

PRÉVALENCE ET FACTEURS ASSOCIÉS AUX VIOLENCES OBSTÉTRICALES DANS LES CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES DE COTONOU EN 2023

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement pour l'obtention du grade de

Docteur en Médecine

(Diplômé d'état)

Par :

AHOUANSOU Venance Aurelien Kpessou

Né le 28 Août 1998 à Cotonou (BÉNIN)

DIRECTEUR DE THÈSE

MCA Egnonwa Cedric BIGOT

CO-DIRECTEUR DE THÈSE

Dr Djima Patrice DANGBEMEY

PRÉSIDENTE DU JURY

Pr Christiane TSHABU AGUEMON

MEMBRES DU JURY

MCA Moufalilou ABOUBAKAR

MCA Egnonwa Cedric BIGOT

Année académique : *2022 – 2023*

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

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

UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

FACULTE DES SCIENCES DE LA SANTE
****

N°1965 /2023/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/OSRH/SA

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

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

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

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

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

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2023-2024 (version octobre 2023)

PROFESSEURS TITULAIRES

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

Université d'Abomey-Calavi
LE DOYEN
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ

35. Dr GBESSI Dansou Gaspard	Chirurgie Générale
36. Dr HINSON Vikkey Antoine	Médecine du Travail
37. Dr HOUNKPE Pierre Claver	Anesthésie-Réanimation
38. Dr LALYA Francis Honorat	Pédiatrie et Génétique Médicale
39. Dr VIGAN Jacques	Néphrologie
40. Dr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
41. Dr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

1. Dr AVAKOUDJO François	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
2. Dr LAWSON AFOUDA Sonia	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
3. Dr SISSINTO SAVI DE TOVE Yolande	Parasitologie-Mycologie
4. Dr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
5. Dr ALIHONOU Thierry	Neurochirurgie
6. Dr BAGNAN TOSSA Léhila	Pédiatrie et Génétique Médicale
7. Dr GANFON M. Yowel Habib	Pharmacognosie
8. Dr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
9. Dr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
10. Dr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne
11. Dr ABOUBACAR Moufalilou	Gynécologie-Obstétrique
12. Dr ABOUKI Chakiratou Olaïdé Adoukê	Ophtalmologie
13. Dr ADJADOHOUN Sonia B.M. Gwladys	Radiologie, Radiodiagnostic et Imagerie médicale
14. Dr AKODJENOU Joseph	Anesthésie Réanimation
15. Dr AKPADJAN Gbèmawonmédè Fabrice	Dermatologie-Vénérologie
16. Dr ALIHONOU Florence Nathalie Yacoba	Pédiatrie et Génétique Médicale
17. Dr ANAGONOU LARY Lucrèce	Pédopsychiatrie
18. Dr ATTOLOU Sètondji Roger Gilles	Chirurgie Générale
19. Dr AZONBAKIN Azandégbé Simon	Histologie-Embryologie-Cytogénétique
20. Dr BIGOT Cédric Egnonwa Parfait	Médecine Légale
21. Dr BOGNON Gilles Modeste Alain	Pédiatrie et Génétique Médicale
22. Dr CHIGBLO Sègla Pascal Eric	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
23. Dr DEGBOE Kaï Bérénice Esthelle	Dermatologie-Vénérologie
24. Dr GNANGNON Freddy Houehanou Rodrigue	Cancérologie Chirurgicale
25. Dr HODONOU Dètondji Fred Jean-Martin	Urologie-Andrologie
26. Dr IMOROU SOUAÏBOU Yacoubou	Chirurgie Général
27. Dr KLIKPO Tchédié Etdéchié Elvire	Psychiatrie Adulte

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

28. Dr KPOSSOU Aboudou Raïmi ..... Gastroentérologie et Hépathologie
29. Dr LAWANI Ismaïl..... Chirurgie Viscérale
30. Dr MIKPONHOUE OLOU Rose Christelle ..... Médecine du Travail
31. Dr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu..... Gynécologie-Obstétrique
32. Dr PADONOU Abiodun Adébola Djossè..... Traumatologie-Orthopédie
33. Dr PADONOU Caroline Sourou Clémence..... Pédiatrie et Génétique Médicale
34. Dr PADONOU Sètondji Géraud Roméo..... Santé Publique
35. Dr SEIDOU Falilatou ..... Anatomie et Cytologie Pathologique
36. Dr SONOU Djidjoho Joël Arnaud..... Cardiologie
37. Dr TOGNIFODE Medesse Véronique..... Gynécologie-Obstétrique
38. Dr WACHINOU Ablo Prudence..... Pneumo-Phtisiologie
39. Dr YEVI Dodji Magloire Inès..... Urologie Andrologie
40. Dr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A..... Pédiatrie et Génétique Médicale

MAITRES ASSISTANTS

1. Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry ..... Neurochirurgie
2. Dr AGBOTON Bruno Léopold ..... Néphrologie
3. Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou ..... Cardiologie
4. Dr AMOSSOU Labissi François..... Traumatologie-Orthopédie
5. Dr BADOU Agnès Oladun Sylvie..... Sociologie et Anthropologie sociale
6. Dr GNINKOUN Comlan Jules..... Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
7. Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose..... Gynécologie-Obstétrique
8. Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis..... Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
9. Dr ADJOBIMEY Mênonli..... Santé au Travail
10. Dr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A..... Chirurgie Buccale
11. Dr ZOHOUN Comlan Gildas Alban ..... Hématologie
12. Dr AHOUNOU Ernest Stéphane..... Anesthésie-Réanimation
13. Dr AÏGBE Nestor..... Ophtalmologie
14. Dr DANGBEMEY Djima Patrice..... Gynécologie-Odstrétique
15. Dr DO SANTOS ZOUNON Alexis..... OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
16. Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle ..... Cardiologie
17. Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I. .... Anatomie
18. Dr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle..... Nutrition
19. Dr AGBOKPONTO Janvier Engelbert..... Chimie Analytique

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

OCTOBRE 2023

20. Dr ASSANHOU Assogba Gabin..... Pharmacie Galénique
21. Dr AZA-GNANDJI Guy-Gérard..... Psychiatrie
22. Dr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana..... Hématologie Biologie
23. Dr GOUKODADJA Oswald..... Traumatologie Orthopédie
24. Dr SOSSA Jean ..... Urologie
25. Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles..... Biophysique
26. Dr VIGNON Koffi Rodolphe ..... Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1. Dr LANKPEKO AFFOLABI Clémence M. ..... Pédiatrie et Génétique Médicale
2. Dr YAKOUBOU YOBO Annatou ..... Pédiatrie et Génétique Médicale
3. Dr AMONLES Yves D. ..... Psychiatrie
4. Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué ... Pédiatrie
5. Dr DADJO Kinski Aumar..... Traumatologie Orthopédie

ASSISTANTS EN POSITION PROBATOIRE

1. Dr HOUEZE Richard Ghislain Constantin..... Neurologie
2. Dr CHABI Yossounon..... Pharmacie hospitalière
3. Dr DANSOU Eugénie..... Médecine interne
4. Dr DJOSSOU Hontongnon Julien..... Rhumatologie
5. Dr AYI MEGNANGLO Codjo Austher..... Radiologie et Imagerie médicale
6. Dr DAHOUE Togbédji Richard..... Orthopédie Dento-Faciale
7. Dr HOUNSOU Nounagnon René..... Chirurgie générale
8. Dr KOGUI DOURO Akim..... Urologie-Andrologie

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

1. Dr TOHON Gbèdolo Honesty..... Toxicologie et Analyse du risque

OCTOBRE 2023

Le Doyen,



Professeur Josué Dejinnin Georges AVAKOUDJO

ACTION DE GRÂCES

A L'ÉTERNEL DIEU, LE PÈRE TOUT-PUISSANT

Le commencement et la fin de toute chose, chaque pas vers la réalisation de ce travail a été fait grâce à ta miséricorde. Je n'ai cessé de t'implorer, et tu m'as toujours exaucé. Gloire te soit rendue au plus haut des cieux.

Amen !

« Je me prosterne dans ton saint temple, et je célèbre ton nom, à cause de ta bonté et de ta fidélité, […]»

Psaumes 138 : 2

« Mon âme, bénis l'Éternel! Que tout ce qui est en moi bénisse son saint nom! Mon âme, bénis l'Éternel, Et n'oublie aucun de ses bienfaits! »

Psaumes 103 : 1 –2

DÉDICACE

- **À mon cher père Djidjoho Augustin AHOUANSOU**

Vous êtes et vous demeurez pour moi un exemple sur de nombreux plans. Vous m'avez appris à dire mes premiers mots et à former mes premières lettres. Ce travail est avant tout le vôtre. J'espère vous avoir rendu fier et j'essayerai de le faire davantage. Je suis conscient des nombreux sacrifices que vous avez consentis pour que je sois là où je suis actuellement. Je vous en serai éternellement reconnaissant. Puisse Dieu vous garder plus longtemps auprès de nous afin que vous bénéficiez des fruits de vos sacrifices. Amen !

Amour filial !

- **À ma chère mère Sènoumè Honorine AZONGBE**

Merci d'être mon soutien le plus indéfectible. Exemple de courage et d'abnégation, vous êtes le prototype parfait d'une amazone, d'une femme battante. Merci pour vos conseils avisés. Cette œuvre est également la vôtre, voyez-y un des fruits de votre dur labeur. Puisse Dieu m'accorder la grâce de bénéficier plus encore de vos orientations et de m'aider à vous donner le sourire et le confort que vous méritez. Amen !

Amour filial !

- **À ma tante Yvette ÉDJELLE-AHOUANSOU Épouse KITI**

Ma deuxième mère, vous êtes pour moi un modèle de persévérance, de courage et une source de motivation. Vous avez été le point de départ de toute cette aventure et dès lors, vous n'avez cessé de m'encourager. Ce travail est également le vôtre, j'espère vous rendre fier davantage. Merci pour vos prières. Par la grâce de Dieu, vous profiterez des fruits de tous vos efforts. Amen !

Gratitude infinie !

- **À mon deuxième père Didier KITI**

Vous avez enrichi mes connaissances sociétales et culinaires. Je n'oublié aucune de nos conversations. S'il y a une chose que je retiens, « quand la motivation n'y

est plus, il faut aller la puiser dans l'histoire ». Ce travail fait partie du début d'une histoire, qui j'espère sera belle afin que nous nous en réjouissons tous.

Gratitude infinie !

- **À mes frères Juste et Gaël et à ma sœur Doriane AHOUANSOU**

Que ce travail soit pour vous une source de motivation et un repère. Puisse le Tout-Puissant vous fortifier, vous combler de sagesse et qu'il nous unisse davantage. Amen !

Amour fraternel !

- **À ma grande-sœur Christiane Bélinda KITI**

Celle qui croit plus en moi que moi-même. Tu as les mots justes à chaque fois où j'ai le moral au sol. Merci pour tout grande-sœur. Je ne sais pas si tu vas me devancer ou c'est moi qui le ferais, mais trouve en ce travail le début de ce pour quoi nous n'avons jamais abandonné.

Amour fraternel !

- **À ma grand-mère paternelle Koudjou Marie HOUNKPATIN**

In memoriam,

J'aurais aimé que vous soyez présente durant ces moments, mais hélas vous avez rejoint la demeure du Très-Haut. De là où vous êtes, continuez de veiller sur nous. *Paix à votre âme « ahoonon ».*

- **À ma grand-mère maternelle Jeanne AZONHOUMON**

Merci pour toutes vos prières. Puissiez-vous demeurer encore longtemps auprès de nous pour bénéficier de tout l'amour que nous vous portons. Amen !

Amour fraternel !

REMERCIEMENTS

- **À mes oncles Médard et Félix AZONGBE, aux couples Benoîte et Sébastien AZONGBE ; Elisabeth et Sydney DOSSA ; Rosette et Ulrich LOKOSSOU et à toute la famille AZONGBE**

Merci pour votre soutien indéfectible. Vous avez toujours répondu présents à mes sollicitations. Puisse Dieu vous bénir. Amen !

Sentiments fraternels !

- **À ma tendre Arielle NOUDAMESSI**

Tes qualités exceptionnelles font de toi une perle rare. En toi, je trouve l'alchimie parfaite de l'intellect et du cœur. Ton sourire, tel un rayon solaire, dissipe toute obscurité, et ton rire apporte un ombrage inexplicable. Le tout donne un tableau dont mes yeux ne se lassent jamais. Merci infiniment pour ta présence. Puisse Dieu te bénir et nous guider sur le chemin du bonheur et de belles réalisations. Amen !

Merci pour tout !

- **À mes frères, amis et collègues de la Team FSS Asylum : Lionel AGBANRIN, Spéro ALLOKPE et Régis GNAVO**

Sans vous, l'aventure aurait été plus tumultueuse. Votre spécificité individuelle donne un sens à la team. Des esprits brillants avec des rêves de fous. Puisse Dieu nous aider à réaliser nos rêves et nous unir davantage. Amen !

Fructueuse carrière à vous !

- **À mes amis et frères de la Team APL : Jourdin BEKOUTONA, Fabrice GBENOU, Faaïz OTCHO et Gilles ZOUNTCHEGBE**

Un regroupement improbable et inimaginable qui est devenu une seconde famille. Avec vous, l'ennui végète dans le néant et la loyauté trouve tout son sens. Puissions-nous réaliser tous nos projets individuels et communs.

Très belle carrière à vous !

- **À mes collègues et amis :**
  - **Marina DEGBELO, Jennifer EMEKA, Faridath CHABI, Douceline GNANVI, Elfried GBEWEZOUN, Steeve DAZOUNDO, Judith AGOSSOU**

Merci pour votre présence. Fier de nous voir tous à la fin de ce chapitre de nos vies.

- **Moïse ASSOHOUI,**

Un leader hors pair. Te côtoyer m'a permis d'apprendre beaucoup de choses. Merci pour tous les efforts consentis pour la promotion.

- **Farouk AKIFEWA,**

Merci pour tous les moments passés ensemble. Nos apprentissages et nos révisions étaient uniques. L'un des génies qu'il m'ait donnée de rencontrer. L'anatomiste hors pair. Puisse le Tout-Puissant t'aider à accomplir tes rêves ! Amen !

- **Sheriff AHOYO,**

Plus qu'un ami, un frère. Merci pour tes encouragements et tes conseils avisés.

- **De mon groupe de stage de la 6ème année : Armel, Bolos, Faaïz, Fabrice, Faridath, Farouk, Ghislain, Gilles, Immaculée, James, Jemima, Jourdin, Marina, Roberte, Samia, Samuel, Sandrine, Lionel**

Par votre contribution, l'année de l'internat a été l'une des plus intéressantes de tout mon parcours académique. Nous avons eu des moments de prises de bec, de joie, de discussions cliniques. Tant de bons souvenirs qui me font sourire à chaque fois que j'y pense. Puisse le lien de confraternité crée, perdurer.

Brillante carrière à tous !

- **À mes aînés, Dr Cédric DOSSOU, Dr Razak ANDEMI, Dr Mystère DJENONTIN, Dr Alioth FANOU, Dr Albus AHOMADEGBE, Dr Pascaline FASSINOU, Dr Robert AMOUSSOU, Dr Alain SOTOGNON, Dr Joachim KIKPADE, Dr Chibaya N'TAKWO**

Merci de m'avoir fait découvrir et aimer la médecine autrement. Merci pour votre ouverture d'esprit et vos précieux conseils dont je ne cesse de m'abreuver.

Soyez bénis !

- **Au Dr Régis PADONOU,**

Un altruiste né, toujours prêt à aider les plus jeunes. Merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail.

Sincères remerciements !

- **Au Dr Isaac HOUNGNIGBE,**

Votre simplicité m'a toujours sidéré. Vous n'avez ménagé aucun effort à m'accompagner durant ce travail. Un modèle, vous êtes. Merci pour votre disponibilité.

Merci pour tout !

- **Au Dr Gérard DOSSOU-AGOUIN**

Vous incarnez l'humilité et l'excellence. Merci pour votre soutien.

- **À Iradath ALI,**

Chère co-enquêtrice, merci pour ta contribution à la réalisation de ce travail.

- **À mes amis, Romualde TONOUKOUIN, Vital KABRAN, Karus AHOUNNON, Meschack DEGNIHO, Edith GANSA,**

Merci pour votre accompagnement.

- **À tous les membres du Club de Jeux Médicaux ‘’Jeu d’Hippocrate’’ de la FSS**

Faire la médecine en s’amusant. Tout n’est pas dans les photocopies, il faut lire au-delà pour affiner ses connaissances. C’est l’envie que vous avez suscité en moi et que je nourris encore.

Longue vie au Club !

- **Aux membres de l’ONG Fondation durable,**

Une autre famille, fier de faire partie de cette ONG axée sur la promotion du bien-être des enfants vulnérables. Vous m’avez fait connaître qu’on peut faire beaucoup avec peu, mais surtout avec passion. Puisse l’ONG s’agrandisse davantage !

Longue vie à l’ONG !

- **À toute la 45ème promotion de médecins formés à la Faculté des sciences de la santé de Cotonou,**

Je n’aurais pas choisi mieux comme promotion. Nous avons été spéciale jusqu’au bout. Puissions-nous continuer d’exceller pour le bonheur et le bien-être de la population.

Brillante carrière à tous !

- **Aux femmes incluses dans cette étude,**

Sans vous ce travail n’aurait pas été possible. Merci pour votre participation.

- **À mes enseignants du cours primaire et du cours secondaire,**

Vous avez participé à l’homme que je deviens aujourd’hui. Merci pour tout.

À tous ceux qui de près ou de loin ont participé à l’aboutissement de ce travail, je vous dis merci du plus profond de mon être.

HOMMAGES

- **À tous nos Maîtres de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou**

Vous nous avez guidé avec bienveillance et patience, nous transmettant non seulement les connaissances médicales, mais également les valeurs éthiques et morales qui sont le fondement de cette noble profession.

Hommages respectueux !

- **À notre maître et Directeur de thèse, Dr Egnonwa Cedric BIGOT, Maître de Conférence Agrégé**

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour avoir accepté de superviser cette thèse malgré votre agenda chargé. Votre générosité intellectuelle votre disponibilité et votre simplicité nous ont marqué dès le début de ce travail. Votre rigueur scientifique, votre sens du détail, la recherche perpétuelle de la perfection et de l'excellence font de vous un modèle scientifique à suivre. Bien plus qu'un encadreur vous avez été un soutien pour nous dans la réalisation de ce travail. Profonde admiration cher maître.

Hommages respectueux !

- **À notre maître et Co-directeur, Dr Djima Patrice DANGBEMEY**

En dépit de vos multiples occupations, vous avez accepté de diriger ce travail. Nous vous en remercions sincèrement. Nous gardons un excellent souvenir de la qualité de l'enseignement que vous nous avez prodigué. Avec vous, il n'était pas seulement question de mémoriser, mais surtout de comprendre. Veuillez trouver dans ce travail, cher Maître, l'expression de notre admiration.

Hommages respectueux !

- **À notre maître et Président du Jury,**

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury malgré vos nombreuses occupations. Vos observations pointilleuses et vos précieuses recommandations nous aiderons sans l'ombre d'un doute à améliorer la qualité de ce travail.

Hommages respectueux !

- **Aux Honorables membres du Jury,**

Chers maîtres, nous sommes reconnaissant pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail en acceptant de l'apprécier. Nous vous assurons de l'usage judicieux de vos remarques, critiques et suggestions pour parfaire ce travail. Chers Maîtres, recevez ici l'expression de notre reconnaissance.

Hommages respectueux !

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AINS	:	Anti-inflammatoire non stéroïdien
AMIU	:	Aspiration manuelle intra-utérine
ARCH	:	Assurance pour le renforcement du capital humain
AVB	:	Accouchement par voie basse
CEDEF	:	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CHU-MEL	:	Centre hospitalier et universitaire de la mère et de l'enfant Lagune
CHUZ-SL	:	Centre hospitalier et universitaire de zone – Suru-Léré
CIMS	:	Coalition to improve maternity services
CNGOF	:	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CNHU-HKM	:	Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou Maga
CPN	:	Consultation prénatale
CUGO	:	Clinique universitaire de gynécologie et d'obstétrique
CUPGM	:	Clinique universitaire de pédiatrie et de génétique médicale
DES		Diplôme d'étude spécialisée
DPP	:	Dépression du post-partum
ECBU	:	Examen cytobactériologique des urines
FCFA	:	Franc de la communauté financière africaine
FIGO	:	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
HCE	:	Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes
HTA	:	Hypertension artérielle
IC	:	Intervalle de confiance
IIQ	:	Intervalle interquartile
IMBCI	:	International motherbaby childbirth initiative
IMBCO	:	International motherbaby childbirth organization
JICA	:	Japan international cooperation agency

MG	:	Médecin généraliste
N	:	Effectif
NB	:	Nota bene
OMS	:	Organisation mondiale de la santé
ONG	:	Organisation non gouvernementale
OR	:	Odds ratio
SA	:	Semaine d'aménorrhée
SIDA	:	Syndrome d'immunodéficience acquise
SMIG	:	Salaire minimum interprofessionnel garanti
T1	:	Premier trimestre
T2	:	Deuxième trimestre
T3	:	Troisième trimestre
TSPT	:	Trouble de stress post-traumatique
USA	:	United states of America
VD	:	Variable dépendante
VI	:	Variable indépendante
VIH	:	Virus de l'immunodéficience humaine
VO	:	Violence obstétricale
WRA	:	White ribbon alliance
<	:	Inférieur à
≤	:	Inférieur ou égal à
≥	:	Supérieur ou égal à
%	:	Pourcentage

LISTE DES TABLEAUX

			Pages
Tableau I	**:**	Fréquence des violences obstétricales dans le monde	23
Tableau II	**:**	Typologie des violences obstétricales selon Bohren et al (début) [29]	25
Tableau III	**:**	Typologie des violences obstétricales selon Bohren et al (suite et fin)[29]	26
Tableau IV	**:**	Manifestations des violences obstétricales dans le monde (début)	27
Tableau V	**:**	Manifestations des violences obstétricales dans le monde (suite et fin)	28
Tableau VI	**:**	Prévalence et types de violences obstétricales associées à la survenue de la dépression du post-partum (DPP) chez les femmes	31
Tableau VII	**:**	Prévalence et facteurs associés à la survenue du trouble de stress post-traumatique (TSPT) en cas de violences obstétricales	32
Tableau VIII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 par centre de collecte	60
Tableau IX	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des données socio-démographiques (début)	61
Tableau X	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des données socio-économiques	62
Tableau XI	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de la gestité et de la parité	64
Tableau XII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du suivi de la grossesse et du type de centre de suivi	66
Tableau XIII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	67

		en fonction du profil du personnel soignant ayant suivi la grossesse	
Tableau XIV	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de modalités de l'accouchement	69
Tableau XV	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 ayant accouché par voie basse en fonction des gestes spécifiques reçus	70
Tableau XVI	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 selon la survenue de complications au cours de l'accouchement	70
Tableau XVII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du vécu de l'accouchement	71
Tableau XVIII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 par service en fonction des types de violences obstétricales enregistrés	73
Tableau XIX	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des types des violences physiques enregistrés	74
Tableau XX	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour les violences physiques	75
Tableau XXI	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des types de violences verbales enregistrés	76
Tableau XXII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de	77

		la catégorie du professionnel incriminé pour les violences verbales	
Tableau XXIII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour la stigmatisation et la discrimination	78
Tableau XXIV	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des différentes composantes du non-respect des normes éthiques	79
Tableau XXV	**:**	Répartition des femmes enquêtées ayant bénéficié de toucher vaginal sans recueil du consentement au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du personnel de santé incriminé	80
Tableau XXVI	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des composantes de la mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé	82
Tableau XXVII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des composantes des violences institutionnelles enregistrées	83
Tableau XXVIII	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des données liées à l'aspect juridique des violences obstétricales	85
Tableau XXIX	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des raisons de la renonciation aux poursuites judiciaires en cas de violences obstétricales	86

Tableau XXX	**:**	Relation entre les données socio-démographiques et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (début)	87
Tableau XXXI	**:**	Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	88
Tableau XXXII	**:**	Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	89
Tableau XXXIII	**:**	Relation entre les données liées à la grossesse et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	90
Tableau XXXIV	**:**	Relation entre les données liées à l'accouchement et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	91
Tableau XXXV	**:**	Relation entre les données socio-démographiques et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	92
Tableau XXXVI	**:**	Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	93
Tableau XXXVII	**:**	Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	94
Tableau XXXVIII	**:**	Relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (Début)	95
Tableau XXXIX	**:**	Relation entre les données liées à grossesse et l'accouchement et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (suite et fin)	96
Tableau XL	**:**	Relation entre les données socio-démographiques et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	97

Tableau XLI	**:**	Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	98
Tableau XLII	**:**	Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	99
Tableau XLIII	**:**	Relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	100
Tableau XLIV	**:**	Relation entre les données socio-démographiques et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	101
Tableau XLV	**:**	Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	102
Tableau XLVI	**:**	Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	103
Tableau XLVII	**:**	Relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	104
Tableau XLVIII	**:**	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	105
Tableau XLIX	**:**	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (Début)	106
Tableau L	**:**	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (suite et fin)	107

Tableau LI	**:**	Facteurs prédicteurs potentiels associés au non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	108
Tableau LII	**:**	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	109

LISTE DES FIGURES

			Pages
Figure 1	**:**	Analyse de la problématique des facteurs associés aux violences obstétricales	8
Figure 2	**:**	Grandes étapes de la reconnaissance des violences obstétricales	17
Figure 3	**:**	Infographie des recommandations de l'OMS sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement	22
Figure 4	**:**	Photo de la salle d'accouchement « humanisé » du CHU-MEL	45
Figure 5	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de leurs antécédents médicaux	63
Figure 6	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de leurs antécédents chirurgicaux	63
Figure 7	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des antécédents de fausses couches et de mort-nés	65
Figure 8	**:**	Différentes pathologies développées au cours de la grossesse chez les femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023	68
Figure 9	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des types de violences obstétricales enregistrés	72
Figure 10	**:**	Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 ayant entendu parler des ''violences obstétricales'' en fonction des sources d'informations	84

LISTE DES ENCADRÉS

Pages

Encadré 1 : Charte des soins maternels respectueux - droits universels des femmes enceintes 34

Encadré 2 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant sur la prévention et la répression des violences faites aux femmes au Bénin 35

Encadré 3 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin (début) 36

Encadré 4 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin (suite et fin) 37

Encadré 5 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2020-37 du 03 février 2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin (début) 38

Encadré 6 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2020-37 du 03 février 2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin (suite et fin) 39

PAR DÉLIBÉRATION, LA FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS CETTE THÈSE N'ENGAGENT QUE SON AUTEUR

SOMMAIRE

INTRODUCTION 1
1. PROBLÉMATIQUE 4
2. GÉNÉRALITÉS 10
3. CADRE ET MÉTHODES D'ÉTUDE 41
4. RÉSULTATS 59
5. DISCUSSION 110
CONCLUSION 130
SUGGESTIONS 132
RÉFÉRENCES 136
ANNEXES A
TABLE DES MATIÈRES Y

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement constituent des évènements de vie marquants pour les familles et surtout pour la femme [1–3]. Afin d'assurer leur bon déroulement, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande de recourir aux soins obstétricaux auprès des professionnels de santé qualifiés [4].

Il arrive cependant que les soins obstétricaux soient vécus parfois comme une expérience traumatisante. C'est le cas lorsque les femmes subissent des violences obstétricales. La notion de violences obstétricales désigne des propos tenus et/ou des actes posés par des professionnels de la santé, et qui portent atteinte à la dignité, à l'intégrité physique et psychique des femmes pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Ces violences peuvent se manifester par des pratiques humiliantes, des procédures médicales imposées de manière coercitive, ou réalisées sans consentement, ainsi que par l'absence de confidentialité et le non-respect de l'intimité de la femme [5, 6].

Devenant un frein au recours aux soins obstétricaux, les violences obstétricales constituent un véritable problème de santé publique [5, 7, 8]. Elles sont également considérées comme des atteintes aux droits humains fondamentaux. Elles suscitent, de ce fait, une indignation et une préoccupation grandissante à l'échelle mondiale [5, 9, 10]. De nombreuses études ont été menées à travers le monde notamment en Amérique du sud [11–14], en Amérique du nord [15–17] et en Europe pour mieux comprendre les déterminants de ce phénomène [18–22]. Elles ont montré une variabilité des facteurs d'un pays à un autre. Elles ont révélé que les violences obstétricales pouvaient, tout autant, être le fait isolé d'agents de santé qu'être liées à l'organisation des soins, aux pratiques culturelles et sociétales.

En Afrique subsaharienne, très peu d'études semblent avoir exploré la problématique des violences obstétricales. Il est certes vrai que dans cette partie du monde, les politiques en matière de soins obstétricaux sont plus focalisées sur la réduction du nombre de décès maternels avec pour objectif de passer sous le

seuil des 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2030 [23]. La nécessité de sauver la vie des femmes ne devrait pas pour autant occulter la nécessité de veiller aux autres droits des femmes, dont celui du respect de leur dignité [5, 24].

La compréhension du phénomène étant un préalable indispensable à l'élaboration des mesures permettant de réduire l'incidence des violences obstétricales, il est important qu'à l'échelle locale, des études sur les violences obstétricales soient menées.

Notre étude s'inscrit dans cette dynamique de compréhension des violences obstétricales en Afrique et plus particulièrement au Bénin en se proposant d'en étudier la prévalence et les facteurs qui y sont associés dans les centres de référence en matière de santé de la mère et de l'enfant au Bénin.

1. PROBLÉMATIQUE

1.1 Énoncé du problème

Les violences obstétricales sont des propos, des gestes, des comportements, ou l'exercice de pratiques professionnelles ou leur omission ou abstention, qui portent atteinte à la dignité, à l'intégrité physique et psychique de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum [5, 25, 26]. Dans la littérature, elles sont nommées de différentes manières notamment : « comportements abusifs », « négligence », « mauvais traitements », « manque de respect », « déshumanisation des soins », ou « maltraitance dans les soins » [5, 24, 27, 28]. Ces termes, pour le moins édulcorés, atténuent l'expérience désagréable que vivent certaines femmes et tendent à moins heurter la sensibilité de la population [25, 27]. Bien qu'elles soient pour la plupart non intentionnelles, les violences obstétricales posent un réel problème d'éthique médicale, car elles nuisent à la santé des femmes et constituent une violation des droits humains. Les responsables des actes ne sont rien d'autres que les professionnels de santé [5, 24, 25]. Or, le premier principe des sciences médicales est : « Primum non nocere » c'est-à-dire « Premièrement ne pas nuire ».

De nombreuses études prouvent l'existence des violences obstétricales partout dans le monde avec des prévalences variées en raison de divers facteurs démographiques, économiques, socio-culturels, institutionnels, etc [10, 29]. Cependant, leur prévalence mondiale reste inconnue, mais cela ne change en rien le fait qu'elles soient un problème de santé publique [5].

Aux États-Unis d'Amérique, la prévalence des violences obstétricales était de 17,3 % en 2017 [30]. En Palestine, au nord de la Cisjordanie, Dwekat et al avaient rapporté une prévalence de 97,8 % en 2020. Une étude portant sur le traitement dont bénéficient les femmes durant l'accouchement dans quatre (04) pays à revenu faible ou intermédiaire (Ghana, Guinée, Myanmar et Nigéria) avait révélé une prévalence de 41,6 % de violences obstétricales observées par les enquêteurs en 2019 [31]. Des chiffres plus élevés ont été retrouvés dans d'autres pays

africains avec notamment au Nigéria une prévalence de 98 % en 2015 et en Ethiopie une prévalence de 100 % en 2021 [32, 33].

A notre connaissance, une seule étude a été réalisée au nord du Bénin, dans la ville de Tanguiéta en 2019 sur les violences obstétricales. Il s'agissait d'une étude descriptive qui a révélé que 90,65% ne savaient pas ce que c'est qu'une violence obstétricale, mais la prévalence était de 46,26 % [34]. Ce qui prouve que les violences obstétricales sont bien réelles au Bénin, bien qu'elles y demeurent peu connues. De plus en plus, les faits de violences obstétricales font la une des journaux de la presse écrite et sont au cœur des débats télévisés [35–37].

Ce phénomène nous interpelle tous car il porte préjudice à la santé maternelle et néonatale [5]. Il altère la relation mère-enfant nécessaire pour le bien-être et le bon développement du nouveau-né, car il fait non seulement le lit à la dépression du post-partum et au syndrome post-traumatique chez la mère, mais il les entretient également. [38–40]. Les violences obstétricales altèrent la relation de confiance qui devrait exister entre les femmes et le personnel de santé, et par ricochet cela constitue un frein à l'utilisation des services de soins par les femmes [5, 7, 41]. Il urge donc d'agir afin de limiter les conséquences néfastes qu'engendrent les violences obstétricales.

Afin de proposer des solutions spécifiques et pérennes à ce phénomène, il faut une bonne compréhension de ses tenants et aboutissants. Ceci est d'autant plus important que les violences obstétricales seraient plus fréquentes dans les maternités publiques, et particulièrement dans les hôpitaux publics qui sont censés posséder les meilleures ressources et le personnel le plus qualifié en matière de santé maternelle [42–45].

Dans le but de contribuer à produire des données au niveau local sur ce phénomène et aider à réduire son incidence, nous nous proposons de documenter les violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires de Cotonou (structures de références en matière de santé maternelle au Bénin).

Pour cela nous nous sommes posé la question suivante : quels sont les facteurs associés aux violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires de la ville de Cotonou en 2023 ?

1.2 Cadre conceptuel

L'analyse de travaux antérieurs portant sur les violences obstétricales en milieu hospitalier dans le monde nous a permis d'établir le cadre conceptuel ci-dessous :

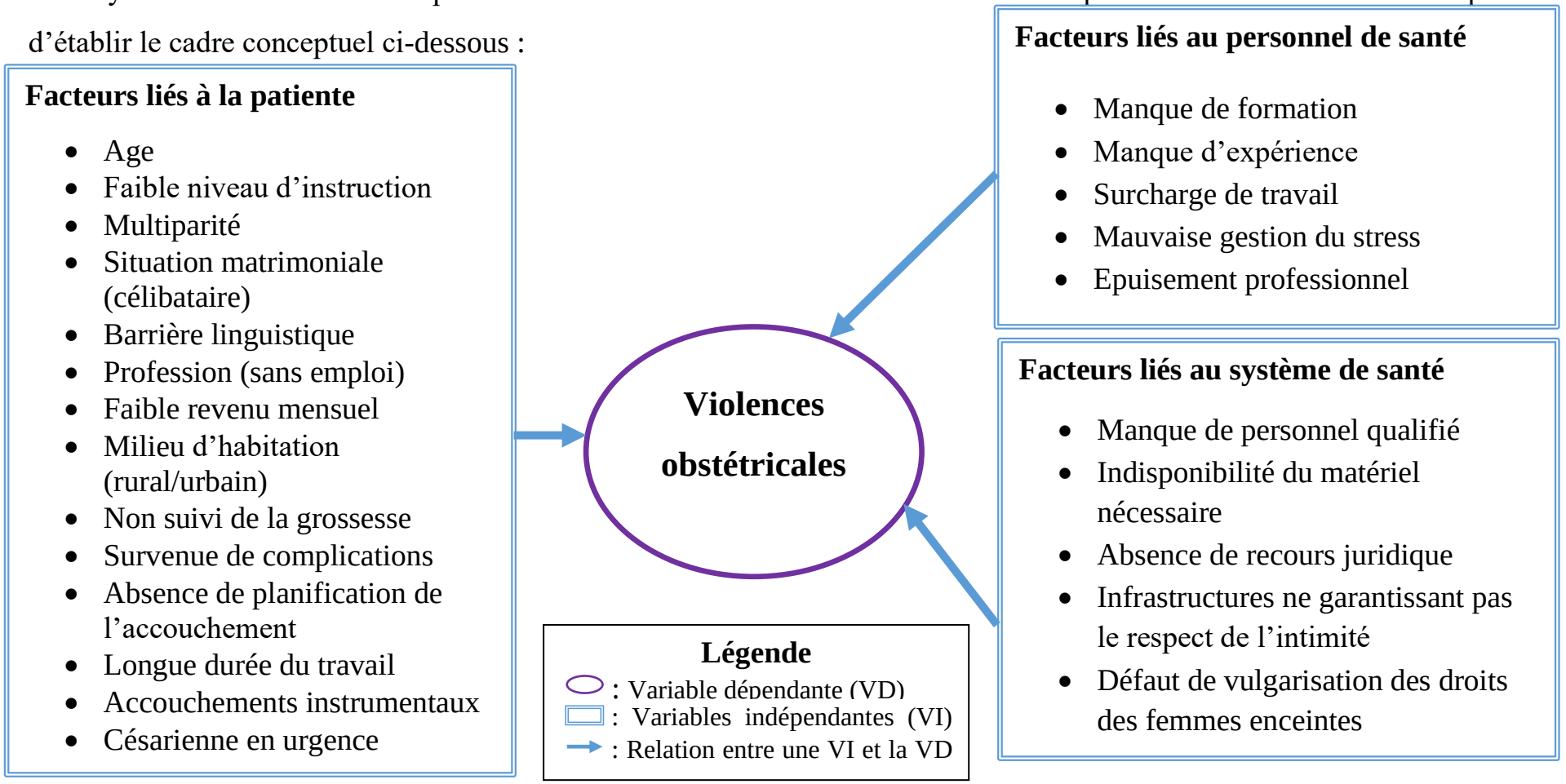


Figure 1 : Analyse de la problématique des facteurs associés aux violences obstétricales

1.3 Hypothèses

Au vu de tout ce qui précède, nous formulons les hypothèses suivantes :

- Les violences obstétricales seraient sous-estimées.
- Les facteurs associés aux violences obstétricales ne relèveraient pas que de la responsabilité directe du personnel de santé.
- Les femmes seraient ignorantes des droits universels de la femme enceinte, ce qui pourrait expliquer la non dénonciation des actes de violences.

1.4 Objectifs

1.4.1 Objectif général

Étudier la prévalence et les facteurs associés aux violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires hospitalier de Cotonou en 2023.

1.4.2 Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques et gynéco-obstétricales des accouchées en milieu hospitalier à Cotonou en 2023.
- Calculer la prévalence des violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou en 2023.
- Identifier les facteurs associés aux violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou en 2023.
- Évaluer la connaissance des patientes sur les droits des femmes en matière de soins obstétricaux en milieu hospitalier à Cotonou en 2023.

2. GÉNÉRALITÉS

2.1 Définition de concepts

2.1.1 Violence

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la violence comme étant la menace ou l'utilisation intentionnelle de la force physique ou du pouvoir contre soi-même, contre autrui ou contre un groupe ou une communauté qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, un décès, des dommages psychologiques, un mal développement ou des privations [46].

2.1.2 Violences obstétricales

Les violences obstétricales sont définies comme des propos, des gestes, des comportements, ou l'exercice de certaines pratiques professionnelles ou leur omission ou abstention, qui portent atteinte à la dignité, à l'intégrité physique et psychique de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elles peuvent être le fait du professionnel de la santé voire du système de la santé lui-même [5, 24, 26, 29, 47].

Il existe de nombreux autres termes synonymes notamment : « traitements non respectueux », « mauvais traitements », « maltraitance obstétricale », « actes sexistes » [5, 24–26, 29, 47].

2.1.3 Professionnel de santé

Selon la loi N°2020-37 du 03 février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin, le professionnel de santé est *« toute personne, qui de par son rôle et son image, peut fortement contribuer à promouvoir un mode de vie. Il s'agit des médecins, du personnel infirmier, des sage-femmes, des dentistes, des psychologues, des psychiatres, des pharmaciens et d'autres professions en rapport avec la santé* [48]. *»*

2.1.4 Violence physique

Le concept de violence physique désigne tout type d'acte entrainant ou pouvant entrainer un dommage corporel, moyennant le recours à la force physique ou à tout type d'arme ou d'objet pouvant provoquer ou non des lésions internes, externes ou les deux à la fois [49].

2.1.5 Violence psychologique ou morale

La violence psychologique ou morale est le fait de soumettre une personne à des agissements ou paroles répété(e)s ayant pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de vie susceptibles de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre ses projets ou son avenir. C'est aussi un acte ou une négligence portant préjudice à la stabilité psychologique, un abandon, une inattention réitérée, une jalousie excessive, des insultes et humiliations, une dévalorisation, une marginalisation, un manque d'affection, une indifférence, l'infidélité, des comparaisons destructives, le rejet, la restriction de l'autodétermination et des menaces ; autant de situations pouvant amener la victime à sombrer dans la dépression, à s'isoler, à perdre l'estime de soi, voire à se suicider [49].

2.1.6 Violence sexuelle

D'après la loi N°2011-26 du 09 Janvier 2012 portant prévention et répressions des violences faites aux femmes en République du Bénin, la violence sexuelle est définie comme « *tout acte ayant pour effet de dégrader ou d'entrainer un dommage pour le corps et/ou la sexualité de la victime et qui, par conséquent, porte atteinte à sa liberté, à sa dignité et à son intégrité physique. C'est l'expression d'un abus de pouvoir dicté par la suprématie de l'homme sur la femme qui est ainsi dénigrée et traitée comme un objet ; toutes autres formes similaires qui nuisent ou portent atteinte à la dignité, à l'intégrité ou à la liberté des femmes* [49]. »

Sont, par exemple, considérés comme des violences sexuelles des actes tels que le harcèlement sexuel, les attouchements sexuels, le viol.

Le viol est un type particulier de violence sexuelle qui est défini comme : *« tout acte de pénétration vaginale, anale ou buccale par le sexe d'autrui ou la pénétration vaginale ou anale par un quelconque objet sans le consentement intelligent et volontaire de la personne pénétrée. Cependant le consentement n'est pas valable chez les femmes mineures de moins de seize (16) ans. La personne pénétrée n'est pas obligée de se battre contre son agresseur* [49]. *»*

Les violences sexuelles sont des infractions. Leurs auteurs s'exposent à des peines de prison ou d'amende.

2.1.7 Grossesse

La grossesse est la période de temps qui s'écoule depuis la conception jusqu'à la naissance du bébé [50].

2.1.8 Accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes mécaniques et dynamiques qui ont pour conséquence la sortie du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse atteint le terme théorique de six (06) mois, soit 22 semaines d'aménorrhée (SA) slon l'OMS [50].

2.1.9 Post-partum ou suites de couches

Le post-partum définit la période entre l'accouchement et le retour des menstruations (retour de couches). Il prend fin en moyenne 42 jours après l'accouchement [50].

2.2 Rappels sur les normes éthiques de la pratique médicale

2.2.1 Principes généraux

L'analyse des implications éthiques liées à une démarche médicale ou à une décision organisationnelle en matière de santé est abordée à travers le prisme de quatre principes fondamentaux tels que définis par Beauchamp et Childress [51]:

- **la bienfaisance** qui exige que la décision médicale soit avantageuse pour le patient et justifiée par l'état actuel des connaissances médicales ;
- **la non-malfaisance** qui implique l'évaluation de la balance bénéfice/risque de chaque décision et dans tous les cas de ne pas nuire au patient ;
- **le respect de l'autonomie** qui considère le patient comme un acteur de la décision médicale et il doit avoir l'information juste et complète afin de donner son accord ou non pour les soins qui lui sont proposés ; et
- **la justice** qui exige un accès égal aux soins pour tous sans aucune discrimination.

Ces quatre principes constituent les fondements qui régissent chaque décision médicale et servent de base à la rédaction des normes éthiques dans chaque domaine de la médecine.

2.2.2 Cadre éthique spécifique aux soins maternels

Prenant appui sur ces principes fondamentaux de la pratique médicale, la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) a proposé, dans sa déclaration émise en septembre 2021, un « Cadre éthique pour des soins maternels respectueux pendant la grossesse et l'accouchement » [52], qui se présente comme suit :

- **le principe de bienfaisance**

Les soins de maternité devraient être axés sur un soutien individualisé favorisant un modèle de partenariat entre les professionnels de la santé et la « famille mère-bébé ». Les professionnels de la santé ont la responsabilité d'offrir des soins réguliers à la mère, au bébé et à la famille, en veillant à ce que leurs pratiques soient adaptées aux besoins, aux attentes en matière de santé et aux résultats sanitaires, tout en optimisant les processus naturels de l'accouchement.

Une approche des soins basée sur des données probantes est essentielle, encourageant la promotion de pratiques bénéfiques pour soutenir la physiologie normale du travail, de l'accouchement et des périodes post-partum et néonatales.

- **le principe de non-malfaisance**

Les professionnels de santé doivent s'abstenir de mettre en œuvre des pratiques préjudiciables, en évitant les procédures dont les avantages ne sont pas suffisamment étayés par des preuves pour justifier leur utilisation systématique ou fréquente pendant la grossesse normale, le travail, l'accouchement, ainsi que la période post-partum et néonatale.

En parallèle, ils sont tenus d'éviter tout manque de respect et mauvais traitement, en s'engageant à définir, identifier et éliminer toute forme de non-respect ou de mauvais traitement envers les mères et les nouveau-nés.

- **le principe de justice**

Les soins maternels doivent être administrés dans le respect de la dignité et sur le consentement éclairé des femmes sans aucune discrimination notamment socio-économique. Il est catégoriquement interdit d'infliger des violences physiques, verbales ou émotionnelles aux femmes, à leurs nouveau-nés et à leurs familles.

L'accessibilité aux soins doit être assurée avec une transparence des coûts. Ces derniers ne doivent pas constituer dans la mesure du possible un obstacle au suivi obstétrical. Parallèlement, la promotion du bien-être et la prévention des maladies doivent être assurées à la « famille mère-bébé ».

- **le principe d'autonomie**

Les professionnels de santé doivent prêter une oreille attentive aux besoins et préoccupations des femmes et de leurs familles tout au long du continuum de l'accouchement. Ils doivent leur fournir spontanément des informations sûres tout au long du suivi obstétrical et dans une langue compréhensible pour tous.

Les professionnels de santé sont tenus de prodiguer des soins respectueux et dignes. Chaque clinicien doit traiter chaque femme et chaque nouveau-né avec respect et dignité, en assurant une communication complète et une implication dans le processus décisionnel concernant les soins pour la femme et son bébé. Le droit au consentement et au refus éclairés doit être préservé, favorisant une prise de décision collaborative entre la femme enceinte, sa famille et les prestataires de soins de santé.

2.3 Violences obstétricales

2.3.1 Historique des violences obstétricales

L'histoire des violences obstétricales est née aux États-Unis d'Amérique avant d'émerger en Amérique latine. Elle a ensuite migré progressivement dans le monde anglo-saxon et européen avant d'entrer un peu plus tard en Afrique grâce aux médias internationaux. Les grandes étapes de la reconnaissance des violences obstétricales sont résumées par la figure 2.

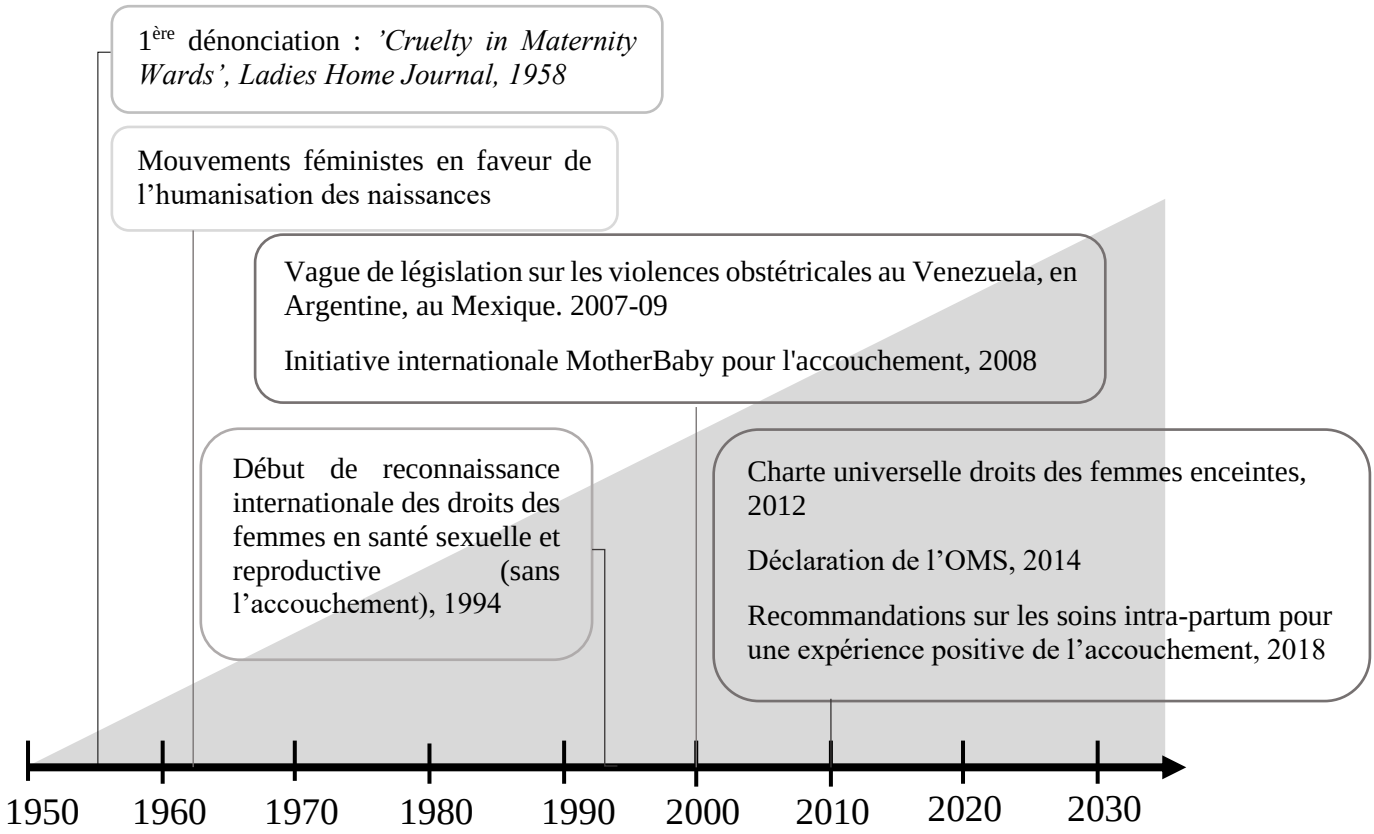


Figure 2 : Grandes étapes de la reconnaissance des violences obstétricales

2.3.1.1 Naissance aux États-Unis d'Amérique

La première dénonciation de ce qui est dénommé aujourd'hui « violences obstétricales » remonte en 1958 à travers un article publié dans le Ladies Home Journal. Il s'agit de ''Cruelty in Maternity Wards'' c'est-à-dire ''Cruauté dans les maternités''. Cet article avait fait un rapport des soins abusifs dont étaient victimes

les femmes lors du travail d'accouchement aux Etats-Unis d'Amérique. Ces abus comprenaient des coups, des propos injurieux, la privation de médicaments, la contention des femmes et la réalisation d'épisiotomie à chaud [53, 54].

Il a suscité un vif remue-ménage national à tel point qu'il a été à l'origine de la création de l'American Society for Psychoprophylaxis in Obstetrics, aujourd'hui connue sous le nom de Lamaze International. Il a également été un catalyseur pour des réformes majeures dans le domaine de l'accouchement, notamment en matière d'éducation à l'accouchement, de reconnaissance du droit au consentement éclairé, et d'autorisation de la présence des membres de la famille pendant le travail et l'accouchement [53, 54].

2.3.1.2 Réappropriation et émergence en Amérique latine

Au cours des années 1960, des mouvements féministes ont émergé et pris forme en opposition à la « pathologisation » et à la « médicalisation excessive » de la grossesse et de l'accouchement en Amérique latine [55]. Pour eux, la grossesse et l'accouchement sont des phénomènes physiologiques qui ne nécessitent pas d'interventions médicales, interprétées comme une mainmise des soignants sur le corps des femmes. Ainsi, ils revendiquaient la réappropriation de la grossesse et de l'accouchement par les femmes, la réduction des interventions médicales, une approche médicale de la périnatalité basée sur des preuves, la participation active de la femme aux prises de décision, le respect de sa dignité et de son autonomie [13, 55].

Ces mouvements se sont intensifiés dans les années 1990. Ils vont conduire à des plaidoyers et une lutte politique pour les droits des femmes. Il s'agit entre autre de la Coalition pour l'amélioration des services de maternité (CIMS), du mouvement pour l'humanisation de l'accouchement au Brésil qui prônait des pratiques plus humaines durant la naissance [13, 56]. La pression de ces organisations a permis, dans un premier temps, que la question liée aux droits des femmes lors de l'accouchement soit débattue au cours de la conférence des états

de l'Amérique latine sur l'humanisation de l'accouchement en novembre 2000 à Fortaleza, au Brésil. A l'issu de cette conférence, un modèle d'accouchement humanisé a été retenu. Ce dernier insistait sur le droit des femmes à être accompagnées pendant l'accouchement, à choisir librement leur position d'accouchement, à s'alimenter et à boire durant le travail d'accouchement, et sur la limitation des interventions invasives au cours de l'accouchement afin de préserver l'intégrité corporelle des femmes [13, 57, 58].

Dans un second temps, elle a permis l'adoption de textes de lois sur les violences obstétricales par plusieurs pays d'Amérique latine notamment le Venezuela, l'Argentine, le Mexique, et plus tardivement le Brésil.

Le 26 Avril 2007, l'assemblée nationale de la république bolivarienne de **Venezuela** a promulgué le décret n°38668 portant "*Loi organique pour le droit des femmes à une vie sans violence".* Le chapitre 3 de ce décret, portait sur la définition et les formes de violences contre la femme. Dans son article 15 il définit l'expression « violence obstétricale » comme *« l'appropriation par le personnel de santé du corps et des processus de reproduction des femmes, se manifestant par un traitement déshumanisant, une surmédicalisation, une vision pathologique des processus naturels, limitant l'autonomie et altérant la liberté de disposer de son corps et de sa sexualité, ce qui affecte négativement la qualité de vie des femmes »* [59].

En **Argentine**, la *"Loi de protection intégrale pour prévenir, punir et éradiquer la violence contre les femmes dans les domaines dans lesquels elles développent leurs relations interpersonnelles"* a été promulguée le 1er Avril 2009. L'article 6 de cette loi définit la violence obstétricale comme *« la violence exercée par le personnel médical sur le corps et les processus reproducteurs des femmes, se manifestant par un traitement déshumanisé, une surmédicalisation et la pathologisation des processus naturels »* [60].

Inspirés par les modèles vénézuélien et argentin, une dizaine d'Etats, au **Mexique**, ont intégré les violences obstétricales à leurs textes de loi tels que les Etats de Hidalgo, de Colima, de Guanajuato [61–63].

2.3.1.3 Internationalisation du concept des violences obstétricales

Suite à cette vague de législation en Amérique latine, le concept de "violence obstétricale" s'est répandu à l'échelle mondiale, d'abord dans le monde anglo-saxon puis européen. Il suscitait également l'intérêt de plusieurs organisations internationales.

Ainsi, en 2008, l'International MotherBaby Childbirth Organization (IMBCO) a introduit l'International MotherBaby Childbirth Initiative (IMBCI), « Initiative internationale MotherBaby pour l'accouchement » qui se compose de dix (10) étapes visant à optimiser les services de maternité pour les mères et les bébés [64].

En 2012 à la Haye, les États-Unis d'Amérique ont abrité la conférence internationale sur les droits de la personne et de l'accouchement [65]. Au cours de la même année, la White Ribbon Alliance (WRA), entendue Alliance du Ruban Blanc a élaboré la Respectful Maternity Care : The Universal Rights of Childbearing Women, une charte sur les soins de maternité respectueux et les droits universels des femmes enceintes qui est une référence en la matière [24].

En 2014, l'OMS a fait une déclaration marquante portant sur ‘'La prévention et l'élimination du manque de respect et des abus lors de l'accouchement dans les établissements de soins" dans laquelle il est mentionné : *« Partout dans le monde, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements non respectueux et de mauvais traitements lors de l'accouchement en établissement de soins. Ce genre de traitement constitue non seulement une violation de leurs droits à des soins fondés sur le respect, mais il constitue aussi une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. Cette déclaration se veut un appel à l'action, au dialogue, à la recherche et à la défense des droits*

relatifs à cette question importante de santé publique et de droits de la personne » [5]. Après cette déclaration, l'OMS a lancé une étude sur le traitement réservé aux femmes durant l'accouchement dans quatre pays, le Ghana, la Guinée, le Nigéria et la Birmanie de 2016 à 2018 [31].

Il faut noter qu'en 2018, en France, le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes (HCE) qualifiait les violences gynécologiques et obstétricales d'actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes. Il les a définies comme étant : *« des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un 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 soignant(e)s — de toutes spécialités — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant(e)s »* [47].

Toujours en 2018, fidèle à sa déclaration, l'OMS a établi des recommandations sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement dans lesquelles elle propose une infographie des différentes actions essentielles pour garantir des services de soins respectueux et non-violents aux femmes lors de leur prise en charge obstétricale (figure 2) [66] :

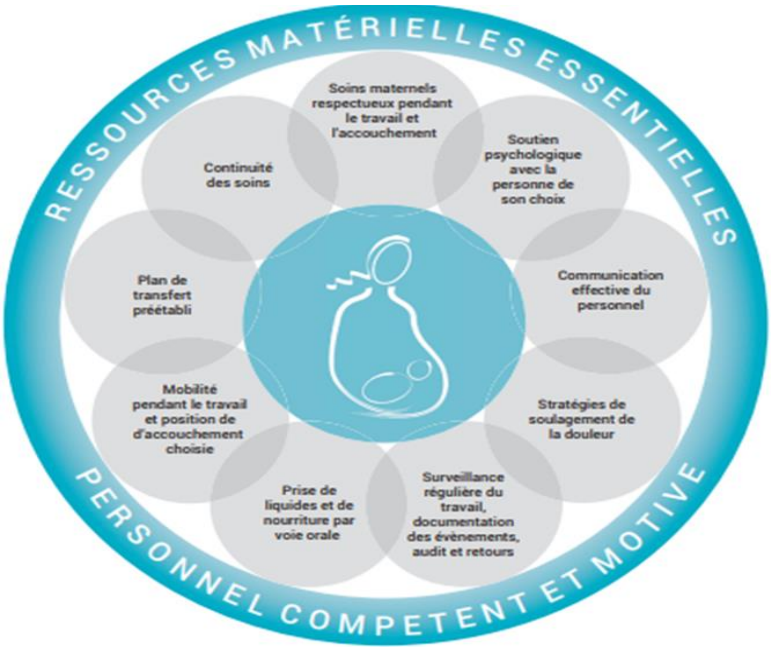


Figure 3 : Infographie des recommandations de l'OMS sur les soins intra-partum pour une expérience positive de l'accouchement [52]

2.3.1.4 Entrée du concept des violences obstétricales en Afrique par les médias

En Afrique de l'Ouest, la question des violences obstétricales a récemment fait son apparition grâce aux médias surtout internationaux. Bien qu'elle a été abordée le 29 décembre 2020 par un média international à travers un recueil de témoignages [67], l'expression violence obstétricale s'est ouverte au grand public lors d'une vague de dénonciation médiatique d'une situation déplorable survenue au nord de Dakar, au Sénégal en Avril 2022. Il s'agit, de la mort d'une jeune femme enceinte de neuf mois. Le décès serait survenu suite à une négligence de la part du personnel d'un hôpital. Cet évènement a suscité de nombreuses réactions tant chez les professionnels de santé qu'au niveau de la population. A la suite de cela, les témoignages se sont multipliés [68, 69].

Au Bénin, l'expression violence obstétricale a été abordée au cours d'une émission dénommée « Le Grand Débat : violences obstétricales » à travers un reportage effectué au CNHU-HKM afin de dénoncer les violences obstétricales en janvier 2022 [36].

2.3.2 Épidémiologie des violences obstétricales

2.3.2.1 Fréquence

Après l'appel lancé par l'OMS en 2014 dans sa déclaration, un nombre croissant d'études se sont intéressées aux violences obstétricales de par le monde. Elles ont permis de retrouver une prévalence qui varie d'une région à une autre comme le montre le tableau I suivant.

Tableau I : Fréquence des violences obstétricales dans le monde

Auteurs	Année de publication	Pays	Fréquence
Vedam et al. [30]	2016	États-Unis d'Amérique	17,3 %
Kruk et al. [70]	2011	Tanzanie	19,4 %
Abuya et al. [71]	2015	Kenya	20,0 %
Ferede et al. [72]	2021	Ethiopie	60,6 %
Hajizadeh et al. [40]	2021	Iran	74,7 %
Dwekat et al.[42]	2022	Palestine	97,8 %
Okafor et al.[33]	2015	Nigéria	98,0 %
Azhar et al. [45]	2018	Pakistan	99,7 %
Adinew et al.[32]	2021	Ethiopie	100,0 %
Atade et al. [34]	2022	**Bénin**	**46,26 %**

Malgré l'existence de ces chiffres aux quatre coins du monde, il est à l'heure actuelle impossible de déterminer la prévalence à l'échelle mondiale de ce phénomène. Ceci s'explique par l'absence de consensus sur la terminologie et sur ce qui entre en ligne de compte dans la définition des actes de violence [8, 73]. Cependant, des chercheurs ont proposé des modèles de composantes des violences obstétricales [29, 74].

2.3.2.2 Typologie des violences obstétricales

Deux grands modèles ont été proposés pour définir et caractériser les actes de violences obstétricales. Le premier modèle est celui de Bowser et Hill [74]. Il a été proposé en 2010. Le terme "manque de respect et abus lors de l'accouchement en milieu hospitalier" y a été utilisé pour caractériser les violences obstétricales. Ce modèle distingue sept dimensions dans sa définition :

- la violence physique,
- les soins non consentis,
- les soins non confidentiels,
- les soins indignes (y compris la violence verbale),
- la discrimination fondée sur des caractéristiques spécifiques du patient,
- l'abandon des soins,
- la détention dans les établissements [74].

Ce modèle a pour avantage d'avoir attiré l'attention mondiale sur la question et d'avoir servi de base à une série d'études sur le sujet. Cependant, il présente des lacunes notables. Ses limites incluent une catégorisation insuffisante pour englober toutes les formes d'irrespect et de maltraitance, ainsi que l'absence de considération de l'intentionnalité de l'auteur. De plus, le terme utilisé pour caractériser les actes de violences obstétricales se concentre exclusivement sur les situations d'accouchement, négligeant les incidents possibles pendant la grossesse, les soins prénataux, le post-partum et les avortements [74].

Le second modèle a été proposé par Bohren et al en 2015 [29]. Il avait pour ambition de palier les limites du modèle de Browser et Hill. Ce modèle utilise le terme de "mauvais traitements infligés aux femmes en couches dans les établissements de santé" pour caractériser les violences obstétricales. Il distingue également sept (07) types de violences obstétricales sous l'appellation termes de troisième ordre. Ce modèle a le mérite d'être applicable pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum et dans les situations d'avortements. Il est

également complet car il prend en compte la violence institutionnelle. C'est de ce fait le modèle le plus utilisé. Cette typologie, présentée dans les tableaux II et III, est celle que nous avons adoptée dans notre étude.

Tableau II : Typologie des violences obstétricales selon Bohren et al (début) [29]

Thèmes de troisième ordre	**Thèmes de deuxième ordre**	**Thèmes de premier ordre**
Violence physique	Usage de la force	Femmes battues, giflées, frappées à coups de pied ou pincées pendant l'accouchement
	Contrainte physique	Femmes physiquement attachées au lit ou bâillonnées pendant l'accouchement
Violence sexuelle	Abus sexuel	Abus sexuel ou viol
Violence verbale	Langage dur	Langage dur ou grossier Commentaires ou critiques accusatoires
	Menaces et blâme	Menaces de refus de traitement ou de mauvais résultats Blâmer les mauvais résultats
Stigmatisation et discrimination	Discrimination fondée sur les caractéristiques sociodémographiques	Discrimination fondée sur l'ethnicité/la race/la religion Discrimination fondée sur l'âge
	Discrimination fondée sur des conditions médicales	Discrimination fondée sur le statut socioéconomique Discrimination fondée sur le statut VIH
Non-respect des normes éthiques	Absence de consentement éclairé et de confidentialité	Absence de consentement éclairé Violations de la confidentialité
	Examens physiques et procédures	Touchers vaginaux douloureux Refus de soulager la douleur Exécution d'opérations chirurgicales non consenties
	Négligence et abandon	Négligence, abandon ou longs délais, absence du professionnel qualifié durant l'accouchement

Tableau III : Typologie des violences obstétricales selon Bohren et al (suite et fin)[29]

Thèmes de troisième ordre	Thèmes de deuxième ordre	Thèmes de premier ordre
Mauvaise relation entre les femmes et les prestataires	Communication inefficace	Mauvaise communication Ignorance des préoccupations des femmes Problèmes de langue et d'interprétation Mauvaises attitudes du personnel
	Manque de soins de soutien	Manque de soins de soutien de la part des agents de santé Déni ou manque de compagnons d'accouchement
	Perte d'autonomie	Femmes traitées comme des participantes passives pendant l'accouchement Interdiction d'alimentation et de mobilité Manque de respect pour les positions d'accouchement préférées des femmes Déni des pratiques traditionnelles sûres et détention dans les établissements
Conditions et contraintes du système de santé ou violences institutionnelles	Manque de ressources	Mauvais état des installations Contraintes en matière de personnel, Pénuries de personnel Manque d'intimité
	Absence de politiques	Absence de recours
	Culture de l'établissement	Corruption et extorsion, tarification peu claires, Demandes déraisonnables par les agents de santé

2.3.2.3 Manifestations des violences obstétricales

En utilisant cette typologie, les différentes formes de violences obstétricales retrouvées dans la littérature sont présentées dans les tableaux IV et V.

Tableau IV : Manifestations des violences obstétricales dans le monde (début)

Thèmes de troisième ordre	**Thèmes de deuxième ordre**	**Vedam et al. USA 2016** [30]	**Kruk et al. Tanzanie 2011** [70]	**Abuya et al. Kenya 2015** [71]	**Malet et al. France 2020** [75]	**Dwekat et al. Palestine 2022** [42]	**Okafor et al. Nigéria 2015** [33]	**Azhar et al. Pakistan 2018** [45]	**Adinew et al. Ethiopie 2021** [32]	**Atade et al. Bénin 2022** [34]
Violence physique	Usage de la force	1,3 %	2,68 %	4,2 %	0,4 %	76,6 %	35,7 %	18,6 %	100 %	88,44 %
	Contrainte physique									
Violence verbale	Langage dur	15,1 %	8,71 %	18 %	2,3 %	24, 5 %	29,6 %	45,6 %	29 %	94,80 %
	Menaces et blâme		9,44 %							
Abus sexuel	Abus sexuel	-	0,23 %	-	-	-	-	-	-	-
Stigmatisation et discrimination	Discrimination fondée sur les caractéristiques sociodémographiques	-		-	3,5 %	11, 9 %	20 %	23,6 %	22,8 %	-
	Discrimination fondée sur des conditions médicales		-							

Tableau V : Manifestations des violences obstétricales dans le monde (suite et fin)

Thèmes de troisième ordre	**Thèmes de deuxième ordre**	**Vedam et al. USA 2016** [30]	**Kruk et al. Tanzanie 2011** [70]	**Abuya et al. Kenya 2015** [71]	**Malet et al. France 2020** [75]	**Dwekat et al. Palestine 2022** [42]	**Okafor et al. Nigéria 2015** [33]	**Azhar et al. Pakistan 2018** [45]	**Adinew et al. Ethiopie 2021** [32]	**Atade et al. Bénin 2022** [34]
Non-respect des normes éthiques	Absence de consentement éclairé	-		4,3 %	20,5 %	75,8 %	54,5 %	97, 5 %	97,2 %	-
	Absence de confidentialité	5,5 %		8,5 %	-		26 %	58,6 %	66,2 %	-
	Négligence et abandon	7,8 %	8,53 %	14,3 %	4,6 %		29,1 %	72,5 %	34,7 %	38,73 %
Mauvaise relation entre les femmes et les prestataires	Communication inefficace	-	-	-	14,4 %	88,5 %	-	-	-	-
	Manque de soins de soutien	-	-	-	7,1 %		-	-	-	-
	Perte d'autonomie	-	0,17 %	8,1 %	8,2 %		22 %	0 %	6,90 %	-
Violences institutionnelles	Manque de ressources	-	-	-	3,15 %	22,3 %	-	-	-	27,75 %
	Culture de l'établissement	-	1,78 %	0,9 %	-		-	-	2,52 %	-

Il est important de souligner que seule l'étude que Kruk et al en Tanzanie a pris en compte les violences sexuelles. En ce qui concerne la perte d'autonomie dans les études de Kruk et al, d'Abuya et al, de Dwekat et al, d'Okafor et al et d'Adinew et al, il s'agissait de la détention dans les établissements de soins pour non-paiement des frais d'hospitalisation [32, 33, 42, 71]. Dans l'étude menée en France par Malet et al, la perte d'autonomie correspond au non-respect des souhaits maternels quant aux déplacements et positions durant le travail d'accouchement [75]. Pour ce qui est des violences obstétricales en rapport avec la culture de l'établissement, il s'agissait de demande de pot de vin ou de cadeau [32, 71].

Afin d'avoir une compréhension plus approfondie des causes et des contextes qui contribuent à ces situations de violence, de nombreux auteurs ont exploré les facteurs associés à ces comportements.

2.3.2.4 Facteurs associés aux violences obstétricales

De nombreuses études ont permis d'identifier des facteurs associés aux violences obstétricales. Il faut distinguer deux types de facteurs : les facteurs qui favorisent la survenue des violences obstétricales (facteurs de risque) et les facteurs qui diminuent leur probabilité de survenue (facteurs protecteurs).

Au nombre des facteurs de risque il y avait :

- le jeune de la femme (âge < 19 ans) [71] ;
- la multiparité (≥ 4 enfants) [71] ;
- le fait d'être célibataire [71] ;
- le faible niveau d'instruction [71] ;
- l'accouchement par césarienne en urgence [75] ;
- le faible niveau socio-économique [41, 76] ;
- le fait de résider en zone rurale [41, 42, 77] ;

- la survenue de complications au cours de l'accouchement [78].

Les facteurs protecteurs regroupaient entre autres :

- le fait d'avoir terminé les études secondaires [72] ;
- le bon suivi prénatal de la grossesse (≥4 CPN) [72] ;
- la planification de l'accouchement [72] ;
- l'accouchement par césarienne [72] ;
- le fait d'avoir un compagnon tout au long du travail d''accouchement [71] ;
- l'âge ≥ 30 ans [30].

A notre connaissance, notre étude est la première à avoir étudié les facteurs associés aux violences obstétricales dans les deux centres de référence en matière de services de soins obstétricaux au Bénin.

2.3.2.5 Conséquences des violences obstétricales

Les violences obstétricales impactent négativement la mère et son enfant [5]. Les conséquences retrouvées chez la mère sont d'ordre psychologique dominées par la dépression du post-partum et le syndrome de stress post-traumatique [38, 39, 79].

- **Les violences obstétricales et la dépression du post-partum**

Une méta-analyse réalisée par Zhang et al avait permis de conclure que l'existence d'au moins un type de violence obstétricale augmente le risque (2,04 fois) pour une femme de développer une dépression dans le post-partum [39]. La prévalence et les types de violences obstétricales (VO) associés à la survenue de la DPP chez les femmes ayant subi au moins une violence obstétricale varient d'une région à une autre et d'un pays à un autre comme le prouve le tableau VI.

Tableau VI : Prévalence et types de violences obstétricales associées à la survenue de la dépression du post-partum (DPP) chez les femmes

Auteurs	**Pays**	**Année**	**Prévalence de la DPP**	**Type de VO favorisant la survenue de la DPP**
De Souza et al.[79]	Brésil	2017	18.4%	Violence par négligence, violence verbale et violence physique
Silveira et al.[38]	Brésil	2019	9,4 % (DPP modérée) et 5.7% (DPP sévère)	Violence verbale (DPP modérée et sévère), violence physique (DPP sévère), avoir subi 3 types ou de VO (DPP modérée et sévère)
Leite et al.[80]	Brésil	2020	26,3% des accouchées par voie basse	AVB : pression pendant le travail
Martinez-Vázquez et al.[81]	Espagne	2022	25,4 %	Violence verbale Violence psychoaffective

- ***Les violences obstétricales et le trouble de stress post-traumatique (TSPT)***

Une étude menée auprès des femmes iraniennes en post-partum retrouvait une incidence plus élevée du syndrome de stress post-traumatique chez les femmes ayant été victimes de violences obstétricales [40]. De nombreux autres chercheurs ont également trouvé une association entre les violences obstétricales et la survenue du trouble de stress post-traumatique. La prévalence et les facteurs associés à la survenue du trouble de stress post-traumatique chez les femmes ayant subi au moins

une violence obstétricale varie également d'un pays à un autre comme le prouve le tableau VII ci-dessous.

Tableau VII : Prévalence et facteurs associés à la survenue du trouble de stress post-traumatique (TSPT) en cas de violences obstétricales

Auteurs	**Pays**	**Année**	**Prévalence du TSPT**	**Facteurs associés aux VO favorisant la survenue de TSPT**
Martinez-Vázquez et al.[82]	Espagne	2021	12.7%	Non-respect du plan d'accouchement, césarienne programmée, césarienne d'urgence, violence verbale et violence psycho-affective
Steetskamp et al.[83]	Allemagne	2022	2,9 %	Accouchement par césarienne, manque d'assistance durant le travail
Yakupova et al.[84]	Russie	2022	15.0 %	Augmentation des interventions médicales et avoir subi une violence obstétricale

Toutes ces conséquences négatives altèrent la relation de confiance qui devrait exister entre les femmes et le personnel de santé, et par ricochet cela constitue un frein à l'utilisation des services de soins par les femmes [5, 7, 41].

2.3.3 Aspects juridiques des violences obstétricales

2.3.3.1 Au plan mondial

Les violences obstétricales constituent une violation des droits humains des femmes. Selon la Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique (FIGO) c'est une preuve manifeste d'un traitement inégal réservé aux femmes [9]. Elles violent les textes juridiques qui fondent le droit des femmes notamment :

- la déclaration universelle des droits de l'homme (adoptée le 10 décembre 1948) [85],
- la déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes(adoptée le 20 décembre 1993) [86]
- la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dite « convention CEDEF » (adoptée le 18 décembre 1979) [87].

Ainsi, la reconnaissance juridique des actes de maltraitances gynécologiques et obstétriques revêt une importance cruciale pour établir un système de pénalisation des pratiques irrespectueuses [88].

Inspirée des législations internationales et régionales établies, et ancrée dans les droits de la personne humaine, la White Ribbon Alliance (WRA), l'Alliance du Ruban Blanc, a établi en 2011 la charte des soins de maternité respectueux où elle précise les droits universels des femmes enceintes et des nouveau-nés en dix (10) articles [9, 24]. Parmi ceux-ci, les droits universels des femmes enceintes sont pris en compte par (07) articles comme le montre l'encadré ci-dessous [24] :

En sollicitant et en recevant des soins de maternité avant, pendant et après l'accouchement :

Article 1 : tout femme a le droit de conserver son intégrité et de ne pas être soumise à de mauvais traitements. 1Personne ne peut vous maltraiter physiquement.

Article 2 : toute femme a le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences ; y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis, doula) pendant qu'elle reçoit des soins de maternité. Personne ne peut vous forcer ou vous faire quoi que ce soit sans que vous en ayiez connaissance, ni sans votre consentement.

Article 3 : Toute femme a le droit au respect de sa vie privée, et à la confidentialité des informations la concernant. Personne ne peut vous violer votre intimité, ni révéler votre identité ou les informations à caractère personnel vous concernant.

Article 4 : toute femme a le droit d'être traitée avec dignité et respect. Personne ne peut vous humilier ou vous maltraiter verbalement.

Article 5 : toute femme a droit à l'égalité et à l'absence de discrimination et à des soins équitables. Personne ne peut exercer de discrimination à votre égard, pour quel motif que ce soit.

Article 6 : toute femme a le droit de bénéficier de soins de santé et de jouir du meilleur état de santé possible. Personne ne peut vous empêcher d'obtenir les soins de maternité dont vous avez besoin.

Article 7 : toute femme a le doit à la liberté, à l'autonomie, à l'auto-détermination et elle ne peut être forcée à quoi que ce soit. Personne ne peut vous détenir vous, ou votre bébé, sans autorité légale.

Encadré 1 : Charte des soins maternels respectueux - droits universels des femmes enceintes [24]

Ces sept (07) articles posent les bases du respect dans les soins de maternité afin d'en améliorer la qualité. Cependant, il n'existe pas de dispositions pénales définies pour ces violences.

2.3.3.2 Au plan national

Au Bénin, bien qu'il n'existe pas de loi spécifique traitant explicitement des violences obstétricales, certains textes abordent des aspects pertinents de cette problématique. Parmi ceux-ci,

- le code de déontologie des médecins [89] ;

- la loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes [49] ;
- la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin [90] ;
- la loi n°2020-37 du 03 février 2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin [48] ;

La loi n°2011-26 du 09 janvier 2012, aborde certains aspects de la violence obstétricales en plusieurs de ses articles regroupés dans l'encadré 2 [49].

Article 2 : « Au titre de la présente loi, sont également considérés comme des violences faites aux femmes, le fait, pour un agent médical, paramédical, de ne pas apporter à une femme au cours d'un accouchement, toute la diligence requise, ou de s'abstenir d'accomplir son devoir professionnel ».

Article 3 : « [....] pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes : actes tirés des usages et coutumes qui portent atteinte à la femme. Il s'agit notamment des interdits alimentaires en cas de grossesse ou d'accouchement, du gavage qui consiste à nourrir exagérément les filles mineures en vue de les rendre physiquement aptes au mariage, des rites de veuvage dégradants, des atteintes à la liberté de mouvement de la femme, des pressions sur la femme par le biais des enfants ... ».

Article 32 : « Les violences psychologiques comme définies à l'article 3 de la présente loi sont punies d'une amende pouvant aller à un million (1 000 000) de francs ».

Article 37 : « Toutes les pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes sont constitutives d'infractions de droit commun et punies comme telles. Tous les autres faits de violences non spécifiquement prévus par la présente loi sont conformément à la législation en vigueur ».

Encadré 2 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant sur la prévention et la répression des violences faites aux femmes au Bénin [60]

La loi n°2018-16 du 04 juin 2018 offre un cadre juridique général grâce aux articles regroupés dans les encadrés 3 et 4.

Article 509 : « Tout individu qui, volontairement, a porté des coups ou fait des blessures ou commis toutes autres violences ou voies de fait, s'il est résulté de ces sortes de violences, une maladie ou une incapacité de travail personnel pendant plus de huit (08) jours, est puni d'un emprisonnement de deux (02) mois à cinq (05) ans et d'une amende de cent mille (100.000) à un million (1.000.000) de francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement. Il pourra en outre être privé des droits mentionnés en l'article 38 du présent code pendant un (01) an au moins et cinq (05) ans au plus, à compter du jour où il aura subi sa peine.

Lorsque les violences ci-dessus exprimées auront été suivies de mutilation, amputation ou de privation de l'usage d'un membre, de cécité, de perte d'un œil ou d'autres infirmités permanentes, le coupable sera puni de la réclusion criminelle à temps de cinq (05) ans à dix (10) ans. Si les coups portés ou les blessures faites, les violences ou voies de fait exercées volontairement, mais sans intention de donner la mort, l'ont pourtant occasionnée, le coupable sera puni de la réclusion criminelle à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans ».

Article 511 : « Lorsque les blessures ou les coups, ou autres violences ou voies de fait n'ont occasionné aucune maladie ou incapacité de travail personnel de l'espèce mentionnée en l'article 509 du présent code, le coupable est puni d'un emprisonnement d'un (01) mois à deux (02) ans et d'une amende de cinquante mille (50.000) à deux cent cinquante mille (250.000) francs CFA ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Article 520 : « Quiconque porte des coups ou fait des blessures à une femme enceinte est puni de deux (02) ans à cinq (05) ans d'emprisonnement et d'une amende de cent mille (100.000) à deux cent mille (200.000) francs CFA. Celui qui, par défaut de précaution ou de prévoyance, cause à une femme enceinte des lésions corporelles ayant entrainé un avortement, est puni de trois (03) mois à deux (02) ans d'emprisonnement et d'une amende de cent mille (100.000) à deux cent mille (200.000) francs CFA ».

Encadré 3 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin (début) [90]

Article 523 : « Tout agent public ou toute autre personne agissant à titre officiel qui dans l'exercice de ses fonctions ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions a volontairement infligé à une personne des douleurs ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales aux fins notamment, d'obtenir d'elle ou d'une tierce personne des renseignements ou des aveux, de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis, de l'intimider ou de faire pression sur elle ou d'intimider ou de faire pression sur une tierce personne ou pour tout autre motif fondé sur une forme de discrimination quelle qu'elle soit, est puni de la réclusion criminelle de cinq (05) ans à dix (10) ans ».

Article 553 : « Tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menaces ou surprise est un viol. Le viol est puni de la réclusion criminelle à temps de cinq (05) ans à dix (10) ans. Toutefois, le viol sera puni de la réclusion criminelle à temps de dix (10) ans à vingt (20) ans, lorsqu'il aura été commis soit sur une personne particulièrement vulnérable en raison d'un état de grossesse, d'une maladie, d'une infirmité ou d'une déficience physique ou mentale, soit sur un enfant de plus treize (13) ans, soit sous la menace d'une arme, soit par deux ou plusieurs auteurs ou complices. …..La tentative de viol est punie comme le viol lui-même » [90].

Encadré 4 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin (suite et fin) [90]

La **loi n°2020-37 du 03 février 2021,** peut également être invoquée pour soutenir la défense des droits des femmes enceintes en garantissant des normes de soins de santé adéquats et respectueux (Encadré 5 et 6) [48].

Article 6 : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. La personne malade a le droit au respect de sa vie privée et de sa dignité ; à l'information et au respect de la confidentialité ; à l'expression de sa volonté, notamment par rapport ou choix du médecin, à la participation à la décision médicale, au soulagement de la douleur ; de se plaindre ; à la sécurité des soins ».

Article 7 : « Tout patient a le droit d'accepter ou de refuser un acte médical ou l'application d'un traitement médical ».

Article 8 : « En cas de soupçon de faute médicale préjudiciable à la santé d'un patient, le patient ou tout membre de sa famille ou la personne de confiance qu'il a désignée a le droit de saisir le ministre chargé de la santé, l'ordre national concerné ou la juridiction territorialement compétente. L'autorité saisie doit, dans ce cas, procéder à la vérification des faits et donner à la plainte la suite qui convient dans un délai de deux (02) mois ».

Article 9 : « Le consentement du patient est obtenu par le médecin ou tout autre professionnel pour tout acte médical ou pour tout traitement médical. Si le patient est dans l'incapacité d'émettre son avis en cas de coma ou pour toute autre cause, le professionnel est tenu de recueillir l'avis d'une personne de confiance du patient. La personne de confiance peut être un membre de sa famille ou une autre personne qu'il aurait préalablement désignée. Les parents consentent aux soins et traitements concernant leurs enfants mineurs. Toutefois, en cas d'urgence ou lorsque le pronostic vital du patient est engagé et dans les cas prévus aux articles 58 et 59 de la présente loi, le professionnel n'est pas tenu d'obtenir le consentement du patient, d'une personne de confiance ou des parents du mineur ».

Article 10 : « Le refus de soins par le patient est le droit de pouvoir refuser un traitement ou un acte médical proposé par son médecin ou tout autre professionnel. La décision du patient d'accepter ou de refuser un soin peut être exprimée à tout moment. Il peut, par conséquent, revenir sur sa décision d'acceptation ou de refus de soins. Quelle que soit cette décision, sous réserve des dispositions de l'article 9 alinéa 4 de la présente loi ou d'une décision judiciaire, le professionnel est tenu de la respecter ».

Article 15 : « Le professionnel ne peut refuser d'administrer les soins appropriés au patient, sauf en cas de refus du patient ou pour des motifs justes. Le professionnel qui refuse d'administrer des soins à un patient en situation d'urgence est passible de sanctions pénales ».

Encadré 5 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2020-37 du 03 février 2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin (début) [48]

Article 75 : « Tout professionnel qui commet une faute médicale causant des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie est passible d'une sanction administrative ou pénale. Tout établissement de soins dont une faute est imputable, causant des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie, est passible d'une sanction administrative ou pénale. La responsabilité pénale est imputable, selon le cas, au professionnel ou à l'établissement de santé public ou privé concerné ».

Article 76 : « Tout professionnel qui commet une faute médicale causant des dommages à la santé d'un patient ou à sa vie engage sa responsabilité civile. Tout établissement de soins dans lequel un patient subit un dommage du fait des soins dont il a la charge, des choses dont il a la garde ou des personnes dont il doit répondre, engage sa responsabilité civile. La responsabilité civile, en cas de dommage, est partagée entre le professionnel et l'établissement de santé public ou privé ».

Article 78 : « Toute violation des dispositions prévues aux articles 6, 7, 9, 10, 11, 12, 13 et 56 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de deux (02) mois à un (01) an et d'une amende d'un million (1.000.000) de francs CFA, ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Article 79 : « Toute violation des dispositions prévues à l'article 14 de la présente loi est punie d'une peine d'emprisonnement de deux (02) mois à un (01) an et d'une amende de deux millions (2.000.000) de francs CFA, ou de l'une de ces deux peines seulement ».

Encadré 6 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2020-37 du 03 février 2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin (suite et fin) [48]

Il faut souligner par ailleurs que dans un souci d'amélioration de la gouvernance du système de santé, le ministère de la santé avait mis à disposition de la population, depuis 2019, un numéro vert. Il permet aux usagers des établissements de santé de dénoncer en tout anonymat toute situation d'insatisfaction de la part du personnel de santé [91]. Aussi, a-t-il été créé l'Institut National des Femmes qui lutte contre toute forme de violences faites aux femmes. Il dispose d'un site web avec la possibilité de déposer une plainte en ligne [92, 93]. Ce sont autant de voies de recours que peuvent emprunter les femmes en cas de violences obstétricales.

Il faut également préciser que la cour constitutionnelle a qualifié le fait que les femmes ayant accouché ou enceintes soient retenues pour défaut de paiement des frais de prestation dans les établissements de santé comme une violation de la constitution [94].

Cependant, malgré ces lois abordant des aspects liés à la protection des femmes et à la santé, une meilleure compréhension des violences obstétricales est nécessaire afin de peaufiner un cadre juridique complet ne souffrant d'aucune incompréhension.

3. CADRE ET MÉTHODES D'ÉTUDE

3.1 Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée de façon simultanée au Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) et au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Ces deux établissements de santé de la ville de Cotonou abritent des structures de références en matière de santé de la mère et de l'enfant au Bénin :

- au CHU-MEL, nous avons choisi le service de Gynécologie-Obstétrique ;
- au CNHU-HKM, nous avons choisi la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) et la Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale (CUPGM).

Ces services ont été choisis en raison du fait que ce sont des points de passage électifs pour notre cible.

3.1.1 Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou

3.1.1.1 Aperçu général du CHU-MEL

Etablissement public crée en 1958, le Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) est un hôpital essentiellement dédiée à la gynécologie-obstétrique et à la pédiatrie. Il est situé dans le quartier Tokpa-hoho dans le 5ème arrondissement de la ville de Cotonou. En raison de son caractère hospitalier et universitaire, le CHU-MEL a trois principales missions :

- dispenser des soins complets, incluant des interventions préventives, curatives, promotionnelles et de réadaptation;
- assurer la formation de professionnels de santé ;
- mener des activités de recherche dans le domaine médical.

Le CHU-MEL comprend deux grands pôles : le pôle de l'enfant et le pôle de la mère représenté essentiellement par le service de gynécologie et d'obstétrique.

3.1.1.2 Service de Gynécologie et d'Obstétrique

Le service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU-MEL comprend sept (07) secteurs à savoir : le secteur des consultations externes, le bloc obstétrical d'urgence, le secteur d'hospitalisation, l'unité des soins intensifs, le secteur oncologie gynécologique et mammaire, la vaccination (au service de la mère et de l'enfant), les deux salles d'échographie.

- **Secteur des consultations externes**

Le secteur des consultations externes est constitué de la consultation prénatale (CPN), la consultation gynécologique, la consultation postnatale et la planification familiale. Le fonctionnement de la consultation prénatale est assuré par deux (02) médecins gynécologues obstétriciens, six (06) sage-femmes, quatre (04) aides-soignantes, les médecins en année de spécialisation et des étudiants en médecine générale.

- **Bloc obstétrical d'urgence**

Il regroupe le secteur de réception des urgences, le bloc obstétrical et le bloc opératoire.

- **Le secteur de réception des urgences**

Il accueille toutes les urgences obstétricales et gynécologiques. Les patientes sont mises en condition puis adressées dans les autres secteurs selon leur tableau clinique. Il est doté de trois (03) tables d'examen et de deux (02) lits pour les hospitalisations de jour. Les activités sont assurées par deux (02) sage-femmes, des étudiants en médecine générale et en spécialisation, deux (02) aides-soignantes, sous la supervision d'un médecin gynécologue-obstétricien.

- **Le bloc obstétrical**

Le bloc obstétrical comprend la salle de dilatation et la salle d'accouchement.

La salle de dilatation dispose de dix (10) lits. Chaque lit était disposé dans un box et comportait un matelas sur lequel les femmes mettaient leur pagne. Elle accueille les femmes en travail d'accouchement. L'activité essentielle à la salle de dilatation consiste en la surveillance maternelle et fœtale puis la gestante passe en salle d'accouchement à la phase d'accouchement.

La salle d'accouchement dispose de sept (07) tables d'accouchement, d'un (01) espace réservé aux accouchements humanisés et de huit (08) tables pour l'examen des nouveau-nés munies de matériels de réanimation néonatale. Les tables d'accouchement étaient au moment de l'étude en métal sans rembourrage. Une fois admises dans cette salle, les femmes devaient rester allongées sur le dos.

L'espace dédié aux accouchements « humanisés » (figure 4) est situé au fond de la salle d'accouchement. Il dispose de tatamis, d'un ballon, de cordes, de barres de suspension et d'un lit avec un matelas. Cet aménagement constituait un projet de la *Japan International Cooperation Agency* (JICA) au Bénin en vue de l'humanisation de l'accouchement.

Après l'accouchement, tous les nouveau-nés sont adressés systématiquement au service de néonatologie sans que le consentement de la femme ou de sa famille n'ai été formellement demandé.

Les activités du bloc obstétrical sont assurées chaque jour par : un médecin gynécologue obstétricien de permanence et un autre de garde, quatre (04) équipes de cinq (05) sage-femmes, quatre (04) équipes de trois (03) aides-soignants. Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins stagiaires en étude de spécialisation et les étudiants en médecine générale.



Figure 4 : Photo de la salle d'accouchement « humanisé » du CHU-MEL [95]

- **Le bloc opératoire**

Il se compose de trois (03) salles d'interventions chirurgicales. Les actes chirurgicaux qui y sont le plus souvent pratiqués sont la césarienne, la laparotomie, la cœlioscopie et à la réalisation d'examens sous valves. Ces interventions peuvent être programmées ou réalisées en urgence. Les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs, les instrumentistes, les sage-femmes et les aides-soignantes assurent le fonctionnement continu des activités du bloc opératoire.

- **Unité des soins intensifs**

Ce secteur dispose de quinze (15) lits d'hospitalisation. Il accueille les patientes venues des urgences ou parfois des hospitalisations dont le tableau clinique nécessite une mise en condition, mais aussi celles qui doivent bénéficier d'une surveillance régulière. Les tâches sont assurées chaque jour par une équipe de deux (02) sage-femmes, deux (02) infirmiers et deux (02) aides-soignants. Ils sont aidés dans leur travail par des étudiants en spécialisation et en médecine générale.

- **Secteur des hospitalisations**

Le secteur des hospitalisations est abrité par deux (02) bâtiments : le bâtiment D et le bâtiment G1. Il accueille les femmes ayant une pathologie sur grossesse, les accouchées par voie naturelle ou par césarienne et celles ayant bénéficié ou en attente d'autres interventions chirurgicales.

Le bâtiment D, comportant le niveau D1 et D2, dispose de onze (11) salles d'hospitalisation et de deux (02) salles de soins. Chaque salle d'hospitalisation comporte deux (02) lits munis de matelas. Un numéro vert destiné au signalement des plaintes des usagers de l'hôpital y est affiché.

Le bâtiment G1, situé au premier étage du bâtiment G, dispose de douze (12) salles d'hospitalisation et une salle de soins. Chaque salle dispose de quatre (04) lits munis de matelas. Nous avons remarqué la présence importante des femmes dans les couloirs avec des nouveau-nés posés au sol. Il s'agirait des femmes détenues dans le centre pour non-paiement des frais d'hospitalisation.

Le fonctionnement du secteur d'hospitalisation est assuré par : deux (02) médecins gynécologues responsables, un par secteur d'hospitalisation ; dix (10) sage-femmes, neufs (09) infirmières ; quinze (15) aides-soignants. Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins en spécialisation de gynécologie obstétrique et en médecine générale.

- **Secteur d'oncologie gynécologique et mammaire**

Il est composé de l'oncologie médicale, d'un centre d'exploration, d'un secteur ami des jeunes.

3.1.2 Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou

3.1.2.1 Aperçu général du CNHU-HKM

Le Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) de Cotonou, fondé en 1958 et mis en service en 1962 sous le nom initial de "hôpital 350 lits", est l'hôpital de référence en République du Bénin. De 1976 à 2001, il était connu sous le nom de Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU), puis a été rebaptisé Centre National Hospitalier Universitaire Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) en Novembre 2001 [96]. Récemment, le CNHU-HKM a été fusionné avec l'Hôpital d'Instruction des Armées de Cotonou par décret n°2022-526 du 07 septembre 2022 [97].

En tant que centre hospitalier et universitaire de référence, la mission principale du CNHU-HKM est multiple notamment :

- dispenser des soins spécialisés de référence non disponibles dans d'autres centres de santé ;
- assurer la formation initiale des professionnels de la santé,
- mener des recherches opérationnelles et fondamentales dans le domaine médical ;
- fournir une expertise médicale dans divers domaines.

Pour remplir sa mission, le CNHU-HKM dispose de plusieurs services organisés en départements, notamment :

- le département des urgences médico-chirurgicales ;
- le département de la chirurgie et des spécialités chirurgicales ;
- le département de la médecine et des spécialités médicales ;
- le département des services de biotechnique

- le département de la santé maternelle et infantile, incluant la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) et la Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale (CUPGM)

3.1.2.2 Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO)

La Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) est une composante majeure du CNHU-HKM. Fondée en juin 1978, elle représente l'une des deux maternités de référence nationale au Bénin. Elle comprend trois (03) grands secteurs à savoir : un secteur des consultations, un secteur technique et un secteur des hospitalisations.

- **Secteur des consultations**

Le secteur des consultations comprend une salle d'accueil, un couloir servant de hall d'attente, deux salles d'échographie, une salle de cours et de staff, une salle de colposcopie, une salle de prise en charge des femmes vivant avec le VIH, une salle de planning familial et orthogénie et six cabines de consultations prénatale et gynécologique.

La salle d'accueil sert d'espace d'information et d'éducation des femmes enceintes. Dans cette salle se fait également la vaccination antitétanique pour les femmes enceintes.

Le fonctionnement du secteur des consultations est assuré par deux (02) médecins gynécologue-obstétriciens de consultation, de quatorze (14) sage-femmes, huit (08) aide-soignant(e)s, des médecins en année de spécialisation et des étudiants en médecine générale.

- **Secteur technique**

Le secteur technique comprend la réception des urgences, une salle de réveil, les salles de dilatation, une salle d'accouchement, trois (03) blocs opératoires et une salle d'Aspiration Manuelle Intra-Utérine (AMIU).

- **Réception des urgences**

La réception des urgences obstétricales et gynécologiques est constituée de deux salles contenantes chacune une table d'examen. Les équipes qui s'occupent des salles se composent des médecins en spécialisation, d'une sage-femme et d'une aide-soignante. Ils sont aidés par les étudiants en médecine générale. La réception est sous la supervision d'un médecin gynécologue-obstétricien.

- **Les salles de dilatation**

Les salles de dilatation, au nombre de deux, accueillent les femmes en travail d'accouchements et sert également de salle de soins aux parturientes avant leur orientation en salle d'accouchement, au bloc opératoire ou en hospitalisation. La première salle comprend cinq (05) lits disposés chacun dans un box. La deuxième salle est dédiée à la prise en charge des femmes qui présentent une dystocie. Il s'agit d'une salle commune de six (06) lits. Les lits sont munis chacun d'un matelas.

Les activités des salles de dilatation sont assurées chaque jour par : un médecin gynécologue-obstétricien de garde, six (06) sage-femmes et quatre (04) aides-soignant(e)s. Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins en étude de spécialisation et les étudiants en médecine générale.

- **La salle d'accouchement**

Elle dispose de cinq (05) box dont trois (03) pour l'accouchement, un (01) pour l'examen du nouveau-né et un pour l'échographie en salle. Les trois box de l'accouchement sont munis d'une table d'accouchement et de rideaux de séparations.

- **Les blocs opératoires**

Ils sont au nombre de trois (03) dont un réservé aux interventions septiques. Ils accueillent les interventions programmées ou en une urgence que ce soit les césariennes, les laparotomies, la coelioscopie, les examens sous valves, etc. Le fonctionnement continu des activités du bloc opératoire est assuré par les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs, les médecins en étude de spécialisations, les instrumentistes, les sage-femmes et les aides-soignantes..

- **Secteur des hospitalisations**

Le secteur des hospitalisations comprend une salle des soins intensifs, vingt-deux (22) salles d'hospitalisation et une salle de pansement.

La salle des soins intensifs reçoit les femmes en provenance des salles d'hospitalisations et de la réception des urgences lorsqu'elles ont besoin de soins particuliers et d'une surveillance régulière. Elle est dotée de treize (13) lits munis tous de matelas. Les salles d'hospitalisation disposent chacune de deux lits munis de matelas.

Le fonctionnement du secteur des hospitalisations est assuré par un effectif de dix-huit (18) sage-femmes, quatorze (14) infirmiers, quatre (04) aides-soignantes(e) qui se répartissent de manière à couvrir toutes les salles.

Par ailleurs, dans ces deux maternités de référence du Bénin, l'analgésie péridurale n'est pas pratiquée pour les accouchements par voie basse. Les méthodes non médicamenteuses de gestion de la douleur telles que l'hypnose, le massage, l'acupuncture ou les bains ; ne font pas partie des offres de soins de ces centres. Les accompagnants(es) ne sont pas admis(es) auprès des gestantes dès leur hospitalisation dans l'une ou l'autre des salles d'accueil, de dilatation ou

d'accouchement. La famille de la patiente devra patienter dans la cour de l'hôpital en attendant d'avoir des informations sur l'état de la femme.

3.1.2.3 Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale (CUPGM)

La Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale (CUPGM) est l'un des services du CNHU-HKM de Cotonou, dont la vocation est de restaurer, préserver et promouvoir la santé des enfants (sujets de 0 à 18 ans).

Elle comprend cinq (05) secteurs à savoir : la néonatologie, le secteur des hospitalisations, les soins continus, le secteur des urgences pédiatriques, le secteur des soins externes où s'est déroulée notre collecte.

Le secteur des soins externes prend en compte la consultation et la vaccination. Il dispose d'un hall d'attente, de quatre (04) salles de consultations et d'une salle commune de vaccination. Il est fonctionnel du lundi au vendredi. En attendant d'être admises en salle de consultation ou de vaccination avec leur enfant, les femmes patientent sur des bancs dans le hall.

Les activités de la consultation sont assurées chaque jour par une équipe composée de deux (02) médecins pédiatres, de deux (02) médecins en dernière année de spécialisation, de quatre (04) infirmiers, de deux (02) aides-soignantes. Le fonctionnement de la vaccination quant à elle est assuré par deux (02) infirmières, une aide-soignante sous la supervision d'un médecin pédiatre.

3.2 Méthodes d'étude

3.2.1 Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. Le recueil des données a été prospectif.

3.2.2 Période d'étude

Les données collectées dans cette étude ont porté sur la période allant du 14 mars au 12 novembre 2023. La collecte des données sur le terrain a été faite du 14 août au 12 novembre 2023, soit une période de collecte de trois (03) mois.

3.2.3 Population d'étude

Notre étude a porté sur toutes les femmes ayant accouché à la CUGO et au CHU-MEL durant de la période d'étude.

3.2.4 Critères d'éligibilité

3.2.4.1 Critères d'inclusion

Était incluse dans notre étude toute femme :

- ayant accouché à la CUGO ou au CHU-MEL pendant
  - la période de collecte de donnée (du 14 août au 12 novembre 2023) et rencontrée dans le secteur des hospitalisations ; ou
  - la période allant du 14 mars au 13 août 2023, soit dans les six (06) mois précédents le début de la phase de collecte de terrain et rencontrée dans les secteurs de la consultation et de la vaccination de la CUPGM du CNHU-HKM ;
- ayant donné son consentement libre et éclairé (pour les plus de 18 ans) ou dont un des parents ou un tuteur légal a donné un consentement (pour les moins de 18 ans)

3.2.4.2 Critères de non inclusion

N'était pas incluse dans notre étude, toute femme présentant un handicap empêchant l'entretien.

3.2.4.3 Critères d'exclusion

Était exclue de l'étude tout femme ayant retiré son consentement au cours de l'entretien quel qu'en soit la raison.

3.2.5 Échantillonnage

3.2.5.1 Méthode et techniques de l'échantillonnage

Nous avons procédé à un échantillonnage non probabiliste. Nous avons procédé à un tirage au sort selon les modalités suivantes :

- à la CUGO : vingt (20) chambres d'hospitalisation sur vingt-et-deux (22) ont été tirées au sort chaque jour. L'inclusion dans l'étude était proposée aux femmes présentes dans les salles choisies ;
- dans le service de gynécologie et d'obstétrique du CHU-MEL : vingt (20) chambres d'hospitalisation sur vingt-et-trois (23) ont été tirées au sort chaque jour. L'inclusion dans l'étude était proposée aux femmes présentes dans les salles choisies ;
- à la CUPGM du CNHU-HKM : tirage au sort de 4 nourrices par lot de 10 lors des consultations et vaccinations.

Il faut préciser que les enquêtées de la CUGO étaient vues en soirée et celles de la CUPGM en matinée.

3.2.5.2 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée en utilisant la formule de SCHWARTZ :

$$n = \frac{U_{\alpha}^{2} * q * p}{i^{2}}$$

Avec : n = taille de l'échantillon

α = seuil de significativité à 5% soit Uα=1,96

p = 46,26 % Taux de violence obstétricale à Tanguiéta au Bénin [34]

q =1-p = 0,5374 = 53,74 %

i = précision de 5%

$$N = \frac{1,96^2 * 0,4626 * 0,5374}{0,05^2}$$

N = 382,01 soit **N = 382 femmes**

Ainsi, la taille minimale attendue de l'échantillon était de 382 patientes.

3.2.6 Variables

3.2.6.1 Variable dépendante

La variable dépendante est la survenue de violences obstétricales. Elle prend en compte un ou plusieurs types de violences obstétricales qu'aurait subi la patiente.

3.2.6.2 Variables indépendantes

Elles sont regroupées en

- **Caractéristiques socio-démographiques, culturelles, économiques des accouchées enquêtées :** âge, nationalité, lieu de résidence, statut matrimonial, niveau d'instruction, profession/activité de revenu, revenu mensuel.
- **Antécédents personnels :** médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux (notamment gestité, parité, fausses couches spontanées, avortements provoqués, mort-né)
- **Anamnèse gestationnelle :** nombre de consultations prénatales (CPN) réalisé, personnel de santé ayant réalisé les CPN, centre de réalisation des CPN, informations sur les droits des femmes enceintes de la part du personnel de

santé, informations sur le déroulement de l'accouchement, choix du lieu d'accouchement, de l'accompagnant avec l'aide des professionnels de santé.

- **Déroulement de l'accouchement :** mode d'admission à l'hôpital, voie d'accouchement, jour et moment de l'accouchement, délai entre l'arrivée à l'hôpital et l'accouchement, nombre d'accoucheurs, catégorie professionnelle de l'accoucheur principal, survenue de complications, durée d'hospitalisation.
- **Caractéristiques liées aux violences obstétricales :** connaissance sur le sujet, sources d'information, type de violences obstétricales subies, moment de survenue au cours du suivi obstétrical, sexe et catégorie de l'agent de santé incriminé.
- **Facteurs liés au recours juridique :** connaissance sur les droits des patients et sur la possibilité de recours juridique, volonté de dénonciation, obstacles/difficultés.
- **Conséquences sur l'utilisation des services de soins obstétricaux :** qualité de l'expérience, recours ultérieur au même service.

Le modèle d'opérationnalisation de ces variables est présente en annexes (voir annexe 6).

3.2.7 Collecte des données

3.2.7.1 Technique de collecte

Le recueil des données a été fait au cours d'un entretien face à face avec les femmes qui ont accepté de participer à l'étude.

3.2.7.2 Outils de collecte

Pour cette collecte, nous avons édité un questionnaire (disponible en annexe de ce document) que nous avions digitalisé sur l'application KoboCollect. Il a été validé grâce à un prétest. Ce dernier a été effectué sur 10 accouchées dans le service de

Gynécologie et d'Obstétrique du Centre Hospitalier et Universitaire de Zone de Suru – Léré (CHUZ-SL) dont trois (03) ayant accouché par césarienne et les sept (07) autres par voie basse.

3.2.7.3 Equipe de collecte

La collecte des données a été faite par nous-même aidé par un cadet formé pour la circonstance sur les objectifs et les variables de l'étude.

3.2.7.4 Déroulement de la collecte

À la CUGO et dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-MEL, après avoir tiré les salles d'hospitalisation, nous nous sommes rapprochés des accouchées de chaque salle. Nous leur avons expliqué le but de l'étude et avons recueilli le consentement de celles qui répondaient aux critères d'inclusion et de non inclusion puis nous leur avons administré le guide d'entretien.

À la CUPGM du CNHU-HKM, nous avons procédé dans un premier temps au tirage des nourrices à interroger. Dans un second temps, nous nous sommes rapprochés de chacune d'elle et leur avons expliqué l'étude. Après avoir recueilli le consentement de celles qui répondaient aux critères d'inclusion et de non inclusion, nous leur avons administré le guide d'entretien.

3.2.8 Traitement et analyse de données

Les données stockées localement sur KoboCollect lors de la collecte ont été exportées sous le format XLS (Excel) pour avoir notre base de données. La base a été ensuite apurée et les incohérences corrigées. Les variables ont été codifiées pour faciliter l'analyse. Le traitement des textes a été fait à l'aide du logiciel Microsoft World version 2016 ; la confection des tableaux et graphiques a été faite à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 2016.

- **Description des données**

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Python. Les variables quantitatives ont été exprimées sous forme de moyenne et écart-type ou sous forme de médiane et intervalle interquartile en fonction de la distribution de la variable. Les variables qualitatives ont été exprimées sous forme d'effectif et de proportion.

- **Analyse bivariée**

L'analyse bivariée a été réalisée pour tester l'association entre les variables indépendantes et la survenue des violences obstétricales. Les comparaisons de proportions ont été effectuées à l'aide du test du chi-carré, du test exact de Fisher, tandis que les comparaisons de médianes ont été réalisées à l'aide du test de Wilcoxon. L'association a été considérée comme statistiquement significative lorsque la p-value était inférieure ou égale à 5%.

- **Analyse multivariée**

Pour l'analyse multivariée, un modèle initial de régression logistique binaire a été construit, intégrant les variables indépendantes avec une p-value inférieure à 0,20 en analyse bivariée. La force de l'association entre les facteurs identifiés et la variable dépendante a été exprimée sous forme d'Odds-Ratio (OR) ajusté avec l'intervalle de confiance à 95 % (IC95%). L'association a été considérée comme statistiquement significative si la p-value était inférieure à 0,05.

3.2.9 Aspects éthiques et règlementaires

Notre étude a démarré après l'autorisation accordée par des directeurs du CHU-MEL et du CNHU-HKM ; et sur avis favorable des chefs service de la CUGO, de la CUPGM du CNHU-HKM et du chef de service intérimaire du service de Gynécologie et d'Obstétrique du CHU-MEL. Conformément aux principes de déontologie médicale et au code d'éthique et de déontologie pour la recherche en

santé en République du Bénin, l'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été respectées.

3.2.10 Difficultés rencontrées

Durant la mise en œuvre de cette étude, nous avons rencontré quelques difficultés. Certaines femmes ont refusé de participer à l'étude bien qu'elles se plaignaient d'avoir vécu des actes de violence. Elles évoquaient comme principale raison que ces actes ont toujours existé et que leur dénonciation n'aura aucun impact significatif. D'autres femmes nous demandaient une compensation financière avant de participer à l'étude.

Outre ces difficultés liées au recueil du consentement des cibles, il nous était difficile parfois d'interpréter certains termes du guide d'entretien dans des langues locales parlées par les enquêtées. La dernière difficulté à laquelle nous étions confrontés était liée à la volonté des patientes d'être écoutées au-delà du contenu du guide d'entretien. Ce qui nous prenait plus de temps qu'il n'en fallait pour chaque entretien.

4. RÉSULTATS

4.1 Étude descriptive

4.1.1 Service de provenance

Nous avons recensé au total 400 femmes au cours de notre étude. Plus de la moitié d'entre elles provenaient du service de gynécologie-obstétrique du CHU-MEL (59,8 %). Le tableau VIII montre la répartition des femmes enquêtées par centre de collecte.

Tableau VIII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 par centre de collecte

	Effectif	Pourcentage
CHU-MEL		
Gynécologie-obstétrique	239	59,8
CNHU-HKM		
CUGO	121	30,2
CUPGM	40	10,0
Total	400	100,0

4.1.2 Données socio-démographiques

L'âge médian des femmes de notre étude était de 28 ans avec des extrêmes de 13 ans et de 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [20 ; 30[(57 %). Elles étaient, pour la plupart, de nationalité béninoise (94,8 %).

La majorité des femmes enquêtées vivait en zone urbaine (71,2 %) et en couple (90,2 %). Elles avaient été scolarisées dans 85,4 % des cas et 181 d'entre elles soit 45,3 % avaient interrompu leur étude au cours secondaire.

Plus des trois quarts des femmes de notre exerçaient une activité rémunératrice (77,5 %), mais dans 76,5 % des cas, elles avaient un revenu mensuel en-dessous du salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) au Bénin.

Les tableaux IX et X présentent la répartition des femmes enquêtées en fonction des données socio-démographiques recueillies.

Tableau IX : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des données socio-démographiques (début)

	Effectif (N = 400)	**Pourcentage**
Classes d'âge		
< 18	5	1,2
[18 ; 20[	6	1,5
[20 ; 30[	228	57,0
[30 ; 40[	147	36,8
≥ 40	14	3,5
Nationalité		
Béninoise	379	94,8
Autre	21	5,2
Lieu de résidence		
Ville	285	71,2
Village	115	28,8
Situation matrimoniale		
Mariée ou en couple	361	90,2
Célibataire	39	9,8
Niveau d'instruction		
Jamais scolarisée	58	14,5
Primaire	89	22,2
Secondaire	181	45,3
Universitaire	72	18,0

Tableau X : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des données socio-économiques

	Effectif (N = 400)	Pourcentage
Statut professionnel		
Sans emploi	90	22,5
Indépendante	249	62,3
Employée dans le privé	53	13,2
Fonctionnaire de l'état	8	2,0
Revenu mensuel		
< 52.000	306	76,5
[52.000 – 100.000]	81	20,2
]100.000-300.000]	13	3,2

4.1.3 Antécédents personnels

4.1.3.1 Antécédents médicaux et chirurgicaux

Les antécédents médicaux les plus fréquents étaient la drépanocytose, l'hypertension artérielle. Trois patientes avaient déclaré être séropositives au VIH-SIDA. En ce qui concerne les antécédents chirurgicaux plus du tiers des enquêtées avaient au moins un antécédent de césarienne (33,5 %). Les figures 5 et 6 présentent respectivement la répartition des femmes enquêtées en fonction de leurs antécédents médicaux et chirurgicaux.

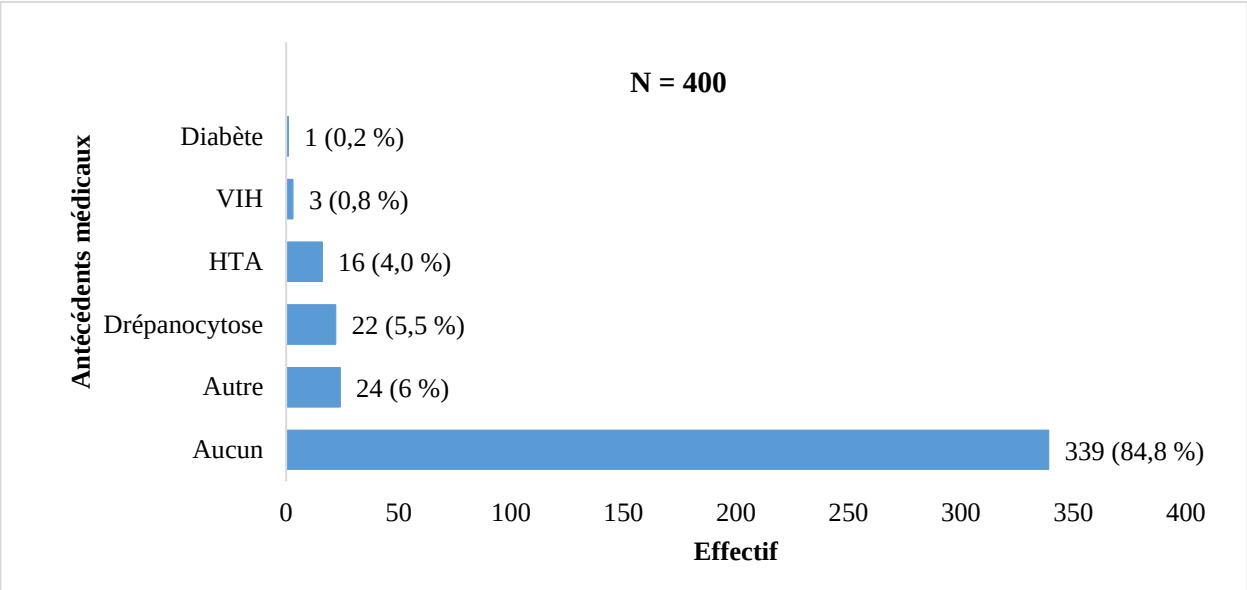


Figure 5 : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de leurs antécédents médicaux

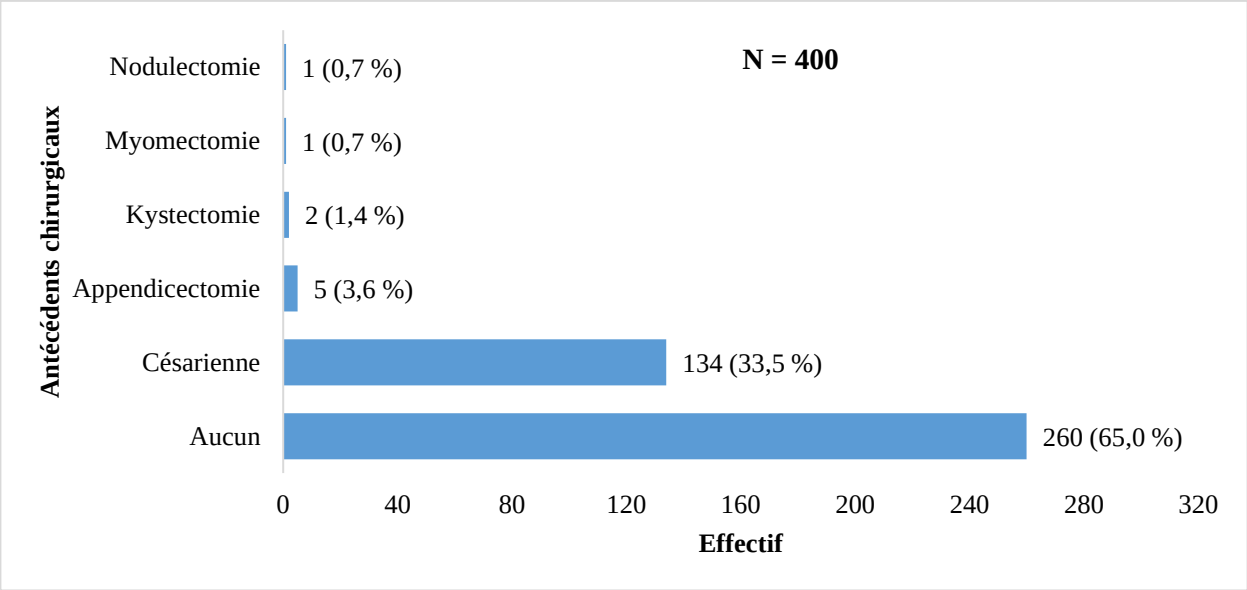


Figure 6 : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de leurs antécédents chirurgicaux

4.1.3.2 Antécédents gynéco-obstétricaux

- **Gestité**

Deux cent quatre-vingt-dix-huit femmes, soit 74,5 %, avaient déjà été enceintes au moins une fois, dont 43,5 % étaient paucigestes et 31,0 % étaient multigestes. Plus du quart des enquêtées étaient des primipares (29,2 %) et des multipares (26,5 %). Le tableau XI présente la répartition des femmes enquêtées en fonction de la gestité et de la parité.

Tableau XI : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de la gestité et de la parité

	Effectif (N = 400)	Pourcentage
Gestité		
Primigeste	102	25,5
Paucigeste (2-3)	174	43,5
Multigeste (≥ 4)	124	31,0
Parité		
Primipare	117	29,2
Paucipare (2-3)	177	44,2
Multipare (≥ 4)	106	26,5

- **Antécédents de fausses couches et mort-nés**

Sur les 298 femmes, au moins paucigestes, 86 (28,9 %) avaient des antécédents de fausses couches spontanées. La figure 7 présente la répartition de ces femmes en fonction des antécédents de fausses couches et de mort-nés.

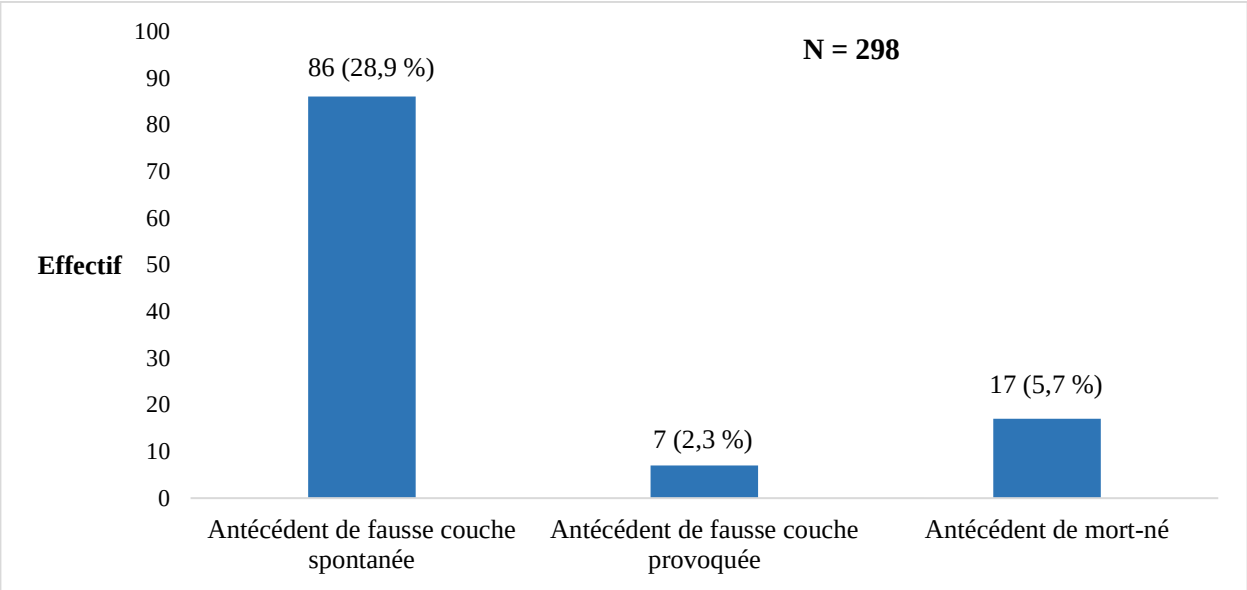


Figure 7 : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des antécédents de fausses couches et de mort-nés

4.1.4 Données liées à la grossesse

4.1.4.1 Modalités de suivi de la grossesse

Le nombre de consultations prénatales réalisées par les enquêtées variait. La majorité des femmes enquêtées (88,5 %) avaient réalisé au moins quatre (04) consultations prénatales. Plus du tiers des enquêtées avaient respecté le nouveau modèle des soins prénatals de l'OMS avec au moins huit (08) consultations prénatales.

Parmi les 397 femmes ayant suivi leur grossesse, plus de la moitié l'ont réalisé dans un centre public. Plus du tiers des femmes ayant suivi leur grossesse dans un centre public, l'ont fait au CNHU-HKM et dans les maternités en périphérie. Le tableau XII présente la répartition des femmes en fonction du suivi de la grossesse et du type de centre de suivi.

Tableau XII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du suivi de la grossesse et du type de centre de suivi

	Effectif (N = 400)	Pourcentage
Suivi de la grossesse (Nombre de CPN)		
Non suivi (0)	3	0,8
Mauvais suivi (1 – 3)	43	10,7
Assez-bon suivi (4 – 7)	216	54,0
Bon suivi (≥ 8)	138	34,5
Centre de suivi		
Publique	274	69,0
Privé	123	31,0
Type de centre public		
Maternité de niveau 3		
CNHU	83	34,6
CHU-MEL	56	23,3
Périphériques	107	
CHUZ	18	7,5
Maternité	89	37,1

4.1.4.2 Profil du personnel soignant ayant suivi la grossesse

Le suivi des grossesses était majoritairement réalisé par les sage-femmes (70,90 %). Seuls 33,3 % des femmes enquêtées ont eu le même professionnel de santé tout le long du suivi de leur grossesse. La répartition des femmes enquêtées en fonction du profil du personnel soignant ayant suivi la grossesse est présentée dans le tableau XIII.

Tableau XIII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du profil du personnel soignant ayant suivi la grossesse

	Effectif (N = 354)	Pourcentage
Même professionnel		
Non	236	66,7
Oui	118	33,3
Sexe du personnel de suivi régulier		
Féminin	288	81,4
Masculin	66	18,6
Catégorie professionnelle		
Sage-femme	251	70,9
Gynécologue-Obstétricien	84	23,7
Médecin généraliste/DES	19	5,4

4.1.4.3 Pathologies développées au cours de la grossesse

L'hypertension artérielle (18,5 %), le paludisme (12,8 %), l'anémie (10,2 %) étaient les affections les plus fréquemment rencontrées durant la grossesse dans notre étude. La figure 8 présente les différentes pathologies développées au cours de la grossesse.

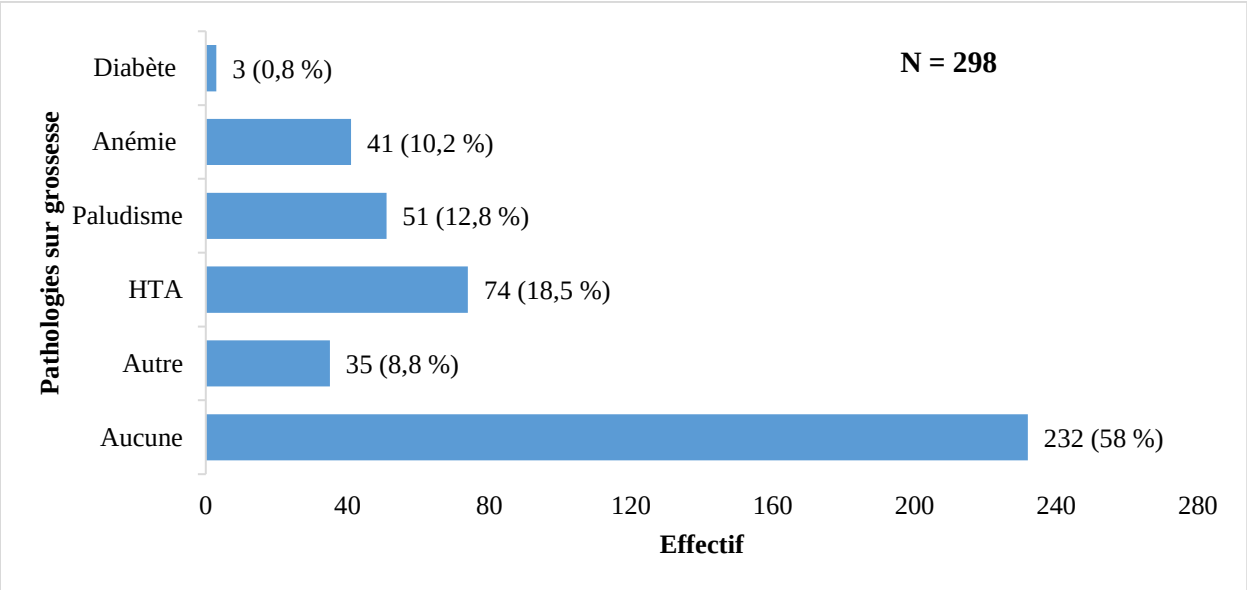


Figure 8 : Différentes pathologies développées au cours de la grossesse chez les femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

4.1.5 Données liées à l'accouchement

4.1.5.1 Planification de l'accouchement

Dans notre étude, 81 % (324) des femmes avaient déclaré avoir planifié leur accouchement contre 19 % qui ne l'avaient pas fait.

4.1.5.2 Modalités de l'accouchement

Dans notre étude, plus de la moitié des femmes étaient venues d'elles-mêmes à l'hôpital (52,8 %), avaient accouché dans un délai de 1 h à 12 h après leur arrivée à l'hôpital (54 %). L'accouchement par césarienne était plus fréquent (64,7 %) avec une fréquence plus élevée de la césarienne non programmée ou en urgence (51,2 %). Les accouchements ont eu lieu majoritairement un jour ouvrable (78 %), souvent dans l'après-midi (29 %) et la nuit (31 %). Le tableau XIV présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des modalités de l'accouchement.

Tableau XIV : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction de modalités de l'accouchement

	Effectif (N = 400)	Pourcentage
Mode d'admission		
Venue d'elle-même	211	52,8
Par référence	189	47,2
Délai entre l'arrivée et l'accouchement		
< 1h	16	4,0
[1h ; 12h [	216	54,0
[12h ; 24h [	37	9,2
[24h ; 72h [	87	21,8
≥ 72h	38	9,5
Je ne sais pas	6	1,5
Voie d'accouchement		
Césarienne non programmée/en urgence	205	51,2
Césarienne programmée	54	13,5
AVB non instrumental	136	34,0
AVB instrumental	5	1,2
Jour d'accouchement		
Jours ouvrables	312	78.0
Weekend	88	22.0
Moment d'accouchement		
Matin (6h-12h)	84	21.0
Après-midi (12h-18h)	116	29.0
Soirée (18h-22h)	76	19.0
Nuit (22h-6h)	124	31.0

Par ailleurs, la durée d'hospitalisation médiane était de 4 jours avec un intervalle interquartile IIQ = [3 ; 6]. Les extrêmes étaient de 1 et 90 jours.

4.1.5.3 Gestes spécifiques au cours de l'accouchement

Dans notre étude, 141 femmes avaient accouché par voie basse. Parmi elles, 31 (22,0 %) ont bénéficié d'une épisiotomie, 44 (31,2 %) d'une épisiorrhaphie et 70 (49,6 %) d'une révision utérine comme le montre le tableau XV ci-dessous.

Tableau XV : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 ayant accouché par voie basse en fonction des gestes spécifiques reçus

	Effectif (N = 141)	Pourcentage
Épisiotomie		
Non	110	78,0
Oui	31	22,0
Épisiorrhaphie et réparation périnéale		
Non	97	68,8
Oui	44	31,2
Révision utérine		
Non	71	50,4
Oui	70	49,6

4.1.5.4 Survenue de complications au cours de l'accouchement

Le tableau XVI présente la répartition des femmes enquêtées selon la survenue de complications au cours de l'accouchement.

Tableau XVI : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 selon la survenue de complications au cours de l'accouchement

	Effectif	Pourcentage
Non	315	78,7
Oui	85	21,3
Total	400	100,0

Il ressort de ce tableau que quatre-vingt-cinq (85) des femmes enquêtées, soit 21,3 %, avaient déclaré avoir eu une complication au cours de leur accouchement.

4.1.5.5 Vécu en termes d'expérience de l'accouchement

Dans notre étude, 69 % des femmes enquêtées avaient affirmé avoir vécu une bonne expérience de leur accouchement, et la majorité d'entre elles (77,8 %) était prête à revenir accoucher dans le même centre. Le tableau XVII présente la répartition des femmes enquêtées en fonction du vécu de l'accouchement.

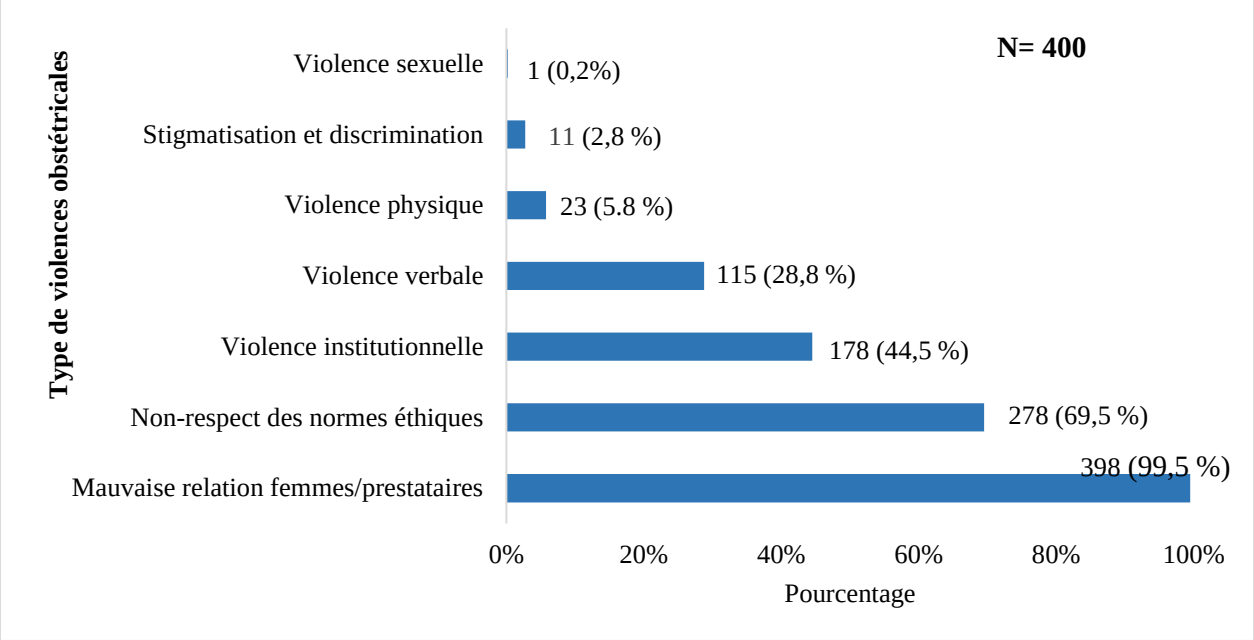
Tableau XVII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du vécu de l'accouchement

	Effectif (N=400)	Pourcentage
Expérience de l'accouchement		
Bonne	276	69,0
Assez bonne	105	26,2
Mauvaise	19	4,8
Retour dans le même centre		
Oui	311	77,8
Non	89	22,2

4.1.6 Violences obstétricales

4.1.6.1 Prévalence globale des violences obstétricales

Dans notre étude, toutes les femmes enquêtées avaient déclaré avoir subi au moins un type de violences obstétricales, soit une prévalence qui était de 100 %. Cependant, la prévalence variait d'un type à un autre. La figure 9 présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des différents types de violences obstétricales enregistrées.



Note : Une femme peut avoir subi une ou plusieurs types de violence

Figure 9 : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des types de violences obstétricales enregistrés

De cette figure, il ressort que les violences obstétricales les plus déclarées étaient la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé (99,5 %), le non-respect des normes éthiques (69,5 %), la violence institutionnelle (44,5 %), la violence verbale (28,5 %). Une (01) seule femme avait déclaré avoir subi une violence sexuelle.

4.1.6.2 Prévalence des violences obstétricales par service

Le tableau XVIII présente la répartition des femmes enquêtées par service en fonction des types de violences enregistrés. Les violences obstétricales fréquemment rencontrées sont identiques à la répartition globale sans une variation importante d'un centre à l'autre.

Tableau XVIII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 par service en fonction des types de violences obstétricales enregistrés

	CHU-MEL (N = 239)	**CUGO (N = 121)**	**CUPGM (N = 40)**
Violences physiques	18 (7,8%)	4 (3,3%)	1 (2,5%)
Violences verbales	78 (33,6%)	32 (26,0%)	3 (7,5%)
Violences sexuelles	1 (0,4%)	-	-
Stigmatisation et discrimination	4 (1,7%)	6 (4,9%)	1 (2,5%)
Non-respect des normes éthiques	162 (69,8%)	85 (69,1%)	260 (65,0%)
Mauvaise relation entre les femmes et les prestataires	231 (99,6%)	122 (99,2%)	40 (100,0%)
Violences institutionnelles	103 (44,4%)	56 (45,5%)	160 (40,0%)

NB : Les pourcentages de ce tableau ont été calculés par rapport au nombre de femmes ayant fréquenté le centre.

4.1.6.3 Violences physiques

La prévalence des violences physiques était de 5,8 %. En effet, vingt-trois (23) femmes avaient déclaré avoir subi au moins un type de violences physiques.

- **Typologie des violences physiques**

Les violences physiques retrouvées dans notre étude étaient le fait de taper ou de pincer les femmes, l'expression abdominale et le fait d'attacher les femmes au lit avec des proportions respectives de 1,8 % ; 5,2 % et 0,2 %. Le tableau XIX présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des types de violences physiques enregistrés.

Tableau XIX : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des types des violences physiques enregistrés

	Effectif (N = 400)	Pourcentage
Taper/Pincer		
Oui	7	1,8
Non	393	98,2
Expression abdominale		
Oui	21	5,2
Non	325	81,2
Attacher au lit		
Oui	1	0,2
Non	399	99,8

- **Caractéristiques des violences physiques**

Parmi les trois types de violences physiques identifiés dans notre étude, le fait de taper ou de pincer les parturientes ainsi que l'expression abdominale survenaient systématiquement pendant l'accouchement, et elles étaient attribuées aux sage-femmes. Le fait d'être attaché au lit était survenu dans le post-partum, notamment lors du réveil anesthésique de la patiente. Il a été le fait d'une aide-soignante et d'un gynécologue-obstétricien. Le tableau XX présente la répartition des femmes enquêtées en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour les violences physiques.

Tableau XX : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour les violences physiques

	Taper/Pincer	Expression abdominale	Attacher au lit
Moment de survenue			
Lors de l'accouchement	7	21	-
Dans le post-partum	-	-	1
Sexe de l'agent incriminé			
Féminin	7	21	1
Masculin	-	-	1
Catégorie de l'agent incriminé			
Sage-femme	7	21	-
Aide-soignant(e)	-	-	1
Gynécologue-obstétricien	-	-	1

NB : Une même violence peut survenir à plusieurs étapes du suivi obstétrical et être le fait de différentes catégories de professionnels de santé

4.1.6.4 Violences verbales

- **Typologie des violences verbales**

Les types de violences verbales retrouvés étaient les injures/mauvaises critiques/commentaires accusatoires (28 %) et les menaces de refus ou d'arrêt de traitement et/ou de mauvais résultats (5,8 %). Le tableau XXI présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des types de violences verbales enregistrés.

Tableau XXI : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des types de violences verbales enregistrés

	Effectif (N = 400)	Pourcentage
Injures/mauvaises critiques/ Commentaires accusatoires		
Non	288	72,0
Oui	112	28,0
Menace de refus/d'arrêt de traitement/de mauvais résultats		
Non	377	94,2
Oui	23	5,8

- **Caractéristiques des violences verbales**

Les violences verbales étaient présentes durant tout le suivi obstétrical, mais plus importantes durant le suivi de la grossesse. Elles étaient attribuées majoritairement aux sage-femmes et aux aides-soignant(e)s. Le tableau XXII présente la répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour les violences verbales.

Tableau XXII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour les violences verbales

	Injures/Mauvaises critiques/Commentaires accusatoires		**Menace de refus/d'arrêt de traitement/de mauvais résultats**	
	Effectif (N = 112)	**Pourcentage**	**Effectif (N = 23)**	**Pourcentage**
Moment de survenue				
Suivi de la grossesse	55	49,1	9	39,1
Lors de l'accouchement	34	30,6	8	34,8
Durant le post-partum	41	36,6	8	34,8
Sexe de l'agent incriminé				
Féminin	109	97,3	20	87,0
Masculin	11	9,8	5	21,7
Catégorie de l'agent incriminé				
Sage-femme	94	83,9	18	78,2
Aide-soignant(e)	55	49,1	8	34,8
MG/DES	4	3,6	4	17,4
Je ne sais pas	2	1,8	1	4,3

NB : Une même violence peut survenir à plusieurs étapes du suivi obstétrical et être le fait de différentes catégories de professionnels de santé

4.1.6.5 Violences sexuelles

Un seul cas de violence sexuelle était retrouvé, soit 0,2 %des femmes enquêtées. Il s'agissait d'un rasage des poils pubiens de la patiente en vue de sa préparation pour une césarienne, sans aucune information préalable. Cela était attribuée à une étudiante sage-femme.

4.1.6.6 Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation et la discrimination étaient présentes dans 2,8 % des cas. Elles survenaient le plus souvent dans le post-partum, et les catégories professionnelles les plus incriminées étaient les sage-femmes et les aides-soignant(e)s. Le tableau XXIII présente la répartition des femmes enquêtées en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel de santé incriminé pour la stigmatisation et la discrimination.

Tableau XXIII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du professionnel incriminé pour la stigmatisation et la discrimination

	Effectif (N = 11)	**Pourcentage**
Moment de survenue		
Suivi de la grossesse	3	27,3
Lors de l'accouchement	1	9,1
Dans le post-partum	8	72,7
Sexe de l'agent incriminé		
Féminin	11	100,0
Masculin	4	36,4
Catégorie de l'agent incriminé		
Sage-femme	5	45,5
Aide-soignant(e)	5	45,5
Infirmière	1	9,1
Je ne sais pas	4	36,4

NB : Une même violence peut survenir à plusieurs étapes du suivi obstétrical et être le fait de différentes catégories de professionnels de santé

4.1.6.7 Non-respect des normes éthiques

- **Typologie du non-respect des normes éthiques**

Le non-respect des normes éthiques se manifestait dans notre étude par l'absence du recueil de consentement lors les soins (53,2 %), du toucher vaginal (23 %), pour la réalisation de l'épisiotomie (6,5 %), de l'épisiorrhaphie (1,8 %), de la révision utérine (6,2 %) et de la césarienne (4,2 %), le refus de soulager la douleur (0,8%), les soins non-confidentiels (8,8 %), la négligence et l'abandon dans les soins (16,2 %). Le tableau XXIV présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des composantes du non-respect des normes éthiques.

Tableau XXIV : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des différentes composantes du non-respect des normes éthiques

	Effectif (N=400)	**Pourcentage**
Absence de consentement pour les soins	213	53,2
Toucher vaginal sans recueil du consentement	92	23,0
Épisiotomie sans recueil du consentement	26	6,5
Épisiorrhaphie sans recueil du consentement	7	1,8
Révision utérine sans recueil du consentement	26	6,5
Césarienne sans recueil du consentement	17	4,2
Refus de soulager la douleur	3	0,8
Soins non confidentiels	35	8,8
Négligence et abandon dans les soins	65	16,2

NB : Une femme peut avoir signalé plusieurs composantes du non-respect des normes éthiques.

- **Caractéristiques des violences liées au non-respect des normes professionnelles**
  - **Toucher vaginal sans consentement**

L'absence de consentement pour la réalisation du toucher vaginal était plus fréquente durant le suivi de la grossesse et pendant l'accouchement. Les sage-femmes étaient les agents de santé les plus incriminés comme le montre le tableau XXV.

Tableau XXV : Répartition des femmes enquêtées ayant bénéficié de toucher vaginal sans recueil du consentement au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction du moment de survenue, du sexe et de la catégorie du personnel de santé incriminé

	Effectif (N=92)	Pourcentage
Moment de survenue		
Suivi de la grossesse	70	76,1
Lors de l'accouchement	71	77,2
Dans le post-partum	3	3,3
Sexe de l'agent incriminé		
Féminin	90	97,8
Masculin	57	62,0
Catégorie de l'agent incriminé		
Sage-femmes	83	90,2
Etudiants (médecine/sage-femme)	40	35,9
Médecins généralistes/DES	33	31,5
Gynécologue-obstétriciens	5	15,2
Je ne sais pas	14	12,0

NB : Une même violence peut survenir à plusieurs étapes du suivi obstétrical et être le fait de différentes catégories de professionnels de santé

- **Episiotomie sans consentement**

Parmi les 31 accouchées ayant bénéficié d'une épisiotomie, vingt-six (26), soit 83,9 %, n'avaient pas donné leur consentement. Celles-ci avaient pour la grande majorité (96,2 %) une sage-femme comme prestataire de soins. Une seule femme (3,8 %) avait déclaré avoir eu un médecin en étude de spécialisation comme prestataire de soins pour ce geste.

- **Episiorrhaphie sans consentement**

Parmi les 44 femmes ayant bénéficié d'une épisiorrhaphie, sept (07), soit 5,9 %, n'avaient pas donné leur consentement. Six d'entre elles (6/7) avaient une sage-femme comme prestataire de soins.

- **Révision utérine sans consentement**

Parmi les 26 femmes ayant bénéficié d'une révision utérine, plus du tiers (35,7 %) n'avait pas donné leur consentement. Elles avaient, pour la majorité (24/26), une sage-femme comme prestataire de soins. Les élèves sage-femmes (3,8 %) et les médecins en étude de spécialisation (3,8 %) étaient également incriminés.

- **Refus de soulager la douleur**

Dans les trois cas de refus de soulager la douleur, les catégories de personnel de santé incriminé étaient : les sage-femmes (3/3), les médecins en étude de spécialisation (1/3) et les gynécologue-obstétriciens (1/3).

- **Soins non confidentiels et absence de protection de l'intimité**

Le non-respect de la confidentialité et de la protection de l'intimité était signalé par trente-cinq (35) femmes. Il survenait lors de l'accouchement (82,9 %), dans le post-partum (17,1 %) et au cours du suivi de la grossesse (8,6 %).

4.1.6.8 Mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé

Le tableau XXVI présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des composantes de la mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé.

Tableau XXVI : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des composantes de la mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé

	Effectif (N=400)	Pourcentage
Absence d'informations sur la planification de l'accouchement	112	28,0
Absence d'informations sur leurs droits	392	98,0
Absence d'informations sur les signes de dangers/les bonnes pratiques	17	4,2
Absence d'informations sur les explorations paracliniques	93	23,2
Problème de langue/interprétation	8	2,0
Absence de soutien du personnel soignant	282	70,5
Absence de prise en compte des préoccupations	28	7,0
Position d'accouchement imposée	12	3,0
Interdiction de manger et de boire librement	2	0,5
Interdiction de bouger librement	1	0,2
Détention à l'hôpital	60	15,0

NB : Une femme peut avoir signalé plusieurs composantes de la mauvaise relation avec les professionnels de santé.

Il ressort de ce tableau que la plupart des femmes enquêtées (98 %) n'avaient jamais été informées de leurs droits en tant que femme enceinte. Seulement 4,2 % des femmes n'avaient pas reçu des informations sur les signes de danger et les bonnes pratiques liées à la grossesse, et 28 % des enquêtées n'avaient pas d'informations sur la planification de l'accouchement. Douze femmes (3 %) avaient déclaré que leur position d'accouchement leur avait été imposée.

Dans notre étude, 60 femmes enquêtées, soit 15 %, avaient déclaré avoir été détenues à l'hôpital pour non-paiement des frais de prestation pour la plupart (88,7 %).

4.1.6.9 Violences institutionnelles

- **Typologie des violences institutionnelles**

Le tableau XXVII présente la répartition des femmes enquêtées en fonction des différentes composantes des violences institutionnelles enregistrées. La mauvaise configuration des salles de dilatation et d'accouchement ne permettant pas d'assurer la protection de l'intimité était signalée par les femmes dans 11 % des cas. Soixante femmes, soit 15 %, avaient déclaré avoir été obligées de partager leur lit d'hôpital avec au moins une autre femme en raison du manque de place.

Tableau XXVII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des composantes des violences institutionnelles enregistrées

	Effectif (N=400)	**Pourcentage**
Mauvaise configuration salle de dilatation et/ou d'accouchement	44	11,0
Partage du lit d'hospitalisation	60	15,0
Demandes déraisonnables	6	1,5
Extorsion	14	3,5

NB : Une femme peut avoir signalé plusieurs composantes de violences institutionnelles.

- **Caractéristiques des violences institutionnelles**
  - **Partage du lit d'hospitalisation**

Sur les 60 femmes ayant déclaré avoir été obligées de partager le lit d'hôpital, 54 (90 %) l'avaient partagé avec une autre femme. Pour les 10 % restants, elles étaient trois sur un même lit. Cette situation était plus fréquente en salle de dilatation (68,3%)

avant l'accouchement. Dix-huit (18) femmes (30 %) avaient déclaré l'avoir vécu dans le post-partum.

4.1.6.10 Données liées à l'aspect juridique

Parmi les femmes enquêtées, très peu (27) avaient une fois entendu l'expression "violences obstétricales". Elles représentaient 6,8 % de l'ensemble des enquêtées. Les sources d'informations étaient dominées par les masses médias et l'entourage immédiat (77,8 %). La figure 10 présente la répartition des femmes ayant entendu parler des violences obstétricales en fonction des sources d'informations.

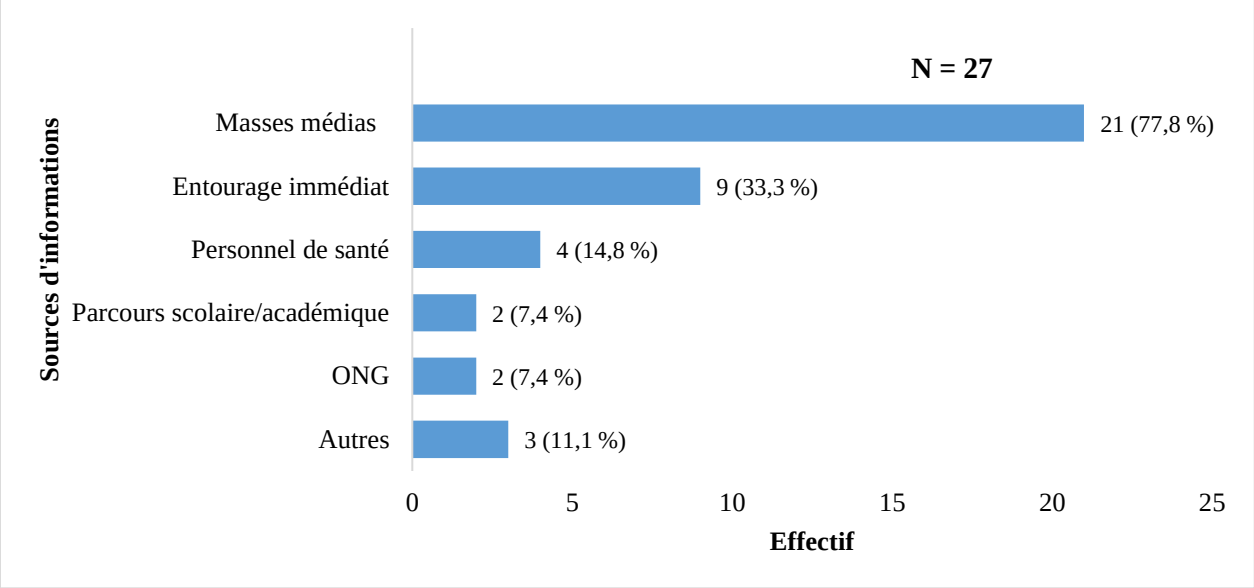


Figure 10 : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 ayant entendu parler des ''violences obstétricales'' en fonction des sources d'informations

Parmi les 27 femmes ayant affirmé avoir déjà entendu parler des ''violences obstétricales'', seulement 12 femmes avaient donné une définition correcte. Elles représentaient 3 % de l'ensemble des femmes enquêtées.

Par ailleurs, la grande majorité des femmes enquêtées (97,5 %) condamnaient les violences obstétricales. Elles n'avaient aucune connaissance des droits universels de

la femme enceinte dans 90,5 % des cas. Cependant, près des deux tiers des enquêtées (65,5 %) savaient qu'il est possible de recourir à la justice en cas de violences obstétricales, mais moins de la moitié des femmes (40,5 %) déclarait vouloir le faire. Dans 32,3 % des cas, elles n'étaient pas prêtes à dénoncer les auteurs des actes de violence obstétricale.

Le tableau XXVIII présente la répartition des femmes enquêtées en fonction de certains aspects juridiques des violences obstétricales.

Tableau XXVIII : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des données liées à l'aspect juridique des violences obstétricales

	Effectif (N=400)	Pourcentage
Tolérance des violences obstétricales		
Oui	10	2,5
Non	390	97,5
Connaissance des droits		
Oui	24	6,0
Non	362	90,5
Je suppose	14	3,5
Connaissance des procédures judiciaires		
Oui	262	65,5
Non	138	34,5
Volonté de dénonciation		
Oui	162	40,5
Non	129	32,3
Je ne sais pas	109	27,2

Les raisons évoquées par les femmes qui ne voulaient pas dénoncer les auteurs des étaient multiples, mais deux principales raisons se dégageaient. Il s'agissait de l'ingratitude que la dénonciation constituerait envers le personnel de santé et les croyances religieuses qui prônent le pardon avant toute chose. Moins de 5 % d'elles

ne voyaient aucun intérêt au recours juridique et trouvaient la procédure chronophage et onéreuse. Le tableau XXIX présente la répartition de ces femmes en fonction des raisons évoquées.

Tableau XXIX : Répartition des femmes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 en fonction des raisons de la renonciation aux poursuites judiciaires en cas de violences obstétricales

	Effectif	**Pourcentage**
Aucune incidence	6	4,7
Bonne santé de mon enfant et moi	15	11,6
Croyances religieuses	45	34,9
Inexistence de la perfection	16	12,4
Ingratitude	41	31,8
Peur des représailles des autres collègues	1	0,8
Procédure chronophage et onéreuse	5	3,8
Total	129	100,0

4.2 Étude analytique

4.2.1 Analyse bivariée

4.2.1.1 Facteurs associés à la survenue des violences physiques

- **Facteurs socio-démographiques associés à la survenue des violences physiques**

L'âge des femmes présentait une association significative avec la survenue de violences physiques ($p < 0,005$). En effet, les femmes ayant subi des violences physiques étaient plus jeunes avec une médiane d'âge de 23 ans par rapport à celles n'ayant pas subi de violences physiques dont la médiane d'âge était de 28 ans. Le tableau XXX présente la relation entre les données socio-démographiques et la survenue des violences physiques.

Tableau XXX : Relation entre les données socio-démographiques et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (début)

	Violences physiques		
	Absente, N = 377	**Présente**, N = 23	**p-value**
Âge (années)	28 [25 ; 32]	23 [21 ; 26]	**< 0,005**
Classes d'âge			0,0061
< 30	219 (91,6%)	20 (8,4%)	
≥ 30	158 (98,1%)	3 (1,9%)	
Revenu mensuel (FCFA)			0,48
< 52.000	287 (93,8%)	19 (6,2%)	
≥ 52.000	90 (95,7%)	4 (4,3%)	
Lieu de résidence			0,51
Village	107 (93,0%)	8 (7,0%)	
Ville	270 (94,7%)	15 (5,3%)	
Niveau d'instruction			0,47
Faible*	138 (93,9%)	9 (6,1%)	
Moyen (Secondaire)	173 (95,6%)	8 (4,4%)	
Elevé (Universitaire)	66 (91,7%)	6 (8,3%)	

**Faible = Jamais scolarisée et primaire*

- **Antécédents médico-chirurgicaux associés à la survenue des violences physiques**

L'absence d'antécédents chirurgicaux était statistiquement associée à la survenue des violences physiques (p = 0,023). Le tableau XXXI présente la relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences physiques.

Tableau XXXI : Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences physiques		
	Absente, N = 377	**Présente**, N = 23	**p-value**
VIH/SIDA			0,67
Séronégative	374 (94,2%)	23 (5,8%)	
Séropositive	3 (100%)	0 (0,0%)	
HTA			0,31
Non	361 (94%)	23 (6,0%)	
Oui	16 (100%)	0 (0,0%)	
Diabète			0,8
Non	376 (94,2%)	23 (5,8%)	
Oui	1 (100%)	0 (0,0%)	
Drépanocytose			0,49
Non	357 (94,4%)	21 (5,6%)	
Oui	20 (90,9%)	2 (9,1%)	
Antécédents chirurgicaux			**0,023**
Non	240 (92,3%)	20 (7,7%)	
Oui	137 (97,9%)	3 (2,1%)	

- **Antécédents gynéco-obstétricaux associés à la survenue des violences physiques**

La gestité ($p < 0,005$) et la parité ($p < 0,005$) montraient une association significative avec la survenue de violences physiques. Les femmes primigestes ou primipares étaient plus sujettes aux violences physiques, avec des proportions respectives de 15,7 % et 13,7 %. Le tableau XXXII présente la relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences physiques.

Tableau XXXII : Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences physiques		
	Absente, N = 377	**Présente**, N = 23	**p-value**
Gestité			**< 0,0005**
Primigeste	86 (84,3%)	16 (15,7%)	
Paucigeste	169 (97,1%)	5 (2,9%)	
Multigeste	122 (98,4%)	2 (1,6%)	
Parité			**< 0,0005**
Primipare	101 (86,3%)	16 (13,7%)	
Paucipare	171 (96,6%)	6 (3,4%)	
Multipare	105 (99,1%)	1 (0,9%)	

- **Données liées à la grossesse associées à la survenue des violences physiques**

Aucune donnée liée à la grossesse n'était associée à la survenue des violences physiques. Le tableau XXXIII suivant présente la relation entre les données liées à la grossesse et les violences physiques.

Tableau XXXIII : Relation entre les données liées à la grossesse et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences physiques		
	Absente, N = 377	**Présente**, N = 23	**p-value**
Suivi de la grossesse (CPN)			0,14
Non suivi (0)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Mauvais suivi (1 – 3)	42 (97,7%)	1 (2,3%)	
Assez bon suivi (4 – 7)	202 (93,5%)	14 (6,5%)	
Bon suivi (≥ 8)	131 (94,9%)	7 (5,1%)	

- **Données liées à l'accouchement associées à la survenue des violences physiques**

La voie d'accouchement ($p < 0,005$) et la durée d'hospitalisation ($p < 0,005$) étaient statistiquement associées à la survenue des violences physiques. En effet, les violences physiques étaient retrouvées chez 80 % des femmes ayant eu un accouchement instrumental par voie basse, et chez les femmes ayant eu une durée médiane de 2 jours d'hospitalisation. Le tableau XXXIV présente la relation entre les données liées à l'accouchement et les violences physiques.

Tableau XXXIV : Relation entre les données liées à l'accouchement et les violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences physiques		
	Absente, N = 377	**Présente**, N = 23	**p-value**
Planification de l'accouchement			0,78
Non	71 (93,4%)	5 (6,6%)	
Oui	306 (94,4%)	18 (5,6%)	
Voie d'accouchement			**< 0,005**
AVB instrumental	1 (20,0%)	4 (80,0%)	
AVB non instrumental	119 (87,5%)	17 (12,5%)	
Césarienne en urgence	203 (99,0%)	2 (1,0%)	
Césarienne programmée	54 (100,0%)	0 (0,0%)	
Jour de l'accouchement			0,13
Jours ouvrables	297 (95,2%)	15 (4,8%)	
Weekend	80 (90,9%)	8 (9,1%)	
Durée d'hospitalisation	4 [3 ; 6]	3 [2 ; 3]	**< 0,005**
Mode d'admission			0,36
Référence	176 (93,1%)	13 (6,9%)	
Venue d'elle-même	201 (95,3%)	10 (4,7%)	
Moment de l'accouchement			0,75
Matin (6h – 12h)	78 (92,9%)	6 (7,1%)	
Après-midi (12h – 18h)	108 (93,1%)	8 (6,9%)	
Soirée (18h – 22h)	73 (96,1%)	3 (3,9%)	
Nuit (22h – 06h)	118 (95,2%)	6 (4,8%)	

4.2.1.2 Facteurs associés à la survenue des violences verbales

- **Facteurs socio-démographiques associés à la survenue des violences verbales**

L'âge (p = 0,047) et le niveau d'instruction (p = 0,048) étaient statistiquement associés à la survenue de violences verbales comme le montre le tableau XXXV ci-dessous.

Tableau XXXV : Relation entre les données socio-démographiques et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences verbales		
	Absente, N = 285	**Présente**, N = 115	**p-value**
Âge (années)	28 [24 ; 32]	28 [25 ; 33]	**0,047**
Lieu de résidence			0,053
Village	74 (64,3%)	41 (35,7%)	
Ville	211 (74,0%)	74 (26,0%)	
Niveau d'instruction			**0,048**
Faible*	94 (63,9%)	53 (36,1%)	
Moyen (Secondaire)	137 (75,7%)	44 (24,3%)	
Elevé (Universitaire)	54 (75,0%)	18 (25,0%)	
Revenu mensuel (FCFA)			0,067
< 52.000	211 (69,0%)	95 (31,0%)	
≥ 52.000	74 (78,7%)	20 (21,3%)	

**Faible = Jamais scolarisée et primaire*

- **Antécédents médico-chirurgicaux associés à la survenue des violences verbales**

Le tableau XXXVI présente la relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences verbales où aucune association n'avait été trouvée.

Tableau XXXVI : Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences verbales		**p-value**
	Absente, N = 285	**Présente**, N = 115	
VIH/SIDA			0,27
Séronégative	282 (71,0%)	115 (29,0%)	
Séropositive	3 (100%)	0 (0,0%)	
HTA			0,43
Non	275 (71,6%)	109 (28,4%)	
Oui	10 (62,5%)	6 (37,5%)	
Diabète			0,52
Non	284 (71,2%)	115 (28,8%)	
Oui	1 (100%)	0 (0,0%)	
Drépanocytose			0,26
Non	267 (70,6%)	111 (29,4%)	
Oui	18 (81,8%)	4 (18,2%)	
Antécédents chirurgicaux			0,18
Non	191 (73,5%)	69 (26,5%)	
Oui	94 (67,1%)	46 (32,9%)	

- **Antécédents gynéco-obstétricaux associés à la survenue des violences verbales**

Aucun des antécédents gynéco-obstétricaux étudiés n'était statistiquement associé aux violences verbales. Le tableau XXXVII présente la relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences verbales.

Tableau XXXVII : Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences verbales		
	Absente, N = 285	**Présente**, N = 115	**p-value**
Gestité			0,25
Multigeste	84 (67,7%)	40 (32,2%)	
Paucigeste	122 (70,1%)	52 (29,9%)	
Primigeste	79 (77,5%)	23 (22,5%)	
Parité			0,26
Multipare	70 (66,0%)	36 (34,0%)	
Paucipare	126 (71,2%)	51 (28,8%)	
Primipare	89 (76,1%)	28 (23,9%)	

- **Données liées à la grossesse et à l'accouchement associées à la survenue des violences verbales**

Le suivi de la grossesse ($p < 0,005$) et la planification de l'accouchement ($p < 0,005$) étaient statistiquement associés à la survenue de violences verbales. Chez 53,5 % des femmes ayant eu un mauvais suivi de la grossesse et 42,1 % des patientes n'ayant pas planifié l'accouchement, les violences verbales étaient présentes. Les tableaux

XXXVIII et XXXIX présentent la relation entre les données liées à la grossesse, l'accouchement et les violences verbales.

Tableau XXXVIII : Relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (Début)

	Violences verbales		
	Absente, N = 285	**Présente**, N = 115	**p-value**
Suivi de la grossesse (CPN)			**< 0,005**
Non suivi (0)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Mauvais suivi (1 – 3)	20 (46,5%)	23 (53,5%)	
Assez bon suivi (4 – 7)	164 (75,9%)	52 (24,1%)	
Bon suivi (≥ 8)	99 (71,7%)	39 (28,3%)	
Planification de l'accouchement			**< 0,005**
Non	44 (57,9%)	32 (42,1%)	
Oui	241 (74,4%)	83 (25,6%)	
Mode d'admission			0,09
Référence	127 (67,2%)	62 (32,8%)	
Venue d'elle-même	158 (74,9%)	53 (25,1%)	
Voie d'accouchement			0,38
AVB instrumental	2 (40,0%)	3 (60,0%)	
AVB non instrumental	98 (72,1%)	38 (27,9%)	
Césarienne en urgence	144 (70,2%)	61 (29,8%)	
Césarienne programmée	41 (75,9%)	13 (24,1%)	

Tableau XXXIX : Relation entre les données liées à grossesse et l'accouchement et les violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (suite et fin)

	Violences verbales		
	Absente, N = 285	**Présente**, N = 115	**p-value**
Jour de l'accouchement			0,65
Jours ouvrables	224 (71,8%)	88 (28,2%)	
Weekend	61 (69,3%)	27 (30,7%)	
Moment de l'accouchement			0,4
Matin (6h – 12h)	63 (75,0%)	21 (25,0%)	
Après-midi (12h – 18h)	77 (66,4%)	39 (33,6%)	
Soirée (18h – 22h)	58 (76,3%)	18 (23,7%)	
Nuit (22h – 06h)	87 (70,2%)	37 (29,8%)	
Complications			0,11
Non	231 (73,1%)	85 (26,9%)	
Oui	54 (64,3%)	30 (35,7%)	
Durée d'hospitalisation	4 [3 ; 5]	4 [3 ; 6]	0,16

4.2.1.3 Facteurs associés à la survenue de la stigmatisation et de la discrimination

Aucune variable n'était statistiquement associée à la stigmatisation et à la discrimination.

4.2.1.4 Facteurs associés à la survenue du non-respect des normes éthiques

- **Facteurs socio-démographiques associés à la survenue du non-respect des normes éthiques**

Aucune donnée socio-démographique n'était statistiquement associée au non-respect des normes éthiques. Le tableau XL présente la relation entre les données socio-démographiques et le non-respect des normes éthiques.

Tableau XL : Relation entre les données socio-démographiques et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Non- respect des normes éthiques		**p-value**
	Absent, N = 122	**Présent**, N = 278	
Age (années)	28 [25 ; 33]	28 [23 ; 32]	0,13
Classes d'âge			0,28
< 30	68 (28,5%)	171 (71,5%)	
≥ 30	54 (33,5%)	107 (66,5%)	
Nationalité			0,77
Béninoise	115 (30,3%)	264 (69,7%)	
Autre	7 (33,3%)	14 (66,7%)	
Lieu de résidence			0,09
Village	28 (24,3%)	87 (75,7%)	
Ville	94 (33,0%)	191 (67,0%)	
Niveau d'instruction			0,25
Faible*	38 (25,9%)	109 (74,1%)	
Moyen (Secondaire)	58 (32,0%)	123 (68,0%)	
Elevé (Universitaire)	26 (36,1%)	46 (63,9%)	
Revenu mensuel			0,27
< 52.000	89 (29,1%)	217 (70,9%)	
≥ 52.000	33 (35,1%)	61 (64,9%)	

**Faible = Jamais scolarisée et primaire*

- **Antécédents médico-chirurgicaux associés à la survenue du non-respect des normes éthiques**

L'absence d'antécédents chirurgicaux (p = 0,01) était statistiquement associée au non-respect des normes éthiques. Le tableau XLI présente la relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et le non-respect des normes éthiques.

Tableau XLI : Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Non- respect des normes éthiques		**p-value**
	Absent, N = 122	**Présent**, N = 278	
VIH/SIDA			> 0,9
Séronégative	121 (30,5%)	276 (69,5%)	
Séropositive	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
HTA			0,58
Absent	116 (30,2%)	268 (69,8%)	
Présent	6 (37,5%)	10 (62,5%)	
Diabète			> 0,9
Absent	122 (30,6%)	277 (69,4%)	
Présent	0 (0,0%)	1 (100,0%)	
Drépanocytose			0,89
Absent	115 (30,4%)	263 (69,6%)	
Présent	7 (31,8%)	15 (68,2%)	
Antécédents chirurgicaux			**0,01**
Non	69 (26,5%)	191 (73,5%)	
Oui	53 (37,9%)	87 (62,1%)	

- **Antécédents gynéco-obstétricaux associés à la survenue du non-respect des normes éthiques**

Aucun antécédent gynéco-obstétrical étudié n'était statistiquement associé au non-respect des normes éthiques.

Le tableau XLII présente la relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et le non-respect des normes éthiques.

Tableau XLII : Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Non- respect des normes éthiques		**p-value**
	Absent, N = 122	**Présent**, N = 278	
Gestité			0,54
Multigeste	36 (29,0%)	88 (71,0%)	
Paucigeste	58 (33,3%)	116 (66,7%)	
Primigeste	28 (27,5%)	74 (72,5%)	
Parité			0,05
Multipare	26 (24,5%)	80 (75,5%)	
Paucipare	65 (36,7%)	112 (63,3%)	
Primipare	31 (26,5%)	86 (73,5%)	

- **Données liées à l'accouchement associées à la survenue du non-respect des normes éthiques**

Aucune des données liées à la grossesse n'était statistiquement associée au non-respect des normes éthiques. Parmi celles liées à l'accouchement, le mode d'admission (p = 0,01) était statistiquement associé au non-respect des normes éthiques. Le tableau XLIII présente la relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et le non-respect des normes éthiques.

Tableau XLIII : Relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et le non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Non- respect des normes éthiques		**p-value**
	Absent, N = 122	**Présent**, N = 278	
Suivi de la grossesse (CPN)			0,3
Non suivi (0)	0 (0,0%)	3 (100,0%)	
Mauvais suivi (1 – 3)	12 (27,9%)	31 (72,1%)	
Assez bon suivi (4 – 7)	61 (28,2%)	155 (71,8%)	
Bon suivi (≥ 8)	49 (35,5%)	89 (64,5%)	
Planification de l'accouchement			0,08
Non	17 (22,4%)	59 (77,6%)	
Oui	105 (32,4%)	219 (67,6%)	
Mode d'admission			**0,01**
Référence	46 (24,3%)	143 (75,7%)	
Venue d'elle-même	76 (36,0%)	135 (64,0%)	
Voie d'accouchement			0,8
AVB instrumental	1 (20,0%)	4 (80,0%)	
AVB non instrumental	38 (27,9%)	98 (72,1%)	
Césarienne en urgence	66 (32,2%)	139 (67,8%)	
Césarienne programmée	17 (31,5%)	37 (68,5%)	
Jour d'accouchement			0,41
Jours ouvrables	92 (29,5%)	220 (70,5%)	
Weekend	30 (34,1%)	58 (65,9%)	
Moment d'accouchement			0,06
Matin (6h-12h)	32 (38,1%)	52 (61,9%)	
Après-midi (12h-18h)	34 (29,3%)	82 (70,7%)	
Nuit (22h-6h)	28 (22,6%)	96 (77,4%)	
Soirée (18h-22h)	28 (36,8%)	48 (63,2%)	
Complications de l'accouchement			0,48
Non	99 (31,3%)	217 (68,7%)	
Oui	23 (27,4%)	61 (72,6%)	
Durée d'hospitalisation	4 [3 ; 5]	4 [3 ; 6]	0,33

4.2.1.5 Facteurs associés à la survenue des violences institutionnelles

- **Facteurs socio-démographiques associés à la survenue des violences institutionnelles**

Aucun facteur socio-démographique n'était statistiquement associé à la violence institutionnelle. Le tableau XLIV présente la relation entre les facteurs socio-démographiques et les violences institutionnelles.

Tableau XLIV : Relation entre les données socio-démographiques et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violence institutionnelles		**p-value**
	Absentes, N = 222	**Présentes,** N = 178	
Age (années)	28 [24 ; 32]	28 [24 ; 32]	0,89
Classes d'âge			0,78
< 30	134 (56,1%)	105 (43,9%)	
≥ 30	88 (54,7%)	73 (45,3%)	
Nationalité			0,29
Béninoise	208 (54,9%)	171 (45,1%)	
Autre	14 (66,7%)	7 (33,3%)	
Lieu de résidence			0,17
Village	70 (60,9%)	45 (39,1%)	
Ville	152 (53,3%)	133 (46,7%)	
Niveau d'instruction			0,81
Faible*	83 (56,5%)	64 (43,5%)	
Moyen (Secondaire)	100 (55,2%)	81 (44,8%)	
Elevé (Universitaire)	39 (54,2%)	33 (45,8%)	
Revenu mensuel			0,45
< 52,000	173 (56,5%)	133 (43,5%)	
≥ 52,000	49 (52,1%)	45 (47,9%)	

**Faible = Jamais scolarisée et primaire*

- **Antécédents médico-chirurgicaux associés à la survenue des violences institutionnelles**

Aucun antécédent médical et/ou chirurgical n'était statistiquement associé à la violence institutionnelle. Le tableau XLV présente la relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences institutionnelles.

Tableau XLV : Relation entre les antécédents médico-chirurgicaux et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violence institutionnelles		**p-value**
	Absentes, N = 222	**Présentes,** N = 178	
VIH/SIDA			0,26
Séronégative	219 (55,2%)	178 (44,8%)	
Séropositive	3 (100,0%)	0 (0,0%)	
HTA			0,57
Absent	212 (55,2%)	172 (44,8%)	
Présent	10 (62,5%)	6 (37,5%)	
Diabète			> 0,9
Absent	221 (55,4%)	178 (44,6%)	
Présent	1 (100,0%)	0 (0,0%)	
Drépanocytose			0,43
Absent	208 (55,0%)	170 (45,0%)	
Présent	14 (63,6%)	8 (36,4%)	
Antécédents chirurgicaux			0,44
Non	148 (56,9%)	112 (43,1%)	
Oui	74 (52,9%)	66 (47,1%)	

- **Antécédents gynéco-obstétricaux associés à la survenue des violences institutionnelles**

Aucun antécédent gynéco-obstétrical n'était statistiquement associé aux violences institutionnelles. Le tableau XLVI présente la relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences institutionnelles.

Tableau XLVI : Relation entre les antécédents gynéco-obstétricaux et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violence institutionnelles		**p-value**
	Absentes, N = 222	**Présentes,** N = 178	
Gestité			0,53
Multigeste	69 (55,6%)	55 (44,4%)	
Paucigeste	92 (52,9%)	82 (47,1%)	
Primigeste	61 (59,8%)	41 (40,2%)	
Parité			0,54
Multipare	60 (56,6%)	46 (43,4%)	
Paucipare	93 (52,5%)	84 (47,5%)	
Primipare	69 (59,0%)	48 (41,0%)	

- **Données liées à la grossesse et à l'accouchement associées à la survenue de la violence institutionnelle**

Seule la voie d'accouchement ($p < 0,005$) statistiquement était associée à la survenue des violences institutionnelles. Chez 56,7 % des femmes ayant accouché par voie basse, les violences institutionnelles étaient présentes. La relation qui existe entre les données liées à l'accouchent et les violences institutionnelles est présentée dans le tableau XLIVII.

Tableau XLVII : Relation entre les données liées à la grossesse et l'accouchement et les violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	Violences institutionnelles		p-value
	Absentes, N = 222	**Présentes,** N = 178	
Suivi de la grossesse (CPN)			0,12
Non suivi (0)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	
Mauvais suivi (1 – 3)	27 (62,8%)	16 (37,2%)	
Assez bon suivi (4 – 7)	108 (50,0%)	108 (50,0%)	
Bon suivi (≥ 8)	85 (61,6%)	53 (38,4%)	
Planification de l'accouchement			0,41
Non	39 (51,3%)	37 (48,7%)	
Oui	183 (56,5%)	141 (43,5%)	
Mode d'admission			0,56
Par référence	102 (54,0%)	87 (46,0%)	
Venue d'elle-même	120 (56,9%)	91 (43,1%)	
Voie d'accouchement			**0,003**
AVB instrumental	3 (60,0%)	2 (40,0%)	
AVB non instrumental	58 (42,6%)	78 (57,4%)	
Césarienne en urgence	128 (62,4%)	77 (37,6%)	
Césarienne programmée	33 (61,1%)	21 (38,9%)	
Voie d'accouchement			**< 0,005**
AVB	61 (43,3%)	80 (56,7%)	
Césarienne	161 (62,2%)	98 (37,8%)	
Jour d'accouchement			0,78
Jours ouvrables	172 (55,1%)	140 (44,9%)	
Weekend	50 (56,8%)	38 (43,2%)	
Moment d'accouchement			0,54
Matin (6h-12h)	47 (56,0%)	37 (44,0%)	
Après-midi (12h-18h)	70 (60,3%)	46 (39,7%)	
Nuit (22h-6h)	67 (54,0%)	57 (46,0%)	
Soirée (18h-22h)	38 (50,0%)	38 (50,0%)	
Complications			0,4
Non	172 (54,4%)	144 (45,6%)	
Oui	50 (59,5%)	34 (40,5%)	
Durée d'hospitalisation	4 [3 ; 5]	4 [3 ; 6]	0,29

4.2.2 Analyse multivariée

4.2.2.1 Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences physiques

Le tableau XLVIII présente les résultats d'une analyse de régression logistique où différentes variables sont évaluées pour la survenue des violences physiques.

Tableau XLVIII : Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences physiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	ORa[1]	95% CI[1]	p-value
Age			0,4
≥ 30	1,00	—	
< 30	1,86	0,39 - 8,9	
Gestité			**0,006**
Multigeste	1,00	—	
Paucigeste	1,44	0,23 - 12,7	
Primigeste	**8,48**	**1,51 - 76,2**	
Antécédents chirurgicaux			0,3
Non	1,00	—	
Oui	2,50	0,44 - 12,6	
CPN			0,3
4 – 7	1,00	—	
≥ 8	1,00	0,29 - 3,19	
1 – 3	0,41	0,02 - 2,72	
0	25,7	0,55 - 968,45	
Voie d'accouchement			**<0,001**
AVB	1,00	—	
Césarienne	**0,04**	**0,01 - 0,25**	
Jour d'accouchement			0,2
Ouvrables	1,00	—	
Weekend	2,00	0,65 - 6,12	
Durée d'hospitalisation	0,95	0,72 - 1,04	0,5

[1]ORa = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Il ressort de ce tableau qu'être primigeste (OR = 8,48 ; p = 0,006) est associée à une augmentation du risque de survenue de violences physiques. Les primigestes avaient 8,48 fois plus de risque de subir une violence physique que les multigestes. Cependant, avoir bénéficié d'une césarienne (OR = 0,04 ; p < 0,001) était le facteur significativement associé à la diminution de la survenue de violences physiques.

4.2.2.2 Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences verbales

Les tableaux XLIX et L présentent les résultats d'une analyse de régression logistique où différentes variables sont évaluées en termes d'Odds Ratios (OR) pour la survenue des violences verbales.

Tableau XLIX : Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (Début)

	ORa[1]	**95% CI[1]**	**p-value**
Âge	1,04	1,00 - 1,08	0,07
Lieu de résidence			0,2
Village	1,00	—	
Ville	0,72	0,43 - 1,20	
Niveau d'instruction			0,3
Elevé	1,00	—	
Moyen	0,72	0,36 - 1,45	
Faible	1,06	0,51 - 2,21	
Revenu mensuel			0,2
< 52.000	1,48	0,78 - 2,83	
≥ 52.000	1,00	—	
Antécédents chirurgicaux			**0,01**
Non	1,00	—	
Oui	**1,99**	**1,16 - 3,42**	

[1]ORa = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Tableau L : Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences verbales au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023 (suite et fin)

	ORa[1]	95% CI[1]	p-value
Suivi de la grossesse (CPN)			**0,03**
Assez bon suivi (4 – 7)	1,00	—	
Bon suivi (≥ 8)	1,69	0,98 - 2,89	
Mauvais suivi (1 – 3)	**2,51**	**1,15 - 5,47**	
Non suivi (0)	0,41	0,03 - 5,93	
Planification de l'accouchement			0,2
Non	1,00	—	
Oui	0,64	0,33 - 1,23	
Mode d'admission			0,3
Référence	1,00	—	
Venue d'elle-même	0,77	0,45 - 1,31	
Complications durant l'accouchement			0,2
Non	1,00	—	
Oui	1,46	0,79 - 2,69	
Durée d'hospitalisation	1,01	0,97 - 1,05	0,7

[1]ORa = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval

Il ressort de ces deux tableaux que l'existence d'antécédents chirurgicaux (OR =1,99 ; p = 0,01) et le mauvais suivi de la grossesse (OR = 2,51 ; p = 0,03) étaient les facteurs statistiquement associés à la survenue de violences verbales.

4.2.2.3 Facteurs prédicteurs potentiels associés au non-respect des normes éthiques

Le tableau LI présente les résultats d'une analyse de régression logistique où différentes variables sont évaluées en termes d'Odds Ratios (OR) pour la survenue du non-respect des normes éthiques. Il en ressort qu'aucun facteur n'était

statistiquement associé à la survenue des violences liées au non-respect des normes éthiques.

Tableau LI : Facteurs prédicteurs potentiels associés au non-respect des normes éthiques au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	ORa[1]	95% CI[1]	p-value
Age	0.97	0.92 - 1,02	0,24
Type de lieu de résidence			0,2
Village	1,00	—	
Ville	0,74	0,44 - 1,23	
Statut professionnel			0,5
Non salarié	1,00	—	
Salarié	0,80	0,44 - 1,47	
Parité			
Multipare	1,00	—	0,5
Paucipare	0,68	0,36 - 1,27	
Primipare	0,71	0,33 - 1,56	
Antécédents chirurgicaux			0,3
Non	1,00	—	
Oui	0,82	0,48 - 1,39	
Planification de l'accouchement			0,7
Non	1,00	—	
Oui	0,90	0,48 - 1,69	
Mode d'admission			0,3
Référence	1,00	—	
Venue de vous-même	0,78	0,48 - 1,27	
Moment de l'accouchement			0,2
Matin (6h-12h)	1,00	—	
Après-midi (12h-18h)	1,38	0,74 - 2,57	
Soirée (18h-22h)	0,96	0,49 - 1,89	
Nuit (22h-6h)	1,79	0,93 - 3,41	

[1]ORa = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval

4.2.2.4 Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences institutionnelles

Le tableau LII présente les résultats d'une analyse de régression logistique où différentes variables sont évaluées en termes d'Odds Ratios (OR) pour la survenue des violences institutionnelles. Il ressort qu'avoir bénéficié d'une césarienne (OR = 0,5 ; p = 0,03) était le facteur statistiquement associé à la diminution de la survenue de violences institutionnelles.

Tableau LII : Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences institutionnelles au CNHU-HKM et au CHU-MEL d'août à novembre 2023

	ORa[1]	95% CI[1]	p-value
Type de lieu de résidence			0,1
Village	1,00	—	
Ville	1,41	0,90 - 2,23	
Nombre d'accoucheurs			0,6
≥ Quatre	1,00	—	
Trois	0,83	0,41 - 1,79	
Deux	1,36	0,55 - 3,40	
Un	2,75	0,26 - 29,14	
Voie d'accouchement			**0,03**
Voie basse	1,00	—	
Césarienne	**0,50**	**0,26 - 0,95**	
Suivi de la grossesse (CPN)			0,3
Assez bon suivi (4 – 7)	1,00	—	
Bon suivi (≥ 8)	0,69	0,44 - 1,07	
Mauvais suivi (1 – 3)	0,61	0,30 - 1,21	
Non suivi (0)	0,65	0,05 - 7,92	

[1]ORa = Adjusted Odds Ratio, CI = Confidence Interval

5. DISCUSSION

La discussion des résultats de notre étude s'articulera autour des points suivants :

- l'atteinte des objectifs de l'étude ;
- les forces et les limites de l'étude ;
- l'analyse et la comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

5.1 Atteinte des objectifs de l'étude

Les objectifs assignés à cette étude ont été atteints. Il s'agissait de :

5.1.1 Décrire les caractéristiques socio-démographiques et gynéco-obstétricales des accouchées en milieu hospitalier à Cotonou

L'âge médian des femmes enquêtées était de 28 ans avec des extrêmes de 13 ans et 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 20 et 30 ans. La majorité des femmes enquêtées était de nationalité béninoise (94,8 %), vivait couple (90, 2%) et en milieu urbain (71,2 %). Les 85,4 % (N=242) des femmes avaient été scolarisées, dont 45,3 % (N=181) ayant arrêté leurs études au cours secondaire. La majorité des enquêtées (76,5 %) avait un revenu mensuel en-dessous du SMIG béninois.

La plupart des femmes de notre étude étaient des paucigestes (43,5 %) et des multigestes (31,0 %). Plus du quart des enquêtées étaient des primipares (29,2 %) et des multipares (26,5 %).

Concernant le suivi de la grossesse, plus du tiers (34,5 %) des enquêtées avaient respecté le nouveau modèle des soins prénataux de l'OMS avec au moins huit (08) consultations prénatales.

Plus de la moitié des femmes enquêtées avait accouché par césarienne (64,7 %) avec une fréquence plus élevée de la césarienne non programmée ou en urgence (51,2 %). Les accouchements avaient eu lieu majoritairement un jour ouvrable, et souvent dans

l'après-midi (29 %) et la nuit (31 %). Des complications étaient survenues dans 21,3 % des cas lors de l'accouchement.

5.1.2 Déterminer la prévalence des violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou

Nous nous sommes entretenus avec 400 femmes dont 239 (59,8 %) dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU-MEL, 121 (30,2 %) à la CUGO et 40 (10 %) à la CUPGM du CNHU-HKM. La prévalence des violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou était de 100 % ; toutes les femmes enquêtées avaient déclaré avoir subi au moins un type de violences obstétricales. Cependant la prévalence de des violences variait d'un type à un autre.

Les violences obstétricales rencontrées étaient, par ordre décroissant de fréquence : la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé (99,5 %), le non-respect des normes éthiques (69,5 %), la violence institutionnelle (44,5 %), la violence verbale (28,5 %), la violence physique (5,8 %), la stigmatisation et la discrimination (2,8 %) et la violence sexuelle (0,2 %).

5.1.3 Identifier les facteurs associés aux violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou

De l'analyse multivariée de nos résultats, il ressort :

- qu'être primigeste (OR = 8,48 ; p = 0,006) était associée à une augmentation du risque de survenue de violences physiques ;
- qu'avoir bénéficié d'une césarienne (OR = 0,04 ; p < 0,001) était le facteur statistiquement associé à la diminution de la survenue de violences physiques ;

- que l'existence d'antécédents chirurgicaux (OR = 1,99 ; p = 0,01) et le mauvais suivi de la grossesse (OR = 2,51 ; p = 0,03) étaient les facteurs statistiquement associés à la survenue de violences verbales ;
- qu'avoir bénéficier d'une césarienne (OR = 0,5 ; p = 0,03) était le facteur statistiquement associé à la diminution de la survenue des violences institutionnelles ;
- qu'aucun facteur n'était statistiquement associé ni à la survenue de stigmatisation et de discrimination ni à la survenue du non-respect des normes éthiques.

5.1.4 Évaluer la connaissance des patientes sur les droits des femmes en matière de soins obstétricaux en milieu hospitalier à Cotonou

La grande majorité des femmes enquêtées (90,5 %) n'avaient aucune connaissance des droits universels de la femme enceinte. Cependant, 65,5 % des femmes enquêtées savaient qu'il est possible de recourir à la justice en cas de violences obstétricales, mais moins de la moitié (40,5 %) des enquêtées déclaraient vouloir le faire. Les 59,5 % de femmes qui ne voulaient pas le faire, évoquaient deux principales raisons : l'ingratitude que cela constituerait envers le personnel de santé et les croyances religieuses qui prônent le pardon avant toute chose.

5.2 Forces et limites de l'étude

5.2.1 Forces de l'étude

- L'étude réalisée était transversale à visée descriptive et analytique avec recueil prospectif des données. Ce type de recueil permet d'éliminer le biais lié à l'oubli ou à la déformation des faits si le recueil avait été fait des mois après l'accouchement.

- Elle s'est déroulée dans les deux centres de référence en matière de santé de la mère et de l'enfant. Ce sont les deux centres au niveau supérieur de la pyramide sanitaire.
- Première étude bi-centrique explorant les facteurs associés aux violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou.

5.2.2 Limites de l'étude

- Le recueil des données au sein des services de gynécologie et d'obstétrique pourrait constituer une source de réticence de la part des femmes. Pour pallier ce biais, l'entretien était personnel en absence de tout agent de santé.
- L'étude étant effectuée dans deux centres nationaux, l'échantillon obtenu pourrait ne pas être représentatif de l'ensemble de la population générale.
- Bien que les violences obstétricales soient un sujet de santé publique, il continue d'être un sujet tabou dans certaines contrées notamment d'Afrique en raison de la normalisation de certaines pratiques qui constituent des formes de violences. Il pourrait donc y avoir des sous déclarations ou dissimulation de certaines informations jugées sans intérêt par les patientes.

Malgré ces limites, les conclusions auxquelles notre étude a conduit demeurent solides et aident à la compréhension des violences obstétricales dans notre contexte.

5.3 Analyse et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

5.3.1 Service de provenance

Sur les 400 femmes recensées au cours de notre étude, 239 soit une fréquence 59,8 % provenaient du service de gynécologie-obstétrique du CHU-MEL contre 121 soit une fréquence de 30,2 % et 40 soit une fréquence de 10 % qui provenaient respectivement de la CUGO et de la CUPGM du CNHU-HKM. Cette différence de fréquence entre les deux services de gynécologie et d'obstétrique pourrait s'expliquer

d'une part par la plage horaire de recrutement au CHU-MEL qui était plus importante (matin et soir) que celle de la CUGO (uniquement les soirs). D'autre part, la plus grande activité du CHU-MEL pourrait également expliquer cette observation. Kpoviessi avait rapporté que les accouchements étaient deux fois plus réalisés au CHU-MEL qu'au CNHU-HKM sur une période de 04 ans [98]. En effet, le CHU-MEL constitue le seul centre hospitalier et universitaire du Bénin dédié entièrement à la santé de la mère et de l'enfant. En cette qualité, les femmes s'y dirigent ou y sont préférentiellement référées.

5.3.2 Données socio-démographiques

5.3.2.1 Âge

Dans notre étude, l'âge médian des femmes enquêtées était de 28 ans, avec des extrêmes de 13 ans et de 45 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [20 ans ; 30 ans[, constituant 57,0 % des cas. Ces résultats sont similaires à ceux présentés par de nombreux autres auteurs [41, 72, 99–101].

Au Bénin, Aclombessi avait rapporté en 2022 un âge moyen de 26,72 ± 5,98 ans, avec des extrêmes de 13 ans et de 41 ans et la tranche d'âge la plus représentée était celle de [20-34] dans 73% des cas [99]. De même, Ferede et al, en Ethiopie en 2021 avaient retrouvé une fréquence de 59,2 % des femmes de la tranche d'âge de 20 à 30 ans, avec un âge médian de 27 ans [72].

Cette situation pourrait être due au fait que cette tranche d'âge correspond à la période de fertilité et d'activité sexuelle des couples.

5.3.2.2 Situation matrimoniale

La majorité des femmes de notre étude était soit mariée soit en couple (90,2 %). De nombreux autres auteurs ont rapporté des résultats similaires [33, 34, 44, 78, 100, 101]. Au Bénin, Atade et al à Tanguiéta en 2021 et Aclombessi à Cotonou avaient

rapporté respectivement une fréquence de 80,92 % et 89,94 % de femmes mariées [34, 99]. En Ethiopie, Shemelis et al avaient indiqué que 94,6 % des femmes étaient mariées [44].

Cela pourrait s'expliquer par les croyances religieuses et les réalités socioculturelles des sociétés africaines où le mariage, souvent considéré comme une étape importante de la vie d'une femme, est valorisé et encouragé. Ainsi, la valeur accordée à la stabilité familiale, les attentes sociales entourant le mariage et la maternité, ainsi que les normes traditionnelles qui favorisent l'union conjugale peuvent influencer le choix des femmes de se marier ou d'être en couple.

5.3.2.3 Niveau d'instruction

La majorité des femmes enquêtées ont été scolarisées (85,4 %) et 181 d'entre elles, soit 45,3 %, avaient arrêté leurs études au cours secondaire. Aclombessi avait rapporté une fréquence 71,69 % de scolarisées, dont 33,96 % ayant écourté leurs études au cours secondaire [99]. Au Nigéria, Okafor et al ont présenté en 2015 une fréquence de scolarisées de 98,1 %, avec 44,8 % s'étant arrêtés au cours secondaire [33]. Ces résultats sont similaires aux nôtres.

Ce constat peut être expliqué par les efforts fournis par nos dirigeants à divers niveaux afin de promouvoir la scolarisation des filles dans notre pays à travers la gratuité de l'enseignement des jeunes filles jusqu'au second cycle des lycées et collèges publics du Bénin. En plus de cela, l'évolution croissante de la reconnaissance de l'égalité des sexes, peut également avoir influencé les décisions des familles en faveur de la scolarisation des filles.

5.3.2.4 Revenu mensuel

La majorité des femmes de notre étude (76,5 %) avait un revenu mensuel bas, en dessous du SMIG au Bénin qui est de 52 000 FCFA [102]. Dans l'étude de

Aclombessi, la majorité des accouchées (67,92%) avaient également un bas niveau socio-économique.

Cette situation pourrait être expliquée par le fait que le Bénin soit, selon la banque mondiale, un pays à revenu intermédiaire inférieur [103]. De plus, la plupart des femmes enquêtées exerçaient des activités à faibles revenus avec des conditions de vie de plus en plus difficiles.

5.3.3 Antécédents gynéco-obstétricaux

La plupart des femmes de notre étude étaient des paucigestes (43,5 %) et plus du quart des enquêtées étaient des paucipares (44,2 %). De nombreux auteurs ont rapporté des résultats similaires [33, 34, 41, 42, 44, 72, 99].

En ce qui concerne la gestité, des études antérieures menées au Bénin par Aclombessi ; et Atade et al ont également observé une prédominance de paucigestes, avec des fréquences respectives de 38,99 % et 46,24 % [34, 99]. Des tendances similaires ont été rapportées en Ethiopie par Asefa et al (2015) ainsi que Shemelis et al (2019), avec des taux respectifs de 48 % et 48,1 % [41, 44].

Quant à la parité, des résultats congruents ont été notés au Bénin et en Ethiopie, avec les études d'Atade et al ; et de Ferede et al indiquant des prédominances de paucipares à hauteur de 50,87 % et 44,7 % respectivement [34, 72]. Ces constatations sont également cohérentes avec des données provenant de la Palestine, où Dwekat et al ont rapporté une proportion de 46,1 % de paucipares en 2022 [42].

De toutes ces études, les femmes enquêtées avaient déjà eu au moins une grossesse et un accouchement. Cela pourrait s'expliquer par la forte représentativité de la tranche d'âge allant de 20 à 30 ans, période de potentielle fertilité et d'activité sexuelle des couples.

Au terme de la discussion des données sociodémographiques, il ressort que les caractéristiques de notre échantillon correspondent à celles retrouvées par d'autres études réalisées à la CUGO et au CHU-MEL. Ce qui prouve que notre échantillon correspond bien aux femmes qui fréquentent ces centres.

5.3.4 Données liées à la grossesse

Dans notre étude, 99,2 % des femmes enquêtées ont suivi leur grossesse avec plus de la moitié l'ayant fait dans un centre public (69 %). La majorité des enquêtées 88,5 % avaient réalisé au moins quatre (04) consultations prénatales et le suivi des grossesses était majoritairement réalisé par les sage-femmes (70,90 %).

Shemelis et al, en Éthiopie, ont rapporté un taux de suivi de 98 % avec la majorité des CPN réalisées dans un centre public et par les sage-femmes (76,3 %), cependant, seulement 64,6 % des femmes ont effectué au moins quatre consultations prénatales [44].

Les résultats élevés de suivi prénatal au Bénin suggèrent une prise de conscience positive et une participation active des femmes enceintes dans leur propre santé maternelle, reflétant l'impact des initiatives gouvernementales et des efforts communautaires pour promouvoir les soins prénatals de qualité.

5.3.5 Données liées à l'accouchement

5.3.5.1 Mode d'admission

Plus de la moitié des femmes était venue d'elles-mêmes à l'hôpital (52,8 %). Banks et al en Ethiopie, ont rapporté la même tendance, mais avec un taux plus élevé qui était de 95,1 % [78].

Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les hôpitaux de notre étude constituent les centres de référence du Bénin, donc les derniers recours en matière de

soins obstétricaux. De plus, l'existence d'un grande nombre de maternités fonctionnelles en périphérie peut également expliquer la faible volonté spontanée des patientes à venir accoucher au CNHU-HKM ou au CHU-MEL [104]. Par ailleurs, les croyances sociétales qui suggèrent que ce sont les cas graves qui sont admis dans ces deux centres peuvent également expliquer la préférence portée par les femmes sur les centres périphériques.

5.3.5.2 Voie d'accouchement

Plus de la moitié des femmes enquêtées ont accouché par césarienne (64,7 %) avec une fréquence plus élevée de la césarienne en urgence (51,2 %). Des chiffres proches (45,1 % de césarienne) ont été rapporté par Azhar et al au Pakistan en 2016 [45].

Par contre, Malet et al en France ont trouvé un taux de 12,3 % de césarienne avec 8,8 % de césarienne en urgence [75]. La fréquence de la césarienne, selon une étude de Yalley et al au Ghana en 2023 était de 21,2 % [105]. Au Mozambique, Mocumbi et al ont rapporté un taux de césarienne de 3,7 % [106]. Ces chiffres sont largement plus bas que les nôtres.

Cela pourrait s'expliquer d'une part par le plateau technique peu développé dans notre pays en comparaison à la France ainsi que les pratiques médicales et les seuils d'indication de la césarienne. Par rapport aux autres pays à revenu intermédiaire inférieur comme le nôtre, Ghana et Mozambique, la différence pourrait s'expliquer d'une part par leur plateau technique qui est meilleur qu'au Bénin. D'autre part, ctte différence pourrait s'expliquer par la taille de notre échantillon qui était largement plus faible.

5.3.6 Violences obstétricales

5.3.6.1 Prévalence globale des violences obstétricales

Dans notre étude, toutes les femmes enquêtées avaient déclaré avoir subi au moins un type de violences obstétricales, soit une prévalence qui était de 100 %. Les violences sexuelles, physiques et celles liées à la stigmatisation étaient marginales. Cependant, les violences obstétricales les plus déclarées étaient : la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé (99,5 %), le non-respect des normes éthiques (69,5 %), la violence institutionnelle (44,5 %), la violence verbale (28,5 %).

De nombreux auteurs ont retrouvé des taux similaires aux nôtres avec la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé dans 6,90 à 88,5 % des cas; le non-respect des normes éthiques dans 75,8 à plus de 90 % des cas et la violence verbale dans 24,5 à 45,6 % des cas [32, 33, 40, 42, 45]. Dwekat et al (Palestine) [42], Azhar et al (Pakistan) [45], Okafor et al (Nigeria) [33], et Adinew et al (Ethiopie) [32] ont rapporté une prévalence respective de 97,8 % ; 99,7 % ; 98 % et 100 %.

Par contre Vedam et al aux États-Unis d'Amérique [30] ; et Malet et al en France [75] ont rapporté des chiffres plus bas de violences obstétricales respectivement de 17,3 % et 44 %.

Par ailleurs, d'autres auteurs en Afrique ont rapporté des chiffres plus bas que les nôtres. Il s'agit de Atade et al [34] en 2021 au Bénin (46,26 %) et de Yalley et al [105] au Nigéria en 2023 (65,3 %). Cette différence peut s'expliquer par la cible des études de ces derniers qui prenaient en compte des femmes ayant accouché au-delà de six (06) mois. L'effet de l'oubli avec le temps pourrait entraîner une sous-déclaration des violences subies.

5.3.6.2 Prévalence des violences obstétricales par service

Dans notre étude, les violences obstétricales rencontrées sont identiques à la répartition globale sans une variation importante d'un centre à l'autre. Ce qui suggère que le fait d'avoir interrogé les femmes alors qu'il était encore dans les murs des maternités n'a pas été un frein à la dénonciation. De plus, l'absence de variation d'un centre à un autre suggère qu'il d'un problème d'ordre général qui nécessite des mesures générales.

5.3.6.3 Moment de survenue et auteurs des violences obstétricales

Dans notre étude, les violences obstétricales étaient plus présentes lors de l'accouchement. Les catégories de professionnels de santé les plus incriminées, dans presque tous les cas, étaient les sage-femmes et les aides-soignant(e)s. Les étudiant(e)s sage-femmes et en médecine générale étaient citées en deuxième position après les sage-femmes pour le toucher vaginal non-consentant.

Ces résultats sont proches de ceux de Atade et al au nord du Bénin en 2021 où la majorité des violences obstétricales survenaient au cours de l'accouchement et les deux principales de catégorie de professionnels de santé incriminés étaient les sage-femmes et les aides-soignant(e)s [34].

Ces observations peuvent s'expliquer par le fait que l'accouchement constitue le moment où le personnel de santé est le plus stressé. Il est préoccupé par le fait d'éviter les complications et d'assurer le bien-être de la femme et du nouveau-né au terme de l'accouchement. De plus, les sage-femmes et les aides-soignant(e)s sont les professionnels de santé les plus au contact des femmes. Ce qui explique leur désignation à un taux élevé comme auteurs des violences obstétricales.

5.3.6.4 Violences physiques

- **Typologie des violences physiques**

Les violences physiques étaient présentes dans 5,8 % des cas dans notre étude. Elles regroupaient le fait de taper ou de pincer les femmes, l'expression abdominale et le fait d'attacher les femmes au lit avec des proportions respectives de 1,8 % ; 5,2 % et 0,2 %. La fréquence des violences physiques dans notre étude est plus faible que celle observée par d'autres auteurs [33, 34, 100, 105]. Atade et al ont rapporté 88,44 % de taux de violences physiques au Nord du Bénin en 2021 [34]. Okafor et al au Nigéria ont décrit un taux de 35,7 % de cas de violences physiques avec 17,3 % des cas où les femmes ont été attachés et 7,2 % des cas où elles ont été tapées et/ou giflées [33].

Cette disparité dans les chiffres suggère une plus grande présence des violences physiques dans les centres périphériques que dans les hôpitaux de référence. Ce faible taux des violences physiques dans notre étude pourrait s'expliquer par le fait que la majorité des femmes de notre étude ont accouché par césarienne. Or les violences physiques sont plus fréquentes lors de l'accouchement par voie basse notamment lors de l'expulsion du fœtus [33].

- **Facteurs associés aux violences physiques**

De l'analyse multivariée, il ressort qu'être primigeste (OR = 8,48 ; 95 % CI : 1,51 – 76,2 ; p = 0,006) était statistiquement associée à une augmentation du risque de survenue de violences physiques. Siraj et al ont rapporté que les paucigestes avaient 72 % plus de chance de subir une violence obstétricale que les primipares. Ceci pourrait s'expliquer par l'inexpérience des primigestes en ce qui concerne l'accouchement. Ce qui pourrait les rendre plus vulnérables et influencer la manière dont elles expriment leurs préférences et leurs droits pendant le processus obstétrical

Nous avons également trouvé qu'avoir bénéficié d'une césarienne (OR = 0,04 ; 95 % CI : 0,01 – 0,25 **;** p < 0,001) était le facteur statistiquement associé à la diminution de la survenue de violences physiques. Cela s'explique par le fait que la violence physique survenait plus souvent lors de l'accouchement par voie basse notamment lors de l'expulsion du fœtus.

5.3.6.5 Violences verbales

- **Typologie des violences verbales**

Les types de violences verbales (28,5 %) retrouvés étaient les injures/mauvaises critiques/commentaires accusatoires (28 %) et les menaces de refus ou d'arrêt de traitement et/ou de mauvais résultats (5,8 %).

Au Nigéria [33] et au Ghana [105], les violences verbales ont été décrites dans des proportions similaires dans respectivement 29,6 % et 28,50 %. Okafor et al au Nigéria ont rapporté 19,9 % de cas de menaces et 9,7 % d'injures/mauvaises critiques [33]. Cette situation pourrait s'expliquer par une mauvaise gestion du stress ou de la colère de la part des professionnels de santé qui savent les conséquences du non-respect des recommandation de la part de certaines patientes.

Par contre, Atade et al au Bénin en 2021, avaient rapporté un taux de violences verbales de 94,80 % [34]. Le faible taux observé dans notre étude pourrait s'expliquer par le fort taux d'alphabétisation des femmes enquêtées ; ce qui faciliterait la communication avec le personnel de santé, à l'opposé des patientes de Atade et al, où la majorité des patientes étaient non-scolarisées.

- **Facteurs associés aux violences verbales**

De la régression logistique, il ressort que l'existence d'antécédents chirurgicaux (OR = 1,99 ; 95 % CI : 1,16 - 3,42 ; p = 0,01) et le mauvais suivi de la grossesse (OR = 2,51 ; 95 % CI : 1,15 - 5,47 ; p = 0,03) étaient les facteurs significativement associés

à la survenue de violences verbales. Ainsi, les femmes ayant un antécédent chirurgical et celles ayant réalisé un mauvais suivi de la grossesse, avaient respectivement 1,99 et 2,51 fois plus de risque de subir des violences verbales.

Concernant le suivi de la grossesse, Shemelis et al en Éthiopie ont rapporté des résultats similaires aux nôtres. En effet, les femmes ayant réalisé moins de quatre (04) CPN avait 3,58 fois plus de risque de subir une violence obstétricale que celles ayant fait quatre ou plus (OR = 3,58 ; 95 % CI : 2,04 – 6,29).

Ces résultats pourraient s'expliquer par le fait que les professionnels de la santé ont tendance à rappeler aux femmes la possibilité de bénéficier d'une césarienne afin de les dissuader de pousser avant que le col de l'utérus ne soit complètement dilaté. Celles ayant un antécédent de césarienne sont donc blâmées et accusées d'avoir été responsable de la césarienne. Le mauvais suivi de la grossesse étant associé à un risque élevé de complications lors de l'accouchement, le personnel soignant a tendance à réprimander les femmes qui ont un mauvais suivi de la grossesse et à les tenir pour responsables en cas de complications. De telles attitudes sont répréhensibles dans la mesure où elles sont contraires au principe de la bienveillance.

5.3.6.6 Stigmatisation et discrimination

La stigmatisation et la discrimination étaient présentes dans 2,8 % des cas. Ce qui est similaire à la fréquence observée par Shemelis et al en 2022 qui retrouvaient un taux de 3,8 %. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le taux élevé de femmes scolarisées dans notre étude. Aucun facteur n'était statistiquement associé à la stigmatisation et à la discrimination.

5.3.6.7 Non-respect des normes éthiques

Le non-respect des normes éthiques (69,5 %) dans notre étude se manifestait par l'absence du recueil de consentement éclairé lors les soins (53,2 %), du toucher

vaginal (23 %), pour la réalisation de l'épisiotomie (6,5 %), de l'épisiorrhaphie (1,8 %), de la révision utérine (6,2 %) et de la césarienne (4,2 %), le refus de soulager la douleur (0,8 %), les soins non-confidentiels (8,8 %), la négligence et l'abandon dans les soins (16,2 %).

L'absence de consentement lors des soins a été rapportée dans les mêmes proportions dans les études de Okafor et al [33], Siraj et al [100], et de Shemelis et al [44] respectivement de 54,5 % ; 63,8 % et 63,6 %. Dans la même étude de Okafor et al, l'absence de consentement pour l'épisiotomie et la césarienne a été observée respectivement dans 25,6 % et 4,5 % des cas [33]. Yalley et al au Ghana en 2023, ont décrit la réalisation de toucher vaginal sans consentement dans 5,90 % des cas [105]. Ces résultats suggèrent une lacune en termes d'information et de communication entre les prestataires de soins de santé et les femmes, et surtout un défaut d'implication des femmes dans les décisions liées à leurs soins obstétricaux. Cela peut résulter de la perception d'une ignorance et d'une passivité de la part des femmes, un phénomène qui mine tout le système de santé. Ainsi, le personnel de santé, seul détenteur de la connaissance médicale, sait ce qui est bon pour la femme. Aussi a-t-il pour objectif ultime de sauver la mère et l'enfant qu'importe le prix.

S'agissant des soins non confidentiels, Okafor et al avaient retrouvé l'absence de protection de l'intimité dans 6,3 % des cas [33]. Ce qui est concordant à la fréquence observée dans notre étude (8,8 %). A titre illustratif, les participantes à l'étude ont signalé la non-descente des rideaux des box par certains professionnels de santé lors de l'accouchement et l'usage des salles communes sans séparation dans le post-partum. Toutefois, plusieurs auteurs ont rapporté des taux plus élevés que le nôtre allant de 17 % à plus de 80 % [34, 100, 105, 107]. Le faible taux observé dans notre étude pourrait s'expliquer d'une part par une sous-dénonciation de la part des femmes, pour qui, les soins non-confidentiels se limitent essentiellement au manque

de protection de l'intimité. D'autre part, les femmes semblent s'accommoder du fait que leur nudité soit exposée à leurs congénères dans de telles circonstances. L'exposition de la nudité est secondaire dans ce contexte où elles éprouvent de la douleur, de la peine et de la joie au même moment.

La négligence et l'abandon dans les soins ont été retrouvés dans des proportions similaires au nôtre par des auteurs en Ethiopie (11,7 [44]; 19 % [100]) et au Nigéria (9,2 %) [33]. Ce constat pourrait s'expliquer par le manque de ressources humaines où les professionnels de santé sont obligés de faire un tri selon le tableau clinique.

L'analyse multivariée n'avait identifié aucun facteur statistiquement associé au non-respect des normes éthiques.

5.3.6.8 Mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé

Concernant la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé dans notre étude, 15 % des femmes ont déclaré avoir été ou être détenues pour raison de non-paiement des frais d'hospitalisations principalement et 70,5 % des femmes n'ont pas bénéficié du soutien du personnel soignant pendant leur accouchement. L'étude d'Okafor et al en 2015 au Nigéria a décrit 22 % de cas de détention à l'hôpital [33]. La principale raison était le non-paiement des frais d'hospitalisations qui a également été mis en évidence par d'autres auteurs [32, 105, 108].

Cette situation pourrait s'expliquer par le faible pouvoir d'achat de la population béninoise. En effet, la majorité des femmes de notre étude avait un revenu mensuel en dessous du SMIG. Bien que les coûts moyens d'un accouchement par voie basse (10 500 FCFA) et par césarienne (55 000 FCFA), semblent être couverts en majeure partie par le SMIG, les femmes peinent à les solder. Il faut préciser que le coût de l'accouchement par césarienne sont les frais à honorer par la, même dans le cadre de la gratuité toujours en vigueur pour les césariennes [109]. Ce qui met en évidence

la précarité dans laquelle vivent ces femmes. Toutefois, la détention est anticonstitutionnelle au Bénin d'après une décision de la cour constitutionnelle datant du 28 janvier 2021 [94]. Elle est également interdite selon la déclaration universelle des droits des femmes enceintes et des nouveau-nés [24].

Le taux élevé de manque de soutien de la part du personnel de santé peut s'expliquer d'une part par le manque de personnel soignant dans nos hôpitaux et d'autre part par la normalisation de cette pratique dans les habitudes des professionnels de santé.

5.3.6.9 Violences institutionnelles

- **Typologie des violences institutionnelles**

La violence institutionnelle dans notre étude, prenait en compte le partage du lit d'hôpital avec d'autres patientes (15 %), le manque de protection de l'intimité en raison de la configuration inadéquate des salles d'accouchement et/ou de dilatation (11 %), l'extorsion (3,5 %) et les demandes déraisonnables (1,5 %).

Ces situations peuvent s'expliquer par le manque d'infrastructures dans nos hôpitaux en ce qui concerne les deux premiers sous-types. Ce qui indique que la violence obstétricale institutionnelle n'est pas le fait des agents. Elle traduit les difficultés qu'ont les praticiens à mobiliser les ressources surtout lorsque l'administration leur oppose des impératifs de rentabilité économique (faire mieux avec peu de moyens).

Pour ce qui est des demandes déraisonnables et des cas d'extorsion, la non-dénonciation du phénomène et sa normalisation par les patientes et les familles participent à ce que le phénomène perdure malgré le fait que les autorités ont un discours intransigeant et que des lignes vertes ai été mise en place pour dénoncer ce type de pratique.

- **Facteurs associés aux violences institutionnelles**

L'analyse multivariée des variables associées aux violences institutionnelles a permis d'identifier l'accouchement par césarienne (OR=0,5 ; p=0,03) comme un facteur protecteur contre les violences institutionnelles. En effet, c'était le facteur significativement associé à la diminution de la survenue de violences institutionnelles. Cela s'explique par le fait que les femmes ayant bénéficié de la césarienne bénéficient de soins particuliers notamment avec des salles qui leur sont dédiées souvent plus propres que les femmes des accouchées par voie basse. De plus, elles nécessitent des soins particuliers pour éviter la survenue de complications post-opératoires et pour la gestion de la douleur. Pour ces raisons, elles suscitent l'empathie du personnel soignant.

5.3.6.10 Données liées à l'aspect juridique

Dans notre étude, seulement 27 femmes sur les 400 (6,8 %) avaient une fois entendu l'expression "violences obstétricales". Très peu de femmes (12) avaient donné une définition correcte. Les principales sources d'informations étaient les masses médias et l'entourage immédiat (77,8 %).

Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés par Atade et al en 2021 au Nord du Bénin où seulement 9,35 % des enquêtées déclaraient avoir déjà entendu parler de la violence obstétricale et 85,71 % donnaient une définition incomplète. Leur principale source d'information était, les organisations non gouvernementales (ONG) dans 51,14% des cas [34].

Cette ignorance de la population par rapport à la violence obstétricale pourrait s'expliquer par le manque d'information et de sensibilisation sur le sujet. De plus, il n'est porté que par quelques activistes dont les voix peinent à porter. L'importance des médias de masse et de l'entourage immédiat dans notre étude, parallèlement à

l'importance des ONG dans l'étude d'Atade et al, indique la diversité des canaux d'information nécessaires pour atteindre les différentes populations.

La grande majorité des femmes de notre étude (97,5 %) condamnaient les violences obstétricales et n'avaient aucune connaissance des droits universels de la femme enceinte (90,5 %). Cependant, près des deux tiers (65,5 %) savaient qu'il est possible de recourir à la justice en cas de violences obstétricales, mais moins de la moitié (40,5 %) déclaraient vouloir le faire.

Ces résultats sont proches de ceux de Atade et al où 77,46 % des femmes décriaient les violences obstétricales ; 81,50 % savaient qu'elles pouvaient dénoncer les auteurs de violence et 59,54 % étaient prêtes à dénoncer les auteurs de violence [34].

La non-dénonciation des auteurs des actes de violences était liée au fait que certaines femmes percevaient la dénonciation comme un signe d'ingratitude envers le personnel de santé (31,8 %) qui leur sauve la vie. Pour d'autres, la peur de mettre fin à la carrière de quelqu'un et de pécher par la même occasion était le facteur limitant. Elles évoquent les croyances religieuses qui prônent le pardon avant toute chose (34,9 %).

Ces résultats prouvent l'influence des facteurs socio-culturels dans la décision des femmes de prendre des mesures légales, malgré leur connaissance des recours disponibles. Ils soulignent également la nécessité de sensibiliser davantage sur les droits des femmes enceintes et des nouveau-nés afin de garantir des soins respectueux.

CONCLUSION

Les violences obstétricales sont des atteintes aux droits des femmes enceintes. Elles étaient présentes dans les centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2023 avec une forte prévalence. Toutes les femmes de notre étude avaient déclaré avoir subi au moins un type de violences obstétricales. Les plus fréquemment rencontrées étaient la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé ; le non-respect des normes éthiques ; la violence institutionnelle et la violence verbale. Elles surviendraient le plus souvent au cours de l'accouchement et seraient le fait des sage-femmes. Les facteurs associés ne relèvent pas uniquement de la responsabilité du personnel de santé. Les facteurs favorisants la survenue des violences étaient le fait d'être primigeste pour les violences physiques ; l'existence d'antécédents de césarienne et le mauvais suivi de la grossesse pour les violences verbales. L'existence d'antécédent de césarienne était par contre un facteur protecteur contre les violences physiques et les violences institutionnelles.

Ces résultats soulignent la nécessité d'interventions ciblées pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et garantir le respect des droits des femmes enceintes.

SUGGESTIONS

- **A l'endroit des autorités politiques (ministère de la santé, ministère des affaires sociales et de la microfinance, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, ministère de la justice et de la législation)**
  - Financer la poursuite de cette étude à une plus grande échelle afin d'accroître sa puissance ;
  - Assurer une formation continue et régulière des professionnels de la santé maternelle sur les soins maternels respectueux ;
  - Assurer une formation continue et régulière des professionnels de la santé maternelle sur la communication non violente ;
  - Recruter plus de personnels qualifiés dans les maternités publiques afin de réduire la charge du travail et favoriser un meilleur suivi des parturientes ;
  - Mettre l'accent sur l'application de la charte des bonnes pratiques des professionnels de santé pour des soins obstétricaux sans violence ;
  - Intégrer le concept de violences obstétricales aux textes de lois en les définissant clairement tout en prenant en compte nos réalités socio-culturelles.
  - Œuvrer pour une meilleure situation économique et rendre opérationnel le système d'assurance pour le renforcement du capital humain (ARCH) pour que les femmes ne soient plus détenues faute de paiement des frais de soins.

- **A l'endroit de l'institut national des femmes :**
  - Mettre en œuvre des campagnes de sensibilisation nationale sur les violences obstétricales, visant à éduquer les femmes sur leurs droits pendant la grossesse et l'accouchement et le post-partum ;
  - Mettre en place des systèmes de surveillance efficaces pour détecter, signaler et prévenir les cas de violences obstétricales ;

- Encourager les femmes à signaler les incidents de violences obstétricales et garantir un suivi approprié ;
- Encourager la réalisation d'études de suivi pour évaluer l'efficacité des interventions mises en œuvre ;
- Intégrer des mécanismes d'évaluation régulière des services de santé maternelle pour assurer l'amélioration continue de la qualité des soins.

➢ **Aux autorités administratives du CNHU-HKM et du CHU-MEL :**

- Élargir la capacité d'accueil des maternités et améliorer les infrastructures en afin de garantir la protection de l'intimité ainsi que le confort des patientes ;
- Mieux équiper les salles d'accouchements ;
- Mettre en place un système de rappel continue de la promotion des soins obstétricaux sans violence auprès des professionnels de santé par des affiches à coller dans les salles de gardes et la tenue de réunion mensuelle ou semestrielle ;
- Vulgariser le processus de plaintes des usagers des maternités en l'affichant à des endroits clés ;
- Mettre en place une cellule de préparation des femmes enceintes notamment des primigestes à l'accouchement à travers des contenus visuels ;
- Veiller au respect des principes éthiques en mettant en place un système d'évaluation des prestataires de soins par les patientes ;

➢ **Au personnel soignant du CNHU-HKM et du CHU-MEL**

- Sensibiliser les patientes au respect du calendrier de consultation prénatales ;
- Prendre le temps d'élaborer le plan d'accouchement avec les gestantes ;

- Insister sur le déroulement de l'accouchement et les bonnes pratiques lors des séances d'information et d'éducation pour le bon déroulement des grossesses.
- Assurer la protection de l'intimité des patientes ;
- Prendre l'habitude de se présenter, d'informer les patientes des soins/gestes à faire et de prendre leur consentement éclairé ;

➢ **A l'endroit des patientes**

- Respecter le calendrier des consultations prénatales tel que recommandé par l'OMS ;
- S'informer de ses droits et veiller à leur respect dans la mesure du possible ;
- Poser ses préoccupations aux personnels de santé ;
- Prendre l'habitude de planifier chaque grossesse ;
- Ne pas hésiter à se plaindre aux cellules d'écoute des hôpitaux afin d'une amélioration continuelle des soins obstétricaux.

RÉFÉRENCES

[1] Larkin P, Begley C, Devane D. *Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis.* Midwifery. 2009; 25(2): e49–e59. doi: 10.1016/J.MIDW.2007.07.010

[2] Nishi D, Usuda K. *Psychological growth after childbirth: an exploratory prospective study.* J Psychosom Obstet Gynecol. 2017; 38(2): 87–93. doi: 10.1080/0167482X.2016.1233170

[3] Obossou A, Salifou K, Aboubakar M, Ahouingnan F, Bagnan A, Hounkpatin B, et al. *Vécu Psychologique de la parturiente en salle d'accouchement à la maternité du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire du Borgou à Parakou (Bénin).* Eur Sci Journal. 2017; 13(21): 407-19. doi: 10.19044/esj.2017.v13n21p407

[4] Organisation Mondiale de la Santé. *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive* [En ligne]. Genève: OMS; 2017 [cité le 27 février 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/publications-detail/9789241549912

[5] Organisation Mondiale de la Santé. *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins* [En ligne]. Genève: OMS; 2014 [cité le 07 mars 2023]. Disponible sur : https://www.who.int/fr/publications-detail/WHO-RHR-14.23

[6] Franeczek M. *Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique* [Travail de mémoire publié]. Marseille : École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée. 2018 [cité le 27 février 2023]. Disponible sur: https://www.dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01946490

[7] Kujawski S, Mbaruku G, Freedman L, Ramsey K, Moyo W, Kruk M, et al. *Association between disrespect and abuse during childbirth and Women's confidence in health facilities in Tanzania.* Matern Child Heal J. 2015; 19(10): 2243–50. doi: 10.1007/s10995-015-1743-9

[8] Freedman L, Kruk M. D*isrespect and abuse of women in childbirth: Challenging the global quality and accountability agendas.* Lancet. 2014; 384(9948): e42–e44. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60859-X

[9] International Federation of Gynecology and Obstetrics, International Confederation of Midwives, White Ribbon Alliance, International Pediatric Association, World Health Organization. *FIGO Guidelines : Mother − baby friendly birthing facilities.* Int J Gynecol Obstet. 2015; 128(2): 95–9. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.10.013

[10] Beck C. *A secondary analysis of mistreatment of women during childbirth in health care facilities.* J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2017; 179(4): 1–11. doi : 10.1016/j.jogn.2016.08.015

[11] Yamin A, Galli B, Valongueiro S. *Implementing international human rights recommendations to improve obstetric care in Brazil.* Int J Gynecol Obstet. 2018; 143: 114–20. doi: 10.1002/IJGO.12579

[12] Quattrocchi P. *Obstetric Violence Observatory: Contributions of Argentina to the International Debate*. Med Anthropol Cross Cult Stud Heal Illn. 2019; 38(8): 762–76. doi: 10.1080/01459740.2019.1609471

[13] Simone C, Diniz G, Rattner D, d'Oliveira A, de Aguiar J, Niy D. *Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and provider's training.* Reprod Health Matters. 2018; 26(53): 19–35. doi: 10.1080/09688080.2018.1502019

[14] European Union. *Obstetric violence research and policies : Central, South America and the Caribbean* [En ligne]. 2020 [cité le 06 février 2024]. Disponible sur https://www.obstetricviolence-project.com/central-and-south-america

[15] Liddell J, Johnson K. *Dignity in childbirth: Us women's perceptions of respect and autonomy in hospital births.* Res Sociol Health Care. 2018; 36: 87–108. doi: 10.1108/S0275-495920180000036004

[16] Bergeron M, Lévesque S, Beauchemin-Roy S, Fontaine L. *Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale. C*an J Community Ment Heal. 2019; 38(4): 63–76. doi: 10.7870/CJCMH-2019-019

[17] European Union. *Obstetric violence research and policies : North America* [En ligne]. 2020 [cité le 06 février 2024]. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/north-america

[18] Lukasse M, Schroll A, Karro H, Schei B, Steingrimsdottiret T, Van Parys A, et al. *Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries.* Acta Obstet Gynecol Scand. 2015; 94(5): 508–17. doi: 10.1111/AOGS.12593/EPDF

[19] Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. *Women's perceived experiences of abuse in the health care system: Their relationship to childhood abuse.* BJOG An Int J Obstet Gynaecol. 2004; 111(12): 1429–36. doi: 10.1111/J.1471-0528.2004.00292.X

[20] Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti J, Darj E, et al. *'When helpers hurt': Women's and midwives' stories of obstetric violence in state health institutions, Colombo district, Sri Lanka.* BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18(1):211-13. doi: 10.1186/S12884-018-1869-Z

[21] Ravaldi C, Skoko E, Battisti A, Cerrico M, Vannaci A. *Abuse and disrespect in childbirth assistance in Italy: A community-based survey.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2018; 224: 208–9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2018.03.055

[22] European Union. *Obstetric violence research and policies : Europe* [En ligne]. 2020 [cité le 06 février 2024]. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/europe

[23] Nations Unies. *Rapport sur les objectifs de développement durable 2019* [En ligne]. New York : Nations Unies; 2019 [cité le 27 février 2023]. doi: 10.18356/dd648931-fr

[24] White Ribbon Alliance. *Charte des soins de maternité respectueux : droits universels des femmes et des nouveau-nés* [En ligne]. Genève : WRA; 2011 [cité le 21 mars 2023]. Disponible sur : https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_French.pdf

[25] Lévesque S, Bergeron M, Fontaine L. *La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle.* Rech fem. 2018; 31(1): 219–38. doi: 10.7202/1050662ar

[26] Aubert C, Pirolet S, Wehrli C. *Violences obstétricales : état des lieux des connaissances et implications pour la pratique sage-femme* [Travail de Bachelor publié]. Lausanne : Haute École de Santé Vaud. 2020 [cité le 07 mars 2023].

[27] Marie D. *Approche féministe et juridique des violences obstétricales* [Travail de Master publié]. Louvain : Faculté de droit et de criminologie de l'Université catholique de Louvain. 2021 [cité le 21 mars 2023]. Disponible sur : https://www.dial.uclouvain.be/downloader/downloader.php?pid=thesis%3A29354&datastream=PDF_01&cover=cover-mem

[28] Schantz C, Baxerres C, Aboubakar M. *Humaniser l'accouchement au Bénin ? Retour sur l'échec d'un projet de la coopération japonaise.* Antropol Santé. 2022; (24): 1-19. doi: 10.4000/Antropologiesante.11560

[29] Bohren M, Vogel J, Hunter E, Lutsiv O, Makh S, Souza J, 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

[30] Vedam S, Stoll K, Taiwo T, Rubaskin N, Cheyney M, Strauss N, et al. *The Giving Voice to Mothers study: Inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States.* Reprod Health. 2019; 16(1): 1–18. doi: 10.1186/S12978-019-0729-2/TABLES/8

[31] Vogel J, Bohren M, Tunçalp Ö, Oladapo O, Adanu R, Baldé M, et al. *How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries - phase 1 formative research study protocol.* Reprod Heal. 2015; 12(1): 60-71. doi: 10.1186/s12978-015-0047-2

[32] Adinew Y, Hall H, Marshall A, Kelly J. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth in central Ethiopia.* Glob Health Action. 2021; 14(1): 1–11. doi : 10.1080/16549716.2021.1923327

[33] Okafor I, Ugwu E, Obi S. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country.* Int J Gynecol Obstet. 2015; 128(2): 110–3. doi : 10.1080/16549716.2021.1923327

[34] Atade R, Obossou A, Sidi R, Vodouhe V, Soule G, Gbaguidi H et al. *Violence Obstétricale dans la ville de Tanguiéta au Bénin en 2019.* Eur Sci J. 2022; 18(27): 387–400. doi : 10.19044/esj.2022.v18n27p387

[35] *Prévention et lutte contre les violences obstétricales et gynécologiques: Iléwa lance un projet.* Matin Libre [En ligne]. 2022, 24 novembre [cité 26 avril 2023]. Disponible sur: https://www.matinlibre.com/2022/11/24/prevention-et-lutte-contre-les-violences-obstetricales-et-gynecologiques-ilewa-lance-un-projet/

[36] Office de Radiodiffussion et Télévision du Bénin. *Grand Débat: violences obstétricales* [Vidéo en ligne]. Cotonou: ORTB; 2022 [cité 26 avril 2023]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=-K3MPnsad6s

[37] *Que savez-vous des violences obstétricales?* Chammahelp4dev [En ligne]. 2021,30 juillet [cité 26 avril 2023]. Disponible sur: https://www.chammahelp4dev.wordpress.com/2021/07/30/violences-obstetricales/

[38] Silveira M, Mesenburg M, Bertoldi A, De Mola CL, Bassani DG, Domingues MR, et al. *The association between disrespect and abuse of women during childbirth and postpartum depression: Findings from the 2015 Pelotas birth cohort study.* J Affect Disord. 2019; 256(6): 441–7. doi:

10.1016/j.jad.2019.06.016

[39] Zhang S, Wang L, Yang T, Chen L, Qiu X, Wang T, et al. *Maternal violence experiences and risk of postpartum depression: A meta-analysis of cohort studies.* Eur Psychiatry. 2019; 55: 90–101. doi: 10.1016/j.eurpsy.2018.10.005

[40] Hajizadeh K, Mirghafourvand M. *Relationship of post-traumatic stress disorder with disrespect and abuse during childbirth in a group of Iranian postpartum women: a prospective study.* Ann Gen Psychiatry. 2021; 20(8): 1–8. doi: 10.1186/s12991-021-00331-9

[41] 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 Heal. 2015; 12(1): 33–41. doi: 10.1186/s12978-015-0024-9

[42] Dwekat M, Ismail A, Ibrahim M, Ghrayeb F, Eatimab A. *Mistreatment of Women during Childbirth and Associated Factors in Northern West Bank, Palestine.* Int J Environ Res Public Heal. 2022; 19(13180): 1–16. doi: 10.3390/ijerph192013180

[43] Abdissa Bulto G, Bayissa Demissie D, Shibru Tulu A. R*espectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia.* BMC Pregnancy Childbirth. 2020; 20 : 443–54. doi: 10.1186/s12884-020-03135-z

[44] Shemelis D, Gelagay A, Boke M. *Prevalence and risk factor for mistreatment in childbirth: In health facilities of Gondar city, Ethiopia.* PLoS One. 2022; 17(5): e0268014. doi: 10.1371/journal.pone.0268014

[45] Azhar Z, Oyebode O, Masud H. *Disrespect and abuse during childbirth in district Gujrat , Pakistan : A quest for respectful maternity care.* PLoS One. 2018; 13(7): e0200318. doi: 10.1371/journal.pone.0200318

[46] Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport mondial sur la violence et la santé* [En ligne]. Genève: OMS; 2002 [cité le 20 novembre 2023]. Disponible sur: https://www.iris.who.int/bitstream/handle/10665/42545/9242545619fre.pdf

[47] Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical.* Paris: HCE; 2018 [cité le 26 avril 2023]. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/hce_les_actes_sexistes_durant_le_suivi_gynecologique_et_obstetrical_20180629.pdf

[48] *Loi N°2020-37 du 03 Février 2021 portant protection de la santé des personnes*

en République du Bénin. 2020–37, Bénin: Secrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur: https://www.sgg.gouv.bj/doc/loi-2021-13/

[49] *Loi N°2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes*. 2011–26, Bénin: Secrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur : https://www.sgg.gouv.bj/doc/loi-2011-26

[50] Merger R, Lévy J, Melchior J. *Précis d'obstétrique*. 6e ed. Paris: Masson, 2001.

[51] Espace de Réflexion Éthique de Normandie. *Principes et fondements de l'éthique médicale et de l'argumentation éthique d'une décision* [En ligne]. Rouen: EREN; 2021 [cité le 23 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.espace-ethique-normandie.fr/9531/

[52] Fédération internationale de gynécologie et Obstétrique. *FIGO Statement: Ethical Framework for Respectful Maternity Care During Pregnancy and Childbirth* [En ligne]. Genève: FIGO; 2021 [cité le 10 janvier 2024]. disponible sur: www.figo.org/resources/figo-statements/ethical-framework-respectful-maternity-care-during- pregnancy-and-childbirth%0AFédération

[53] Lothian J. *The Continued Mistreatment of Women During Pregnancy and Childbirth*. J Perinat Educ. 2019;28(4): 183–5. doi: 10.1891/1058-1243.28.4.183

[54] Goer H. *Cruelty in Maternity Wards: Fifty Years Later*. J Perinat Educ. 2010 19(3): 33–42. doi: 10.1624/105812410X514413

[55] Topçu S, Brown P. *The impact of technology on pregnancy and childbirth: creating and managing obstetrical risk in different cultural and socio-economic contexts*. Heal Risk Soc. 2019; 21(3): 89–99. doi: 10.1080/13698575.2019.1649922.

[56] Hotelling B. *The Coalition for Improving Maternity Services: Evidence Basis for the Ten Steps of Mother-Friendly Care*. J Perinat Educ. 2007; 16(2): 38–43. doi: 10.1624/105812407X197744

[57] Camille B. *« Violences obstétricales » Histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale [Travail de Mémoire publié]*. Tours: Université de Tours. 2018 [cité le 27 février 2023]. Disponible sur: https://www.academia.edu/40413854/Violences_obstétricales_Histoire_de_lémergence_dune_nouvelle_préoccupation_sociale (2018).

[58] Bouzini G. *La violence obstétricale dans les établissements des soins*

périnataux : Une détresse de la relation soignant-soigné [Travail de master publié]. Fès: Institut Supérieur des Professions Infirmières et des Techniques de Santé. 2019 [cité le 27 février 2023]. Disponible sur: https://www.bit.ly/42REQcm

[59] *Ley organica n°38668 de 23 Abril de 2007 sobre el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia*. 38668, Venezuela: Asamblea Nacional. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/_files/ugd/f236ce_dfe6d1fd0e6c42fd90a128109d365bcc.pdf

[60] *Ley n°26485 de marzo 11 de 2009 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*. 26.485, Argentina: Senado y Cámara de Diputados. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/_files/ugd/f236ce_2900d9aaa7174b5690acec3dc3b26efc.pdf

[61] *Ley n°543 de 15 de Mayo de 2017 de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Hidalgo.* 543, Estado de Hidalgo: Congreso constitucional. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/_files/ugd/f236ce_b63ec270887447f4910f62474574fffa.pdf

[62] D*ecreto n°417 de 22 noviembre de 2016 se aprueba la Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia para el Estado de Colima.* 417, Estado de Colima: Congreso constitucional. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/_files/ugd/f236ce_30d57e30880b4b369297bc060294cec5.pdf.

[63] *Ley n°189 de 16 de diciembre 2014 de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el estado de Guanajuato*. 189, Guanajuato: Primera Legislatura Constitucional. Disponible sur: https://www.obstetricviolence-project.com/_files/ugd/f236ce_8c0630e2fd3846ddb0e61fcc3e4fa808.pdf

[64] Fédération internationale de gynécologie et Obstétrique, International MotherBaby Childbirth Organization. *Initiative Internationale pour la Naissance (IINA) : les 12 conditions des soins de maternité MèreBébé-Famille sécuritaires et respectueux* [En ligne]. FIGO et IMBCO. 2018 [cité le 13 janvier 2024]. Disponible sur: https://icichildbirth.org/wp-content/uploads/2020/11/IINA_Complete_Nov2020.pdf

[65] *Human Rights in Childbirth*. Blog Archives [En ligne]. 2012 [cité le 13 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.humanrightsinchildbirth.org/past-hric-events/archives/06-2012

[66] TV5 Monde Info. *Sénégal : lutter contre les violences obstétricales* [Vidéo en

ligne]. Dakar : TV5 Monde Info; 2020 [cité le 13 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=k6Mikjz4T0A

[67] Olivier T. *Au Sénégal, la polémique enfle contre les violences obstétricales.* Le Monde Afrique [En ligne]. 2022, 18 avril [cité le 13 janvier 2024]. Disponible sur : https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/04/18/au-senegal-la-polemique-enfle-contre-les-violences-obstetricales_6122667_3212.html

[68] Le Monde Afrique. *Au Sénégal, le combat des femmes pour ne plus accoucher dans la violence* [Vidéo en ligne]. Louaga : Le Monde Afrique; 2022 [cité le 13 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=xZVRkDHFTvc&t=370s

[69] Kruk M, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman L, et al. *Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey.* Heal Policy Plan. 2018; 33(1): e26–e33. doi: 10.1093/heapol/czu079

[70] Abuya T, Warren C, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. *Exploring the prevalence of disrespect and abuse during childbirth in Kenya.* PLoS One. 2015; 10(4): e0123606. doi: 10.1371/journal.pone.0123606

[71] Ferede W, Gudayu T, Gessesse D, Erega B. *Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia 2021.* Women's Health. 2022; 18(8): 1–11. doi: 10.1177/17455057221116505

[72] Leite T, Marques E, Esteves-Pereira A, Nucci M, Portella Y, Leal M. *Disrespect and abuse, mistreatment and obstetric violence : a challenge for epidemiology and public health in Brazil.* Cien Saude Colet. 2022; 27(2): 483–92. doi: 10.1590/1413-81232022272.38592020

[73] Bowser D, Hill K. *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth Report of a Landscape Analysis* [En ligne]. Genève: USAID; 2010 [cité le 27 février 2023]. Disponible sur: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence-RMC_Bowser_rep_2010.pdf

[74] Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. V*iolence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne.* Gynécologie Obs Fertil Sénologie. 2020; 33(19): 1–10. doi: 10.1016/j.gofs.2020.04.012

[75] Alzyoud F, Khoshnood K, Alnatour A, Owis A. Exposure to Verbal Abuse and Neglect during Childbirth among Jordanian Women. Midwifery. 2017; 3(12): 1–26. doi: 10.1016/j.midw.2017.12.008

[76] Okedo-Alex N, Akamike I, Eze I, Onwusigwe C. *Does disrespect and abuse during childbirth differ between public and private hospitals in Southeast Nigeria. BMC Pregnancy Childbirth.* 2021; 21(12): 852–62. doi: 10.1186/s12884-021-04298-z

[77] Banks K, Karim A, Ratcliffe H, Betamariam W, Langer A. *Jeopardizing quality at the frontline of healthcare: prevalence and risk factors for disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia.* Heal Policy Plan. 2018; 33(3): 317–27. doi: 10.1093/heapol/czx180

[78] De Souza J, Rattner D, Gubert B. I*nstitutional violence and quality of service in obstetrics are associated with postpartum depression.* Rev Saue Publica. 2017; 51: 69–80. doi: 10.1590/S1518-8787.2017051006549

[79] Leite T, Pereira A, Leal D, da Silva D. *Disrespect and abuse towards women during childbirth and postpartum depression: findings from Birth in Brazil Study.* J Affect Disord. 2020; 273(8): 391–401. doi: 10.1016/J.JAD.2020.04.052

[80] Martinez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodriguez M, Martinez-Galiano J. *Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study.* Midwifery. 2022; 108(103297): 1–8. doi: 10.1016/j.midw.2022.103297

[81] Martinez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martinez-Galiano J. *Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study.* J Pers Med. 2021; 11(4): 338–49. doi: 10.3390/jpm11050338

[82] Steetskamp J, Treiber L, Roedel A, Thimmel V, Hasenburg A, Skala C, et al. *Post-traumatic stress disorder following childbirth: prevalence and associated factors-a prospective cohort study.* Arch Gynecol Obstet. 2022; 306: 1531–37. doi: 10.1007/s00404-022-06460-0

[83] Yakupova V, Suarez A. P*ostpartum PTSD and birth experience in Russian-speaking women.* Midwifery. 2022; 112(103385): 1–10. doi: 10.1016/J.MIDW.2022.103385

[84] The Office of the High Commissioner for Human Rights of United Nations. *Universal Declaration of Human Rights* [En ligne]. Genève: OHCHR, 1948

[cité le 14 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/french

[85] The Office of the High Commissioner for Human Rights of United Nations. *Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes.* [En ligne]. Genève: OHCHR, 1993 [cité le 14 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women

[86] The Office of the High Commissioner for Human Rights of United Nations. *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.* [En ligne]. Genève: OHCHR, 1993 [cité le 14 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women

[87] Luc M, Ahcene N. *Les violences obstétricales et gynécologiques en Afrique de l'Ouest, entre lutte militante et enjeu de développement* [En ligne]. Institut du Genre en Géopolitique; 2020 [cité le 27 février 2023]. Disponible sur: https://www.igg-geo.org/?p=2020

[88] *Ordonnance N°73-14 du 08 février 1973 instituant un Code de Déontologie Médicale*. 73–14, Bénin: Sécrétariat général du Gouvernement du Bénin. disponible sur: https://www.sgg.gouv.bj/doc/ordonnance-1973-14/

[89] *Loi n°2018-16 portant code pénal*. 2018–16, Porto-Novo, Bénin: Assemblée Nationale du Bénin. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.bj/wp-content/uploads/2020/03/le-nouveau-code-penal-2018.pdf

[90] *Gestion des plaintes du système sanitaire au Bénin* [En ligne]. Cotonou: Ministère de la santé du Bénin; 2019 [cité le 14 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.sante.gouv.bj/Gestion-des-plaintes-en-sante-publique-au-Benin

[91] *Gestion des plaintes* [En ligne]. Cotonou: Institut National de la Femme (INF) [cité le 14 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.inf.bj/contact/plaintes

[92] *Documents* [En ligne]. Cotonou: Institut National de la Femme (INF) [cité le 14 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.inf.bj/ressources/documents.

[93] *Décision DCC 21-058 du 28 janvier 2021*. DCC 21-058, Bénin: La Cour Constitutionelle. Disponible sur: https://www.courconstitutionnelle.bj/files/decisions/DCC21-058_28_janvier_2021.pdf.

[94] Schantz C. S*alle d'accouchement 'humanisé' du CHU-MEL* [En ligne].

Antropologie et Santé; 2019 [cité le 08 février 2024]. Disponible sur: https://www.journals.openedition.org/anthropologiesante/docannexe/image/11560/img-1.png.

[95] Office de Radiodiffussion et Télévision du Bénin. *De l'hôpital 350 lits au CHNU-HKM* [Vidéo en ligne]. Cotonou: ORTB; 2020 [cité le 08 janvier 2024] Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=tawQTJbzIgI

[96] *Décret N°2022-526 du 07 septembre 2022 portant fusion par absorption de l'Hôpital d'instruction des Armées de Cotonou par le Centre national hospitalier et universitaire Hubert Koutoukou Maga.* 2022–526, Bénin: Sécrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur: https://www.sgg.gouv.bj/doc/decret-2022-526/

[97] Kpoviessi P. *Pratique des audits de décès maternels dans les maternités de référence nationale de Cotonou : CHU-MEL et CUGO* [Thèse de doctorat de Médecine non publiée]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi; 2023.

[98] Aclombessi I. *Vécu psycho social du travail d'accouchement par les accouchées dans deux maternités de référence à Cotonou en 2022 (Bénin)* [Thèse de doctorat de Médecine non publiée]. Cotonou : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi; 2022..

[99] Kujawski S, Freedman L, Ramsey K, Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. *Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania : A comparative before-and-after study.* PLoS Med. 2017; 14(7): e1002341. doi: 10.1371/journal.pmed.1002341

[100] *Décret N°2022-692 du 07 décembre 2022 portant relèvement du salaire minimum interprofessionnel garanti*. 2022–692, Bénin: Sécrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur : https://www.sgg.gouv.bj/doc/decret-2022-692/

[101] Serajuddin U, Hamadeh N. *Nouvelle classification des pays en fonction de leur revenu : 2020-2021. Banque mondiale blogs* [En ligne]. 2020,1er juillet [cité le 30 janvier 2024]. Disponible sur: https://www.blogs.worldbank.org/fr/opendata/nouvelle-classification-des-pays-en-fonction-de-leur-revenu-2020-2021

[102] Système National d'Information et de Gestion Sanitaires (SNGIS). *Annuaire des statistiques sanitaires 2021* [En ligne]. Cotonou: SNGIS; 2022 [cité le 14 février 2024]. Disponible sur: https://www.sante.gouv.bj/assets/ressources/pdf/Annuaire statistiques 2021

MS_VF.pdf

[103] Yalley A, Abioye D, Appiah S, Hoeffler A. *Abuse and humiliation in the delivery room: Prevalence and associated factors of obstetric violence in Ghana.* Front Public Health. 2023; 11: 1–14. doi: 10.3389/fpubh.2023.988961

[104] Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Sacoor C, Valà A, Bergström A, et al. *Mother's satisfaction with care during facility-based childbirth : a cross-sectional survey in southern Mozambique.* BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19(6): 303–17. doi: 10.1186/s12884-019-2449-6.

[105] Sheferaw E, Bazant E, Gibson H, Fenta H, Ayalew F, Belay T, et al. *Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities.* Reprod Heal 2017; 14(1): 60–72. doi: 10.1186/s12978-017-0323-4

[106] Adugna A, Kindie K, Abebe G. *Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth in three hospitals of Southwest Ethiopia : A cross-sectional study.* Front Public Heal. 2023; 10(1): 1–8. doi: 10.3389/fpubh.2022.1055898

[107] *Décret n°2008-730 du 22 décembre 2008 portant institution de la gratuité de la Césarienne au Bénin.* 2008–730, Bénin: Secrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur: https://www.sgg.gouv.bj/doc/decret-2008-730/

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation du directeur du CNHU-HKM



MINISTÈRE DE LA SANTÉ
RÉPUBLIQUE DU BÉNIN

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE
(CHU – MEL)
****
DIRECTION GENERALE

01 BP 107 -
COTONOU
.: +229 21-14-94-38 / 97 04 86 75
homchu@gmail.com
akiamonho@gouv.bj

N° 2849 2023/DG/DAF/SRH/DGFFE/SA

Cotonou, le 31 JUIL 2023

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), soussigné, autorise le nommé **AHOUANSOU Venance Aurelien KPESSOU,** étudiant en 7ème année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé (FSS) de l'Université d'Abomey Calavi (UAC), à collecter des données dans le Service de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie du CHU-MEL dans le cadre de la rédaction de sa thèse de fin de formation dont le thème porte sur la **« Fréquence et facteurs associés aux violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2023 ».**

En foi de quoi, la présente autorisation lui est établie pour servir et valoir ce que de droit.

Le Directeur Général

Le Directeur Général

Sourou Raymond KINTOMONHO

AMPLIATIONS

Commission Médicale d'Etablissement	1
Service de Gynécologie Obstétrique	1
Intéressé	1
Chrono/Archives	1

Annexe 2 : Autorisation du directeur du CHU-MEL

RÉPUBLIQUE DU BÉNIN - MINISTÈRE DE LA SANTÉ
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 05 56
www.cnhu-hkm.org

SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 18 JUIL 2023

N°1526/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte

Références : - Demande de Monsieur AHOUANSOU Venance A.K. en date du 12 juillet 2023 ;
- Photocopie de la Carte d'étudiant N°15415717.

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat d'Etat en médecine, portant sur le thème, «**Fréquence et facteurs associés aux violences obstétricales dans les Centres Hospitaliers et Universitaires de Cotonou**», Monsieur **AHOUANSOU Venance Aurelien Kpessou,** étudiant en septième année de médecine à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou, est autorisé à effectuer une collecte de données dans les **Cliniques Universitaires de Gynécologie Obstétrique, de Pédiatrie et Génétique Médicale** du Centre National Hospitalier Universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

A cet effet, les Chefs desdites Cliniques et les Surveillants sont priés de tout mettre en œuvre pour faciliter à l'intéressé, l'accès aux sources de données. La collecte de données se fera sous l'encadrement du Chef Service de la Statistique Médicale et de la Recherche.

A la fin de l'étude, l'intéressé devra **transmettre à la Direction Générale du CNHU-HKM, les versions électroniques du rapport d'étude et de la base de données recueillies, par mail, à l'adresse suivante : « csmr.cnhuhkm@gmail.com ».**

La présente note de service est valable pour compter de la date de sa signature.

NB : Les dossiers médicaux et les registres doivent être consultés sur place. La confidentialité des données collectées est requise.

Le Directeur Général,

CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Ampliations : DAF, C/SRH, PCME, C/SSRM, C/CUGO, C/CUPGM, Surveillant, Intéressé, Archives, Chrono

Annexe 3 : Certificat d'analyse e-plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 27/02/2024
Compte évaluateur: AHOUANSOU Venance Aurelien K.

AUTEUR DU DOCUMENT : AHOUANSOU Venance Aurelien Kpessou
TITRE DU DOCUMENT : Prévalence et facteurs associés aux violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2023

e-Plagiat est un évaluateur certifié de prévention et de détection de plagiat intelligent et autonome basé sur l'IA

Type de document	Nombre de mots	Nombre de pages (approximatif)	Taux de plagiat
Thèse	30500	122	5.4%

M. Pierre ROUAN

Ce document est signé électroniquement et certifié.
Le fichier constitue un original électronique de valeur probatoire, il est enregistré sous la référence suivante :

00658303f835b9ef0ee87ee9016e3999d3e0

e-plagiat.online, 1er évaluateur de plagiat en Afrique basé sur l'Intelligence artificielle

Annexe 4 : Fiche de consentement de l'enquêtée

Note d'information pour l'enquêtée

Madame, veuillez bien recevoir mes salutations. Je suis **AHOUANSOU Venance**, étudiant en fin de formation en médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou. Afin de soutenir ma thèse de doctorat, j'ai entrepris un travail qui consiste à recueillir des informations sur les violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou.

Pour cela, j'aurai à vous poser des questions d'ordre générale, sur vos certains antécédents, sur vos habitudes avec les soins obstétricaux, sur votre accouchement et sur mon sujet de recherche. Les informations que vous allez me fournir me permettront non seulement de rédiger ma thèse, mais elles participeront également à l'élaboration des stratégies de prévention et de prise en charge adaptées pour améliorer la qualité des soins obstétricaux et promouvoir la santé maternelle. Ces informations resteront confidentielles.

Pour finir, je souhaite que vous participiez à cette enquête. Sachez que vous êtes libre de vous retirer de cette enquête sans aucun préjudice. Cependant, j'espère que vous acceptez de participer à cette enquête car votre opinion est importante et pourra participer à l'amélioration de notre système de santé. Merci pour votre attention.

Formulaire de consentement de participation à l'étude

Je soussignée Mme/Mlle……déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée : **Prévalence et facteurs associés aux violences obstétricales dans les Centres Hospitaliers et Universitaires de Cotonou en 2023.**

Sous la direction du : MCA Cédric BIGOT et Dr Patrice DANGBEMEY.

Promoteur : Université d'Abomey-Calavi/ Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

Investigateur principal : AHOUANSOU Venance A. K.

But de l'étude : Étudier la prévalence et les facteurs associés aux violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou en 2023.

Engagement du participant : l'étude va consister à recueillir des informations personnelles des participants afin d'identifier les facteurs de risque associés aux violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou.

Engagement de l'investigateur principal : je m'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies en référence aux lois :

- N° 2009-09 du 22 Mai 2009 portant protection des données à caractère personnel en République du Bénin.
- N° 2010-40 du 08 Décembre 2010 portant code d'éthique et de déontologie pour la recherche en santé en République du Bénin.

Liberté du participant : le consentement à poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : Toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique ne sera pas nominatif. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à Cotonou le ...…/...../……

Le participant L'investigateur principal

Annexe 5 : Guide d'entretien

Nº	Questions	Réponses possibles	Codes correspondants
I-	**Informations générales**		
00	Consentement de l'enquêtée		
00	Numéro d'identification		
00	Service	1. Pédiatrie CNHU-HKM 2. Pédiatrie CNHU-MEL 3. CUGO 4. Gynécologie CHU-MEL	
II-	**Pré-test**		
01.	Avez-vous déjà entendu parler des violences obstétricales ?	1. Oui 2. Non (si non passer à la question 5)	
02.	Si oui, savez-vous de quoi il s'agit ?	1. Oui 2. Non	
03.	Donnez-nous votre définition des violences obstétricales. (Pour celles qui ont répondu par oui à la question 02)	1. Correcte 2. Incorrecte	
04.	Par quel moyen avez-vous entendu parler des violences obstétricales ?	1. ONG 2. Masses médias 3. Personnel de santé 4. Entourage immédiat 5. Parcours scolaire/académique 6. Autres à préciser	
III-	**Données socio-démographiques**		
05.	Quel est votre âge en années ?		
06.	De quelle nationalité êtes-vous ?	1. Béninoise 2. Autres	
07.	Où habitez-vous ?		
08.	Où se situe votre lieu de résidence ?	1. Ville 2. Village	
09.	Quelle est votre situation matrimoniale ?	1. Célibataire 2. Mariée ou en couple 3. Divorcée 4. Veuve	
10.	Quel est votre niveau d'instruction ?	1. Jamais scolarisée 2. Primaire 3. Secondaire 4. Universitaire	

		5. Etudes postdoctorales	
11.	Profession		
12.	Quel est votre statut professionnel ?	1. Sans emploi 2. Fonctionnaire de l'état 3. Employée dans le privé 4. Indépendante 5. Fonctionnaire à la retraite	
13.	Quel est votre revenu mensuel moyen ? (En Fcfa)	1. < 52.000 2. [52.000 – 100.000] 3.]100.000-300.000] 4.]300.000 – 500.000] 5. > 500.000	
IV- Antécédents			
14.	Gestité		
15.	Parité		
16.	Avez-vous un antécédent de fausse couche spontanée ?	1. Oui 2. Non 3. Abstention	
17.	Avez-vous un antécédent de fausse couche provoquée ?	1. Oui 2. Non 3. Abstention	
18.	Avez-vous un antécédent de mort-né à la naissance ?	1. Oui 2. Non 3. Abstention	
19.	Antécédents médicaux avant dernier accouchement	1. Aucun 2. HTA 3. Diabète 4. Drépanocytose 5. AVC 6. Autre à préciser	
20.	Antécédents chirurgicaux avant dernier accouchement	1. Oui 2. Non	
21.	Si oui à la question 20, lequel ou lesquels ?		
22.	Quel est votre statut sérologique par rapport au VIH ?	1. Séropositive 2. Séronégative	
23.	Le personnel soignant qui vous aide est-il au courant ?	1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas	
V- Informations liées à l'accouchement actuel (au dernier accouchement)			
24.	La grossesse était-elle désirée ?	1. Oui 2. Non	
25.	Si non à la question 34, pourquoi ?	1. Sans emploi 2. Non encore mariée	

		3. Insuffisance de moyens financiers 4. Manque de soutien 5. Conjoint ne veut pas de la grossesse 6. Nombre d'enfants désirés atteint 7. Pas encore prête 8. Autre à préciser	
26.	Avez-vous suivi la grossesse ?	1. Oui 2. Non	
27.	Si oui, dans quel centre l'avez-vous fait ?	1. Publique 2. Privé	
28.	Si publique, préciser	1. CNHU 2. CHU-MEL 3. CHUZ 4. Maternité	
29.	Combien de consultations prénatales avez-vous fait ?		
30.	Avez-vous été suivi par le même personnel de santé ?	1. Oui 2. Non	
31.	Quel était le sexe du personnel de santé qui vous suivait régulièrement ?	1. Masculin 2. Féminin	
32.	Quel était sa catégorie de corps médical ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste 4. Infirmière	
33.	Pathologies sur grossesse ?	1. Aucune 2. HTA 3. Cardiopathie 4. Pneumopathie 5. Anémie 6. Diabète 7. Autre à préciser	
34.	Avez-vous planifié votre accouchement ?	1. Oui 2. Non	
35.	Si non à la question 34, pourquoi ?	1. Ignorance 2. Raison financière 3. Autre à préciser	
36.	Où avez-vous accouché ?	1. CNHU-HKM 2. CHU-MEL	
37. A	A quand remonte votre accouchement ?		

38.	Quel a été le mode d'admission au lieu d'accouchement ?	1. Venue de vous-même 2. Par référence	
39.	Quel était le mode d'accouchement ?	1. AVB non instrumental 2. AVB instrumental 3. Césarienne programmée 3. Césarienne non programmée	
40.	Quel a été le délai entre votre arrivée au centre et l'accouchement ?		
41.	Nombre de bébés nés ?		
42.	Etat du ou des nouveau(x) né(s)	1. Vivant(s) 2. Décédé(s)	
43.	Quel était le jour de l'accouchement ?	1. Lundi 2. Mardi 3. Mercredi 4. Jeudi 5. Vendredi 6. Samedi 7. Dimanche	
44.	A quel moment de la journée a eu lieu l'accouchement ?	1. Matin (6h-12h) 2. Après-midi (12h-18h) 3. Soirée (18h-22h) 4. Nuit (22h-6h)	
45.	Combien il y avait-il de personnel soignant pour votre accouchement ?	1. Un 2. Deux 3. Trois 4. ≥ Quatre	
46.	Quel était le statut de votre accoucheur principal ?	1. Etudiant(e) en médecine 2. Elève sage-femme 3. Sage-femme 4. Gynécologue-obstétricien 5. Médecin généraliste 6. Je ne sais pas	
47.	Etait-ce le même qui vous suivait régulièrement ?	1. Oui 2. Non	
48.	Quelle est/a été votre durée d'hospitalisation ? (jours)		
49.	Y a-t-il eu de complications durant l'accouchement ?	1. Oui 2. Non	

50.	Si oui, laquelle ou lesquelles ?		
VI- Types de violences obstétricales (concernent tout votre parcours obstétrique)			
51.	Avez-vous été battue, giflée, frappée à coups de pied, tapé ou pincées par un personnel de santé ?	1. Oui 2. Non (si non passer à la question 57)	
52.	Si oui, dans quelles circonstances ?		
53.	Si oui, à quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement 3. Dans le post-partum	
54.	Quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	
55.	De quelle catégorie de personnel de santé était-il ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste/DES 4. Infirmière 5. Aide-soignant(e) 6. Etudiant(e) en médecine 7. Elève sage-femme 8. Je ne sais pas	
56.	Avez-vous eu droit à une expression de votre abdomen au cours de l'accouchement ?	1. Oui 2. Non	
57.	Avez-vous été attachée contre votre volonté au lit ou bâillonnées à n'importe quel moment de la grossesse jusqu'à maintenant ?	1. Oui 2. Non (si non, passer à la question 63)	
58.	Si oui à la question 58, à quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement 3. Dans le post-partum	
59.	Quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	
60.	De quelle catégorie de personnel de santé était-il ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste/DES 4. Infirmière 5. Aide-soignant(e)	

		6. Etudiant(e) en médecine 7. Elève sage-femme 8. Je ne sais pas	
61.	Avez-vous été injuriée ? Vous a-t-on parlé avec un langage dur ou grossier été victime de mauvaises critiques ou de commentaires accusatoires ?	1. Oui 2. Non (passer à la 66)	
62.	Si oui, dans quelles circonstances ?		
63.	Si oui, à quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement Dans le post-partum	
64.	Quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	
65.	De quelle catégorie de personnel de santé était-il ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste/DES 4. Infirmière 5. Aide-soignant(e) 6. Etudiant(e) en médecine 7. Elève sage-femme 8. Je ne sais pas	
66.	Avez-vous été menacé de refus ou d'arrêt de traitement ou de mauvais résultats ? Avez-vous été blâmée pour des mauvais résultats ?	1. Oui 2. Non (passer à la question 71)	
67.	Si oui, dans quelles circonstances ?		
68.	A quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement 3. Dans le post-partum	
69.	Quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	

70.	De quelle catégorie de personnel de santé était-il ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste/DES 4. Infirmière 5. Aide-soignant(e) 6. Etudiant(e) en médecine 7. Elève sage-femme 8. Je ne sais pas	
71.	Vous êtes-vous sentie abusée sexuellement ou violée ?	1. Oui 2. Non (passer à la question 75)	
72.	Si oui, à quelle occasion ?		
73.	Quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	
74.	De quelle catégorie de personnel de santé était-il ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste 4. Infirmière 5. Aide-soignant(e) 6. Etudiant(e) en médecine 7. Elève sage-femme 8. Je ne sais pas	
75.	Avez-vous reçu des soins discriminatoires ?	1. Oui 2. Non (passer à la question 80)	
76.	Si oui, à quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement 3. Dans le post-partum	
77.	Si oui, qu'est-ce qui justifie cela ?		
78.	Si oui, quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	
79.	De quelle catégorie de personnel de santé était-il ?	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste/DES 4. Infirmière 5. Aide-soignant(e) 6. Etudiant(e) en médecine 7. Elève sage-femme 8. Je ne sais pas	
80.	Votre consentement éclairé a-t-il été recueilli durant les procédures en périnatale ? (Injection	1. Oui 2. Non	

	d'ocytocine, abord veineux, etc)		
81.	Avez-vous bénéficier de soins confidentiels et de la protection de votre intimité ?	1. Oui (si oui, passer à la question 85) 2. Non	
82.	Si non, pourquoi ?	1. Manque de volonté du personnel 2. Surcharge de travail 3. Configuration logistique inadéquate 4. Autre à préciser	
83.	Si non, à quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement 3. Dans le post-partum	
84.	Avez-vous subi des touchers vaginaux sans votre consentement ?	1. Oui 2. Non (si non passer à la question 90)	
85.	Si oui, à quel moment était-ce ?	1. Suivi de la grossesse 2. Lors de l'accouchement 3. Dans le post-partum	
86.	Quels en étaient les responsables ?	1. Etudiants en médecine 2. Elèves sage-femmes 3. Médecins généralistes/DES 4. Sage-femmes 5. Infirmières 6. Gynécologue-obstétriciens 7. Je ne sais pas	
87.	Préciser son sexe	1. Masculin 2. Féminin	
88.	Vous a-t-il été refusé un soulagement de la douleur ?	1. Oui 2. Non (passer à la question 92)	
89.	Si oui, dans quelles circonstances ?		
90.	Si oui, quel était le sexe du responsable ?	1. Masculin 2. Féminin	
91.	Quels en étaient les responsables ?	1. Etudiants en médecine 2. Elèves sage-femmes 3. Médecins généralistes/DES 4. Sage-femmes 5. Infirmières 6. Gynécologue-obstétriciens 7. Aides soignant(e)s 8. Je ne sais pas	

92.	Avez-vous bénéficié d'une épisiotomie ?	1. Oui 2. Non (passer à la question 98)	
93.	Si oui, avez-vous su pourquoi ?	1. Oui 2. Non	
94.	Si oui, à quel moment ?	1. Avant l'acte 2. Après l'acte	
95.	Si oui à la question 92, était-ce avec ou sans votre consentement ?	1. Avec 2. Sans	
96.	Qui était votre prestataire de soins pour cet acte ?	1. Etudiant(e)s en médecine 2. Elèves sage-femmes 3. Médecins généralistes/DES 4. Sage-femmes 5. Infirmières 6. Gynécologue-obstétriciens 7. Je ne sais pas	
97.	Préciser son sexe	1. Masculin 2. Féminin	
98.	Avez-vous bénéficié d'une épisiorrhaphie ?	1. Oui 2. Non (passer à la 104)	
99.	Si oui, pourquoi ?	1. Episiotomie 2. Déchirure vaginale 3. Je ne sais pas 4. Autres à préciser	
100.	Si oui, à la question 98, était-ce avec ou sans votre consentement ?	1. Avec 2. Sans	
101.	L'épisiorrhaphie a-t-elle été faite en prenant en compte votre douleur ?	1. Oui 2. Non	
102.	Qui était votre prestataire de soins pour cet acte ?	1. Etudiants en médecine 2. Elèves sage-femmes 3. Médecins généralistes/DES 4. Sage-femmes 5. Infirmières 6. Gynécologue-obstétriciens 7. Je ne sais pas	
103.	Préciser son sexe	1. Masculin 2. Féminin	
104.	Avez-vous bénéficié d'une révision utérine ?	1. Oui 2. Non (passer à la 110)	
105.	Si oui, avez-vous été informée des raisons de cette procédure ?	1. Oui 2. Non	
106.	Si oui à quel moment de la procédure ?	1. Avant 2. Pendant	

		3. Après	
107.	Était-ce avec ou sans votre consentement ?	1. Avec 2. Sans	
108.	Qui était votre prestataire de soins pour cet acte ?	1. Etudiants en médecine 2. Elèves sage-femmes 3. Médecins généralistes/DES 4. Sage-femmes 5. Infirmières 6. Gynécologue-obstétriciens 7. Je ne sais pas	
109.	Préciser son sexe	1. Masculin 2. Féminin	
110.	Pour la césarienne avez-vous été reçu des informations suffisantes sur les raisons de la décision et sur la procédure ?	1. Oui 2. Non (passer à la 113)	
111.	Si oui, avant ou après l'acte ?	1. Avant 2. Après	
112.	Si oui à la question 110, avez-vous donné votre consentement éclairé avant l'acte ?	1. Oui 2. Non	
113.	Avez-vous été négligée ou abandonnée par le personnel soignant ?	1. Oui 2. Non (passer à la 116)	
114.	Si oui, dans quelles circonstances ?		
115.	Si oui à la question 113, pourquoi ?	1. Surcharge de travail 2. Manque de volonté 3. Autre à préciser	
116.	Avez-vous reçu des informations sur la planification de l'accouchement au cours de votre grossesse ?	1. Oui 2. Non	
117.	Avez-vous reçu des informations sur vos droits à chaque étape depuis la grossesse jusqu'au post-partum ?	1. Oui 2. Non	
118.	Avez-vous reçu des informations sur les signes de dangers d'une grossesse ?	1. Oui 2. Non	

119.	Avez-vous été préparé à l'accouchement par le personnel soignant ? Ecole des mères ?	1. Oui 2. Non	
120.	Si oui à la question 116 ou 118, étaient-elles suffisantes selon vous ?	1. Oui 2. Non	
121.	Existaient-ils des problèmes de langue et d'interprétation avec le corps médical ?	1. Oui 2. Non	
122.	Avez-vous été soutenue par le personnel de santé tout au long de la grossesse, l'accouchement et dans le post-partum ?	1. Oui 2. Non (passer à la 125)	
123.	Si oui quel était le sexe de ce personnel ?	1. Masculin 2. Féminin	
124.	Quel était son titre professionnel ?	1. Etudiant(e)s en médecine 2. Elèves sage-femmes 3. Médecins généralistes/DES 4. Sage-femmes 5. Infirmières 6. Gynécologue-obstétriciens 7. Aides soignant(e)s 8. Je ne sais pas	
125.	Vous a-t-il été interdit de manger, de boire librement ?	1. Oui 2. Non (passer à la 127)	
126.	Si oui, pour quelles raisons ?	1. Césarienne 2. Je ne sais pas 3. Autres à préciser	
127.	Vous a-t-il été interdit de bouger librement ?	1. Oui 2. Non (passer à la 129)	
128.	Si oui, pour quelles raisons ?	1. Césarienne 2. Je ne sais pas 3. Autres à préciser	
129.	Avez-vous librement choisi votre position pour accoucher ?	1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas	
130.	La position d'accouchement vous-a-t-elle été imposée ?	1. Oui 2. Non 3. Je ne sais pas	

131.	Connaissez-vous d'autres positions d'accouchement à part celle gynécologique ?	1. Oui 2. Non (passer à la 134)	
132.	Si oui, par quel moyen l'aviez-vous su ?	1. Personnel de santé 2. ONG 3. Masses médias 4. Parcours scolaire/académique 5. Entourage immédiat 6. Autres à préciser	
133.	Si oui, donnez-nous d'autres types de positions d'accouchement que vous connaissez.		
134.	Etes-vous ou avez-vous été détenue à l'hôpital pour quelque raison que ce soit ?	1. Oui 2. Non (passer à la 136)	
135.	Si oui, quelles en sont les raisons ?		
136.	La configuration de la salle de dilatation et/ou d'accouchement permettait-elle une protection de votre intimité ?	1. Oui 2. Non	
137.	Avez-vous été obligé de partager votre lit d'hospitalisation avec une autre patiente ?	1. Oui 2. Non (passer à la 140)	
138.	Si oui, vous étiez combien sur le même lit ?		
139.	A quel moment ?	1. Suivi de la grossesse 2. En salle de dilatation/d'accouchement 3. Dans le post-partum	
140.	Vous a-t-il été demandé à vous ou votre mari ou votre accompagnant un quelconque cadeau matériel ou financier ou toute autre demande déraisonnable de la part du personnel soignant ?	1. Oui 2. Non (passer à la 144)	

141.	Si oui, dans quelles circonstances ?		
142.	Préciser la catégorie professionnelle du responsable.		
143.	Préciser son sexe	1. Masculin 2. Féminin	
144.	Les coûts tarifaires du centre étaient-il clairs, précis et affichés ?	1. Oui 2. Non	
145.	Avez-vous été victime de surfacturation ou de la réception d'une même ordonnance plusieurs fois ?	1. Oui 2. Non (passer à la 147)	
146.	Si oui à la question précédente, dans quelles circonstances ?		
147.	Avez-vous été victime d'une quelconque extorsion	1. Oui 2. Non (passer à la 149)	
148.	Si oui à la question précédente, dans quelles circonstances ?		
149.	Quelle était la catégorie professionnelle du responsable ?		
150.	Avez-vous été informé des raisons et/ou des résultats de vos examens paracliniques ?	1. Oui 2. Non	
151.	Vos préoccupations étaient-elles prises en compte par le personnel de santé ?	1. Oui 2. Non	
152.	Si vous avez été victime d'autres situations ou comportements déviants/désagréables non mentionnés plus haut de la part du personnel de santé, parlez-nous en.		
VII- Perceptions sur les violences obstétricales			

153.	Comment qualifierez-vous cet accouchement en termes d'expérience ?	1. Bonne 2. Assez-bonne 3. Mauvaise	
154.	Tolérez-vous ces violences obstétricales ?	1. Oui 2. Non (passer à la 156)	
155.	Si oui, pourquoi ?		
156.	Seriez-vous prête à revenir accoucher dans ce centre ou à le recommander à un proche ?	1. Oui 2. Non	
157.	Si non, pourquoi ?		
158.	Si oui, pourquoi ?		
VIII- Connaissances en matière de recours juridiques			
159.	Savez-vous que les femmes enceintes et les nouveau-nés ont des droits ?	1. Oui 2. Non 3. Je suppose	
160.	Si oui, par quel moyen l'avez-vous su ?	1. ONG 2. Masses médias 3. Personnel de santé 4. Entourage immédiat 5. Parcours scolaire/académique 6. Autres	
161.	Savez-vous qu'il est possible de porter plainte contre le personnel de santé dans certains cas ?	1. Oui 2. Non (passer à la 165)	
162.	Si oui, par quel moyen l'avez-vous su ?	1. ONG 2. Masses médias 3. Personnel de santé 4. Entourage immédiat 5. Parcours scolaire/académique 6. Autres	
163.	Si oui, l'avez-vous déjà fait une fois ?	1. Oui 2. Non	
164.	Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?		
165.	Si non à la 161, l'auriez-vous fait en cas de	1. Oui 2. Non	

	violences obstétricales sur vous-même ou une proche ?	3. Je ne sais pas	
166.	Si non, pourquoi ?		

Merci pour votre participation !!!

Annexe 6 : Opérationnalisation des données

Variable	**Nature de la variable**	**Définition de la variable**	**Modalité**
I- Données socio-démographiques			
Âge	Quantitative discrète	Nombre d'années révolues écoulées depuis la naissance	….
Statut matrimonial	Qualitative nominale	Situation affective de la patiente au moment de l'étude	1. Célibataire 2. Mariée ou en couple 3. Divorcée 4. Veuve
II- Caractéristiques socio-culturelles			
Nationalité	Qualitative nominale	Appartenance à une nation	1. Béninoise 2. Autres
Niveau d'instruction	Qualitative nominale	Niveau d'études de l'enquêtée	1. Jamais scolarisée 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieure 5. Etudes postdoctorales
III- Caractéristiques socio-économiques			
Profession	Qualitative nominale	L'emploi/le métier qu'exerce l'enquêtée	1. Sans emploi 2. Fonctionnaire de l'état 3. Employée dans le privé 4. Indépendante 5. Fonctionnaire à la retraite

Revenu mensuel	Qualitative ordinale	Ce que gagne l'enquêtée par mois	1. < 52.000 2. [52.000 – 100.000] 3.]100.000-300.000] 4.]300.000 – 500.000] 5. > 500.000
IV- Antécédents personnels			
Statut sérologique au VIH/SIDA	Qualitative binaire	Savoir si l'enquêtée est infectée ou non par le VIH/SIDA	1. Séropositive 2. Séronégative
Fausses couches spontanées	Qualitative binaire	-	1. Oui 2. Non
Avortements provoqués	Qualitative binaire	-	1. Oui 2. Non
Gestité	Quantitative discrète	Le nombre de fois que l'enquêtée a été enceinte	1. Primigeste 2. Deux fois 3. Trois fois 4. > Quatre fois
Parité	Quantitative discrète	Le nombre de fois que l'enquêtée a accouché	1. Primipare 2. Paucipare (2-3 fois) 3. Multipare (≥ 4)
Lieu du dernier accouchement	Qualitative nominale		
V- Anamnèse gestationnelle			
Suivi de la grossesse	Qualitative binaire	Savoir si la patiente a suivi la grossesse auprès d'un professionnel de santé.	1. Oui 2. Non
Nombre de Consultations prénatales (CPN)	Quantitative discrète	Le nombre de fois la patiente est allée en CPN	1. Un 2. Deux 3. Trois 4. ≥ Quatre
Professionnel de santé	Qualitative nominale	Le type de professionnel de santé qui a suivi l'enquêtée pendant la grossesse	1. Sage-femme 2. Gynécologue-Obstétricien 3. Médecin généraliste 4. Infirmière
Information durant le suivi	Qualitative binaire	Savoir si l'enquêtée a reçu des informations sur ses droits, le déroulement de l'accouchement	1. Oui 2. Non

Planification de l'accouchement	Qualitative binaire	Savoir si l'enquêtée a planifié l'accouchement avec le professionnel de santé	1. Oui 2. Non
VI- Caractéristiques liées aux violences obstétricales			
Connaissance sur le sujet	Qualitative binaire	Savoir si l'enquêtée a déjà entendu parler des violences obstétricales	1. Oui 2. Non
Source d'information	Qualitative nominale	Le moyen par lequel l'enquêtée a eu connaissance des violences obstétricales	7. ONG 8. Masses médias 9. Personnel de santé 10. Entourage immédiat
Moment de survenue au cours du suivi obstétrical	Qualitative nominale	-	1- Grossesse 2- Accouchement 3- Post-partum
Sexe du professionnel de santé concerné	Qualitative binaire	Sexe de l'auteur des violences obstétricales subies	1. Masculin 2. Féminin
Catégorie du professionnel de santé concerné	Qualitative nominale	-	8. Etudiants en médecine 9. Elèves sage-femmes 10. Médecins généralistes 11. Sage-femmes 12. Infirmières 13. Gynécologue-obstétriciens
Type de violences obstétricales	Qualitative nominale	La patiente précise	1. Oui 2. Non
VII- Déroulement de l'accouchement			
Type d'accouchement	Qualitative nominale	-	1. AVB non instrumental 2. AVB instrumental 3. Césarienne programmée 4. Césarienne non programmée
Présence d'un accompagnateur	Qualitative nominale	Présence d'un accompagnateur désigné par la patiente dans la salle d'accouchement.	1. Oui 2. Non
Choix de la position d'accouchement	Qualitative nominale	-	1. Choisie 2. Imposée

Moment de l'accouchement	Qualitative nominale	Période de la journée où a eu lieu l'accouchement	5. En journée 6. La Nuit (≥19h)
Délai entre l'arrivée à l'hôpital et l'accouchement	Quantitative discrète	-	…….
Nombre d'accoucheurs	Quantitative discrète	Nombre de professionnels de santé présents lors de l'accouchement	5. Un 6. Deux 7. Trois 8. ≥ Quatre
Survenue de complications	Qualitative binaire	-	1. Oui 2. Non
VIII- Facteurs liés au recours juridique			
Connaissance sur les droits des femmes enceintes	Qualitative nominale	Savoir si l'enquêtée connaît les droits de la femme enceinte	1. Oui 2. Non
Volonté de dénonciation	Qualitative nominale	Savoir si la victime a eu à envisager de porter plainte	1. Oui 2. Non
Obstacles /difficultés	Qualitative nominale	Les obstacles ou difficultés rencontrés dans le processus	
IX- Conséquences sur l'utilisation des services de soins obstétricaux			
Qualité de l'expérience	Qualitative nominale	Comment la femme qualifie son expérience durant son suivi obstétrical	1. Bonne 2. Assez-bonne 3. Mauvaise
Recours ultérieur au même hôpital	Qualitative binaire	-	1. Oui 2. Non

TABLE DES MATIÈRES

		Pages
ACTION DE GRÂCES		i
DÉDICACE		iii
REMERCIEMENTS		vi
HOMMAGES		xi
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS		xiv
LISTE DES TABLEAUX		xvii
LISTE DES FIGURES		xxiv
LISTE DES ENCADRÉS		xxvi
SOMMAIRE		xxix
INTRODUCTION		1
1.	PROBLÉMATIQUE	4
1.1	Énoncé du problème	5
1.2	Cadre conceptuel	8
1.3	Hypothèses	9
1.4	Objectifs	9
1.4.1	Objectif général	9
1.4.2	Objectifs spécifiques	9
2.	GÉNÉRALITÉS	10
2.1	Définition de concepts	11
2.1.1	Violence	11
2.1.2	Violences obstétricales	11
2.1.3	Professionnel de santé	11
2.1.4	Violence physique	12

2.1.5	Violence psychologique ou morale	12
2.1.6	Violence sexuelle	12
2.1.7	Grossesse	13
2.1.8	Accouchement	13
2.1.9	Post-partum ou suites de couches	13
2.4	Rappels sur les normes éthiques de la pratique médicale	14
2.4.1	Principes généraux	14
2.4.2	Cadre éthique spécifique aux soins maternels	14
2.5	Violences obstétricales	17
2.5.1	Historique des violences obstétricales	17
2.5.1.1	Naissance aux États-Unis d'Amérique	17
2.5.1.2	Réappropriation et émergence en Amérique latine	18
2.5.1.3	Internationalisation du concept des violences obstétricales	20
2.5.1.4	Entrée du concept des violences obstétricales en Afrique par les médias	22
2.5.2	Épidémiologie des violences obstétricales	23
2.5.2.1	Fréquence	23
2.5.2.2	Typologie des violences obstétricales	24
2.5.2.3	Manifestations des violences obstétricales	27
2.5.2.4	Facteurs associés aux violences obstétricales	29
2.5.2.5	Conséquences des violences obstétricales	30
2.5.3	Aspects juridiques des violences obstétricales	33
2.5.3.1	Au plan mondial	33
2.5.3.2	Au plan national	34
3.	CADRE ET MÉTHODES D'ÉTUDE	41

3.1	Cadre d'étude	42
3.1.1	Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou	42
3.1.1.1	Aperçu général du CHU-MEL	42
3.1.1.2	Service de Gynécologie et d'Obstétrique	43
3.1.2	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou	47
3.1.2.1	Aperçu général du CNHU-HKM	47
3.1.2.2	Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO)	48
3.1.2.3	Clinique Universitaire de Pédiatrie et de Génétique Médicale (CUPGM)	51
3.2	Méthodes d'étude	51
3.2.1	Type d'étude	51
3.2.2	Période d'étude	52
3.2.3	Population d'étude	52
3.2.4	Critères d'éligibilité	52
3.2.4.1	Critères d'inclusion	52
3.2.4.2	Critères de non inclusion	52
3.2.4.3	Critères d'exclusion	53
3.2.5	Échantillonnage	53
3.2.5.1	Méthode et techniques de l'échantillonnage	53
3.2.5.2	Taille de l'échantillon	53
3.2.6	Variables	54
3.2.6.1	Variable dépendante	54
3.2.6.2	Variables indépendantes	54

3.2.7	Collecte des données	55
3.2.7.1	Technique de collecte	55
3.2.7.2	Outils de collecte	55
3.2.7.3	Equipe de collecte	56
3.2.7.4	Déroulement de la collecte	56
3.2.8	Traitement et analyse de données	56
3.2.9	Aspects éthiques et règlementaires	57
3.2.10	Difficultés rencontrées	58
4.	RÉSULTATS	59
4.1	Étude descriptive	60
4.1.1	Service de provenance	60
4.1.2	Données socio-démographiques	60
4.1.3	Antécédents personnels	62
4.1.3.1	Antécédents médicaux et chirurgicaux	62
4.1.3.2	Antécédents gynéco-obstétricaux	64
4.1.4	Données liées à la grossesse	65
4.1.4.1	Modalités de suivi de la grossesse	65
4.1.4.2	Profil du personnel soignant ayant suivi la grossesse	66
4.1.4.3	Pathologies développées au cours de la grossesse	67
4.1.5	Données liées à l'accouchement	68
4.1.5.1	Planification de l'accouchement	68
4.1.5.2	Modalités de l'accouchement	68
4.1.5.3	Gestes spécifiques au cours de l'accouchement	70
4.1.5.4	Survenue de complications au cours de l'accouchement	70
4.1.5.5	Vécu en termes d'expérience de l'accouchement	71

4.1.6	Violences obstétricales	71
4.1.6.1	Prévalence globale des violences obstétricales	71
4.1.6.2	Prévalence des violences obstétricales par service	72
4.1.6.3	Violences physiques	73
4.1.6.4	Violences verbales	75
4.1.6.5	Violences sexuelles	77
4.1.6.6	Stigmatisation et discrimination	78
4.1.6.7	Non-respect des normes éthiques	79
4.1.6.8	Mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé	82
4.1.6.9	Violences institutionnelles	83
4.1.6.10	Données liées à l'aspect juridique	84
4.2	Étude analytique	86
4.2.1	Analyse bivariée	86
4.2.1.1	Facteurs associés à la survenue des violences physiques	86
4.2.1.2	Facteurs associés à la survenue des violences verbales	92
4.2.1.3	Facteurs associés à la survenue de la stigmatisation et de la discrimination	96
4.2.1.4	Facteurs associés à la survenue du non-respect des normes éthiques	97
4.2.1.5	Facteurs associés à la survenue des violences institutionnelles	101
4.2.2	Analyse multivariée	105
4.2.2.1	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences physiques	105
4.2.2.2	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences verbales	106
4.2.2.3	Facteurs prédicteurs potentiels associés au non-respect des normes éthiques	107
4.2.2.4	Facteurs prédicteurs potentiels associés aux violences institutionnelles	109
5.	DISCUSSION	110

5.1	Atteinte des objectifs de l'étude	111
5.1.1	Décrire les caractéristiques socio-démographiques et gynéco-obstétricales des accouchées en milieu hospitalier à Cotonou	111
5.1.2	Déterminer la prévalence des violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou	112
5.1.3	Identifier les facteurs associés aux violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou	112
5.1.4	Évaluer la connaissance des patientes sur les droits des femmes en matière de soins obstétricaux en milieu hospitalier à Cotonou	113
5.2	Forces et limites de l'étude	113
5.2.1	Forces de l'étude	113
5.2.2	Limites de l'étude	114
5.3	Analyse et comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs	114
5.3.1	Service de provenance	114
5.3.2	Données socio-démographiques	115
5.3.2.1	Âge	115
5.3.2.2	Situation matrimoniale	115
5.3.2.3	Niveau d'instruction	116
5.3.2.4	Revenu mensuel	116
5.3.3	Antécédents gynéco-obstétricaux	117
5.3.4	Données liées à la grossesse	118
5.3.5	Données liées à l'accouchement	118
5.3.5.1	Mode d'admission	118
5.3.5.2	Voie d'accouchement	119

5.3.6	Violences obstétricales	120
5.3.6.1	Prévalence globale des violences obstétricales	120
5.3.6.2	Prévalence des violences obstétricales par service	121
5.3.6.3	Moment de survenue et auteurs des violences obstétricales	121
5.3.6.4	Violences physiques	122
5.3.6.5	Violences verbales	123
5.3.6.6	Stigmatisation et discrimination	124
5.3.6.7	Non-respect des normes éthiques	124
5.3.6.8	Mauvaise relation entre la femme et les professionnels de santé	126
5.3.6.9	Violences institutionnelles	127
5.3.6.10	Données liées à l'aspect juridique	128
CONCLUSION		130
SUGGESTIONS		132
RÉFÉRENCES		136
ANNEXES		A

SERMENT D'HIPPOCRATE

Devant le peuple Béninois,

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination,

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité,

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance,

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

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

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs,

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie, ni ne provoquerai délibérément la mort,

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission,

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 !

LE PRÉSIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE l'UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI

RÉSUMÉ

Introduction : Les violences obstétricales sont des propos, des gestes, des comportements, ou l'exercice de pratiques professionnelles ou leur omission ou abstention, qui portent atteinte à la dignité, à l'intégrité physique et psychique de la femme pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum. Elles constituent une violation des droits humains des femmes et un frein au recours aux soins obstétricaux.

Objectif : Etudier la prévalence et les facteurs associés aux violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2023.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique avec un recueil prospectif des données par entretien du 13 août au 12 novembre 2023.

Résultats : L'étude a porté sur 400 femmes. Elles déclaraient toutes avoir subi au moins un type de violences obstétricales, soit une prévalence des violences obstétricales en milieu hospitalier à Cotonou était de 100 %. Les violences obstétricales rencontrées étaient, par ordre décroissant de fréquence : la mauvaise relation entre les femmes et les prestataires de santé (99,5 %), le non-respect des normes éthiques (69,5 %), la violence institutionnelle (44,5 %), la violence verbale (28,5 %), la violence physique (5,8 %), la stigmatisation et la discrimination (2,8 %) et la violence sexuelle (0,2 %). Les facteurs favorisants la survenue des violences étaient le fait d'être primigeste (OR = 8,48 ; p = 0,006) pour les violences physiques ; l'existence d'antécédents chirurgicaux (OR = 1,99 ; p = 0,01) et le mauvais suivi de la grossesse (OR = 2,51 ; p = 0,03) pour les violences verbales. L'antécédent de césarienne était un facteur protecteur pour les violences physiques (OR = 0,04 ; p < 0,001) et les violences institutionnelles (OR = 0,5 ; p = 0,03). La grande majorité des femmes enquêtées (90,5 %) n'avaient aucune connaissance des droits universels de la femme enceinte. Cependant, 65,5 % des femmes enquêtées savaient qu'il est possible de recourir à la justice en cas de violences obstétricales, mais moins de la moitié (40.5 %) des enquêtées déclaraient vouloir le faire.

Conclusion : Les violences obstétricales existent dans les centres hospitaliers et universitaires de référence nationale du Bénin. Il est nécessaire de mener une étude à plus grande échelle et de mettre en place des mesures pour les prévenir et les réduire.

Mots-clés : Violences obstétricales, Droits des hommes, Éthique médicale, Facteurs associés, Bénin

ABSTRACT

Introduction : Obstetric violence refers to words, actions, behaviors, or the practice of professional acts (or their omission) that harm the dignity, physical integrity, and mental well-being of women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period. These actions violate women's human rights and hinder access to obstetric care.

Objective : The aim was to study the prevalence and factors associated with obstetric violence in Cotonou's hospitals.

Method : We conducted a descriptive and analytical cross-sectional study with prospective data collection from August 13 to November 12, 2023.

Results : The study involved 400 women. They all declared having suffered at least one type of obstetric violence, giving a prevalence of obstetric violence in Cotonou hospitals of 100 %. The types of obstetric violence encountered were, in decreasing order of frequency: poor relations between women and healthcare providers (99.5 %), non-respect of ethical standards (69.5 %), institutional violence (44.5 %), verbal violence (28.5 %), physical violence (5.8 %), stigmatization and discrimination (2.8 %) and sexual violence (0.2%). The contributing factors to the occurrence of violence were being primigravida (OR = 8.48; p = 0.006) for physical violence, the existence of a surgical history (OR = 1.99; p = 0.01) and poor pregnancy follow-up (OR = 2.51; p = 0.03) for verbal violence. Previous caesarean section was a protective factor for physical violence (OR = 0.04; p < 0.001) and institutional violence (OR = 0.5; p = 0.03). Most women surveyed (90.5 %) did not know the universal rights of pregnant women. However, 65.5 % of the women surveyed knew that it was possible to seek legal redress in the event of obstetric violence, but less than half (40.5 %) said they would do so.

Conclusion : Obstetric violence exists in national reference hospitals of Benin. It is necessary to conduct a larger-scale study and implement measures to prevent and reduce it. These measures are essential to ensure the respect of women's human rights and facilitate access to obstetric care

Keywords : Obstetric violence, Human right, Medical ethics, Associated factors, Benin