

UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

ANNEE 2021



N°259

VIOLENCES OBSTETRIQUES : A PROPOS DE 613 PATIENTES EVACUEES A LA MATERNITE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC (DAKAR, SENEGAL)

MEMOIRE

POUR OBTENIR LE DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Présenté et soutenu

Le 25 Novembre 2021

Par

M. Otmane SQALLI HOUSSINI

Né le 07 Novembre 1988 à Fès (MAROC)

MEMBRES DU JURY

PRESIDENT :	Mme	Marie Edouard	FAYE DIEME	Professeur Titulaire
MEMBRES :	M.	Serigne Modou Kane	GUEYE	Professeur Assimilé
	M.	Omar	GASSAMA	Maitre de Conférences Titulaire
DIRECTEUR DE MEMOIRE :	M.	Alassane	DIOUF	Professeur Titulaire
CO-DIRECTEUR :	M.	Omar	GASSAMA	Maitre de Conférences Titulaire

A NOS MAÎTRES ET JUGES

A notre Maître et Présidente du jury

Madame le professeur Marie Edouard FAYE DIEME

C'est un grand honneur pour nous de vous avoir comme présidente de notre jury de mémoire. Nous ne saurions vous exprimer notre reconnaissance pour l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de juger notre travail.

Votre compétence, votre sympathie, votre modestie et votre perfectionnisme vous valent l'estime de plusieurs générations

Qu'il nous soit permis de vous exprimer ici notre gratitude et notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le professeur Serigne Modou Kane GUEYE

C'est un honneur et un privilège que vous nous faite en acceptant de siéger dans notre jury de mémoire.

Permettez-nous de vous exprimer notre admiration pour vos qualités humaines et professionnelles.

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération.

A notre Maître et co-directeur de mémoire

Monsieur le docteur Omar GASSAMA

Vous nous avez inspiré le sujet de ce mémoire et n'avez ménagé aucun effort à sa réalisation. Vous avez fait preuve d'une très grande disponibilité malgré vos multiples occupations.

Votre rigueur et votre sens de la responsabilité font de vous une référence.

Votre soutien moral, vos encouragements et vos conseils ne m'ont jamais fait défaut.

Vous nous avez toujours accueillis avec bienveillance, humilité et grande sympathie.

Les mots ne sauront suffire pour vous témoigner toute ma gratitude et ma reconnaissance.

LISTE DES ABREVIATIONS

AMIU	: Aspiration manuelle intra-utérine
CHU	: Centre hospitalier universitaire
CGO	: Clinique gynécologique et obstétricale
DIU	: Dispositif intra-utérin
FIGO	: Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
ICM	: International confédération of midwives
IHAB	: Initiative Hôpitaux amis des bébés
IPA	: Association Internationale de Pédiatrie
MBFBF	: Mother-baby friendly birthing facilities
MNF	: Mort-né frais
MNM	: Mort-né macérés
OMS	: Organisation mondiale de la santé
SA	: Semaines d'aménorrhées
SONU	: Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
VO	: Violences obstétricales
WRA	: White ribbon alliance

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Représentation schématique du modèle de soins intra partum OMS ...	4
Figure 2. Répartition des patientes selon les tranches d'âge.....	15
Figure 3. Répartition des patientes selon la gestité	16
Figure 4. Répartition des patientes selon la parité	17
Figure 5. Répartition des patientes selon les causes obstétricales	19
Figure 6. Répartition des patientes selon les moyens de transport	20
Figure 7. Répartition des patientes selon leur support de référence	21
Figure 8. Répartition des patientes selon la distance parcourue	22
Figure 9. Répartition des patientes selon la durée du trajet	23
Figure 10. Répartition des patientes selon le nombre de structures visitées.....	24
Figure 11. Répartition des patientes selon l'état général des patientes	26

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Présentation des composantes conceptuelles de la violence obstétricale institutionnelle identifiées et des pratiques obstétricales qui leur sont corrélées.....	6
Tableau II. Présentation des composantes conceptuelles de la violence de genre identifiées et des pratiques obstétricales qui leur sont corrélées.....	8
Tableau III. Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation	18
Tableau IV. Répartition des différents soins prodigués sur place	25
Tableau V. Répartition des patientes selon le type d'accouchement	27
Tableau VI. Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né.....	28

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA LITTERATURE SUR LA QUALITE DE L'ACCOUCHEMENT ET LES VIOLENCES OBSTETRIQUES

1. DEFINITIONS	3
1.1. Accouchement	3
1.2. Qualité de l'accouchement	3
1.3. Violences obstétricales	5
2. FORMES DE VIOLENCES OBSTETRIQUES	5
2.1. Violences liées aux protocoles médicaux institutionnalisés	5
2.2. Violences liées au genre	7
3. MOYENS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES OBSTETRIQUES	8

DEUXIEME PARTIE : NOTRE TRAVAIL

1. OBJECTIFS.....	10
1.1. Objectif général	10
1.2. Objectifs spécifiques	10
2. CADRE D'ETUDE	10
2.1. Infrastructure	10
2.2. Personnel	11
2.3. Activités.....	11
3. MATERIELS ET METHODES.....	13
3.1. Type et durée d'étude	13
3.2. Critères d'inclusion	13
3.3. Critères d'exclusion.....	13
3.4. Paramètres étudiés	13
3.5. Collecte des données	14
3.6. Analyse des données	14
4. RESULTATS	15
5. DISCUSSION	29

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

REFERENCES

ANNEXE

INTRODUCTION

On estime que 140 millions de naissances se produisent chaque année dans le monde. La plupart se déroule sans complications pour les femmes et pour leurs enfants. Cependant, au cours des 20 dernières années, les praticiens ont fait de plus en plus appel à des interventions auparavant destinées à éviter les risques ou à traiter les complications [7].

L'accouchement est un processus physiologique normal qui peut se dérouler sans complications pour la majorité des femmes et des enfants. Néanmoins, des études ont montré qu'une proportion substantielle des femmes enceintes en bonne santé subit au moins une intervention clinique pendant le travail et l'accouchement. Elles sont également souvent soumises à des interventions systématiques sans nécessité et potentiellement dangereuses.

Les lignes directrices de l'OMS en 2015 comprennent 56 recommandations élaborées à partir d'éléments factuels décrivant les soins nécessaires tout au long du travail et immédiatement après pour la femme et son enfant. Elles prévoient notamment que la femme bénéficie de la compagnie de la personne de son choix pendant le travail et l'accouchement, de soins respectueux, d'une bonne communication avec les prestataires de soins et du maintien de l'intimité et de la confidentialité ; et qu'elle soit autorisée à participer aux décisions concernant la prise en charge de la douleur, les positions à adopter pendant le travail et l'accouchement et le besoin naturel de pousser, entre autres [16].

Dans beaucoup d'établissements de soins, il arrive que des soins irrespectueux et sans considération pour la dignité de la personne soient dispensés, ce qui représente une violation des droits de l'homme et dissuade les femmes de s'adresser aux services médicaux pendant l'accouchement [15].

Dans de nombreuses parties du monde, le prestataire de soins contrôle le processus de mise au monde de l'enfant, ce qui expose encore les femmes enceintes à des interventions médicales inutiles, qui interfèrent avec le déroulement naturel de l'accouchement.

En effet, plusieurs femmes subissent de mauvais traitements ou vivent des expériences marquées par le manque de respect lors de leur accouchement. Les appellations attribuées à ces expériences diffèrent : « comportements abusifs », « négligence », « mauvais traitements », « manque de respect », ou « déshumanisation des soins », pour ne nommer que celles-ci.

Par contre, force est de constater que le concept de violence obstétricale est moins présent dans la littérature scientifique, quoiqu'il figure dans des articles de loi en Amérique latine. Il nous apparaît important de nous y intéresser puisque c'est un enjeu social et de santé important, sur le plan tant international que sénégalais.

Ces expériences ont des conséquences négatives, que ce soit sur les femmes ou sur les enfants nouveau-nés, et constituent une violation des droits fondamentaux, une menace à leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination [4,6,7,15,24].

Avec ces constats, nous faisons le point sur les violences obstétricales dans une maternité de référence à Dakar.

Dans une première partie, nous ferons un rappel concernant les violences obstétricales.

Dans une deuxième partie, nous présenterons et discuterons nos résultats et enfin, formulerons des recommandations.

**PREMIERE PARTIE : REVUE DE LA
LITTERATURE SUR LA QUALITE DE
L'ACCOUCHEMENT ET LES VIOLENCES
OBSTETRICALES**

1. DEFINITIONS

1.1. Accouchement

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques ayant pour conséquence l'expulsion du fœtus et de ses annexes hors des voies génitales maternelles à partir du moment où la grossesse a atteint le terme théorique de 6 mois soit 28 SA [23].

1.2. Qualité de l'accouchement

Selon l'OMS, un accouchement est de qualité lorsqu'il est conduit par une personne qualifiée. Cela dans le but de :

- dispenser en continu des soins de qualité ;
- respecter les règles d'hygiène, agir en toute sécurité et être à l'écoute des patientes ;
- reconnaître et prendre en charge les complications notamment prendre les mesures nécessaires pour sauver la vie de la mère et de l'enfant ;
- adresser rapidement et en toute sécurité à l'échelon supérieur les patientes dont l'état l'exigent [23].

Les bonnes pratiques sont stipulées dans la figure 1.

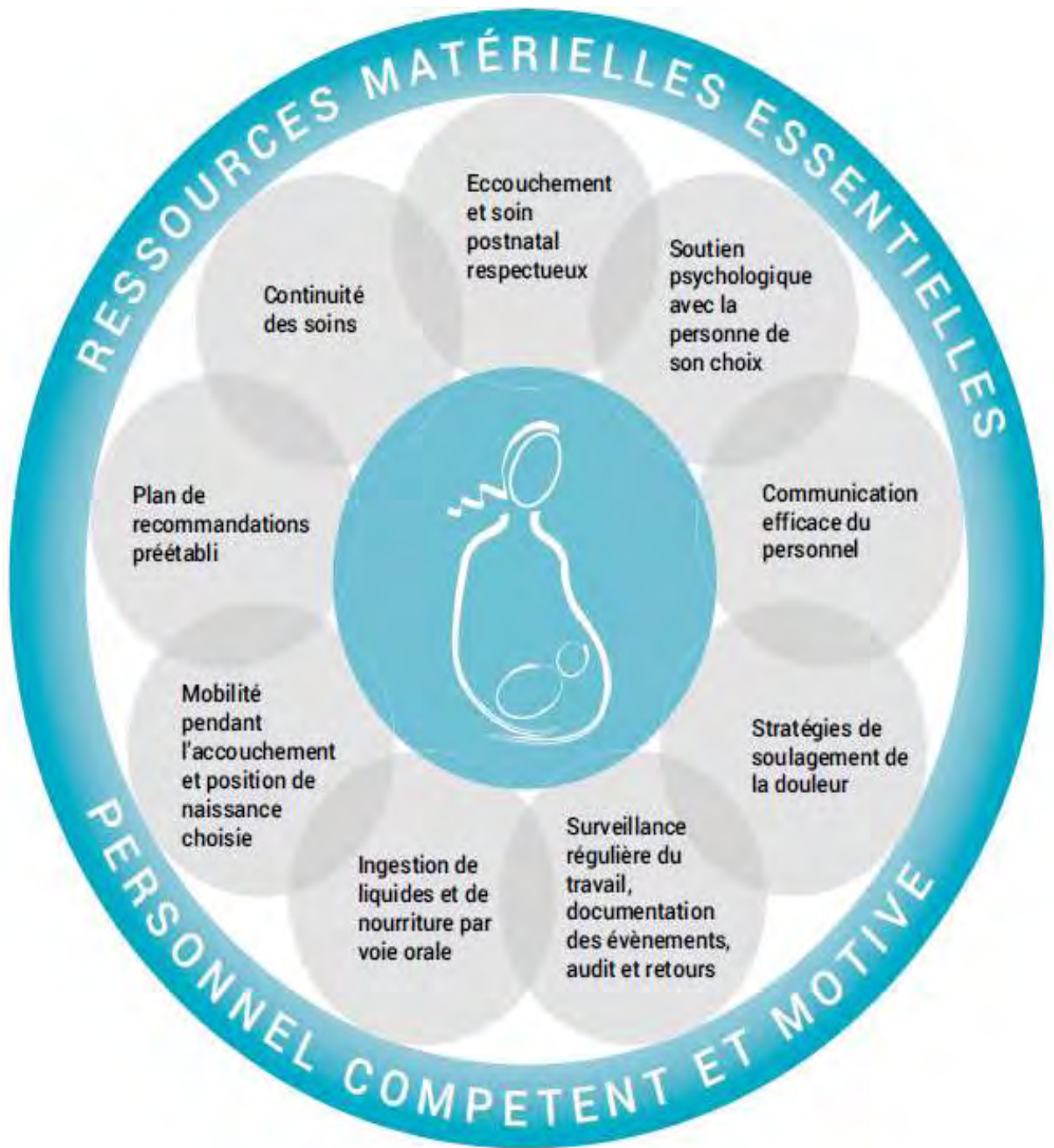


Figure 1. Représentation schématique du modèle de soins intra partum OMS [23].

1.3. Violences obstétricales

La violence obstétricale se définit comme « Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente ».

Les violences obstétricales concernent le plus souvent la même classe, celles des femmes pauvres, vulnérables économiquement et socialement, cette classe des sans-argent et des sans relations [18].

2. FORMES DE VIOLENCES OBSTETRICALES

2.1. Violences liées aux protocoles médicaux institutionnalisés

Ce type de violence est lié à la mise en place de protocoles médicaux institutionnalisés. Les auteurs évoquent une surmédicalisation, des interventions médicales excessives, inappropriées ou non nécessaires, ainsi que des pratiques de routine non basées sur les preuves.

Le tableau I illustre les différentes violences obstétricales liées aux protocoles médicaux institutionnalisés [11].

Tableau I. Présentation des composantes conceptuelles de la violence obstétricale institutionnelle identifiées et des pratiques obstétricales qui leur sont corrélées

Eléments de définition	Pratiques obstétricales considérées comme abusives ou injustifiées	Références
Violence liée aux protocoles médicaux institutionnalisés		
Surmédicalisation	<ul style="list-style-type: none"> - Césarienne non justifiée - Episiotomie systématique - Révision utérine systématique ou sans prise en charge de la douleur - Déclenchement du travail en routine - Alimentation artificielle du nouveau-né imposée - Lavement systématique - Décubitus dorsal imposé (travail, accouchement) - Monitoring en continu - Interdictions de bouger, boire ou manger (travail) - Refus d'un(e) accompagnant(e) 	<p>4, 15, 16, 31,</p> <p>23, 18, 19,</p> <p>29, 11,</p> <p>10, 21, 8</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en doute de la capacité de l'appareil « reproducteur » à remplir sa fonction - Femme réduite à son utérus 	<p>22, 11</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Refus de prise en charge de la douleur - Absence de monitoring discontinu - Saturation et éloignement des maternités résultant de la réorganisation du réseau - Refus de traitement 	<p>4, 24, 23,</p> <p>22, 10,</p> <p>21, 8</p>

Atteinte portée aux droits humains	Atteinte portée à l'autonomie, discrimination	<ul style="list-style-type: none"> - Intervention sans consentement de la femme - Manipulation de l'information - Utilisation à des fins académiques sans autorisation - Discrimination (prise en charge différente selon sexe, origine ethnique, classe sociale, âge) - Violation du secret médical (divulgation du statut sérologique) 	<p>4, 7, 15, 23, 19, 22, 11, 10,8</p>
	Répression, coercition	<ul style="list-style-type: none"> - Menaces de faire appel à la justice, au service de protection de l'enfance - Stérilisation forcée - Contraception forcée (DIU en post partum immédiat) - Détention dans les établissements 	<p>15,31,23,18</p>

2.2. Violences liées au genre

Le second type de violence est lié au genre. D'après 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 pratiques professionnelles corrélées à ce type de violence ont fait l'objet d'une classification selon 3 catégories reconnues comme des actes sexistes par le Haut Conseil à l'Égalité :

- 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 [11].

Tableau II. Présentation des composantes conceptuelles de la violence de genre identifiées et des pratiques obstétricales qui leur sont corrélées

Violence de genre		
Préjugés à l'égard des femmes	- Jugements d'incompétence à prendre des décisions	7, 15
Abus verbaux et émotionnels	- Humiliations, paroles obscènes	4, 7, 24, 23,
	- Culpabilisation morale	29
	- Cris, réprimandes, menaces	
Abus physiques et sexuels	- Examen vaginal sans consentement	
	- Coups	7, 16,29
	- Brutalités exercées sur les organes sexuels (pincements vulve, mamelons...)	

3. MOYENS DE LUTTE CONTRE LES VIOLENCES OBSTETRIQUES

La White Ribbon Alliance (WRA), une organisation internationale vouée à la défense des droits des femmes en matière de santé et de droits reproductifs, a élaboré une charte des droits universels des femmes lors de la période périnatale. Inspirée de cette charte et des travaux de la WRA, l'initiative Hôpitaux amis des mères et des bébés (Mother-baby friendly birthing facilities, MBFBF), différente de l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), est née en 2014 de la collaboration de l'Organisation mondiale de la santé (OMS/WHO), de la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), de l'International Confederation of Midwives (ICM) et de l'Association internationale de pédiatrie (IPA) [22].

Les dix recommandations de cette initiative sont :

1. Positions libres, possibilité de boire et de manger
2. Pas de discrimination (VIH, planification familiale, jeunes)
3. Intimité
4. Choix de l'accompagnant
5. Culturally competent care
6. Pas de maltraitance physique, verbale, émotionnelle
7. Coûts (accessibilité, gratuité)
8. Pas de pratiques de routine
9. Soulagement non-pharmacologique et pharmacologique de la douleur
10. Soins peau à peau, allaitement.

Les recommandations émises plus haut sont un moyen efficace de contrer le phénomène des violences obstétricales puisqu'elles remettent les femmes au cœur de l'expérience de l'accouchement. Ces mesures gagneraient à être mise en application de façon immédiate dans les milieux hospitaliers [22].

**DEUXIEME PARTIE : NOTRE
TRAVAIL**

1. OBJECTIFS

1.1. Objectif général

L'objectif général était d'évaluer le degré de violence obstétricale dans une maternité de référence

1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques étaient les suivants :

- caractéristiques socio-démographiques parturientes ;
- nombre de structures fréquentées ;
- moyen de transport utilisé ;
- distance parcourue ;
- soins prodigués ;
- voie d'accouchement ;
- prise en charge.

2. CADRE D'ETUDE

La Clinique Gynécologique et Obstétricale (CGO) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Aristide Le Dantec a servi de cadre à notre étude. C'est un centre de référence-recours national en Santé de la Reproduction.

2.1. Infrastructure

La maternité de l'hôpital Aristide Le Dantec est dotée depuis 1999 d'un Centre-Pilote des Soins Intégrés en Santé de la Reproduction construit sur financement du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA). C'est dans ce centre que se font les consultations pré et post-natales, les consultations pour les nourrissons, les consultations gynécologiques et la planification familiale. Il comporte :

- Trois salles de consultations recevant en moyenne 30 patientes par jour, du lundi au vendredi ;
- Une salle d'échographie ;
- Une salle de colposcopie ;
- Une salle d'insertion et de retrait d'implants sous-cutanés progestatifs à visée contraceptive ;
- Une salle de consultations pour les nouveau-nés et les nourrissons pour la surveillance de la croissance et du développement psychomoteur, des conseils d'élevage des prématurés (méthode kangourou), la vaccination et la prise en charge des nouveau-nés de mère infectées par le VIH/SIDA ;
- Une salle de soins en ambulatoire pour les femmes opérées ;

- Une salle d'archives ;
- Deux bureaux de consultations pour les assistantes sociales ;
- Une salle d'hospitalisation de jour pour l'oncologie médicale.

2.2. Personnel

La Clinique Gynécologique et Obstétricale du CHU Aristide Le Dantec est sous la direction d'un Professeur Titulaire de Chaire assisté par :

- 5 Professeurs Titulaire ;
- 4 Maîtres de Conférences Agrégés ;
- 4 Maîtres Assistants ;
- 3 Assistants-Chefs de Clinique.

Par ailleurs, le personnel est constitué par :

- 15 internes titulaires des hôpitaux ;
- 96 médecins en cours de spécialisation ;
- 16 sages-femmes dont une maîtresse sage-femme ;
- 01 assistante sociale ;
- 02 aides-infirmiers ;
- 02 secrétaires ;
- 02 techniciens de surface.

2.3. Activités

La Clinique Gynécologie et Obstétricale a une quadruple vocation de soins, de formation, de recherche et d'appui à la communauté.

➤ Soins

En dehors des consultations gynécologiques et obstétricales, l'échographie gynécologie et obstétricale, la colposcopie, l'hystérocopie diagnostique et l'oncologie médicale, le reste des activités de soin était décentralisé depuis Aout 2005 vers les Centres Hospitaliers Abass Ndao, Roi Baudouin, Pikine et Youssou Mbargane Diop ainsi que les Centres de Santé Nabil Choucair et Phillipe Maguilène Senghor, ceci avant la fin de la réhabilitation de la Clinique Gynécologique et Obstétricale en 2018.

➤ **Formation**

- La formation théorique porte sur les enseignements universitaire et post-universitaires pour les étudiants en médecine et pour les médecins en cours de spécialisation dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisées (D.E.S) de Gynécologie-Obstétrique. Cette formation est orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile et porte sur la Gynécologie, l'Obstétrique et la Néonatalogie. Depuis 1996, la Clinique Gynécologie et Obstétricale abrite le Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOREP). Cette institution à vocation régionale a été créée en 1996 grâce au soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Ses activités d'enseignement et de recherche sont essentiellement axées sur la santé de la reproduction.
- La formation pratique s'adresse aux médecins en cours de spécialisation dans le cadre du D.E.S DE Gynécologie-Obstétrique. La clinique Gynécologie et Obstétricale assure également l'encadrement des étudiants de 7^{ème} et de 5^{ème} année de Médecine.

Elle assure également la formation d'équipes compétentes en Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) ainsi que des recyclages périodiques pour le personnel médical et paramédical du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

➤ **Activités de recherche**

La Clinique Gynécologique et Obstétricale se singularise dans la recherche notamment dans le domaine de la maternité à moindre risque, de la planification familiale, de la santé des adolescentes, de la maladie trophoblastique, de la colposcopie et de la pathologie cervico-vaginale, de la sénologie, de l'endoscopie gynécologique et de la ménopause.

➤ **Appui à la communauté**

La clinique Gynécologique et Obstétricale participe activement à des activités de :

- Sensibilisation ;
- Dépistage et prise en charge des grossesses à risque, des cancers gynécologiques et mammaires ;
- Planification familiale.

3. MATERIELS ET METHODES

3.1. Type et durée d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, prospective, descriptive et analytique portant sur les parturientes évacuées à la clinique de gynécologie-obstétrique du CHU Aristide Le Dantec du 01 Mars au 31 Décembre 2019.

3.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion concernaient surtout les évacuations obstétricales vers la maternité du CHU A Le Dantec.

3.3. Critères d'exclusion

- Nous avons exclu de l'étude l'absence de consentement et les urgences obstétricales majeures.

3.4. Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés étaient les suivants :

- caractéristiques sociodémographiques ;
- antécédents gynéco-obstétricaux ;
- motifs d'évacuation ;
- violences institutionnelles :
 - moyen de transport ;
 - distance parcourue ;
 - durée du trajet ;
 - nombre de structures fréquentées.
- violences liées au genre :
 - soins prodigués sur place ;
 - prise en charge obstétricale, chirurgicale ou médicale.
- pronostic fœtal.

3.5. Collecte des données

- Un premier volet observationnel pendant lequel tous les actes de prestations ont été notés.
- Dans un deuxième temps, les parturientes ont été soumises à une interview à l'aide d'un questionnaire semi-structuré avec questions ouvertes et fermées lors d'un entretien individuel, après consentement éclairé, afin de recueillir leur opinion sur la prise en charge du travail, sur la qualité des soins dispensés, ainsi que sur l'attitude et la compétence du prestataire.

3.6. Analyse des données

Les données étaient analysées par le logiciel EPI info version 3.5

4. RESULTATS

Au total, 613 patientes étaient enrôlées durant la période d'étude.

1. Caractéristiques sociodémographiques

1.1. Age

L'âge moyen des patientes était de 27,7 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans.

La tranche d'âge 20-29 ans était la plus représentée (52,1%) comme rapporté par la figure 2.

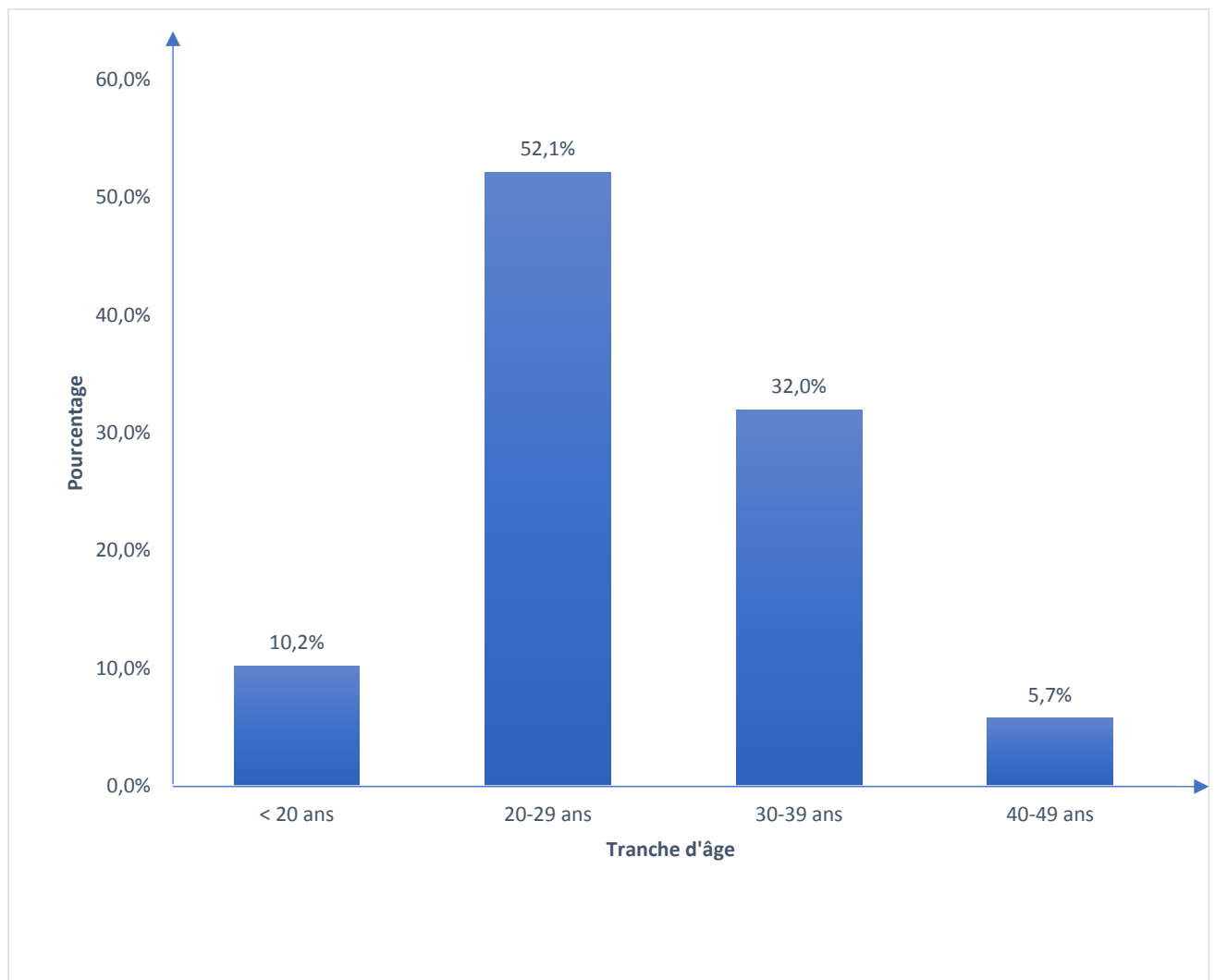


Figure 2. Répartition des patientes selon les tranches d'âge

1.2. Statut matrimonial

Presque la totalité des patientes étaient mariées (90,5%) ; les célibataires représentaient 9%, les divorcées 0,3% et les veuves 0,2%.

1.3. Gestité

La gestité moyenne était de $2,36 \pm 1,76$ et des extrêmes de 0 et 9 gestes.

Les primigestes étaient majoritaires (42,21%)

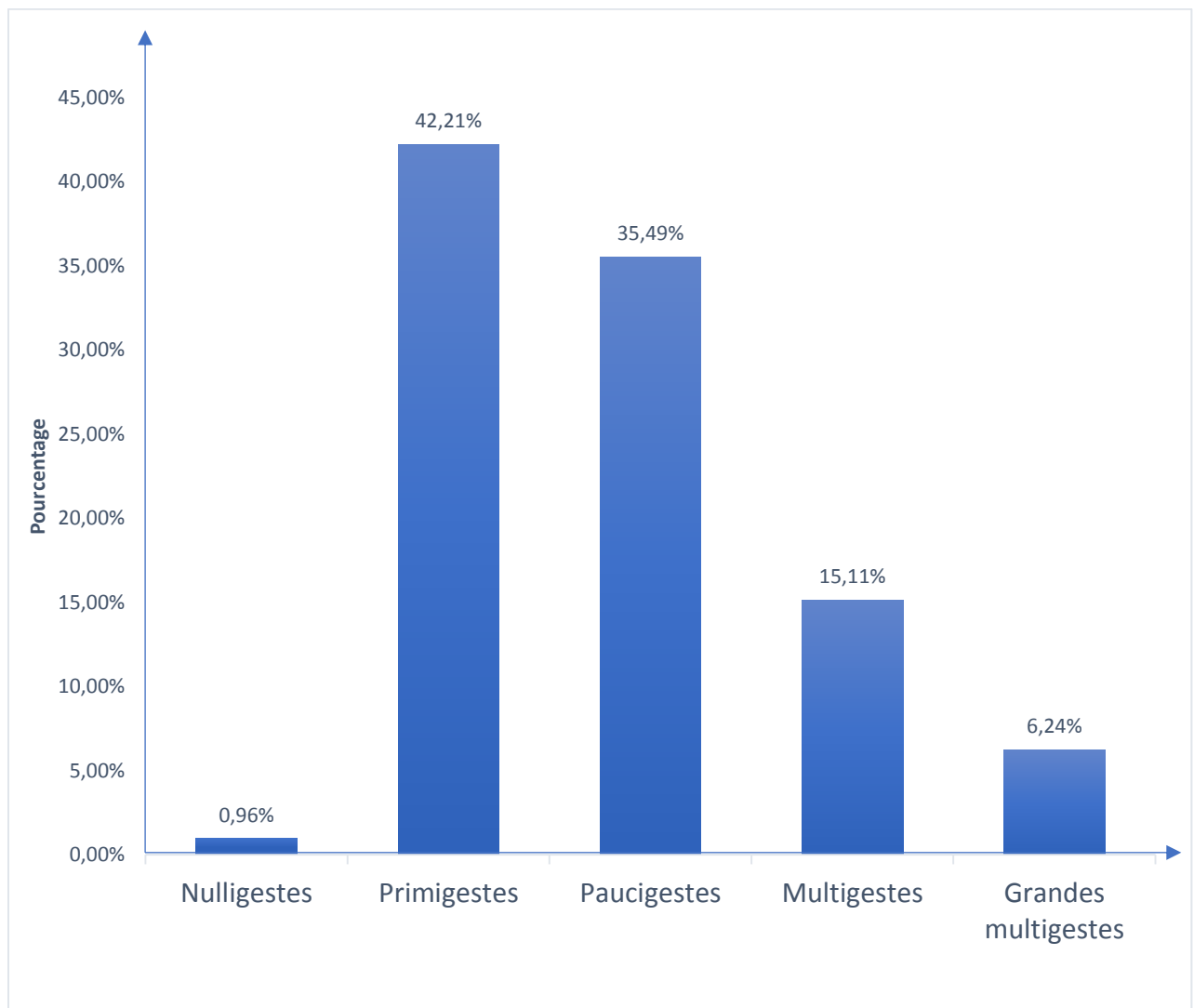


Figure 3. Répartition des patientes selon la gestité

1.4. Parité

La parité moyenne était de $2,20 \pm 1,68$ et des extrêmes de 0 et 9 paires.

Les primipares étaient majoritaires (43,65%)

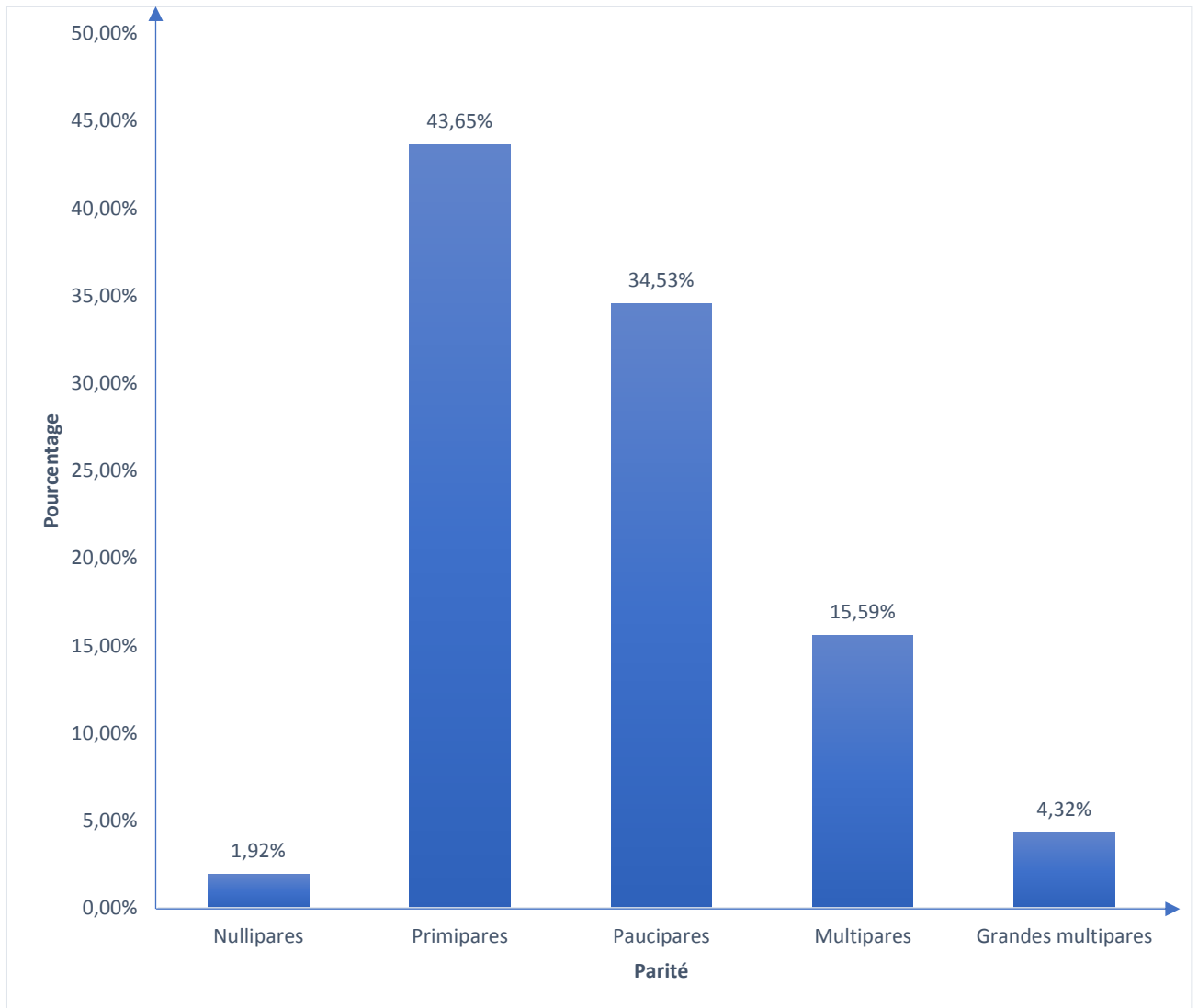


Figure 4. Répartition des patientes selon la parité

2. Motifs d'évacuation

Les causes obstétricales (54,04%) étaient les principaux motifs d'évacuation. Le tableau III illustre les résultats.

Tableau III. Répartition des patientes selon les motifs d'évacuation (N = 613)

Motifs d'évacuation	Effectif	Pourcentage
Causes obstétricales	247	40,29
Faute de place	120	19,57
Faute de néonatalogie	131	21,37
Meilleure prise en charge	72	11,75
Bloc non fonctionnel	26	4,25
Faute de réanimation	10	1,63
Cause non obstétricale	7	1,14

Les causes obstétricales (40,29%) étaient essentiellement de type foeto-annexielles (44,20%). La figure 5 illustre les résultats.

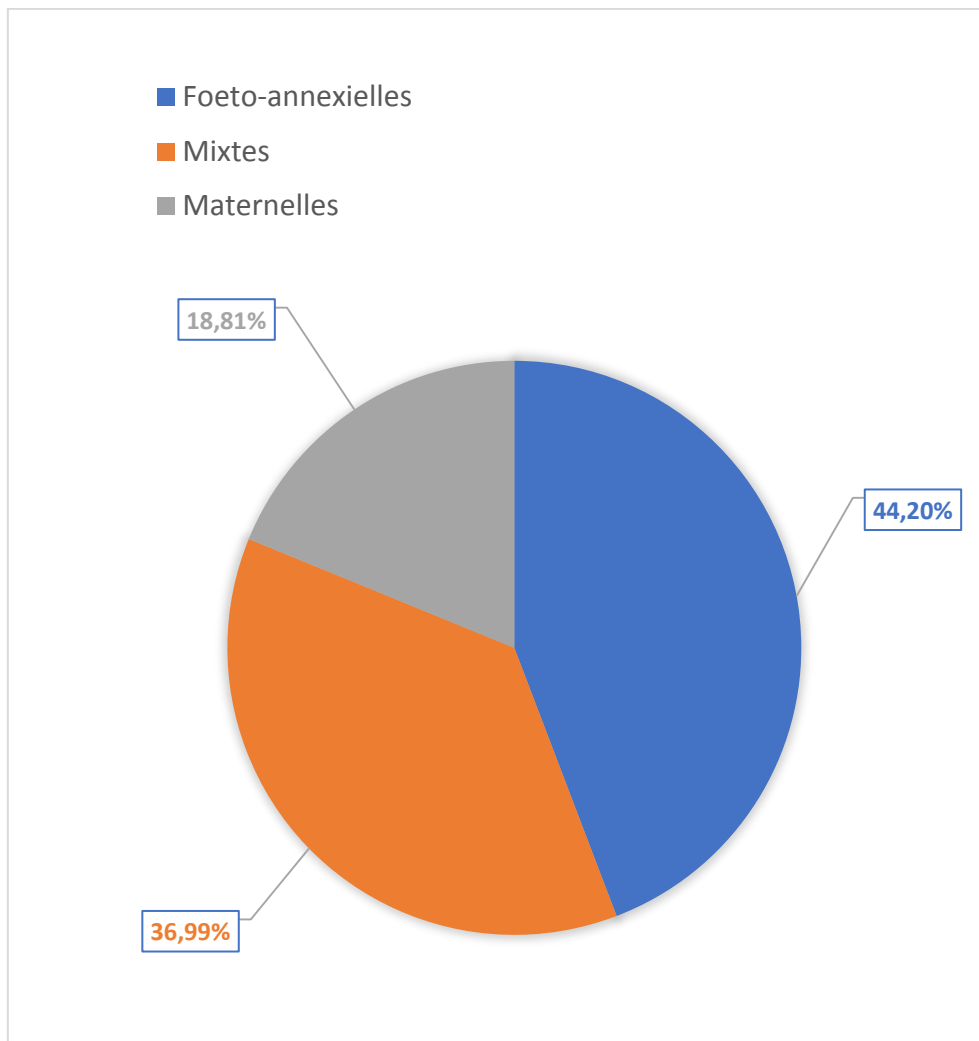


Figure 5. Répartition des patientes selon les causes obstétricales

3. Violences obstétricales institutionnelles

3.1. Moyens de transport

Le moyen de transport le plus usité était le taxi 74,7% comme rapporté par la Figure 6.

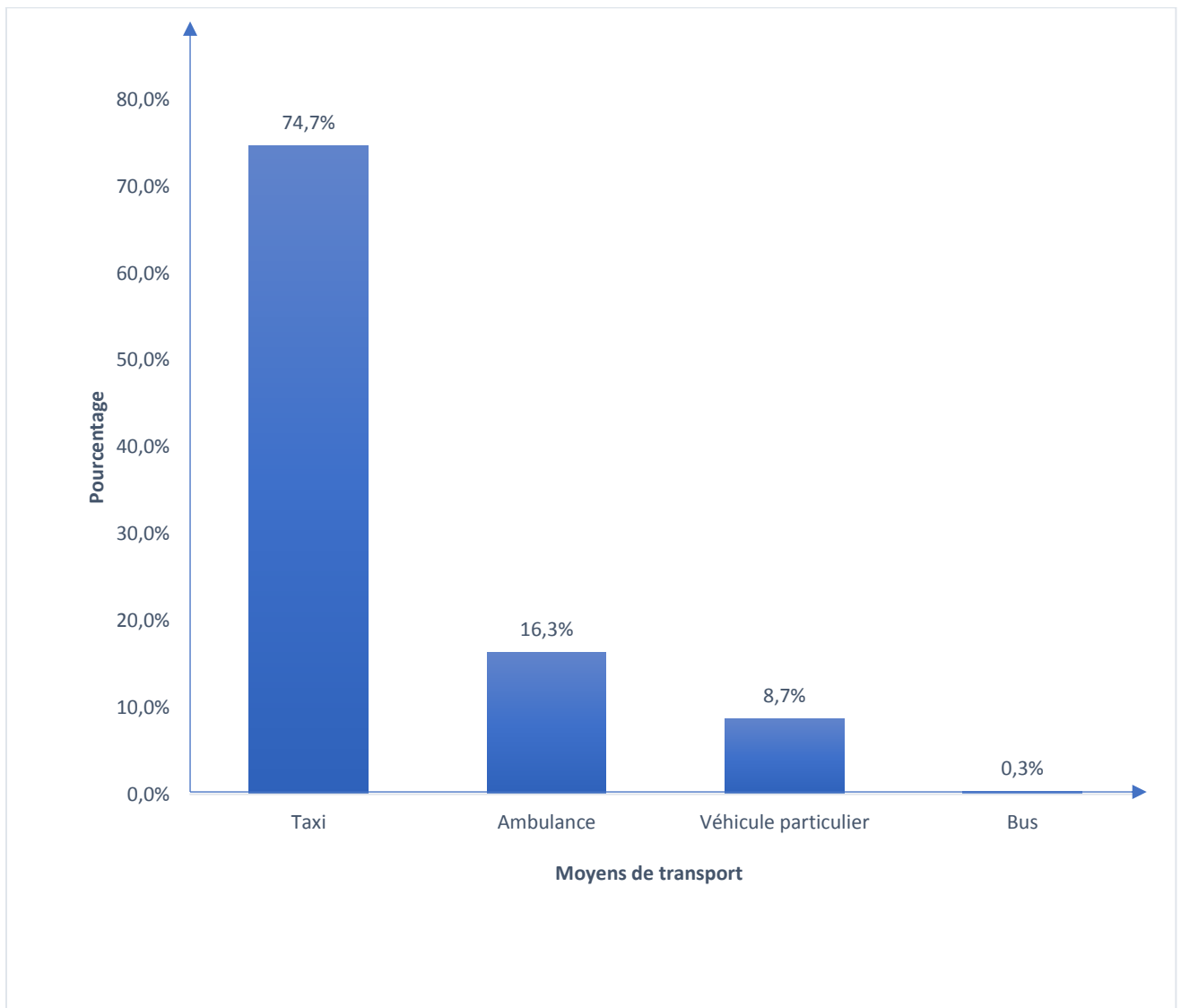


Figure 6. Répartition des patientes selon les moyens de transport

3.2. Evacuations

Les évacuations ; presque les $\frac{3}{4}$ 74,26%, avaient un bulletin de référence ; 18,47%, avaient une note dans le carnet et 7,27% étaient évacuées sans bulletin comme illustré dans la Figure 7.

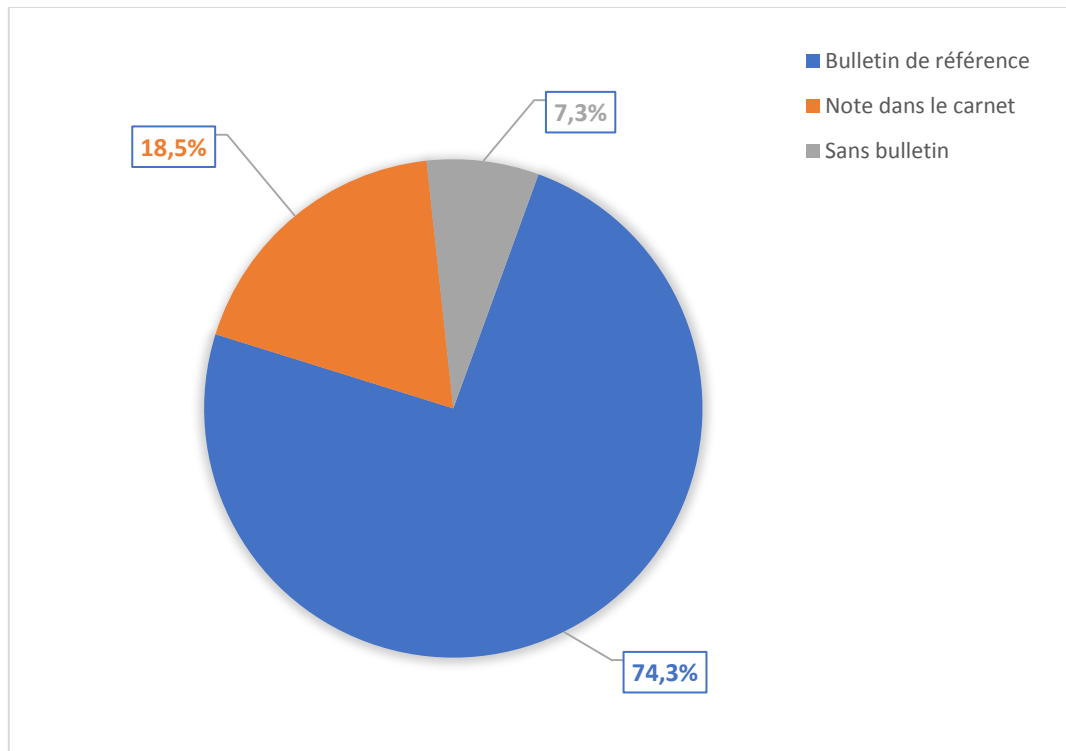


Figure 7. Répartition des patientes selon leur support de référence

3.3. Distance parcourue

Plus de la moitié des patientes 52,46% avaient parcouru plus de 15 km à l'évacuation. (Figure 8)

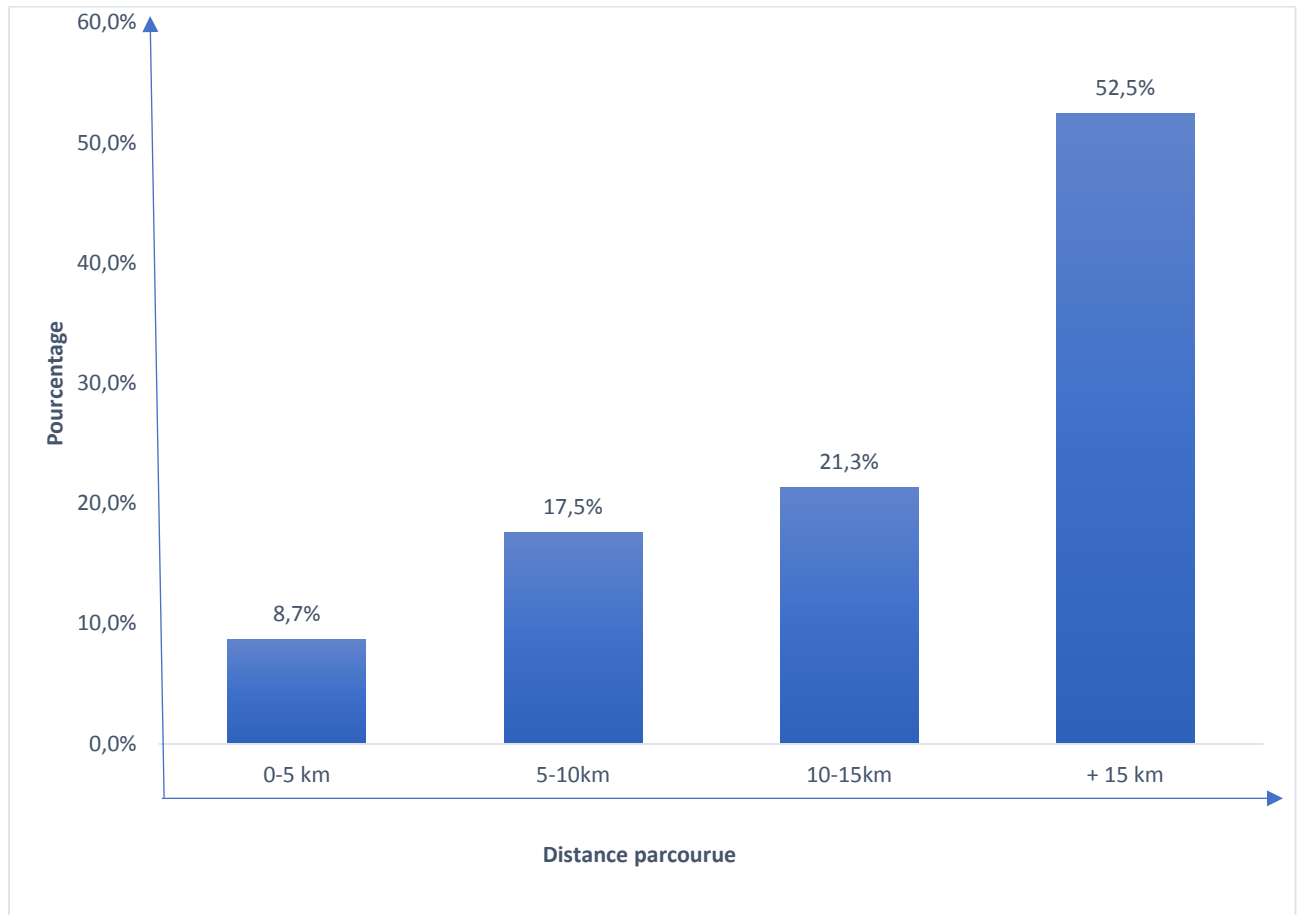


Figure 8. Répartition des patientes selon la distance parcourue

3.4. Durée du trajet

La durée de l'évacuation était renseignée chez 608 patientes, elle était essentiellement de plus de 2 heures de temps 38,5%. (Figure 9)

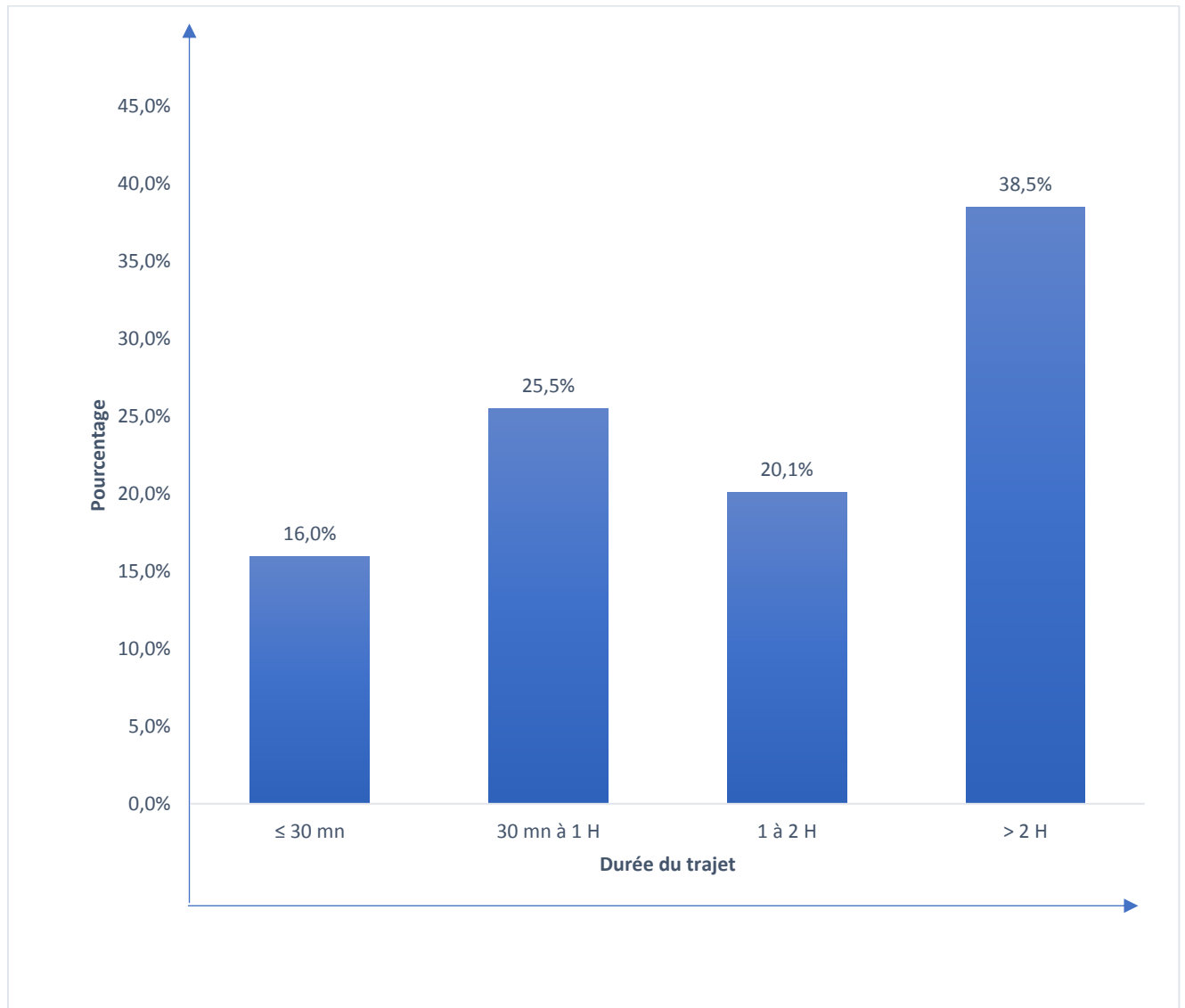


Figure 9. Répartition des patientes selon la durée du trajet

3.5. Nombre de structures fréquentées

Le nombre moyen des structures fréquentées était renseigné par 606 patientes dont la moyenne était de $2 \pm 0,9$ structures avec des extrêmes de 1 et 6 structures. La médiane était d'une structure.

Six femmes sur 10 (59,90%) avaient visité une structure ; la figure 10 illustre les résultats.

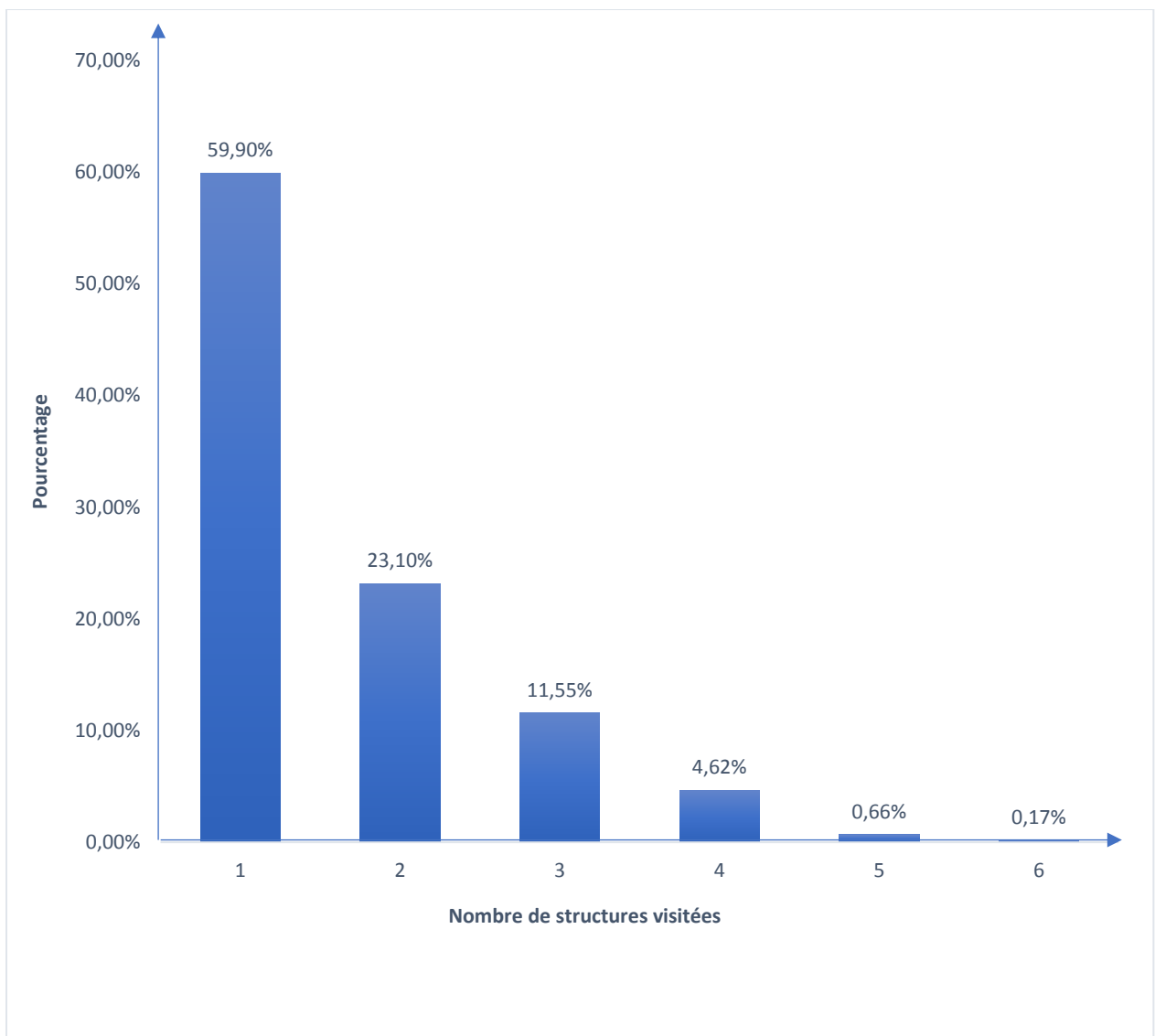


Figure 10. Répartition des patientes selon le nombre de structures visitées

4. Violences obstétricales liées au genre

4.1. Soins prodigués

Presque la totalité des patientes 80,8% (n=484) avaient bénéficié d'un examen obstétrical sans avoir reçu d'informations. Toutefois, nous notons que 14 patientes (2,3%) n'avaient bénéficié d'aucun soin comme rapporté par le tableau IV.

Tableau IV. Répartition des différents soins prodigués sur place

Soins prodigués sur place	Effectif	Pourcentage
• Examen obstétrical	484	80,8
• Echographie	13	2,2
Gestes thérapeutiques :		
• Aucun	14	2,3
• Conditionnement	40	6,7
• Traitement médical	36	6,0
• Geste obstétrical	9	1,5
• Hospitalisation	3	0,5

5. Prise en charge maternelle

5.1. Examen clinique

5.1.1. Etat général de la mère

Presque la totalité des patientes 94,80% avaient un état général conservé ; 3,20% avaient un état altéré et 2% un état passable comme illustré sur la figure 11.

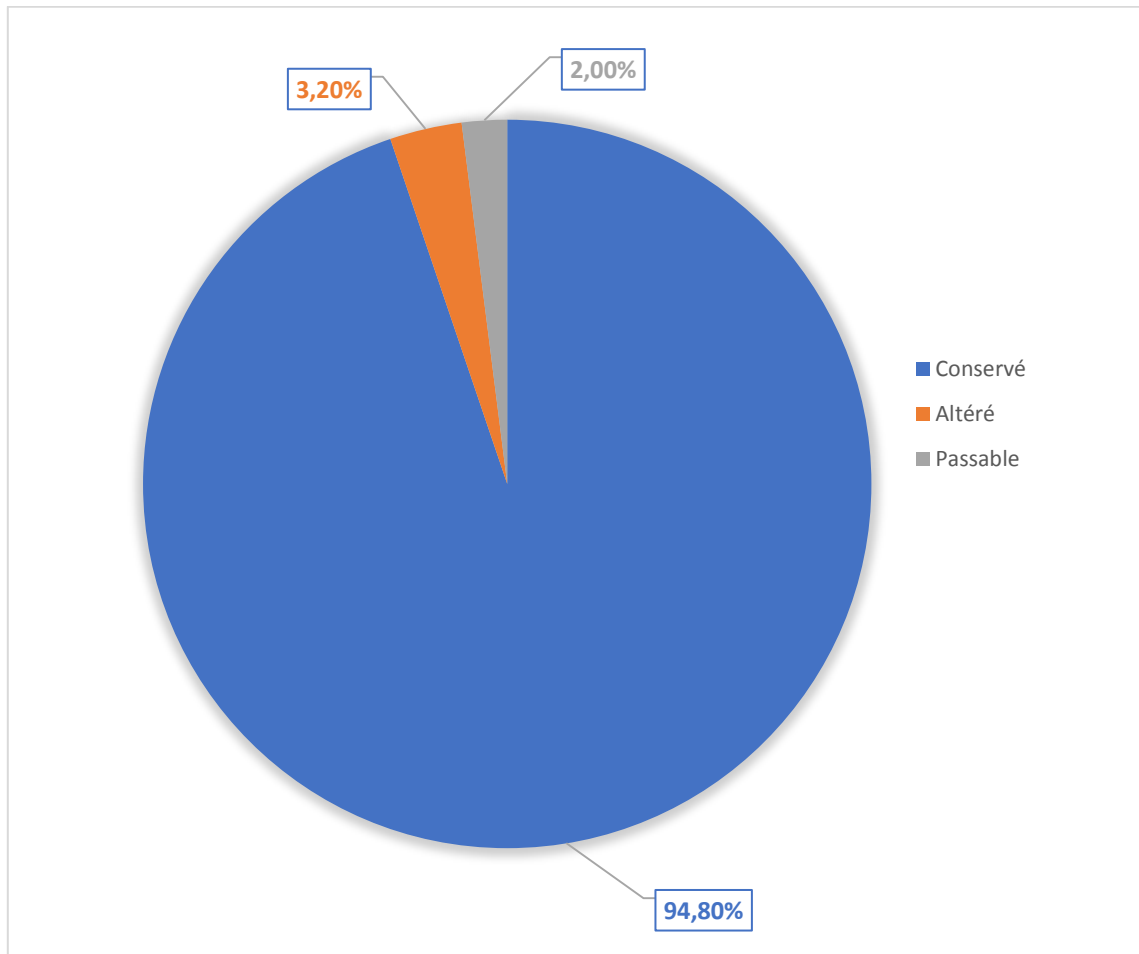


Figure 11. Répartition des patientes selon l'état général des patientes

5.2. Soins

Plus de la moitié des patientes 52,8% (n=315) qui avaient bénéficié d'une césarienne n'en étaient pas informées, pire, elles n'avaient pas vu leur nouveau-né les minutes suivantes leur naissance ; 42,6%(n=254) avaient accouché par voie basse comme énoncé sur le tableau V.

Tableau V. Répartition des patientes selon le type de soins

Type de soins	Effectif	Pourcentage
Césarienne	315	52,8
Accouchement par voie basse	254	42,6
Aspiration manuelle intra-utérine	7	1,2
Tocolyse	6	1,0
Laparotomie	3	0,5
Total	597	100,0

L'accouchement par voie basse en décubitus dorsal était systématique chez toutes les accouchées et le choix d'une autre position n'était pas autorisé.

6. Prise en charge du nouveau-né

6.1. Examen clinique

6.1.1. Etat général nouveau-né

Presque la totalité des nouveaux nés 83,2%(n=475) étaient vivant bien portant ; les MNF représentaient 6,8% et les MNM 5,9% comme indiqué sur le tableau VI.

Tableau VI. Répartition des patientes selon l'état du nouveau-né

Etat nouveau-né	Effectif	Pourcentage
Vivant	475	83,2
Mort-né frais	39	6,8
Mort-né macéré	34	5,9
Hospitalisation en néonatalogie	17	3,0
Transfert dans une autre structure	6	1,1
Total	571	100,0

6.1.2. Poids nouveau-né

Le poids de naissance était renseigné chez 525 nouveaux nés dont la moyenne était de 2613,4 grammes avec des extrêmes de 405 et 4695 grammes.

6.1.3. Score d'Apgar

Le score d'Apgar était renseigné chez 406 nouveaux nés dont la moyenne était de 7,2 avec un écart type de 1,2 et des extrêmes de 2 et 10. La médiane était de 7.

Le score d'Apgar était de moins de 7 chez 83 nouveaux nés (20,4%) et de 7 ou plus chez 323 nouveaux nés (79,6%).

7. Durée de séjour

La durée du séjour était renseignée chez 491 patients dont la moyenne était de 3,5 avec des extrêmes de 1 et 12 jours.

5. DISCUSSION

5.1. Caractéristiques socio-démographiques

5.1.1. Age

L'âge moyen des patientes était de 27 ans avec des extrêmes de 14 et 45 ans.

Ces résultats étaient similaires à ceux retrouvés par Samaké et al au Mali avec un âge moyen de 26 ans et des extrêmes de 15 et 44 ans [30].

Andriamudy et coll. [3] avaient rapporté des extrêmes de 15 et 48 ans avec un âge moyen de 29 ans à Madagascar ; Sepou et coll. [32] retrouvaient un âge moyen de 24 ans avec des extrêmes de 13 et 60 ans en République Centrafricaine.

Ces taux s'expliqueraient par la précocité des mariages dans les zones rurales où la majorité de la population vit dans la pauvreté. Dans nos sociétés, le mariage est presque universel et précoce, la procréation reste un domaine généralement réservé aux femmes mariées.

5.1.2. Parité

Les primipares représentaient 43,65% de l'échantillon et les multipares 15,59% pour une parité moyenne de 04 avec des extrêmes de 0 et 09. Samaké et al [30], Andriamady et Coll. [3] avaient rapporté des résultats identiques avec une parité moyenne de 4 avec des extrêmes de 0 et 14.

La prédominance des primigestes et des primipares dans notre série pourrait s'expliquer par l'âge jeune de nos patientes et le mariage précoce.

En Guinée dans certains groupes ethniques, la jeune fille ne voit ses premières menstrues que dans la maison familiale, la 2^e apparition se faisant chez le mari et, parfois, une grossesse intervient dès le 1^{er} rapport nuptial [13].

Selon l'étude de Bohoussou et collaborateurs, l'incidence de la mortalité maternelle augmente au fur et à mesure que la femme passe de la pauciparité à la multiparité et de la multiparité à la grande multiparité [5].

Selon l'OMS les grandes multipares présentent un risque augmenté de mortalité et de morbidité maternelle [37].

5.2. Violences obstétricales institutionnelles

Nous avons constaté une violence obstétricale.

Elle était de nature institutionnelle et concernait le transport de parturientes en situation de détresse.

Le taxi était le moyen de transport le plus utilisé dans notre série avec 74,70% puis l'ambulance avec seulement 16,30%, contrairement à l'étude menée par Thiam au Sénégal où le principal moyen de transport était ambulance avec un taux de 69,2% [35]. Ceci traduit un dysfonctionnement grave dans le système de référence/évacuation car il s'agit de patientes présentant pour l'essentiel de tableaux cliniques graves et qui sont embarquées dans des taxis de ville sans confort ni assistance médicale.

Ces données prouvent que peu d'efforts sont consentis pour l'équipement en ambulance ainsi que sa disponibilité dans les postes et centres de santé par les autorités médicales. Ainsi, pour améliorer la qualité de la couverture sanitaire en zone rurale, la création de blocs chirurgicaux fonctionnels, la formation et le recyclage du personnel de santé apparaissent comme une sur-priorité.

Le niveau élevé de décès maternels dans certaines régions du monde reflète les inégalités dans l'accès aux services de santé et met en lumière l'écart entre les riches et les pauvres. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique subsaharienne. Plus de la moitié des décès maternels se produisent dans des régions instables et plongées dans des crises humanitaires.

Ce sont les femmes pauvres vivant dans des zones reculées qui ont le moins de chances de recevoir des soins médicaux appropriés. Cela est particulièrement vrai dans les régions où les travailleurs de santé qualifiés sont peu nombreux. Si le niveau de soins anténatals a augmenté dans de nombreuses régions du monde au cours de la dernière décennie, seules 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement. Autrement dit, des millions de naissances ont lieu sans l'assistance d'une sage-femme, d'un médecin ou d'une infirmière qualifiée [27].

Selon Thaddeus et Maine, il existe 3 types de retards pouvant aboutir à la mortalité maternelle :

- retard dans la prise de décision pour la recherche des soins :
plusieurs facteurs ont été identifiés comme favorisant la survenue du premier retard. Sont de ceux-là, les facteurs socioculturels dont le processus de prise de décision au niveau de la cellule familiale pour la recherche des soins [26-40], la faible connaissance des signes de danger par la femme [33], le faible niveau d'éducation des femmes et la pauvreté des populations [9-2]
- retard pour atteindre les services de santé :
les facteurs à la base du deuxième retard étaient la faible accessibilité géographique des formations sanitaires rapportée par plusieurs études. Cette faible accessibilité géographique est liée à une répartition inégale des formations sanitaires sur le territoire, à l'absence ou la vétusté des moyens d'évacuation, des problèmes de barrières géographiques et la qualité médiocre du réseau routier [26, 12, 9, 2, 38, 37].
- retard pour l'accès aux soins de qualité dans les services de santé :
la non-disponibilité, la qualité et le coût élevé des soins obstétricaux d'urgence étaient souvent à la base de ce troisième retard. Cette faible disponibilité est un problème de ressources humaines qualifiées, de matériels, d'équipements et de médicaments [12, 26, 34, 39].

Parmi les patientes reçues, 16% avaient mis 30 minutes pour se rendre à la maternité de Le Dantec. Le temps minimum était approximativement de 30 minutes et le temps maximum était de 2 heures.

La différence entre ces temps s'explique par la distance qui sépare la CGO des structures de provenance.

Le mauvais état des routes, les longues distances vers les établissements de santé, la faible disponibilité du transport pour les urgences ont exacerbé les inégalités existantes dans l'accès aux soins obstétricaux de qualité.

La non-gratuité des ambulances peut causer un retard pour l'évacuation. De plus, ces cas ne bénéficient d'aucune assistance médicale au cours de l'évacuation, que celle-ci soit avec une ambulance ou avec d'autres moyens personnels.

D'une manière générale, les motifs d'évacuation étaient en rapport avec les urgences obstétricales.

Les causes obstétricales (40,29%) étaient les principaux motifs d'évacuation, elles étaient essentiellement de type foeto-annexielles (44,20%).

L'indisponibilité d'un service de néonatalogie et le manque de place dans la structure évacuante représentaient respectivement 21,37% et 19,57%.

Durant notre étude, 59,90% des patientes avaient fréquenté au moins une structure sanitaire avant d'être référées à la CGO et 40% des patientes avaient visité entre 2 à 6 structures sanitaires avant d'être prises en charge.

Ce refus de prise en charge résulte le plus souvent soit d'une indisponibilité d'un bloc opératoire et de prestataires formés, soit d'une surabondance de la structure référente ou encore d'une incapacité financière de la patiente.

5.3. Violences obstétricales liées au genre

Le genre serait déterminé par l'oppression, et non par le sexe anatomique d'une personne. Ainsi, les corps et ses fonctions sont produits socialement en vue de répondre à cette partition hiérarchique. Parce que l'oppression est exercée sur les femmes par les hommes, le genre féminin est jugé comme faible, de sorte à légitimer ce rapport de force inégal. Cela construit l'idée selon laquelle le corps des femmes est inapte à enfanter seul, à tel point qu'un caractère naturel est donné à cette inaptitude et permet de justifier « l'appropriation du corps féminin reproducteur par le corps médical tout en désignant ce dernier comme le sauveur de la faible constitution féminine ». Il en résulte une attitude sexiste de la part du personnel de la santé en ce qui concerne la reproduction des femmes qui l'incite à prendre lui-même la décision quant aux soins plutôt que de laisser cette autonomie aux femmes [18].

Selon l'article L. 1111-2 al.1 du Code de la santé publique, « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus » [1].

Durant notre étude, presque la totalité des patientes 80,80% (n=484) avaient bénéficié d'un examen obstétrical sans avoir reçu d'informations. Toutefois, nous notons que 14 patientes (2,3%) n'avaient bénéficié d'aucun soin

Dans 94,8% des cas, nos patientes étaient arrivées dans la structure d'accueil avec un bon état général.

Seulement 2,00% avaient un assez bon état général et le mauvais état avait été noté chez 3,20%. Nos résultats étaient similaires à ceux de Thiam [36].

Ceci pourrait être en rapport avec le retard accusé à l'évacuation, à la durée du transport selon le moyen utilisé et au mauvais état des routes.

Dans notre série, nous avons pratiqué l'accouchement par voie basse chez 42,60% des femmes, ces patientes n'avaient pas le droit de se mouvoir durant leur travail et seule la position du décubitus dorsal était autorisée durant l'accouchement. La césarienne était effectuée chez 52,80%, ces dernières n'avaient pas été informées de l'indication et n'avaient pas vu leur nouveau-né les premières minutes suivants l'accouchement.

5.4. Pronostic maternel

La mortalité maternelle est un indicateur de la confluence et de la sommation des inégalités sociales qui intéressent la femme. Elle concourt à la transformation d'un événement naturel et heureux en un drame personnel en premier lieu, puis social par ses répercussions périnatales et familiales.

L'amélioration de l'état de santé de la femme en âge de procréation est tributaire du troisième Objectif du Développement Durable (ODD 3). La mortalité est très intimement corrélée à la pauvreté [25].

Durant notre étude, nous n'avons enregistré aucun décès maternel contrairement à l'étude menée par Thiam [36] qui avait enregistré 2,00% de décès maternels.

5.5. Prise en charge du nouveau-né

Dans notre série, 83,2% des nouveau-nés étaient vivants et bien portants.

Nous avons constaté 6,8% de MNF et 5,9% de MNM.

Les taux de mort-nés ont été variablement appréciés : 7,6% pour Sepou [32] et 27,7% pour Dossou [14]. Quant à Lompo [20], il avait rapporté un taux de mortalité périnatale de 420 pour 1000.

Il s'agit là du reflet d'une insuffisance notoire dans le suivi prénatal et de la surveillance du travail d'accouchement (non prise en compte des facteurs de risque notamment l'utilisation non optimale du partogramme).

Notre faible taux est dû à une prise en charge rapide grâce à la disponibilité des Kits d'urgence et de césarienne dans la structure.

Le score d'Apgar était de moins de 7 chez 83 nouveaux nés (20,4%) et de 7 ou plus chez 323 nouveaux nés (79,6%).

Ces résultats pointent le rôle de la distance et du temps de trajet dans l'accessibilité spatiale du lieu d'accouchement. Si la réduction d'offre de maternité ne pose pas de problème d'accessibilité en moyenne, l'augmentation de la distance et le temps d'accès à la maternité ont des effets négatifs sur la santé périnatale.

En milieu rural, dans des configurations territoriales très isolées, l'éloignement est ainsi susceptible de présenter un facteur spécifique de risque pour la mère et le bébé [28].

**CONCLUSION ET
RECOMMANDATIONS**

Le Sénégal est un pays soucieux d'équité dans l'accès territorial aux services de santé mais marqué par de fortes inégalités socio-territoriales. La notion d'accessibilité devient un enjeu central dans le dispositif entourant la politique de santé périnatale. Un accès aux soins adéquat et une prise en charge médicale rapide sont en effet impératifs lors de la situation mettant en danger la vie de la mère ou du fœtus et afin d'éviter un accouchement inopiné hors structure hospitalière.

Ainsi, nous avons mené une étude prospective descriptive et analytique portant sur les dossiers obstétricaux enregistrés à la maternité de la Clinique Gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide le Dantec allant du 01 Mars 2019 au 30 Décembre 2019, soit une période de 10 mois. L'objectif général était d'évaluer le degré de violence obstétricale dans une maternité de référence et les objectifs spécifiques étaient de décrire les caractéristiques épidémiologiques et sociodémographiques des patientes évacuées, d'étudier les conditions d'évacuation, de décrire les aspects diagnostiques et thérapeutiques et d'évaluer le pronostic maternel et/ou néonatal des patientes évacuées. L'étude portait sur 613 cas d'évacuation. Les données recueillies à partir des registres d'accouchement, des fiches d'évacuation, des comptes rendus opératoires, des dossiers médicaux étaient saisies dans le logiciel Excel et analysées à l'aide du logiciel EPI info versions 3.5.

Le profil épidémiologique de la femme évacuée était celui d'une femme âgée en moyenne de 27 ans, primipare (43,65%), mariée (90,50%).

L'évacuation était faite au moyen d'un Taxi dans 74,70% des cas.

La distance parcourue était de plus de 15km pour 52,50% des patientes et la durée du trajet dépassait les 2 heures chez 38,50% des patientes.

Plus de la moitié des patientes (59,90%) avaient visité une maternité avant d'être évacuée à la CGO.

Les motifs d'évacuations étaient dominés par les causes obstétricales (40,29%), elles étaient principalement de type foeto-annexielles dans 44,20%.

La prise en charge obstétricale était dominée par la césarienne 52,80% suivi par l'accouchement par voie basse dans 42,60% des cas.

La patiente était vivante bien portante dans 100% des cas. L'enfant était vivant bien portant dans 83,20% et les décès néonataux représentaient 12,70%.

A la lumière de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes :

1. Au ministère de la santé et de l'action sociale :

- doter les structures évacuantes d'ambulances médicalisées pour faciliter le transfert des urgences obstétricales ;
- renforcer la formation continue du personnel sanitaire en soins obstétricaux et néonataux d'urgences ;
 - améliorer l'état des structures sanitaires selon les normes architecturales ;
 - construire des centres de santé de références en périphérie
 - rendre disponible et fonctionnel les maternités SONU à Dakar ;
 - assurer une formation continue et régulière des agents sanitaires afin qu'ils se conforment aux normes nationales ;
 - organiser au mieux le système de référence et d'évacuation entre les différentes structures de la pyramide sanitaire ;
 - instaurer un système de rétro information pour les références ;
 - élaborer et introduire dans les formations sanitaires un référentiel de qualité sur la pratique de l'accouchement, sur l'utilisation du partogramme et des ocytociques au cours de l'accouchement.
 - demander aux ministères chargés des questions de santé et d'égalité de recueillir des données concernant les actes médicaux pratiqués lors des accouchements et les faits de violences gynécologiques et obstétricales, de mener des études sur ce sujet et de les rendre publiques.

2. Aux personnels de santé :

- veiller à ce que le principe du consentement éclairé soit dûment et effectivement appliqué, conformément aux normes relatives aux droits de la personne ;
- respecter l'autonomie et l'intégrité des femmes, ainsi que leur capacité de prendre des décisions informées concernant leur santé procréative ;
- prévenir et lutter contre les discriminations, quel qu'en soit le motif, dans l'accès aux soins de manière générale ;
- assurer une prise en charge respectueuse des droits humains et de la dignité humaine, lors de consultations médicales, de soins et de l'accouchement ;
- recenser et documenter la maltraitance ;
- sensibiliser et former les soignants ;
- promouvoir la communication patientes-soignants ;
- réparer, reconnaître et sanctionner les violences obstétricales ;

3. Aux populations :

- se rendre au service de santé le plus près dès l'apparition de signes de gravité quel que soit son niveau économique ;
- dénoncer la violence obstétricale quel que soit sa nature.

REFERENCES

1. **Accouchement : mes droits, mes choix.**
<http://www.cegorif.fr/congres/cegorif-2018/Journ%C3%A9e%20CEGORIF%202018/PDF/Tessiah-GADOU-2.pdf>. Consulté le 13/11/2021 à 22h15
2. **Andreatta, P., et al.**, Using cell phones to collect postpartum hemorrhage outcome data in rural Ghana. *Int J Gynaecol Obstet*, 2011. 113(2): p. 148–51.
3. **Andriamady R., Rakotoarimanana M., Ranjalahy R.** Mortalité maternelle à la maternité de Befelatanana. *Journal de gynécologie obstétrique et Biologique de la Reproduction* vol 29, N°5 – Septembre 2000
4. **Beck, Cheryl Tatano**, 2004 « Birth Trauma : In the Eye of the Beholder », *Nursing Research*, 53, 1 : 28-35.
5. **Bohoussou M K et al.** La Mortalité Maternelle à Abidjan en 1988. *Médecine d’Afrique Noire* : 1992 ; 39 (7) : p 480-484.
6. **Bowser, Diana, et Kathleen HILL**, 2010 *Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth : Report of a Landscape Analysis. USAID-TRAction Project*. Boston, Harvard School of Public Health.
7. **Brüggemann, Adrianus Jelmer, Barbro Wijma et Katarina Swahnberg**, 2012 « Abuse in Health Care : A Concept Analysis », *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26 : 123-132.
8. **Castrillo B.** Dime quién lo define y te diré si es violento. Reflexiones sobre la violencia obstétrica. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. 2016;(24):43.
9. **Centers for Disease Control and Prevention.** Epi Info 7.0. Available from: <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/7/index.htm>. Consulté le 28/10/2021 à 11h28.
10. **Chadwick RJ.** Obstetric violence in South Africa : guest editorial. *South African Medical Journal*. 2016;106(5):423–4.
11. **Cohen Shabot S.** Making Loud Bodies “Feminine”: A Feminist-Phenomenological Analysis of Obstetric Violence. *Human Studies*. 2016;39(2):231–47
12. **Countdown to 2015 Maternal Newborn & Child Survival, et al.** Monitoring maternal, newborn and child health: understanding key progress indicators. 2011.

13. **Diallo BS, Balde IS, Diallo MH, Conte I, Balde O, Maomou C et al.** Accouchement chez l'adolescente : aspects socio-démographiques et pronostique à la maternité de l'hôpital régional de Mamou (Guinée). *Annales de la SOGGO* 2014 ,9(23) :57-59..
14. **Dossou y.** contribution à l'étude des évacuations sanitaires d'ordre obstétrical. A propos de 569 cas recensés à la clinique universitaire de gynécologie et obstétrique de Cotonou. Thèse Doctorat Méd. Cotonou 1995.
15. **Freedman, Lynn P., et Margaret E. Kruk,** 2014 « Disrespect and Abuse of Women in Childbirth : Challenging the Global Quality and Accountability Agendas », *The Lancet*, 384 : e42-e44.
16. **Hodges, Susan,** 2009 « Abuse in Hospital-based Birth Settings? », *The Journal of Perinatal Education*, 18, 4 : 8-11.
17. **Keita N, Hizazy y, Diallo MS** : Etude de la mortalité maternelle au CHU de DONKA (Conakry, Guinée). *J. gynécol.obstét. Biol.Reprod.* 1989,18, 849-855.
18. **Labreque, Mariane** (2018). Expériences négatives d'accouchements décrites par des femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales, Université de Montréal : mémoire de maîtrise en service social, p.78.
19. **Levesque, S., Bergeron M., Fontaine, L. et Rousseau C.** (2016). Détresse, souffrance ou violence obstétricale lors de l'accouchement : perspectives des intervenantes communautaires membres du Regroupement Naissance-Renaissance, Département de sexologie et Service aux collectivités, Université du Québec à Montréal., https://www.researchgate.net/publication/311846908_Detresse_souffrance_ou_violence_obstetrique_lors_de_l'accouchement_perspectives_des_intervenantes_communautaires_membres_du_Regroupement_Naissance-Renaissance. Consulté le 26/04/2021
20. **Lompo K., Hutin J.F, Traoré G., Tall F., Guiard J.B., Yameogo G., Fabre B.** –Teste. Morbidité et Mortalité liées aux évacuations sanitaires d'obstétrique à l'hôpital de BoboDioulasso, Burkina Faso. *Ann. Soc. belge Med. Trop.* 1993, 73,153-163.
21. **Majety C, Bejugam S.** Challenges and barriers faced by women in accessing justice against obstetric violence. *International Journal of Reproduction.* 2016;5(9):2899–903.

22. **Miller, S, et Lalonde, A.** (2015). The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother- baby friendly birthing facilities initiative. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 131, no S1
23. **OMS.** Mortalité maternelle en Afrique de l'ouest. Résultat d'une enquête à Abidjan, Bamako, Niamey, Nouakchott, Ouagadougou, Saint-Louis et Kaolack. Bureau Afrique Division Santé de la Famille. novembre 1997.
24. **OMS,** 15 février 2018 "Pour que l'accouchement soit une expérience positive, il est essentiel d'apporter des soins individualisés », communiqué de presse
25. **Ouchtati M.** Omd5 et mortalité maternelle : confluence et sommation croisées de toutes les inégalités – Consulté le 29 Aout 2021. Www.Santemagrheb.com.
26. **Pan American Health Organization and Centers for Disease Control and Prevention.** Guidelines for Maternal Mortality Epidemiologic Surveillance 1998.
27. **Patton GC, Coffey C, Sawyer SM, Viner RM, Haller DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD.** Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*, 2009, 374:881–892.
28. **Pilkington H et Zeitlinb J.** Distance, accessibilité et inégalités de santé périnatale. Université Paris 8 Vincennes-Saint-Denis, UMR7533 Ladyss, Département de Géographie, 2 rue de la Liberté, F-93496 Saint-Denis, France.
29. **Pozzio MR.** La a gineco-obstetricia en México: entre el "parto humanizado" y la violencia obstetrica. *Estudios Feministas*. 2016;24(1):101–17
30. **Samaké A et AL.** Les évacuations sanitaires obstétricales dans un hôpital de deuxième niveau de Bamako, *Health Sci. Dis: Vol 21 (9) September 2020* pp 96-99
31. **Schroll, Anne-Mette, Hanne Kjaergaard et Julie Migtgaard,** 2013 « Encountering Abuse in Health Care; Lifetime Experiences in Postnatal Women – A Qualitative Study », *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13, 74 : 111.

32. **Sepou A., yanza M.C., Nguembi E., Dotte G.R., Nali M.N.** Analyse des évacuations sanitaires en gynécologie obstétrique à Bangui, Centrafrique ; cahiers d'études et de recherches francophones / Santé. Volume 10, Numéro 6, 399-405, Novembre – Décembre 2000, Etudes originaires.
33. **Sombie I, et al.**, Missing maternal deaths: lessons from Souro sanou University Hospital, Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Tropical Doctor*, 2007. 37.(2): p. 96–8.
34. **Thaddeus S and M. D.**, Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 1994. 38(8): p. 1091–1110.
35. **Thiam O., Cissé M.L., Mbaye M. , Niang M.M., Gueye M. , Diouf A.A., Dièye S., Moreau J.C.** LA problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise. *Revue CAMES SANTE* Vol.1, N° 2, Décembre 2013.
36. **Thiam O, Cisse M L, Mbaye M, Niang M M, Gueye M, Diouf A A et al.** La problématique des parturientes évacuées en zone rurale sénégalaise : exemple du centre hospitalier de Ndioum. *Rev. CAMES SANTE* Vol.1, N° 2, Décembre 2013: 51-56.
37. **WHO.** Evaluating the quality of care for severe pregnancy complications: The WHO near-miss approach for maternal health 2011.
38. **WHO.** Safer Pregnancy in Tamil Nadu: From Vision to Reality. 2009.
39. **WHO.** The World Health Report 2005 Make every mother and child count, World Health Organization, Editor 2005: Geneva, Switzerland. p. 219.
40. **WHO.** The potential of using hospital records and their link to civil registration: Ghana's experience Country Experiences in Civil Registration Systems Development, Geneva March 18–19, 2009–2009

ANNEXE

Annexe 1 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PRESTATAIRES

Bonjour ou bonsoir Madame ou Monsieur, Je m'appelle.....

Comment vous vous appelez ?

Vous avez certainement été informé par le chef de service de l'étude qui se mène en ce moment dans votre service sur l'accouchement normal.

Je fais partie des enquêteurs/trices de l'étude et je suis là aujourd'hui pour observer les accouchements que vous allez faire.

Je ne vous poserai aucune question, je vais simplement observer les soins et les conseils que vous allez donner à la parturiente.

Vous êtes libre de participer ou non à l'étude et un refus de votre part n'aura aucune conséquence sur votre carrière.

A accepté

A refusé

Date

Annexe 2 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DES PARTURIENTES

Bonjour ou bonsoir Madame,

Je m'appelle.....

Comment vous vous appelez ?

Nous sommes en train de conduire une enquête sur la qualité de l'accouchement dans cette maternité.

Le but est d'aider les agents de santé à dispenser de meilleurs soins aux femmes qui viennent accoucher ici.

Si vous acceptez de participer à l'étude, je vais vous poser quelques questions et ensuite je vais regarder comment l'agent de santé qui s'occupe de vous travaille.

Après votre accouchement je vous poserai également quelques questions avant votre sortie de la maternité pour savoir ce que vous pensez des soins que vous avez reçu pendant l'accouchement. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à l'enquête.

Même si vous refusez cela ne va rien changer aux soins que vous allez recevoir. Accepter vous de participer à l'enquête ?

A accepté

A refusé

Date :

Témoin

Annexe 3 : FICHE D'ENQUETE

SECTION 1 : INFORMATIONS SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom :

Prénom :

Age :

Adresse :

Situation matrimoniale :

mariée

divorcée

veuve

célibataire

SECTION 2 : ANTECEDENDTS ET SOINS PRENATALS

Gestité :

Parité :

Nombre d'enfants vivants :

Nombre de consultations prénatale :

SECTION 3 : TRANSPORT DE LA PARTURIENTE

Motifs d'évacuation

Causes obstétricales

Faute de place

MPEC

Bloc non fonctionnel

Bloc occupé

PEC de son accouchement

Moyen de transport

Taxi

Ambulance

Véhicule particulier

Bus

Evacuation :

Bulletin de référence

Note dans le carnet

Sans bulletin

Distance parcourue

0-5km 5 -10km 10-15km Plus de 15km

Durée du trajet

Moins de 30 min 30 min-1h 1h-2h Plus de 2h

Nombre de structures fréquentées

1 2 3 4 5 6

SECTION 4 : Soins et prise en charge

Consentement OUI NON

Soins prodigués sur place

Informée

OUI

NON

Aucun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen obstétrical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospitalisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geste obstétrical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditionnement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Prise en charge obstétricale,
chirurgicale ou médicale**

Informée

OUI

NON

Césarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AVB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AMIU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tocolyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laparotomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 5 : MORBIDITE MATERNELLE ET NEONATALE

Complications		
Complications maternelles		
Hémorragie du post- partum		
Lâchage d'épisiotomie		
Endométrite		
Complications néonatales		
Nouveau-né réanimé		
Infection néonatale		
Nouveau-né transféré en néonatalogie		
Décès néonatal		

SECTION 6 : INTERVIEW DU POST PARTIUM

Comment jugez-vous les soins que vous avez reçu pendant votre séjour dans cette maternité ?

Excellents acceptables mauvais

Comment jugez-vous l'accueil du personnel ?

Excellents acceptables mauvais

Comment jugez-vous la propreté de la salle d'accouchements ?

Excellents acceptables mauvais

Est-ce que l'agent de santé vous a donné des explications sur votre état et sur les soins qu'il/elle vous prodiguait ?

Oui Non Ne se rappelle pas

Est-ce que pendant l'accouchement on vous a autorisé à changer de position ou à marcher pour mieux supporter les douleurs de l'accouchement ?

Oui Non Ne se rappelle pas

Est-ce que l'on a autorisé un membre de votre famille à être avec vous tout le temps ou à venir vous voir de temps à temps ?

Oui Non Ne se rappelle pas

Pendant l'accouchement vous a-t-on autorisé à boire et à manger ?

Oui Non Ne se rappelle pas

Qu'est-ce que vous avez le plus apprécié dans les soins ?

Qu'est-ce que vous avez le moins apprécié ?

Que suggérez-vous pour améliorer les soins dans cette maternité ?

Reviendrez-vous accoucher dans cette maternité ou conseillerez-vous à une parente ou à une amie de venir accoucher ici ?

Certainement Peut être Pas du tout

**VIOLENCES OBSTETRIQUES AU SENEGAL : A PROPOS DE 613 CAS COLLIGES A LA
MATERNITE DU CHU ARISTIDE LE DANTEC (DAKAR, SENEGAL)**

RESUME

La violence obstétricale se définit comme « Tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente ».

Objectif : Evaluer la violence obstétricale dans une maternité de référence

Matériels et méthodes : étude prospective descriptive et analytique portant sur les dossiers obstétricaux enregistrés à la maternité de la Clinique Gynécologique et obstétricale de l'hôpital Aristide le Dantec allant du 01 Mars 2019 au 30 Décembre 2019, soit une période de 10 mois

Résultats Le profil épidémiologique de la femme évacuée était celui d'une femme âgée en moyenne de 27 ans, primipares (43,65%), mariée (90,50%).

Violences obstétricales institutionnelles :

L'évacuation était faite au moyen d'un Taxi dans 74,70% des cas.

La distance parcourue était de plus de 15km pour 52,50% des patientes et la durée du trajet dépassait les 2 heures chez 38,50% des patientes.

Plus de la moitié des patientes (59,90%) avaient visité une maternité avant d'être évacuée à la CGO.

Les motifs d'évacuations étaient dominés par les causes obstétricales (40,29%), elles étaient principalement de type foeto-annexielles dans 44,20%.

Violences obstétricales liées au genre ;

La prise en charge obstétricale était dominée par la césarienne 52,80%, suivi par l'accouchement par voie basse dans 42,60% des cas. La patiente était vivante bien portante dans 100% des cas. L'enfant était vivant bien portant dans 83,20% et les décès néonataux représentaient 12,70%.

Conclusion : au décours de cette étude, nous pouvons affirmer que les violences obstétricales sont une réalité au Sénégal. Le pronostic maternel et néonatal était lié aux caractéristiques sociodémographiques, aux conditions d'évacuation, à l'état général à l'entrée et aux aspects diagnostiques et thérapeutiques.

Mots-clés : Violences obstétricales Violences institutionnelles

Violences liées au genre

