

# **Violences gynécologiques et obstétricales : perception des prestataires de soins et des usagères et exploration de leurs déterminants. Une étude qualitative exploratoire dans la région de Dakar au Sénégal.**

Présenté par

**Ndeye Khady BABOU**

Pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département Santé

Spécialité Santé Internationale

le 27 Septembre 2021

Devant le jury composé de :

Pr. Roger SALAMON    Président  
Directeur Honoraire de l'ISPED

Pr. Patrick THONNEAU, Directeur du    Examineur  
Département Santé université Senghor

Pr. Pierre TRAISSAC    Examineur  
Ingénieur de recherche, IRD, Montpellier

## Remerciements

Sincèrement à vous :

- ⌘ Je remercie l'équipe d'EQUIPOP de m'avoir accueilli à bras ouverts. Votre approche de la santé des femmes, des filles et des adolescentes m'a irrémédiablement changé. Et travailler sur le sujet des violences gynécologiques et obstétricales, m'a mise dans une réalité que je mésestimais et dont j'ignorais l'ampleur, des femmes encore en souffrance et en souffrance inutile et **évitable**.
- ⌘ Je remercie le Pr *Luc De Bernis*, d'avoir accepté si généreusement de m'encadrer pour ce travail. Sa passion pour la santé maternelle en générale et en particulier en Afrique, ses efforts non ménagés pour l'amélioration de la condition de la femme expliquent mon admiration à son égard.
- ⌘ Je remercie Pr *Anne Marie Moulin*, qui au pied levé a contribué à ce travail.
- ⌘ Les mains de fée et d'expertes de Dr *Maimouna Ndoye*, *Cina Gueye* sont passées par là ; Mesdames, vous entendre parler est un pur plaisir.
- ⌘ Dr *Alioune Dramé*, vos encouragements et conseils m'ont porté de l'avant. Merci de m'avoir ouvert votre bureau, je l'avoue j'en ai usé et abusé.
- ⌘ À notre cher Directeur du département Santé, Pr *P.F. Thonneau*, vous avez su accompagner, pousser, parfois malmener sans jamais offenser notre groupe si hétéroclite.
- ⌘ *Madame Alice*, vous avez été plus que de l'administration pour moi, un simple merci ne saurait vous dire combien je vous suis reconnaissante pour l'écoute quand j'en avais tellement besoin.
- ⌘ À ma famille sénégalaise de Senghor, je vous adore.
- ⌘ À mes collègues du département et de l'université, ces moments passés avec vous m'ont permis de découvrir l'Afrique dans ce qu'elle a de plus généreux, j'espère que nous serons au rendez-vous pour changer notre continent dans sa meilleure version.
- ⌘ En dernier mais pas des moindres, merci aux femmes qui ont bien voulu participer et aux prestataires de soins. J'espère que ce travail servira au mieux à l'amélioration d'une question aussi importante pour nous tout.e.s : la santé maternelle.

## Dédicace

*Ya Allah, Ya Rahman Ya Rahim*

« *Azza Wa Jall*, Puissant et Majestueux, l'ère Covid19 nous a rappelé combien fragiles nous pouvons être, pardonne-nous de ne jamais assez Magnifier ton Trône, pardonne-nous de prendre pour acquise chaque bouffée d'oxygène que nous respirons... Ta Grandeur n'a d'Égal que Ta Miséricorde ».

*Au Prophète Bien-Aimé :*

« Que la paix et la bénédiction d'Allah soient sur lui et sa famille, nous renouvelons notre amour, notre respect et notre admiration ».

*À ma mère,*

Ma Chère précieuse, l'image qui me vient toujours à l'esprit c'est toi courant sous la pluie, éclatant de rire à l'image de cette joie et de cet optimisme qui te caractérisaient tant. En ayant la chance de te voir évoluer, nous avons appris le respect du travail, de l'amour du prochain et la conviction de toujours pouvoir mieux faire. Nous prions et ne pouvons que t'imaginer au paradis Firdawsi. Puisse Le Miséricordieux t'y accordait un jardin au moins aussi généreux que tu ne l'as été.

*À mon père, mon ami, l'homme de ma vie,*

Cher père, d'aussi loin que remontent mes souvenirs je vous vois. Mon amour et mon respect pour toi ne sauraient être égaux à votre dévouement pour moi, mon éducation, ma vie. Je te remercie pour chaque sacrifice. Puisses-tu vivre encore de longues et belles années.

*À ma famille,*

Je suis tellement reconnaissante d'être née et entourée par vous tous, frères, sœurs, petits diables de neveux. Votre amour, vos encouragements m'ont aidée à tenir quand le temps me semblait long, m'ont poussée de l'avant à chaque fois que la coupe a été pleine. Soyez bénis pour cela.

La famille n'est pas seulement biologique, je pense, à mon *papa livre*, *Mr Diop* qui a élargi mes aventures livresques, à mes ami.e.s toujours là, à mes enseignant.e.s devenu.e.s tantes et oncles. Que Dieu vous garde encore longtemps parmi nous et jamais loin de moi. En effet, que deviendrai-je sans vous ?

Je vous aime !

*« L'accouchement et le travail sont difficiles, toutes les femmes y passent même la sage-femme en connaît la douleur en tant que femme donc le personnel doit faire preuve de plus d'humanité »*

Propos d'une des femmes interviewées.

## Résumé

**Contexte** : Le phénomène des violences gynéco-obstétricales (VGO) est appelé « épidémie » par l’OMS et s’observe dans beaucoup de pays, développés ou à revenus faibles. Le défi des pays avec une forte mortalité maternelle sera de faire des efforts supplémentaires afin de réduire cette mortalité, tout en veillant à la qualité de soins maternels bienveillants, dignes et respectueux. Les femmes font l’objet au cours de leurs soins de violations des droits humains. Au Sénégal les taux de mortalité materno-infantiles restent encore élevés malgré les efforts organisationnels ; et très peu d’études renseignent sur le phénomène des VGO. Cette étude explore les VGO du point de vue des patientes et des prestataires.

**Méthode** : Il s’agit d’une étude qualitative exploratoire descriptive. Elle impliquait une observation directe au niveau des différents services offerts par les deux maternités. Un journal de bord a été utilisé tout le long de l’enquête sur le terrain qui a duré trois semaines. Et des entretiens semi-directifs des prestataires et des patientes au niveau de deux structures de santé de la région de Dakar. Un échantillonnage par choix raisonné a été fait et a permis de recruter quatorze prestataires de soins ainsi que treize patientes. Tous les entretiens ont été traduits, transcrits et codés. Une analyse thématique et de contenu a permis de traiter les informations recueillies. Une triangulation avec les données de la revue a permis d’avoir une première image des VGO au niveau des sites exploités ainsi que des facteurs favorisant leur survenue.

**Résultats** : Sur les sept catégories de VGO identifiées par l’OMS, cinq ont été décrites. Les femmes ont raconté des événements décrits comme abusifs : se sentir négligée, annihilée ; des comportements discriminatoires, une violence verbale et émotionnelle (la plus citée), des soins non confidentiels ainsi que la violence physique. En réponse à l’abus, les femmes ont décrit des stratégies d’acquiescement ou de non-confrontation et ont essayé de se conformer à ce qu’elles pensaient que les prestataires attendaient d’elles. Les prestataires ont surtout décrit les contraintes liées à l’organisation du système de soins : pas assez de personnels de santé, longues heures de gardes ou ruptures de médicaments essentiels. Les croyances sur le processus de la grossesse comme un phénomène qui doit être douloureux, la forte mortalité maternelle ainsi que les rapports de pouvoir déséquilibrés entre patientes et prestataires de soins ont été analysés comme facteurs favorisant dans le processus de la survenue des VGO.

**Conclusions** : Sensibiliser sur les droits des patientes, améliorer les conditions de travail des prestataires sont essentiels pour des soins bienveillants et respectueux.

## Mots-clefs

Violences sexistes, Abus, Maltraitance, Constructions des violences obstétricales, Violences obstétricales, Violences gynécologiques, Santé maternelle, Sénégal

## Abstract

**Background:** The phenomenon of obstetric-gynecological violence (OGV), which is present in both developed and low-income countries, has been labeled an "epidemic" by the WHO. It presents a great challenge for countries with high maternal mortality rates to make additional efforts to reduce these rates while ensuring quality, worthy and respectful maternal care. Women are often subject to human rights violations, while in gynecological 'care'. . In Senegal, maternal and child mortality rates remain high despite efforts of institutions, and very few studies have been conducted on the phenomenon of gynecological violence. This study explores gynecological and obstetrical violence from the perspective of patients and providers.

**Method:** This is an explorative qualitative descriptive study, which used direct observation methods of different services offered by two maternity hospitals. A survey was used throughout the three-week field study, along with semi-structured interviews of providers and patients at two health facilities in Dakar. A sampling study was undertaken that allowed the team to recruit fourteen providers and thirteen patients. All the interviews were translated, transcribed and coded. An analysis of the different themes and content was used to process the information collected. A triangulation of the data allowed us to gain an idea of the OGVs at the operating sites level, as well as of the factors favoring their happening.

**Results:** Of the seven categories of OGV identified by the WHO, five were observed. The women narrated different events described as abusive: feeling neglected, rejected/ignored; discriminatory behaviors, verbal and emotional abuse (the most cited), non-confidential care and physical abuse. In response to abuse, women described coping or non-confrontational strategies to conform to what they thought providers expected of them. The health providers mostly described constraints related to the organization and the health care system: not enough health care staff, long hours, or shortages of essential medication. Strong beliefs about pregnancy being a very painful process, high maternal mortality rate, and the health care provision were analyzed as factors that contributed to the occurrence of OGV.

**Findings:** Raising awareness about patient rights and improving working conditions of providers are essential for caring and respectful.

## Key-words

Gender-based violence, Abuse, Maltreatment, Constructions of obstetric violence, Obstetric violence, Gynecological violence, Maternal health, Senegal

## Liste des acronymes et abréviations utilisés

- AMIU : Aspiration manuelle intra-utérine
- CIPD : Conférence Internationale sur la Population et le Développement
- CPN : consultations prénatales
- DPRS : Direction de la planification, de la recherche et des statistiques
- EDS 2019 : Enquête démographique et de Santé 2019
- EPS1 : Etablissement public de santé de niveau 1
- FIGO : Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
- JICA : Japan International Coopération Agency
- HCE : Haut Conseil à l'Égalité entre les Femmes et les Hommes
- MSAS : Ministère de la Santé et de l'Action Sociale
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- VGO : violences gynécologiques et obstétricales

## Tables des matières

Violences gynécologiques et obstétricales : perception des prestataires de soins et des usagères et exploration de leurs déterminants. Une étude qualitative exploratoire dans la région de Dakar au Sénégal.....	i
Remerciements .....	i
Dédicace .....	ii
Résumé.....	iv
Mots-clefs.....	iv
Abstract .....	v
Key-words.....	v
Liste des acronymes et abréviations utilisés.....	vi
Tables des matières.....	1
1 Introduction et recensions des écrits.....	5
1.1 Énoncé du problème .....	5
1.2 Question de recherche.....	15
1.3 Hypothèse de recherche .....	15
1.4 Intérêt de la recherche.....	16
1.5 Objectifs .....	16
1.5.1 Objectif général .....	16
1.5.2 Objectifs spécifiques .....	16
1.6 Définition des concepts.....	16
2 Cadre théorique et conceptuel .....	19
2.1 Cadre théorique .....	19
2.2 Composantes conceptuelles des VGO identifiées .....	20
3 Méthodologie et Matériel.....	21
3.1 Posture d'enquête et d'observation .....	21
3.2 Cadre de l'étude .....	22
3.3 Type d'étude .....	23
3.4 Population à l'étude, technique d'échantillonnage et recrutement.....	24
3.4.1 3.4.1 Population à l'étude .....	24
3.4.2 Technique d'échantillonnage.....	24
3.4.3 Recrutement.....	25
3.5 Collecte des données .....	25



3.5.1	Technique de collecte de données.....	25
3.5.2	Description de l’outil de collecte de données.....	25
3.5.3	Déroulement de la collecte de données .....	27
3.5.4	Journal de bord .....	28
3.5.5	Entretien informel avec des chercheurs .....	29
3.6	Analyse des données.....	29
3.7	Éthique et confidentialité.....	30
3.8	Limites de l’étude.....	30
4	Résultats.....	31
4.1	Caractéristiques des participants.....	31
4.1.1	Personnel soignant.....	31
4.1.2	Patientes.....	32
4.2	Violences liées au genre.....	33
4.2.1	Violence verbale.....	33
4.2.2	Violence émotionnelle, psychologique et humiliation. ....	34
4.2.3	Violences physiques .....	35
4.2.4	Abus sexuels .....	37
4.2.5	Préjugés à l’égard des femmes : perte d’autonomie.....	37
4.3	Violences par atteintes portées aux droits humains .....	37
4.3.1	Discrimination et stigmatisation en lien avec des caractéristiques sociodémographiques .....	38
4.3.2	Menace de refus de soins ou de détention dans les établissements de soins....	40
4.3.3	Soins non consentis.....	40
4.3.4	Soins non confidentiels .....	41
4.4	Non-respect des normes et procédures de soins .....	42
4.4.1	Refus de soulager la douleur.....	42
4.5	Contraintes et manques de ressources.....	44
4.5.1	Transport.....	44
4.5.2	Installation et asepsie.....	45
4.5.3	Approvisionnement en médicaments et intrants.....	45
4.5.4	Ressources humaines .....	46
4.6	Mauvaises relations entre les prestataires et les patientes .....	46
4.6.1	Communication inefficace .....	46
4.6.2	Manque de soins de soutien .....	48

4.7	Expériences positives .....	50
4.7.1	Interactions positives entre prestataires et patientes.....	50
4.7.2	La santé maternelle : entre choix et passion .....	52
4.8	Justification par les patientes de la relation patiente-prestataire.....	54
4.8.1	Du devoir de bien se tenir pour être bien traité .....	54
4.8.2	Prestataires de soins dans leurs états d'âme.....	55
4.9	Justification par les prestataires de soin des relations patientes-prestataires .....	55
4.9.1	Qui aime bien châtie bien .....	55
5	Discussion.....	57
6	Explorations des déterminants des VGO .....	64
6.1	Organisation et contraintes du système de santé .....	64
6.1.1	Rapport de pouvoir .....	64
6.1.2	Ressources humaines et motivation .....	65
6.1.3	Formation et programme de santé.....	66
6.1.4	Fardeau de la mortalité maternelle élevée.....	66
6.2	Construction sociale sur le processus de la grossesse et de l'accouchement : une nouvelle culture, la culture des VGO mise à nue ? .....	67
6.3	Le manque de recours.....	68
6.4	Des femmes pas si résignées de leur sort que cela : entre stratégies « d'empouvoirement » et agentivité. ....	68
7	Recommandations .....	68
7.1	Des patientes.....	69
7.2	Du personnel .....	70
7.3	Recommandations générales.....	73
8.	Conclusion .....	74
8	Références bibliographiques.....	75
9	Annexes.....	82
	Annexe : guides d'entretienGuide d'entretien personnel soignant : .....	82

**Listes des tableaux :**

Tableau I:Les catégories d’abus, adaptées de Bowser et Hill .....	18
Tableau II:Soins de maternité respectueux : Charte des droits universels des femmes en âge de procréer .....	19
Tableau III:composantes conceptuelles des VGO selon la revue de la littérature.....	20
Tableau IV:Caractéristiques sociodémographiques des patientes .....	33
Tableau V:Résultats des entretiens avec le personnel de soins qui avaient des doutes sur les droits des patients .....	38

# 1 Introduction et recensions des écrits

## 1.1 Énoncé du problème

La santé maternelle et infantile est au cœur des politiques de santé de développement de tous les pays. Dans le monde, environ 830 femmes meurent chaque jour de complications liées à la grossesse ou encore à l'accouchement. L'amélioration de la santé maternelle a été reconnue comme priorité depuis plusieurs décennies et figure en bonne place dans les objectifs de développement durable (ODD). Garantir des soins de santé sexuelle et maternelle de qualité à toutes les femmes et jeunes filles est une étape essentielle à l'atteinte de l'ODD 3. [1]

Et de ce fait des avancées notables ont été constatées. Il y a eu une réduction de plus de 37% des décès maternels en vingt ans d'efforts [2,3], même si cette réduction est hétérogène. Ainsi, des disparités sont constatées dans les pays à revenus faibles. En effet, alors que l'objectif 3 (trois) de l'agenda des ODD pour 2030 est de moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes, aujourd'hui encore le taux de mortalité maternelle dans les pays en développement est 14 fois plus élevé que dans les pays développés. [4,5]

Pour la plupart, les causes de ces décès maternels sont connues et leur prévention est relativement simple et peu onéreuse. Ces causes ont été largement étudiées et explicitées d'un point de vue clinique : l'hémorragie de la délivrance et du post-partum cause plus de 20% des décès maternels évitables par une prise en charge de la troisième phase du travail, des soins appropriés et une banque de sang des services de maternité organisée ; l'éclampsie certes est moins prévisible, mais son dépistage est possible et sa prise en charge coûte moins cher ; les cas de dystocie et le manque de plateaux chirurgicaux adéquats pour les césariennes et enfin la survenue d'infection au cours de l'accouchement sont des causes majeures et pourtant évitables de décès maternels. [5,6]

Ainsi, sur le plan institutionnel et médical, la mortalité maternelle est-elle débattue depuis des décennies et étudiée afin de trouver des solutions idoines. Elle fait l'objet de programmes nationaux afin d'y remédier dans presque tous les pays du monde. Des lignes directrices ont été développées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) afin de réduire les décès évitables pour la plupart. [7]

Au même moment, les dimensions socioculturelles [8] et juridiques de cette mortalité peinent à être évaluées et mises à nu par les différents acteurs de la santé maternelle. [9, 10]

Selon Foucault, il y a eu une émergence du contrôle de la naissance par les normes des institutions d'abord l'Église, puis l'État et enfin par la médecine. Le traitement des femmes

pendant l'accouchement et le travail pourrait ainsi être juste la continuité du traitement que la société leur fait. Ainsi, le corps des femmes est réifié puis étudié dans le sens de son utilité dans la société et la place qui lui est donnée par celle-ci. Les VGO sont une forme de violence de genre.

Depuis 1994, la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a jeté les bases d'une réalité sociale, culturelle et juridique qu'il faudrait désormais prendre en compte avec un programme d'action révolutionnaire sur les droits des femmes et de leur santé reproductive.

« Les droits reproductifs peuvent être vus comme ces droits possédés par toutes les personnes leur permettant l'accès à tous les services de santé reproductive [...] Ils incluent aussi le droit à atteindre le niveau le plus haut possible de santé reproductive et sexuelle et le droit de prendre les décisions reproductives, en étant libre de toute discrimination, violence et coercition, comme il est exprimé dans les documents sur les droits humains » (Gautier, 2002). Les Nations Unies avaient publié une résolution pour considérer comme violation des droits humains, les décès maternels évitables [11]. La CIPD a mis en avant les besoins particuliers de la femme en tant qu'individu et non plus comme une simple entité dans un programme politique de croissance économique ou démographique et a surtout permis de mettre en lumière les violences dont elle pouvait être victime et enfin les lignes directrices pour la lutte contre ces violences [12].

Des relations directes et indirectes ont été établies entre des résultats négatifs sur la santé maternelle et infantile et des soins irrespectueux, coercitifs, ou encore le défaut de ceux-ci. Il peut s'agir d'effets directs dus à une négligence au cours des soins, ou encore la désertion des femmes des structures de soins, de par un traumatisme qu'elles auraient subi durant leur expérience de soins antérieure ou encore une expérience qu'une autre aurait subie. Les conséquences pouvant aussi être d'ordre psychique.

Les violences gynécologiques et obstétricales peuvent revêtir plusieurs formes et doivent toutes être prises en compte. Certaines posent un véritable problème de reconnaissance par les victimes qui ignorent comment qualifier leur expérience et donc ne s'en plaignent pas ou encore préfèrent les ignorer. Comme le montre Brüggemann dans une étude sur les maltraitements dans les soins de santé, les patientes qui percevaient les soins comme une transgression de leur droit ou comme abusifs restaient silencieuses, et elles ont par la suite décrit leur émotion disant qu'elles se sont senties annihilées, réduites à rien « nullified ». [13]

Certains acteurs de soins refusent de reconnaître les VGO ; ils ont des justifications ou explications « légitimes » de leurs actions qui sont toujours effectuées pour le bien-être de la mère et de son enfant à naître. [14] Pour les prestataires qui ont elles-mêmes été victimes, elles ont plus tendance à parler que les autres. [15]

Et pourtant il est bien question de violences gynécologiques et obstétricales désormais mises sous le vocable de violences sexistes. [9] Pour l’OMS, le « genre » est un « mot servant à évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes ».

Les violences gynécologiques et obstétricales, VGO, sont très répandues et le phénomène est considéré comme une épidémie mondiale poussant l’Organisation mondiale de la santé à publier une déclaration pour la prévention et l’élimination de ses actes (volontaires ou pas), en structures de soin. [16]

Elles peuvent se traduire par un refus de soins ou des négligences. Des comportements discriminatoires, et/ou diminuant l’autonomie de la parturiente ont été décrits. Chez les professionnels de soin, il s’agit d’avoir des comportements à caractère répressifs et/ ou coercitifs, d’autres fois infantilissantes pour leurs patientes et leurs accompagnants.

Les VGO ont des caractéristiques. Elles peuvent être conscientes ou non intentionnelles. Elles peuvent être individuelles ou le fait d’un plus grand nombre de prestataires de soins. Elles ont été décrites à toutes les étapes de la vie sexuelle de la femme, pour une consultation en planification familiale ou pendant le travail et l’accouchement.

Elles sont directement liées au système de soin tel qu’organisé et pensé : on pourrait parler d’une institutionnalisation par le biais de protocoles médicaux mal ou surutilisés (surmédicalisations, utilisation de procédures bien codifiée, mais sans prendre en compte les intérêts de la patiente comme l’épisiotomie, la révision utérine ou encore les césariennes). Il y a également le fait qu’elles sont liées au genre (infantilisation de la patiente, violence verbale, brutalisation, abus sexuels).

L’Amérique latine dès le début des années 2000 a ouvert la voie de la lutte contre les VGO. Elle y a commencé grâce à des mouvements féministes et de la société civile. En 2007, le Venezuela introduit les termes « violences obstétricales » dans un texte de loi visant à protéger les droits des femmes. Leur texte de loi définit cette violence comme « L’appropriation par le personnel de santé du corps des femmes et du processus de reproduction, qui se manifeste par un traitement déshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels ; ce qui entraîne pour les femmes une perte d’autonomie et de capacité à décider en toute liberté en ce qui concerne leur propre corps et sexualité, affectant négativement leur qualité de vie ». Ils ont été les premiers à mettre l’aspect du contrôle des fonctions reproductives de la femme par le personnel médical au cœur des débats sur les VGO et le rendant incontestablement sexiste en mettant la dimension « genrée » du sujet en avant. [17]

L’apparition de l’expression dans les médias en 2014 avec le fameux hashtag #PayeTonUtérus en France, avait libéré la parole des femmes, avec des témoignages sur les moments les plus importants de leur vie, mais aussi pendant lesquels elles sont les plus vulnérables. En 2017, la

flambée de prises de parole et de position sur la question surtout de la part des usagères poussa les professionnels à lancer le débat au-delà des cercles scientifiques. Des professionnels et organisations réagissent en qualifiant le phénomène de « médical bashing », ou attaques délibérées, infondées et illégitimes, visant à discréditer leurs professions. En octobre 2019, le Haut Conseil européen adoptait un ensemble de résolutions pour lutter contre les VGO, et cela fait suite à différents rapports d'enquêtes qui révélaient que, malgré les taux relativement bas de mortalité maternelle, la maltraitance sous différentes formes était présente dans beaucoup de services de suivi gynécologique et obstétrical en France et touchait plus de femmes que celles qui osaient s'en plaindre. [9]

Aux États-Unis, l'équipe de Vedam, première à mener une enquête dont les indicateurs étaient développés par les usagers, a décrit les mauvais traitements dont les femmes faisaient l'objet au cours de leur accouchement, de 2010 à 2016, et qui semblaient liés à de la stigmatisation en rapport avec leur couleur de peau, ou leurs problèmes sociaux. Dans cette enquête, une femme sur six (1/6) avait déclaré avoir été victime d'un ou plusieurs types de maltraitements. Il s'agissait de violences verbales, les femmes témoignaient qu'elles s'étaient fait gronder, réprimandées ou encore que le personnel de soins leur avait crié dessus. Ensuite, certaines femmes expliquaient que leur demande n'avait pas été traitée. Il y'avait aussi des cas où le prestataire de soin les avait obligées à accepter un soin ou encore les avait menacées d'abandonner les soins. Même si cette enquête « The Giving Voice to Mothers Study », s'était plus focalisée sur les femmes de quatre (4) communautés de couleur traditionnellement marginalisées des États-Unis et avait été faite en ligne, son avantage avait été d'enquêter aussi auprès des femmes ayant accouché en dehors des structures de soins, avec l'appui des doulas (personnes qui apportent soutien et accompagnement moraux et pratique à une femme enceinte ou à un couple durant la grossesse, la naissance voire après l'accouchement). Ainsi, des violences avaient été enregistrées chez 5,1% des femmes ayant accouché à domicile contre 28,1% pour celles ayant accouché dans des structures de soins. [18]

En Afrique et dans les pays en développement, la reconnaissance des VGO et la lutte contre elles sont des défis supplémentaires auquel les pays devront se confronter. En effet, la réduction des taux de mortalité maternelle, les plus élevés dans le monde, et l'accès à des soins de qualité font face à des obstacles techniques et institutionnels (organisation des systèmes de soins) et socio-culturels (perception de la grossesse et de l'accouchement par les parturientes et le personnel de soins). [19]

Pour des raisons multiples, les taux de fréquentation des structures de soins restent encore faibles dans ces pays. [20]

La revue faite par Bohren [19] et ses collaborateurs avait ainsi retrouvé des raisons diverses pour la non-utilisation des structures de soins, ou du moins le pourquoi évoqué par les parturientes pour accoucher à domicile. Le poids des traditions, le coût des services de soins et les politiques et programmes nationaux de la santé maternelle, ont pour beaucoup joué sur

le choix du lieu d'accouchement ; les relations entre le personnel de soins et la parturiente, et la perception de la qualité des soins ont eu des effets pas toujours positifs dans la fréquentation des structures dédiées. Et par rapport aux VGO, des abus physiques ont été décrits par les femmes durant leur accouchement. Certaines avaient été attachées pendant le travail, ou encore battues, giflées ou pincées. L'utilisation de force excessive pour les contraindre au lit et de contact brutal avait été aussi décrite par les femmes.

Ainsi, la perception de la qualité des soins [21] de la part du personnel soignant, qu'elles considéraient comme autoritaire et irrespectueux, ou encore le fait d'avoir peur de subir la stigmatisation avec des tests comme le VIH qui se faisaient parfois sans leur consentement, étaient des éléments concourants. Certaines décrivaient de la négligence avec des temps d'attente longue avant d'être prises en charge. [22]

Tandis que d'autres femmes ayant eu à vivre une grossesse hors mariage avec un manque de soutien de leur partenaire et de leur famille craignaient les mêmes attitudes dans les établissements de santé. [23,24]

Ainsi, l'expérience des services de santé ne pousse pas toujours les usagères à y retourner.

Des études se sont focalisées sur les VGO principalement et ont permis d'avoir les prévalences dans certains pays ; d'autres ont soulevé la question sous le prisme plus général des soins de maternité centrés sur la personne tels que recommander par l'OMS pour une expérience du post-partum positive pour toutes les femmes, quel que soit leur pays, leur zone de vie (urbaine ou pas) et leur source de revenus. [25]

Dans une étude multicentrique qui concernait des pays à revenu d'intermédiaire à faible dont deux en Afrique (Kenya et Ghana) et un en Asie (Inde), les auteurs avaient mené une enquête sur les soins de maternités centrés sur la personne. Dans leur analyse, les structures qui avaient des scores faibles étaient aussi des structures où les VGO tel que décrit par l'OMS étaient souvent retrouvées. En effet, il s'agissait d'évaluer la dignité, le respect, la communication entre le prestataire et sa patiente, l'autonomie et les soins de soutien dans les services de maternité. Ces domaines clés sont essentiels à l'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

Les scores de soins de maternité centrés sur la personne avaient montré que les domaines les moins cotés étaient la communication entre le personnel soignant et la patiente, la demande de consentement avant d'effectuer des soins ou encore la possibilité pour la patiente d'avoir un compagnon au moment de la naissance. L'existence de facteurs de vulnérabilité comme un niveau d'instruction bas ou absent, vivre en zone rurale ou encore une situation socio-économique faible semblait jouer un rôle sur les scores qui étaient les plus bas chez les femmes qui étaient dans une ou plusieurs de ces situations. [26]

Faire participer la patiente aux prises de décisions dans ses soins, l'impliquer, améliore l'issue de l'accouchement. L'assistance aux soins par des personnes de sexes différents ainsi que les



compagnons de naissance<sup>1</sup> aidaient aussi à avoir des scores plus élevés et donc des services de qualité. La présence de ces compagnons de naissance réduisait de façon significative les abus et soins irrespectueux sous toutes ses formes. [27, 28 ,29]

Les centres de santé et les hôpitaux respectaient souvent la présence d'un compagnon de naissance dans une étude multicentrique en Éthiopie. Cette étude avait révélé qu'au total, au moins une forme de violence ou abus dans 36 % des observations réalisées. Sur les neuf critères de soins respectueux [29]; les femmes avaient reçu 5,9 des soins recommandés. Les sages-femmes avaient de meilleurs scores que les autres membres du personnel de soins ; les prestataires hommes traitaient avec plus de bienveillance les parturientes et enfin les femmes qui avaient des compagnons de soutien étaient mieux traitées que les autres. Et les centres de santé avaient de meilleurs scores en termes de soins respectueux que les hôpitaux. [28,30]

La fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) avait fait une série de réflexions sur le manque de respect et les abus au cours des accouchements. Cela avait été mis en rapport avec l'initiative des installations de naissances amies des mères. Au détours de ces réflexions, des directives avaient été élaborées par le comité de certification des établissements de santé. Ces établissements devaient répondre aux dix critères de la directive du comité. Ceci était d'autant plus nécessaire que le constat avait été fait que l'accouchement dans une structure de soins et/ou assisté par un personnel qualifié n'était pas toujours garant de qualité. L'initiative devait être un pas vers l'élimination des soins irrespectueux dans les structures de soins et par le personnel dédié et ainsi contribuer à la réduction de la mortalité maternelle par des soins respectueux pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Il fallait aussi pouvoir compter sur l'engagement des gouvernements, de la communauté et s'approprier l'approche fondée sur les droits. [31,32]

À un niveau national, des initiatives ont été prises afin de lutter contre les abus et le manque de respect au cours des soins de maternité dans un contexte plus global d'amélioration de la santé maternelle et néonatale.

En 2015, Abuya et ses collègues déclarent que dans les 13 établissements du Kenya où ils ont eu à intervenir, les abus et autres formes de violences dont pouvaient être victimes les femmes au cours de leur demande de soins, avaient connu une réduction importante. Il s'agissait pour le projet *Heshima* d'agir sur la formation des prestataires, sur les soins de maternité respectueux, sur le renforcement des liens prestataires-patients et les rapports établissement de soins et communautés pour la responsabilisation et la gouvernance. Si l'étude a révélé que pendant les services de nuit les violences verbales et physiques semblaient exacerbées, une réduction globale de 20% à 13% a été constatée. [33].

---

<sup>1</sup> Les compagnons de naissance sont des personnes qui soutiennent la parturiente tout le long du travail, de l'accouchement et la délivrance. Il peut s'agir d'un membre de la famille, du compagnon ou d'ami.e.s choisi.e.s par la parturiente.

Le groupe de Ratcliffe en 2016, en Tanzanie, grâce à son intervention a vu les relations patients-prestataires s'améliorer. Son intervention visait essentiellement à accroître la connaissance des droits du patient par les prestataires. Ils ont organisé des journées de naissances ouvertes et un programme d'éducation à la préparation à l'accouchement et aux soins prénataux. Ils ont aussi constaté que tout au long de l'intervention, des changements ont été opérés autant au niveau des prestataires (meilleure organisation des équipes de travail, plus de reconnaissances et de motivations, confort et nourriture disponibles pendant les gardes...); que de l'espace de travail (affiches sur les droits universels des femmes en langues locales mises au mur, respect de l'intimité des patientes par des cloisons ...). [34]

Ces deux expériences n'avaient pas inclus des centres de comparaisons, contrairement au projet Staha en Tanzanie. L'équipe du projet Staha avait effectué une évaluation comparative avant et après l'intervention visant à réduire le manque de respect et les abus durant l'accouchement. Elle a utilisé ainsi une intervention participative communautaire et du système de santé dans deux hôpitaux de la région de Tanga en Tanzanie. Le projet avait montré une réduction de 66% du risque qu'une femme subisse un abus ou manque après mise en œuvre des interventions. Les abus physiques et la négligence sont les types de VGO sur lesquels le projet a le plus influé. [35]

Ainsi, dans beaucoup de pays, des initiatives semblent fonctionner pour réduire les abus et maltraitements dans les soins de maternité avec effets probables sur la réduction de la mortalité. Il est important de noter que ces initiatives prennent en compte plusieurs échelles de l'organisation de soins des pays concernés allant du système de santé (structure, personnel, formation...) à la construction sociale selon les contextes (rapports de pouvoir, rôles des sexes, appréhension et appropriations des lois...).

MacMahon et ses collaborateurs ont démontré que si le sujet des VGO est encore tabou malgré les évidences déjà à la disposition du monde scientifique, intégrer des interventions de lutte contre les VGO et des soins de maternité respectueux est autant difficile. Et l'étape initiale des interventions avec les différentes sphères concernées était importante, voire cruciale pour les intégrer dans les programmes de santé déjà déroulés dans les pays [36].

Les pays de l'Afrique de l'Est sont en avance sur les questions d'abus et de VGO en termes d'évidences [37,38] et d'initiatives en vue de les réduire par rapport aux pays de l'Afrique du Centre ou encore de l'Ouest.

Au Nigéria, une revue systématique de quatorze études dont une qualitative et une à méthode mixte avaient montré que le type d'abus le plus fréquemment retrouvé était les soins non dignes (attitude médiocre, négative, inamicale, du prestataire de soins). [39]

Dans le même pays, une expérience faite au Nord-Est avait permis de mettre en avant les choix des femmes rurales sur leur lieu d'accouchement. L'équipe avait fait un regard croisé entre le choix du lieu d'accouchement et les soins de maternité respectueux. Même si cette

étude comptait majoritairement l'expérience de femmes mariées (95%) et n'était pas représentative sur le plan ethnique (donc biais dans les effets socio-culturels du choix des répondants), les femmes avaient évoqué leur mauvaise expérience sur leur choix. Elles avaient décrit le bon état de l'établissement et l'absence d'abus comme raisons principales de fréquenter un établissement de soins [40].

Dans un pays voisin, le Ghana, en milieu urbain, les accouchements à domicile sont certes moins fréquents qu'en zone rurale. Cependant, en plus des croyances et pratiques traditionnelles, les traitements subis par les femmes comme une maltraitance de la part des professionnelles de soins, ont été évoqués. [41,42]

En Afrique de l'Ouest, quelques pays ont analysé le phénomène. En 1994 déjà, Jaffré et Prual sous la tutelle de la division de l'éducation pour la santé du ministère de la Santé publique du Niger, avaient axé leurs recherches sur la position inconfortable des sages-femmes prises entre les contraintes liées aux soins et la réalité socioculturelle de la population. Cette étude est l'une des premières sur les facteurs socio-culturels de la mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest. Et elle a permis d'aller au-delà des réponses essentiellement techniques que l'on donnait pour la mortalité maternelle très élevée dans la région. En effet, cette étude s'est étendue sur les relations patientes-prestataires qui étaient marquées par une dichotomie entre des questions techniques de soins que les sages-femmes exécutaient (en occultant leurs croyances culturelles propres) et des considérations purement culturelles des utilisatrices des services de soins de maternité qui conditionnaient pourtant leurs attitudes et pratiques. L'équipe avait mis en avant l'intérêt d'une reconnaissance socioculturelle des pratiques des patientes dans leur prise en charge en maternité. [43]

La Guinée avait fait partie de l'étude menée par l'OMS et publiée par le Lancet. Une analyse secondaire de cette étude avait été faite par Baldé et son équipe. Ils sont revenus sur les types de VGO retrouvés dans un pays comme la Guinée et qui pouvaient être mis en parallèle avec les VGO retrouvés sur le reste du continent. Ainsi, très peu de parturientes avaient eu droit à un ou plusieurs compagnons de soutien pendant le travail, l'accouchement et après (2,2% en Guinée et 29,9% au Nigéria). En Guinée, les femmes sans compagnon de soutien subissaient 5 fois plus de violences physiques que les femmes sans compagnons. L'équipe avait trouvé que la survenue des VGO comme des examens vaginaux non consentis, des abus physiques et verbaux était fortement liée à l'absence de compagnons de soutien. D'où l'intérêt de promouvoir les compagnons de soutien pendant l'accouchement par une approche participative qui répondrait aux intérêts des parties prenantes. L'utilisation d'un outil standardisé, comme leur enquête l'a démontré, devrait permettre d'examiner les abus et maltraitements des femmes pendant l'accouchement. Cela devrait aussi permettre d'avoir une idée plus globale des VGO en Afrique, car selon les outils, les prévalences jusque-là trouvées peuvent varier énormément. [27,44]

Aussi, les relations déséquilibrées entre les professionnels de santé et les usagères, les conditions de travail difficiles, l'aspect financier des soins dans lesquels la patiente ne se retrouve pas toujours, et enfin le poids des us et coutumes font que l'Afrique de l'Ouest comme ailleurs fait face aux VGO malgré la charte des soins de maternité respectueux. [45 ,46]

Au Sénégal, beaucoup d'efforts sont faits pour réduire la mortalité maternelle. Elle est passée entre 1992 et 2015 de 510 à 315 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le pays s'est engagé à atteindre les objectifs de moins de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes pour l'horizon 2030. Le développement des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgences depuis quelques années avec leur extension à l'ensemble du territoire fait partie des mesures prises pour l'atteinte de cet objectif.

La mortalité maternelle encore élevée est aussi omniprésente dans l'esprit des prestataires de soins des services de maternité. Et cela est parfois utilisé pour justifier certaines actions faites dans l'exercice de leur fonction pour le « bien » de la mère et de son enfant à naître.

Ces actes sont ainsi posés sans réelle intention de maltraitance selon le personnel de soins. [12,47] Il s'agit par exemple pour le prestataire de ne pas expliquer les signes de danger quand ils surviennent à la parturiente au risque de l'alarmer et de la mettre en danger par la survenue d'un stress, d'exercer des pressions au niveau de l'abdomen de la patiente pendant le travail pour l'aider à pousser et éviter ainsi que le fœtus soit en détresse ou encore de la contraindre à l'immobilité pendant la réparation de l'épisiotomie pour éviter des complications esthétiques fonctionnelles. En gynéco-obstétrique, face à la décision de pratiquer une césarienne [45] ou non les facteurs pris en compte ne sont pas toujours d'ordre médical et technique. Et si les taux dans les hôpitaux de référence se situent entre 10-15% dans certaines structures ces taux atteignaient 21% au Sénégal voire 50% des accouchements. Selon Mbaye et collaborateurs ceci pourrait s'expliquer en partie par la politique de gratuité de la césarienne au niveau des structures de soins. Les notions de VGO ont du mal à être mises à jour dans ces contextes où chaque geste est envisagé pour la survie de la femme et de son enfant. [48]

Patricia Vasseur avait aussi soulevé le fait que les prestataires de soins avaient tendance à adopter, à peine un an après leur formation, les codes qu'ils auraient trouvés déjà en cours au sein de leur équipe de soins. Ils en faisaient ainsi des protocoles médicaux institutionnalisés sans pour autant en avoir des preuves scientifiques. La remise en cause des actes conduits par leurs aînés n'est presque jamais envisagée, même à la lumière de leur formation technique toute récente. [49,50]

Le poids des constructions sociales a un effet et sur la patiente à qui il est interdit de se plaindre pendant la grossesse et l'accouchement (ce qui pourrait justifier autrement l'analyse de Baldé sur le fait que les parturientes avec compagnons de naissance étaient moins susceptibles de demander un soulagement à leur douleur [28]) ; et sur le professionnel de soins pour qui le rapport de pouvoir avec la patiente est un élément protecteur.

La mortalité maternelle omniprésente a un autre effet. Du fait qu'au bout de 4 mois de pratique professionnelle voire dès son stage, la mort paraît quasi inévitable dans un contexte où 4 femmes meurent par jour, avec des explications techniques qui engagent toujours la responsabilité du système de soins ou de la parturiente, la mort devient très vite routinière. La banalisation des signaux essentiels et des négligences sont enregistrées. Tout cela mis bout en bout concourt à la mortalité maternelle. Les normes comportementales font également que le professionnel agit parfois comme le professionnel qu'il est et d'autre fois comme un membre de la société. En effet, si la société n'accepte pas que la femme qui accouche se plaigne, le personnel de soins de santé s'attribue le droit de la remettre à sa place soit par des mots soit par un refus de considérer sa douleur et de donc de la soulager.

[51,8]

Ainsi le contexte socioculturel est souvent cité non pour excuser les VGO, mais plutôt pour les expliquer. Dans une interview donnée, une sage-femme de classe exceptionnelle au Sénégal revenait sur sa pratique des soins de maternité et sur les conditions de travail qui les obligeait à prendre des décisions qui auraient été jugées de VGO aujourd'hui avec l'approche droits humains et des soins de maternité centrée sur la personne et qui pour elle se justifiaient dans l'intérêt de la parturiente. Les ressources humaines insuffisantes, la formation et la mise à jour des connaissances et des normes de soins respectueux ont été évoqués pour justifier les VGO. A ces justifications viennent s'ajouter le poids des traditions. [51]

De 2003 à 2006, le projet AQUASSOU, une intervention déroulée dans la zone de Rufisque au Sénégal a permis de voir que confronter les professionnelles à leur pratique permettait d'améliorer les prises de décision, la communication entre les équipes de prise en charge et avec les parturientes et réduisait ainsi les VGO. Il s'agissait d'une recherche-action faite dans une structure de soins nommée « rencontres-miroir » [50]

En octobre 2019, le Sénégal avait reçu le Forum régional des soins en Afrique. Il s'agissait de faire de la qualité des soins en maternité un droit pour les femmes. Il était aussi question d'aller vers une reconnaissance juridique des abus et des VGO, afin qu'un système de pénalisation réduise ces actes. Une charte, premier engagement pris par tous les décideurs et professionnels de soins présents à ce forum, avait vu le jour à Dakar. Cette charte des soins respectueux n'est certes pas un accord international signé et ratifié, mais c'est un pas important pour mettre en avant les VGO et un outil de plaidoyer pour aller vers une reconnaissance juridique, mais aussi des solutions idoines qui prendraient en compte toute la chaîne de valeurs qui ouvre la porte aux VGO. [52]

À ces efforts, viennent s'ajouter les mouvements de la société civile pour la reconnaissance des VGO comme atteinte aux droits humains et pour la sensibilisation de la population. Il s'agit notamment du collectif « Plus jamais ça » [53].

Ainsi peu de programmes ont-ils été menés au Sénégal pour la mise en évidence des VGO et la lutte contre elles. La direction de la mère et de l'enfant avec ses partenaires techniques et financiers, la JICA<sup>2</sup>, avait déroulé un programme de 2012-2017 de soins respectueux (Projet de Renforcement de la Santé maternelle et Néonatale). Le concept visait à fournir à toutes les femmes des choix éclairés et de bénéficier de soins appropriés et adaptés à chacune tout le long de leur grossesse, travail et accouchement. Un concept qui devait être sous-tendu par des ressources humaines suffisantes et formées aux soins de maternité respectueux et centrés sur la personne.

Un autre effort manifeste de lutte contre les violences sexistes au Sénégal est la mise sur place de cellules Genre dans les ministères comme le ministère de la Santé. Cette cellule s'est donné comme mission l'institutionnalisation du « genre » dans les programmes de développement du pays. Le renforcement des prestataires de soins sur le genre a pour but aussi de sensibiliser aux droits des patientes et aux VGO et par ce billet la reconnaissance des VGO est une étape essentielle pour les principales concernées.

Et pour ce faire, une première étape de recherche de la preuve scientifique est nécessaire. C'est dans ce cadre que notre travail s'inscrit. Il s'agit d'une étude qualitative où des guides d'entretien permettront de recueillir la perception des VGO chez les prestataires et les usagères des services de soins. L'observation dans les services de soins nous permettra aussi de décrire les interactions entre prestataires-patients et les facteurs qui influent sur ces interactions.

## 1.2 Question de recherche

Quelle est la perception des violences gynécologiques et obstétricales pour les patientes et le personnel de santé au niveau de la région de Dakar ?

## 1.3 Hypothèse de recherche

- Les patientes et le personnel soignant ne reconnaissent pas toujours comme telles les VGO
- Les VGO sont plus répandues dans les soins de maternités que ne le pensent les usagères
- Les VGO ont un impact direct ou indirect sur la qualité de la santé maternelle notamment sur l'expérience de soins intrapartum des usagères
- Des facteurs sont à l'origine des VGO au niveau de l'organisation institutionnelle en rapport donc avec l'organisation du système de soin et au niveau individuel de l'application par le prestataire des droits humains.

---

<sup>2</sup> Source : <https://www.jica.go.jp/senegal/english/activities/health03.html#hd>

## 1.4 Intérêt de la recherche

Avoir des données spécifiques est nécessaire pour éclairer, guider et orienter les politiques nationales sur les problèmes de santé. Et il s'avère vrai que très peu de données sur les VGO sont disponibles en Afrique de l'Ouest et spécifiquement au Sénégal.

Ainsi, il s'agit pour notre étude d'avoir des données de référence pour une intervention d'amélioration des soins gynéco-obstétriques et aussi d'ouvrir la voie à d'autres études et programmes sur la question des VGO au Sénégal.

## 1.5 Objectifs

### 1.5.1 Objectif général

Cette étude cherche à explorer la perception des violences gynécologiques et obstétricales dans deux structures sanitaires du Sénégal et à étudier les facteurs qui y sont associés.

### 1.5.2 Objectifs spécifiques

- Examiner l'expérience de soins en maternité de femmes qui ont accouché en structure de soins
- Décrire les expériences du personnel soignant en services de procréation sur les abus et le manque de respect envers les patientes
- Explorer la compréhension du personnel soignant en services de procréation sur les droits des patientes.

## 1.6 Définition des concepts

L'obstétrique est la surveillance du déroulement de la grossesse et de l'accouchement.

La gynécologie a pour objet le diagnostic et le traitement des maladies de l'appareil génital (sein, utérus, ovaires, infections sexuellement transmissibles), le dépistage des cancers gynécologiques, la prise en charge de la stérilité, la planification familiale, le suivi de la ménopause. C'est un service qui accompagne la jeune fille puis la femme toute sa vie durant.

Maltraitance : il n'existe pas de définition unique et précise de la maltraitance. En effet, ses caractéristiques dépendent du contexte, de l'environnement socioculturel, des lois et règles qui y sont établies et acceptées. La maltraitance, c'est l'action et l'effet de maltraiter : verbalement, physiquement ou psychologiquement. Elle peut être constatée dans le cadre familial ou encore dans un cadre institutionnel. Enfin, elle peut être consciente, intentionnelle ou non intentionnelle. [10,54]

Les termes « violences » en milieu de soins font encore tiquer les professionnels du domaine, rendant la réflexion sur le sujet et la mise en place de dispositifs de protection des usagères des structures de santé plus ardue.

Si des auteurs comme Richard Guerroudj reconnaissent qu'au niveau international, il n'existe pas de définition claire, certains instituts et organisations ont fait des essais de définitions aujourd'hui repris dans beaucoup de travaux.

Ainsi, pour le Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes de la France, les violences gynécologiques et obstétricales changent d'intitulé pour devenir les actes sexistes les plus graves qui peuvent se produire dans le cadre du suivi gynécologique et obstétrical des femmes.

Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical sont des gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un(e) ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi gynécologique et obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine gynécologique et obstétricale, traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait de soignant.e.s — de spécialités différentes — femmes et hommes, qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant(e)s.

Marie-Hélène Lahaye, juriste, féministe, militante pour l'humanisation des naissances auteur de l'ouvrage "Accouchement, les femmes méritent mieux" a aussi proposé une définition. Elle a créé un blog de dénonciation des VGO « Marie accouche là ». Elle définit les VGO comme : « l'addition de deux types de violences : la violence institutionnelle et la violence basée sur le genre », caractérisée par « tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente entrent dans les Violences obstétricales ».

Le terme violences gynécologique quant à lui recouvre : l'ensemble d'actes ou de paroles sexistes, d'humiliations ou de violences physiques que les personnes peuvent subir lors d'examens gynécologiques.

Marie-Laure Franeczek par ses travaux de mémoire soutenus en 2018 sur « la violence gynécologique : essai de définition à partir de la littérature scientifique » l'a défini comme suit : « Se produisant à différentes périodes de la vie sexuelle et reproductive de la femme, la violence obstétricale résulte de l'articulation et potentialisation de deux types de violence : celle de genre et celle générée par l'institution médicale, dans un contexte de surmédicalisation. Elle s'exprime au travers de pratiques professionnelles de routine, systématiques, et/ou ancrées dans des protocoles médicaux. Elle constitue une violation des droits humains et peut avoir pour conséquence une atteinte à l'intégrité physique et/ ou psychique des femmes. » [55]



En 2010 Bowser et Hill ont décrit sept catégories de soins irrespectueux et abusifs. Leur classification a permis plus tard de pousser les recherches sur les VGO par d'autres auteurs. Il s'agit de soins non dignes, de soins cliniques non consentis, non confidentiels, de violences physiques, de discrimination, d'abandon et de détention en établissement de soin.

*Tableau 1: Les catégories d'abus, adaptées de Bowser et Hill*

<b>Catégorie d'abus</b>	<b>Exemples</b>
<b>Violence physique</b>	Frapper, forcer grossièrement les jambes écartées, pression abdominale pour un accouchement normal
<b>Soins non consentis</b>	Pas de consentement éclairé pour les procédures
<b>Soins non confidentiels</b>	Aucune intimité (spatiale, visuelle ou auditive)
<b>Soins sans dignité</b>	Humiliation en criant, en blâmant ou en dégradant
<b>Discrimination basée sur des attributs spécifiques du patient</b>	Statut VIH, origine ethnique, âge, état matrimonial, langue, situation économique, niveau d'éducation...
<b>Abandon des soins</b>	Installation fermée malgré le fait qu'elle soit 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, ou si elle est ouverte, aucun membre du personnel ne peut assister ou n'assiste à l'accouchement et/ou au travail
<b>Détention dans des établissements de soins</b>	Ne pas libérer la mère jusqu'à ce que la facture soit payée

L'Organisation mondiale de la santé systématise aussi sept catégories de violences :

- Les violences physiques
- Les violences sexuelles
- Les violences verbales (menaces, railleries...)
- La discrimination et la stigmatisation (fondée sur le genre, l'ethnie, l'âge...)
- Le non-respect des standards professionnels (négligence, violation de la confidentialité, absence de demande du consentement.)
- La mauvaise relation soignant es/soignés
- Les contraintes liées au système de santé (manque de matériaux fondamentaux, manque de prestataires de soins...) [56]

Le haut Conseil à l'Égalité dans son rapport de 2019 avait décliné six actes sexistes [9] au cours de consultations gynécologiques et obstétricales :

- Non prise en compte de la gêne de la patiente, liée au caractère intime de la consultation
- Propos porteurs de jugement sur la sexualité, le poids, la tenue, la volonté ou non d'avoir des enfants...
- Injures sexistes
- Acte (prescriptions, interventions...) sans recueillir le consentement ou sans tenir compte de la parole ou du choix de la patiente
- Actes ou refus d'un acte sans justifications médicales
- Violences sexuelles : harcèlements, agressions...

Les différentes façons de définir et de classer les catégories de violences malgré que le phénomène soit très répandu sont un enjeu mondial, afin d'améliorer la qualité des soins maternels. On remarquera que le modèle de l'OMS prend plus en compte les réalités des pays en développement où le poids de l'organisation des systèmes de santé, leur contrainte et

restriction, sera à la fois un terreau pour les VGO, mais aussi souvent utilisé pour justifier les VGO. [8]

## 2 Cadre théorique et conceptuel

### 2.1 Cadre théorique

Les systèmes de soins doivent tendre vers des soins de maternité respectueux envers les femmes dans les pays développés comme dans les pays en développement. Ainsi, un engagement mondial a été pris par l'OMS pour la prévention et l'élimination des abus pendant l'accouchement et des recommandations pour des soins intrapartum afin d'offrir une expérience positive de l'accouchement. [57]

Dans un appel à l'action publiée dans le *Lancet* en 2016 où avait été brossé l'ensemble des interventions qui permettrait d'améliorer la santé maternelle avec des stratégies prioritaires. Ces actions permettraient l'atteinte de l'ODD 3, à savoir moins de 70 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et passées avec des financements durables pour la mise sur pied de services de santé maternelle de qualité qui seraient en accord avec les spécificités socioculturelles des communautés et des réalités locales. [58]

En 2011, l'Alliance du Ruban blanc avait aussi facilité la compréhension et la mise en application de recommandations pour des soins respectueux et centrés sur la personne par la Charte des soins maternels respectueux. Il s'agissait d'une déclaration de consensus sur les soins respectueux en gynéco-obstétrique. Cette charte avait aussi permis aux parties prenantes d'avoir une définition commune sur les notions de VGO, notamment le manque de respect, les abus que subissaient les femmes et les droits qui étaient remis en cause par ces actes ; lesquels droits sont bien ancrés et signés par tous les pays membres des Nations Unies. [59]

*Tableau II: Soins de maternité respectueux : Charte des droits universels des femmes en âge de procréer*

<b>Lutter contre le manque de respect et les abus : sept droits des femmes en âge de procréer</b>	
Catégorie de manque de respect et d'abus	Droit correspondant
Violence physique	Être à l'abri des préjudices et des mauvais traitements
Soins non consentis	Droit à l'information, au consentement et au refus éclairés, et au respect des choix et des préférences, y compris la compagnie pendant les soins de maternité
Soins non confidentiels	Confidentialité, Vie privée
Soins non dignes y compris la violence verbale	Dignité, Respect
Discrimination fondée sur des attributs spécifiques	Égalité, soins équitables, absence de discrimination

Abandon ou refus de soins	Droits à des soins de santé au moment opportun et au niveau de santé le plus élevée possible
---------------------------	--

Les abus subis entraînent des manifestations psychologiques chez les femmes

- Infantilisation physique et émotionnelle
- Oppression, insécurité
- Perte de dignité, d'estime de soi de contrôle de sa propre vie
- Peur anxiété
- Annihilation
- Honte, culpabilité, etc.

## 2.2 Composantes conceptuelles des VGO identifiées

Nous avons pris la définition des VGO proposée par le Haut Conseil à l'Égalité ainsi que les sept catégories de violences telles que décrites par l'OMS pour proposer notre cadre conceptuel

*Tableau III: Composantes conceptuelles des VGO selon la revue de la littérature.*

Éléments de définition		Pratiques de soins GO considérées comme injustifiées ou abusives
Violences liées à l'organisation du système et aux protocoles médicaux institutionnalisés		
Non-respect des normes professionnelles de soins	Pratiques de routines non basées sur des preuves scientifiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Césarienne non justifiée</li> <li>- Épisiotomie systématique ou sans prise en charge de la douleur</li> <li>- Révision utérine systématique ou sans prise en charge de la douleur</li> <li>- Refus de soulager la douleur</li> <li>- Examens vaginaux douloureux répétitifs et non indispensables</li> </ul>
Mauvaises relations patientes-prestataires	Difficultés d'établir une communication entre le prestataire et la patiente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Décubitus dorsal imposé pendant le travail ou l'accouchement</li> <li>- Interdiction de bouger, boire, manger</li> <li>- Refus d'un.e accompagnant.e</li> <li>- Refus d'actes traditionnels et de respect des croyances de la parturiente sans danger pour la santé</li> <li>- Manque de soins de soutien</li> <li>- Mauvaise communication</li> <li>- Barrière linguistique</li> </ul>
Atteintes portées aux droits humains	Atteinte portée à l'autonomie, discrimination répression, coercition	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention sans consentement de la femme</li> <li>- Manipulation de l'information</li> <li>- Utilisation à des fins académiques sans autorisation</li> <li>- Discrimination (prise en charge différente selon sexe, origine ethnique, classe sociale, âge)</li> <li>- Violation du secret médical</li> <li>- Menace de refus de soins</li> <li>- Détention dans les établissements de la patiente ou de leur nouveau-né</li> </ul>
Violences liées au genre		
Violence verbale		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Paroles obscènes</li> <li>- Cris, réprimandes, menaces</li> <li>- Langage dur</li> </ul>

Violence émotionnelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Humiliations, paroles obscènes</li> <li>- Culpabilisation morale</li> <li>- Cris, réprimandes, menaces</li> <li>- Annihilation</li> <li>- Refus de la parole</li> <li>- Rejet des préoccupations</li> <li>- Refus des pratiques traditionnelles</li> </ul>
Violence physique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recours à la force</li> <li>- Brutalités exercées lors des soins</li> <li>- Coups</li> </ul>
Violence ou abus sexuels	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Examen vaginal sans consentement</li> <li>- Abus sexuels</li> </ul>
Préjugés à l'égard des femmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jugement d'incompétence à prendre des décisions</li> </ul>

### 3 Méthodologie et Matériel

#### 3.1 Posture d'enquête et d'observation

( Dans ce sous chapitre, le "je" est utilisé afin de justifier mon expérience personnel et une corrélation possible de mon expérience et de l'analyse des résultats)

Mon statut de médecin généraliste puis en spécialisation en santé publique, mon expérience des services de maternité ont eu un effet reconnu sur ce travail.

Mon intérêt pour le sujet de la présente étude est issu de mon expérience de vie et de mon expérience des services de maternité d'abord comme médecin puis comme accompagnante. Je n'ai pas eu moi-même d'expérience négative d'accouchement. Je suis une médecin en spécialisation en santé publique. Au cours de ma formation j'ai pu constater les chiffres morbides en ce qui concerne les questions de la santé maternelle dans mon pays. Je me découvre depuis quelques années, féministe s'intéressant aux droits reproductifs et à l'amélioration de la santé maternelle. Il est pour moi indéniable que ce statut et ces expériences ont un impact sur mon analyse de la situation.

En effet, lors des premiers entretiens avec les femmes, je me suis rendue compte que j'attendais de leur réponse des descriptions détaillées d'une expérience négative de leur grossesse ou du moins de leur accouchement. Ceci était certainement dû au fait, d'une part que les prestataires semblaient plus enclins à décrire des scènes de violences dont ils étaient témoins ; et d'autre part de mon expérience antérieure des services de maternité où j'ai pu constater des scènes de violence verbale et physique en cinquième année de médecine. Mais j'ai pu très vite relativiser. Déjà du fait que les prestataires étant tout le temps en service de maternité étaient plus à même d'être des témoins contrairement aux femmes qui les

fréquentaient de manière très épisodique. Ensuite, pendant la lecture verticale où les premières impressions ensuite confirmées par l'analyse, nous révélaiement que les femmes vivaient des expériences aussi bien positives comme le soutien des prestataires, que négatives sous forme de cris ou de menaces. C'est là que les questions de relance ont permis d'apprécier si, finalement certains souvenirs négatifs ont été occultés au profit des souvenirs positifs.

Par rapport aux prestataires, il me fallait aussi prendre garde à une solidarité pour mes collègues. J'ai pratiqué dans les mêmes contextes. J'ai pu constater les contraintes du système de soins dans lequel ils évoluaient et qu'ils relataient. Ces contraintes et le stress sont intimement liés aux soins. Et justifier ou expliquer les VGO par ces manquements pourrait paraître évident si je ne me donnais pas pour devoir de me référer aux travaux déjà publiés, où ils étaient décrits des VGO dans des pays développés.

Mon journal de bord, décrit dans un autre chapitre, a aussi été d'un grand secours pour noter mes émotions et mes premières impressions pour pouvoir les articuler dans cette relation prestataire-patiente où le manque de communication selon les parties crée beaucoup de tension. Il me fallait être dans la position d'observatrice sans pour autant être entraînée dans cette tension.

Aussi comme le disent certains auteurs dont Collins<sup>3</sup>, dans son ouvrage « la pensée féministe noire » mon expérience professionnelle voire de vie et la reconnaissance de mes profils sont des atouts pour la présente enquête, et non l'inverse.

### 3.2 Cadre de l'étude<sup>4</sup>

La région de Dakar a une superficie de 550 km<sup>2</sup>, une population totale de 3 215 255 Habitants. Ainsi, Dakar est la région la plus peuplée avec plus de 25% de la population du pays. Elle compte le plus de personnels de santé soit 46% du personnel de soins et 28% des sages-femmes. L'enquête a été menée sur la juridiction de la région médicale de Dakar, au niveau de deux formations sanitaires de districts différents. Un choix raisonné a été fait par rapport aux sites.

Un service de maternité à haute fréquentation et de référence : l'hôpital Roi Baudouin de Guédiawaye qui est un établissement public de santé de niveau 1 (EPS1) et qui est situé dans une des villes les plus peuplées de la périphérie de Dakar. La population y est très hétérogène (ethnies, religions, situations professionnelles, niveau socio-économique ...). Globalement, le niveau de vie y est moyen, mais bas pour un grand nombre. En effet, la ville a été créée à l'origine pour accueillir les populations délogées du centre-ville. Elle compte peu d'industries

---

<sup>3</sup> Collins, P. H. (2016). La pensée féministe noire : savoir, conscience et politique de l'empowerment, Les Éditions du Remue-Ménage, 480 p.

<sup>4</sup> <https://www.sante.gouv.sn/publications/tome-1-de-la-carte-sanitaire-du-s%C3%A9n%C3%A9gal>

et est qualifiée de ville-dortoir. Le service de maternité<sup>5</sup> y est très fréquenté ; le nombre mensuel moyen d'accouchements assisté de janvier à juin 2021 était de 120, de 315 en 2020 et de 417 en 2019 (une des raisons qui explique la faiblesse relative des chiffres de 2020 et 2021 par rapport à 2019 est la réfection du bloc opératoire et la référence des cas compliqués vers d'autres structures).

Les sages-femmes travaillaient en deux équipes de garde (matin 8h-20h et nuit 20h-8h). Pendant les journées, de 8h à 16h les autres services étaient aussi pourvus de sages-femmes ou d'assistantes infirmières sages-femmes : une par service (consultation prénatale, post natal, hospitalisation pour grossesse pathologique, salle pour AMIU). Il y avait aussi des aides : des élèves et étudiants en médecine et les assistantes-infirmières complétaient les équipes, et étaient également chargées des gardes du soir dans les suites de couches. Il y avait moins de monde dans les gardes de nuit. Un gynécologue était d'astreinte par semaine, il passait la journée avec les équipes du jour et était rappelé en cas d'urgences la nuit.

Un centre de santé de type 1 : Le Plateau dans le District Sud. Il se situe dans la commune d'arrondissement de Dakar-Plateau, l'une des plus modernes de la capitale. Avec une population hétéroclite venant de toutes les régions du Sénégal notamment pour les activités de commerces et la concentration des services administratifs. Mais cette métropole cache une couche de la population qui vit au seuil de la pauvreté.

Les taux de fréquentation du centre Plateau sont assez élevés par rapport à son niveau. Le taux d'accouchements moyen mensuel était de 88 accouchements pour l'année 2020. Au cours de l'évaluation de 2021, le centre n'a pas été classé SONU<sup>6</sup> B mais le district Sud disposait de plusieurs sites de type Sonu C. Ainsi, le centre Plateau référait les cas qui nécessitaient une prise en charge particulière vers ces structures Sonu C directement.

### 3.3 Type d'étude

Nous avons choisi d'effectuer une démarche de recherche d'approche qualitative exploratoire. La recherche qualitative regroupe plusieurs techniques de recherche qui sont particulièrement indiquées ici. En effet, il s'agira d'avoir la perception de deux parties prenantes sur un sujet particulièrement sensible à savoir la violence en milieu de soins ; un milieu qui est censé soigner. Le concept des VGO est une problématique émergente, le caractère exploratoire de la démarche semblait être approprié pour cette recherche. En effet, la recherche exploratoire « [...] vise à faire ressortir ou à explorer les divers enjeux que font apparaître les situations nouvelles ou les problématiques inédites et les changements ou les

---

<sup>5</sup> Source : système d'information sanitaire/MSAS/ Roi Baudoin

<sup>6</sup> Services obstétricaux et néonatalogie d'urgences, selon les services disponibles et normés, ils sont classés en B et C

transformations qui touchent les individus et les groupes. Elle est souvent justifiée pour approfondir la complexité d'une situation ou d'un processus ou découvrir l'émergence d'une réalité sociale nouvelle [...] » [60]. Ce qui est le cas pour le sujet au Sénégal.

### 3.4 Population à l'étude, technique d'échantillonnage et recrutement

#### 3.4.1 3.4.1 Population à l'étude

- Critères d'inclusion

Personnel de soins des services de maternité :

- Les médecins en spécialisation
- Les médecins internes en gynécologie et obstétriques
- Les étudiants en médecine en stage de formation
- Sage-femme professionnelle
- Étudiantes sages-femmes
- Maïeuticiens

Patientes ayant été suivies au cours des douze derniers mois pour grossesse, travail ou accouchement jusqu'à 2 mois après l'accouchement ou dans le cadre d'une consultation gynécologique par un personnel de soins.

- Critères de non-inclusion

Patientes et personnel de soins n'ayant pas donné leur consentement pour l'interview.

#### 3.4.2 Technique d'échantillonnage

L'échantillonnage raisonné a été adopté pour cette étude. Tout en ayant le désir de pouvoir m'entretenir ou du moins observer tous les profils possibles de la population d'études précédemment définie ; il s'agissait de procéder par échantillonnage raisonné et ciblé sur la période d'étude au niveau du site d'étude et donc des participants.e.s volontaires :

- De femmes suivies consentantes de profils sociodémographiques différents : statut marital, nombre d'enfants, niveau d'éducation, niveau de vie, parenté avec un personnel de soins, choix du lieu d'accouchement proche ou pas .
- Du personnel de soins de maternité selon les critères déjà décrits dans les critères d'inclusion.

### 3.4.3 Recrutement

J'ai été introduite par le chef de service de la maternité au niveau du premier site et par le médecin-chef du centre de santé sur le second site et présentée à la maitresse sage-femme de service dans les deux cas. À chaque fois, une visite des locaux et les différents services de soins fournis par le service ont été faits. Cela a permis de voir les différentes équipes, de leur expliquer que je serai avec elle pendant une semaine pour les besoins d'une enquête. Le personnel savait ainsi que l'enquête comprenait aussi des entretiens individuels anonymes et volontaires. Ainsi, selon leur disponibilité elles m'ont dit être intéressées de participer.

Pour les patientes, avec les maitresses sages-femmes des deux sites d'enquêtes nous avons identifié les services où je serais plus à même de les trouver. Ainsi, au niveau des services de consultations pré et post nats, au niveau des services de vaccinations du programme élargi de vaccinations et en salle d'hospitalisation. Il a aussi fallu consulter quelques dossiers pour avoir le contact des parturientes et les appeler pour des interviews à domicile. Certaines patientes vues à l'hôpital ont préféré être interviewées à domicile comme d'autres ont voulu répondre directement au niveau de la structure de soins. Elles avaient ensuite la possibilité de poser des questions concernant le déroulement de l'entrevue et sur la recherche en général. À chaque fois, je leur ai expliqué qui j'étais et le caractère volontaire et anonyme des interviews.

## 3.5 Collecte des données

### 3.5.1 Technique de collecte de données

- Entretien semi-dirigé

Il s'agissait d'entretiens semi-structurés. Cette technique nous est apparue comme la plus adéquate. En effet, il s'agit de recueillir la perception de femmes sur leur expérience des services de maternité. Elles avaient ainsi l'occasion de se raconter. Cela permettait aussi d'avoir une ouverture pour l'émergence de données inconnues sur le sujet.

### 3.5.2 Description de l'outil de collecte de données

- Les guides d'entretien sont élaborés en français et complétés par un questionnaire sur les droits des patients à l'intention des prestataires de soins.

Les guides d'entretien pour les patientes sont faits de questions sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques. Pour répondre à notre premier objectif de recherche, les patientes sont interrogées sur la qualité et le contenu de leurs soins pendant la grossesse, le travail et l'accouchement, la qualité de leurs interactions avec les prestataires de soins de santé, leur satisfaction à l'égard des soins reçus et leur connaissance de la qualité des expériences d'autres femmes pendant le travail et l'accouchement. Elles sont aussi



interrogées directement sur les formes courantes de mauvais traitements tels que décrits par la littérature et qui pourraient ne pas être perçus comme des abus, telles que le refus de manger et de boire pendant le travail, le refus d'accompagnement et l'impossibilité d'accoucher dans la position souhaitée communément appelée « accouchement humanisé » dans le pays.

Les membres du personnel des services de soins de maternités comme cité dans les critères d'inclusion sont interrogés sur leurs expériences des interactions patients-prestataires et sur leurs observations et connaissances des mauvais traitements aux patients. Ceci pour couvrir notre objectif spécifique numéro deux.

Enfin, une série de questions sur les droits du patient pour les prestataires permettent d'examiner la connaissance des prestataires des droits des patients.

La grille d'entretien pour le personnel a été ainsi divisée en deux grands thèmes principaux :

- L'expérience sur les VGO telle que classée par l'OMS qui nous a semblé la plus appropriée, car prenant en compte les réalités liées à l'organisation du système de soin et à ses contraintes dans notre contexte.
- Et les droits des patients

Après les tests du guide d'entretien des questions de relance ont été ajoutées pour préciser certaines idées ou réponses des participants.e.s, car pour la plupart ces thèmes n'étaient pas d'emblée évoqués.

La grille d'entretien pour les patientes contenait des questions sur leur expérience positives et négatives de leur suivi essentiellement et qu'elles pouvaient compléter.

- Observation directe :

Pour compléter les informations obtenues grâce aux guides d'entretien, nous avons commencé par cette étape. Il s'agissait de passer du temps avec le personnel et avec les femmes suivies dès admission jusqu'à la sortie. Pour ne pas influencer le comportement des prestataires, nous avons commencé par cette étape d'observation sur plusieurs jours avant de démarrer les interviews avec le personnel. Pour les patientes, nous avons démarré plutôt ce qui nous a permis d'interviewer des patientes pour qui nous avons assisté à l'accouchement.

Il s'agissait d'observer les relations patientes-prestataires pendant l'accueil, les phases du travail et de l'accouchement, mais aussi les consultations prénatales et les services de planification familiale. Des indicateurs ont été définis pour chaque type de violence tel que décrit dans notre cadre conceptuel. Ainsi, pour les violences liées au genre, il nous fallait noter des abus verbaux, psychologiques et physiques ; pour l'atteinte aux droits humains, nous notions l'absence de consentement avant d'effectuer des actes médicaux sans demander le

consentement éclairé et libre de la femme. Nos axes d'observations étaient ainsi calés à notre cadre conceptuel.

### 3.5.3 Déroulement de la collecte de données

- Contact et mise en confiance

Nous nous sommes présentés en tant que médecin et portions une blouse pour respecter les mesures d'hygiène d'autant plus importantes que c'était en plein pandémie de la Covid 19. Nous étions pendant toute la durée de l'enquête entre les services prédéfinis pour voir le déroulement des consultations et des interactions entre les prestataires de soins et les patientes.

- Rapport avec les patientes :

Nous étions présents pendant certaines consultations et à la sortie de la patiente nous les accompagnions. Nous nous présentions et leur expliquions ce que nous voulions faire. Certaines ont demandé des précisions sur le pourquoi du travail et si c'était pour l'hôpital. Nous leur proposons aussi de faire l'enquête sur place dans une pièce qui respecte la confidentialité ou encore dans un endroit de leur choix. Beaucoup n'ont pas eu de problème à répondre sur place, trois femmes ont voulu répondre de chez elles. Pour celles-là, nous avons pris leur numéro de téléphone et pris rendez-vous. Deux femmes n'ont pas répondu. L'une était pressée de rentrer, car il n'y avait personne chez elle et l'autre une célibataire qui venait d'avoir son deuxième enfant s'était dit trop fatiguée même quand nous lui avons proposé de faire l'entretien plus tard et à sa convenance.

Pour l'enregistrement nous sommes revenus sur le caractère anonyme de l'enquête et rassurés à chaque fois sur le devenir des enregistrements et de leur voix. En effet, certaines se sont préoccupées d'être reconnues surtout qu'elles continuaient à être suivies dans la même structure. Après éclaircissement, elles ont expliqué que depuis un moment au Sénégal des gens enregistraient des personnes pour mettre les enregistrements sur les réseaux sociaux. Nous nous assurons de la compréhension du processus et de ses implications et réitérons le fait que les femmes pouvaient poser toutes les questions requises à tout moment. Il était possible de changer d'avis durant l'interview ou de ne pas répondre à une question si cela les mettait mal à l'aise. Pour le consentement, nous avons pris en compte leur accord oral pour les mettre plus en confiance sans enregistrement de leur prénom et nom ni de leur adresse ni signature.

Pendant l'enquête, sur certaines questions comme la 15) Auriez-vous aimé que les sages-femmes fassent quelque chose différemment quand vous êtes venu pour les soins de maternité ? la 16) Si oui, qu'auriez-vous aimé que la sage-femme fasse différemment? Ou encore la 17) Étiez-vous satisfaits des services que vous avez reçus ? elles ont été hésitantes. Il nous fallait parfois revenir sur l'anonymat de l'interview où nous ne prenions ni nom ni

prénom et sur le fait de ne pas travailler pour l'hôpital. Pour celles qui hésitaient, le fait que nous ne travaillions pas pour l'hôpital les a mis en confiance et par la suite elles se sont exprimées avec plus de facilité et sont devenues plus précises dans certains détails de leur expérience. Elles revenaient même sur des questions pour lesquelles elles avaient répondu pour y ajouter des souvenirs.

- Rapport avec les prestataires

Il était plus facile d'obtenir leur accord pour les interviews. Et sur le sujet, même si le concept de « violence » n'a pas toujours été accepté, les prestataires ont décrit des faits considérés dans la littérature comme des abus. Le fait qu'ils s'adressaient à leur pair, aurait aussi joué. Nous avons été très vite acceptés dans les différents groupes de garde. Et au bout de trois jours d'immersion, nous nous sommes rendu compte que leur attitude ne semblait pas différer du premier jour. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le personnel est habitué à recevoir des étudiants ou des projets de recherche. Il y a aussi le fait que nous-même étant du milieu de la santé, ils supposaient que nous pouvions comprendre leur condition de travail. Et, à ce propos, plusieurs prestataires m'ont interpellé en disant « comme vous le savez » ou encore « comme vous l'avez sans doute déjà rencontré ».

- Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 15 minutes à 45 minutes. Il faut noter aussi que les interviews des prestataires de soins étaient plus longues. Peut-être du fait qu'elles racontaient leur expérience de soins et les facteurs en lien avec l'organisation du système de soins et plus elles étaient expérimentées plus leur interview était long.

#### 3.5.4 *Journal de bord*

Cet outil a été indispensable tout le long du processus de la recherche. Il a permis :

- De consigner par écrit les questionnements et les réflexions tout le long de la recherche bibliographique afin de voir sur quel axe il fallait me concentrer et conduire mon sujet
- Il contient principalement des « notes théoriques » concernant des liens faits entre différentes lectures, mais il contient également des réflexions personnelles et des émotions reliées au sujet. Ces notes ont été utiles comme mises en garde au moment de l'analyse du corpus, et ont aidé à relativiser certaines informations sans pencher vers l'une ou l'autre partie.
- Il a permis de consigner par écrit une partie importante du travail à savoir l'observation directe et les remarques des prestataires.

### 3.5.5 *Entretien informel avec des chercheurs*

Des entretiens informels ont été faits avec trois socio-anthropologues, deux en présentiel et une par téléphone puis en présentiel. Bien qu'informelles, ces conversations ont aidé à clarifier et à nourrir les réflexions pour la présente étude.

Il fallait avoir des pistes pour aborder le sujet de la violence avec la meilleure approche avec le personnel médical pour qu'il ne se ferme pas à des interventions ultérieures. En effet, à notre connaissance, le sujet de la VGO n'a pas encore été abordé avec les prestataires dans ces termes-là. Après discussion avec eux, la partie observation a été ajoutée pour étudier les réponses données au prisme des constats faits pendant la période d'étude. Cette observation a aussi servi à orienter le guide en ajoutant des questions par exemple ou encore en modifiant leur tournure.

### 3.6 Analyse des données

Une analyse thématique semblait la plus pertinente dans le cadre de cette étude puisqu'il s'agit d'une méthode servant au relevé et la synthèse des thèmes présents dans un corpus. Cette analyse concernait et les observations directes et les interviews. [61]

Différentes étapes ont été suivies pour l'analyse des entrevues. La première étape de l'analyse a d'abord été la préparation du matériel, soit de traduire et de transcrire textuellement les enregistrements audios qui ont été faits sous anonymat par des numéros selon l'ordre des interviews. Aussi, pour l'anonymat, nous avons utilisé des lettres et des chiffres en numérotant selon l'ordre des interviews pour les prestataires d'un côté et le personnel d'un autre. Ainsi pour le premier personnel de santé interviewé son code était Ipe1, et pour la première patiente Ipa1.

Le personnel soignant a été interviewé comme prestataire de soin témoin de VGO, mais aussi comme usager des services de maternité. Pour ce faire nous avons utilisé le logiciel Excel 2016. Pour l'inscription des thèmes le mode inséré a été choisi avec utilisation de code couleur et le mode commentaire sur Excel. Cette transcription a été faite par moi-même, ce qui m'a permis d'avoir en même temps un répertoire d'expressions et de mots riches décrivant l'expérience des femmes pendant cette étape de leur vie. La « thématization » en continu a permis de construire au fur et à mesure l'arbre thématique du sujet. Les thèmes sont identifiés et notés puis regroupés et hiérarchisés. Une pré analyse, soit une lecture flottante préliminaire, afin d'une appropriation des entrevues et de commencer à dégager un sens général du corpus de données a été faite. Un premier codage a été fait sur la base des thèmes centraux du guide d'entretien et ces thèmes sont aussi utilisés pour l'analyse des observations, à savoir les contraintes et l'organisation du système de soins, les violences liées au genre et les droits des patients. Les thèmes ont été classés de manière interactive. Une autre étape consistée à retrouver les similitudes entre les entretiens, mais aussi les observations afin de laisser

émerger des thèmes de manière inductive. Il s'agit notamment de l'expérience positive du duo patiente-prestataires, de la justification par ce duo de ces relations l'ambivalence des sentiments de la patiente envers le personnel soignant, de l'hétérogénéité de l'attitude des prestataires de la même équipe de garde et de la construction sociale des VGO.

Sur la base de cette analyse une synthèse sera faite pour retrouver les facteurs associés aux VGO l'un des objectifs de cette étude.

### 3.7 Éthique et confidentialité

Le protocole et les demandes d'appuis pour mener à bien cette enquête ont été approuvés par la direction de la planification de la recherche et des statistiques (DPRS), et par les responsables des structures de soins et de district des sites sélectionnés.

Le consentement oral libre et éclairé des participants et participantes a été sollicité et obtenu après explication du projet et devenir des données. Vu le caractère sensible du sujet encore tabou, ceci a conforté leur sentiment de sécurité et leur a permis de répondre sous couvert de l'anonymat.

Il a fallu aussi observer une position neutre, discuter avec le personnel de santé sans intervenir dans le processus d'offre de soins.

### 3.8 Limites de l'étude

Bien que nous avons la préoccupation de prendre en compte la diversité de la population (se référer à la méthodologie plus haut), il ne nous a pas été possible d'intégrer dans l'échantillon des femmes célibataires, handicapées ou encore de jeunes filles adolescentes mères. La grande homogénéité des participantes ne permet pas de prendre en considération les différentes réalités auxquelles font face des femmes ainsi que leur perception sur les VGO. En effet, l'échantillon ne comporte pas de femme mère célibataire, handicapées ou de jeunes filles et adolescentes.

Les prestataires hommes ne sont pas bien représentés dans l'échantillon du personnel soignant. Le cadre de l'étude aussi est une limite sachant que le paysage de soins est différent de la capitale aux régions.

La nécessité d'étudier les VGO sous la perspective de la théorie féministe inter sectionnelle est apparue, mais elle n'a pu être utilisée complètement pour notre analyse.

Être observé-e pourrait avoir modifié les comportements du personnel envers la désirabilité sociale. Il peut y avoir eu un certain biais de rappel parce que l'observation se faisait sans prise de note immédiate, il a fallu mémoriser les événements au fur et à mesure et les consigner plus tard. La traduction des interviews du wolof au français est aussi à prendre en compte.

La taille de l'échantillon ne permet pas une transférabilité des données. Les observations ont été menées dans seulement deux services de maternité de la capitale et l'entourage de la patiente n'a pas été interviewé alors que certains écrits ont décrit le rôle qu'il pût avoir dans la survenue ou non des violences ou encore des mesures qu'il pouvait prendre en cas de leur survenue : exiger de meilleurs soins, payer « des dessus de tables », déposer une plainte voire agresser verbalement ou physiquement un professionnel de santé. Une étude tenant en compte ces différentes remarques permettrait une transférabilité des résultats. D'où l'intérêt de pousser cette enquête exploratoire.

## 4 Résultats

### 4.1 Caractéristiques des participants

#### 4.1.1 *Personnel soignant*

L'échantillon est composé de quatorze (14) prestataires de soins. Un seul homme a été interviewé, un étudiant en cinquième année de médecine présent dans le cadre de son stage en gynécologie. Les prestataires occupaient les profils retrouvés habituellement dans les services de maternité au Sénégal. À cette étape, les garçons de salle, les brancardiers, et le personnel du bloc opératoire à savoir réanimateurs, anesthésistes et instrumentalistes n'ont pas été interviewés directement ; même si quand l'occasion s'est présentée, ils ont été observés dans leur exercice.

- Âge des prestataires

L'âge moyen de ce groupe était 37,14 ans. Le prestataire le plus âgée, une sage-femme, avait 56 ans et était aussi celle avec le plus long cursus professionnel, en activité depuis 1991. Elle a cumulé près de 30 ans d'expérience et comme elle le disait lors de l'interview, elle a vu « la transformation du système de soins et l'évolution de la santé maternelle ». La plus jeune était une élève sage-femme en deuxième année de licence et avait 21 ans.

- Représentativité selon le profil professionnel

Les sages-femmes représentaient la moitié du groupe 7/14 puis les assistantes-infirmières détachées dans les services de maternité avec une qui a reçu une formation supplémentaire de deux mois en soins du nouveau-né. Il y avait aussi des gynécologues, un étudiant en médecine et une élève sage-femme.

- Statut matrimonial et parité

Les deux gynécologues de l'échantillon étaient mariées et mères respectivement de quatre (4) et cinq (5) enfants. C'étaient les parités les plus élevées. Sur les prestataires 6/14 étaient des célibataires sans enfant.

- Durée de la formation

La durée de la formation était de cinq (5) ans pour la spécialisation en gynéco-obstétrique après l'obtention du grade de docteur en médecine et de trois (3) ans pour la formation sage-femme après l'obtention du baccalauréat.

- Expérience professionnelle

La moyenne pour le nombre d'années d'expérience professionnelle après leur formation était de onze (11) ans avec des extrêmes de 1 à 30 ans.

- Origine ethnique

Les wolofs, 43% de la population générale étaient plus nombreux dans ce groupe comme ethnies et elle a été utilisée comme langue de communication (pendant les interviews et aussi entre prestataire et patiente). Venaient ensuite les sérères (2), les diolas (2), les halpulaars (2), une majanque et une soninké. Parmi les prestataires, six étaient imprégnées de leur culture ethnique et parlaient leur langue maternelle.

Un étudiant marocain, présent au Sénégal pour ses études médicales a aussi participé à l'étude.

#### 4.1.2 Patientes

Au cours de l'enquête, treize femmes ont été interviewées. Elles étaient toutes musulmanes et mariées. L'âge moyen de cet échantillon était 29 ans. Elles étaient âgées de 21 ans à 37 ans. Dans ce groupe, on retrouvait six (6) primipares.

Les halpulaars (3) et les sérères (3) étaient majoritaires dans ce groupe, tandis qu'une seule wolof était interviewée. Elles étaient toutes à l'aise pour répondre en wolof.

Pour leur consultation prénatale et autre soin, elles avaient toutes des structures de soins proche de leur domicile et accessible à pied. Dans les cas où la patiente est allée dans des structures loin de leur domicile, les raisons évoquées principalement étaient :

- Une référence par un prestataire pour une meilleure prise en charge dans une structure de niveau supérieur

- Le personnel de soins qui l'avait suivie pendant sa dernière grossesse a changé de service de maternité, la patiente le suit vers le nouveau poste

« En taxi, il me faut 15 MINUTES sans embouteillage ; j'ai juste choisi la structure où mon gynécologue faisait ses consultations je la suivais pour les CPN et pour l'accouchement on a discuté et elle m'a proposé une structure qui avait été restaurée avec un bon plateau technique pour mon accouchement ».

- La patiente a déménagé, mais, elle avait reçu bon accueil lors de ses consultations dans le service de son ancien quartier et donc continue d’y aller même si cela suppose un coût financier et de temps plus important.

*Tableau IV:Caractéristiques sociodémographiques des patientes*

Anonymat	Âge en Années	Nombre d'enfants	Ethnie	Niveau d'éducation	Religion	État civil
Interview patiente 1 : lpa1	28	4	Bambara	Primaire (cm2)	Musulmane	Mariée
lpa2	34	4	Peulh	Non scolarisée, mais formation en couture	Musulmane	Mariée
lpa3	22	1	Wolof	Arabe	Musulmane	Mariée
lpa4	21	2	Toucouleur	Non scolarisée	Musulmane	Mariée
lpa5	30	1	Toucouleur	Bac+3 formations en transit	Musulmane	Mariée
lpa6	34	1	Sérère	6 <sup>e</sup> collègue	Musulmane	Mariée
lpa7	27	1	Sérère	Primaire (cm2)	Musulmane	Mariée
lpa8	31	1	Wolof	Non scolarisée	Musulmane	Mariée
lpa9	35	1	Mandingue	Universitaire Médecin	Musulmane	Mariée
lpa10	22	3	Socé	Primaire puis travail dans la restauration	Musulmane	Mariée
lpa11	35	4	Sérère	Primaire (CE2)	Musulmane	Mariée
lpa12	37	4	Malinké	BFEM puis formation en informatique	Musulmane	Mariée
lpa13	29	1	Wolof	Universitaire master anglais	Musulmane	Mariée

## 4.2 Violences liées au genre

### 4.2.1 Violence verbale

C'est la forme de VGO la plus fréquemment retrouvée dans cette enquête.

- Sous forme de langage dur et/ou grossier

Elle a été rapportée par toutes les parturientes à un moment donné de la part d'un ou plusieurs membres de l'équipe de garde.

*lpa1 : « Pendant la surveillance après ma césarienne, l'infirmière a du changé la voie de la perfusion qui s'était bouchée et quand je l'ai appelé elle m'a dit d'un ton très dur que c'était de ma faute et que je devais rester tranquille j'ai sentie qu'elle était fâchée et je lui ai dit que ce n'était pas de ma faute, qu'il faisait chaud et que la sueur mouillait le sparadrap »*

*lpa 2 : « Parfois quand tu cries de douleurs le prestataire te dis que quand tu le faisais (rapport sexuel) c'était agréable donc de rester tranquille »*

*lpa6 : « la sage-femme qui a cousu ma plaie m'a crié dessus et a été brutale pour me faire garder une position elle me criait qu'elle avait mal au doigt que la position de la table n'était*



*pas bonne ; des choses comme ça ; ça vraiment ça ne m'a pas plu. Je me suis sentie coupable et faible et pourtant j'essayais de faire ce qu'elle voulait »*

*Ipa9 : « durant toute ma grossesse je les ai trouvées très violentes dans leur propos leur manière de faire, la manière de s'adresser à la personne de s'exprimer ; elles étaient brutales, mordantes et sans aucun tact ».*

- Menace/ blâme

Certaines patientes ont rapporté que le prestataire les a menacés d'arrêter les soins. Et certaines sages-femmes ont été observées utilisant un ton menaçant quand la patiente n'était pas aussi tranquille qu'elles l'auraient voulu. Une femme hospitalisée après avoir subi une césarienne a dû se justifier pour une voie veineuse qu'il fallait changer. Une élève sage-femme a assisté à une situation où la sage-femme menaçait de retenir l'enfant et la mère tant qu'une ordonnance n'aurait pas été achetée.

*Ipa5 : « il y'a ma grande sœur, qui est allée accoucher dans un grand hôpital Abass Ndao, la fille qu'elle a trouvée avait des ongles ; quand elle l'a vu mettre des gants, elle lui a dit "vous n'allez pas mettre vos ongles dans mon sexe même pour m'examiner", la sage-femme lui a répondu que si elle voulait elle s'allonge ou elle part ; la patiente lui a répondu qu'elle n'irait nulle part, car elle a payé son ticket, alors le prestataire l'a ignorée et s'est mis à discuter avec ses collègues et elle a ignoré la patiente en lui disant qu'elle faisait des manières parce que le travail n'était pas assez avancé »*

*Ipa1 : « la voie de la perfusion s'est bouchée et quand j'ai appelé l'infirmière, elle m'a dit que c'était de ma faute et que je devais rester tranquille j'ai sentie qu'elle était fâchée et je lui ai dit que ce n'était pas de ma faute »*

#### 4.2.2 Violence émotionnelle, psychologique et humiliation.

La violence émotionnelle a été décrite plusieurs fois par les patientes, après différentes situations d'abus : négligence ; mots durs ; retard dans les réponses. Il s'agit aussi de la peur engendrée quand il faut aller en consultation pour la patiente.

Des émotions telles que la peur de poser des questions, le stress de retourner dans un service où l'on a déjà été brutalisée, la frustration d'être négligée, un sentiment de traumatisme et enfin une sensation d'annihilation et d'humiliation ont été décrites par les patientes.

Dans un autre cas, il y a le fait qu'à la fin de l'accouchement les patientes s'excusent auprès des prestataires à défaut de quoi le prestataire de soins même lui demande si elle ne devrait pas s'excuser.

« Après l'accouchement, la parturiente a demandé pardon à la sage-femme. Pendant mes observations je me suis rendu compte que la demande de pardon était récurrente de la part

des patientes. Et une sage-femme a même demandé à une patiente après son accouchement au moment de descendre de la table « alors tu ne t'excuses pas ».

*Ipa9 : « je me suis sentie tellement minimisée tellement petite et faible moi qui suis si forte et qui ne pleure jamais je me suis surprises à pleurer ; une autre fois j'étais dans une clinique privée où même si elles ne te disent rien tu peux le voir sur leur expression que tu les emmerdes »*

*Ipa2 : « le jour de mon accouchement j'étais d'abord à Nabil chuair je suis arrivée à 21h jusqu'à 2h du matin, je n'ai pas été vue par le médecin, ils m'ont fait acheter des boites que je n'ai pas consommées ; ils me faisaient patienter me disant que le médecin était en route ; je me suis sentie tellement négligée et cela m'a tellement énervée que je leur ai demandé de me rendre mes papiers et je suis rentrée à la maison »*

*Ipa6 : « la sage-femme qui a cousu ma plaie m'a crié dessus, et elle a été brutale pour me faire garder une position, elle me criait qu'elle avait mal au doigt que la position de la table n'était pas bonne des choses comme ça ; ça vraiment ça ne m'a pas plu me suis sentie coupable et faible et pourtant j'essayais de faire ce qu'elle voulait »*

*Ipa4 : « la première fois que j'ai accouché ici, il fallait que la sage-femme me recouse, mais elle m'a frappé sur la cuisse plusieurs fois, car j'avais mal et je ne pouvais pas rester en place on était seule toutes les deux ; pour cette fois-ci j'avais peur de revenir, mais c'est le plus proche de chez moi ; mais je ne l'ai pas vue cette fois-ci »*

*Ipa13 : « j'ai été traumatisée, je n'osai plus poser de question j'avais peur des questions à la sage-femme ; la seule fois où je ne me suis pas sentie jugée c'était dans le privé ; en plus j'ai fait une grossesse difficile j'ai été abandonnée par mon mari en début de grossesse et je n'ai pas pu obtenir de soutien de ma sage-femme, une grossesse devrait pourtant être un moment de bonheur ».*

Des remarques sur le physique des patientes ont été notées pendant les observations. Il s'agissait toutes les deux de patientes en « surpoids ».

Une patiente de 18 ans, qui est en excès pondéral est venue consulter pour une tension artérielle élevée sur grossesse. L'une des sages-femmes lui demande de la regarder, ensuite la sage-femme lui dit « je pourrais être ta mère en âge, mais de nous deux c'est toi qui ressembles à la mère ». La patiente a juste détourné la tête sans répondre.

Une autre patiente était venue pour une consultation en planification familiale. Pendant qu'elle était allongée pour un toucher vaginal, la sage-femme s'est mise à tapoter sur ces cuisses en lui disant « tout cela c'est de la graisse cela ne sert à rien ».

#### 4.2.3 Violences physiques

- Usage de la force

Des cas de violences ont été décrits plusieurs fois ; il s'agit de coups donnés pendant l'accouchement quand une patiente ne pouvait plus pousser, de gifle pendant le travail, ou encore de mouvement brutal observé pendant la mobilisation de la patiente en salle de travail.

*Ipe14 : « j'ai accouché par voie basse avec mon premier enfant et à dilatation complète j'avoue qu'on m'a giflée, car je n'avais plus la force de pousser et les effets de la péridurale ne se faisaient plus sentir donc j'avais de plus en plus mal ; je ne voulais plus pousser et mon professeur de l'époque un homme m'a même donné des coups. »*

*Ipa4 : « la première fois que j'ai accouché ici, il fallait que la sage-femme me recouse, mais elle m'a frappée sur la cuisse plusieurs fois, car j'avais mal et je ne pouvais pas rester en place on était seule toutes les deux ; »*

*Ipa : « il y a eu aussi un cas auquel j'ai assisté personne ne me l'a raconté c'était une Malienne la sage-femme l'avait giflée pendant le travail »*

La force physique a aussi été utilisée pour faire des pressions abdominales pour aider à pousser pendant l'accouchement.

« Elle faisait des mouvements de pressions au niveau de l'abdomen pour « l'aider à pousser ».

- **Contrainte physique**

Les contraintes physiques pour que la patiente adopte la position souhaitée sur plusieurs procédures pendant une révision utérine, un curetage, une épisiorrhaphie<sup>7</sup> ont été rapportées par les patientes et aussi observées.

Pendant l'observation d'une garde du jour, des prestataires ont utilisé un ton très dur, voire menaçant, pour s'adresser aux patientes.

La sage-femme devait faire une révision utérine sur une patiente sans anesthésie. Ses propos à l'adresse de la patiente étaient « ne me touche pas, tu me blesses, poses ton dos et restes tranquille ».

Après l'accouchement, la sage-femme a mis le misoprolol par voie intra rectale à la parturiente sans la prévenir ce qui lui a fait pousser un cri et sursauter, et la sage-femme lui dit en la poussant sur l'abdomen « hey c'est fini c'est fini rallongez-vous, rallongez-vous ».

*Ipe2 : « il y a des cas surtout les primipares c'est très difficile et stressant pour la sage-femme, car à un moment donné la maman ne pousse plus ; à l'époque, je demandais de l'aide pour qu'on maintienne ses mains et ses jambes. On avait des cas ou les primipares refusaient carrément et elles se mettaient nues dans la grande salle prête à fuir et vous savez celle-là on*

---

<sup>7</sup> Réparation de l'épisiotomie

*ne peut pas la laisser faire on était obligé de chercher de l'aide pour la retenir et la faire accoucher ; »*

#### 4.2.4 Abus sexuels

Les touchers vaginaux sans consentement, douloureux, répétitifs sans explication sur une même patiente, des coups donnés spécifiquement sur certaines parties du corps comme les cuisses ont été notées par trois patientes.

*Ipa9 : « moi-même qui suis médecin y a des choses qui m'ont marquées et qui me perturbent jusqu'à présent comme venir te faire un toucher vaginal sans demander ton consentement parce qu'ils ne connaissent pas la personne elle peut avoir des particularités moi par exemple j'ai subi des mutilations génitales féminines et depuis lors je suis très sensible sur cette partie (chez nous toutes les filles sont excisées sauf ma petite sœur), mais en gynécologie, il faut voir, ça c'est une règle d'or avant de te toucher il ne te prépare pas et d'ailleurs c'est pour ça que moi je suivais mes gynéco selon leur site de consultation ; elles me connaissaient »*

*Ipa4 : « elle m'a frappé sur la cuisse plusieurs fois... »*

#### 4.2.5 Préjugés à l'égard des femmes : perte d'autonomie

Dans certains cas pour la prise de décision, les femmes ont été considérées comme incompetentes. Les prestataires se sont directement adressés aux parents (mari, mère) pour expliquer l'évolution du travail ou le traitement faisant ainsi des femmes, des participantes passives de leur accouchement. Parfois, elles prenaient leur décision, mais leur choix n'était pas considéré. Une patiente qui avait eu une épisiotomie pendant son accouchement voulait attendre son premier rendez-vous pour la réparation. Elle disait ne plus pouvoir supporter de se mettre sur la table d'accouchement ; l'infirmière a pris à partie sa mère pour la convaincre de la nécessité de faire l'acte avant sa sortie. L'infirmière a donné l'ordonnance au mari qui est allé l'acheter à son retour voyant que la patiente n'était toujours pas d'accord, le mari a essayé de la convaincre de la nécessité de faire cela une bonne fois « tu as fait le plus difficile, tu devrais pouvoir supporter le reste »

### 4.3 Violences par atteintes portées aux droits humains

Cette partie a été surtout exploitée lors des observations directes et des entretiens avec les prestataires. La plupart des patients se fiaient à la parole des prestataires et ne mettaient pas en doute ce qu'ils leur disaient ou demandaient de faire. Il était question pour les prestataires de répondre à un petit sondage sur les droits des patients. Leur réponse a été mise en parallèle avec les observations directes quant à l'application de ces droits. Ils étaient d'accord sur la plupart sauf sur la notion de consentement. Et cela a été aussi observé pendant leur pratique de tous les jours. La gestion du respect de l'intimité de la patiente ainsi que de la

confidentialité des données qui la concernaient ne semblaient plus être une priorité une fois la femme dans la salle de travail et d'accouchement. Dans les recommandations, nous reviendrons sur la nécessité de la sensibilisation des usagères des services de maternité sur leurs droits, sur une meilleure compréhension et application de ces droits. Ceci en effet est essentiel pour la reconnaissance et la lutte contre les VGO.

*Tableau V: Résultats des entretiens avec le personnel de soins qui avaient des doutes sur les droits des patients*

Droit du patient	Réponse du prestataire
Informar la patiente sur les progrès du travail	<b>Ipe14</b> : « peut se faire, mais "relativement", car selon les patientes ou ses accompagnants ils ne vont pas comprendre »
Informar des signes de danger	<b>Ipe13</b> : « il y a certaines personnes quand on les prévient de signes de danger ça peut les perturber et empirer la situation par exemple en cas de saignement après l'accouchement si on se met à lui expliquer cela peut empirer les choses et l'emporter » <b>Ipe8</b> : ce n'est pas forcer de l'informer de tous les dangers par exemple quand tu sais qu'il y a un danger si tu lui dis ce n'est pas sûr pour la patiente, car ça peut la stresser et ce n'est pas bien à mon avis » <b>Ipe5</b> : « cela dépend de la patiente parfois certaine risque de s'affoler, d'être stressé donc parfois il faut juste dire la moitié de la vérité pas toute la vérité pour la protéger »
Consentement pour toutes les procédures	<b>Ipe9</b> : « il y a des cas où on ne va pas attendre le consentement par exemple en cas de hémorragie on l'installe au bloque pour une césarienne on voit qu'il faut une hystérectomie pour lui sauver la vie même si elle n'avait pas d'enfant on le fait, car c'est pour lui sauver la vie dans ce cas c'est une indication médicale on n'a pas besoin du consentement de la patiente ; pour les signes du danger ça dépend de la situation, mais on n'informe pas tout le temps, mais on essaie avec un vocabulaire simple <b>Ipe5</b> : « je pense à l'épisiotomie si le bébé est en danger c'est une procédure qui doit être fait sans demander l'avis ».

#### 4.3.1 Discrimination et stigmatisation en lien avec des caractéristiques sociodémographiques

Cette discrimination a été notée, mais de façon différente selon la patiente et son statut et n'a pas toujours été négative.

##### *Discrimination en rapport avec le statut professionnel et le niveau d'étude :*

Nous avons noté quelques prestataires de soins qui ont raconté leur expérience négative de soins, alors qu'elles étaient déjà du domaine et qu'elles avaient pris la peine de se présenter à leur collègue.

*Ipe13* : « et pendant ce temps j'ai demandé à la sage-femme de la salle des antidouleurs, car j'avais très mal ; je leur ai demandé au moins de me mettre un Nospam, mais elles n'ont pas réagi je me suis demandée est-ce qu'elles n'avaient pas réagi comme ça pour me remettre à ma place parce que j'étais personnel de soin, mais que je n'avais pas à leur apprendre leur métier »

*lpa9 : « j'aurais aimé que l'on nous traite mieux sans distinction d'appartenances ; les gens n'ont été gentils que quand ils me savaient médecin le fait de ne pas me présenter au départ me permettait de voir leur vrai visage et de voir que les gens ne sont pas tout le temps gentils »*

Les patientes qui avaient un certain niveau d'étude, qui faisaient des recherches et qui posaient des questions pendant leur consultation semblaient subir plus de violence que celles qui ne posaient pas de questions soit par un refus d'écoute de leur préoccupation ou un refus de parole pour expliquer leur crainte.

*lpe7 : « Le niveau d'instruction représente une difficulté parce que des fois tu as une femme qui est très instruite qui lit sur la grossesse et les complications et sur tout or c'est un peu compliqué pour expliquer aux "savants". Je veux dire, car les savants pensent tout savoir ».*

*« Toi attends d'abord que je t'explique... Vous les intellectuelles votre problème c'est que vous allez sur le net et vous pensez tous savoir alors que ce n'est pas possible ; la santé il faut l'étudier »*

*lpa13 : « ma première expérience de grossesse cela ne s'est pas bien passé ; parce que vraiment dès fois j'ai eu envie de poser des questions et je n'ai pas pu ; en tout cas le fait que je sois une femme instruite juste cela on m'a dit que je n'avais pas besoin de poser des questions ; et vraiment ça m'a traumatisée ; il m'est arrivé d'avoir peur et de ne pas trouver de l'assurance au niveau des sages-femmes ; j'ai changé de structure, car la première s'était trompée sur mes dates ; alors j'ai changé de poste et je suis allée voir Mme X avec espoir pour être rassurée, mais au contraire la voir m'a bouleversée ; justement que j'ai été jugée juste parce que j'ai posé des questions et on me taxe d'intellectuelle que je veux tout savoir ; je me rappelle après ma première question la sage-femme m'a répondu, 'vous les femmes instruites c'est très difficile de vous soigner'. Et depuis je ne pose plus de question, j'ai même peur de poser des questions. Et les sages-femmes m'ont toutes les deux jugées sans me connaître »*

La patiente lpa13 en plus de son niveau d'étude élevée est aussi à sa première grossesse. Elle est la patiente observée à qui on a refusé la parole.

#### *Discrimination selon le niveau socioéconomique :*

Une assistante-infirmière a expliqué avoir vu une malade qui a été traitée sur la base de sa tenue au moment de sa consultation.

*lpe11 : « j'ai vu une femme qui a fait un avortement sur son lieu de travail; comme elle vend des poissons, elle avait l'odeur des poissons en venant ici, mais le personnel qui s'occupait d'elle faisait des réflexions sur l'odeur de la patiente et leur comportement était différent, comme si elles étaient écœurées quand elles la touchaient ; et cela m'avait vraiment choqué, car, quelle que soit la personne on doit bien l'accueillir et la respecter et les urgences peuvent arriver à tout moment ».*

### *Discrimination et parité :*

Les primipares étaient retrouvées plusieurs fois dans le discours des prestataires comme des patientes avec qui la communication était difficile. Du fait de leur naïveté en ce qui concernait leur situation, le personnel soignant les indexait comme des patientes avec qui il fallait faire attention dès le départ pour éviter des complications par rapport aux multipares qui étaient selon elles obéissantes.

*Ipe2 : « il y a des cas de violences surtout chez les primipares. C'est très difficile et stressant pour la sage-femme, car à un moment de l'accouchement, la maman ne pousse plus. À l'époque je demandais de l'aide pour qu'on maintienne ses mains, ses jambes. On avait des cas ou les primipares refusaient carrément et elles se mettaient nues dans la grande salle, prêtes à fuir, et vous savez celles-là on ne peut pas les laisser faire ; on était obligé de chercher de l'aide pour la retenir et la faire accoucher; on a moins de problèmes avec les multipares qui sont obéissantes et font ce qu'on leur demande. »*

*Ipe12 : « une fois y'avais une primipare qu'on nous avait référée, elle était hyper toxique, elle arrachait ses voies et ne voulait pas s'allonger ; elle a demandé qu'on appelle son mari et on s'est dit que peut-être il pourra la calmer. Quand son mari est arrivé, il nous a demandé de nous occuper d'elle et de la comprendre, car la patiente était jeune sans expérience ».*

La plupart des femmes prestataires de soins et mères (5/7) interviewées disaient qu'elles avaient eu une belle expérience de leur accouchement et reconnaissaient que cela avait certainement eu un rapport avec leur statut. Certaines patientes apparentées au personnel de soin ont aussi expliqué que cela avait joué un rôle positif lors de leur accouchement.

#### *4.3.2 Menace de refus de soins ou de détention dans les établissements de soins*

Des menaces ont été proférées et relevées par deux prestataires lors des interviews, à l'encontre des patientes pour qu'elles obéissent aux ordres des prestataires et notamment d'abandon des soins ou de détention de leur bébé.

*Ipe12 : « la sage-femme a enlevé toutes les voies et demandé à ce que le mari prenne sa femme. Alors la patiente s'est mise à pleurer pour qu'on l'aide et de ne pas écouter son mari; en ce moment on a sorti le mari de la salle avant de nous occuper finalement de la patiente qui a accouché »*

#### *4.3.3 Soins non consentis.*

Pour les différentes équipes et dans les différents sites de l'enquête, il est vite apparu que le consentement de la patiente n'était presque jamais sollicité pendant nos jours d'observation et cela, quelle que soit la procédure à faire. Les prestataires de soins le faisaient pour l'intérêt de la patiente et évaluaient quand il fallait informer la patiente ou pas sur l'évolution du

travail. Il y avait des cas où, selon les prestataires de soin il valait mieux ne rien dire ou dire les choses à moitié : parce que la patiente ne semblait pas réceptive ; parce que la patiente ou ses accompagnants ne pourraient pas comprendre ; parce que certaines informations pourraient perturber la patiente et la stresser.

*Ipe9 : « il y a des cas où on ne va pas attendre le consentement par exemple en cas de HRP on l'installe au bloque pour une césarienne on voit qu'il faut une hystérectomie pour lui sauver la vie même si elle n'avait pas d'enfant on le fait, car c'est pour lui sauver la vie dans ce cas c'est une indication médicale on n'a pas besoin du consentement de la patiente ; »*

*Ipe5 : « Pour le consentement de la patiente ce n'est pas sur toutes les procédures, je pense, à l'épisiotomie si le bébé est en danger c'est une procédure qui doit être fait sans demander l'avis de la patiente ; »*

*Ipe13 : « il y a certaines personnes quand on les informe de signes de danger ça peut les perturber et empirer la situation par exemple en cas de saignement après l'accouchement si on se met à lui expliquer, cela peut empirer les choses et l'emporter »*

Pour l'information et la demande de consentement pour des actes comme le toucher vaginal (TV), la patiente n'était ni sensibilisée ni informée. Le prestataire demandait à la patiente de rester sur le dos et d'enlever ses « dessous » si elle en portait. Arrivée à la partie de l'examen où il fallait apprécier le col, le prestataire lui demander juste de se mettre en position.

Ainsi, la patiente n'était pas consultée pour être touchée parfois c'était minimum deux personnels qui touchaient voire trois s'il y avait des élèves ou étudiants. Les femmes tournées la tête vers un côté allongé en décubitus dorsal et attendaient que l'examen finisse ; à la fin rare étaient les patientes qui demandaient où elles en étaient et rares étaient les prestataires qui informaient des résultats de l'examen à leur patiente. Elles en discutaient entre elles, prescrivait une ordonnance et en la remettant elles fournissaient des explications au mari souvent ou la mère de la patiente.

Une femme est arrivée au début du travail, elle a été touchée 3 fois de suite par la sage-femme de garde, une élève sage-femme et une sage-femme qui venait d'obtenir son diplôme d'état, sans demande de consentement ni explication.

Les patientes étaient souvent traitées comme des participantes passives de leur propre accouchement.

#### *4.3.4 Soins non confidentiels*

Dans les deux services de maternité, les salles de consultations prénatales et de consultations pour les infections sexuellement transmissibles étaient configurées pour respecter l'intimité et la confidentialité lors des consultations. Dans un des services, la sage-femme prenait la



peine de disposer d'un paravent entre la table de consultation et le bureau et elle le faisait systématiquement.

Dans les salles d'accouchement, les notions d'intimité et de confidentialité étaient beaucoup moins considérées du fait déjà de la configuration de la salle. Les lits étaient séparés en box ouvert, sans isolation acoustique. Les interrogatoires pouvaient être entendus des autres patientes. Parfois, les prestataires de soins demandaient aux femmes des informations privées ou personnelles devant d'autres.

« Pendant une garde de jour et en semaine, il y'a eu une grande affluence du personnel de soin dans la salle d'accouchement : les sages-femmes de gardes, l'assistante-infirmière en soins du nouveau-né, la technicienne de surface, les élèves et étudiants en stages. Les échanges sur les prescriptions et les actes à faire sur une patiente, les décisions sur son transfert vers une autre structure et les raisons de ce transfert pouvaient être entendus. Et les examens physiques des patientes pouvaient se faire dans cette atmosphère. Les informations sur la malade s'échangeaient à haute voix perceptible par toute la salle, le personnel pour interroger une patiente restait assis au niveau de leur table en milieu de la salle et poser les questions aux malades. »

#### 4.4 Non-respect des normes et procédures de soins

##### 4.4.1 Refus de soulager la douleur

Une patiente a révélé avoir demandé des antidouleurs, mais elle n'a pas eu de réponse.

*Ipe13 : « et pendant ce temps j'ai demandé à la sage-femme de la salle des antidouleurs, car j'avais très mal; je leur ai demandé au moins de me mettre un Nospam, mais elles n'ont pas réagi ».*

Des actes pour lesquels, les protocoles notifient l'utilisation d'anesthésies, ont été posés sans anesthésie. À noter aussi que bien que se plaignant de douleur, les patientes observées ne demandaient pas d'antidouleur.

Nous avons assisté pour deux femmes qui sont arrivées pour des avortements confirmés par l'échographie chez qui une révision utérine avait été faite sans anesthésie pour une autre un curetage manuel avait été fait ; elles se sont toutes les deux pleins de douleur répétant qu'elles avaient mal et la sage-femme en charge à chaque fois leur disait de prendre courage ça devait faire mal tout le monde savait que cela devait faire mal ; elles gesticulaient et essayer de s'extraire des mains de la sage-femme.

*Abandon ou négligence pendant les soins*

La menace d'abandon des soins était très utilisée par les prestataires pour contraindre les patientes à leur obéir. Cette menace concerne la patiente elle-même et dans certains cas l'accompagnant.

La négligence et les délais longs avant la réponse à la demande de la patiente étaient aussi soulevés par les prestataires.

Ipa9 : « Je devais faire une échographie, le garçon de salle m'amène dans la salle d'imagerie après on s'est rendu compte qu'il avait disparu, j'ai peut-être attendu plus de 30 minutes avant qu'il ne revienne et sans même s'excuser il m'explique qu'il était allé prier... »

Ipa2 : « le jour de mon accouchement j'étais d'abord à Nabil Choucair je suis arrivée à 21h jusqu'à 2h du matin ils m'ont fait acheter des boites que je n'ai pas consommées; ils me faisaient patienter me disant que le médecin est en route; cela m'a tellement énervé que je leur ai demandé de me rendre mes papiers et je suis rentrée à la maison c'était un mercredi; mais je suis restée à la maison jusqu'au vendredi, car j'étais épuisée et j'avais un manque de sommeil et le vendredi je suis arrivée à Roi Baudoin et leur accueil m'a fait oublier le premier hôpital. »

Ipa11 : « avant d'arriver ici (Roi Baudoin), j'étais dans un premier poste ; j'étais allongé j'avais mal, mais la sage-femme prenait son temps ; elle était en train de manger son pain et de discuter avec d'autres vraiment je n'attendais pas cela d'elles »

Ipa9 : « Arrivée sur place elles ont voulu me mettre sur un lit avec des draps tachés, j'ai demandé à ce qu'elles me les changent ; elles ont trainé avant de le faire et à partir de là c'était la même chose pour toutes mes demandes je devais toujours répéter et attendre parfois même sans réponse. »

Ipa6 : « j'ai eu des membres de ma famille, les femmes de mes frères, qui se sont plaint que pendant l'accouchement les prestataires ne venaient vers elles que quand elles étaient prêtes pour accoucher sinon on les laisser crier sans s'occuper d'elles et qu'elles discutaient entre elles. »

Ipe12 : « une fois il y avait une primipare qu'on nous avait référée, hyper toxique ; elle arrachait ses voies et ne voulait pas s'allonger; elle a demandé qu'on appelle son mari et on sait dit que peut-être il pourra la calmer quand son mari est arrivé il nous a demandé de nous occuper d'elle et de la comprendre, car la patiente était jeune et sans expérience; alors la sage-femme a répondu avec un ton très dure " arrêter de dire ça nous on est en train de l'aider c'est pour l'aider que nous sommes là" le mari s'est fâché et a répondu " bande d'incompétentes vous ne maîtrisez pas votre travail" la SF a enlevé toutes les voies et demandé à ce que le mari prenne sa femme. Alors patiente s'est mise à pleurer pour qu'on l'aide et de ne pas écouter le mari; en ce moment on a sorti le mari de la salle avant de nous

occuper finalement de la patiente qui a accouché; le matin le mari est allé se plaindre devant le chef; mais n'empêche c'est à nous de les comprendre, car certaines personnes gèrent mal le stress et l'accouchement est un moment de stress pour la femme et le mari et cela ne te donne pas le droit de leur refuser les soins »

Ipe13 : « quand j'accouchais je suis arrivée j'étais à 5 doigts le gynéco m'a vue m'a examinée et m'a installée en salle d'accouchement puis il est allé au bloc, car y'avait beaucoup de patientes; il pensait certainement que les SF allaient s'occuper de moi, mais il n'est pas revenu me voir alors que je faisais une grossesse sur utérus cicatriciel, ensuite on m'a dit qu'il a fini sa garde et comme je connaissais une autre gynéco j'ai demandé aux sages-femmes de l'appeler pour moi, mais elle n'est pas venue aussi, et pendant ce temps j'ai demandé à la SF de la salle des antidouleurs, car j'avais très mal; je leur ai demandé au moins de me mettre un NOSPA, mais elles n'ont pas réagi je me suis demandée est-ce qu'elles n'avaient pas réagi comme ça pour me remettre à ma place parce que j'étais personnel de soin; et même pour aller au bloc ils ont pris leur temps je suis arrivée à 5H du matin, mais je ne suis allée au bloc qu'à 13 h pour dilatation stationnaire et souffrance fœtale, ça m'a fait mal, car elles m'ont minimisée »

#### 4.5 Contraintes et manques de ressources

##### 4.5.1 Transport

Le transport lors des références vers un niveau supérieur est assuré par la patiente elle-même. Ce qui lui fait un niveau de stress supplémentaire et lui fait prendre des risques inhérents pour une femme en travail dans une voiture sans surveillance médicale.

Ipa3 : « j'ai eu mal au ventre toute la nuit, mais je ne pensais pas à des contractions je pensais que c'était juste des douleurs abdominales, arrivées à poste de santé ils m'ont vu et fait l'échographie, ensuite ils m'ont envoyé ici, je suis venue par mes propres moyens. »

Ipa5 : « ils m'ont vu et ils ont essayé pendant longtemps, mais finalement l'enfant ne descendait pas et c'est là qu'ils m'ont référée ; car il n'avait pas de moyens de réanimation au cas où le bébé avait des problèmes, j'ai pris un taxi et je suis venu ici par mes propres moyens »

Ipa : « j'ai fait mes CPN ici dans le centre, mais pendant mon suivi je saignais c'est pour ça je n'ai pas accouché ici, quand je suis venue ici pour consulter le personnel m'a visitée et m'a écrit un papier pour aller dans un hôpital, car eux ils n'avait pas d'écho, quand je suis allée dans le 2e hôpital j'ai fait une échographie et ensuite il fallait aller dans un 3e hôpital où on a fait la césarienne ; j'étais très fatiguée et je devais faire toute cette route. »

#### 4.5.2 Installation et asepsie

Les installations ne sont pas adaptées pour le confort des femmes en travail ou même après leur accouchement selon certaines répondantes. Et cela a accentué le ressenti du manque de soutien de soins chez les patientes.

C'est aussi une des raisons qui explique le manque d'intimité des patientes et la rupture de la confidentialité.

*Ipa1 : « je me suis retrouvée dans une salle sans drap, il faisait chaud et y'avait beaucoup de moustiques je ne pouvais pas dormir, car j'avais peur que les moustiques nous piquent mon bébé et moi. Pour les toilettes, j'étais obligée de me mettre debout pour faire mes besoins et verser de l'eau ensuite sur moi. J'ai essayé une fois de m'accroupir pour faire mes besoins, mais j'avais toutes les difficultés pour me relever d'autant que j'étais seule. Je ne pouvais pas avoir d'accompagnant, car c'est interdit et pas d'aide des prestataires. J'aurais voulu qu'il y ait au moins des chaises anglaises c'est la moindre des choses. C'était propre, mais pas adéquat ».*

Il n'y avait pas de drap sur les lits au niveau des deux services où les enquêtes ont été menées. Certaines parturientes apportaient leur drap, ou restaient allongées à même le matelas. Une technicienne de surface nettoyait entre deux malades. Les lits n'étaient pas individuels. Il y avait la salle de travail où la patiente était suivie jusqu'à dilatation complète. Ensuite, la patiente se levait pour aller dans la salle d'accouchement.

La propreté des installations et notamment des lits a été remise en questions par plusieurs patientes, cela les avait mis dans des situations de gêne où elles étaient obligées de demander qu'on leur change les draps.

*Ipe6 : « Une fois je suivais une patiente, mais le travail était très long et j'ai dû l'envoyer à Abass Ndao. Arrivée sur place le personnel que j'ai trouvé me dit de la mettre sur le lit et je lui dis que le lit était couvert de sang; elle ne m'a pas répondu alors je lui demande de me fournir un tissu au moins pour que je nettoie le sang. C'est là où j'ai pris un tissu pour nettoyer le lit pour que ma patiente puisse ensuite s'allonger. Des choses comme ça ce n'est pas bien. »*

*Ipa9 : « Une fois j'étais très faible, car j'avais beaucoup vomi je suis allée dans un grand hôpital de la place la première de Dakar je dirai. Arrivée sur place elles ont voulu me mettre sur un lit avec des draps tachés, j'ai demandé à ce qu'elles me les changent ; elles ont trainé avant de le faire et à partir de là c'était la même chose pour toutes mes demandes je devais toujours répéter et attendre parfois même sans réponse. »*

#### 4.5.3 Approvisionnement en médicaments et intrants

La plupart des dépenses se font par la patiente. Certaines s'en sont plaintes et des prestataires ont évoqué cela comme une raison principale des accouchements à domicile. Un

prestataire a aussi soulevé la question sur l'incidence de ces manquements dans la prise en charge des patientes et de la douleur.

*Ipe14 : « il y a des produits comme les utéro-toniques, les ocytocines, le sulfate de magnésium les antihypertenseurs ou encore les antalgiques qui ne peuvent pas attendre et alors c'est nous personnel soignant qui nous débrouillons pour en trouver ou on fait la prescription au malade. Alors que par rapport au niveau de la structure ces produits devraient être disponibles tout le temps que ça soit au bloc ou en salle d'accouchement »*

*Ipa1 : « Pour les médicaments ils m'ont fait acheter beaucoup de médicaments que je n'ai pas utilisés c'était des médicaments très chers et j'aurais voulu qu'ils fassent attention à la prescription, car mon mari se débrouille et ce n'est pas évident sur le plan financier. »*

L'absence de matériel de base de manière permanente comme une échographie avait été notée. Que ce soit le centre de référence en jour de semaine à partir de 17H et les week-ends toute la journée ou dans le centre de santé, les patientes arrivées après ces heures étaient soit référées dans un autre centre de maternité, soit orientées pour faire leur échographie et revenir pour le reste de la consultation.

#### 4.5.4 Ressources humaines

Le manque de personnel et les heures de garde longues et chargées ont été plusieurs fois cités par les prestataires. En effet, chaque équipe fait douze heures de gardes : 8h-20h puis la relève 20h-8h. Les équipes dans les salles de travail et d'accouchement sont composées de deux sages-femmes et d'une assistante-infirmière en soins du nouveau-né. Les gynécologues sont organisés pour avoir des astreintes hebdomadaires par semaine. Ils sont avec l'équipe de garde du jour et sont appelés la nuit pour les urgences. Pour le centre de santé, une sage-femme fait la garde de 12h. les équipes peuvent être renforcées par des sages-femmes qui travaillent, mais qui ne sont pas encore enrôlées dans la fonction publique ou comme prestataire de la municipalité et qui ne sont pas donc motivées.

En 2019, le service de maternité de l'EPS 1 a fait près de cinq mille accouchements soit quatorze accouchements en moyenne par jour.

*Ipe12 : « il y a des jours ou on fait jusqu'à 22 accouchements et ça, c'est pendant une garde de 12h d'autres fois 17 accouchements c'est selon les périodes »*

*Ipe1 : « des fois c'est la charge du travail, les prestataires ne sont pas suffisants »*

## 4.6 Mauvaises relations entre les prestataires et les patientes

### 4.6.1 Communication inefficace

Des difficultés ont été notées dans les interactions entre le tandem prestataires-patientes

### *Barrière linguistique et problème d'interprétation*

Certaines prestataires (2) ont relevé la barrière linguistique et le souci d'un interprète quand ils faisaient face à une patiente qui ne parlait pas leur langue ici le Wolof.

*Ipe3 : « La barrière linguistique nous pose un problème, il y a toutes les langues qui viennent accoucher et ce n'est pas évident en ce moment-là de communiquer avec elle »*

### *Rejet des préoccupations des femmes*

Pendant les observations, nous avons noté un rejet des préoccupations des femmes.

La première voulait changer de lieu de consultation prénatale, car elle avait déménagé : « Tata, désormais j'habite Keur Massar (à 30 km de Dakar, soit 1h30 par voiture) et je voudrais savoir si je peux faire mes CPN là-bas ? Non non, il faut continuer ici sinon mon dossier de suivi risque d'être incomplet avec des pertes de vue et cela va avoir un impact sur mes rapports, en plus tes rendez-vous sont à un mois d'intervalle, mieux vaut que tu continues ici... ; donc c'est bien je vais revenir, c'est quand mon prochain rendez-vous ? »

### *Refus à la parole*

Pendant l'observation toujours, un refus à la parole a été observé. Il s'agit de la patiente Ipa13, l'intellectuelle.

Une parturiente qui était à sa première grossesse est venue accompagnée par une parente qui était aussi un personnel de soin. La patiente avait peur d'être en dépassement de terme, du fait des comptes rendus des échographies qu'elle avait faites. Elle avait noté des erreurs sur les semaines d'aménorrhées. L'accompagnante avait expliqué apparemment une partie de l'histoire au prestataire qu'elle connaissait déjà par téléphone. Après s'être assise, la patiente a commencé à parler, mais elle a été interrompue par le prestataire de soin. « Toi attends d'abord que je t'explique... » Vous les intellectuelles votre problèmes c'est que vous allez sur le net et vous pensez tous savoir alors que ce n'est pas possible ; la santé il faut l'étudier. Après un long moment d'explication (environ 30 minutes de paroles), le prestataire dit « voilà, maintenant vous pouvez parler ». À la sortie de la consultation, j'ai pris un petit moment pour les suivre, la patiente et l'accompagnante. Je les ai trouvées assises sur les bancs d'attentes en dehors du bloc de consultation. Elle était en larmes et se faisait consoler par son accompagnante. Je lui ai demandé si on pourrait discuter de sa consultation maintenant ou à un moment et lieu où elle sera à l'aise. Elle a répondu : « je suis désolée, mais là j'en ai jusque-là (elle met une main par-dessus sa tête) je serai incapable de parler » ; elle m'a donné son numéro pour un rendez-vous.

#### 4.6.2 Manque de soins de soutien

##### *Compagnons de naissance :*

Les compagnons de naissance n'étaient pas autorisés dans les salles d'accouchement, de travail ou en post-opération après les césariennes.

Certaines patientes ont trouvé cela normal et n'ont pas demandé à être accompagnées pendant cette période.

Certaines patientes (6/12) même si elles disent avoir compris que les accompagnants ne pouvaient pas être dans les salles avec elles, ont regretté de ne pas avoir été soutenues pendant ces procédures par leurs proches. Le mari et la mère étaient les compagnons les plus réclamés par les parturientes.

*Ipa10 : « j'aurais voulu avoir mon mari à côté de moi pour qu'il partage ma douleur, qu'il sache comment ça se passe, mais c'est interdit »*

*Ipa7 : « je n'avais pas d'accompagnants ni en salle de travail ni au bloc ensuite j'ai été gardée pendant trois jours y avait que le prestataire ; il disait que les gens allaient juste nous déranger alors que mon mari et mes parents voulaient me voir, mais c'était interdit et j'aurais voulu par exemple que mon mari soit avec moi, qu'on partage ça aussi »*

*Ipa4 : « j'avais voulu ma mère avec moi, mais ce n'était pas permis donc j'étais seule avec elles, les sages-femmes... »*

*Ipa8 : « J'ai accouché par césarienne j'aurais voulu que mon mari reste avec moi, car il m'a soutenu tout le long de la grossesse c'est lui qui posait des questions sur l'évolution pendant le travail »*

Une patiente qui a accouché dans une clinique privée a pu avoir son mari pendant tout le processus et même l'accouchement.

*Ipa9 : « mon mari était présent il a assisté à l'accouchement qui s'est passé par voie normale, je pense que c'était important pour notre couple »*

##### *Refus de pratiques traditionnelles sûres*

Les pratiques traditionnelles de certaines femmes leur ont été refusées. Soit à l'arrivée dans le service de maternité, ou déjà à la maison dès le début du travail, car elles disaient savoir qu'on leur demanderait de les enlever de toute façon. La pratique la plus citée était le port de talisman ou « gris-gris » qui protégerait la maman et le bébé du mauvais œil.

Du fait des sentiments de culpabilisation que cela peut entraîner chez la patiente, cette rubrique pourrait tout aussi se retrouver dans les violences psychologiques.

*Ipa7 : « nous on est des personnes avec certaines croyances quand tu es enceinte tu dois te protéger des mauvaises langues et aussi des gens qui ne peuvent pas s'empêcher de te regarder et de parler de ta grossesse; et on doit protéger notre bébé jusqu'à son terme; c'est des choses qu'on a trouvées ici et qui vont nous survivre et j'avais des médicaments traditionnels de ma mère de la belle famille de mes tantes; et si toi tu ne le fais pas et qu'il y a quelques choses qui t'arrivent à toi ou au bébé tu vas culpabiliser; mais au moment de l'accouchement, tu les enlèves, car sinon ça peut faire durer le travail; »*

*Ipa4 : « la première fois on m'avait demandé d'enlever mes gris-gris donc cette fois-ci je n'ai rien porté, car je savais qu'ils allaient l'enlever »*

*Ipa5 : « j'avais des gris-gris, mais elles m'ont interdit de les prendre; elles m'ont dit que l'accouchement était entre les mains de Dieu et de leur travail ».*

Une des participantes explique que la sage-femme qui s'est occupée d'elle pendant l'accouchement lui a permis de garder son talisman « gris-gris », mais de le porter haut sur la poitrine.

*Ipa6 : « j'avais un talisman, mais elles ne l'ont pas enlevé je l'ai juste relevé au-dessus de la poitrine pour ne pas les gêner quand la sage-femme me l'a demandé »*

#### *Manque de respect pour les positions préférées des patientes*

Les patientes pour la plupart n'ont pas cherché une position spécifique. Elles se fiaient aux conseils du prestataire pendant le travail, et l'observation directe dans les salles d'accouchement nous a permis de voir que vu la position des tables d'accouchement la « position gynécologique » était directement adoptée.

Pour les patientes (2) qui ont essayé d'adopter leur position pour soulager leur douleur de manière spontanée ou guidée par une préparation à l'accouchement qu'elles avaient trouvée via internet, les prestataires leur ont demandé d'adopter des positions spécifiques.

*Ipa10 : « j'aurai voulu pouvoir changer de position, car avec la douleur parfois on est plus à l'aise sur certaines positions, mais à chaque fois la sage-femme me disait de me mettre sur le côté gauche que sinon j'allais faire du mal à mon bébé et je ne voulais pas faire mal à mon enfant donc je faisais ce qu'elle me disait ; »*

*Ipa5 : « elles m'interdisaient de me mettre sur la droite alors que j'essayais de répéter les positions de yogas que j'avais vu sur le Net et que les Occidentaux faisaient pendant l'accouchement; mais à chaque fois elles me demandaient de changer de position pour ne pas faire de mal au bébé; même sur la table d'accouchement je ne pouvais me mettre que sur le dos; à un moment donné je leur ai dit que j'étais fatigué sur cette position, mais ils m'ont demandé d'être patiente que ça faisait mal, mais que cela devait se passer comme ça»*



*Refus de donner à boire et/ou à manger aux patientes.*

Pendant l'observation, une sage-femme a proposé à une femme qui était à 4 doigts d'aller marcher de manger et boire à satiété et une patiente a dit que la sage-femme lui avait donné de l'eau quand elle en a réclamé.

*lpa10 : « j'ai pu boire de l'eau, sortir marcher un peu »*

Certaines patientes (3) ont révélé avoir eu soif à un moment donné, mais que les prestataires leur avaient demandé de patienter qu'elles ne pouvaient pas encore boire ou manger.

*lpa5 : « j'ai demandé de l'eau, mais elles m'ont dit qu'une fois en salle c'était mieux d'éviter de manger ou de boire »*

*lpa8 : « j'avais faim et soif j'ai eu mon enfant vers 5H le dimanche, mais elles m'ont dit que je ne pouvais manger et boire que si l'heure revenait donc dans 24h. »*

Les prestataires ont été témoins de cas où l'eau était refusée à la patiente.

*lpe3 : « j'ai été témoin de patiente qui voulait de l'eau, mais on le lui a refusé et on l'a traitée de capricieuse ; »*

#### 4.7 Expériences positives

##### 4.7.1 Interactions positives entre prestataires et patientes

Durant leur séjour des patientes ont avoué avoir reçu de la part du personnel des encouragements et des mots de motivations. Elles ont aussi raconté qu'elles avaient eu des interactions positives surtout si elles comparaient leur service à d'autres services précédemment reçus ailleurs (autres sites de prise en charge) ou encore par rapport à l'expérience de leurs amies ou proches.

*lpa8 : « pendant ma grossesse je posais des questions à mes copines sur leur accouchement et elles me racontaient qu'elles avaient été menacées, et prises de haut par les sages-femmes qui leur donnaient des ordres et qu'elles avaient dû supporté ça en plus de leur douleur et cela m'avait fait peur et stressé, mais quand je suis allée pour accoucher, la sage-femme que j'ai trouvée était géniale et vraiment gentille ; et je n'ai pas vu ce qu'elles m'avaient raconté; elles se sont bien occupées de moi jusqu'au bloc ; je me suis trouvée chanceuse... »*

*lpa12 : « la sage-femme qui m'a assistée était très brave elle m'a beaucoup aidé et soutenu; elle m'encourageait me disait de patienter que ça allait bien se passer »*

*lpa10 : « j'aime ce service de maternité et je suis tombée sur une équipe qui se sont occupée de moi*

*lpa5 : « j'ai aimé la prise en charge ici même les gardiens et les garçons de salle m'ont encouragé et demander d'être courageuse que ça allait bien se passer; vraiment si je vois*

*quelqu'un je vais lui recommander Roi Baudoin comme hôpital ; j'étais à l'aise pendant les consultations; ma sage-femme m'avait même donné son numéro pour que je l'appelle si j'avais des questions »*

*Ipa1 : « pendant les visites, je n'ai eu aucun problème. La même gynéco m'a suivie et m'a opérée elle était très ouverte et je me sentais à l'aise de répondre à ses questions et de lui poser mes inquiétudes ; et pour l'accouchement j'ai apprécié les services dès que je suis arrivée toutes les SF ont couru et m'ont examiné ensuite elles ont appelé le gynéco c'était un homme, mais il a été très bien avec moi; j'avais un peu peur avant de venir, car j'entendais souvent des rumeurs par rapport au personnel de soin, mais j'ai pas senti ça ici; ils se sont bien occupés de moi c'était comme une clinique et ce n'était pas cher »*

*Ipa11 : « quand je suis arrivée ici le personnel n'a pas mangé avant 16 H tellement il était aux soins pour moi cela m'a vraiment fait plaisir, car ils auraient pu me laisser et aller manger d'abord ».*

Des sages-femmes se sont inquiétées de leurs patientes, l'une très compatissante, s'est posé des questions sur les moyens financiers de la patiente qui devait être référée une deuxième fois. Elle l'a aidé après examen à se rhabiller et a eu des mots de réconfort pour elle.

« Pendant l'observation, une femme est arrivée avec un ticket de référence pour un avortement spontané. Une des sages-femmes de garde s'est inquiété du fait que la patiente avait déjà acheté un ticket de consultation du poste de référence plus son transport de ce poste à leur maternité. Et donc elle disait que c'était anormal que la patiente en achète un autre à nouveau c'était trop de dépense, mais une de ses collègues lui a répondu que l'hôpital exige un ticket de consultation même pour une prise de tension que c'était le règlement. Et la patiente après consultation par l'équipe de garde a été à nouveau référée dans un autre centre de référence, car il lui fallait une échographie. La SF responsable de garde, vu que la patiente perdait du sang à décider de la référer vers une structure avec une échographie, mais aussi pour la suite des soins. Elle a expliqué que cela lui ferait gagner du temps et lui économiserait un peu d'argent. L'ambulance n'étant pas disponible la patiente est partie avec ses propres moyens. La sage-femme l'a aidé à se rhabiller avec des gestes très maternels et des paroles de réconforts « prenez courage ça va aller d'accord ? Dieu va vous accompagner, masta<sup>8</sup> » et elle l'a raccompagné vers ses parents qui attendaient dehors. »

Une autre, a pu accompagner une patiente jusqu'à l'hôpital de référence où voyant que la patiente n'était pas rassurée, elle est restée avec elle pendant qu'elle accouchait.

*Ipe6 : « Une fois je suivais une patiente, mais le travail était très long et j'ai dû l'envoyer à Abass Ndao. Arrivée sur place la sage-femme que j'ai trouvée me dit de la mettre sur le lit ; je lui dis que le lit était couvert de sang; elle ne m'a pas répondu alors je lui demande de me*

---

<sup>8</sup> Masta : mot commun pour marquer son empathie, et pour encourager

*fournir un tissu au moins pour que je nettoie le sang. J'ai pris un tissu pour nettoyer le lit pour que ma patiente puisse ensuite s'allonger. Des choses comme cela ce n'est pas bien. On ne peut pas mettre une patiente sur un lit sans au moins respecter l'asepsie. Après j'ai attendu que la gynécologue l'examine. Quand j'ai voulu la laisser là-bas la patiente m'a suppliée d'attendre qu'elle accouche d'abord. J'ai attendu qu'elle accouche avant de pouvoir partir et c'est là qu'elle me dit oui maintenant tu peux partir j'ai l'esprit tranquille. »*

#### 4.7.2 La santé maternelle : entre choix et passion

Pendant les interviews, les quatorze prestataires de soins interrogés ont affirmé être à l'aise dans leur travail. C'était un choix personnel pour elles de travailler dans la santé maternelle. Cela leur donnait l'impression d'aider les femmes dans des moments critiques et importants de leur vie, la naissance d'un enfant. Certaines ont parlé de satisfaction morale et religieuse, car cela ferait d'elles de meilleures personnes et les rapprochait de Dieu. Une des prestataires se disait fière d'être sage-femme, car c'était pour elle une vocation depuis petite, qui s'est confirmée avec l'âge et qui l'a poussé à poursuivre ses études.

*Ipe12 : « je suis à l'aise, j'aime mon travail je suis fière d'être sage-femme, car depuis le CM2 je voulais faire ce métier. Il y avait un poste de santé près de mon école après les cours j'allais là-bas chercher des seringues et j'avais une camarade de classe sa maman était maitresse SF et c'était là-bas où on s'amusait ; après mon BFEM mon grand frère m'a proposé de me payer une formation j'ai refusé, car je voulais d'abord avoir mon bac et pouvoir faire la formation de sage-femme »*

*Ipe14 : « J'aime bien mon travail ; vous voyez si je continue à faire de la médecine pratique dans un service public c'est parce que j'aime ce que je fais, car le privé en obstétrique rapporte beaucoup plus, mais on aime rendre service c'est une victoire pour moi quand on m'appelle en pleine nuit pour une femme qui saigne, je viens intervenir et revenir le lendemain matin la trouver avec son bébé ; c'est un sentiment de satisfaction qui n'a pas de prix et tant qu'on aura la force physique de le faire de tenir on va le faire c'est avec plaisir que je travaille malgré qu'il y a beaucoup de soucis pratique, mais bon on a de l'espoir »*

*Ipe7 : « quand j'en ai parlé avec ma sœur elle m'a encouragé à faire la formation en me disant que c'est un métier qui me rendra plus humaine... ; je me sens épanouie au travail je ne viens pas en tant que rebelle je viens en tant qu'humain en tant que pratiquante, connaissant la société ; j'ai fait de l'anthropologie et j'essaie de la pratiquer aussi je donne tout ce que j'ai et j'essaie d'être plus objective et plus humaine avec les malades »*

Parmi les intervenants, une assistante-infirmière formée dans les soins de base du nouveau-né avait un plan de carrière qui devrait lui permettre de passer un autre test pour devenir sage-femme.

*Ipe13 : « quand je faisais ma formation on m'avait proposé SF et j'avais dit non, mais depuis lors j'ai presque toujours travaillé dans les services de maternité ,certainement le destin; et j'adore ça depuis 2004 je suis toujours en salle d'accouchement et cela m'a poussé à voir les possibilités de devenir SF, mais il faut le bac et le diplôme que j'avais n'est pas reconnu comme équivalence donc il me fallait faire la formation d'abord en assistance infirmière et avoir une expérience de 4 ans avant de prétendre à la formation de SF et c'est dans ce projet que je suis. Je cherche une bourse en même temps »*

Parmi les prestataires, une seule s'est déclarée prête à travailler dans un autre champ que la santé, même si jusque-là elle a toujours travaillé par plaisir.

*Ipe6: « le travail est vraiment stressant très stressant, vraiment difficile même si on y prend du plaisir, mais c'est quand même difficile, si j'ai l'opportunité je vais changer de métier faire autre chose que la santé; je n'ai plus la volonté à un moment donné je voulais changer et faire un métier dans l'aéroportuaire, mais après ça n'a pas abouti alors je me suis dit que j'allais m'accrocher à ce métier de sage-femme »*

Initiatives individuelles des prestataires.

Lors des observations un prestataire avait mis son téléphone à la disponibilité des patientes qui n'en avaient pas pour appeler leur proche.

Un autre nous a expliqué qu'ils avaient, ses collègues et elle, pris l'initiative de s'auto former et surtout de discuter de sujet en rapport direct avec les situations ou pouvaient se retrouver les patientes au point de se sentir mal traiter. Et cette initiative leur permettait de discuter de ce que leur permettait leur éthique et conscience professionnelle.

Une sage-femme parlait d'un groupe WhatsApp, dont sa promotion de formation avait pris l'initiative pour échanger. Cela leur permettait d'être sur le même niveau d'information.

*Ipe12 : « il faut aussi recycler les formations et le personnel faire des mises à jour pour le personnel nous on a créé un groupe WhatsApp ou on échange sur nos expériences et les nouveaux protocoles et cela nous aide beaucoup. »*

- Changement de comportement par une prise de conscience personnelle

Une sage-femme qui travaillait dans le public, mais faisait aussi des gardes dans le privé, explique que parfois avoir une personne négative et qui a un comportement violent sur les patientes peut déteindre sur le reste de l'équipe. Et le contraire aussi peut être vrai. Dans certaines équipes quand le leader a un caractère fort, elle peut influencer positivement le reste de son équipe.

*Ipe12 : « quand je venais d'arriver ici il y avait une ainée, son comportement avec les malades était terrible ; elle leur criait dessus, utilisez tout le vocabulaire qu'elle voulait avec elle et moi comme je venais de commencer je me suis rendu compte au bout d'un moment que j'étais en train d'adopter son comportement positif comme négatif et juste après j'ai eu des gardes dans*

*une clinique privée. Mais là-bas il n'y a pas d'insulte contre la patiente ni de personnel qui ose lever la main sur les patientes; les malades étaient la priorité et étaient considérées comme des chefs même le médecin responsable acceptait que les patientes le fatiguent ou l'insultent il ne réagissait pas, j'ai côtoyé des gens extraordinaires là-bas; cela m'a fait réfléchir, car je me suis rendue compte qu'avec la clinique j'étais très douce et patiente avec les patientes, mais qu'ici mon comportement était différent et négatif alors j'ai fait une autocritique; et je me suis dit qu'au lieu de servir Dieu dans mon métier je commençais à réfléchir en termes d'argent c'était en 2015, mais cela m'a obligé à revoir ma manière de percevoir les patientes je suis plus tolérante et je supporte plus, que ce soit des cris ou des insultes ; parfois on te met en rapports avec une patiente à cause de la personne qui t'a mis en rapport avec elle tu supportes tout d'elle et tu t'en occupes comme il faut sans cris ni insulte ; donc on est conscient de notre comportement. »*

#### 4.8 Justification par les patientes de la relation patiente-prestataire

##### 4.8.1 Du devoir de bien se tenir pour être bien traité

Pendant les interviews, un fait important relevé dans le discours des patientes était que pour beaucoup, le comportement des prestataires dépendait de la manière dont la patiente se présentait et se comportait. Selon elle, la patiente devrait être obéissante, ne pas se plaindre de souffrir en silence et surtout se conformer aux directives des prestataires. Et ainsi, une patiente qui aurait été maltraitée l'avait peut-être méritée.

Plusieurs fois, nous avons entendu des patientes qui au moment de quitter la table d'accouchement s'excusaient.

*Ipa8 : « quand je suis arrivée à l'hôpital j'ai repensé à tout ça et je me suis fait correcte, car je me suis dit que surement si tu faisais des caprices ou que tu avais trop d'exigences c'est là où elles vont mal te parler et moi vraiment j'ai fait en sorte d'être correcte donc même si c'était très douloureux j'ai fait de sorte de gérer ma douleur et d'être correcte. »*

*Ipa2 : « Des fois c'est le malade qui pose problème, car parfois la sage-femme lui ordonne de faire quelque chose, mais elle le fait autrement et cela peut énerver le personnel. Et ainsi le personnel lui dit des choses désagréables comme " Parfois quand tu cries de douleurs le prestataire te dis que quand tu le faisais (rapport sexuel) c'était agréable donc reste tranquille" de telles paroles quoi. Et moi je me dis que tout cela c'est de la faute de la malade. C'est à elle de faire de sorte qu'on la traite bien, car la personne qui est à ton chevet ne veut que t'aider. »*

*Ipa12 : « d'un côté les malades doivent aider les sages-femmes et leur obéir, car quelqu'un qui t'aide à accoucher ne veut que te sauver ton enfant et toi il faut vraiment que nous, patientes, qu'on ne suive pas nos désirs et qu'on les aide en étant obéissant ; »*

#### 4.8.2 Prestataires de soins dans leurs états d'âme

Certaines patientes comprenaient que les prestataires étaient aussi des êtres humains et que leur humeur influençait leur comportement sur leur lieu de travail.

Cette explication a aussi été reprise par certains prestataires de soin.

*Ipa1 : « j'ai appris qu'elle avait un décès et peut-être que c'est pour ça qu'elle était sur les nerfs avec moi la première fois »*

*Ipe3 : « on sait que chaque individu a son caractère propre et c'est ce caractère qu'il amène au travail ; j'ai été témoin, mais j'avoue que je n'ai pas pu réagir, car je ne savais pas ce que la patiente lui avait dit et aussi sur quelle humeur le personnel s'est réveillé. »*

*Ipa8 : « Ma sœur travaille dans un service de maternité, elle me conseillait toujours de ne pas avoir peur de poser des questions si je ne comprenais pas et cela m'a beaucoup aidé pour oser parler avec les prestataires tout le long de mon suivi »*

#### 4.9 Justification par les prestataires de soin des relations patientes-prestataires

##### 4.9.1 Qui aime bien châtie bien

Les prestataires ont estimé que pour sauver la maman et son bébé, il valait mieux faire tout ce qui était à leur pouvoir, même l'usage de force. Pour les patientes qui seraient difficiles par exemple, ils jugeaient nécessaire de ne pas les suivre dans leur volonté, mais plutôt de faire de leur mieux, peu importe ce que cela coûte. Cela allait du fait de choisir pour la patiente, d'ignorer ses désirs, de les traiter comme des participantes passives de leur accouchement voire de les brutaliser pour obtenir d'elles qu'elles obéissent aux ordres qu'on leur donnait.

*Ipe14 : « je ne voulais plus pousser et mon prof de l'époque un homme m'a même donné des coups ; mais après c'est un grand merci qui aime bien châtie bien parce qu'il voulait que j'accouche d'un enfant bien portant ; »*

*Ipe14 : « c'n'est pas que je prenne la défense du personnel, mais maltraitance ça dépend, car quelqu'un peut crier sur une personne pour l'aider, dans notre milieu il n'y a pas ce qu'on appelle la préparation à l'accouchement ni avec la kiné pour savoir comment pousser ni sur le plan de l'hygiène corporelle elles arrivent à dilatation complète il y a des BDCF qui deviennent irréguliers donc pour sauver ce bébé-là je pense que quand tu cries sur cette femme ça dépend de l'intention que tu as de ce que tu recherches quand tu cries sur elle tu l'as brutalises pour qu'elle écarte les cuisses et qu'elle pousse pour qu'elle sorte un enfant bien portant; je pense que ça dépend de quelle côté on est pour dire que c'est de la violence alors que si on suit la patiente on aura un mauvais APGAR , alors est-ce qu'il faudrait la brutaliser accoucher d'un enfant bien portant ou la laisser faire ce qu'elle veut et accoucher d'un enfant avec un APGAR délétère; c'est dans ces situations-là le plus souvent où les femmes ne savent pas pousser (les*

efforts de pousse ne sont pas bonnes la durée de dégagement quand ça devient long) qu'il faut la pousser à finir au plus vite pour éviter la souffrance de l'enfant; parfois la patiente peut percevoir comme violence aussi certains actes par exemple aujourd'hui vous avez vous l'accouchement d'un bébé macrosomie où il faut faire une hyper flexion des cuisses une pression sus pubienne pour qu'il n'y ait pas dystocie des épaules et ça, la patiente peut prendre ça comme un mauvais traitement; mais sinon faire une violence pour faire une violence non, je ne pense, pas »

## 5 Discussion

Cette étude est l'une des premières enquêtes qui se sont concentrées sur des observations directes des comportements des prestataires de soins et sur des interviews prenant en compte le discours des patientes et du personnel soignant sur les VGO au niveau du Sénégal. Les résultats ont montré des soins à la fois respectueux et irrespectueux, y compris certaines pratiques de sages-femmes que les femmes n'auraient pas considérées comme violentes.

Nous notons aussi que cette enquête a permis de voir l'hétérogénéité au niveau des équipes de garde dans leur comportement. Ainsi, dans une même équipe, sont décrites des expériences positives pour les soins des femmes, des femmes seront traitées avec empathie et recevront des mots d'encouragement et dans le même temps leur consentement ne sera pas sollicité ou la confidentialité dans les salles de travail et d'accouchement ne sera pas respectée.

Certains abus, décrits ailleurs n'ont pas été retrouvés : demande de paiement inappropriée de la part des prestataires ; détention en établissement, refus ou abandon de soins (évoqués plutôt dans les menaces). Mais il faudra prendre en compte la taille de notre échantillon.

De plus, au travers des recommandations faites par le couple prestataires-patientes pour de meilleures relations, nous voyons que les raisons évoquées pour les causes des VGO sont différentes plusieurs discordances sont soulignées. Pour les patientes, il s'agit surtout de fait individuel et du ressort du prestataire qui devrait donc changer de comportement, devenir plus accueillant et bienveillant ; les prestataires évoquaient plutôt des patientes difficiles, la charge et les conditions de travail et un manque de professionnalisme de la part des professionnels de santé.

Un autre point essentiel de notre étude est l'exploration des droits du patient par les prestataires. Selon le statut du prestataire, les droits du patient ont été vus soit dans un cours plus général de déontologie médicale soit pendant des ateliers de renforcement sur l'accueil et l'orientation. Si les prestataires étaient d'avis sur tous les droits de la patiente, ils ont émis des réserves quant à certains pour lesquels ils jugeaient non obligatoires selon la situation. Il s'agit du consentement.

Ainsi, selon la classification de l'OMS que nous avons associée à la définition des VGO comme étant des violences sexistes, nous avons retrouvé presque toutes les catégories exceptionnelles faites de la détention en établissement de soin et du refus ou de l'abandon de soin. Ces deux catégories n'ont pas été retrouvées, mais les prestataires les ont utilisées comme menaces envers les patientes.



Les domaines décrits sont les soins non consentis, les violences physiques, verbales et émotionnelles, les discriminations. De nombreuses personnes interrogées dans cette étude se déclarent satisfaites de l'accouchement en établissement tout en décrivant en même temps avoir été victimes de discrimination, ignorées ou agressées verbalement.

- Violences liées au genre

L'OMS utilise le mot « genre » pour évoquer les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes. Elle est une des dimensions les plus importantes sur les VGO. Le haut conseil à l'égalité (HCE) dans sa définition des VGO avait mis trois catégories de violences que nous retrouvons dans notre étude : celles résultant des préjugés à l'égard des femmes considérées comme manquant d'objectivité et de rationalité pour prendre des décisions adéquates les concernant ; celles qui se traduisent par des abus verbaux et émotionnels ; mais aussi, des abus physiques et/ou sexuels.

Diverses formes de violences physiques ont été observées et notifiées dans la présente étude. Il s'agit d'utilisation de la force comme des coups, des gifles ou la pression abdominale lors de l'accouchement, mais aussi de contrainte comme chercher de l'aide pour retenir la parturiente sur la table d'accouchement. Des études antérieures ont révélé ces mêmes formes telles que les équipes de Bohren et McMahon [19,36] qui ont aussi décrit que des femmes auraient été giflées, frappées et contraintes par la force si elles n'obéissaient pas aux directives du personnel de soins.

Les examens vaginaux douloureux, faits sans consentement, sans explication de manière répétée et en la présence de plusieurs prestataires sont considérés comme des abus ainsi que les coups faits sur des endroits spécifiques comme les cuisses. Ces abus ont aussi été décrits dans les travaux de Labrecque où les femmes avaient décrit cet examen comme une intrusion dans leur intimité et que cela les avait psychologiquement marquées. [62]

Les violences verbales ont été les plus notifiées contrairement à certains types de violences dont les femmes n'étaient pas obligatoirement conscientes, comme le droit de donner son consentement pour chaque soin ou la confidentialité. Les parturientes et les prestataires ont déclaré en avoir subi directement ou en être des témoins. L'observation directe a permis aussi de noter plusieurs fois cette violence. Il s'agissait de mots durs, obscènes ou grossiers. Il s'agissait aussi de commentaires critiques inappropriés sur le poids par exemple ou accusateurs, voire culpabilisants. Une patiente avait été blâmée quand il fallait changer ses voies veineuses. Dans certains cas, les patientes ont reçu des menaces de refus de soins. Ce qui entraine autant dans les violences verbales que émotionnelles. Cette violence verbale a aussi été en cause dans les études de Chadwick et collaborateur. [63] Mais aussi retrouvée dans plusieurs cas dans la revue systématique de Bohren.

La violence verbale était aussi la violence la plus notifiée dans l'étude de Burrowes. [64] Les femmes spécifiaient que les prestataires leur criaient dessus, leur parlaient durement et se moquaient d'elles.

Les perceptions des femmes sur leurs expériences d'accouchement en établissement ont souvent été façonnées par des rencontres négatives avec des agents de santé au cours desquelles elles ont été agressées verbalement, ou juste par des proches qui leur ont raconté leur expérience.

La violence émotionnelle a été assez explicite pour certaines femmes dans cette étude. Elle pourrait accompagner d'autres types de violences notamment la violence verbale ou encore la négligence. Elles ont décrit avoir été jugées, humiliées, et s'être senties faibles et « petites » face à certains propos et actes du personnel de soin. Il s'agissait aussi de la peur de poser des questions, du stress de retourner dans un service où l'on a déjà été brutalisé, la frustration d'être négligé, un sentiment de traumatisme et enfin une sensation d'annihilation et d'humiliation ont été décrits par les patientes. Swahnberg parlant du sentiment d'avoir été annihilé, utilisait l'expression « nullified », car les femmes disaient avoir eu l'impression d'être réduite à zéro pendant leur expérience. [65]

Les préjugés à l'égard des femmes entraînant ainsi une perte d'autonomie et même faisant de la femme une participante passive de sa grossesse ont été marqués ici par une femme qui s'est vue refuser son choix, pendant que le prestataire de soin l'ignorant et s'adressait directement aux accompagnants ou au mari. Les mêmes descriptions de leur passivité et impuissance ont été décrites par Chadwick.

- Violence en rapport avec les droits humains

Dans le cadre des soins de maternité, la violation des droits peut se traduire par un refus de soins ou des négligences, des comportements discriminatoires, et/ou diminuant l'autonomie, des comportements à caractère répressifs et/ ou coercitifs de la part du prestataire. Après le sondage sur les droits des patients, au travers les réponses nous percevons l'infantilisation de la femme qui est traitée comme incapable de prendre ses décisions, ou fragile vite pris par ses émotions.

La discrimination au cours de notre étude s'est présentée sous plusieurs formes, mais ne couvrait pas celles en rapport avec l'ethnie ou la race. La primiparité était celle qui se rapprochait plus de la discrimination par les conditions médicales. Les femmes de niveau intellectuel élevé étaient qualifiées de patientes difficiles et qui n'ont pas reçu de réponses à leur préoccupation ; elles poseraient plus de questions et de problèmes.

Les primipares qui étaient classées « toxiques » et avaient besoin d'être contraintes sur la table, car elles ne comprenaient pas ce qui leur arrivait. Cette discrimination chez les primipares ne correspond pas à la discrimination liée à l'âge de la personne, car dans notre échantillon

les primipares étaient âgées de 27 à 35 ans. Dans les études de McMahon par contre c'était plutôt la parité élevée qui était source de discrimination.

Certains prestataires de soins se sont vus refuser des anti douleurs par leur collègue quand elles en ont réclamé « car elle n'avait pas à leur apprendre comment faire leur métier ».

Les femmes chez qui la présentation vestimentaire évoquée un niveau socioéconomique faible ont été victimes de mots durs en rapport avec leur état. Ce qui a déjà été décrit ailleurs par Bohren.

Pour le niveau intellectuel élevé, le personnel de soin et la primiparité, il s'agit de champ qu'il serait intéressant de développer dans des études ultérieures. En effet, si nous prenons l'exemple de l'appartenance au corps médical, jusque-là c'était surtout une discrimination positive qui a été constatée comme dans les travaux de Yannick Jaffré où il décrivait d'ailleurs les efforts faits par les patients pour se créer des liens d'appartenance avec le corps de métier. Une partie de nos répondantes prestataires de soins a effectivement pensé que leur statut a certainement contribué à leur expérience positive de leur grossesse ; mais deux de nos intervenantes ont souligné le contraire. Cela pourrait entrer dans le même cadre que les patientes qui présentaient un certain niveau intellectuel, qui, de ce fait, ont vu leurs préoccupations violemment repoussées. Nous avons fait l'hypothèse que le personnel de soins se sentant menacer par les aptitudes des intellectuels ou de leur pair aurait pu réagir violemment de peur de voir leur travail jugé par des personnes ayant le bagage intellectuel pour le faire.

Absence de consentement et de confidentialité : les femmes ne se sont pas expressément plaintes de ces deux VGO, la question a surtout été abordée par les prestataires de soins qui étaient toutes d'accord que c'était un droit pour le patient de donner son consentement et de prétendre à la confidentialité. Mais certaines ont émis des limites dans certains cas où la décision revenait au prestataire de décider pour le malade tant que l'intervention lui sauvait la vie. Pendant les observations aussi, l'absence de confidentialité des données sur la patiente et l'absence de sollicitation de son consentement sont vite apparues comme des normes de soins. Pour certaines procédures comme les césariennes, il s'agissait plus d'une annonce de l'information qu'une recherche de consentement éclairé. Ceci rejoint les résultats de Sando et son équipe qui avaient décrit l'absence de consentement et les échanges sur des informations personnelles de la patiente sans tenir compte de ses droits. [65]

Ainsi, il y a le consentement mais aussi l'information. Et il ne peut y avoir consentement sans information et explications. Le manque d'information, d'explication ou juste de prévenir les femmes de ce qu'on va leur faire (Toucher Vaginal, épisiotomie etc) est déjà un point important dans le manque de communication. Cela conforte les parturientes dans leur sentiment d'être négligées et pas considérées. Les prestataires partent du principe que les femmes n'ont pas à savoir ou que c'est mieux qu'elles ne sachent pas. Alors que certaines

d'entre elles ont manifesté le besoin de savoir. Cette question du besoin de savoir des femmes devrait être creusée dans d'autres études et partagée avec les prestataires de soins.

Le refus de soulager la douleur, l'abandon et la négligence ou encore le retard de réponses pourraient être analysés d'un point de vue des droits humains, mais aussi du non-respect des normes professionnelles de soins. Dans notre étude, nous avons observé que si les patientes se plaignaient de douleur très peu demandaient un soulagement par un processus quelconque. Les prestataires pouvaient offrir des mots d'encouragement ou encore leur rappeler que l'accouchement devait se passer comme cela, c'est-à-dire avec les douleurs. Une patiente qui était aussi du domaine de la santé s'est vu refuser les antalgiques qu'elle réclamait. Plusieurs femmes se sont plaintes des délais longs au cours de leur prise en charge justifiant chez certaines le changement de structure de soins. Parmi elles, une a senti que ses demandes de soins étaient ressenties comme une imposition par les prestataires.

Ces résultats ont été retrouvés dans plusieurs contextes de la revue systématique de Bohren.

- Mauvais rapports entre les patientes et les prestataires

Des problèmes de communication ont été signalés plusieurs fois.

Les communications étaient inefficaces quand le dialogue ne pouvait se faire de manière satisfaisante pour les deux parties. Plusieurs prestataires ont reconnu la barrière linguistique comme difficulté à se faire comprendre surtout s'il n'y avait pas d'interprète. Un rejet des préoccupations des femmes a aussi été noté pour une patiente qui souhaitait changer de poste de consultation pour être plus proche de sa maison, et une autre femme qui s'inquiétait de résultats contradictoires de ses analyses n'a pu s'exprimer que quand la sage-femme lui en a donné l'autorisation ; la sage-femme lui a refusé la parole. Cette femme s'est sentie plus préoccupée après sa consultation, voire frustrée, car elle n'avait pas eu ce qu'elle était venue chercher à savoir des réponses claires. Les agents de santé avaient aussi rejeté les inquiétudes et les préoccupations des patientes dans l'étude de Chadwick. [63]

Le manque de soins de soutien a été ressenti de plusieurs manières par les femmes.

Plusieurs études ont montré l'importance d'avoir un accompagnant pendant les différentes étapes de la grossesse aux suites de couches, comme celle faite par Baldé et son équipe, où les femmes avec des accompagnants dénonçaient moins de cas d'abus que les femmes sans accompagnants.

Dans notre étude une seule femme qui a suivi ses consultations prénatales dans le public, mais qui a accouché dans une clinique privée a été soutenue par son mari durant toutes les étapes de son accouchement, certaines n'ont pas réclamé la présence d'accompagnants, car elles disaient que c'était interdit, mais elles auraient voulu avoir leur mari ou leur mère à côté d'elles. Les femmes dans l'étude de Chadwick avaient aussi souhaité un compagnon pour les soutenir, un membre de leur famille, leur époux ou même un ami.

La disposition des salles d'accouchement et de travail pourrait expliquer l'interdiction par le personnel de soins, des accompagnants dans les salles de travail et d'accouchement.

Ce qui pourrait aussi expliquer le manque de respect de la position préférée des femmes. En effet, les lits de la salle de travail et d'accouchement permettent d'emblée le décubitus dorsal. Pendant le travail, les femmes qui essaient d'adopter une position autre que celle suggérée par le prestataire sont rappelés à l'ordre souvent sous forme de culpabilisation (tu vas faire mal à ton enfant). Deux parturientes pendant l'enquête ont voulu prendre des positions sur lesquelles elles étaient plus à l'aise et l'une des deux avait même fait des recherches en préparation de l'accouchement sur ces positions. Mais il ne leur a pas été permis d'adopter ces positions. Ce qui rejoint les conclusions de Chadwick et MacMahon où les femmes auraient préféré la position accroupie ou agenouillée plutôt que le décubitus dorsal. Elles disaient se sentir passives sur cette position imposée. [63,36]

Au Ghana et aux Royaume unis, Moyer et collaborateurs pendant leur enquête avaient décrits des femmes qui avaient fustigé le fait de ne pas pouvoir se conformer à leur pratique culturelle et traditionnelle et dans le cas de figure à l'enterrement de leur placenta.

Pour les femmes de notre échantillon, il s'agissait surtout de port de talisman qui les aurait protégées du « mauvais œil ». La plupart des femmes en portaient pendant la grossesse, mais s'en sont séparées avant d'aller dans les services de maternité. Une des femmes a pu garder son talisman pendant l'accouchement et la sage-femme lui avait demandé d'en changer la position afin que le talisman ne soit pas une gêne pendant les manœuvres de l'accouchement. Sachant que les croyances sont importantes et personnelles, pour les femmes leur refus peut accentuer le sentiment d'insécurité chez elles. [19] Et les refus de boire ou de manger ont aussi été plusieurs fois cités par les parturientes sans qu'il n'y ait de raison fournie par le prestataire de soin.

- Violence liée aux contraintes et à l'organisation du système de soin

Cette violence en rapport avec les systèmes de soins est la résultante de la mise en place de protocoles médicaux institutionnalisés qui utilisés sans prendre en compte les spécificités des patientes peut leur nuire, mais aussi la répétition de pratiques de routine non basées sur les preuves que les prestataires reprennent de leurs aînées sans se poser de question. Une des participantes a d'ailleurs soulevé la question en disant ceci « on le fait, on sait qu'il n'y a pas de preuve scientifique, mais ça aide les malades »

Plusieurs facteurs sont imputables aux contraintes et à l'organisation du système de santé.

L'exemple de la femme qui a subi des violences verbales, ou encore de celles qui demandent une meilleure compréhension des sages-femmes, car elles les ont compris, du fait justement de leur condition de travail est un exemple que le personnel soignant subit aussi les conditions de travail. Le manque de personnel de santé peut signifier que le personnel de santé n'est pas en mesure de s'occuper de toutes les femmes en même temps pendant l'accouchement, ce

qui peut être vécu directement par les femmes comme de la négligence. Dans notre étude, un manque de ressource supplémentaire, mais pas spécifiquement nommée dans les études, mais qui a été plusieurs fois décrit par les femmes est le manque de moyen de transport. Cela serait un facteur de stress supplémentaire pour les parturientes et de la négligence quant à leur prise en charge.

La configuration des salles, les installations pas toujours conformes pour des consultations répondant aux normes, l'état des lits pas toujours nettoyés ou sans drap sont aussi des éléments cités comme causes directes du manque d'intimité et de confidentialité et de confort dans les soins fournis. Les ruptures de stock de certains médicaments et intrants comme les produits anesthésiants ou les produits de prises en charge des urgences ayant une répercussion immédiate dans la gestion de la douleur des patientes. Des effets indirects des contraintes liées au système de soins seraient favorables pour un certain type de comportement de la part des prestataires de soins. En effet, l'accumulation des contraintes et manque peuvent créer un environnement stressant propice au conflit. [36] Une gynécologue décrivait les environnements très différents que le personnel évolue dans le privé ou le public. Et dans le même temps, la sage-femme, qui expliquait qu'elle s'était rendu compte que dans le privé, elle était plus aimable que dans le public et que cela l'avait amené à se questionner sur son comportement et à changer, nous poussera à dire que si les explications contextuelles des expériences négatives des femmes enceintes peuvent se concevoir dans un certain type de milieu, cela ne saurait les justifier. Et condition de travail améliorée n'est pas toujours synonyme de soins bien traitants.

- Expériences positives

Pendant notre observation et aussi durant les interviews avec les prestataires et les patientes, des relations et des actions positives ont été notées.

Il s'agit des interactions positives entre prestataires et patientes. Ainsi, les patientes ont exprimé avoir reçu des mots d'encouragement, de la motivation et de l'empathie à un moment donné, une sage-femme particulièrement aidée les femmes à se rhabiller et utiliser son téléphone et son crédit pour passer des appels pour les patientes venues sans accompagnant. Une autre sage-femme, voyant que la patiente qu'elle a référé, était stressée, a tenu à attendre la fin de l'accouchement sur le site de référence avant de partir pour la rassurer. Ces interactions positives ne sont pas rares et elles ont été décrites plusieurs fois. À noter que les prestataires parfois entretenaient de bonnes relations avec la patiente, mais commettaient aussi des actes de VGO. Ce que l'analyse de Shimona et son équipe nous révèle sur le respect et le manque de respect des sages-femmes dans les soins de maternité. [67]

Notre étude a aussi considéré comme expérience positive et pas nécessairement considérée comme telle par d'autres études deux initiatives, car nous pensons que dans un contexte de lutte contre les VGO, ces initiatives pourraient être utilisées comme leviers de changement auprès des prestataires. Il s'agit d'initiative individuelle des prestataires de se constituer en

groupe pour discuter des difficultés des soins et des rapports avec les patientes quand elles remarquaient des réclamations de la part des patients quant à l'accueil dans leur structure. Des prestataires ont même utilisé un groupe à partir d'un réseau social pour faciliter les échanges.

Une sage-femme passionnée par son métier comparant son comportement dans une clinique privée et dans les services publics s'est rendu compte de son comportement injuste envers les femmes qui accouchaient dans les services publics. Cela a été un élément déclencheur pour une introspection. Désormais, elle essaie d'inculquer les mêmes valeurs à son équipe. Les observations faites pendant ses gardes ne sont pas exemptes de VGO comme le manque de consentement, mais des VGO à type de cris, de ton dur ou de langage irrespectueux y ont été moins observés.

## **6 Explorations des déterminants des VGO**

Pour cette partie du travail, nous avons analysé sous le regard des prestataires et des patientes les VGO et leurs déterminismes dans deux systèmes bien organisés : la société et le système de soins. Une meilleure compréhension de ces deux paramètres permettra de voir sous quel angle traiter le sujet des VGO et ouvrira une piste de réflexion sur des solutions pour des soins respectueux et bienfaisants.

### **6.1 Organisation et contraintes du système de santé**

#### *6.1.1 Rapport de pouvoir*

Dans le chapitre « justification des relations patientes-prestataires, nous sentons déjà un déséquilibre des pouvoirs dans cette relation. En effet, les patientes déjà à leur niveau étaient convaincues que c'était à elles de se conformer aux ordres du prestataire de soin et de se tenir tranquille. Dans un premier temps pendant notre enquête, nous pensions à une ambivalence que pourrait éprouver les patientes dans leur sentiment à l'égard du soignant, respect pour le statut, le symbole donc et crainte pour de son pouvoir. Au fur et à mesure que l'enquête avançait, le sentiment de reconnaissance qu'éprouvaient les patientes pour le personnel de leur avoir « sauvé » la vie à elle et à leur bébé s'est confirmé. Ce discours selon lequel c'était à la patiente de se conformer à la manière dont les soins étaient livrés a aussi été retrouvé chez le personnel de soins. En effet, le devoir de sauver bébé et maman leur donne le pouvoir de choisir pour les patientes et de faire tout ce qu'il fallait pour leur survie y compris des violences. Le mot violence a été d'ailleurs rejeté par plusieurs prestataires qui l'ont remplacé par « sauver » ou « sauvetage.

Jean-Paul Dossou, spécialiste de la question des VGO est d'ailleurs revenu sur ce pouvoir des prestataires. Il a fait appel aux concepts développés par Bourdieu à savoir le « capital culturel » et le « capital symbolique ». Il s'agit pour la société d'une reconnaissance pour le prestataire comme celui qui détient le savoir sur la grossesse et l'accouchement détenant ainsi le pouvoir ; la connaissance faisant le pouvoir selon Foucault. [68]

Et même si les procès contre le personnel médical défraient de temps en temps les chroniques, les prestataires de soins jouissent encore d'un certain prestige en rapport avec leur travail. Ils sont considérés comme des « demi-dieux surtout dans le contexte des pays à revenu faible. Des femmes de Koutoukallé, au Niger, comparaient l'accouchement à une bataille, une guerre et considéraient que les femmes qui y survivaient devraient s'agenouiller pour remercier Dieu. Que dire des personnes qui les délivrent de cette bataille.

[69,70,]

Ces deux concepts font que la patiente peut difficilement s'affirmer et se remettre plutôt aux prestataires. Dans notre étude, nous avons noté aussi que les prestataires de manière « violente » pouvaient rappeler à la patiente qui avait la connaissance et donc le pouvoir. Il y a eu des cas de discrimination envers des patientes intellectuelles, « savantes qui posaient trop de questions » et à qui les prestataires refusaient la parole.

Qui plus est, ce pouvoir excusait les prestataires du professionnalisme qui était attendu de chaque travailleur. Patientes comme prestataires ont soulevé les affects des prestataires comme cause et justification des VGO et à aucun moment, ils n'ont pensé à remettre en doute leur professionnalisme. En effet, un professionnel de santé qui avait des soucis personnels, ou de mauvaises humeurs pouvait se permettre d'être désagréable et d'être ensuite compris et pardonner par la patiente.

Et pourtant la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques et naturels qui peuvent être accompagnés, mais pas obligatoires médicalisés encore moins sur médicalisés. [71]

#### *6.1.2 Ressources humaines et motivation*

Plusieurs fois, les prestataires de soins ont indexé le système de soin et ses contraintes : longues heures de garde (12h) ; manques de personnel, absence de motivation (financier et reconnaissance des efforts des prestataires ; installations non conformes ; infrastructure inadaptée ; rupture d'intrants et de médicaments ; problèmes logistiques. Cette catégorie de VGO a été intégrée par l'OMS dans ses sept catégories.



Si on reconnaît bien volontiers que l'association de ces manquements est propice pour créer un environnement de travail stressant, des femmes de pays développés, avec un système de soins bien mieux organisé et doté, se plaignent aussi de maltraitance. [13,15]

### *6.1.3 Formation et programme de santé*

Nous avons constaté dans notre échantillon que la plupart des prestataires connaissaient et maîtrisaient les droits des patients. Mais cette formation en éthique professionnelle devrait être renforcée. Car certains prestataires faisaient des interprétations des droits des patientes et les appliquaient selon des circonstances particulières. Elles étaient convaincues d'être dans leur droit de choisir à la place de la patiente. Ainsi, elles s'arrogeaient le droit de les appliquer ou pas. [64]

Il est aussi intéressant de voir les programmes de santé pour l'amélioration de la santé maternelle et la réduction de la mortalité maternelle. En effet, si nous prenons l'exemple où plutôt que de faire un transfert de dossier (ce qui doit être prévu et possible) le prestataire préfère garder la parturiente plutôt que de faire suivre le dossier et ceci au détriment du bien-être et de la décision de la femme. Ainsi, du fait que les programmes s'intéressent aux pertes de vue et que cela soit des indicateurs de performance des Centres de santé et par ricochet sur le personnel, une supervision de l'exécution de ces programmes est nécessaire. Une hypothèse en extrapolant cette situation, est qu'il pourrait y avoir des programmes ou que la mise en œuvre de programmes plus ou moins verticaux pourraient aller à l'encontre du bien-être des femmes.

### *6.1.4 Fardeau de la mortalité maternelle élevée*

La mortalité maternelle élevée dans le pays, et la peur de voir survenir des décès pendant les gardes ou dans le service de maternité étaient omniprésentes dans les discours.

Sur les patientes, qui avaient peur pour elles et leur bébé et leur vocabulaire pour parler de leur état était assez révélateur : « mouthié » survivre ; « rawlé » faire échapper, ici donc faire échapper de la mort ;

Sur le personnel qui faisaient de leur mieux pour sauver des vies en utilisant tous les moyens, l'essentiel étant d'avoir à la fin une maman et un bébé bien portant.

Pour notre étude les administrateurs et responsables des services n'ont pas été inclus pour avoir leur perspective.

## 6.2 Construction sociale sur le processus de la grossesse et de l'accouchement : une nouvelle culture, la culture des VGO mise à nue ?

Dans le vocabulaire utilisé, un mot qui revenait souvent était le mot « mogn ». Il s'agit de l'acceptation d'un fait sur lequel on n'a pas d'emprise et qui est en principe inéluctable. Ce mot a été utilisé par les prestataires et par les malades en parlant de la douleur de l'accouchement et qui devrait être acceptée. Dès l'instant où la femme est dans cette optique « d'endurance » du « mogn » donc, la porte est ouverte pour les VGO. Cela pourrait expliquer le fait que certaines VGO aient été dénoncées par les prestataires ou observées par les prestataires et non par leur principale concernée, en l'occurrence la patiente qui les a subies. Une certaine valorisation de la femme à travers cette douleur de l'enfantement qu'elle devrait accepter sans se plaindre pourrait être un facteur marquant dans la non-reconnaissance des VGO et dans leur maintien. Ainsi, le processus de la grossesse et de l'accouchement serait une épreuve à passer pour les femmes et avec dignité sans se plaindre.

Aussi, dans la construction sociale de la féminité, les douleurs liées à la grossesse et à l'accouchement sont valorisées. On entend souvent des mamans dire que ce qui justifie que les jeunes femmes n'ont plus autant de respect pour leur mère, c'est le fait que la plupart ont accès à la césarienne et donc ne connaissent pas la véritable douleur de l'enfantement, « matou » en wolof. Il y a même une tradition qui veut que juste après l'accouchement, la femme s'agenouille devant sa mère (équivalence chez les femmes du Niger, mais ici pour la mère) pour s'excuser pour tout tort qu'elle a pu lui faire, car venant de découvrir la douleur de l'enfantement, elle se rend compte du sacrifice qu'elle a pu faire pour elle.

Il faut noter aussi que dans la construction de l'enfantement, on valorise le fait de ne pas manifester sa douleur. Ainsi, certaines femmes à leur premier accouchement reçoivent de leur maman fierté et félicitation (sagal<sup>9</sup> nga gnou, gneup guiss nagn tay ni dagnou la yarr boubakh), car une de ses voisines de chambre avait « honteusement » hurlé tout au long de l'accouchement alors qu'elles ont su garder leur dignité et ont fait preuve de la bonne éducation que leur parent leur a inculquée.

Plusieurs fois des femmes se sont excusées auprès du prestataire après l'accouchement, par rapport à leur comportement pendant les moments de douleur. Du fait que c'était justement indigne de se plaindre et de ne pas « endurer » l'accouchement sans plainte.

Il a été noté aussi les tentatives de justification par les femmes du comportement des prestataires. Ainsi, les femmes mal traitées seraient responsables, car n'ayant pas été conformes à ce que l'on attend d'une femme qui accouche sans se plaindre et en étant obéissante sous peine de recevoir une « punition ».

---

<sup>9</sup> Traduction : « tu nous as rendu fiers, aujourd'hui tout le monde a vu que nous ( la mère) t'avons bien éduquée »

### 6.3 Le manque de recours

Dans des pays comme le Bénin, des initiatives sont prises pour lutter contre les VGO et notamment la création d'une ligne verte pour dénoncer les comportements abusifs.

Ce que nous avons retenu de notre étude est que les patientes n'avaient pas de recours. Quelques fois, le chef de service est pris à parti. Pour des faits pourtant bien établis, il est fréquent que cela soit retenu comme des rumeurs sans traces ni plaintes formelles. Les femmes essaient de prévenir les autres femmes enceintes. Une femme était très stressée de ce que des amies ayant déjà accouché lui racontaient. Les prestataires ont aussi relevé le fait que certaines patientes arrivaient « armées », justement du fait de ce qu'elle a entendu de sa famille ou de ses amies des services de soins. [72]

### 6.4 Des femmes pas si résignées de leur sort que cela : entre stratégies « d'empouvoirement » et agentivité.

Nous avons vu des femmes qui ont adopté un certain comportement face au prestataire qui pourrait faire croire qu'elles se résignaient à l'abus, mais en fait qui leur a surtout permis d'éviter les affrontements et de subir des VGO dans un contexte où les recours ne sont pas encore prédéfinis et clairs pour elles.

Du fait de groupes de parole informelle les femmes ayant déjà accouchées racontaient leur expérience à d'autres femmes. Ainsi, certaines femmes arrivent préparer psychologiquement à affronter des violences au risque de se faire traiter par le personnel de santé de femmes « armées » prêtes à se défendre contre d'éventuelles VGO.

Ce que les prestataires et certaines femmes ont qualifié de « rumeur » qui peuvent pourtant être considérée comme des mises en garde entre femmes.

Une femme a réclamé des antalgiques, une autre faisait des recherches sur son état avant ces consultations et certaines ont réagi à des violences verbales surtout quand elles étaient blâmées pour bien spécifier que ce n'était pas de leur faute.

## 7 Recommandations

Les recommandations faites par les patientes et les prestataires ont été reprises telles quelles.

Nous avons constaté qu'en ce qui concernaient les mesures à prendre pour améliorer les relations patientes-prestataires, les patientes voulaient une meilleure communication sans vraiment parler de mesures punitives (à la limite l'une d'elle a proposé de faire des avertissement) alors que les prestataires sont revenus plusieurs fois sur des sanctions et des mesures de surveillance qu'il faudrait prendre pour lutter contre les VGO.

## 7.1 Des patientes

- Communication et accueil

Les patientes sont revenues plusieurs fois sur l'amélioration de l'accueil qui était fait, sur une meilleure compréhension de la femme qui accouche et qui a besoin d'aide, sur la nécessité d'agir avec humanité. Certaines ont mis l'accent sur un meilleur dialogue entre les prestataires et la patiente. Il s'agit aussi selon elles, à former les prestataires sur la prise de parole non violente.

*Ipa8 : « je voudrais que les sages-femmes soient plus compréhensives, car la grossesse et l'accouchement sont très difficiles ; et chacune a sa manière de les vivre; donc les sages-femmes doivent comprendre les malades et en plus, c'est leur travail ; »*

*Ipa5 : « il faut conseiller le personnel sur la manière de parler avec les patientes, car les femmes doivent passer par elles pour avoir leur enfant c'est obligatoire donc elles doivent apprendre à parler sans être brutale et être compréhensives avec les patientes »*

*Ipa10 : « je pense que le personnel a écho de ses infos aussi donc ils doivent s'améliorer et bien accueillir les patientes, car sinon ils risquent de perdre des clientes qui ne vont plus revenir »*

*Ipa11 : « le travail est difficile toutes les femmes y passent même la SF en connaît la douleur en tant que femme donc le personnel doit faire preuve de plus d'humanité »*

*Ipa2 : « je pense que si le personnel améliore l'accueil qu'il soulage la patiente et ainsi la patiente pourra être rassuré et du côté du malade qu'il soit obéissant ; et les deux doivent faire preuves de bonne éducation »*

- Avertissement des prestataires

Une patiente sur les douze interrogées, a proposé de faire la différence entre les sages-femmes qui s'occupent bien des malades et les autres devraient faire l'objet d'avertissement.

*Ipa6 : « si les prestataires pouvaient mieux dialoguer avec les malades, car quand on leur crie dessus on va juste les rendre plus stresser y a des prestataires qui sont très gentilles, mais d'autres ont besoin qu'on leur dise ça »*

- Gestion de la douleur

Parmi les répondants une a proposé une meilleure gestion de la douleur et même de faire la promotion de la péridurale qui ne serait pas assez proposée aux patientes,

*Ipa9 : « il faut proposer la péridurale en faire la promotion il n'y a aucune honte à le faire on ne va pas se sentir moins femme mais en tout cas je n'ai pas honte de le demander, car ya pas mieux et malheureusement ce n'est pas très proposé et ça réglerait une partie de la gestion des douleurs au moins »*

## 7.2 Du personnel

- Communication et accueil

Il faudrait améliorer la communication entre les prestataires et les patientes. Des séries de formations ou d'ateliers continus sur les techniques de communication, comment éviter les situations conflictuelles, répondre avec tact et surtout travailler sur les rumeurs. Pour le travail sur les rumeurs, une sage-femme a donné l'exemple des « badien gokh<sup>10</sup> » qui sont des relais communautaires et qui ont la particularité d'être proches de la population. Selon elle utiliser un tel model serait bénéfique pour améliorer les relations patientes prestataires.

*Ipe1 : « il faut que le personnel soit patient ; et il faut aussi établir très top la communication expliquer les procédures, car quand on explique à la patiente on n'a pas de problèmes. »*

*Ipe10 : « pour moi, la relation prestataire-patiente sera améliorée par une bonne information et cela permettra à la patiente de bien respecter les procédures »*

*Ipe3 : « il faut aussi que nous travaillions sur les rumeurs, car les patientes ont peur des services de maternité à cause de la réputation de certaines sages-femmes et quand elles arrivent elles sont déjà armées pour se disputer »*

*Ipe6 : « Il nous faudrait faire des VAD, aller sur le terrain vers les patientes d'habitude se sont les "badiene gokh"; les séances de causerie aussi entre les patientes et les sages-femmes avec les "badiene gokh " sont très utiles »*

*Ipe9 : « il faudrait commencer par un bon accueil, car la patiente dès l'accueil saura si elle sera bien traitée ou pas; et donc si la patiente voit que tu es ouvert au lieu de lui montrer un visage fermé parfois renfrogné, tu lui fais bonne impression ; avec un visage avenant, elle va te faire confiance et n'aura pas peur de se confier à vous »*

- Sanction et responsabilisation.

Pendant les interviews 5/14 prestataires ont proposé de mettre sur place un dispositif de sanction, indispensables d'après elles pour améliorer les relations patientes-prestataires et lutter ainsi contre les VGO, contrairement aux patientes qui n'avaient pas proposé des sanctions comme réponses.

*Ipe4 : « il faut nommer des responsables quand il y a dénonciation de la part des patientes et agir en conséquence sur le prestataire en cause »*

---

<sup>10</sup> L'initiative Badiène Gox (BG) est un projet qui fait partie intégrante de la promotion de la santé, car elle assure l'engagement de la communauté envers la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent. Pour cela, elle s'adapte aux valeurs socioculturelles sénégalaises, favorise le leadership féminin, s'associe au dispositif communautaire au niveau des cases de santé, quartiers et villages et s'appuie sur les leaders communautaires dans la sensibilisation à tous les niveaux pour relever les indicateurs de santé.

*Ipe9 : « je pense que toute l'équipe doit être conscient de son rôle depuis le vigile à la porte en passant par le garçon de salle et toute la chaîne; »*

*Ipe11 : « il faut revoir la formation sur l'accueil et surtout sanctionner le personnel qui le fait. Tant qu'il n'y aura pas de sanction cela va continuer et le risque pour la santé de la femme qui peut fuir son centre de santé proche et à aller plus loin pour accoucher ou de rester chez elle avec tous les dangers que cela comporte »*

- Motivation du personnel.

La motivation a été une des solutions proposées par les prestataires. Et pour certaines, il ne s'agit pas seulement d'une motivation financière même si c'est important, mais d'une motivation qui permettrait de valoriser le travail des sages-femmes et une reconnaissance des efforts qu'elles font un prix de la meilleure sage-femme pour la plus dégoûtée.

*Ipe4 : «il faut motiver le personnel; »*

*Ipe13 : « il faut motiver le personnel de manière périodique voir le prestataire le plus dégoûté le motiver, valoriser le personnel et même le décorer ; ça va motiver, car il y a beaucoup de stress beaucoup de malades et beaucoup de choses à faire »*

- Travail individuel sur soi.

L'amélioration des relations patientes-prestataires et le respect de leur droit, est un travail qui doit être fait par le personnel de soin selon une sage-femme. Les mêmes sages-femmes sont actives dans le privé comme dans le public, mais leur comportement change dès qu'elles sont avec les patientes du public, mais pas en bien.

*Ipe12 : « il faut discuter avec les patientes les informer et supporter, car la douleur de l'accouchement doit pouvoir nous faire les comprendre ; »*

*Ipe9 : « pour moi pour améliorer l'expérience des femmes en maternité on doit déjà appeler notre responsabilité et notre conscience professionnelle et aussi savoir qu'en tant qu'être humain tout ce que l'on ne voudrait pas qu'on nous fasse on ne doit pas le faire à autrui surtout les femmes qui travaillent dans le milieu tu as l'obligation de prendre soin de ta patiente; normalement c'est une vocation le travail en santé et on doit le respecter; en plus quand la patiente est ta sœur ou un membre de ta famille tu te comportes bien avec elle donc il n'y a pas de raison de ne pas être comme ça avec tout le monde, car tu ne vas pas maltraiter insulter ou brutaliser ta sœur qui accouche.»*

*Ipe6 : « c'est une question de comportement et d'éducation; certaines personnes ne supportent pas la critique et répliquent automatiquement: d'autres par contre sont très stoïques et ne réagissent pas aux insultes et autres mots durs et je pense que ça, c'est une éducation; chacun doit faire de l'introspection pour changer et apprendre à prendre sur soi-même.*

- Formation et supervision

Pour une intervenante, il s'agit de revoir la formation, les conditions dans lesquelles les élèves acquièrent leur compétence et leur éthique professionnelle.

*Ipe12 : « il faut aussi recycler les formations et le personnel faire des mises à jour pour le personnel nous personnellement on a créé un groupe WhatsApp ou nous échangeons sur nos expériences et les nouveaux protocoles et cela nous aides beaucoup. »*

*Ipe13 : « le manque de supervision explique parfois le laisser aller ; il faudrait des supervisions programmées, mais aussi surprises et pas seulement des prestataires, mais de toute la chaine de prise en chaine que ce soit la logistique, la pharmacie que des garçons de salle ou brancardiers. »*

- Préparation à l'accouchement

Des intervenants ont proposé une préparation à l'accouchement par une familiarisation de la salle d'accouchement et une communication avec le personnel de ses salles, d'autres suggéraient plutôt la préparation par les parents de la patiente surtout pour les primipares qui seraient plus sujettes au stress dès le début des contractions.

*Ipe5 : « pour éviter ces situations peut-être qu'il faudrait dans les CPN programmer une visite des lieux d'accouchement pour la patiente ; qu'elle puisse voir le personnel et soit en position de communication avec le personnel de la salle d'accouchement ainsi quand elle viendra pour l'accouchement elle sera plus en confiance et cela pourrait apaiser les tensions »*

*Ipe2 : « Pour éviter cela il faudrait peut-être aussi que les parents discutent avec elle à la maison avant l'accouchement sur les étapes et sur la douleur, car les primipares sont surprises et ne savent pas comment gérer cela, car sinon ce qui se passe c'est que dès les contractions la primipare est stressée et ne s'est pas comment se comporter elle crie saute partout ».*

- Renforcement des ressources humaines et des intrants

Les heures de gardes trop longues (12h), leur rythme et la charge de travail ont été évoqués comme des éléments sur lesquels il faudrait travailler pour avoir un impact positif sur le travail des prestataires de soins et sur leur relation avec les patientes. Le manque d'intrants dans la prise en charge des patientes aussi est un sujet assez récurrent qui ajouterait au stress des prestataires et donc jouerait aussi sur leur comportement et sur les conditions des services offerts.

*Ipe14 : « il faudrait la disponibilité des intrants comme les produits contre la douleur ; il y a beaucoup d'actes qui devraient être soulagés par ces produits, mais que les femmes subissent directement lors de la révision utérine par exemple, lors de l'épisiorrhaphie ou en cas d'avortement lors de l'AMIU;*

*Ipe11 : « Si on était plus nombreux, car le personnel n'a pas toujours beaucoup de temps pour expliquer, car y a beaucoup de malades »*

### 7.3 Recommandations générales

Si les gynécologues, les infirmières et les sages-femmes sont tous des acteurs majeurs dans la prestation de soins de qualité pendant l'accouchement, le contact plus fréquent entre sage-femme et patiente fait des sages-femmes des actrices clés dans les soins de maternité et des soins bienfaisants. Leur rôle est ainsi essentiel dans la qualité des relations patientes-prestataires. Les sages-femmes qui respectent les femmes et agissent avec professionnalisme lors de l'accouchement sont indispensables. Par conséquent, un système de formation des sages-femmes doit avoir des programmes efficaces qui sensibilisent aux VGO et enseignent des soins d'accouchement respectueux, bien traitants et rendre plus pratique la formation sur les droits des patientes. Il s'agit aussi de mettre sur pied un système de supervisions et de monitoring pour évaluer de manière continue la pratique des soins respectueux. Les facteurs au niveau des établissements de santé qui favorisent les comportements irrespectueux doivent être identifiés et traités. Il est nécessaire de soutenir les institutions par l'allocation de ressources ; une formation en soins bienveillants, respectueux et centrés sur la personne ; une supervision continue et l'application de la loi sans blâmer les prestataires de soins de santé de manière individuelle. Un autre enjeu de cette lutte est la reconnaissance des VGO comme telles par les femmes et la société. Et pour cela un élément pas encore bien connu ni développé gagnerait à être vulgarisé et soutenu : il s'agit de la création d'associations fédératrices des usagères des services de maternité. À cette condition, la réalité des VGO sera reconnue et alors un processus de déconstruction sociale pourrait se faire. Il faudrait aussi l'engagement des mouvements féministes du pays, car pour le moment, la lutte contre les VGO semble être le parent pauvre de la lutte féministe. Aujourd'hui comme cela a été démontré dans d'autres pays, la lutte contre les VGO et surtout contre la mortalité maternelle a autant besoin d'une meilleure organisation du système de soins que de la participation des principales concernées à savoir : les femmes.



## 8. Conclusion

Les violences gynécologiques et obstétricales sont encore un sujet tabou, très peu débattues. Cette étude a été illustrative sur certains types de violences dont les plus fréquentes étaient la violence verbale, le retard de soin ou négligence et les violences physiques. Il s'agissait ainsi de violences liées aux genres et de violence en rapport avec l'organisation du système de santé. Les prestataires parlaient plus de certains types de violence comme les contentions, alors que les femmes ne les notifiaient pas nécessairement comme telles. Certains facteurs ont été évoqués pour expliquer la survenue de ces violences. Les contraintes liées au système de soins dont les longues heures de travail, les installations inadaptées et les ruptures de stock. La connaissance des droits du patient et le concept d'éthique professionnelle avaient aussi été spécifiés comme des facteurs associés aux VGO. Une inégalité des pouvoirs entre les soignants et les malades expliquait que les femmes se fiaient au personnel de soins. Le fait que le processus de l'enfantement soit considéré comme un événement douloureux que les femmes doivent surmonter avec dignité sans se plaindre, pourrait expliquer que toutes pratiques irrespectueuses des prestataires soient facilement acceptées par les femmes. Les femmes sont préparées à souffrir et à ne pas se plaindre. Il s'agit de déconstruire les représentations sociales et préjugés et travailler avec les prestataires, les replacer dans leur position de femme et explorer comment elles voudraient que cela se passe. En 2019, le forum régional sur l'expérience des soins en Afrique, s'est tenu à Dakar et une charte des soins de maternité respectueux a été adoptée par l'Afrique de l'Ouest. Des efforts faits pour mettre en application cette charte seraient un moyen essentiel pour aborder le sujet à une échelle nationale et pousser les universitaires à s'y intéresser pour des interventions et des recherches-actions.

Aujourd'hui, il est clairement établi de la nécessité d'améliorer les conditions de soins et de mieux comprendre les perceptions et les expériences des prestataires comme des patientes pour s'assurer que leurs besoins sont satisfaits, et qu'ils sont soutenus et encouragés à agir avec bienveillance et respect.

## 8 Références bibliographiques

1. Campbell OMR, Calvert C, Testa A, Strehlow M, Benova L, Keyes E, et al. The scale, scope, coverage, and capability of childbirth care. *Lancet*. 29 oct 2016;388(10056):2193-208.
2. OMS | Santé maternelle [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 28 avr 2021]
3. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller A-B, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *The Lancet*. 30 janv 2016;387(10017):462-74.)
4. Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge – Développement durable <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
5. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*. 1 juin 2014; 2(6):e323-33.
6. Mortalité maternelle sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. OMS | Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) WHO. World Health Organization; [http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/](http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/women-deliver-global-strategy/fr/)
8. Yannick Jaffré, avec la collaboration de Yveline Diallo, Patricia Vasseur et Chrystelle Grenier-Torrès, LA BATAILLE DES FEMMES. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d'obstétrique d'Afrique de l'Ouest [Internet]. texte.2005 [http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre\\_yannick/bataille\\_des\\_femmes/bataille\\_des\\_femmes\\_intro.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre_yannick/bataille_des_femmes/bataille_des_femmes_intro.html)
9. Actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical : reconnaître et mettre fin à des violences longtemps ignorées - Haut Conseil à l'Égalité entre les femmes et les hommes <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>

10. Yamgnane A, Donner C, Kirkpatrick C. Violences obstétricales : où en sommes-nous ? *Perinatalite*. 2020;Vol. 12(4):155-6.
11. Haut-Commissaire des Nations Unies. Conseils techniques sur l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles évitables. [http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22\\_en.pdf](http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf), publié en 2012. Consulté 2021 ;
12. Gautier, A. (2002). Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme ? *Lien social et Politiques*, (47), 67–81.
13. Brüggemann AJ. Toward an Understanding of Abuse in Health Care : A Female Patient Perspective. 2012; Disponible sur: <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-79334>
14. Rominski SD, Lori J, Nakua E, Dzomeku V, Moyer CA. When the baby remains there for a long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out": justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana. *Health Policy Plan*. 1 mars 2017;32(2):215-24.
15. Brüggemann AJ, Swahnberg K. Silence du personnel au sujet des abus dans les soins de santé : une étude exploratoire dans une clinique suédoise pour femmes. *Clinical Ethics*. 1 juin 2014;9(2 3):71 6.
16. Organisation mondiale de la santé. La prévention et l'élimination du manque de respect et des abus lors de l'accouchement en établissement. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1&ua=1) , publié en 2014.
17. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: a new legal term introduced in Venezuela. *Int J Gynaecol Obstet*. déc 2010;111(3):201 2.
18. 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. *Reprod Health*. 11 juin 2019
19. Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health*. 19 sept 2014;11(1):71.
20. UNICEF : La situation des enfants dans le monde 2014 en chiffres : chaque enfant compte. 2014, consulté à partir de [http://www.unicef.org/publications/index\\_71829.html](http://www.unicef.org/publications/index_71829.html)
21. Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM, Devries R : « C'est au peuple de la femme » : Comment les facteurs sociaux influencent l'accouchement en établissement dans les zones rurales du nord du Ghana. *Matern Child Health J*. 2013

22. Sorensen BL, Nielsen BB, Rasch V, Elsass P : Perspectives des utilisateurs et des prestataires sur les soins obstétricaux d'urgence en milieu rural tanzanien : Une analyse qualitative du modèle des trois retards dans une étude de terrain. *Afr J Reprod Santé*. 2011
23. Oyerinde K, Harding Y, Philip A, Garbrah-Aidoo N, Kanu R, Oulare M, Shoo R, Daoh K : Obstacles à l'utilisation des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence en Sierra Leone : une étude qualitative. *J Educ. Santé Commun Med*. 2012
24. Mrisho M, Schellenberg JA, Mushi AK, Obrist B, Mshinda H, Tanner M, Schellenberg D : Facteurs affectant l'accouchement à domicile en Tanzanie rurale. *Trop Med Int Santé*. 2007,
25. OMS | Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. WHO. World Health Organization; <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/fr/>
26. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Person-centred maternity care in low-income and middle-income countries: analysis of data from Kenya, Ghana, and India. *Lancet Glob Health*. 13 déc 2018;7(1):e96-109
27. Balde MD, Nasiri K, Mehrtash H, Soumah A-M, Bohren MA, Diallo BA, et al. Labour companionship and women's experiences of mistreatment during childbirth: results from a multi-country community-based survey. *BMJ Glob Health* 23 nov 2020
28. Sheferaw ED, Bazant E, Gibson H, Fenta HB, Ayalew F, Belay TB, et al. Respectful maternity care in Ethiopian public health facilities. *Reprod Health* 25 Burrowes S, Holcombe SJ, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 août 2017;17(1):263.
29. WHO | WHO Framework on integrated people-centred health services [Internet]. [cité 7 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
30. 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. *Reprod Health*
31. Mane P. Some thoughts on disrespect and abuse in childbirth in response to FIGO's Mother-Baby Friendly Birthing Facilities Initiative. *Int J Gynaecol Obstet*. août 2015;130(2):115.
32. Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, Confédération internationale des sages - femmes , Alliance du ruban blanc , Association internationale de pédiatrie, Organisation mondiale de la Santé, Centres d'accouchement amicaux mère-bébé . *Int J Gynecol Obstet* . 128 ( 2 ) : 2015 ; 95 – 99

33. 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*. 22 sept 2015;15:224.
34. Ratcliffe HL, Sando D, Lyatuu GW, Emil F, Mwanyika-Sando M, Chalamilla G, et al. Mitigating disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: an exploratory study of the effects of two facility-based interventions in a large public hospital. *Reprod Health*. 18 juill 2016;13:79.
35. Kujawski SA, Freedman LP, Ramsey K, Mbaruku G, Mbuyita S, Moyo W, et al. Community and health system intervention to reduce disrespect and abuse during childbirth in Tanga Region, Tanzania: A comparative before-and-after study. *PLoS Med*. juill 2017;14(7):e1002341.
36. McMahon SA, Mnzava RJ, Tibaijuka G, Currie S. The “hot potato” topic: challenges and facilitators to promoting respectful maternal care within a broader health intervention in Tanzania. *Reprod Health [Internet]*. 12 sept 2018 [cité 18 mai 2021];15.
37. Sheferaw ED, Kim Y-M, van den Akker T, Stekelenburg J. Mistreatment of women in public health facilities of Ethiopia. *Reprod Health [Internet]*. 27 août 2019 [cité 27 mai 2021];16.
38. Shimoda K, Horiuchi S, Leshabari S, Shimpuku Y. Midwives’ respect and disrespect of women during facility-based childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reprod Health*
39. Ishola F, Owolabi O, Filippi V. Disrespect and abuse of women during childbirth in Nigeria: A systematic review. *PLoS One*
40. Umar N, Quaife M, Exley J, Shuaibu A, Hill Z, Marchant T. Toward improving respectful maternity care: a discrete choice experiment with rural women in northeast Nigeria. *BMJ Glob Health*. 2020;5(3):e002135.
41. Ahinkorah BO, Seidu A-A, Budu E, Agbaglo E, Appiah F, Adu C, et al. What influences home delivery among women who live in urban areas? Analysis of 2014 Ghana Demographic and Health Survey data. *PLoS One*. 2021;16(1):e0244811.
42. Ganle JK, Mahama MS, Maya E, Manu A, Torpey K, Adanu R. Understanding factors influencing home delivery in the context of user-fee abolition in Northern Ghana: Evidence from 2014 DHS. *Int J Health Plann Manage*. avr 2019;34(2):727-43.
43. Jaffre Y1, Prual A. Midwives in Niger: an uncomfortable position between social behaviours and health care constraints. *Soc Sci Med*. 1994 Apr;38(8):1069-73
44. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch A, Alemany-Anchel MJ, Andreu-Pejó L, González-Chordá VM. Design and Validation of the PercOV-S Questionnaire for Measuring Perceived Obstetric Violence in Nursing, Midwifery and Medical Students. *Int J Environ Res Public Health*. 30 oct 2020;17(21).

45. Les violences obstétricales et gynécologiques en Afrique de l’Ouest, entre lutte militante et enjeu de développement. Institut du genre en géopolitique.
46. Betron ML, McClair TL, Currie S, Banerjee J. Expanding the agenda for addressing mistreatment in maternity care: a mapping review and gender analysis. *Reprod Health*
47. VASSEUR Patricia - sage-femme au Centre hospitalier de Saint-Denis, France et anthropologue EHESS: RÉDUCTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE - DAKAR 2010 : DÉCONSTRUCTION SOCIALE DES GESTES TECHNIQUES
48. Mbaye EM, Dumont A, Ridde V, Briand V. « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de la césarienne dans trois contextes d’exemption des paiements au Sénégal. *Sante Publique*. 5 sept 2011;Vol. 23(3):207-19.
49. Tradition et manque de formation des sages-femmes, deux clés des violences de l’accouchement. *Le Monde.fr* 23 oct 2019
50. Vasseur Patricia, Laurent Vidal, LE SOIGNANT EN SON MIROIR Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle au Sénégal Presses de Sciences Po | « Autrepart » 2010/3 n° 55 | pages 107 à 124 ISSN 1278-3986 ISBN 9782724631746.
51. Tremblay J-M. Yannick Jaffré, avec la collaboration de Yveline Diallo, Patricia Vasseur et Chrystelle Grenier-Torrès, LA BATAILLE DES FEMMES. Analyse anthropologique de la mortalité maternelle dans quelques services d’obstétrique d’Afrique de l’Ouest [Internet]. texte. 2005 [cité 8 juill 2021]. Disponible sur: [http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre\\_yannick/bataille\\_des\\_femmes/bataille\\_des\\_femmes\\_intro.html](http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre_yannick/bataille_des_femmes/bataille_des_femmes_intro.html)
52. L’Afrique, ses mères et ses enfants en ont assez de souffrir à l’hôpital. *Le Monde.fr* 21 oct 2019
53. Ma voix, ma santé : pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent.e.s au Sénégal - Carrefour International
54. docThom. Définition de « Maltraitance » . Dictionnaire médical.
55. Franeczek M-L. Violence obstétricale : essai de définition à partir de la littérature scientifique. 7 sept 2018;41.
56. Des données récentes révèlent que les femmes sont victimes de mauvais traitements lors de l’accouchement <https://www.who.int/fr/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
57. Organisation mondiale de la santé. La prévention et l’élimination du manque de respect et des abus pendant l'accouchement en établissement. Genève : Organisation

mondiale de la Santé ; 2015.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO\\_RHR\\_14.23\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf)

58. Koblinsky M, Moyer CA, Calvert C, Campbell J, Campbell OMR, Feigl AB, et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. *Lancet*. 5 nov 2016;388(10057):2307-20.
59. White Ribbon Alliance. Respectful maternity care: the universal rights of childbearing women. Washington DC: White Ribbon Alliance. 2011. <http://whiteribbonalliance.org>
60. Poupart, J. (1998). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques, dans J. Poupart, J.-P. Deslauriers, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayer, A. Pires (Eds.) : *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113 à 169), Boucherville : Gaetan Morin
61. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11. L'analyse thématique. U. 2016;4e éd.:235-312.
62. Labrecque M. Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales. 18 oct 2018 Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/21340>
63. Chadwick RJ, Cooper D, Harries J. Narratives of distress about birth in South African public maternity settings: a qualitative study. *Midwifery*. juill 2014;30(7):862-8.
64. Burrowes S, Holcombe SJ, Jara D, Carter D, Smith K. Midwives' and patients' perspectives on disrespect and abuse during labor and delivery care in Ethiopia: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 22 août 2017;17(1):263
65. Swahnberg KT-B. Nullified : Women's perceptions of being abused in health care - *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* - Vol. 28, 3 - p.161-167 [Internet]. AFAR bibliographical database. Alliance francophone pour l'accouchement respecté (AFAR); 2015 Disponible sur: <https://afar.info/id=2664/en>
66. 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*. 19 août 2016;16:236.
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. *Reprod Health* [Internet]. 10 janv 2018 [cité 18 mai 2021];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5763614/>
68. Boccon-Gibod T. Vérité du pouvoir et puissance de l'autorité Foucault et les voies de la critique. *Raisons politiques*. 3 juill 2015;N° 58(2):101-18.

69. Olivier de Sardan J-P, Moumouni A, Souley A. « L'accouchement c'est la guerre » De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu rural nigérien. Bulletin de l'APAD [Internet]. 1 juin 1999 (17). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/apad/483>
70. Bourdieu Pierre. Les trois états du capital culturel. In: Actes de la recherche en sciences sociales. Vol. 30, novembre 1979. L'institution scolaire. pp. 3-6.
71. Cohen Shabot S. Making Loud Bodies "Feminine": A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. Hum Stud. 1 mai 2016;39(2):231-47.
72. Aguiar JM de, d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. [Institutional violence, medical authority, and power relations in maternity hospitals from the perspective of health workers]. Cad Saude Publica. nov 2013;29 (11) : 2287-96



## 9 Annexes

Annexe : guides d'entretien Guide d'entretien personnel soignant :

Remarques : nous commencerons l'enregistrement dès consentement du répondant

A/ données socio-démographiques :

- 1) Sexe :
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Etes-vous marié.e ?
- 4) Avez-vous des enfants ?
  - Combien (si oui)
- 5) Quelle est votre religion ?
- 6) Vous êtes de quelle ethnie ?
- 7) De quelle région du Sénégal êtes-vous originaire ?
- 8) Quel est votre niveau de scolarité?
- 9) Votre formation en tant que sage-femme a duré combien de temps ?
- 10) Depuis combien de temps travaillez- vous comme sage-femme ?
- 11) Pouvez-vous me dire à combien d'accouchements vous avez assisté comme sage-femme?
- 12) Comment vous sentez-vous au travail?

B/ droits du patient

13) Pourquoi pensez-vous que beaucoup de sénégalaises n'accouchent pas avec un personnel qualifié ? (si réponses techniques comme formation, ou système de soins)

Pensez-vous qu'il existe d'autres raisons pour lesquelles les femmes ne sollicitent pas les services d'un personnel qualifié comme les sages-femmes ?

14) Que peuvent faire des professionnelles, comme les sages-femmes, pour améliorer l'expérience des femmes dans les services de maternité ?

- 15) Au cours de votre formation, avez-vous bénéficié de modules sur les droits des patients ?
- 16) Veuillez décrire comment votre formation a couvert les « droits des patients », le cas échéant
- 17) Que signifient les « droits des patients » selon vous?
- 18) Que pensez-vous (1) être un droit pour la patiente et (2) une responsabilité pour le personnel de soins de maternité pendant le travail et l'accouchement ?

	Explication par la sage-femme des procédures à effectuer
	Protection de la vie privée et de la confidentialité des patientes en tout temps
	Respect de la vie privée de la patiente
	Respect envers la patiente en tant qu'individu
	Consentement de la patiente obtenu pour toutes les procédures
	Les renseignements sur la patiente demeurent confidentiels.
	La patiente peut choisir sa position pour accoucher
	La patiente est informée des progrès du travail
	Les patientes sont informées des signes de danger pendant le travail et la délivrance.

- 19) Quelles difficultés les sages-femmes éprouvent-elles à parler à leurs patientes ?
- 20) Pourquoi pensez-vous que ces difficultés se produisent ?
- 21) Au cours de votre stage ou dans un établissement où vous avez travaillé, avez-vous déjà observé des patientes maltraitées pendant le travail et l'accouchement ?
- 22) Si oui, quelle était la nature de ces mauvais traitements ? Que s'est-il passé ?

Cocher les réponses correspondantes

	Pas d'exemple identifié
	Violence verbale (Les professionnels de la santé utilisent des tons durs ou des cris, utilisent un langage indigne ou des menaces si les mères ne coopèrent pas)
	Violences physiques (gifler/pincer/frapper, pratiquer l'épisiotomie sans anesthésie)
	Procédures effectuées sans consentement (aucune explication n'est fournie au patient)
	Confidentialité violée (résultats médicaux partagés lorsque d'autres personnes pouvaient entendre)
	Le droit à la vie privée de la mère n'est pas respecté (la mère n'est pas couverte lorsqu'elle est déplacée ??? à l'accouchement ou après )
	Restrictions médicalement injustifiées et culturellement inqualifiables à la mère (comme refuser l'eau et la nourriture, nier la liberté de mouvement pendant le travail, refuser le choix de la position pour la délivrance)

	Discrimination fondée sur l'âge, l'état matrimonial, l'origine ethnique, la race ou la situation économique de la mère. (comme le mauvais traitement des mères plus jeunes ou non mariées, la détention de la femme dans un établissement)
	Effectuer des pratiques nuisibles (comme un excès d'examens vaginaux séparation de la mère et du nouveau-né après l'accouchement, de mauvaises pratiques de prévention des infections en utilisant les lits de surveillance sans respect des mesures de désinfection , etc.)
	Abandon des soins à la mère (mère laissée sans surveillance, mère ignorée quand elle demande le soulagement de la douleur,
	Autres ( spécifier)

23) Avez-vous été victime de maltraitance ? dans quelles circonstances ? par qui ?

24) Comment les personnels de santé peuvent-ils agir contre la maltraitance liée aux soins?

C / partie pour élèves sages-femmes

25) Selon vous, quels sont les droits du patient pendant le travail et l'accouchement?

Répondre selon la liste par oui ou non

	Explication par la sage-femme des procédures à effectuer
	Protection de la vie privée et de la confidentialité des patientes en tout temps
	Respect envers la patiente en tant qu'individu
	Consentement de la patiente obtenu pour toutes les procédures
	Les renseignements sur la patiente demeurent confidentiels.
	La patiente peut choisir sa position pour accoucher
	La patiente est informée des progrès de son accouchement et du travail
	Les patientes sont informées des signes de danger pendant le travail et la délivrance

26) Certains des points ci-dessus ont-ils été abordés dans votre formation?

Oui Non

27) Dans votre travail ou formation clinique, avez-vous déjà rencontré l'un des types de comportement des professionnels de la santé suivants

	Pas d'exemple identifié
	Violence verbale (Les professionnels de la santé utilisent des tons durs ou des cris, utilisent un langage indigne ou des menaces si les mères ne coopèrent pas)
	Violence physique (gifler/pincer/frapper, piquer l'épisiotomie sans anesthésie)
	Procédures effectuées sans consentement (aucune explication n'est fournie au patient)
	Confidentialité violée (résultats médicaux partagés lorsque d'autres personnes pouvaient entendre)
	Le droit à la vie privée de la mère n'est pas respecté (la mère n'est pas recouverte d'une couverture lorsqu'elle est déplacée pour l'accouchement ou après )
	Restrictions médicalement injustifiées et culturellement inadmissibles à la mère (comme refuser l'eau et la nourriture, nier la liberté de mouvement pendant le travail, refuser le choix de la position pour la délivrance)

	Discrimination fondée sur l'âge, l'état matrimonial, l'origine ethnique, la race ou la situation économique de la mère. (comme le mauvais traitement des mères plus jeunes ou non mariées, la détention de la femme dans un établissement de soins pour retard de paiements)
	Effectuer des pratiques nuisibles (comme un excès d'examens vaginaux. séparation de la mère et du nouveau-né après l'accouchement, mauvaises pratiques de prévention des infections, etc.)
	Abandon des soins à la mère (mère laissée sans surveillance, mère non écoutée quand elle demande , un traitement pour la douleur)
	Utilisation inappropriée de médicaments et de technologies (comme l'épisiotomie, etc.)
	Autres ( spécifier)

#### **D/ Guide de discussion pour les femmes qui ont accouché dans un centre de santé avec une sage-femme**

Nous aimerions en apprendre davantage sur l'expérience que vivent les femmes lorsqu'elles reçoivent des soins de grossesse. Merci.

Démarrage de l'enregistrement dès consentement

A/ données socio-démographiques :

- 1) Sexe :
- 2) Quel âge avez-vous ?
- 3) Etes-vous mariée ?
- 4) Avez-vous des enfants ?
  - Combien ( si oui)
- 5) Quelle est votre religion ?
- 6) Vous êtes de quelle ethnie ?
- 7) Quel est votre niveau de scolarisation ?
- 8) Votre dernier accouchement s'est-il fait dans un établissement de santé ?  
Lequel ?
- 9) Combien de temps faut-il pour aller de votre maison à votre centre de santé?
- 10) Avez-vous reçue de l'aide d'une sage-femme pour votre dernière grossesse ou accouchement?  
Si non aller directement à 19
- 11) Quels types de services avez-vous reçus de la sage-femme?

Citer: éducation sanitaire, soins pendant le travail et l'accouchement, soins post-partum, allaitement, signes de danger, plan pour l'accouchement (transport, finances, ...)

12) Que pensez-vous généralement des services que vous avez reçus de la sage-femme? Pourriez-vous nous expliquer comment et pourquoi? Qu'est-ce que vous aimez, qu'est-ce que vous n'aimez pas (moins)?

13) Lorsque vous êtes venu au centre de santé pour obtenir des soins, qu'avez-vous ressenti en parlant à votre sage-femme ?

- Aviez-vous le sentiment de pouvoir poser des questions?
- Y avait-il une question que vous vouliez poser à la sage-femme ou à un autre professionnel de la santé?

14) Pensez-vous que les sages-femmes ont compris et ont été sensibles à vos croyances traditionnelles et pratiques lorsque vous êtes venues au centre de santé pour les soins liés à la grossesse? avez-vous été autorisé à être accompagné d'un membre de la famille? Avez-vous été autorisé à donner naissance dans la position que vous voulez ? Avez-vous été autorisées à boire ? manger ? pendant le travail

15) Auriez-vous aimé que les sages-femmes fassent quelque chose différemment quand vous êtes venu pour les soins de maternité ?

16) Si oui, qu'auriez-vous aimé que la sage-femme fasse différemment?

17) Etiez-vous satisfaits des services que vous avez reçu ?

18) Avez-vous déjà entendu parler d'une femme enceinte de votre communauté qui a eu un problème avec les soins d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la santé similaire au centre de santé?

19) Si oui, quelle était la nature du problème, que s'est-il passé?

	négligence ou manque d'attention de la part de la sage-femme ou d'un autre professionnel de la santé
	violence verbale de la sage-femme ou d'un autre professionnel de la santé semblable
	violence physique de la sage-femme ou d'un autre professionnel de la santé semblable?
	Autres ( préciser)

20) Quelles suggestions pourriez-vous faire pour aider les sages-femmes à mieux aider les femmes?

21) Quelles suggestions pourriez-vous faire pour améliorer la communication entre les patients et les sages-femmes?

22) Y a-t-il autre chose que nous devrions savoir sur le genre de soins aux femmes enceintes?

NB : Merci de votre temps et de votre contribution au renforcement de la qualité des services