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 : 2024 **N°2728**

EVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE ET VECU DES PATIENTES SUR LES SOINS DE MATERNITE RESPECTUEUX : CAS DE DEUX CENTRES HOSPITALIERS ET UNIVERSITAIRES DE COTONOU EN 2024

THESE

Présentée et soutenue publiquement pour obtenir le grade de :

DOCTEUR EN MEDECINE

(Diplôme d'état)

Par :

AHOUNOU Gloria Donald

Né le 15/07/2000 à Porto-novo (Bénin)

DIRECTEUR DE THESE

MCA ABOUBAKAR Moufalilou

PRESIDENT DU JURY

Pr DOSSOU Francis

MEMBRES DU JURY

MCA BIGOT Cédric

MCA DANGBEMEY Patrice

***ANNEE ACADEMIQUE* :** 2023-2024

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° 2943 /2024/UAC/FSS/VD-Ecoles/VD-UFR Pharma/VD UFR Méd/SGE/CS/HVSA

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

NOVEMBRE 2024

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT ET ASSOCIES

DOYEN : Professeur AVAKOUDJO Josué Dejinnin Georges

VICE-DOYEN U.F.R Médecine : Professeur VODOUHE Ulrich Bidossessi

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

VICE-DOYENNE /ECOLES : Professeur AZON KOUANOU Angèle

Année : 2024-2025 (version novembre 2024)

PROFESSEURS TITULAIRES

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

DOYEN 2024

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

34. Pr VIGAN Jacques	Néphrologie
35. Pr CODJO Houétondji Léopold	Cardiologie
36. Pr YEMOA Loconon Y. Achille.	Chimie Analytique-Bromatologie
37. Pr AGBODANDE Kouessi Anthelme	Médecine Interne
38. Pr KEREKOU Annelie Célestine.	Endocrinologie
39. Pr VODOUHE Ulrich B.	ORL-Chirurgie Cervico Faciale
40. Pr WANVOEGBE Armand	Médecine Interne

MAÎTRES DE CONFERENCES AGREGES

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

Université d'Abomey - Calavi
LE DOYEN
FACULTÉ DES SCIENCES DE LA SANTÉ
NOVEMBRE 2024

27. Pr OGOUDJOBI Ogourindé Mathieu	Gynécologie-Obstétrique
28. Pr PADONOU Abiodun Adébola Djossè	Traumatologie-Orthopédie
29. Pr PADONOU Caroline Sourou Clémence	Pédiatrie et Génétique Médicale
30. Pr PADONOU Sètondji Géraud Roméo	Santé Publique
31. Pr SEIDOU Falilatou	Anatomie et Cytologie Pathologique
32. Pr SONOU Djidjoho Joël Arnaud	Cardiologie
33. Pr TOGNIFODE Medesse Véronique	Gynécologie-Obstétrique
34. Pr WACHINOU Ablo Prudence	Pneumo-Phtisiologie
35. Pr YEVI Dodji Magloire Inès	Urologie Andrologie
36. Pr ZOHOUN GUIDIGBI Lutécia Myria A	Pédiatrie et Génétique Médicale
37. Pr ADJOBIMEY Mênonli	Santé au Travail
38. Pr AGBOKPONTO Janvier Engelbert	Chimie Analytique
39. Pr AHOUNOU Ernest Stéphane	Anesthésie-Réanimation
40. Pr AÏGBE Nestor	Ophtalmologie
41. Pr AMOSSOU Labissi François	Traumatologie-Orthopédie
42. Pr ASSANHOU Assogba Gabin	Pharmacie Galénique
43. Pr AZA-GNANDJI Guy-Gérard	Psychiatrie
44. Pr BAGLO Dédé Priscillia Tatiana	Hématologie Biologie
45. Pr BANCOLE POGNON Sylvie Arlette A	Chirurgie Buccale
46. Pr MIZEHOUN Gbèdécon Carmelle	Nutrition
47. Pr DANGBEMEY Djima Patrice	Gynécologie-Obstétrique
48. Pr DO SANTOS ZOUNON Alexis	OTO-Rhino Laryngologie et Chirurgie Cervico-Faciale
49. Pr GNINKOUN Comlan Jules	Endocrinologie Métabolisme et Nutrition
50. Pr GOUKODADJA Oswald	Traumatologie Orthopédie
51. Pr SOSSA Jean	Urologie
52. Pr ZOHOUN Comlan Gildas Alban	Hématologie

MAÎTRE DE CONFERENCES

1. Pr BADOU Agnès Oladun Sylvie	Sociologie et Anthropologie sociale

NOVEMBRE 2024

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

MAITRES ASSISTANTS

1.	Dr GANDAHO Hugues Jean-Thierry	Neurochirurgie
2.	Dr AGBOTON Bruno Léopold	Néphrologie
3.	Dr ADJAGBA Mahouna Philippe Dotou	Cardiologie
4.	Dr LOKOSSOU Mègnissè S. Houévi Symphorose	Gynécologie-Obstétrique
5.	Dr TOKOUDAGBA Kossi Jean-Marie Dénis	Chimie Organique et Chimie des Substances Naturelles
6.	Dr HOUNKPONOU AMOUSSOU-GUENOU Eliane Kayivi Murielle	Cardiologie
7.	Dr LALEYE Christel Marie Fortunat Olatumbossum B.I.	Anatomie
8.	Dr HOUNDETOUNGAN David Gilles	Biophysique
9.	Dr VIGNON Koffi Rodolphe	Hépato-Gastroentérologie

ASSISTANTS

1.	Dr YAKOUBOU YOBO Annatou	Pédiatrie et Génétique Médicale
2.	Dr AMONLES Yves D.	Psychiatrie
3.	Dr HOUESSOU ENIANLOKO TCHIAKPE Nicole Zinhoué	Pédiatrie
4.	Dr DADJO Kinski Aumar	Traumatologie Orthopédie
5.	Dr OREKAN Folakèmi Jeanne	Biologie Clinique
6.	Dr TOHODJEDE YéVèdo	Pédiatrie
7.	Dr VODOUHE Tchimon yéa Sètchégnon	Gynécologie-Obstétrique

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
9.	Dr DOHOU Médard	Odontostomatologie
10.	Dr FATON Alexandre Dossou	Médecine Physique et Réadaptation
11.	Dr OLOWO Bénédicte Ingrid	Gynécologie-Obstétrique

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

ARCHIVE 2024

[6]

ASSISTANTS DE RECHERCHE DE RANG DOCTORAL

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

EMERITES

1- Dr BASSABI Souleymane.....

2- Dr AHYI Réné A. Galbert.....

3- Dr PADONOU Nazaire.....

4- Dr HOUNKPE Célestin.....

5- Dr Do ANGO-PADONOU Florencia.....

6- Dr GNINAFON Martin.....

7- Dr ALIHONOU Eusèbe Magloire.....

COLLABORATEURS

A- COLLABORATEURS EXTERIEURS

1- MCA COULIBALY Songuigama ..... Professeur de Chimie Thérapeutique/UFR Pharmacie
Université de Nantes

2-Dr ZIME DIAWARA H. Hermine..... Maître-Assistant de Pharmacie Galénique à l'Université Joseph KI-ZERBO ; Burkina-Faso

3-Dr SANGARE Béatrice..... Maître de Conférences Agrégé de Toxicologie à l'Université Félix HOUPHOUËT BOIGNY

4-EFOE Etienne..... Pharmacie

B- COLLABORATEURS NATIONAUX

1- Dr LOKO Frédéric Simplice ..... Professeur Titulaire de Biochimie à l'Ecole Polytechnique de l'UAC

2–Dr AHISSOU Hyacinthe..... Professeur Titulaire de Biochimie à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

3–Dr GBENOU Joachim ..... Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

4- Dr OUENDO Edgard-Marius..... Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP)

5- Dr KPATCHAVI Adolphe..... Professeur Titulaire en Sociologie Anthropologie

6- Dr AGUEH Damienne Victoire..... Professeur Titulaire en Santé Publique, Epidémiologie (IRSP) ; Maître ès Sciences en Nutrition

7–Dr JOSSE Roger Gérard ..... Professeur Titulaire de Chimie Analytique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC

LE DOYEN

NOVEMBRE 2024

8–Dr GBAGUIDI Fernand	Professeur Titulaire de Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
9–Dr WOTTO Valentin	Professeur Titulaire de Chimie Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
10- Mr ATOHOUN Guy	Professeur Titulaire de Chimie Minérale
11- Dr EZIN Eugène	Professeur Titulaire en Informatique à l'Institut de Mathématiques et de Sciences Physiques de l'UAC
12- Dr OGOUYANDJOU Simplice	Maître de Conférences en Mathématiques
13- Dr KPOVIESSI Salomé	Professeur Titulaire en Chimie Organique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
14-Dr DJOSSOU A. K. Alfred	Assistant en Anglais
15- Dr DJEGO Gaudens	Professeur Titulaire en Ecologie/Botanique
16- Mr AGBANI Benoît	Maître Assistant de Physique à la Faculté des Sciences et Techniques de l'UAC
17-Dr MEDEGAN FAGLA Sèdami Romarique	Maître-Assistant en Chimie Organique.

C- AUTRES ENSEIGNANTS ASSOCIES

1 - M AHOGA Sourou	Soins infirmiers
2 -M AHOUANSOU Frédéric	Secourisme
3- Dr AKOGBETO Paule Judith	Anglais
4-AMOUSSOU N. Gisèle	Initiation à la connaissance du médicament (ICM)
5-M GANDONOU D. Clément	Biochimie Générale
6-M TOSSOU Emmanuel Yaovi	Gestion des stocks et approvisionnements en produits de santé
7-M KOUKPEMEDJI D. Louis	Législation et règlementation Pharmaceutique
8- Dr DOYOU YEMOA Angèle Modukpè	Conseil à l'officine , Pharmacie Clinique
9-M OSSENI Razack	Pharmacie vétérinaire
10-M SONDJO Rodrigue	Essai clinique
11-M TCHAMMOU Euloge	Mathématique
12-M AGBOGBÉ Nestor	Réadaptation à base communautaire
13-Dr AMANZONWE Renaud	Goniométrie et tesring musculaire
14-M ANANI Yves	Techniques de kinésithérapie passive
15-Dr ASSOGBA Franck	Techniques de kinésithérapie active
16-M ASSOGBA Elwis Roland	Psychologie Psychopathologie
17-Dr DAHOUETO Wilfried	Grands brûlés
18-M GANHOUN Gaston	Physique Mécanique
19-Dr HOUNGBEDJI Germain	Analyse du mouvement, Biomatériaux et Thérapie Manuelle Orthopédique
19- Dr NIAMA-NATTA Didier	Appareillage orthopédique
20- Dr OLOUKA Jean	Techniques de kinésithérapie en neurologie adulte
21- Dr RAIMI Akambi Fatiou	Anglais
22- Dr SOGBOSSI Emmanuel	Anatomie palpatoire
23-ABILOGOUN-CHOKKI Oladokoun Olakemi	Psychologie
24- M ABOUDOU Kowiou	Technique de transformation alimentaire
25- M AFOUDA O. Acardius	Anglais
26-Mme AGUEH Victoire Damienne	Surveillance nutritionnelle
27- M ATCHADE Bardieu	Chimie organique
28- M BANON Sèmèvo Bleck Jultesse	Technique de transformation alimentaire
29- Mme D'ALMEIDA Marie Constance	Communication orale et recherche documentaire
30- M GANDEHO Gamèli Justin	Technique de transformation alimentaire
31- Mme GUEDENON Carine	Surveillance alimentaire et nutritionnelle

LE DOYEN

VISE 2024

Liste du personnel enseignant

32- M GODE MERE Constant	Communication orale et recherche documentaire
33-Dr HOUNGBO Y. Hermance	Alimentation des collectivités
34- M KPODJI Paulin	Immunologie
35- Mme MAHAMADOU DANDA Amina	Hygiène et salubrité des aliments
36- M MOROU Karimou	Notion de base en alimentation et nutrition
37- Mme SACCA Carole Edna Murielle	Technique de transformation alimentaire
38- M SANTOS Reynald Y.S.	Evaluation de l'alimentation des individus
39- Mme WAKPO Sèna Ariane	Notion de base en cuisine diététique
40- M ADEN Hugues	Alphabétisation
41- M AGBOGBE Nestor	Réadaptation à base communautaire
42- Mme AHOGA CODO Nadège	Accompagnement social personnalisé de l'enfant
43- M AINA Mensah Coffi André	Méthodologie de recherche qualitative
44- Mme ANANI Isabelle	Justice juvénile et réparatrice
45- M ATAKLA Emile Zinsou	Elaboration de projet
46-M ATCHOUTA Ayélodjou Roger	Recherche quantitative
47- M ATODJINOU M. Candide	Statistique et Démographie
48- M COMAHOUE Franck	Devoir médico-social
49- M DADEGNON K. Aimé	Statistique sociale
50- Mme De SOUZA pélagie	Sociologie et anthropologie générale
51- M DJEIGO Michel	Méthodologie d'intervention
52- Mme DJIMA Fatahou	Psychopédagogie
53- M DJOGBEDE Léopold	Histoire et organisation du service social
54-M DOSSA Urbain	Gestion axée sur les résultats
55- Mme DOSSOU ADELOUI	Droit des personnes et de la famille
56- M EKPINSE Emile	Technique de rédaction administrative
57- Mme FATOMBI Joséphine	Autres politiques
58- M GNINGLA Daniel Prudencio	Utilisation de support comptable
59- M HOUANGNI Corneille	Gestion axée sur les résultats
60- M HOUESSOU Mahounan Modeste	Psychologie du développement humain
61- M HOUNGBEME Jean Luc	Economie du développement
62- M HOUNGBO Christian	Economie sociale et solidaire
63- Mme HOUNKPATIN Ella Ayaba	Introduction au droit
64- M IDRISSOU Soulé	Etude du milieu
65- M IKO AFE Fidèle	Justice juvénile
66- Mme KINSOU Lysette Carine	Santé familiale et DSSR
67- Dr KPENONHOUN Joel	Psychologie sociale
68- Mme LAOUROU Christelle	Economie familiale et sociale
69- Mme MARCOS Awa Simone	Droit du travail
70- Mme MIDJESSO Roméo	Etude du code de l'Enfant
71- Mme NAHUM T. Lucrèce	Management des services sociaux
72- M ODODE Adélanan Akanni	Comptabilité générale
73- Mme OGA Armelle	Sociologie de la famille
74- Mme SESSOU HINSON Fidélia	Devoir social
75- M SOSSOU Janvier	Technique d'animation de groupe restreints
76- Mme TCHIBOZO Pauline	Intervention d'aide à la personne
77- M TONI Ezin Mathias	Politique en faveur du jeune
78- Mme VOGLOZIN HINSON A. A.	Gestion des Ressources Humaines
79- M YELOME Mardochée	Psychologie du couple

Le Doyen

LE DOYEN

Professeur Josué Dénnin Georges AVAKOUDJO

ACTION DE GRACE

A L'ETERNEL DIEU, LE PERE TOUT PUISSANT

Je Te rends grâce pour chaque instant de ce parcours que Tu as voulu pour moi. Ta présence a été mon soutien constant, me portant lorsque mes forces faiblissaient et éclairant mon chemin même dans les périodes de doute. C'est par Ta grâce que j'ai pu avancer avec persévérance et dévouement. Toute ma reconnaissance à Toi pour avoir rendu possible l'accomplissement de cette étape importante de ma vie.

« Je Te loue de ce que je suis une créature si merveilleuse. Tes œuvres sont admirables, Et mon âme le reconnait bien. »

Psaumes 139 : 14

« 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

DEDICACES

- ***A mon cher père Gabriel Kpedétin AHOUNOU***

Papa, tout ce que je dirai ne pourrait jamais exprimer à sa juste valeur mes sentiments à votre égard. Merci pour votre amour inconditionnel et votre soutien indéfectible. Je suis conscient des nombreux sacrifices que vous avez consentis pour que je sois là où je suis actuellement**.** Ce travail est l'accomplissement de votre œuvre. J'espère vous rendre davantage fier. Puisse l'Eternel vous réconforter et vous accorder la grâce et la longévité afin de bénéficier des fruits de vos sacrifices. Amen !

Amour *filial* !

- **A ma chère mère Conforte Adjossi WATCHINOU**

Femme battante, forte et courageuse. J'ai toujours trouvé en vous l'appui, l'amour et la compréhension nécessaire quelles que soient les situations. Vous vous battez toujours avec abnégation, persévérance et optimisme pour la réussite de vos enfants. Vos incessantes prières ont et continueront de porter leurs fruits pour ma réussite et ma carrière. Enfin j'y suis ; presque ; sinon en partie car bien d'autres évènements à mon sujet égayeront votre cœur. Ce travail, ce rêve qui est également le vôtre, je le réalise avant tout pour vous. Retrouvez ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon éternel amour pour vous. Puisse Dieu vous accorder longue vie afin que vous récoltiez ce que vous avez semé avec amour et patience.

Amour filial !

- ***A mon tuteur Timothée HOUNGBO***

Ce jour n'aurait jamais existé sans votre participation. Merci de m'avoir donné cette chance d'être un de vos enfants. Vous m'avez pris sous vos ailes et m'avez

enseigné les vraies valeurs de la vie sous divers angles. Votre éducation et assistance spirituelle constituent le socle sur lequel je me repose et qui renouvellent ma foi en Dieu le créateur. Par ce travail que je vous dédie, j'espère que je fais votre fierté. Puisse Dieu vous bénir et vous garder en bonne santé. Par la grâce de Dieu, vous profiterez des fruits de tous vos efforts. Amen !

Gratitude infinie !

- ***A ma seconde mère Marie FAGBEMI***

Vous êtes une merveilleuse personne. Vous avez su maintenir la cohésion au sein de la famille. Vous n'avez cessé de me soutenir tant par votre présence que par vos prières. Trouvez en ce travail qui est également le vôtre, l'expression de ma profonde reconnaissance.

Amour filial !

- ***A mes frères Nestor, Donatien, Gamaliel et mes sœurs Princesse, Léa et Adélaïde***

Nous voir le plus loin possible dans les études est le souhait de notre père. J'espère que vous trouverez en ce travail un exemple de sa volonté. Recevez l'aboutissement de mon parcours comme un modèle, un défi à relever. Que Dieu vous aide dans vos différentes branches à faire mieux que moi. Puisse l'Eternel toujours nous garder unis et nous faire devenir un modèle pour notre entourage. Que Dieu le miséricordieux vous bénisse et vous garde dans la paix et dans l'amour. Amen !

Amour fraternel !

- ***À ma grand-mère paternelle Agathe GBEVOEBIO***

Vous avez toujours été là pour moi Mémé. Depuis ma naissance, vous avez été l'une de mes plus grandes supportrices, m'encourageant à chaque étape malgré la distance. Grace à vos prières, j'ai pu surmonter les défis et atteindre ce moment. Je vous honore et je vous remercie de tout cœur. Que Dieu vous accorde une longue vie. Amen !

Amour filial !

- ***À ma grand-mère maternelle Catherine AGUEMON***

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

Amour fraternel !

- ***Au couple Rose (in mémorium) et Bienvenu AHOUANSOU***

Merci pour votre soutien constant tout au long de ma vie. Votre bienveillance et vos encouragements ont été essentiels dans mes moments difficiles. Papa, que Dieu renouvelle davantage votre santé afin que vous puissiez jouir des fruits de vos sacrifices. A vous ‘‘Maman Rose’’ qui nous avez quitté plus tôt, je rends un hommage à l'impact que vous avez eu dans ma vie. Votre mémoire et votre amour continuent de m'inspirer et de me guider. Que Dieu vous accorde le repos éternel. Amen **!**

Gratitude infinie !

REMERCIEMENTS

- ***A mes oncles et mes tantes paternels comme maternels ainsi qu'à leurs enfants***

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

Sentiments fraternels !

- ***A toute la famille HOUNGBO***

Je n'aurai pas de mots pour définir mon séjour avec vous. Comme un des vôtres, vous m'avez considéré. Merci pour la fraternité. Puisse l'Eternel réhausser chacun de vous. Amen !

Amour fraternel !

- ***Au couple Denise et Thierry METOTONDJI***

Vous avez guidé mes premiers pas dans cette noble formation. Avec bienveillance et générosité, vous m'avez permis, à travers votre présence à mes côtés, vos conseils avisés et vos encouragements, de franchir chaque étape de ce parcours avec plus de confiance. Votre soutien inestimable a fait une réelle différence.

Profonde reconnaissance !

- ***A monsieur André HOUNKOKOE***

Recevez mon immense respect pour la partition que vous avez joué dans la concrétisation de ce rêve.

Sincère merci !

- ***A madame Pervenche FOTSO***

  Ma reconnaissance à votre endroit est immense. Vous avez accepté, malgré les contraintes que cela impliquait, de nous accompagner lors de la réalisation de ce travail, de nous guider. Merci pour le sacrifice.

  Profonde reconnaissance !

- ***A la paroisse de Cadjehoun en général et en particulier à son chargé paroissial l'Honorable Patrice NOBIME***

Vous avez été au cœur de la réussite de ce cursus académique. Tant sur le plan physique que spirituel, vous êtes une pièce incontournable de ma réussite. Que le Tout-Puissant daigne vous récompenser. Amen !

Merci pour tout !

- ***A mes frères et sœurs de la Clé Du Ciel, de la Chorale la Voix de l'Eden de Cadjehoun et de l'UECC-FSS***

Avec et à travers vous, j'ai beaucoup grandi dans la foi chrétienne. Que le Dieu Tout Puissant, celui qui a missionné le **Prophète OSCHOFFA** nous outille davantage pour l'édification de tous. Merci beaucoup pour le soutien spirituel.

Infiniment merci !

- ***A mes amis du quintuplé de choc : Venance GBESSEMEHLAN et son épouse Alida GBAGUIDI, Eros VODOUNOU, Pierre GBEDEWA, Mouhsine LAILO***

  Vous avoir à mes côtés a rendu ma réussite en faculté de médecine plus facile. Merci pour tous les moments passés ensemble. Fier de nous voir tous à la fin

de ce chapitre de nos vies. Puisse Dieu accomplir le rêve de tout un chacun de nous et nous élever davantage. Amen **!**

Très belle carrière à vous !

- ***A ma consœur et amie Michèle KPADONOU***

  Savoir chaque matin que je travaillerai à tes côtés m'a donné la force de surmonter la fatigue grandissante de l'internat. Merci pour tous les moments passés ensemble et pour la merveilleuse personne que tu es. Puisse Dieu t'accorder le bonheur et une vie épanouie.

  Amour fraternel !

- ***A tous les ami(e)s de mes parents qui m'ont soutenu tout au long du chemin***

  Merci pour vos soutiens et vos encouragements tout au long de mon parcours.

  Soyez bénis !

- ***A tous mes ami(e)s et collègues de mes groupes de stage de la deuxième en sixième année***

  Ce fut une expérience intense et particulière.

  Brillante carrière à tous !

- ***A toute la 46 ème promotion de médecins de la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou***

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

Brillante carrière à tous !

- ***A tout le personnel de la Clinique Universitaire de Gynécologie Obstétrique du Centre National Hospitalier Universitaire HKM, et du service Mère du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune***

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

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

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

- ***A tous mes enseignants de la maternelle, du primaire et du secondaire, tous ceux qui ont contribué à notre formation***

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 notre éducation, à notre formation et à l'aboutissement de ce travail, je vous dis merci du plus profond de mon être.

HOMMAGE

➢ ***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.

Hommage respectueux !

➢ ***À notre maître et directeur, Dr Moufalilou ABOUBAKAR, Maître de Conférences Agrégé de Gynécologie et d'Obstétrique***

Nous tenons à vous exprimer notre profonde gratitude pour avoir accepté de superviser cette thèse avec une bienveillance et un dévouement exemplaire malgré votre agenda chargé. Par votre calme rassurant et votre simplicité, vous avez su créer un environnement propice à l'apprentissage et à l'échange. Vos enseignements, toujours clairs et fluides, ont permis de comprendre des concepts complexes avec une facilité déconcertante. Doté d'un esprit de synthèse remarquable, vous avez su nous guider avec justesse, en allant toujours à l'essentiel. Votre sérénité et votre pédagogie resteront pour nous des exemples marquants, nous inspirant dans notre propre parcours.

Hommage 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 aideront sans l'ombre d'un doute à améliorer la qualité de ce travail.

Hommage 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.

Hommage respectueux !

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ANTS	:	Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine
AMIU	:	Aspiration Manuelle Intra-Utérine
APGAR	:	Aspect, Pouls, Grimace, Activité, Respiration
BEPC	:	Brevet d'Etudes du Premier Cycle
CEDEF	:	Convention sur l'Elimination de toutes les formes de Discrimination à l'Egard des Femmes
CHU-MEL	:	Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CNHU-HKM	:	Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga
CPN	:	Consultation prénatale
CUGO	:	Clinique Universitaire de Gynécologie-Obstétrique
DPP	:	Dépression du Post-Partum
FIGO	:	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
HCE	:	Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes
IVG	:	Interruption Volontaire de Grossesse
IC	:	Intervalle de confiance
JICA	:	Japan International Cooperation Agency
n	:	Effectif
ODD	:	Objectifs de Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
PIDCP	:	Pacte International relatif aux Droits Civils et Politiques
USAID	:	U.S. Agency for International Development
SMR	:	Soins de Maternité Respectueux
SSPT	:	Syndrome de Stress Post-Traumatique
TPST	:	Trouble de Stress Post-Traumatique
TRAction	:	Translating Research into Action

USA	:	United States of America
VIH	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine
VO	:	Violence Obstétricale
WRA	:	White Ribbon Alliance

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	:	Fréquence des violences obstétricales dans le monde	29
Tableau II	:	Manifestations des violences obstétricales dans le monde	30
Tableau III	:	Caractéristiques socio-professionnelles des professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024	52
Tableau IV	:	Source d'information et formation sur les SMR des professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024	54
Tableau V	:	Défis rencontrés dans la mise en œuvre des principes de la charte des SMR par les professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024	55
Tableau VI	:	Connaissances des professionnels de la santé du CNHU-HKM et du CHU-MEL sur les SMR en 2024 (Début)	56
Tableau VII	:	Connaissances des professionnels de la santé du CNHU-HKM et du CHU-MEL sur les SMR en 2024 (Suite et fin)	57
Tableau VIII	:	Répartition des manques de respect et abus observés dans les salles d'accouchement du CNHU-HKM et du CHU-MEL en 2024	61
Tableau IX	:	Age, résidence et niveau de scolarisation des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024(Début)	63

Tableau X	:	Statut matrimonial et professionnel des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024	64
Tableau XI	:	Antécédents obstétricaux des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024	65
Tableau XII	:	Historique d'utilisation du service de soins des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 (Suite et fin)	66
Tableau XIII	:	Appréciation des femmes sur la qualité des soins de maternité reçus au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 (Début)	68
Tableau XIV	:	Appréciation des femmes sur la qualité des soins de maternité reçus au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 (Suite et fin)	69

LISTE DES FIGURES

Figure 1	:	Analyse de la problématique des facteurs associés aux soins maternels respectueux	8
Figure 2	:	Analyse de la problématique des facteurs associés aux soins maternels respectueux	16
Figure 3	:	Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonatals	17
Figure 4	:	Infographie des recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement	18
Figure 5	:	Contenu des SMR	26
Figure 6		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	29
Figure 7		Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin (début)	30
Figure 8		**:** 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)	31
Figure 9		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)	32
Figure 10		**:** Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2020-37 du 03 février	33

2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin (suite et fin)

Figure 11 : Répartition des niveaux de connaissances sur les SMR par années d'expérience des médecins gynécologues enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 64

Figure 12 : Répartition des niveaux de connaissances sur les SMR par années d'expérience des sages-femmes enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 65

Figure 13 : Répartition des niveaux de connaissances globaux sur les SMR pour les professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 66

Figure 14 : Répartition des pratiques irrespectueuses des professionnels de la santé vis-à-vis des femmes par type de violences obstétricales au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 69

Figure 15 : Répartition des patientes enquêtées en fonction de leur satisfaction au CNHU-HKM et au CHU-MEL 77

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. PROBLEMATIQUE…….. 4

2. GENERALITES…….. 12

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE…….. 38

4. RESULTATS……... 56

5. DISCUSSION…….. 80

CONCLUSION ET SUGGESTIONS…… 98

REFERENCES…… 102

ANNEXES…… A

TABLE DES MATIERES……... R

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement sont des évènements déterminants dans la vie des femmes [1,2]. Malgré les efforts menés à l'échelle mondiale pour assurer leur bon déroulement, un décès maternel survient toutes les deux minutes [3]. La lutte contre la mortalité maternelle et néonatale demeure de ce fait une préoccupation majeure.

De nombreux progrès ont été réalisés en vue d'améliorer la qualité des soins maternels et inciter les femmes à accoucher dans un établissement de soins [4,5]. Malheureusement, de nombreuses études menées à l'échelle mondiale notamment en Amérique du sud [6,7], en Amérique du nord [8], en Europe [9,10] et en Afrique [11,12] montrent que l'accouchement demeure une expérience traumatisante. Le manque de respect, les mauvais traitements et les violences envers les femmes pendant l'accouchement existent toujours et sont particulièrement inquiétantes dans de nombreux pays en particulier dans les pays à faible revenu [5,13].

Face à ce problème, plusieurs interventions ont vu le jour au fil des années [14]. Parmi celles-ci, figurent les mouvements visant à promouvoir les Soins de Maternité Respectueux (SMR) dans nos services [15]. Il s'agit d'un modèle centré sur les valeurs, attitudes et comportements des professionnels de la santé dans le but d'éradiquer les violences obstétricales au cours du travail et de l'accouchement [16]. Depuis quelques années, grâce à l'appui de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de différentes organisations internationales, le concept de SMR s'est répandu dans tous les services de maternité du monde pour le plus grand bonheur de nos parturientes et de la population [13].

De nombreuses études ont alors été initiées au plan mondial pour évaluer les manifestations, la prévalence et les facteurs des soins de maternité respectueux [17]. En Afrique subsaharienne, très peu de données sont disponibles en ce qui

concerne la mise en œuvre effective et l'application des SMR par le personnel soignant [17].

Etudier à l'échelle locale la prévalence et les facteurs associés à la mise en œuvre des SMR dans les services de maternité devient alors une nécessité afin de corriger éventuellement les actes qui impactent négativement l'expérience des femmes au cours de l'accouchement.

Notre étude s'inscrit dans cette logique de renforcement de l'application des SMR en Afrique en général et au Bénin en particulier à travers une évaluation des connaissances et des pratiques des professionnels de la santé des salles d'accouchement de deux centres de référence du Bénin en matière de santé maternelle et néonatale.

1. PROBLEMATIQUE

1.1. Enoncé du problème

Environ 140 millions d'accouchements ont lieu dans le monde chaque année [18]. La majorité a lieu par voie basse et la douleur, l'anxiété, la menace ainsi que les circonstances rendent les femmes vulnérables pendant le travail et l'accouchement [19]. La grossesse et l'accouchement exposent les femmes à un risque important de souffrance, de pathologie, voire de décès [20].

En 2020, à l'échelle mondiale, environ 287 000 femmes sont mortes à la suite de grossesse, lors de l'accouchement ou dans les jours qui ont suivi soit environ 800 décès maternels par jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement [3]. Malheureusement, près de 95% de ces décès sont survenus dans les pays à revenu faible ou intermédiaire avec environ 70% en Afrique subsaharienne et 16% en Asie du sud [3,21]. Le taux de mortalité était de 430 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à revenu faible, contre 12 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes dans les pays à revenu élevé [3]. Le Bénin n'échappe pas à cette triste situation et enregistre un ratio de 391 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2021 [22].

Pour réduire cette mortalité, la promotion des accouchements dans les établissements de santé a été largement encouragée comme une solution efficace à travers le monde [5]. Ces efforts ont été intensifiés avec l'adoption des Objectifs de Développement Durable (ODD) en 2015 dont l'une des ambitions est de réduire le taux de mortalité à 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 [23]. Pour y arriver, les efforts des gouvernements se sont principalement concentrés sur l'amélioration de l'accès et des soins dans les services d'accouchement. L'amélioration de la relation interpersonnelle entre les femmes, les familles et les professionnels de la santé est devenue un enjeu essentiel dans les efforts pour réduire la mortalité maternelle [24] car le vécu des

femmes et de leurs familles en matière de soins dans les établissements de santé pendant cette période est essentiel à leur expérience globale de l'accouchement et déterminant pour leur décision future concernant la maternité et le recours aux établissements de soins [17]. Pour les femmes, la salle d'accouchement représente le lieu de toutes les émotions. De la douleur et la peur à la joie et le bonheur ou parfois à la tristesse, il s'agit d'un milieu où les femmes ont besoin d'être encouragées, écoutées, soutenues, valorisées, traitées avec amour et délicatesse durant tout le processus de leur accouchement [25].

Selon une étude réalisée par Oladapo et al. en 2018 [15], la plupart des femmes souhaitent lors de l'accouchement une expérience positive qui remplit ou dépasse les attentes et croyances sociales, culturelles et personnelles qu'une femme peut espérer. Elles souhaitent « donner naissance à un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr, avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un(e) accompagnant(e), et d'un personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique ».

Toutefois, des études menées dans le monde entier décrivent des mauvais traitements infligés aux femmes lors de l'accouchement dans les établissements de soins [26]. Dans de nombreux pays encore notamment l'Ethiopie [27], la Tanzanie [9], les Etats Unis [28], le Ghana, l'Inde [29], les femmes sont victimes de mauvais traitements pendant l'accouchement et n'ont pas la possibilité de contrôler leur propre expérience[26]. Ces mauvais traitements violent les droits fondamentaux des femmes et des nouveau-nés et l'obligation fondamentale du système de santé de fournir un soutien et une guérison lors de l'accouchement [17]. L'accouchement et le post-partum demeurent pour les femmes le moment le plus vulnérable et de telles pratiques peuvent avoir des impacts négatifs directs tant pour la mère que pour son bébé [5].

Pour contrer ce phénomène, des interventions sont nées à travers le monde et sont centrées sur trois mouvements : l'accouchement humanisé qui fait la promotion de la participation active de la femme dans le processus de soins, les approches fondées sur les droits de la personne qui se préoccupent des questions d'accès et d'équité aux soins et les soins maternels respectueux qui se distinguent des autres approches par sa visée de changement dans les idéaux, mentalités et pratiques des professionnels de la santé afin de diminuer les pratiques irrespectueuses et abusives au moment de l'accouchement [16].

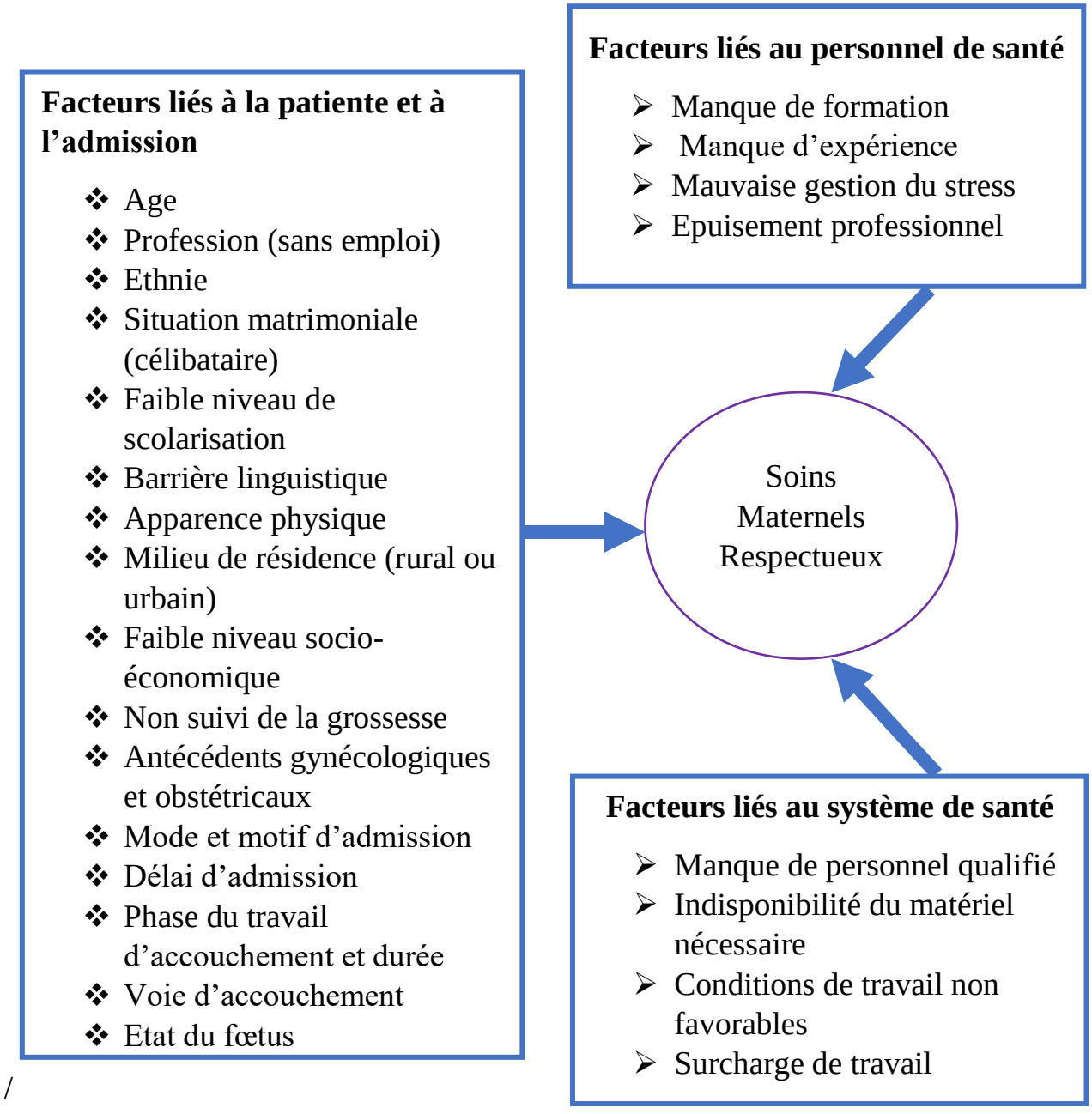
Au Bénin, malgré l'importance cruciale des SMR pour la santé et le bien être des femmes et les nombreuses études réalisées dans plusieurs pays de l'Afrique subsaharienne [8,9,11,24,30] sur les maltraitances et abus envers les femmes pendant l'accouchement, la littérature est pauvre. Cette absence de données empêche une compréhension complète des défis et des besoins spécifiques dans ce domaine.

C'est dans ce cadre que nous avons initié cette étude pour évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de la santé et le vécu des patientes sur les soins de maternité respectueux dans les salles d'accouchement du Bénin en général et celles du CNHU-HKM et du CHU-MEL en particulier.

A travers cette étude, il s'agira de fournir des données précises et pertinentes pouvant permettre d'améliorer les pratiques cliniques et de renforcer les politiques de santé maternelle. En mettant en lumière les points forts et les faiblesses des soins actuels, cette recherche vise à promouvoir des accouchements plus sûrs et plus respectueux pour toutes les femmes au Bénin.

1.2. Cadre conceptuel

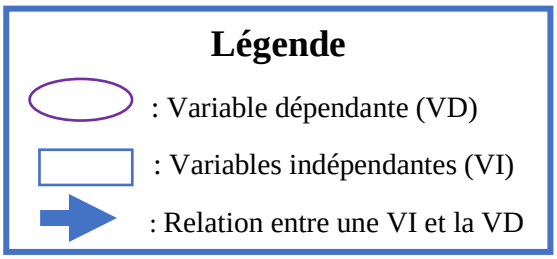
L'analyse de travaux antérieurs portant sur les soins maternels respectueux en milieu hospitalier dans le monde nous a permis d'établir le cadre conceptuel ci-dessous :



/

Figure 1 : Analyse de la problématique des facteurs associés aux soins de maternité respectueux

Note explicative du cadre conceptuel



La variable dépendante de notre étude sera représentée par les soins de maternité respectueux.

Les variables indépendantes sont les facteurs qui peuvent être associés au non-respect des soins de maternité chez la femme. Ce sont :

- **Facteurs associés à la patiente et à l'admission**

Plusieurs facteurs associés peuvent contribuer au non-respect des soins de maternité respectueux chez les patientes. Il s'agit de : l'âge, la profession, la situation matrimoniale, le niveau de scolarisation, la barrière linguistique, le milieu de résidence, l'apparence physique, le niveau socio- économique, l'ethnie, le non suivi de la grossesse, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, le mode et le motif d'admission, le centre de provenance, la phase du travail d'accouchement et la durée du travail, la voie d'accouchement, les accouchements instrumentaux, l'état du fœtus.

- **Facteurs associés à la formation sanitaire**

Les facteurs associés à la formation sanitaire qui peuvent expliquer le non – respect des SMR sont : le manque d'équipement et de personnel qualifié, la surcharge de travail, le planning de travail chargé, les conditions de travail non favorables.

- **Facteurs associés au professionnel de santé**

La mauvaise gestion du stress, l'épuisement professionnel, la surcharge de travail, le manque de formation et le manque d'expérience peuvent être les raisons liées au personnel de santé expliquant le non-respect des SMR chez les femmes.

1.3. Hypothèses

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

- Les professionnels de la santé des salles d'accouchement de la CUGO et du CHU-MEL ont une bonne connaissance et une bonne pratique sur les soins de maternité respectueux.
- Les patientes ont un vécu positif de leur accouchement.

1.4. Objectifs

1.4.1. Objectif général

Evaluer les connaissances et pratiques des professionnels de la santé et le vécu des patientes des salles d'accouchement de la CUGO et du CHU-MEL sur les Soins de Maternité Respectueux en 2024.

1.4.2. Objectifs spécifiques

- Décrire les caractéristiques socio-démographiques e professionnelles des professionnels de la santé et des parturientes des salles d'accouchement de la CUGO et du CHU-MEL en 2024.
- Déterminer le niveau de connaissance des professionnels de la santé des salles d'accouchement de Cotonou sur les soins de maternité respectueux en 2024.
- Décrire les pratiques des professionnels de la santé vis-à-vis des gestantes pendant le travail et l'accouchement à Cotonou en 2024.

- Apprécier le degré de satisfaction des femmes sur les soins de maternité respectueux délivrés dans les salles d'accouchement de Cotonou en 2024.

2. GENERALITES

2.1. Définition de concepts

2.1.1. Evaluation

L'évaluation désigne l'acte par lequel, à propos d'un évènement, d'un individu, ou d'un objet, on émet un jugement en se référant à un ou plusieurs critères [31]. Evaluer, « c'est recueillir des informations permettant de prononcer un jugement de valeur en vue d'éclairer une décision [32] ».

2.1.2. Connaissances

Au sens général, les connaissances désignent le savoir qui a été acquis par l'étude et l'apprentissage [33]. De façon spécifique, les connaissances sont définies comme un ensemble des informations acquises par des personnes sur une question de santé donnée [34]. Elles permettent à chaque personne de cerner son niveau de vulnérabilité face à cette question. Elles portent tant sur la capacité pour une personne à définir le concept étudié, mais aussi à énoncer les différents éléments qui le constituent [34].

2.1.3. Pratiques

Les pratiques sont des actes réels accomplis par une personne en situation, dans son contexte. Selon Larousse, les pratique désignent « l'application, l'exécution, la mise en action des règles, des principes d'une science, d'une technique, d'un art, par opposition à la théorie ». C'est le « fait de suivre une règle d'action, d'y conformer sa conduite. » Elles sont objectives ou subjectives mais constituent le principal indicateur de promotion de la santé [34–36].

2.1.4. Soins de maternité respectueux

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les soins de maternité respectueux comme étant des soins organisés et fournis à toutes les femmes de façon à préserver leur dignité, leur intimité et la confidentialité, à garantir leur

protection contre la souffrance et les mauvais traitements, et à permettre des choix éclairés ainsi que le soutien continu pendant le travail et l'accouchement [18]. Ils donnent la priorité à l'autonomie et aux droits des femmes tout au long du parcours de l'accouchement et appelle à l'organisation et à la gestion des systèmes de santé de manière à placer le respect des droits humains des femmes au premier plan de leurs soins [37].

2.1.5. Violences obstétricales

Encore désignées sous les termes « mauvais traitements », « maltraitance obstétricale », « traitements irrespectueux », les violences obstétricales désignent selon le Haut Conseil à l'Egalité entre les femmes et les hommes (HCE), l'ensemble « 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) [5,19,38,39] ».

Elles peuvent provenir des professionnels de la santé voire du système de santé [5,19,38,39].

2.1.6. Professionnel de santé

La loi N°2020-37 du 03 février 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Bénin définit le professionnel de la santé comme « 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 sages-femmes, des dentistes, des psychologues, des psychiatres, des pharmaciens et d'autres professions en rapport avec la santé [40]. »

2.2. Les soins de maternité respectueux

2.2.1. Historique des soins de maternité respectueux

2.2.1.1. Naissance

Le mouvement pour les soins de maternité respectueux a vu le jour en 2010 suite à la reconnaissance que plusieurs femmes dans le monde font l'expérience de manque de respect, d'abandon et de mauvais traitements au moment de l'accouchement dans les structures de santé [41]. Cette reconnaissance est le fruit des efforts de Bowser et Hill qui ont réalisé à l'échelle mondiale en 2010, à travers le projet Translating Research into Action (TRAction) financé par l'USAID, une analyse historique du paysage du manque de respect et des abus dont sont victimes les femmes dans les établissements au moment de l'accouchement. A travers leurs travaux, elles ont examiné les preuves liées à la définition, la portée, les contributeurs et l'impact du manque de respect et des abus lors de l'accouchement [26].

Au terme de l'étude, sept catégories de manque de respect ont été identifiées : la violence physique, les soins cliniques non consentis, les soins non confidentiels, les soins non dignes (y compris la violence verbale), la discrimination basée sur un patient spécifique, l'abandon des soins et la détention dans les établissements. Au cours du travail et de l'accouchement, ces catégories de maltraitances peuvent se chevaucher et les manifestations de manque de respect et d'abus peuvent être contenues dans plusieurs catégories[26].

2.2.1.2. Internationalisation des soins de maternité respectueux

En Octobre 2011, s'inspirant de la catégorisation des violences obstétricales issue des travaux de Bowser et Hill, la White Ribbon Alliance (WRA) a mené une initiative multisectorielle en collaboration avec un groupe multipartite possédant une expertise reliant les perspectives de recherche, d'éducation, cliniques, de

droits de l'homme et de plaidoyer pour produire un document de consensus intitulé « La Charte des soins de maternité respectueux : les droits universels des femmes en âge de procréer [42] ». Cette charte vise principalement à sensibiliser aux droits des femmes enceintes et des nouveau-nés tels qu'ils sont reconnus dans les déclarations internationales des droits de la personne [17].

Catégorie de manque de respect et d'abus	**Droit correspondant**
1. Violence physique	**Absence de danger et de mauvais traitements**
2. Soins non consentis	**Droit à l'information, consentement éclairé et refus et le respect des choix et des choix et des préférences, y compris le droit à une compagnie de choix dans la mesure du possible**
3. Soins non confidentiels	**Confidentialité, vie privée**
4. Soins non dignes	**Dignité, respect**
5. Discrimination basée sur des attributs spécifiques	**Egalité, absence de discrimination, soins équitables**
6. Abandon ou refus de soins	**Droit à des soins de santé en temps opportun et aux soins les plus élevés du niveau de santé réalisable**
7. Détention dans des établissements	**Liberté, autonomie, autodétermination et liberté de la contrainte**

Figure 2 : Catégories de manque de respect et d'abus et les droits correspondants [42]

C'est ainsi que depuis lors, des publications se sont multipliés à travers le monde sur les SMR. La transformation des valeurs et attitudes des professionnels de la santé, le développement de leurs compétences en communication, la mise en œuvre d'équipe d'amélioration des conditions de travail des professionnels constituent le point central de formation des interventions adoptant l'approche des SMR [15].

En 2014, l'OMS a publié une déclaration appelant à la prévention et à l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors des accouchements dans les établissements de soins. Dans cette déclaration, on pouvait lire : « 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]. »

En 2015, l'OMS publia un cadre de référence de la qualité des soins pour la santé maternelle et néonatale qui décrit huit (08) ‘‘normes’’ aspirationnelles de soins de qualité pour la mère et le nouveau-né, dont trois (03) se rapportent directement au vécu des soins faisant la promotion des soins maternels respectueux : la communication efficace, le respect et la dignité et le soutien émotionnel [37].

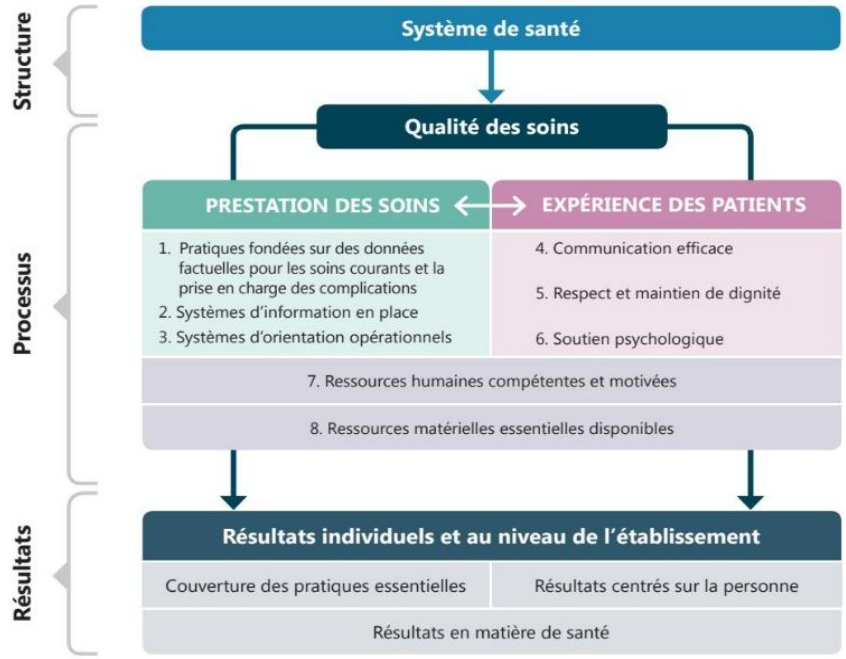


Figure 3 : Cadre de référence de l'OMS pour la qualité des soins maternels et néonatals [37]

En 2018, l'OMS renforce sa position vis-à-vis de l'importance centrale des SMR pour les femmes et les nouveaux nés à travers ses recommandations sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement. Dans ces recommandations, elle propose différentes actions essentielles pour garantir des services de soins respectueux et non-violents aux femmes lors de leur prise en charge obstétricale [18].

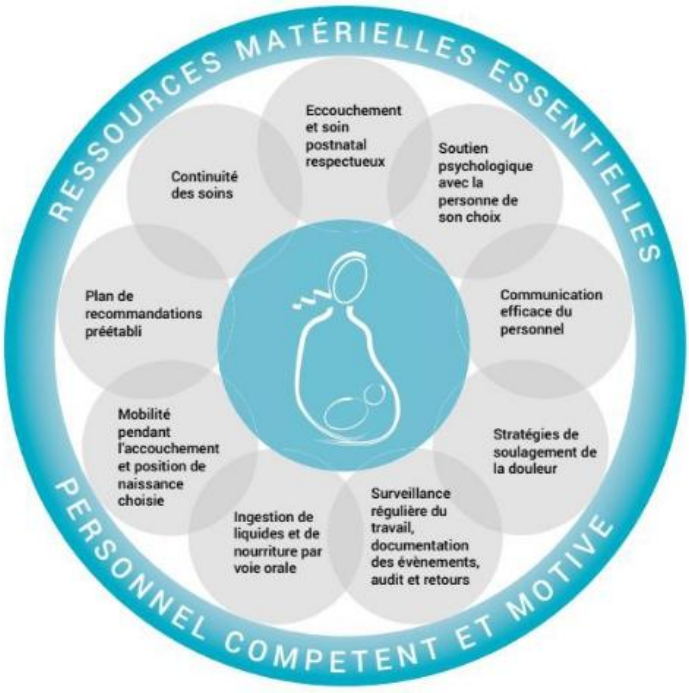


Figure 4 : Infographie des recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [18]

Depuis Mars 2020, des directives ont été mise en place pour fournir aux parties prenantes des pays et au personnel du programme USAID pour la suivie de la mère et de l'enfant, un processus flexible pour guider la conception, la mise en œuvre et le suivi des efforts visant à renforcer les SMR et à éliminer les mauvais traitements [18].

2.2.2. Cadre éthique pour des soins de maternité respectueux pendant la grossesse et l'accouchement

C'est l'un des sous-composantes de la charte des droits pour l'accouchement élaborée par des organisations professionnelles d'obstétrique et de gynécologie dirigées par la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique et d'autres organisations nationales et internationales [43].

Il comprend quatre (04) principes qui régissent chaque décision des professionnels de la santé durant l'accouchement [43] :

- **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.

2.2.3. Contenu des soins de maternité respectueux

Elaborée en Octobre 2011 et inspirée des catégories de manque de respect et d'abus identifiées par Bowser et Hill (2010), la charte pour des soins maternels respectueux comprend sept (07) droits des femmes enceintes [42].

1. **Droit à l'absence de préjudices et de mauvais traitements**

Ce droit est en rapport avec la violence physique que subissent les femmes pendant l'accouchement. Au plan juridique, la violence physique est définie comme la maltraitance physique ou mentale d'une personne entrainant des blessures mentales/physiques/émotionnelles/sexuelles. Il s'agit de tous les gestes portant atteinte à l'intégrité physique de la femme, qu'ils laissent des cicatrices physiques ou non. A titre d'exemple, on peut citer : pincer, gifler, pousser, battre, réaliser une épisiotomie par piqure sans anesthésie, les viols ou attouchements inappropriés lors de l'examen (organes génitaux/cuisses) [42,44].

Les professionnels doivent ainsi s'efforcer de prendre en charge les femmes sans causer de dommages physiques au cours des procédures. Les femmes doivent être à l'abri des blessures émotionnelles, physiques et sexuelles [42,44].

2. Droit à l'information, au consentement éclairé et au refus, et au respect des choix et des préférences, y compris le droit à une compagnie de choix dans la mesure du possible

Il s'agit d'un droit qui traite des soins non consentis. Juridiquement, les soins non consentis désignent l'ensemble des actes médicaux effectués sans le consentement du client et sans la pleine connaissance des risques encourus. Mieux, les soins non consentis sont une « violation de propriété » sur le corps du client pouvant constituer une action en justice. On peut citer comme exemple la ligature des trompes ou l'hystérectomie sans aucune explication de la procédure au préalable ou sans explication complète et éclairée [42,44].

Le personnel doit ainsi prendre le temps d'expliquer à la femme enceinte : les procédures, le diagnostic, les progrès, les résultats et les options thérapeutiques. Les informations doivent être donnée de manière ouverte et conviviale et les femmes doivent être encouragées à poser des questions. Les préférences des

femmes, le choix de leur position d'accouchement, le consentement des femmes avant tout examen ou traitement doivent être respectés [42,44].

3. Droit à la vie privée et à la confidentialité

Il vient pallier au manque de confidentialité observé dans la prise en charge des femmes en milieu de soins. Au sens juridique, l'absence de confidentialité est le fait de partager la santé d'un patient et d'autres informations personnelles sans l'accord du patient. Il s'agit de toute divulgation des détails personnels ou médicaux de la femme qui pourraient être vus ou entendus par l'entourage y compris le manque d'intimité lors des examens physiques. Citons à titre d'exemple : demander ou fournir des informations à la patiente en présence d'autres personnes, conserver les informations de la patiente de manière à ce qu'elles puissent être évaluées par des tiers pour des raisons autre que des prestations de soins, examiner la patiente dans un lieu à découvert [42,44].

Pour le personnel médical de la salle d'accouchement, c'est un impératif de respecter la vie privée et la confidentialité des femmes et ceci passe par : une anamnèse et un examen physique effectué dans la plus grande intimité possible avec l'utilisation de rideaux et de paravents ; un examen et des soins derrière des écrans ; une absence de discussion et de divulgation des informations sur les patientes à des fins autre que les soins de santé [42,44].

4. Droit à la dignité et au respect

Ce droit fait référence aux traitements indignes dont sont victimes les femmes enceintes. Selon la loi, l'indignité est l'action de soumettre une personne à un traitement humiliant, inhumain et dégradant dans le but de blesser ses sentiments et ses émotions en tant qu'êtres humains. Plus précisément, il s'agit des propos désobligeants ou non professionnels qui sont dits à la femme et/ ou gestes/ soins

qui traduisent une humiliation, une violence verbale. A titre d'exemple, on peut citer : le fait de proférer des menaces contre une patiente, le défaut de fournir des services en raison de valeurs personnelles ; le manque d'explication des services offerts, l'absence de choix du sexe du prestataire ; les expositions inutiles du corps, non hygiéniques ; les mauvaises conditions offertes aux patientes (partage du lit, pas de changement de linges, bébés partageant des couveuses), les femmes invitées à nettoyer les canapés d'accouchement/ toilettes et salle de bains sales [42,44].

Avec ce droit des patientes, le personnel médical doit avoir une attitude irréprochable et respectueuse envers elles. Il doit être poli et utiliser un langage et des gestes appropriés pour communiquer avec les patientes [42,44].

5. Droit à l'égalité, à l'absence de discrimination et à un traitement équitable

Il vise à éradiquer toute forme de discrimination, tout écart de conduite observés dans la prise en charge des patients et basés sur des attributs spécifiques. Les traitements doivent être administrés et la prise en charge doit être faite sans distinction de sexe, de race, de tribu, de l'âge, de la tenue vestimentaire, de la nationalité, de la religion, du statut social ou du statut médical. Les mauvais traitements administrés aux femmes issus des groupes vulnérables (adolescentes, femmes porteuses du VIH, femmes âgées …) et/ou administrés de façon non équitable dû à une ou des caractéristiques de la femme en question (croyances religieuses, antécédant d'IVG (interruption involontaire de grossesse) …), le refus de services de santé aux femmes en raison du manque d'argent, de la pauvreté, sont tant de situations que vivent les femmes au moment de l'accouchement et que ce droit vise à y remédier [42,44].

Il est important que le personnel fournisse tous les services requis de manière égale à toutes les femmes sans choix [42,44].

6. Droit aux soins de santé en temps opportun et aux soins les plus élevés du niveau santé réalisables.

Chaque femme doit avoir accès à une assistance qualifiée pendant l'accouchement. Le refus de rendre des soins médicaux ou chirurgicaux ou tout autre traitement, la négligence au point de mettre en danger la vie humaine ou d'être susceptible de causer un préjudice, une blessure, la mort, doivent désormais disparaitre du milieu des services de santé. Le retard dans la réception des soins après qu'une décision ait été prise, par exemple de réaliser une césarienne, les épisiotomies non réparées à temps, la lenteur dans le travail, défaut de fourniture des soins adéquats même si elles sont disponibles, le défaut d'examiner les parturientes conformément aux directives nationales, même en cas de disponibilité des ressources, la négligence pendant et après l'accouchement sont quelques exemples de ce que vivent les femmes dans les services de soins [42,44].

7. Droit à la liberté, à l'autonomie, à l'autodétermination et à l'absence de coercition

Ce droit fait allusion à la retenue dont sont victimes les femmes dans les services de santé. Il s'agit du fait de maintenir une personne en garde à vue, en détention ou en détention obligatoire dans un établissement médical pour des raisons d'échecs d'un règlement médical (factures …) surtout dans les centres privés. Les faits les plus courants sont le refus d'octroyer l'exeat ou détenir le nouveau-né afin d'obliger la femme à s'acquitter des couts liés aux soins reçus, la rétention de la mère dans l'établissement de soin si son bébé est malade alors que son bien-être n'est pas pris en charge [42,44].

Droit indispensable à l'épanouissement des familles, les déterminants sus-cités qui handicapent son application doivent être fondés sur des principes d'équité, garantissant que ces services qu'ils soient fournis par le secteur privé ou public, soient abordables pour tous, y compris les groupes socialement défavorisés [42,44].



Figure 5 : Contenu des SMR selon la charte des SMR [44]

2.2.4. Aspects juridiques des SMR

2.2.4.1. Au niveau international

La charte pour les soins maternels respectueux inspirée des catégories de manque de respect et d'abus identifiées par Bowser et Hill (2010) est fondée sur des instruments internationaux ou multinationaux relatifs aux droits de l'homme [42], notamment :

- la déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, article 25 ;
- la déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme,1997, article 4 ;
- le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- le pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), article 7 ;
- la convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dite « convention CEDEF », 1979 ;
- la déclaration pour l'élimination de la violence à l'égard des femmes, 1994, article 1 ;
- la charte de le Fédération internationale pour la planification sur les droits sexuels et reproductifs, 1996, article 12 ;
- le rapport du Haut-commissariat des Nations Unies pour les droits de l'homme sur la mortalité et la morbidité, les maladies maternelles évitables et les droits de l'homme, 2010 ;
- la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Pékin 1995.

Cependant, aucune disposition pénale n'a été définie pour les cas de non-respect de ces droits.

2.2.4.2. Au niveau national

Il n'existe pas au Bénin de loi spécifique traitant du non-respect des soins de maternité respectueux. Cependant, certains textes abordent des aspects pertinents des violences obstétricales.

On peut citer entre autres :

- Le code de déontologie des médecins [45];
- La loi n°2011-26 du 09 janvier 2012 portant prévention et répression des violences faites aux femmes [46] aborde certains aspects de la violence

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

Figure 6 : 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

- La loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin offre un cadre juridique général grâce aux articles regroupés dans les encadrés 3 et 4[47];

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 ».

Figure 7 : Articles abordant des aspects de la violence obstétricales dans la loi n°2018-16 du 04 juin 2018 portant code pénal du Bénin (début)

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 ».

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 ».

Figure 8 : 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)

- La loi n°2020-37 du 03 février 2021 relative à la protection de la santé des personnes au Bénin 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 4 et 5).

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 ».

Article 16 : « Le professionnel qui refuse d'administrer des soins à un patient en situation d'urgence est passible de sanctions pénales ».

Figure 9 : 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)

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 ».

Figure 10 : 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)

2.2.5. Epidémiologie des soins de maternité respectueux

2.2.5.1. Fréquence des soins de maternité respectueux

Depuis la publication en 2011 par la WRA de la charte pour des SMR appuyée en 2014 par la déclaration de l'OMS appelant à la prévention et à l'élimination des violences obstétricales, de nombreuses études se sont intéressées aux respects des droits des femmes au cours de l'accouchement. Elles ont étudié la prévalence des SMR à l'échelle mondiale. Le tableau II ci-dessous récapitule la fréquence variable des soins de maternité respectueux dans le monde.

Tableau I : Fréquence des soins de maternité respectueux dans le monde

Auteurs	Année de publication	Pays	Fréquence (%)
Bohren et al. [48]	2019	Ghana, Guinée, Myanmar, Nigéria	58,4
Vedam et al. [28]	2019	États-Unis D'Amérique	82,7
Pathak et al. [49]	2020	Népal	84,7
Ferede et al. [50]	2021	Ethiopie	39,4
Hajizadeh et al. [4]	2021	Iran	25,3
Dwekat et al. [51]	2022	Palestine	2,2
Atade et al. [52]	2022	Bénin	53,74
Usso et al. [27]	2023	Ethiopie	23,0

L'existence de ces chiffres permet de confirmer que la charte pour des soins maternels respectueux n'est pas encore respectée partout dans le monde.

Cependant il est impossible en l'état actuel des choses de déterminer la prévalence globale des SMR dans le monde devant l'absence de consensus sur la définition et la terminologie des actes de violence obstétricale et l'inexistante d'une méthodologie d'évaluation universelle [26,53].

2.2.5.2. Manifestations des violences obstétricales

En nous basant sur le les catégories de violences obstétricales pendant l'accouchement identifiées par Bowser et Hill desquelles sont inspirées la charte pour des SMR proposée par la WRA, les différentes formes de violences obstétricales retrouvées dans la littérature sont présentées dans le tableau ci-dessous.

Tableau II : Manifestations des violences obstétricales dans le monde

Types de violence obstétricale	**Bohren et al.** [48]	**Nawab et al.** [54]	**Vedam et al.** [28]	**Pathak et al.** [49]	**Dwekat et al.** [51]	**Atade et al.** [52]	**Usso et al.** [27]
Violence physique	14,0 %	5,9%	1,3 %	18,7%	76,6%	88,44 %	26,8%
Soins non consentis	75,1 %	71,1%	-	28,0%	75,8%	-	48,9%
Soins non confidentiels	37,4 %	62,3%	5,5 %	-	-	-	47,5
Soins non dignes	37,8 %	9,2%	15,1 %	30,0%	24,5%	94,8 %	25,5 %
Discrimination et Stigmatisation	-	3,9%	-	-	11,9%	-	5,5%
Abandon ou refus de soins	-	10,2%	7,8 %	22,7%	88,5%	38,73	10,0%
Détention	5 %	3,3%	-	-	-	-	2,5%

2.2.6. Conséquences du non-respect des SMR sur la santé des femmes

Les attitudes et les comportements des professionnels de la santé influent de manière positive ou négative la qualité et l'expérience de soins des femmes. Les mauvais traitements et abus que subissent les femmes au cours de l'accouchement dans les structures de soins constituent pour les femmes une expérience négative dans l'un des moments les plus vulnérables de leurs vies [55]. Cette expérience peut avoir de lourdes conséquences sur la santé de la femme tant sur le plan physique et psychologique que sur le plan sexuel.

En effet, sur le plan de la santé physique, d'une part, ayant subi une violence obstétricale dans une structure de santé, la femme se retrouve dans une insatisfaction et perd toute confiance en le système de santé [19,56]. Ceci peut entrainer à l'avenir un retard dans la recherche des soins hospitaliers avec un privilège accordé aux soins et accouchements à domicile sans professionnel de santé qualifié et par conséquent, une exposition à un risque élevé de morbidité ou de mortalité [57]. D'autre part, la pratique de certaines interventions médicales sans indications peut entrainer chez la femme de graves complications telles qu'une rupture utérine, des lacérations périnéales, des blessures du sphincter anal ou un prolapsus utérin [58].

Sur le plan de la santé psychologique, la violence obstétricale peut entrainer chez la femme de lourdes conséquences allant d'un syndrome de stress post-traumatique à une dépression post-traumatique (DPP) [59]. Selon une méta-analyse réalisée par Zhang et al, l'existence d'au moins un type de violence obstétricale augmente de 2,04 fois le risque pour une femme de développer une dépression dans le post-partum [60]. Aussi, une étude menée auprès des femmes iraniennes en post partum retrouvait une incidence plus élevée du syndrome de

stress post-traumatique (SSPT) chez les femmes ayant été victimes de violences obstétricales [61].

En ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive, chez les femmes ayant subi une expérience négative au cours de l'accouchement se déclenche une peur d'enfanter ou d'accoucher par voie basse à l'avenir [62]. Cela impacte ainsi leur volonté d'avoir à nouveau des enfants et leurs manières de percevoir et de respecter leur corps affectant ainsi leur vie sexuelle [62].

3. CADRE ET METHODE D'ETUDE

3.1. Cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée de façon simultanée au Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) et au Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL). 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 CNHU-HKM, nous avons choisi la Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) ;
- au CHU-MEL, nous avons choisi le service de Gynécologie-Obstétrique.

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

3.1.1.1. 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 ;
- le département administratif.

S'agissant des structures connexes, il s'agit de :

- La pharmacie,
- La banque de sang,
- L'antenne Départementale Atlantique/Littoral de l'Agence Nationale pour la Transfusion Sanguine (ANTS),
- Le Service de Rééducation et de Réadaptation fonctionnelle,
- La cuisine et
- La morgue.

3.1.1.2. 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 un (01) médecins gynécologue-obstétriciens de consultation, quatorze (14) sages-femmes, trois (03) aide-soignant(e)s, des médecins en année de spécialisation, des étudiants en médecine générale et des étudiantes sages-femmes.

- **Secteur technique**

Le secteur technique comprend la réception des urgences, une salle de surveillance préopératoire, les salles de dilatation, une salle d'accouchement, trois (03) blocs opératoires dont un (01) non fonctionnel, une salle de dystocie 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) sages-femmes et quatre (04) aides soignant(e)s. Ils sont aidés dans leur tâche par les médecins en étude de spécialisation et les étudiantes sages-femmes 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 sages-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) sages-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. Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou

3.1.2.1. 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 dédié 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.

3.1.2.2. 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) sages-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) sages-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 » 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) sages-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.

- **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 sages-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) sages-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) sages-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.

3.2. Méthode d'étude

3.2.1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et évaluative avec une collecte de données prospective.

3.2.2. Période d'étude

L'étude s'est déroulée sur une période de trois (03) mois allant du 12 Juillet au 06 Octobre 2024.

3.2.3. Population d'étude

La population d'étude était constituée de deux groupes :

- Le personnel exerçant dans la salle d'accouchement de la CUGO ou du CHU-MEL durant la période d'étude
- Les femmes ayant consulté à la CUGO et au CHU-MEL durant la période d'étude.

3.2.4. Critères d'éligibilité

3.2.4.1. Critères d'inclusion

- Pour les professionnels de la santé
    - Etre sage-femme ou gynéco-obstétricien exerçant dans la salle d'accouchement de la CUGO ou du CHU-MEL durant la période d'étude
    - Avoir donné son consentement libre et éclairé
- Pour les patientes

- Etre en travail d'accouchement à la CUGO ou au CHU-MEL pendant la période d'étude
- Avoir donné son consentement libre et éclairé (pour les plus de 18 ans) ou par un tuteur légal (pour les moins de 18 ans)

3.2.4.2. *Critères* d'exclusion

Ont été exclus de notre étude :

- Les sages-femmes, les médecins gynéco-obstétriciens ainsi que toute femme ayant retiré son consentement au cours de l'entretien quel qu'en soit la raison
- Les praticiens hospitalo-universitaires ;
- Toute femme présentant un handicap empêchant l'entretien.

3.2.5. Echantillonnage

3.2.5.1. Méthode et techniques de l'échantillonnage

Il s'agissait d'une méthode d'échantillonnage non probabiliste avec une technique de choix par commodité de tous les sages-femmes, médecins gynéco-obstétricien et parturientes répondant aux critères d'inclusion.

3.2.5.2. Taille de l'échantillon

Vu la méthode d'échantillonnage, le calcul de la taille de l'échantillon n'a pas été effectué. Nous avons procédé à un recrutement exhaustif des professionnels de la santé et des parturientes durant la période d'étude.

3.2.6. Variables

3.2.6.1. Variables dépendantes

Les variables dépendantes de l'étude étaient :

- les soins de maternité respectueux selon deux aspects : la connaissance et la pratique des professionnels de la santé ; et
- le vécu des patientes

La connaissance et la pratique des sages-femmes et des médecins gynéco-obstétricien en matière de soins de maternité respectueux ont été évaluées suivant les sept (7) droits de maternité respectueux :

- droit à l'absence de dommages et de mauvais traitements (y compris les abus et le retrait ou le déni de traitement)
- droit au consentement libre et éclairé / refus
- droit à la vie privée et à la confidentialité
- droit à la dignité et au respect
- droit à l'égalité et aux soins équitables
- droit aux soins de santé et au niveau de santé le plus élevé possible
- droit à la Liberté, à l'autonomie, à l'autodétermination et à la liberté de la coercition

3.2.6.2. Variables indépendantes

Elles sont regroupées en :

1. Facteurs liés à la parturiente

   -Caractéristiques socio-démographiques des parturientes : âge, statut professionnel, niveau de scolarisation, milieu de résidence ;

   -Ethnie,

   - Situation matrimoniale,

   -Appartenance religieuse.

   -Antécédents obstétricaux de la patiente (gestité, Parité) Statut HIV

-Historique d'utilisation des services de soins obstétricaux (lieu de suivi de la grossesse, nombre d'accouchement antérieur dans le service, nombre de CPN effectués dans le service)

2. Facteurs liés aux professionnels de la santé

-Age

-Sexe

-Nationalité

-Catégorie professionnelle

-Niveau d'étude

-Nombre d'années d'expérience

-Formation du personnel sur les SMR

3. Facteurs liés à l'admission et aux paramètres obstétricaux

-Mode d'admission

-Motif d'admission

-Mode d'accouchement

-Voie d'accouchement

-Type de prestataire ayant effectué l'accouchement

-Etat du nouveau-né

4. Facteurs liés à la formation sanitaire

-Plateau technique

-Disponibilité des ressources humaines

-Conditions de travail non favorables

Le modèle d'opérationnalisation de ces variables se présente comme suit :

Critères d'évaluation

Le niveau de connaissance a été quantifié et restitué en quatre niveaux (mauvais, insuffisant, moyen et bon) selon l'enquête CAP en recherche médicale de ESSI et al [34].

- Moins de 50% de bonnes réponses = Mauvais
- [50% - 65% [de bonnes réponses = Insuffisant
- [65% - 85% [de bonnes réponses = Moyen
- Entre 85% et plus de bonnes réponses = Bon

3.2.7. Collecte de données

3.2.7.1. 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.

3.2.7.2. Source de collecte

Les données ont été collectées directement auprès des professionnels de santé et des parturientes avec complément de certaines informations à travers les dossiers médicaux des patientes et le registre d'accouchement.

3.2.7.3. Technique et outils de collecte

L'appréciation des connaissances des professionnels de la santé a été réalisée à travers une entrevue structurée en mode face-à-face, avec saisie des réponses directement dans l'application KoboCollect. Quant à la pratique, elle a été évaluée par une observation directe, avec enregistrement des données dans une grille d'observation numérique via la même application.

L'exploration de documents (dossiers médicaux, registres d'accouchement, etc.) a également été réalisée à l'aide d'un formulaire numérique paramétré dans

KoboCollect. Tous les formulaires ont été pré-testés et validés pour garantir leur fiabilité et leur pertinence avant d'être utilisés sur le terrain.

Concernant les patientes, les informations ont été collectées lors d'entretiens directs, avec saisie numérique dans KoboCollect. Pour les patientes ne comprenant pas le français, et afin d'éviter les biais d'interprétation par les sages-femmes, un interprète a été sollicité parmi les membres de leur famille. Les données collectées ont ensuite été synchronisées et stockées de manière sécurisée sur la plateforme KoboToolbox, pour une gestion et une analyse ultérieure.

3.2.7.4. Déroulement de la collecte

Avant le démarrage de l'enquête, une autorisation de collecte auprès des responsables des deux hôpitaux CNHU-HKM et CHU-MEL a été demandée. Notre étude a été ensuite présentée au personnel avec l'obtention d'un consentement libre à y participer. Chaque professionnel de la santé a été interviewé individuellement pour recueillir des informations relatives à ses connaissances en matière de soins de maternité respectueux. L'interview a été réalisée dans la salle de garde en absence d'autres professionnels de la santé après la prise de garde et en dehors de toute urgence. Nous avons ensuite observé la pratique des professionnels de la santé en matière d'application des soins de maternité respectueux sur une durée de six (06) heures et nous nous sommes entretenues avec les patientes sur le déroulement de l'accouchement. Ceci se faisait au moins deux heures après la surveillance du post partum tant pour les accouchements en journée que la nuit. Cela permettait d'avoir une patiente plus calme et moins stressée.

3.2.8. Traitement et analyse des données

Les données collectées et enregistrées localement dans KoboCollect ont été exportées au format XLS (Excel) pour constituer la base de données. Celle-ci a

ensuite été nettoyée, et les incohérences détectées ont été corrigées. Les variables ont été codées afin de simplifier le processus d'analyse. Le traitement des textes a été réalisé à l'aide du logiciel Microsoft Word, version 2019, tandis que les tableaux et graphiques ont été élaborés à l'aide de Microsoft Excel, version 2019.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R, version 4.3.3. Les variables quantitatives ont été présentées soit sous forme de moyenne et d'écart-type, soit sous forme de médiane et d'intervalle interquartile, en fonction de la distribution observée. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectifs et proportions.

3.2.9. Aspects éthiques et réglementaires

Notre étude a démarré après l'autorisation accordée par des directeurs du CNHU-HKM et du CHU-MEL et sur avis favorable des chefs service de la CUGO 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

Quelques difficultés ont été rencontrées durant la mise en œuvre de cette étude. Certains professionnels de la santé n'ont pas pu trouver pour nous le temps nécessaire afin que nous puissions tenir avec eux l'entretien pour l'évaluation des connaissances suite à des occupations multiples ou la fatigue.

En ce qui concerne les femmes, la première difficulté a été celle liée à l'observation simultanée de plusieurs femmes. Ensuite, retrouver celles qui ont été observées pendant le travail ou l'accouchement en suite de couches étaient

parfois très laborieux non seulement déjà à cause de la durée de l'observation mais elles sont parfois rapidement envoyées vers les salles d'hospitalisations vue la limitation des places en suite de couches. Aussi la majorité des femmes refusaient de se faire enregistrer par crainte des représailles malgré l'assurance que nous les donnions sur la confidentialité et l'anonymat des données. La barrière linguistique a également été un facteur clé limitant l'entretien chez certaines patientes.

4. RESULTATS

4.1. Echantillon

Nous avons recensé au total 48 professionnels de santé et 104 parturientes dans les deux centres au cours de notre étude.

4.2. Professionnels de la santé

4.2.1. Caractéristiques socio-professionnelles

Tableau III : Caractéristiques socio-professionnelles des professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	Effectif (n= 48)	Pourcentage (%)
Classes d'âge (années)		
< 25	4	8,3
[25-35[	15	31,2
[35-45[	15	31,2
≥ 45	14	29,2
Sexe		
Féminin	38	79,2
Masculin	10	20,8
Catégorie professionnelle		
Médecin gynécologue	11	22,9
Sage-femme	37	77,1
Niveau d'études des sages-femmes		
BEPC+3	15	40,54
Licence	22	54,46
Expérience professionnelle (années)		
< 5	9	18,8
[5-10[	14	29,2
[10-20[	18	37,5
≥ 20	7	14,6

L'âge moyen des participants était de 38,1± 9,4 ans, avec des extrêmes allant de 22 à 61 ans. Les classes d'âge les plus représentées étaient celles de [25-35[ans et [35-45[ans, représentant chacune 31,2 % de l'échantillon.

La majorité des participants étaient de sexe féminin (79,2 %) avec un sexe ratio de 0,26 (masculin/féminin). En termes de catégorie professionnelle, 77,1 % des répondants étaient des sages-femmes, et 22,9 % des médecins gynéco-obstétriciens.

Parmi les sages-femmes, 59,46% avaient un niveau Licence et le reste (40,5%) un niveau BEPC+3. En ce qui concerne l'expérience professionnelle, la majorité des participants avait entre 10-20 ans d'expérience (Tableau III).

4.2.2. Source d'information et formation sur les SMR des professionnels de la santé

Tableau IV : Répartition des professionnels de la santé selon la source d'information et formation sur les SMR des professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	n = 48	%
Avez-vous déjà entendu parler des SMR ?		
Oui	45	93,8
Non	3	6,2
Avez-vous déjà reçu une formation sur les SMR ?		
Oui	35	72,9
Non	13	27,1
A quelle occasion avez-vous reçu la formation sur les SMR ?		
En formation initiale (école)	17	35,4
En formation continue	18	37,5

La majorité (93,8 %) des professionnels de la santé interrogés avait déjà entendu parler des soins de maternité respectueux. En ce qui concerne la formation sur les SMR, 72,9 % des participants avaient déjà reçu une formation.

Parmi ceux ayant suivi une formation sur les SMR, 35,4 % l'avaient reçue dans le cadre de leur formation initiale (école) et 37,5 % lors de formations continues (Tableau IV).

4.2.3. Défis rencontrés par les professionnels de la santé dans la mise en œuvre des principes de la charte pour des soins de maternité respectueux

Tableau V : Défis rencontrés dans la mise en œuvre des principes de la charte des SMR par les professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	n = 48	%
Insuffisance du plateau technique		
Oui	16	33,3
Non	32	66,7
Comportement irrespectueux de certaines femmes		
Oui	21	43,8
Non	27	56,2
Insuffisance de ressources matérielles et humaines pour fournir des soins individualisés et attentionnés		
Oui	35	72,9
Non	13	27,1
Formation insuffisante du personnel sur les SMR		
Oui	31	64,6
Non	17	35,4
Limitations financières des patientes		
Oui	17	35,4
Non	31	64,6

72,9 % des professionnels de santé interrogés ont rapporté une insuffisance des ressources matérielles et humaines. Par ailleurs, 64,6 % des participants ont indiqué que la formation du personnel sur les SMR était insuffisante (Tableau V).

4.2.4. Connaissances des professionnels de la santé sur les SMR

Tableau VI : Connaissances des professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL sur les SMR en 2024 (Début)

	Connaissance	
	Bonne	**Mauvaise**
	n (%)	**n (%)**
Définition des SMR	42 (87,5)	6 (12,4)
Objectif principal des SMR	45 (93,8)	3 (6,3)
Charte de la WRA pour des SMR	28 (58,3)	20 (41,7)
Nombre de catégories de droits selon la charte de la WRA	11 (22,9)	37 (77,1)
Principes clés des SMR	38 (79,2)	10 (20,8)
Principe inclus dans la Charte de la WRA pour des SMR	44 (91,7)	4 (8,3)
Promotion de l'autonomie des femmes lors des soins maternels	47 (97,9)	1 (2,1)
Promotion de la participation active des femmes dans leurs soins maternels	46 (95,8)	2 (4,2)
Importance de la communication respectueuse dans les soins maternels	47 (97,9)	1 (2,1)
Principe des SMR mettant l'accent sur le respect de la vie privée des femmes pendant l'accouchement	41 (85,4)	7 (14,6)

Tableau VII : Connaissances chez les professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL sur les SMR en 2024 (Suite et fin)

	Connaissance	
	Bonne	**Mauvaise**
	n (%)	**n (%)**
Importance du respect du choix des femmes en matière de soins maternels	43 (89,6)	5 (10,4)
Principe répondant aux SMR	44 (91,7)	4 (8,3)
Non-discrimination dans les SMR	40 (83,3)	8 (16,7)
Rétention des femmes à l'hôpital par le personnel soignant	47 (97,9)	1 (2,1)
Effet de l'application des principes de la Charte de la WRA sur l'expérience de la naissance pour les femmes	47 (97,9)	1 (2,1)

87,5 % des professionnels de la santé ont identifié les SMR comme un modèle centré sur les besoins, les droits et la dignité des femmes, et 93,8 % en ont compris l'objectif principal. Concernant la Charte de la WRA pour des SMR, 58,3 % des répondants s'en disaient familiers, bien que 41,7 % n'aient pu nommer précisément le nombre de catégories de droits.

Les principes clés des SMR, comme la confidentialité, l'autonomie et le consentement éclairé, étaient connus de 79,2 % des participants, et 91,7 % reconnaissaient l'importance du respect de la dignité des femmes dans la charte. Par ailleurs, 97,9 % des répondants ont souligné la valeur d'une communication respectueuse dans la relation de soins.

Pour promouvoir l'autonomie et la participation active des femmes, 97,9 % des professionnels ont estimé essentiel d'informer les patientes sur leurs droits et

options de soins, tandis que 95,8 % considéraient indispensable de leur fournir des informations complètes pour une prise en charge éclairée.

Enfin, 97,9 % des participants ont affirmé que l'application des principes de la Charte de la WRA favorise une expérience de naissance positive et respectueuse, et 83,3 % ont bien intégré le concept de non-discrimination, soulignant l'importance d'un traitement égal pour toutes les femmes (Tableau VII et VII).

4.2.5. Niveaux de connaissances sur les SMR des professionnels de la santé

4.2.5.1. Niveaux de connaissances des médecins gynéco-obstétriciens selon l'ancienneté

La figure 11 illustre la distribution des niveaux de connaissance des médecins gynéco-obstétriciens en matière de SMR :

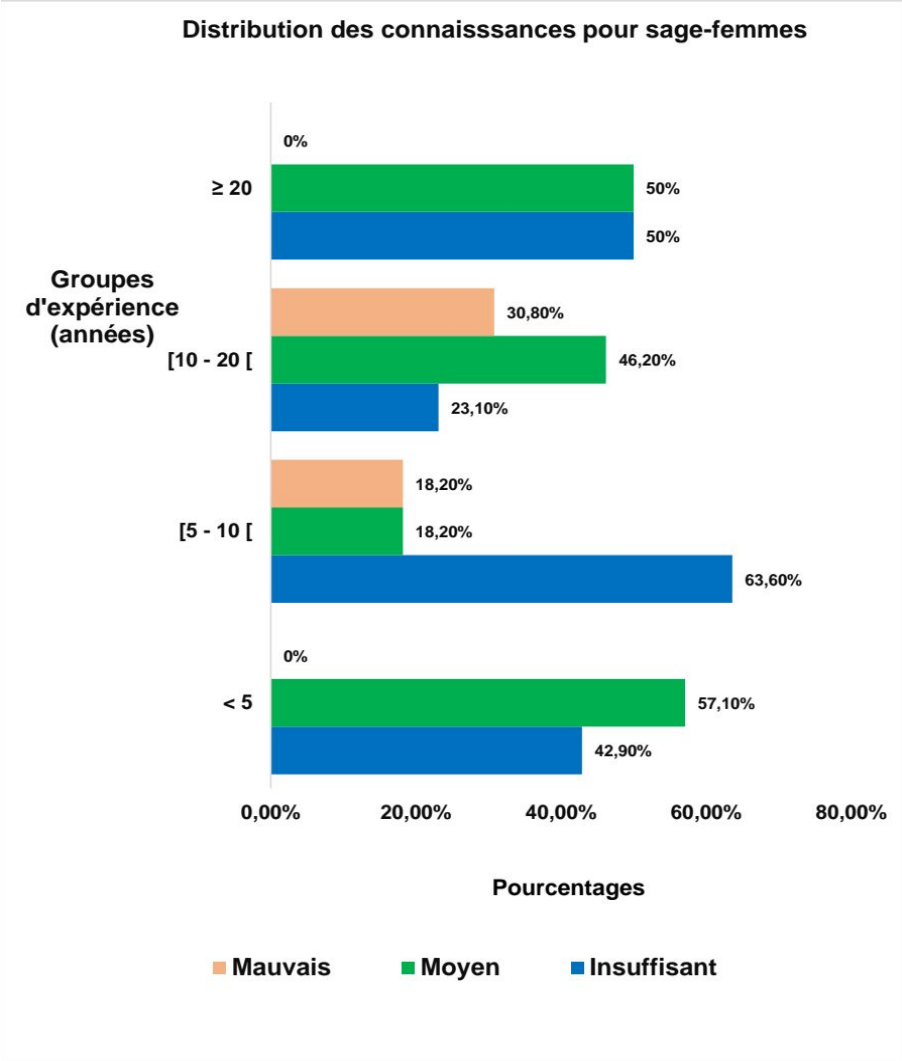


Figure 11 : Répartition des niveaux de connaissances sur les SMR par années d'expérience des médecins gynécologues enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

Dans le groupe [10-20[années d'expérience, 60 % des médecins avaient un niveau de connaissance insuffisant. Les praticiens ayant moins de 5 ans d'expérience présentaient tous un niveau insuffisant. En revanche, tous les médecins ayant 20 ans d'expérience ou plus possédaient un niveau moyen de connaissances.

4.2.5.2. Niveaux de connaissances des sages-femmes selon l'ancienneté

La figure 12 illustre la distribution des niveaux de connaissance des sages-femmes en matière de SMR :

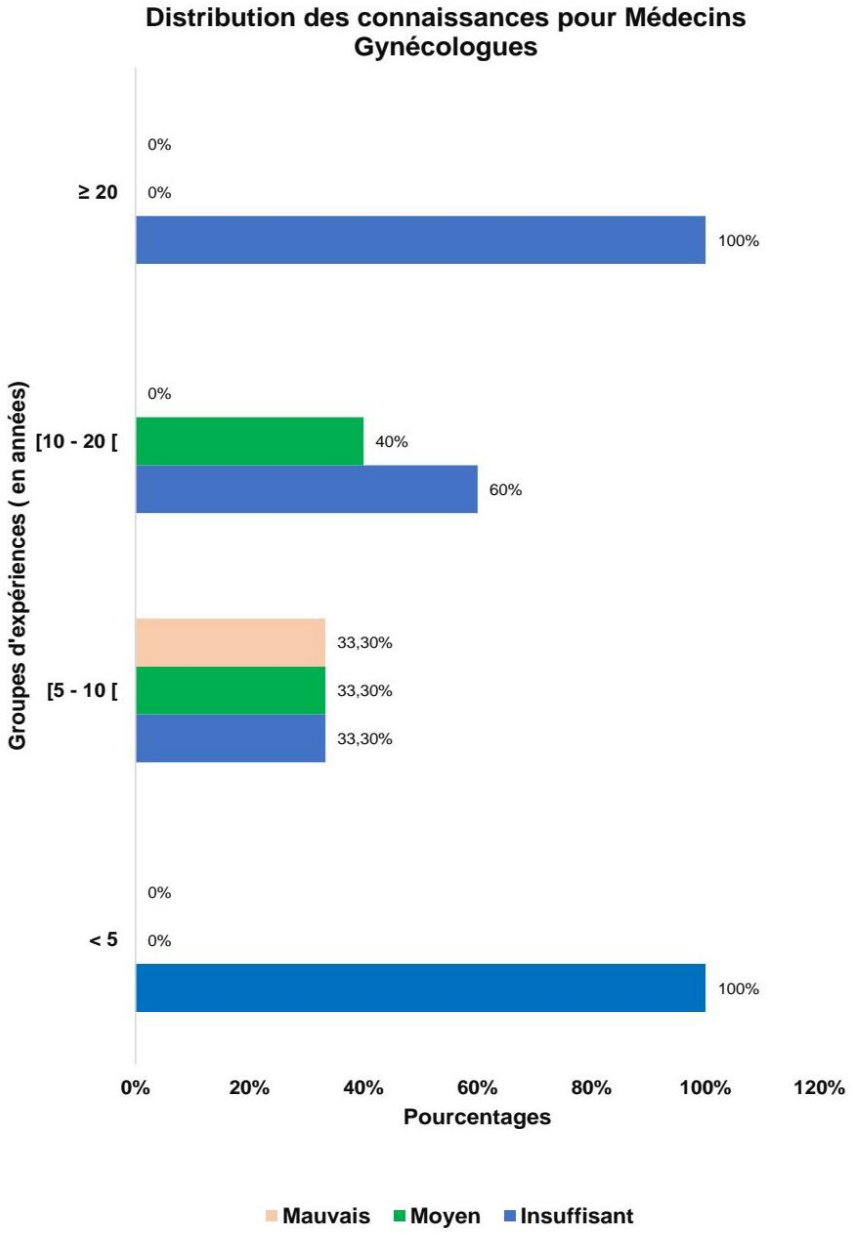


Figure 12 : Répartition des niveaux de connaissances sur les SMR par années d'expérience des sages-femmes enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

La figure montre que parmi les sages-femmes ayant entre 5 et 10 ans d'expérience, une majorité de 63,6 % possédait un niveau de connaissance insuffisant, tandis que 18,2 % avaient un niveau mauvais et 18,2 % un niveau moyen. Dans le groupe ayant moins de 5 ans d'expérience, 57,1 % des sages-femmes affichaient un niveau moyen de connaissances, mais 42,9 % restaient à un niveau insuffisant. Quant aux sages-femmes avec une expérience de 10 à 20 ans, 46,2 % avaient un niveau moyen, et 30,8 % un niveau mauvais, tandis que 23,1 % étaient insuffisantes. Enfin, dans le groupe de 20 ans et plus d'expérience, la répartition était équilibrée entre les niveaux insuffisant et moyen, chacun représentant 50 % des sages-femmes.

4.2.5.3. Niveaux globaux de connaissances des professionnels de santé

La figure 13 présente les niveaux globaux de connaissances des professionnels de santé concernant les SMR.

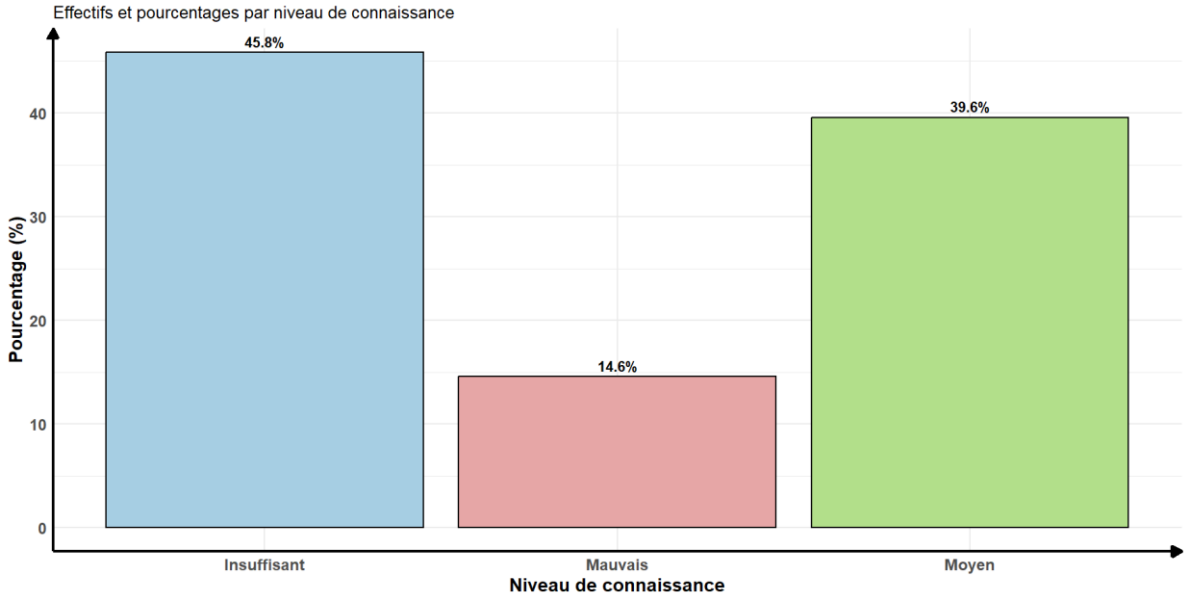


Figure 13 : Répartition des niveaux de connaissances global sur les SMR pour les professionnels de la santé enquêtés au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

Il ressort que 45,8 % des participants possédaient un niveau de connaissance insuffisant, constituant ainsi le groupe le plus important. En revanche, 39,6 % des professionnels affichaient un niveau moyen de connaissance, tandis que seulement 14,6 % avaient un niveau de connaissance jugé mauvais.

4.2.6. Pratique des soins de maternité respectueux par les professionnels de la santé

4.2.6.1. Manque de respect et abus observés dans les salles d'accouchement du CNHU-HKM et du CHU-MEL

Tableau VIII : Répartition des manques de respect ou abus observés dans les salles d'accouchement du CNHU-HKM et du CHU-MEL en 2024.

	Oui	Non
	n (%)	n (%)
Violences physiques		
Épisiotomie sans anesthésie	21 (20,2)	83 (79,8)
Déchirure réparée sans anesthésie	2 (1,9)	102 (98,1)
Soins non consentis		
Défaut d'informations sur les procédures de la prise en charge	1 (1,0)	103 (99,0)
Demande de préoccupations à la parturiente	12 (11,5)	92 (88,5)
Soins non confidentiel		
Informations sur la santé de la patiente discutées à portée de voix des autres patientes	15 (14,4)	89 (85,6)
Soins non dignes		
Salutation respectueuse de la patiente	3 (2,9)	101 (97,1)
Cris sur la patiente	7 (6,7)	97 (93,3)
Moquerie à la patiente (rire, nom insultant…)	1 (1,0)	103 (99,0)
Abandon ou refus de soins		
Refus d'avoir de personne de soutien pendant le travail et l'accouchement	104 (100,0)	0 (0,0)

Ce tableau révèle que toutes les patientes se sont vu refuser la présence d'une personne de soutien durant le travail et l'accouchement, constituant ainsi l'incident le plus fréquent. 20,2 % des patientes ont subi une épisiotomie sans anesthésie, tandis que 1,9 % ont eu une déchirure réparée sans anesthésie (violence physique). 11,5 % des femmes n'ont pas été questionnées sur leurs préoccupations (soins non consentis). 14,4 % des patientes ont vu leurs

informations médicales discutées à portée de voix d'autres patientes (soins non confidentiels) et 6,7 % des patientes ont été l'objet de cris de la part du personnel soignant (soins non dignes). Aucun acte de discrimination n'avait été observé au cours de notre étude (Tableau VIII).

4.2.6.2. Pratiques irrespectueuses par type de violence obstétricale

La figure 14 ci-dessous illustre la fréquence des pratiques irrespectueuses observées par type de violence obstétricales.

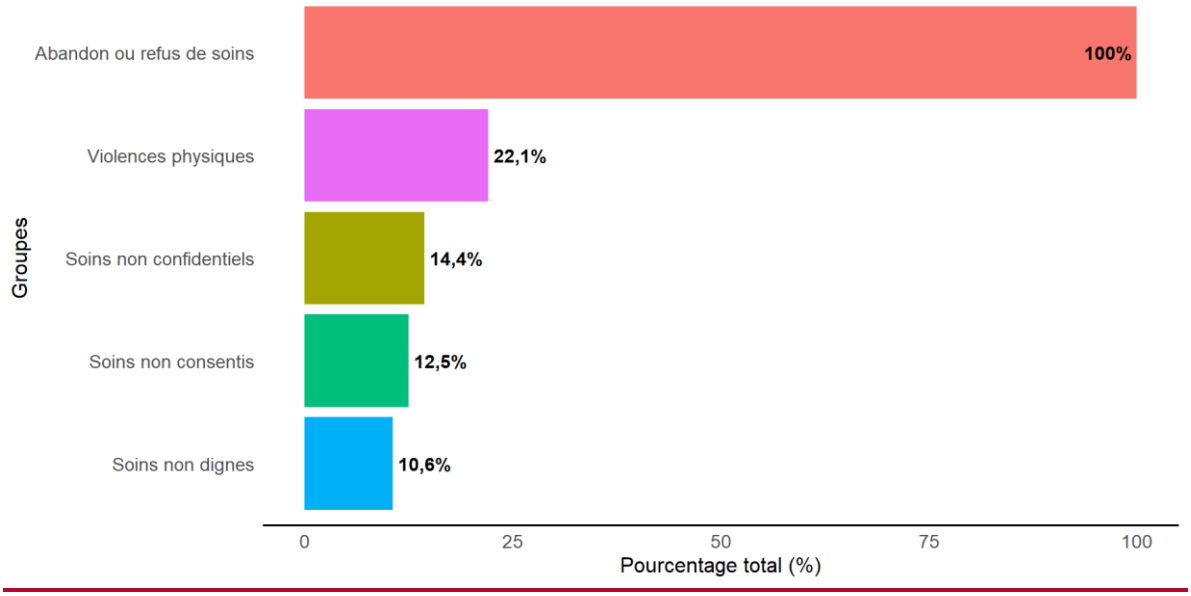


Figure 14 : Répartition des pratiques irrespectueuses des professionnels de la santé vis-à-vis des femmes par type de violences obstétricales au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

On note que 100 % des patientes ont subi un abandon ou un refus de soins, constituant ainsi la catégorie de pratiques inadéquates la plus importante. En comparaison, 22,1 % des patientes ont été victimes de violences physiques. Les soins non confidentiels et les soins non consentis touchent respectivement 14,4 % et 12,5 % des patientes, tandis que 10,6 % des pratiques relèvent de soins non dignes.

4.3. Parturientes

4.3.1. Caractéristiques socio- démographiques des patientes

Tableau IX : Age, résidence et niveau de scolarisation des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	n = 104	**%**
Classe d'âge		
[15-25[	37	35,6
[25-35[	49	47,1
≥ 35	18	17,3
Lieu de résidence		
Rural	97	93,3
Urbain	7	6,7
Niveau de scolarisation		
Maternel ou primaire	17	16,3
Non scolarisée	15	14,4
Secondaire	41	39,4

Tableau X : Statut matrimonial et professionnel des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	n = 104	**%**

Statut matrimonial		
Mariée ou concubinage	103	99,0
Veuve	1	1,0
Statut professionnel		
Commerçantes	25	24,0
Élèves/Étudiantes	5	4,8
Fonctionnaire Public/privé	26	25,0
Ménagères	4	3,8
Ouvrières/artisanes	39	37,5
Sans emploi	5	4,8

L'âge moyen était de 27,4 ± 6,4 ans (extrêmes : 15 à 42 ans). Les classes d'âge les plus représentées étaient celles de [15-25[ans (35,6 %) et [25-35[ans (47,1 %). La majorité des participantes résidaient en milieu rural (93,3 %).

Concernant le niveau de scolarisation, 39,4 % avaient un niveau secondaire et 29,8 % un niveau universitaire. La plupart des participantes étaient mariées ou en concubinage (99 %). Professionnellement, les ouvrières/artisanes représentaient 37,5 % des participantes, suivies des fonctionnaires (25 %) et des commerçantes (24 %) (Tableau IX et X).

4.3.2. Antécédents obstétricaux et historique d'utilisation du service de soins

Tableau XI : Antécédents obstétricaux et historique des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	n = 104	%
Gestité		
Primigeste (1)	37	35,6
Multigeste 2-3)	49	47,1
Grande multigeste (>3)	18	17,3
Parité		
Nullipare (0)	43	41,3
Primipare (1)	25	24
Multipare 2-3	24	23,1
Grande multipare	12	11,5
Nombre d'enfants vivants		
0	40	38,5
[1-3[	17	16,3
≥3	4	3,8
Statut HIV		
Positif	2	1,9
Négatif	102	98,1
Lieu de suivi de la grossesse		
CNHU	9	8,7
CHU-MEL	34	32,7
Autre	61	58,7

Tableau XII : Historique d'utilisation du service de soins des parturientes enquêtées au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

	n = 104	%

Nombre d'accouchements dans le service		
0	88	84,6
1	10	9,6
≥2	6	5,8
Nombre de visites prénatales dans le service		
< 4	24	23,1
[4-8[	72	69,2
≥ 8	8	7,7
Type de prestataire ayant effectué l'accouchement		
Médecin	5	4,8
Sage-femme	99	95,2
État de l'enfant à la naissance		
En bonne santé	94	90,4
Problèmes de santé	10	9,6
Mode d'accouchement		
Voie basse	98	94,2
Césarienne	6	5,8
Moment de l'accouchement		
Jour	50	48,1
Nuit	54	51,9
Référée vers le service		
Référée	54	51,9
Non référée	50	48,1

Dans notre étude, 47,1 % des femmes étaient multigestes et 41,3 % étaient nullipares. Concernant les enfants vivants, 38,5 % n'en avaient aucun. La quasi-totalité des participantes (98,1 %) étaient VIH-négatives.

En termes de suivi de grossesse, 58,7 % fréquentaient des centres autres que les cliniques privées ou les centres de santé publics. La majorité (69,2 %) avait

effectué entre 4 et 8 visites prénatales, et 84,6 % n'avaient jamais accouché dans le service.

Pour les accouchements, 95,2 % ont été assistés par des sages-femmes, 94,2 % se sont déroulés par voie basse, et 90,4 % des enfants étaient en bonne santé à la naissance. Ces accouchements étaient presque uniformément repartis sur les moments de la journée avec 48,1 % le jour et 51,9 % la nuit. Seulement 1,9 % des femmes de notre étude avait un statut rétroviral (HIV) positif (Tableau XI et XII).

4.3.3. Appréciation des femmes sur la qualité des soins maternels respectueux

4.3.3.1. Résultats quantitatifs

- **Appréciation des femmes sur la qualité des soins reçus**

Tableau XIII : Appréciation des femmes sur la qualité des soins de maternité reçus au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 (Début)

	n = 104	%

Attention portée à vos besoins et préférences pendant le travail et l'accouchement		
Excellente	36	34,6
Bonne	67	64,4
Moyenne	1	1
Informée de toutes les procédures médicales proposées avant qu'elles ne soient effectuées		
Oui, toujours	77	74
La plupart du temps	22	21,2
Rarement	3	2,9
Jamais	2	1,9
Sentiment d'écoute par l'équipe médicale pendant le processus d'accouchement		
Très écoutée	37	35,6
Écoutée	67	64,4
Respect de votre intimité pendant le travail et l'accouchement par les membres de l'équipe médicale		
Toujours	89	85,6
La plupart du temps	13	12,5
Rarement	2	1,9
Encouragée à choisir votre position d'accouchement		
Oui, totalement	75	72,1
Dans une certaine mesure	24	23,1
Pas vraiment	3	2,9
Non, pas du tout	2	1,9
Soutien émotionnel que vous avez reçu pendant le travail et l'accouchement		
Très bon	37	35,6
Bon	65	62,5
Moyen	2	1,9

Tableau XIV : Appréciation des femmes sur la qualité des soins de maternité reçus au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024 (Suite et fin)

	n =104	**%**

Physiquement ou verbalement agressé pendant votre travail d'accouchement ou au cours de l'accouchement		
Rarement	3	2,9
Jamais	101	97,1
Se sentir en confiance pour exprimer vos besoins et préoccupations à l'équipe médicale		
Oui, totalement	41	39,4
Dans une certaine mesure	62	59,6
Pas vraiment	1	1
Départ pour la maison retardé pour des raisons indépendantes de votre santé		
Oui, totalement	3	2,9
Pas vraiment	4	3,8
Non	97	93,3

Dans cette étude, 64,4 % des femmes ont estimé que l'attention portée à leurs besoins pendant l'accouchement était bonne, et 85,6 % ont indiqué que leur intimité était toujours respectée. La majorité (74 %) a affirmé avoir toujours été informée des procédures médicales avant leur exécution, et 72,1 % se sont senties encouragées à choisir leur position d'accouchement (Tableau XIII et XIV).

En termes de soutien, 62,5 % ont reçu un soutien émotionnel jugé bon, et 97,1 % n'ont jamais ressenti d'agression physique ou verbale.

➢ **Degré de satisfaction des femmes par rapport à leur prise en charge**

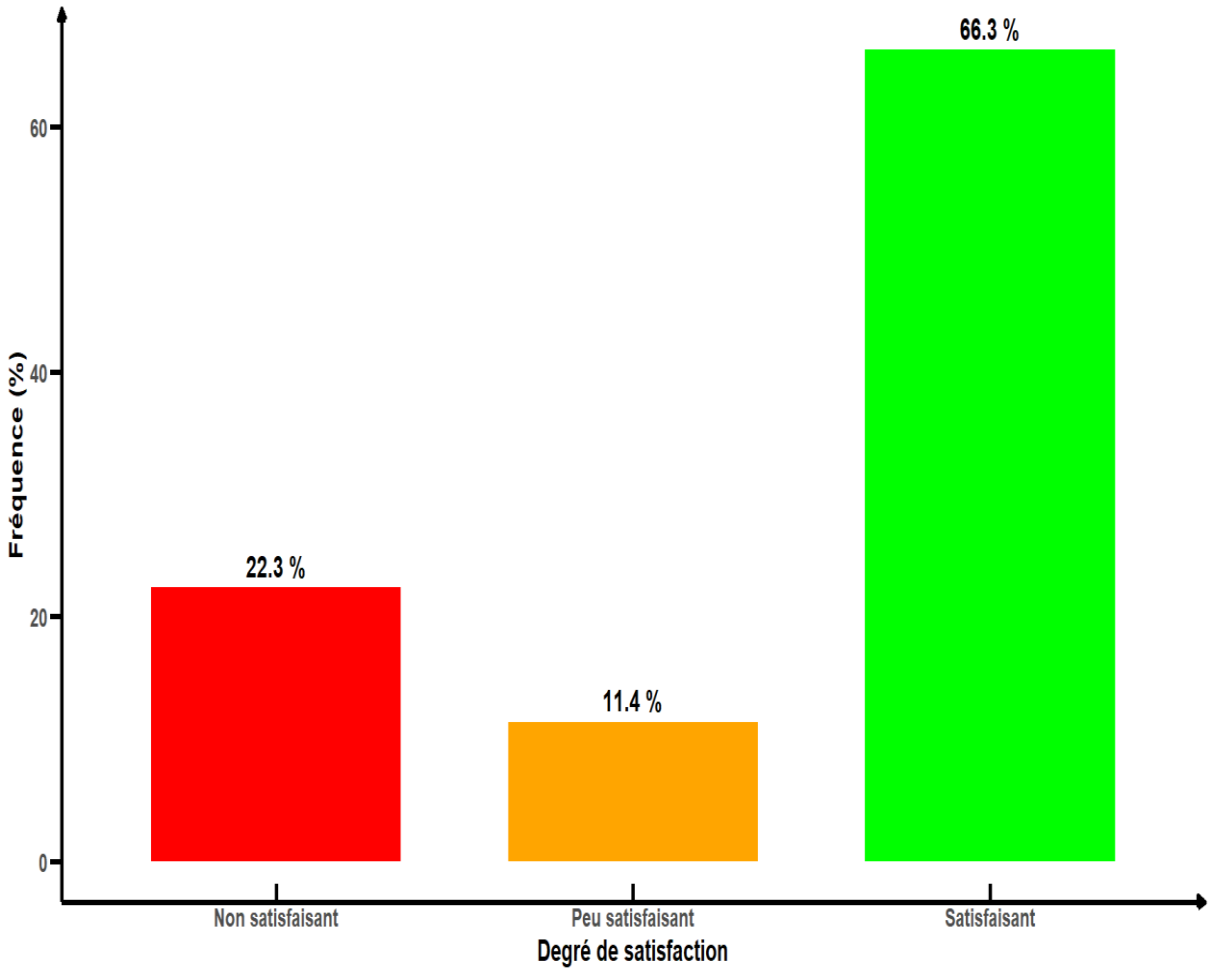


Figure 15 : Répartition des patientes enquêtées en fonction de leur satisfaction au CNHU-HKM et au CHU-MEL en 2024

De la figure 15 ci-dessus, nous notons que la majorité des patientes, soit 66,3 %, se déclarent satisfaites des soins reçus.

4.3.3.2. Résultats qualitatifs

➢ **Propos des femmes recueillis au CNHU-HKM**

-**Selon Madame O.P, 25 ans**, « *….Je suis très contente d'avoir accouché à ici ; ils sont très gentils et accueillantes. Je suis très contente…* »

-**Selon Madame E.R, 28 ans,** *«…Oui, je dirai qu'ils ont respecté mon intimité. Tout le monde sait que quand tu viens pour accoucher, nudité n'est rien et parfois c'est toi-même qui enlève même, surtout avec la douleur qu'il y a des fois. Ils font ce qu'ils peuvent hein. Nous ce qu'on veut c'est notre enfant et moi-même en bonne santé…Position ? C'est la même non ? (Rire) Ce que tout le monde connait…* »

-**Selon Madame Z.C, 33 ans,** «…Oui hein, moi quand on m'a dit qu'on va m'envoyer au CNHU, j'avais trop peur ; je voulais même refuser mais maintenant je suis trop contente. Tout s'est bien passé…Oui, mais c'est eux qui savent ce qui est bon pour moi, moi je vais dire quoi ; si non pour moi, c'est très bien… »

-**Pour Madame A.J, 23 ans,** « *…moi je suis un peu gênée. Tout le monde entend ce que tu dis et ce qu'on te dit. Tu ne peux pas t'exprimer librement et surtout sur les tables d'accouchement on est tous là ensemble. Tout le monde te regarde…* »

- **Propos des femmes recueillis au CHU-MEL**

-**Selon Madame T.H, 27 ans** « *…Pour avoir accouché hier pour la première fois à Homel, j'ai apprécié leurs prestations. Pour moi, moi précisément, il n'y a pas de problème. J'ai été bien accueilli, bien écoutée, soutenue…* »

-**Selon Madame Q.Y, 27ans,** *«…j'ai été très bien pris en charge à Lagune. C'est mon troisième enfant. Et les deux premiers que j'ai accouchés ailleurs, ça n'avait pas du tout été facile. Mais cette fois ci, c'est vraiment bien fait. Je pense que je reviendrai ici si je dois encore avoir d'autres enfants…* »

-**Selon Madame O.G, 35ans,** « *…Ce qui m'a gêné un peu, c'est que parfois il y a beaucoup de monde qui viennent t'examiner en peu de temps et différentes personnes. Tu n'as pas quelqu'un fixe à qui tu peux parler tout le temps et de tout. Mais bon je comprends aussi que les gens qui sont là font beaucoup de choses à la fois…* »

-**Selon Madame T.R, 29ans**, «*…je suis là depuis 03 jours, à mon arrivée, ils m'ont dit que le bébé n'existe plus mais ça n'a pas été facile. C'est hier soir finalement il est sorti…Non personne ne m'a insulté et ils m'ont bien expliqué ce qui s'est passé quand même…*»

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 ;
- la comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs.

5.1. Atteinte des objectifs de l'étude

Les objectifs assignés à cette étude étaient de décrire les caractéristiques socio-démographiques, professionnelles et obstétricales des professionnels de santé et des parturientes des salles d'accouchement de la CUGO et du CHU-MEL, de déterminer le niveau de connaissance des professionnels de santé des salles d'accouchement de Cotonou sur les soins maternels respectueux en 2024, de décrire les pratiques des professionnels de la santé vis-à-vis des gestantes pendant le travail et l'accouchement à Cotonou en 2024, d'apprécier le degré de satisfaction des femmes sur les soins maternels respectueux délivrés dans les salles d'accouchement de Cotonou en 2024 et de recueillir les témoignages des patientes.

Au terme de notre étude, l'âge moyen des professionnels de la santé enquêtés était de 38 ans avec un ratio masculin/féminin de 0,26. La plupart avaient un niveau licence (59,45 % des sages-femmes) et une ancienneté de 10 à 20 ans d'expérience professionnelle (37,5%)

L'âge moyen des parturientes était de 27 ans avec des extrêmes de 15 à 42 ans. La majorité résidait en milieu rural (93,3%), vivait en couple (99%), était scolarisée (85,6%). Par ailleurs 61,5% des femmes avaient une activité libérale dominée par la classe des ouvrières et des artisans (37,5%).

La plupart des femmes de notre étude étaient des multigestes (47,1%) et des primigestes (35,6%).

Sur les 48 professionnels de santé recrutés au cours de notre étude, aucun n'avait un bon niveau de connaissance. En effet, 45,8 % des professionnels avaient un niveau de connaissance insuffisant, 39,6% un niveau de connaissance moyen et 14,6 % avaient un niveau jugé mauvais.

Toutes les femmes ont été victimes d'au moins un type de mauvais traitements de la part des professionnels de santé. Les formes de maltraitances les plus observées étaient le refus à la patiente d'avoir de personne de soutien pendant le travail et l'accouchement (100 %), la violence physique notamment les épisiotomies sans anesthésie (20,2%), le manque de confidentialité dans la gestion des informations des patientes (14,4 %), le manque d'information sur la santé des patientes (12,5 %) et le manque de dignité (cri sur la patiente, moquerie, salutations irrespectueuses) dans les soins délivrés aux patientes (10,6 %).

Notre étude a permis de noter que le tiers des femmes (33,7 %) ayant accouché en milieu hospitalier à Cotonou (CNHU et CHU-MEL) étaient insatisfaites de leur prise en charge en termes de soins de maternité respectueux.

Parmi les propos retenus chez certaines accouchées au cours de notre étude, on peut noter : «*…Oui, je dirai qu'ils ont respecté mon intimité. Tout le monde sait que quand tu viens pour accoucher, nudité n'est rien et parfois c'est toi-même qui enlève même, surtout avec la douleur qu'il y a des fois. Ils font ce qu'ils peuvent hein. Nous ce qu'on veut c'est notre enfant et moi-même en bonne santé…Position ? C'est la même non ? (Rire) Ce que tout le monde connait…* » **(Madame E.R)** ou « *…Ce qui m'a gêné un peu, c'est que parfois il y a beaucoup de monde qui viennent t'examiner en peu de temps et différentes personnes. Tu n'as pas quelqu'un fixe à qui tu peux parler tout le temps et de tout. Mais bon je comprends aussi que les gens qui sont là font beaucoup de choses à la fois…* » **(Madame O.G)** ou encore « *…moi je suis un peu gênée.*

Tout le monde entend ce que tu dis et ce qu'on te dit. Tu ne peux pas t'exprimer librement et surtout sur les tables d'accouchement on est tous là ensemble. Tout le monde te regarde… » **(Madame A.J).**

5.2. Forces et limites de l'étude

5.2.1. Forces de l'étude

- L'étude réalisée était transversale à visée descriptive avec recueil prospectif des données. Ce type de recueil est particulièrement pertinent pour un domaine comme celui des soins de maternité respectueux en évolution rapide car il permet de recueillir des données actuelles et précises du moment de l'étude.
- L'intégration d'une phase d'observation directe dans notre étude permet de réduire le biais d'autodéclaration où les enquêtés pourraient surestimer leurs connaissances ou comportements. Cela offre ainsi une vue réaliste des pratiques réelles des professionnels de santé.
- Notre étude s'est déroulée dans les deux centres de niveau supérieur de la pyramide sanitaire béninoise en matière de santé maternelle et infantile.
- Première étude au Bénin à évaluer les soins de maternité respectueux en intégrant deux catégories professionnelles.

5.2.2. Limites de l'étude

- Le fait que les professionnels de santé savaient qu'ils étaient observés pourraient les amener à modifier leurs comportements dans le but de se conformer aux attentes. Pour pallier à ce biais nous avons essayé d'être le plus discret possible au cours des observations.
- Avec le déroulement de l'étude dans deux centres de références, les résultats obtenus pourraient ne pas être représentatifs de la population.

- La collecte de données s'est déroulée chez les femmes à partir de leur entrée en travail jusqu'à 24 heures après l'accouchement. Cela n'a pas permis d'explorer tous les droits des soins maternels respectueux en l'occurrence celui empêchant la détention des femmes dans les établissements.
- L'étude étant descriptive, elle ne permet pas d'établir de lien de causalité entre les différentes variables étudiées.

5.3. Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs

5.3.1. Comparaison quantitative

5.3.1.1. Caractéristiques socio-professionnelles des professionnels de santé

- **Age**

Dans notre étude, l'âge moyen des professionnels de santé enquêtés était de 38,1 ans avec des extrêmes de 22 à 61 ans. Les tranches d'âge les plus représentées était celles de [25-35] ans et [35-45] ans qui constituait chacune 31,2% de l'échantillon. Des chiffres proches de ceux de Aguemon et al. (Bénin) qui avaient trouvé un âge moyen de 39,44 ans [63]. Cela pourrait signifier la présence d'une proportion importante de professionnels de santé expérimentés dans les salles d'accouchement au Bénin ; ce qui pourrait influencer les niveaux de connaissances et de pratiques en matière de soins.

Par contre, de nombreux auteurs à travers le monde ont trouvé des résultats inférieurs aux nôtres [64–68].En Iran, Moridi et al. avaient trouvé un âge moyen de 33,30 ans en 2022 [64] de même que Shimoda et al. (Tanzanie) et Uwamahoro et al. (Rwanda) qui avaient respectivement des âges moyens de 33,9 en 2018 et 31,3 ans en 2023 [67,68].

- **Catégorie professionnelle**

La plupart des professionnels de santé de notre étude étaient des sages-femmes (77,1 %) soit un ratio d'un (01) médecin obstétricien pour quatre (04) à cinq (05) sages-femmes. Mirzania et al. avait rapporté en Iran en 2024 un ratio d'un (01) médecin obstétricien pour sept (07) sages-femmes [65].

Ce bas ratio médecin/ sages-femmes dans les études peut être expliqué par le fait que les sages-femmes sont au cœur de la profession obstétricale dans nos formations sanitaires. En témoigne le fait que la quasi-totalité des études évaluant les professionnels de santé sur les soins de maternité sont axées sur les sages-femmes [63,64,67,68].

- **Niveau d'études**

Plus de la moitié des sages-femmes enquêtées avait une licence en soins obstétricaux (59,45%). D-zomeku et al. avaient retrouvé au Ghana en 2020 une fréquence de 43,75 de sages-femmes titulaires d'une licence professionnelle en soins obstétricaux [69]. Les études réalisées au Bhoutan en 2018 par Deki et al. et en Iran en 2022 par Moridi et al. notaient respectivement 17% et 19,6 % de sages-femmes détentrices d'un diplôme universitaire [64,66]. Ces chiffres sont largement inférieurs aux nôtres.

Cette situation pourrait être expliquée par les réformes mises en place depuis quelques années par les autorités sanitaires béninoises en vue de l'amélioration globale des connaissances théoriques et pratiques des sages-femmes.

- **Expérience professionnelle**

La majorité des professionnels de santé de notre étude avait entre 10 et 20 ans d'expérience professionnelle (37,5%). Au Bénin en 2022, Aguemon et al. avaient

rapporté une fréquence de 50 % de professionnels de santé avec une expérience de plus de 10 ans [63].

Cependant, Moridi et al. ont noté en Iran en 2012 une fréquence de 70% de professionnels de santé avec moins de 10 années d'expérience [64]. Selon une étude réalisée au Tanzanie en 2018, le nombre moyen d'années d'expérience professionnelle était de 7,7 ans [67]. Au Bhoutan en 2018, Deki et al. avaient rapporté un âge moyen d'expérience professionnelle de 4 ans [66].

Cette situation peut s'expliquer par le fait que les centres d'études sont de hôpitaux de référence en matière de santé maternelle et infantile, où l'expertise est cruciale. Aussi, la rareté des mutations dans le secteur sanitaire public favorise la stabilité des effectifs et par conséquent l'élévation du nombre d'années d'expérience au sein du service.

5.3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques et gynéco-obstétricales des parturientes

- **Âge**

Dans notre étude, l'âge moyen était de 27 ans, avec des extrêmes de 15 ans et de 42 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [25 ans ; 35 ans], constituant 47,1 % des cas. Beaucoup d'autres auteurs avaient trouvé des résultats similaires aux nôtres [28,49,51,56].

Au Bénin Aguemon et al. en 2022 et Bigot et al. en 2023 avaient tous rapporté un âge moyen de 28 ans avec des tranches d'âge respectives de **[**25-29 ans] et de **[**20-30ans] [63]. Aussi, en Ethiopie, Ferede et al. avaient retrouvé en 2022 un âge moyen de 27 ans (59,2 % des femmes) avec une tranche d'âge représentative de 20 à 30 ans[50].

Cette similitude dans les résultats pourrait être assimilé à l'activité sexuelle et la fertilité reconnue aux couples pendant cette tranche d'âge.

- **Situation matrimoniale**

La majorité des femmes de notre étude vivait en couple, soit mariée soit en concubinage (99%). Ces résultats sont similaires à ceux présentés par de nombreux auteurs [52,56,70].

Au Bénin, Bigot et al. en 2023 et Aclombessi et al. en 2022 avaient rapporté à Cotonou respectivement une fréquence de 90,2 et 89,94 % de femmes vivant en couple [71,72]. De même, Shemelis et al. en Ethiopie avaient remonté que 94,6 % des patientes enquêtées étaient mariées [73].

Cette situation observée pourrait s'expliquer par les croyances socioculturelles des sociétés africaines où le mariage est perçu comme une institution sacrée qui renforce les liens familiaux et communautaires. Ainsi, avec la valeur sociale accordée à la stabilité familiale et au bien-être familial, les attentes sociales entourant le mariage et la maternité, le poids de l'éducation des enfants et la gestion du foyer, les femmes peuvent ressentir une pression sociale forte pour maintenir l'unité familiale ce qui peut influencer leur choix de se marier ou d'être en couple.

- **Niveau d'instruction**

La plupart des femmes enquêtées ont été scolarisées (85,6 %) avec 39,4 % ayant abandonné les études au secondaire. Bigot et al. en 2023 avaient remonté presque la même fréquence de scolarisées (85,4 %) dont 45,3 % ayant arrêté leurs études au secondaire [71]. En Ethiopie en 2015, Asefa et al. ont présenté une fréquence de scolarisées de 77,5 % avec 30,6% ayant écourté leurs parcours académique au secondaire [74]. Idem au Nigéria et au Mozambique où Okafor et al. en 2015 et

Galle et al. en 2019 rapportaient des fréquences respectives de 98,1 % et 81,65 % de scolarisées [75,76].

- **Caractéristiques obstétricales**

Dans notre étude, la majorité des femmes était des multigestes (47,1%) et des nullipares (41,3%). De nombreux auteurs ont rapporté des résultats similaires [56,61,73,74].

Concernant la gestité, des études antérieures menées au Bénin par Aguemon et al., Atade et al. et Bigot et al. avaient également observé une prédominance des femmes multigestes avec des fréquences respectives de 42,11 % ;46,24 % et 43,5%. De pareilles tendances ont été rapportées en Ethiopie en 2015 par Asefa et al. ainsi que par Shemelis et al. en 2019 avec des taux respectifs de 48 % et 48,1 % [73,74].

Quant à la parité, les résultats de Kujawski et al. en 2015 (Tanzanie) et de Hajizadeh et al. en 2022 (Iran) s'inscrivent dans la même logique avec une prédominance des primipares à hauteur de 39 % et 42,2 % respectivement. Au Bénin, Aguemon et al. avait aussi rapporté les nullipares comme les plus représentées de l'étude (35,96 %) [63].

Ces études permettent de constater que bien que la majorité des femmes ait été enceinte au moins une fois, bon nombre n'ont jamais encore accouché. Ceci pourrait s'expliquer par les cas de fausses couches spontanées qui peuvent survenir au cours de la grossesse et les avortements provoqués. Selon une étude menée en Afrique du sud par Ajayi et al. en 2022, la prévalence de l'avortement provoqué était de 19 % avec une prévalence beaucoup plus élevée chez les femmes de plus de 25 ans (21,4 %) et celles vivantes en concubinage (26,8 %) [77]. Cette même prévalence est rapportée dans une revue systématique et méta-analyse réalisée par Haile et al en 2024 [78].

5.3.1.3. Données liées à la grossesse

La majorité des femmes enquêtées (76,9 %) ont suivi leurs grossesses avec au moins quatre (04 consultations prénatales). Ces résultats sont proches de ceux rapportés par Bigot et al. en 2023 avec 88,5 % de femmes [71].

Ce constat traduit une participation active des gestantes dans leur prise en charge en adéquation avec les initiatives gouvernementales et les efforts communautaires pour la promotion des soins prénatals de qualité.

5.3.1.4. Données liées à l'accouchement

- **Mode d'admission**

Plus de la moitié des femmes de l'étude était référée d'un centre périphérique contrairement aux études de Bigot et al. (Bénin) et Atai et al. (Kenya) chez qui la majorité des patientes étaient venues d'elles même dans des proportions respectives de 52,8 % et 60 %.

Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que nos maternités d'études constituent les centres de référence du Bénin et par conséquent les derniers recours s'agissant de soins obstétricaux. Ainsi, avec l'organisation de la pyramide sanitaire, la plupart des femmes ne présentant pas de particularités se rendent dans les centres périphériques faisant donc de la place dans les centres du niveau central pour accueillir les urgences et les cas particuliers dépassant les compétences des centres périphériques.

- **Voie d'accouchement**

La plupart des femmes de notre étude ont accouché par voie basse (94,2 %). Des chiffres proches ont été rapportés respectivement par Mocumbi et al. au Mozambique (96,3 %) et Malet et al. en France (87,7%) [79,80].

Par contre, Bigot et al ainsi que Azhar et al avaient obtenu des fréquences plus faibles d'accouchement par voie basse respectivement 35,3 % et 54,9 % [71,81].

Ce constat pourrait s'expliquer par le fait que notre étude n'incluait pas les urgences obstétricales et toutes les situations pouvant nécessiter une prise en charge rapide et spécifique. Or la plupart des cas référés dans nos centres d'étude sont des urgences obstétricales.

5.3.1.5. Niveau de connaissance des professionnels de santé

Dans notre étude, aucun professionnel de santé n'avait un bon niveau de connaissance sur les soins de maternité respectueux. Un peu moins de la moitié des professionnels de la santé (45,8%) avait une insuffisance de connaissance sur les soins de maternité respectueux. En revanche 39,6% des professionnels de santé avaient un niveau de connaissance moyen et seulement 14,6 % avaient un mauvais niveau de connaissance. Aguemon et al. n'avait également trouvé aucun professionnel de santé avec un bon niveau de connaissances mais avait par contre rapporté que la majorité des professionnels de santé avait un mauvais niveau (83,33%) [63]. Une étude menée par Mirzania et al. en Iran en 2021 avait également rapporté une fréquence élevée de professionnels de santé avec un mauvais niveau de connaissance (82,7 %) [65].

Cette différence de niveau pourrait être liée d'une part au caractère mixte de notre échantillon avec une augmentation du niveau global par les médecins contrairement aux autres études qui ne prenaient en compte que les sages-femmes. D'autre part, la variabilité des guides d'évaluation et les sensibilisations croissantes sur les soins de maternité respectueux pourraient expliquer cette différence de niveau.

5.3.1.6. Application des droits de maternité respectueux

- **Prévalence des soins de maternité respectueux.**

Notre étude a révélé que toutes les femmes ont subi au moins une forme de manque de respect ou abus soit une prévalence nulle (0 %) de SMR. De nombreux auteurs à travers le monde avaient rapporté des chiffres similaires aux nôtres. Il s'agit de Bigot et al. au Bénin en 2023 (0 %) [71], Adinew et al. en Ethiopie en 2021 (0 %) [70]et de Okafor et al. au Nigéria en 2015 (2 %) [75].

D'autres auteurs avaient trouvé des résultats plus élevés de SMR : Bekele et al en Ethiopie en 2020 avaient rapporté une prévalence de 21,8% [82], Hajizadeh et al. en Iran en 2021 une prévalence de 25,7 % de SMR ; Usso et al. en Ethiopie en 2023 une prévalence de 23 % de SMR ; Yalley et al. au Nigéria une prévalence de 34,7% [4,27,83].

Mieux, Sando et al. en Tanzanie en 2016, Sethi et al. au Malawi en en 2017, Vedam et al. aux Etats-Unis en 2019 et Pathak et al. au Népal en 2020 ont rapporté des chiffres encore plus élevés avec des prévalences respectives de 85 % et 86,1 %.

Cette différence peut s'expliquer par la différence de la méthode d'étude avec dans notre cas une étude observationnelle beaucoup plus objective par opposition à la méthode utilisée dans ces études qui s'appuyait exclusivement sur les propos des femmes.

- **Droit à l'absence de préjudices et de mauvais traitements**

Les violences physiques étaient observées chez 21,1 % des femmes de notre étude avec la majorité des femmes ayant subi des épisiotomies sans anesthésie (20,2 %).

Ces résultats sont similaires à ceux obtenus en Ethiopie par Anteneh et al. en 2018 (25,9%), Bekele et al. en 2020 (21,5%) et Usso et al. en 2023 (26,8%) à la différence que dans ces cas les femmes étaient surtout attachées, battue ou giflées. Cette différence de type de violence physique pourrait s'expliquer par la prise de conscience du personnel soignant surtout avec le renforcement des lois protectrices des femmes depuis plusieurs années et la création de l'INF.

Au Bénin en 2023, Bigot et al. avaient retrouvé une fréquence plus basse de 5, 8% de violences physiques. Ce faible taux pourrait s'expliquer par le fait que les femmes questionnées n'ont pas connaissance de tous les actes qui sont considérés comme violence physique au moment de l'accouchement.

En revanche, la fréquence élevée de 88,44 % de violences physiques rapportée par Atade et al au Nord du Bénin en 2021 [52], suggère une plus grande présence de violences physiques à l'échelle périphérique de la pyramide sanitaire béninoise.

- **Droit à l'information, au consentement éclairé et au refus**

Au cours de notre étude, le consentement libre et éclairé a été obtenu chez 87,5% des femmes observées. Seulement 10,5% des femmes n'avaient pas été encouragé à poser des questions sur leurs pathologies. En Ethiopie, Usso et al avaient également rapporté en 2023 que seulement 16,2 % des femmes n'avaient pas été encouragées à poser des questions. [27]. Par contre, ces résultats sont contraires à ceux rapportés par de nombreux auteurs qui avaient rapporté une faible prévalence de soins consentis[11,48,54].

Au Bénin, Bigot et al avaient retrouvé une prévalence de 46,7% alors que Aguemon et al. avaient rapporté une prévalence encore plus basse de 26,37 de soins consentis.

Cette différence de résultats pourrait s'expliquer d'une part par l'échantillon de professionnels diversifiés dans notre étude. En effet, étant donné que notre étude a inclus à la fois les médecins et les sages-femmes, il existe une possibilité de variation du niveau d'adhésion au consentement entre ces deux groupes. D'autre part, la méthode de collecte de données et d'évaluation notamment l'effet de l'observation, peut amener les professionnels à modifier leurs comportements afin de tendre aux normes ; ce qui implique potentiellement un effort supplémentaire dans la demande du consentement.

- **Droit à une compagnie de choix**

Aucune patiente n'a été autorisée à avoir une personne de soutien pendant le travail et l'accouchement au cours de notre étude. En effet, les services de maternité de nos deux centres d'études n'autorisent pas l'accès des accompagnants aux salles d'accouchement. Ceci est une politique mise en place d'une part dans le but de maintenir un certain degré d'asepsie nécessaire à la prévention des infections maternelles et néonatales et d'autre part, cette décision vise à protéger l'intimité des femmes présentes dans la salle. Dans une étude menée au Ghana en 2022, Kwame et al. rapportaient une situation similaire où la majorité des femmes était privée de personne de soutien. La principale raison avancée était le surpeuplement des salles incapables d'accueillir les accompagnants. Le but visé était essentiellement d'offrir une certaine intimité à chaque femme présente dans la salle. Dans cette étude, la plupart des professionnels de la santé avaient déclaré qu'une femme pourrait être autorisée à avoir une personne de soutien si elle était seule mais cette situation parait impossible à cause du surpeuplement du centre [84]. Or selon une étude menée par Dubey et al. en 2023, la présence d'un accompagnant pendant le travail et l'accouchement peut apporter une amélioration aux résultats des femmes et des nouveau-nés avec une réduction de la durée du travail des femmes et une

amélioration de l'état initial du nouveau-né (APGAR) [85]. Kwame et al au Ghana rapportaient également que la présence d'un accompagnant apparaissait comme un moyen de soulager le stress maternel. Ceci est d'ailleurs recommandé par l'OMS dans ses recommandations sur les soins intra partum pour une expérience positive de l'accouchement [18]. Plusieurs études ont ainsi rapporté que plusieurs pays (Ghana, Guinée, Nigéria, Myanmar) se sont ainsi inscrits dans cette dynamique avec plus de la moitié des patientes ayant bénéficié de la présence d'une personne de soutien pendant le travail et l'accouchement. En Palestine, Wahdan et al rapportait 92,92% des patientes avaient bénéficié de personne de soutien [63,71].

Il est donc important que des mesures soient prises en vue de l'amélioration des infrastructures pour favoriser le soutien aux femmes durant cette épreuve stressante.

- **Droit à la vie privée et à la confidentialité**

Le respect de la confidentialité a été observé avec une prévalence de 85,6 % au cours de notre étude. La violation observée dans cette catégorie était la discussion des informations d'une patiente à portée de voix d'autres patientes. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Aguemon et al. et Bigot et al. qui avaient retrouvé au Bénin une prévalence respective de 88,58 % et 91,2 % de soins confidentiels. Ukke et al. en Ethiopie en 2019 et Atai et al. au Kenya en 2018 avaient également rapporté des prévalences élevées de 82,9 % et 78 % respectivement [86,87].

Cette forte prévalence de respect de confidentialité pourrait être liée à la forte sensibilisation croissante des professionnels de santé sur la confidentialité des informations des patientes. De plus la délimitation des espaces privées pour

chaque patiente offre une facilité aux professionnels de santé pour le respect de la confidentialité.

- **Droit à la dignité et au respect**

Au cours de notre étude, 89,4% des femmes avaient bénéficié de soins maternels dans le respect et la dignité. Les actes indignes observés dans une faible proportion (10,6%) comprenaient le fait de crier sur la patiente (6,7%), de ne pas saluer respectueusement la patiente (2,9%) et de se moquer de la patiente (1 %). Des résultats similaires ont été rapportés par Sando et al. en Tanzanie en 2016 (6,0 %), Nawab et al. en Inde en 2019 (9,2 %) et Vedam et al. aux USA en 2019 (15,1 %) [11,28,54].

Aguemon et al. en 2022 avaient également rapporté des chiffres en concordance avec nos résultats avec 7,89 % de femmes victimes de manque de respect[63].

Ces manques de respect observés peuvent s'expliquer par le fait que parfois dans des situations d'urgences dans le but d'assurer la survie de la mère et du bébé, les professionnels de la santé peuvent être amenés à hausser le ton afin d'éviter de graves complications qui pourraient survenir. Toutefois, le comportement des professionnels de santé doit toujours être en équilibre avec les pratiques de soins de maternité respectueux afin d'apporter aux femmes un soutien émotionnel et minimiser le stress.

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

La prévalence du respect de ce droit dans notre étude était de 100 %. Ces résultats sont similaires à ceux rapportés par Nawab et al. en Inde en 2019 (96,1 %) et par Usso et al. en Ethiopie en 2023 (94,5%). Aguemon et al. en 2022 avaient retrouvé une prévalence de 94,74%.

Ces prévalences élevées peuvent s'expliquer par la difficulté d'évaluation de cet aspect qui peut être subtile ; la discrimination pouvant prendre des formes difficiles à cerner surtout dans notre cas où l'observation était de courte durée.

5.3.2. Comparaison qualitative

Selon les témoignages des femmes recueillis au cours de notre étude, certaines femmes étaient insatisfaites des soins reçus dans nos centres d'études en termes de SMR.

Elles ont souligné la mauvaise conception des salles d'accouchement qui ne garantit pas leur intimité et n'offre pas la confiance nécessaire pour dialoguer librement avec les professionnels. En effet, la configuration du CHU-MEL et du CNHU ne facilite pas cette philosophie des SMR centrée sur la personne humaine alors que les SMR veillent à la surveillance du bien-être de la mère et du bébé, l'éducation à la santé et l'assistance pendant l'accouchement [88].

L'impuissance des femmes dans les prises de décision en rapport avec leur santé peut être liée à l'asymétrie de pouvoir entre les femmes et le personnel soignant car les femmes considèrent les professionnels de santé comme plus éduqués et détenteurs de la connaissance. Par conséquent, elles s'en remettent à eux au moment de décider des soins à privilégier au cours de l'accouchement [89]. Aussi, le manque d'information des femmes sur l'existence des t d'accouchement et de prise en charge peut être un facteur qui limite leurs choix au moment de l'accouchement.

La perception par certaines femmes de l'exposition de leur nudité à leurs congénères au moment de l'accouchement comme normale pourrait être assimiler à l'accommodation faite au fil des accouchements successifs et mais

également aux circonstances douloureuses et pénibles de l'accouchement où la nudité est secondaire.

CONCLUSION ET SUGGESTIONS

CONCLUSION

Les soins de maternité respectueux sont des soins fournis à toutes les femmes de façon à garantir leurs droits fondamentaux pendant le travail et l'accouchement.

Pour assurer aux femmes une expérience positive de l'accouchement, les professionnels de santé doivent intégrer ces notions de soins de maternité respectueux dans leurs habitudes quotidiennes. Dans notre étude, plus de la moitié des professionnels de santé enquêtés (60 %) avaient sur les des soins de maternité respectueux un niveau de connaissance en dessous de la moyenne. Aussi, aucune femme n'a bénéficié en intégralité de soins de maternité respectueux au cours de son accouchement (0 %). Les actes irrespectueux les plus fréquemment observés étaient outre le refus d'avoir de personne de soutien pendant le travail et l'accouchement, les violences physiques, le manque de confidentialité et de consentement dans les soins ainsi que le manque de dignité. Enfin, le tiers (33 %) des femmes étaient insatisfait de leur prise en charge et avait noté des aspects à améliorer pour parfaire cette dernière.

Ces résultats soulignent la nécessité de renforcer les interventions en faveur des soins de maternité respectueux afin d'encourager la fréquentation de nos formations sanitaires par les femmes et contribuer efficacement aux ODD en matière de santé maternelle et infantile.

SUGGESTIONS

- **A l'endroit des autorités politiques (ministère de la santé, 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 et explorer les autres contours de l'étude ;
    - Intégrer les soins de maternité respectueux dans la formation de base des sages-femmes et des médecins ;
    - 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 ;
    - Instaurer des protocoles nationaux qui autorisent explicitement la présence d'un accompagnant pendant le travail et l'accouchement ;
    - Intégrer les soins de maternité respectueux dans la stratégie de plan national de santé maternelle et néonatale ;
    - Mettre l'accent sur l'application de la charte des SMR pour des soins obstétricaux sans violence ;
    - Promouvoir l'humanisation de l'accouchement et former le personnel de santé à sa pratique ;
    - Renforcer les mesures de dénonciation et de répression des actes de violences au cours de l'accouchement ;
- **A l'endroit des autorités administratives du CNHU et du CHU-MEL**

- Élargir la capacité d'accueil des maternités et améliorer les infrastructures en afin de garantir aux femmes la protection de l'intimité, le confort des patientes ainsi que le respect des préférences ;
- Mettre en place un système de rappel continu 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 ;
- 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**

- Manifester plus d'empathie envers les patientes ;
- Développer la maitrise de soi en face de la parturiente ;
- Développer une bonne relation soignant-soigné avec les parturientes ;
- Appliquer les soins de maternité respectueux en salle d'accouchement après être formé.

➢ **A l'endroit des patientes**

- Respecter les consignes des professionnels de santé en salle d'accouchement ;
- S'informer de ses droits et veiller à leur respect.

REFERENCES

[1] Larkin P, Begley C, Devane D. *Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis*. Midwifery. 2009; 25(2):e49-59. doi: 10.1016/J.MIDW.2007.07.010

[2] 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)*. European Scientific Journal. 2017; 13(21):407-407. doi: 10.19044/esj.2017.v13n21p407

[3] Organisation Mondiale de la Santé. *Mortalité maternelle*. Genève: OMS; 2023; Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality

[4] 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*. Genève: OMS; 2014. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134589/WHO_RHR_14.23_fre.pdf

[5] Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Mohammad-Alizadeh S, Mirghafourvand M. *Designing a respectful maternity care guideline: a multiphase study Open Access*. Reproductive Health. 2022. 19: 1-13. doi: 10.1186/s12978-022-01389-8

[6] Diniz C, Rattner D, d'Oliveira A, Aguiar J, Niy D. *Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training.* Reprod Health Matters. 2018; 26(53): 19-35. doi: 10.21275/ART20182649

[7] Yamin A, Galli B, Valongueiro S. *Implementing international human rights recommendations to improve obstetric care in Brazil.* Int J Gynecology & Obste. 2018; 143(1): 114-20. doi: 10.1002/IJGO.12579

[8] Bergeron M, Lévesque S, Beauchemin-Roy S, Fontaine L. *Regard des intervenantes communautaires en périnatalité sur des expériences observées de violence obstétricale*. Canadian Journal of Community Mental Health. 2019; 38(4): 63-76. doi: 10.7870/cjcmh-2019-019

[9] Rosen H, Lynam P, Carr C, Reis V, Ricca J, Bazant E et al. *Direct observation of respectful maternity care in five countries*: a cross-sectional study of health facilities in East and Southern Africa. BMC Pregnancy and Childbirth. 2015; 15(1): 306. doi: 10.1186/s12884-015-0728-4

[10] Perera D, Lund R, Swahnberg K, Schei B, Infanti J. *'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. doi: 10.1186/s12884-018-1869-z

[11] Sando D, Ratcliffe H, McDonald K, Spiegelman D, Lyatuu G, Mwanyika-Sando M et al. *The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania*. BMC Pregnancy Childbirth. 2016; 16: 236. doi: 10.1186/s12884-016-1019-4

[12] 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

[13] Jhpiego. *Les soins de maternité respectueux.* 2017; Disponible sur: https://www.jhpiego.org/wp-content/uploads/2017/03/Jhpiego-RMC-Brief-FR.pdf

[14] Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. *The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya*. BMC Pregnancy Childbirth. 2015; 15(1): 224. doi: 10.1186/s12884-015-0645-6

[15] Oladapo O, Tunçalp Ö, Bonet M, Lawrie T, Portela A, Downe S, et al. *WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing*. Bjog. 2018; 125(8): 918. doi: 10.1111/1471-0528.15237

[16] Gélinas E. *L'accouchement humanisé: acceptabilité sociale et effets perçus pour les femmes au Sénégal* [PhD Thesis]. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue; 2021, [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: https://depositum.uqat.ca/id/eprint/1303/

[17] U.S. Agency or International Development. *Mettre en pratique des soins de maternité respectueux dans le cadre de programmes complets de soins maternels et néonatals de MCSP Directives opérationnelles*. Whahington: USAID; 2020. Disponible sur: https://www.alignmnh.org/wp-content/uploads/2021/09/MCSP-RMC-OG-French.pdf

[18] World Health Organization. *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* [En ligne]. Geneve: World Health Organization; 2018, [cité 6 mai 2024]. Disponible sur: https://iris.who.int/handle/10665/260178

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

[20] McMahon S, Mnzava R, Tibaijuka G, Currie S. *The "hot potato" topic: challenges and facilitators to promoting respectful maternal care within a broader health intervention in Tanzania*. Reproductive Health. 2018; 15(1): 153. doi: 10.1186/s12978-018-0589-1

[21] FOCUS 2030. *La mortalité maternelle dans le monde à l'aune des Objectifs de développement durable.* 2023. Disponible sur: https://focus2030.org/La-mortalite-maternelle-dans-le-monde-a-l-aune-des-Objectifs-de-developpement

[22] Fonds des Nations Unies pour les Activités en matière de Population au Bénin. *Lutte contre la mortalité maternelle et infantile Des sages-femmes compétentes pour des familles épanouies* [En ligne]. 2023; Disponible sur: https://benin.unfpa.org/fr/news/lutte-contre-la-mortalit%C3%A9-maternelle-et-infantile-des-sage-femmes-comp%C3%A9tentes-pour-des-familles

[23] World Health Organization. *Stratégies pour mettre fin à la mortalité maternelle évitable (EPMM)* [En ligne]. Healthy Newborn Network. [cité 11 oct 2024]. 2015; Disponible sur: https://healthynewbornnetwork.org/fr/resource/2015/strategies-toward-ending-preventable-maternal-mortality-epmm/

[24] Tunçalp Ö, Were W, MacLennan C, Oladapo O, Gülmezoglu A, Bahl R et al. *Quality of care for pregnant women and newborns-the WHO vision.* BJOG. 2015; 122(8): 1045-9. doi: 10.1111/1471-0528.13451

[25] Gagnon R, Hébert E, Langlois H. *Le travail et l'accouchement : la préparation, l'accompagnement et les méthodes pour composer avec la douleur*. 2013; Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/travail-et-accouchement.pdf

[26] Bowser D, Hill K. *Exploring evidence for disrespect and Abuse in Facility-Based Childbirth.* 2010; Disponible sur: https://www.hsph.harvard.edu/wp content/uploads/sites/2413/2014/05/Exploring-Evidence RMC_Bowser_rep_2010.pdf

[27] Usso A, Adem H, Alemu A, Mohammed A. *Disrespect and abuse during childbirth in East Hararghe Zone public health facilities, eastern Ethiopia: a cross-sectional study. Front Glob Womens Health.* 2023; 4: 1237098. doi: 10.3389/fgwh.2023.1237098

[28] Vedam S, Stoll K, Taiwo TK, Rubashkin N, Cheyney M, Strauss N et al. *The Giving Voice to Mothers study: inequity and mistreatment during pregnancy and childbirth in the United States.* Reproductive Health. 2019; 16(1): 77. doi: 10.1186/S12978-019-0729-2/TABLES/8

[29] Afulani P, Phillips B, Aborigo R, Moyer CA. *Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. The Lancet Global Health.* 2018; 7(1): e96. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30403-0

[30] Adinew YM, Kelly J, Smith M, Marshall A. *Women's perspectives on disrespect and abuse during facility-based childbirth in Ethiopia: a qualitative study*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2023; 23(1): 444. doi: 10.1186/s12884-023-05762-8

[31] Noizet G, Caverni J. *Psychologie de l'évaluation scolaire. 1re éd. Paris: Presses universitaires de France (réédition numérique FeniXX)*; 1978. 245 p. Disponible sur: https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k3362745k

[32] Hadji C. *L'Evaluation, règles du jeu*. Des intentions aux outils. 1re éd. Paris: ESF Editeur; 1989. 190 p. Disponible sur:

https://www.persee.fr/doc/rfp_0556-7807_1991_num_94_1_2484_t1_0104_0000_3

[33] Tourev P. *Définition : Connaissance* [En ligne]. Toupie.org. 2006 [cité le 29 oct 2024]. Disponible sur: https://www.toupie.org/Dictionnaire/Connaissance.htm

[34] Essi M, Njoya O. *L'enquête CAP en recherche médicale. Health sciences and disease* [En ligne].2013 [cité le 31 oct 2024]; 14(2). Disponible sur: https://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/183

[35] Kaliyaperumal K. *Guideline for Conducting a Knowledge, Attitude and Practice (KAP) Study*. 2004; Disponible sur: https://v2020eresource.org/content/files/guideline_kap_jan_mar04.pdf

[36] Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. *PRATIQUE : Définition de PRATIQUE* [En ligne]. 2005 [cité le 31 oct 2024]. Disponible sur: https://www.cnrtl.fr/definition/pratique

[37] Organisation Mondiale de la Santé. *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonatals dans les établissements de santé* Genève: OMS; 2017. Disponible sur: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf

[38] Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes. *Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées.* HCE; 2018. Report No: 2018-06-26-SAN-034. Disponible sur: https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et

[39] White Ribbon Alliance. *Charte des soins de maternité respectueux* : *Droits universels des femmes et des nouveaux-nés*. 2022; p. 6. Disponible sur: https://whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2022/05/WRA_RMC_Charter_French.pdf

[40] *Loi N° 2020 - 37 du 03 FEVRTER 2021 portant protection de la santé des personnes en République du Béni*n. 2020-37, Bénin: Sécrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur: https://sgg.gouv.bj/doc/loi-2020-37/

[41] Hajizadeh K, Vaezi M, Meedya S, Charandabi SMA, Mirghafourvand M. *Designing a respectful maternity care guideline: a multiphase study.* Reprod Health. 2022; 19(1): 81. doi: 10.1186/s12978-022-01389-8

[42] White Ribbon Alliance. *Respectful maternity care : The universal rights of childbearing women.* Genève: WRA; 2014. Disponible sur: https://www.hsph.harvard.edu/wp-content/uploads/sites/2413/2014/05/Final_RMC_Charter.pdf

[43] Fédération Internationale de Gynécologie et Obstétrique. *Cadre éthique pour des soins maternels respectueux pendant la grossesse et l'accouchement*. Genève: FIGO; 2021. Disponible sur: https://www.figo.org/fr/ressources/figo-statements/cadre-ethique-soins-de-maternite-respectueux-pendant-la-grossesse-et-l-accouchement

[44] Paikan F. *Respecful maternity care orientation package for health care providers. Afganistan*: Ministère de la santé publique de Kabul; 2017. 99 p. Disponible sur: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/afg-mn-32-01-operationalguidance-2017-eng-523476805-respectful-maternity-care-providers.pdf

[45] *Ordonnance N°73-14 du 08 février 1973 instituant un Code de déontologie médicale*. 73-14, Bénin: Secrétariat général du Gouvernement du Bénin. Disponible sur: https://www.sgg.gouv.bj/doc/ordonnance-1973-14/

[46] *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://sgg.gouv.bj/doc/loi-2011-26/

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

[48] Bohren M, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E et al. *How women are treated during facility-based childbirth in four countries*: *a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys*. The Lancet. 2019; 394(10210): 1750-63. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0

[49] Pathak P, Ghimire B. *Perception of Women regarding Respectful Maternity Care during Facility-Based Childbirth.* Obstet Gynecol Int. 2020; 2020: 5142398. doi: 10.1155/2020/5142398

[50] 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: 17455057221116505. doi: 10.1177/17455057221116505

[51] Dwekat I, Ismail T, Ibrahim M, Ghrayeb F, Abbas E. *Mistreatment of Women during Childbirth and Associated Factors in Northern West Bank, Palestine.* Int J Environ Res Public Health. 2022; 19(20): 13180. doi: 10.3390/ijerph192013180

[52] 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

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

[54] Nawab T, Erum U, Amir A, Khalique N, Ansari M, Chauhan A. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population*. J Family Med Prim Care. 2019; 8(1): 239-45. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_247_18

[55] Batram-Zantvoort S, Razum O, Miani C. *Un regard théorique sur l'intégrité à la naissance* : *médicalisation, théories du risque, embodiment et intersectionnalité*. Santé Publique. 2021; 33(5): 645-54. doi: 10.3917/spub.215.0645

[56] Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME. *Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania.* Matern Child Health J. 2015; 19(10): 2243-50. doi: 10.1007/s10995-015-1743-9

[57] Bradley S, McCourt C, Rayment J, Parmar D. *Disrespectful intrapartum care during facility-based delivery in sub-Saharan Africa: A qualitative systematic review and thematic synthesis of women's perceptions and experiences*. Social Science & Medicine. 2016; 169:157-70. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.09.039

[58] Ramar CN, Vadakekut ES, Grimes WR. *Perineal Lacerations*. In: StatPearls [En ligne]. StatPearls Publishing; 2024 [cité 30 oct 2024]. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559068/

[59] Patterson J, Hollins Martin C, Karatzias T. *Disempowered midwives and traumatised women: Exploring the parallel processes of care provider interaction that contribute to women developing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) post childbirth*. Midwifery. 2019; 76:21-35. doi: 10.1016/j.midw.2019.05.010

[60] 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

[61] 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(1): 8. doi: 10.1186/s12991-021-00331-9

[62] Schroll AM, Kjærgaard H, Midtgaard J. *Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study*. BMC Pregnancy Childbirth. 2013; 13:74. doi: 10.1186/1471-2393-13-74

[63] Aguemon C, Ogoudjobi M. *Connaissance et pratique des sages-femmes sur les soins de maternité respectueux en salle d'accouchement au Centre National Hospitalier Universitaire (Benin) en 2022*. [Mémoire de Master en Soins infirmiers et obstétricaux non publié] Cotonou: Institut Medico-Sanitaire de l'Université d'Abomey-Calavi; 2022.

[64] Moridi M, Pazandeh F, Potrata B. *Midwives' knowledge and practice of Respectful Maternity Care: a survey from Iran*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2022; 22(1): 752. doi: 10.1186/s12884-022-05065-4

[65] Mirzania M, Shakibazadeh E, Bohren M, Babaey F, Hantoushzadeh S, Khajavi A et al. *Knowledge, attitude and practice of healthcare providers on mistreatment of women during labour and childbirth: A cross-sectional study in Tehran, Iran, 2021*. Behmanesh F, éditeur. PLoS ONE. 2024; 19(10): e0311346. doi: 10.1186/s12884-022-05065-4

[66] Deki S, Choden J. *Assess Knowledge, Attitude and Practices of Respectful Maternity Care among nurse midwives in Referral Hospitals of Bhutan.* Bhutan Health Journal. 2018; 4(1): 1-7. doi: 10.47811/bhj.50

[67] Shimoda K, Horiuchi S, Leshabari S, Shimpuku Y. *Midwives' respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania*: *a qualitative study*. Reproductive Health. 2018; 15(1): 8. doi: 10.1186/s12978-017-0447-6

[68] Uwamahoro V, Semasaka JPS, Ndagijimana A, Humuza J. *Perceptions and attitudes of midwives on respectful maternity care during childbirth: a qualitative study in three district hospitals of Kigali City of Rwanda.* Pan Afr Med J. 2023; 46:110. doi: 10.11604/pamj.2023.46.110.40764

[69] D-zomeku VM, Mensah BAB, Nakua EK, Agbadi P, Lori JR, Donkor P. *Exploring midwives' understanding of respectful maternal care in Kumasi, Ghana: Qualitative inquiry*. Brownie SM, éditeur. PLoS ONE. 2020; 15(7): e0220538. doi: 10.1371/journal.pone.0220538

[70] Adinew Y, Hall H, Marshall A, Kelly J. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth in central Ethiopia.* Global Health Action. 2021; 14(1): 1923327. doi: 10.1080/16549716.2021.1923327

[71] Bigot C, Dangbemey P. *Prévalence et facteurs associés aux violences obstétricales dans les centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2023* [Thèse de doctorat de Médecine non publiée]. Cotonou, Bénin: Faculté des sciences de la Santé de l'Université d'Abomey Calavi; 2023.

[72] 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; Bénin : Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi; 2022.

[73] 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

[74] Asefa A, Bekele D, Morgan A, Kermode M. *Service providers' experiences of disrespectful and abusive behavior towards women during facility based childbirth in Addis Ababa, Ethiopia.* Reproductive Health. 2018; 15(1): 4. doi: 10.1186/s12978-017-0449-4

[75] Okafor I, Ugwu E, Obi S. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country.* International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2015; 128(2): 110-3. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.08.015

[76] Galle A, Manaharlal H, Cumbane E, Picardo J, Griffin S, Osman N et al. *Disrespect and abuse during facility-based childbirth in southern Mozambique: a cross-sectional study*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2019; 19(1): 369. doi: 10.1186/s12884-019-2532-z

[77] Ajayi A, Ahinkorah BO, Seidu A, Adeniyi O. *Prevalence and correlates of induced abortion: results of a facility-based cross-sectional survey of parturient women living with HIV in South Africa.* Reproductive Health. 5 déc 2022; 19(1): 220. doi: 10.1186/s12978-022-01520-9

[78] Haile T, Abraha T, Gebremeskel G, Zereabruk K, Welu T, Grum T et al. *Induced abortion in Africa: A systematic review and meta-analysis*. PLoS One. 2024; 19(5): e0302824. doi: 10.1371/journal.pone.0302824

[79] Mocumbi S, Högberg U, Lampa E, Sacoor C, Valá A, et al. *Mothers' satisfaction with care during facility-based childbirth: a cross-sectional survey in southern Mozambique.* BMC Pregnancy Childbirth. 2019; 19(1): 303. doi: 10.1186/s12884-019-2449-6

[80] Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. *Violence au bloc obstétrical* : *une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne*. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2020; 48(11): 790-9. doi: 10.1016/j.gofs.2020.04.012

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

[82] Bekele W, Bayou NB, Garedew MG. *Magnitude of disrespectful and abusive care among women during facility-based childbirth in Shambu town, Horro Guduru Wollega zone, Ethiopia.* Midwifery. 2020; 83: 102629. doi: 10.1016/j.midw.2020.102629

[83] 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: 988961. doi: 10.3389/fpubh.2023.988961

[84] Adu-Bonsaffoh K, Tamma E, Maya E, Vogel J, Tunçalp Ö, Bohren M. *Health workers' and hospital administrators' perspectives on mistreatment of women during facility-based childbirth: a multicenter qualitative study in Ghana.* Reproductive Health. 2022; 19(1): 82. doi: 10.1186/s12978-022-01372-3

[85] Dubey K, Sharma N, Chawla D, Khatuja R, Jain S. *Impact of Birth Companionship on Maternal and Fetal Outcomes in Primigravida Women in a Government Tertiary Care Center.* Cureus. 2023; 15(5): e38497. doi: 10.7759/cureus.38497

[86] Ukke G, Gurara M, Boynito W. *Disrespect and abuse of women during childbirth in public health facilities in Arba Minch town,* south Ethiopia - *a cross-sectional study*. PLoS One. 2019; 14(4): e0205545. doi: 10.1371/journal.pone.0205545

[87] Atai O, Inyama H, Wakasiaka S, Jebet J, Oyieke J. *Prevalence of Disrespectful Maternity Care and Abuse among Women Seeking Maternity Care Services at the Kenyatta National Hospital,* Nairobi*: A Cross-Sectional Descriptive Study*. Open Journal of Obstetrics and Gynecology. 2018; 8(6): 610-29. doi: 10.4236/ojog.2018.86067

[88] Habte A, Tamene A, Woldeyohannes D, Endale F, Bogale B, Gizachew A. *The prevalence of respectful maternity care during childbirth and its determinants in Ethiopia: A systematic review and meta-analysis.* PLoS One. 2022; 17(11): e0277889. doi: 10.1371/journal.pone.0277889

[89] Warren C, Njue R, Ndwiga C, Abuya T. *Manifestations and drivers of mistreatment of women during childbirth in Kenya: implications for measurement and developing interventions.* BMC Pregnancy and Childbirth. 2017; 17(1): 102. doi: 10.1186/s12884-017-1288-6

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation du directeur du CNHU-HKM

REPUBLIQUE DU BENIN - MINISTERE DE LA SANTE
CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT K. MAGA
Direction Générale

01 BP : 386
(+229) 21 30 06 56
www.cnhu-hkm.org

COMMISSION MEDICALE D'ETABLISSEMENT
SERVICE DE LA STATISTIQUE MEDICALE ET DE LA RECHERCHE

Cotonou, le 23 AOUT 2024

N° 1672/MS/CNHU-HKM/PCME/SSMR

NOTE DE SERVICE

Objet : Autorisation de collecte de données

Référence : Demande de monsieur Donald G. AHOUNOU en date du 06 août 2024

Dans le cadre de la rédaction de sa thèse de doctorat, portant sur le thème, **«Evaluation des professionnels de la santé sur les soins maternels respectueux dans la salle d'accouchement de la Clinique Universitaire de Gynécologie et Obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou en 2024»,** monsieur **Donald G. AHOUNOU**, doctorant en Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou est autorisé à effectuer une collecte de données à la **Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique** du Centre national hospitalier universitaire Hubert K. MAGA (CNHU-HKM).

À cet effet, le Chef de Clinique, 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 de Service de la Statistique médicale et de la Recherche.

À 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 : « statistiques.medicales@cnhu-hkm.bj ».

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,

Le Directeur Général

Prof. Dieu donné GNONLONFOUN

Ampliations : DAF, C/SRH, P/CME, C/SSRM, C/CUGO, Surveillant(e)s, Intéressé, Archives, Chrono

Annexe 2 : Autorisation du directeur du CHU-MEL

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
Tél. : +229 21-14-94-38 / 97 04 86 75
homelag@gmail.com
skintomonho@gouv.bj

0015494-00

N° 4117 2024/DG/DAF/SRH/DGPFE/SA Cotonou, le 12 SEPT 2024

AUTORISATION DE RECHERCHE

****

Le Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant-Lagune (CHU-MEL), soussigné, autorise le nommé **AHOUNOU Gloria Donald**, étudiant en 7ème année de Médecine Générale à la Faculté des Sciences de la Santé, à collecter au Service Mère dudit Centre des données dans le cadre de sa thèse portant sur le thème : **« EVALUATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE SUR LES SOINS MATERNELS RESPECTUEUX DANS LES SALLES D'ACCOUCHEMENT DE LA CLINIQUE UNIVERSITAIRE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE DU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER UNIVERSITAIRE HUBERT KOUTOUKOU MAGA DE COTONOU ET DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LA MERE ET DE L'ENFANT-LAGUNE EN 2024 ».**

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

Le Directeur Général,

Sourou Raymond KINTOMONHO

AMPLIATIONS

Commission Médicale d'Etablissement	1
Service concerné	1
Intéressé	1
Chrono/Archives	1

Annexe 3 : Certificat d'analyse e-plagiat

Certificat d'analyse

Date d'émission: 22/11/2024

Compte évaluateur: Houndeton Mèvègnin Régis Didier

AUTEUR DU DOCUMENT : AHOUNOU Donald

TITRE DU DOCUMENT : Evaluation des connaissances et des pratiques des professionnels de la santé et le vécu des femmes sur les soins de maternité respectueux: Cas de deux centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2024

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	Taux de IA
Thèse	20500	82	2.93%	-%

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 :

3af583e9dbbb64d348595d0369a4934c67e9

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

Annexe 4 : Fiche de consentement des professionnels de la santé

FICHE D'ENQUETE N°1

N° de fiche : Date :

CONSENTEMENT ECLAIRE DE L'ENQUETE

Cher(e) professionnel(le) de la santé, bonjour.

Nous sommes Donald AHOUNOU, étudiant en 7 ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

Dans le cadre de nos travaux de recherche pour la thèse de doctorat en médecine, nous réalisons avec nos maîtres une étude portant sur **l'évaluation des professionnels de la sante sur les soins de maternité respectueux : cas de deux centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2024 (CUGO et CHU-MEL).**

A cet effet, nous voudrions vous inviter à répondre à un questionnaire comprenant des questions sur différents aspects des SMR. Votre contribution est importante pour comprendre et améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes au CNHU-HKM. Vos réponses seront strictement confidentielles et anonymes. Les données collectées ne seront utilisées qu'à des fins de recherche et seront traitées de manière sécurisée. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser de participer ou de retirer votre consentement à tout moment sans subir de conséquences négatives.

NB : Votre refus ou votre accord de participer à cette étude ne modifiera en rien la qualité de vos relations avec les maîtres du service.

En signe de consentement, veuillez signer cette fiche de consentement.

Je soussigné (e) Mr/Mme……, reconnais avoir donné mon consentement de façon libre et éclairée à participer à cette enquête.

Signature de l'enquêté(e)

Annexe 5 : Fiche de consentement des parturientes

FICHE D'ENQUETE N°2

N° de fiche : Date :

CONSENTEMENT ECLAIRE DE L'ENQUETE

Bonjour madame.

Nous sommes Donald AHOUNOU, étudiant en 7 ème année de médecine générale à la Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou.

Dans le cadre de nos travaux de recherche pour la thèse de doctorat en médecine, nous réalisons avec nos maîtres une étude portant sur **l'évaluation des professionnels de la sante sur les soins de maternité respectueux : cas de deux centres hospitaliers et universitaires de Cotonou en 2024 (CUGO et CHU-MEL).**

A cet effet, nous voudrions vous observer pendant quelques heures afin d'apprécier la façon dont vous êtes traitée et vous inviter après l'accouchement (par la grâce de Dieu) à répondre à un questionnaire comprenant des questions sur différents aspects des SMR en relation avec votre prise en charge dans le service. Votre contribution est importante pour comprendre et améliorer la qualité des soins prodigués aux femmes enceintes au CNHU-HKM et au CHU-MEL. Vos réponses seront strictement confidentielles et anonymes. Les données collectées ne seront utilisées qu'à des fins de recherche et seront traitées de manière sécurisée. Aucune information permettant de vous identifier ne sera divulguée. Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser de participer ou de retirer votre consentement à tout moment sans subir de conséquences négatives.

NB : Votre refus ou votre accord de participer à cette étude ne modifiera en rien la qualité de votre traitement et de votre relation avec votre médecin et l'équipe sanitaire à vos soins.

En signe de consentement, veuillez signer cette fiche de consentement.

Je soussigné (e) Mr/Mme……..……, reconnais avoir donné mon consentement de façon libre et éclairée à participer à cette enquête.

Signature de l'enquêté(e)

<u>Annexe 6</u> : Fiche d'évaluation des connaissances des professionnels de la santé sur les soins de maternité respectueux

A. Caractéristiques socioprofessionnelles

Caractéristiques	Propositions de réponses	Réponses
Age en années		
Sexe	1. Masculin 2. Féminin	
Nationalité	1. Béninoise 2. Autre à préciser	
Ethnie	1. Fon et apparentés 2. Yoruba 3. Nago 4. Dendi 5. Adja 6. Haoussa 7. Autre à préciser	
Catégorie professionnelle	1. Médecin en spécialisation 2. Sage-femme	
Niveau d'études	1. Licence en Soins Obstétricales 2. Master en Soins Obstétricales 3. 1ère année de spécialisation 4. 2ème année de spécialisation 5. 3ème année de spécialisation 6. 4ème année de spécialisation	
Nombre d'année d'expérience professionnelle		

B. Evaluation des connaissances

<u>Consigne</u> : Encercler la bonne réponse

1. Qu’est-ce que les soins maternels respectueux ?
    A) Un modèle de soins centré sur les besoins, les droits et la dignité des femmes
    B) Des soins axés sur le bébé
    C)) Une approche strictement basée sur les directives médicales

2. Quel est l’objectif principal des soins maternels respectueux ?
    A) Accélérer le processus de travail
    B) Améliorer la satisfaction de la mère et les résultats de santé maternelle et infantile
    C) Réduire les coûts de la santé

3. Êtes-vous familiarisé(e) avec la Charte de la White Ribbon Alliance (WRA) pour des soins maternels respectueux ?
    A) Oui
    B) Non
    C) Partiellement

4. Combien de catégories de droits compte la charte de la WRA ?
    A) 5
    B) 6
    C) 7
    D) 8

5. Quels sont les principes clés des soins maternels respectueux ?
    A) Confidentialité, autonomie, consentement éclairé
    B) Rapidité, efficacité, contrôle médical
    C) Surveillance constante, directives strictes, intervention rapide

6. Parmi les principes suivants, lequel est inclus dans la Charte de la WRA pour des soins maternels respectueux ?
    A) Rapidité des interventions médicales
    B) Respect de la dignité et de l'intégrité des femmes
    C) Application rigide des protocoles médicaux

7. . Comment pouvez-vous promouvoir l'autonomie des femmes lors des soins maternels ?
    A) En prenant toutes les décisions pour elles
    B) En les informant sur leurs droits et leurs options de soins
    C) En ne leur donnant pas d'informations sur leur santé

8. Comment pouvez-vous promouvoir la participation active des femmes dans leurs soins maternels ?
    A) En prenant toutes les décisions à leur place
    B) En leur fournissant des informations complètes sur leur santé et leurs options de soins
    C) En ne les informant pas sur leur état de santé

9. Quelle est l'importance de la communication respectueuse dans les soins maternels ?
    A) Elle n'a pas d'importance tant que les instructions sont suivies
    B) Elle favorise la confiance, le respect et la satisfaction
    C) Elle peut être négligée si le temps est limité

10. Quel principe des soins maternels respectueux met l'accent sur le respect de la vie privée des femmes pendant l'accouchement ?
    A) Autonomie
    B) Confidentialité
    C) Respect des préférences culturelles

11. Pourquoi est-il important de respecter le choix des femmes en matière de soins maternels ?
    A) Parce que les femmes ne devraient pas avoir le droit de choisir
    B) Parce que cela renforce leur autonomie et leur dignité
    C) Parce que les femmes ne sont pas capables de prendre des décisions éclairées

12. Parmi les propositions suivantes, laquelle répond aux principes des soins maternels respectueux ?

A) Attacher la femme enceinte pour qu'elle maintienne une position donnée pour l'accouchement
B) Gronder sur la patiente afin qu'elle maintienne une position donnée pour l'accouchement
C) Expliquer à la patiente les informations sur les différentes positions d'accouchement en fonction de sa grossesse actuelle, l'encourager et la laisser choisir sa position d'accouchement

13. Qu'est-ce que la non-discrimination dans les soins maternels respectueux ?
    A) Le traitement égal de toutes les femmes, quelles que soient leurs caractéristiques
    B) La discrimination basée sur des facteurs tels que la race, la classe sociale ou le statut socio-économique
    C) Le refus de soins à certaines femmes en fonction de leur origine ethnique

14. Le personnel médical a le droit de retenir une femme à l'hôpital :
    A) Pour des raisons en rapport avec sa santé
    B) Pour des raisons financières
    C) Pour des raisons en rapport avec la santé du bébé

15. Quel est l'effet de l'application des principes de la Charte de la WRA sur l'expérience de la naissance pour les femmes ?
    A) Une expérience de naissance négative
    B) Une expérience de naissance positive et respectueuse
    C) Aucun impact sur l'expérience de la naissance

16. Quels sont les défis que vous rencontrez dans la mise en œuvre des principes de la charte de la WRA pour les soins maternels ? (Choix multiples)
    A. Insuffisance du plateau technique
    B. Comportement irrespectueux de certaines femmes

C. Insuffisance de ressources matérielles et humaines pour fournir des soins individualisés et attentionnés
D. Formation insuffisante du personnel sur les soins maternels respectueux
E. Limitations financières des patientes
F. Autre à préciser

Annexe 7 : Fiche d'évaluation des pratiques professionnels sur les soins de maternité respectueux

A. Caractéristiques socio-démographiques

Caractéristiques	Propositions de réponses	Réponses
Age en années		
Centre d'étude	3. CNHU-HKM 4. CHU-MEL	
Nationalité	1. Béninoise 2. Autre à préciser	
Ethnie	8. Fon et apparentés 9. Yoruba 10. Nago 11. Dendi 12. Adja 13. Haoussa 14. Autre à préciser	
Lieu de résidence	3. Urbain 4. Rural	
Niveau de scolarisation	7. Non scolarisée 8. Maternel ou primaire 9. Secondaire 10. Universitaire	
Appartenance religieuse	1. Chrétienne 2. Musulmane 3. Athée	
Statut matrimonial	1. Jamais mariée 2. Mariée ou concubinage 3. Divorcée/ Séparée/ Veuve	
Statut professionnel	1. Employée 2. Sans emploi 3. Elève/ Etudiante	
Statut HIV	1. Positif 2. Négatif	
	3.	

B. Antécédents obstétricaux et historique d'utilisation du service de soins

Gestité, Parité, Nombre d'enfants vivants		G……P…….EV…….
Lieu de suivi de la grossesse	1. CNHU 2. CHU-MEL 3. Autre	
Nombre d'accouchement antérieur à la CUGO ou au CHU-MEL	1. Zéro 2. Un 3. Supérieure ou égale à deux	
Nombre de visites prénatales effectuées dans le service	1. Inférieure à trois 2. Supérieure ou égale à trois	
Référée vers le service	1. Oui 2. Non	
Heure d'accouchement	1. Entre 08 heures et 22 heures 2. Entre 22 heures et 08 heures	
Type de prestataire ayant effectué l'accouchement	1. Médecin 2. Sage-femme 3. Autre à préciser	
Voie d'accouchement	1. Basse 2. Césarienne	
Etat de l'enfant accouché	1. Vivant 2. Mort	

C. Manques de respect ou abus observés

Type de manque de respect ou d'abus	Formes de manque de respect de d'abus	Phase d'observation
Violence physique	1. Coup de pied 2. Pincé 3. Giflé 4. Poussé 5. Battu	

	6. Episiotomie sans anesthésie 7. Attachée au lit d'accouchement 8. Autre à préciser	
Soins non consentis	1. Palpation abdominale ou mammaire sans indication 2. Examen vaginal sans indication ou sans explication préalable 3. Episiotomie sans indication 4. Révision utérine sans indication 5. La femme enceinte n'a pas été informé de sa pathologie et/ou de son évolution et/ou des résultats des explorations demandées 6. La femme enceinte n'a pas été informée des procédures de sa prise en charge avant celle-ci 7. Le personnel n'a pas demandé à la femme si elle a des question ou d'autres problèmes qui la préoccupent 8. Autre à préciser	
Soins non confidentiels	1. Informations sur la santé de la patiente partagées avec du personnel non sanitaire 2. Informations sur la santé de la patiente* discutées à portée de voix des autres patientes 3. La patiente n'a pas son propre lit 4. Pas d'utilisation de rideaux ou d'autres barrières visuelles pour protéger la femme pendant les examens, les	

	accouchements, les procédures de transferts 5. Autre à préciser	
Soins non dignes	1. La patiente n'a pas été respectueusement saluée 2. A crié sur la patiente 3. A insulté la patiente 4. S'est moqué de la patiente (rire, nom insultant…) 5. A menacé la patiente 6. A calomnié la patiente 7. Autre à préciser	
Discrimination	1. Refus de donner des soins à une femme qui parait s'être dépigmentée 2. Nonchalance ou refus de soins à une femme enceinte d'âge extrême 3. Autre raison à préciser	
Abandon ou refus de soins	1. Refus d'avoir de personne de soutien pendant le travail et l'accouchement 2. Lenteur dans les soins 3. Défaut de fournitures de soins adéquats malgré la disponibilité 4. Négligence après l'accouchement 5. Autre à préciser	
Détention	-	

D. Appréciation des femmes sur la qualité des soins reçus

1. Comment évalueriez-vous l'attention portée à vos besoins et préférences pendant le travail et l'accouchement ?

a) Excellente

b) Bonne

c) Moyenne

d) Insuffisante

2. Avez-vous été informée de toutes les procédures médicales proposées avant qu'elles ne soient effectuées ?

a) Oui, toujours

b) La plupart du temps

c) Rarement

d) Jamais

3. Dans quelle mesure vous êtes-vous sentie écoutée par l'équipe médicale pendant le processus d'accouchement ?

a) Très écoutée

b) Écoutée

c) Pas très écoutée

d) Pas du tout écoutée

4. Les membres de l'équipe médicale ont-ils respecté votre intimité pendant le travail et l'accouchement ?

a) Toujours

b) La plupart du temps

c) Parfois

d) Rarement

5. Avez-vous été encouragée à choisir votre position d'accouchement ?

a) Oui, totalement

b) Dans une certaine mesure

c) Pas vraiment

d) Non, pas du tout

6. Comment évalueriez-vous le soutien émotionnel que vous avez reçu pendant le travail et l'accouchement ?

a) Très bon

b) Bon

c) Moyen

d) Mauvais

7. Aviez-vous été physiquement ou verbalement agressé pendant votre travail d'accouchement ou au cours de l'accouchement ?

a) Toujours

b) La plupart du temps

c) Parfois

d) Rarement

8. Vous sentiez-vous en confiance pour exprimer vos besoins et préoccupations à l'équipe médicale ?

a) Oui, totalement

b) Dans une certaine mesure

c) Pas vraiment

d) Non, pas du tout

9. Votre départ pour la maison est-il retardé pour des raisons indépendantes de votre santé ?

a) Oui, totalement

b) Dans une certaine mesure

c) Pas vraiment

d) Non

TABLE DES MATIERES

ACTIONS DE GRACES……...I

DEDICACES……...III

REMERCIEMENTS…….……VII

HOMMAGE…….....XII

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABREVIATIONS……..XV

LISTE DES TABLEAUX……...……..XVIII

LISTE DES FIGURES…….XXI

SOMMAIRE…….……..XXV

INTRODUCTION…….…1

1. PROBLEMATIQUE 4
   1.1. Enoncé du problème 5
   1.2. Cadre conceptuel 8
   1.3. Hypothèses 10
   1.4. Objectifs 10
      1.4.1. Objectif général 10
      1.4.2. Objectifs spécifiques 10
2. GENERALITES 12
   2.1. Définition de concepts 13
      2.1.1. Evaluation 13
      2.1.2. Connaissances 13
      2.1.3. Pratiques 13
      2.1.4. Soins de maternité respectueux 13
      2.1.5. Violences obstétricales 14
      2.1.6. Professionnel de santé 14
   2.2. Les soins de maternité respectueux 15
      2.2.1. Historique des soins de maternité respectueux 15

2.2.1.1. Naissance 15
2.2.1.2. Internationalisation des soins de maternité respectueux 15
2.2.2. Cadre éthique pour des soins de maternité respectueux pendant la grossesse et l'accouchement 19
2.2.3. Contenu des soins de maternité respectueux 21
2.2.4. Aspects juridiques des SMR 28
2.2.4.1. Au niveau international 28
2.2.4.2. Au niveau national 29
2.2.5. Epidémiologie des soins de maternité respectueux 33
2.2.5.1. Fréquence des soins de maternité respectueux 33
2.2.5.2. Manifestations des violences obstétricales 35
2.2.6. Conséquences du non-respect des SMR sur la santé des femmes 36
3. CADRE ET METHODE D'ETUDE 38
3.1. Cadre d'étude 39
3.1.1. Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou 39
3.1.1.1. Aperçu général du CNHU-HKM 39
3.1.1.2. Clinique Universitaire de Gynécologie et d'Obstétrique (CUGO) 40
3.1.2. Centre Hospitalier et Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou 44
3.1.2.1. Aperçu général du CHU-MEL 44
3.1.2.2. Service de Gynécologie et d'Obstétrique 44
3.2. Méthode d'étude 48
3.2.1. Type d'étude 48
3.2.2. Période d'étude 48
3.2.3. Population d'étude 48
3.2.4. Critères d'éligibilité 48
3.2.4.1. Critères d'inclusion 48
3.2.4.2. *Critères* d'exclusion 49

3.2.5. Echantillonnage 49
3.2.5.1. Méthode et techniques de l'échantillonnage 49
3.2.5.2. Taille de l'échantillon 49
3.2.6. Variables 49
3.2.6.1. Variable dépendante 49
3.2.6.2. Variables indépendantes 50
3.2.7. Collecte de données 52
3.2.7.1. Equipe de collecte 52
3.2.7.2. Source de collecte 52
3.2.7.3. Technique et outils de collecte 52
3.2.7.4. Déroulement de la collecte 53
3.2.8. Traitement et analyse des données 53
3.2.9. Aspects éthiques et réglementaires 54
3.2.10. Difficultés rencontrées 54
4. RESULTATS 56
4.1. Echantillon 57
4.2. Professionnels de la santé 57
4.2.1. Caractéristiques socio-professionnelles 57
4.2.2. Source d'information et formation sur les SMR des professionnels de la santé 59
4.2.3. Défis rencontrés par les professionnels de la santé dans la mise en œuvre des principes de la charte pour des soins de maternité respectueux 60
4.2.4. Connaissances des professionnels de la santé sur les SMR 61
4.2.5. Niveaux de connaissances sur les SMR des professionnels de la santé 63
4.2.5.1. Niveaux de connaissances des médecins gynéco-obstétriciens selon l'ancienneté 63
4.2.5.2. Niveaux de connaissances des sages-femmes selon l'ancienneté 65
4.2.5.3. Niveaux globaux de connaissances des professionnels de santé 66

4.2.6. Pratique des soins de maternité respectueux par les professionnels de la santé 67
4.2.6.1. Manque de respect et abus observés dans les salles d'accouchement du CNHU-HKM et du CHU-MEL 67
4.2.6.2. Pratiques irrespectueuses par type de violence obstétricale 69
4.3. Parturientes 70
4.3.1. Caractéristiques socio- démographiques des patientes 70
4.3.2. Antécédents obstétricaux et historique d'utilisation du service de soins 71
4.3.3. Appréciation des femmes sur la qualité des soins maternels respectueux 74
4.3.3.1. Résultats quantitatifs 74
4.3.3.2. Résultats qualitatifs 77
5. DISCUSSION 80
5.1. Atteinte des objectifs de l'étude 81
5.2. Forces et limites de l'étude 83
5.2.1. Forces de l'étude 83
5.2.2. Limites de l'étude 83
5.3. Comparaison des résultats avec ceux d'autres auteurs 84
5.3.1. Comparaison quantitative 84
5.3.1.1. Caractéristiques socio-professionnelles des professionnels de santé 84
5.3.1.2. Caractéristiques socio-démographiques et gynéco-obstétricales des parturientes 86
5.3.1.3. Données liées à la grossesse 89
5.3.1.4. Données liées à l'accouchement 89
5.3.1.5. Niveau de connaissance des professionnels de santé 90
5.3.1.6. Application des droits de maternité respectueux 91
5.3.2. Comparaison qualitative 96
CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS 98
REFERENCES 102

ANNEXES……A

CONCLUSIONS ET SUGGESTIONS……...98

REFERENCES……..…102

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 PRESIDENT DU JURY

VU LE DOYEN DE LA FSS

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE RECTEUR DE L'UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI

RESUME

Introduction : Les soins de maternité respectueux sont un modèle de soins centré sur les valeurs, les attitudes et les comportements des professionnels de la santé dans le but d'éradiquer les violences obstétricales et positiver l'expérience des femmes au cours du travail et de l'accouchement.

Objectif : Evaluer les connaissances et pratiques des professionnels de la santé ainsi que le vécu des patientes des salles d'accouchement de deux centres hospitaliers et universitaires de Cotonou sur les Soins Maternels Respectueux en 2024.

Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et évaluative avec un recueil prospectif des données par entretien et observation du 12 juillet au 06 octobre 2024.

Résultats : L'étude a porté sur 48 professionnels de santé et 104 parturientes. Sur les 48 professionnels de santé recrutés, aucun n'avait un bon niveau de connaissance sur les soins de maternité respectueux ; 45,8 % avaient un niveau de connaissance insuffisant, 39,6 % un niveau moyen et 14,6 % un mauvais niveau. Toutes les parturientes de l'étude ont été victimes d'au moins un type de mauvais traitement de la part des professionnels de santé. Les formes de maltraitances les plus observées étaient le refus à la patiente d'avoir une personne de soutien pendant le travail et l'accouchement (100 %), la violence physique notamment les épisiotomies sans anesthésie (20,2 %), le manque de confidentialité dans la gestion des informations des patientes (14,4 %), le manque d'explication aux patientes de leur état de santé (12,5 %) et le non-respect de la dignité des patientes (cri sur la patiente, moquerie, salutations irrespectueuses) dans les soins délivrés (10,6 %). Le tiers des patientes (33,7 %) n'était pas satisfait de leur prise en charge dans les centres d'étude en termes de soins de maternité respectueux.

Conclusion : Il existe un manque de connaissance et de pratique des professionnels de la santé des centres hospitaliers et universitaires de Cotonou sur les soins de maternité respectueux. Il est nécessaire de mener une étude à grande échelle et prendre des mesures pour améliorer les compétences des professionnels de la santé ainsi que le vécu des femmes.

Mots-clés : Soins de maternités respectueux, Professionnels de santé, Bénin

ABSTRACT

Introduction : Respectful maternity care is a model of care centered on the values, attitudes and behaviors of health professionals with the aim of eradicating obstetric violence and positively impacting women's experience during labor and childbirth.

Objective : Assess the knowledge and practices of health professionals as well as the experiences of patients in the delivery rooms of two hospital and university centers in Cotonou on Respectful Maternal Care in 2024

Method : This was a descriptive cross-sectional study with prospective data collection by interview and observation from July 12 to October 6, 2024.

Results : The study involved 48 health professionals and 104 parturients. Of the 48 health professionals recruited, none had a good level of knowledge about respectful maternity care ; 45.8% had an insufficient level of knowledge, 39.6% had an average level and 14.6% had a poor level. All the parturients in the study were victims of at least one type of mistreatment by health professionals. The most observed forms of mistreatment were the refusal of the patient to have a support person during labor and delivery (100%), physical violence including episiotomies without anesthesia (20.2%), lack of confidentiality in the management of patient information (14.4%), failure to explain to patients their state of health (12.5%) and failure to respect the dignity of patients (shouting at the patient, mocking, disrespectful greetings) in the care provided (10.6%). Thirds of the patients (33,7%) was unsatisfied with their care in the study centers in terms of respectful maternity care.

Conclusion : There is a lack of knowledge and practice among health professionals in Cotonou university hospitals and centers on respectful maternity care. It is necessary to conduct a large-scale study and take measures to improve the skills of health professionals as well as the experiences of women.

Keywords : Respectful maternity care, Health professionals, Benin