

**REPUBLIQUE DUCAMEROUN**

*Paix – Travail – Patrie*

\*\*\*\*\*

**MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE  
YAOUNDE I**

\*\*\*\*\*

**FACULTÉ DE MEDECINE ET DES  
SCIENCES BIOMÉDICALES**



**REPUBLIC OF CAMEROON**

*Peace – Work – Fatherland*

\*\*\*\*\*

**MINISTRY OF HIGHER  
EDUCATION**

\*\*\*\*\*

**THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I**

\*\*\*\*\*

**FACULTY OF MEDICINE  
AND  
BIOMEDICAL SCIENCES**

**Département de Gynécologie-Obstétrique**

# **Violences obstétricales lors de l'accouchement dans trois hôpitaux de Yaoundé**

Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en  
Gynécologie-Obstétrique par :

**NEKOU KENGNI DAVID BLANC**

Interne en 4<sup>ème</sup> année gynécologie-obstétrique

**Matricule n° : 19S1263**

**Directeur**

**Pr DOHBIT Julius SAMA**

*Maitre de conférences de  
Gynécologie- Obstétrique*

**Co-directeur(s)**

**Dr. METOGO NTSAMA Junie**

*Maitre-assistant de  
Gynécologie- Obstétrique*

**Dr. MENGUENE Laure**

*Assistante en Psychiatrie*

*Année académique 2023-2024*



**REPUBLIQUE DU CAMEROUN**  
*Paix – Travail – Patrie*

\*\*\*\*\*

**MINISTÈRE DE  
L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

\*\*\*\*\*

**UNIVERSITÉ DE YAOUNDE  
I**

\*\*\*\*\*

**FACULTÉ DE MEDECINE ET DES  
SCIENCES BIOMÉDICALES**



**REPUBLIC OF CAMEROON**  
*Peace – Work – Fatherland*

\*\*\*\*\*

**MINISTRY OF HIGHER  
EDUCATION**

\*\*\*\*\*

**THE UNIVERSITY OF  
YAOUNDE I**

\*\*\*\*\*

**FACULTY OF MEDICINE  
AND  
BIOMEDICAL SCIENCES**

**Département de Gynécologie-Obstétrique**

## **Violences obstétricales lors de l'accouchement dans trois hôpitaux de Yaoundé**

Mémoire rédigé et soutenu en vue de l'obtention du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) en  
Gynécologie-Obstétrique par :

**NEKOU KENGNI DAVID BLANC**

Interne en 4<sup>ème</sup> année gynécologie-obstétrique

**Matricule n° : 19S1263**

**Date de soutenance : 24 Septembre 2024**

**Jury :**

**Equipe d'encadrement**

Directeur

Président du jury

**Pr DOHBIT Julius SAMA**

**Pr ESSIBEN Felix**

Co-directeur(s)

Rapporteur

**Dr. METOGO NTSAMA Junie**

**Pr DOHBIT Julius SAMA**

Membres

**Dr. MENGUENE Laure**

**Dr. MBOUA BATIOM**



# TABLE DES MATIÈRES

<b>TABLE DE MATIERES.....</b>	<b>i</b>
<b>DÉDICACE .....</b>	<b>iii</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>iv</b>
<b>LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB .....</b>	<b>vi</b>
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE.....</b>	<b>xxi</b>
<b>RESUME .....</b>	<b>xxii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>xxiv</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX .....</b>	<b>xxvi</b>
<b>LISTE DES FIGURES .....</b>	<b>xxvii</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES, ACRONYMES ET SYMBOLES .....</b>	<b>xxviii</b>
<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>Chapitre I : CADRE DE LA RECHERCHE .....</b>	<b>4</b>
I.1. Justification et intérêt .....	5
I.2. Question de recherche .....	5
I.3. Objectifs .....	6
I.4. Définition des termes opérationnels .....	6
<b>Chapitre II : REVUE DE LA LITTERATURE .....</b>	<b>8</b>
II.1. Rappels des connaissances .....	9
II.2 État des connaissances sur la question de recherche.....	34
<b>Chapitre III : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>36</b>
III.1. Type d'étude .....	37
III.2. Lieu d'étude .....	37

---

III.3. Période et durée de l'étude.....	40
III.4. Population d'étude .....	40
III.5. Ressources utilisées .....	42
III.6. Procédure .....	42
III.7. Variables à analyser .....	44
III.8. Considérations éthiques .....	44
III.9. Financement.....	44
III.10. Dissémination des résultats.....	44
<b>Chapitre IV : RESULTATS .....</b>	<b>46</b>
<b>Chapitre V : DISCUSSION .....</b>	<b>53</b>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>60</b>
<b>RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>62</b>
<b>REFERENCES .....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>70</b>

## **DÉDICACE**

À mon épouse le Dr MBEUTEU TAKOU

Epse NEKOU Arlette, merci pour ton  
amour, ton soutien, tes sacrifices et tes  
encouragements permanent

&

A mes fils Jared et Jayson NEKOU, source  
de motivation

## REMERCIEMENTS

Nous remercions tous ceux qui, d'une manière ou d'une autre a participé à la réalisation de ce travail. Ma gratitude s'adresse particulièrement au :

- ❖ **Dieu Père Eternel Tout Puissant**, de nous avoir donné la grâce d'être orienté vers ce beau métier et de parvenir au terme de ces longues années d'étude ;
- ❖ **Professeur NGO UM Esther épse MEKA**, pour les efforts fournis dans le souci de parfaire la formation médicale dans notre Faculté ; à **tout le personnel administratif de la faculté** et à tout **le personnel enseignant** de la Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, pour le savoir et la pratique médicale que vous nous avez transmis tout au long de notre formation ;
- ❖ **Professeur DOHBIT Julius SAMA** qui a accepté de diriger ce travail avec tant de dévouement, merci pour votre disponibilité cher Maître et pour les valeurs académiques et sociales enseignées ;
- ❖ **Docteur METOGO NTSAMA Junie** pour avoir encadré ce travail dans un esprit strict et rigoureux ;
- ❖ **Docteur MENDOUA Florence** pour avoir codirigé ce travail, apporté son expertise ;
- ❖ **Docteur MENGUENE Laure** pour son apport tout au long de ce travail ;
- ❖ Aux **membres du jury** pour avoir accepté de contribuer à l'amélioration de ce travail dans un esprit scientifique stricte, merci chers Maîtres ;
- ❖ Aux enseignants du département de gynécologie –obstétrique :Pr KASIA Jean Marie , Pr MBU ENOW Robinson, Pr MBOUDOU Emile, Pr TEBEU Pierre Marie, Pr NKWABONG Elie , Pr FOUEDJIO Hortense épse FOUELIFACK , Pr DOHBIT SAMA Julius, Pr NOA NDOUA Claude Cyrille , Pr NGO UM Esther épse MEKA, Pr ESSIBEN Felix , Pr BELINGA Etienne, Dr METOGO Junie , Dr BATOUM Véronique , Dr EBONG Clifford, Dr MENDOUA Michèle, Dr NSAHLAI Christiane, pour toute les notions prodiguées au cours de notre cursus de spécialisation
- ❖ À **tout le personnel du service de gynécologie-obstétrique et spécialités** de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, l'hôpital central de Yaoundé et l'hôpital Bethesda pour l'accompagnement lors de notre travail
- ❖ À **mes parents** qui m'ont toujours soutenu durant toutes mes études, c'est grâce à vous que je suis arrivé à ce niveau ;



- ❖ À mes frères et sœurs qui m'ont accompagné tout au long de ma formation ;
- ❖ Aux docteurs MEUKEM Loïc, KAYAWA, NGONO Vanina, TSCHOUFACK, AYISSI, FOUEDJIO, NYEBE, TOUKAM, MBIA pour le soutien infaillible ;
- ❖ À mes amis ETAME EKOBE, KEMEGNE Paul ;
- ❖ À mes collègues du B-lynch : SULE, MOL, AKONO, OBASE, NSEFOUM, MUKWELLE, EBAI, ELLA merci d'avoir rendu ses années agréables ;
- ❖ À mes tous mes camarades et collègues de la promotion du cycle de spécialisation.

## **LISTE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF ET ENSEIGNANT DE LA FMSB**

### **1. PERSONNEL ADMINISTRATIF**

- Doyen : NGO UM Esther épouse MEKA ;
- Vice- Doyen chargé de la programmation et du suivi des activités académiques : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine Mireille ;
- Vice- Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération : Pr ZEH Odile Fernande ;
- Vice-Doyen chargé de la Scolarité, des Statistiques et du Suivi des Etudiants : Pr NGANOOU Chris Nadège épouse GNINDJIO ;
- Chef de la Division des Affaires Académiques, de la Scolarité et de la Recherche : Dr VOUNDI VOUNDI Esther ;
- Chef de la Division Administrative et Financière : Mme ESSONO EFFA Muriel Glawdis ;
- Coordonnateur Général du Cycle de Spécialisation : Pr NJAMNSHI Alfred KONGNYU ;
- Chef de Service Financier : Mme NGAMLI NGOU Mireille Albertine épouse WAH
- Chef de Service Adjoint Financier : Mme MANDA BANA Marie Madeleine épouse ENGUENE
- Chef de Service de l'Administration Générale et du Personnel : Pr SAMBA Odette NGANO ép. TCHOUAWOU ;
- Chef de Service des Diplômes : Mme ASSAKO Anne DOOBA ;
- Chef de Service Adjoint des Diplômes : Dr NGONO AKAM MARGA Vanina ;
- Chef de Service de la Scolarité et des Statistiques : Mme BIENZA Aline ;
- Chef de Service Adjoint de la Scolarité et des Statistiques : Mme FAGNI MBOUOMBO AMINA épouse ONANA ;
- Chef de Service du Matériel et de la Maintenance : Mme HAWA OUMAROU ;
- Chef de Service Adjoint du Matériel et de la Maintenance : Dr MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO ;

- Bibliothécaire en Chef par intérim : Mme FROUISSOU née MAME Marie-Claire ;
- Comptable Matières : M. MOUMEMIE NJOUNDIYIMOUN MAZOU.

## **2. COORDONNATEURS DES CYCLES ET RESPONSABLES DES FILIÈRES**

- Coordonnateur Filière Médecine Bucco-dentaire : Pr BENGONDO MESSANGA Charles ;
- Coordonnateur de la Filière Pharmacie : Pr NTSAMA ESSOMBA Claudine ;
- Coordonnateur Filière Internat : Pr ONGOLO ZOGO Pierre ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anatomie Pathologique : Pr SANDO Zacharie ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Anesthésie Réanimation : Pr ZE MINKANDE Jacqueline ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Chirurgie Générale : Pr NGO NONGA Bernadette ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Gynécologie et Obstétrique : Pr DOHBIT Julius SAMA ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Médecine Interne : Pr NGANDEU Madeleine ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Pédiatrie : Pr MAH Evelyn MUNGYEH ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Biologie Clinique : Pr KAMGA FOUAMNO Henri Lucien ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Radiologie et Imagerie Médicale : Pr ONGOLO ZOGO Pierre ;
- Coordonnateur du Cycle de Spécialisation en Santé Publique : Pr TAKOUGANG Innocent ;
- Coordonnateur de la formation Continue : Pr KASIA Jean Marie ;
- Point focal projet : Pr NGOUPAYO Joseph ;
- Responsable Pédagogique CESSI : Pr ANKOUANE ANDOULO Firmin.

## **3. DIRECTEURS HONORAIRES DU CUSS**

- Pr MONEKOSSO Gottlieb (1969-1978)
- Pr EBEN MOUSSI Emmanuel (1978-1983)
- Pr NGU LIFANJI Jacob (1983-1985)

- 
- Pr CARTERET Pierre (1985-1993)

#### **4. DOYENS HONORAIRES DE LA FMSB**

- Pr SOSSO Maurice Aurélien (1993-1999)
- Pr NDUMBE Peter (1999-2006)
- Pr TETANYE EKOE Bonaventure (2006-2012)
- Pr EBANA MVOGO Côme (2012-2015)
- Pr ZE MINKANDE Jacqueline (2015-2024)

#### **5. PERSONNEL ENSEIGNANT**

N°	NOMS ET PRENOMS	GRADE	DISCIPLINE
<b>DEPARTEMENT DE CHIRURGIE ET SPECIALITES</b>			
1	SOSSO Maurice Aurélien (CD)	P	Chirurgie Générale
2	DJIENTCHEU Vincent de Paul	P	Neurochirurgie
3	ESSOMBA Arthur (CD par Intérim)	P	Chirurgie Générale
4	HANDY EONE Daniel	P	Chirurgie Orthopédique
5	MOUAFO TAMBO Faustin	P	Chirurgie Pédiatrique
6	NGO NONGA Bernadette	P	Chirurgie Générale
7	NGOWE NGOWE Marcellin	P	Chirurgie Générale
8	OWONO ETOUNDI Paul	P	Anesthésie-Réanimation
9	ZE MINKANDE Jacqueline	P	Anesthésie-Réanimation
10	BAHEBECK Jean	MCA	Chirurgie Orthopédique
11	BANG GUY Aristide	MCA	Chirurgie Générale
12	BENGONO BENGONO Roddy Stéphan	MCA	Anesthésie-Réanimation
13	FARIKOU Ibrahima	MCA	Chirurgie Orthopédique
14	JEMEA Bonaventure	MCA	Anesthésie-Réanimation
15	BEYIHA Gérard	MC	Anesthésie-Réanimation
16	EYENGA Victor Claude	MC	Chirurgie/Neurochirurgie
17	GUIFO Marc Leroy	MC	Chirurgie Générale
18	NGO YAMBEN Marie Ange	MC	Chirurgie Orthopédique
19	TSIAGADIGI Jean Gustave	MC	Chirurgie Orthopédique
20	BELLO FIGUIM	MA	Neurochirurgie

21	BIWOLE BIWOLE Daniel Claude Patrick	MA	Chirurgie Générale
22	FONKOUÉ Loïc	MA	Chirurgie Orthopédique
23	KONA NGONDO François Stéphane	MA	Anesthésie-Réanimation
24	MBOUCHE Landry Oriole	MA	Urologie
25	MEKEME MEKEME Junior Barthelemy	MA	Urologie
26	MULUEM Olivier Kennedy	MA	Orthopédie-Traumatologie
27	SAVOM Eric Patrick	MA	Chirurgie Générale
28	AHANDA ASSIGA	CC	Chirurgie Générale
29	AMENGLE Albert Ludovic	CC	Anesthésie-Réanimation
30	BIKONO ATANGANA Ernestine Renée	CC	Neurochirurgie
31	BWELE Georges	CC	Chirurgie Générale
32	EPOUPA NGALLE Frantz Guy	CC	Urologie
33	FOUDA Jean Cédric	CC	Urologie
34	IROUME Cristella Raïssa BIFOUNA épouse NTYO'O NKOUMOU	CC	Anesthésie-Réanimation
35	MOHAMADOU GUEMSE Emmanuel	CC	Chirurgie Orthopédique
36	NDIKONTAR KWINJI Raymond	CC	Anesthésie-Réanimation
37	NWAHA MAKON Axel Stéphane	CC	Urologie
38	NYANIT BOB Dorcas	CC	Chirurgie Pédiatrique
39	OUMAROU HAMAN NASSOUROU	CC	Neurochirurgie
40	ARROYE BETOU Fabrice Stéphane	AS	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
41	ELA BELLA Amos Jean-Marie	AS	Chirurgie Thoracique
42	FOLA KOPONG Olivier	AS	Chirurgie
43	FOSSI KAMGA GACELLE	AS	Chirurgie Pédiatrique
44	GOUAG	AS	Anesthésie Réanimation
45	MBELE Richard II	AS	Chirurgie Thoracique
46	MFOUAPON EWANE Hervé Blaise	AS	Neurochirurgie
47	NGOUATNA DJEUMAKOU Serge Rawlings	AS	Anesthésie-Réanimation
48	NYANKOUÉ MEBOUINZ Ferdinand	AS	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
<b>DÉPARTEMENT DE MÉDECINE INTERNE ET SPÉCIALITÉS</b>			
49	SINGWE Madeleine épse NGANDEU (CD)	P	Médecine

			Interne/Rhumatologie
50	ANKOUANE ANDOULO	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entérologie
51	ASHUNTANTANG Gloria Enow	P	Médecine Interne/Néphrologie
52	BISSEK Anne Cécile	P	Médecine Interne/Dermatologie
53	KAZE FOLEFACK François	P	Médecine Interne/Néphrologie
54	KUATE TEGUEU Calixte	P	Médecine Interne/Neurologie
55	KOUOTOU Emmanuel Armand	P	Médecine Interne/Dermatologie
56	MBANYA Jean Claude	P	Médecine Interne/Endocrinologie
57	NDJITTOYAP NDAM Elie Claude	P	Médecine Interne/ Hépatogastro-Entérologie
58	NDOM Paul	P	Médecine Interne/Oncologie
59	NJAMNSHI Alfred KONGNYU	P	Médecine Interne/Neurologie
60	NJOYA OUDOU	P	Médecine Interne/Gastro-Entérologie
61	SOBNGWI Eugène	P	Médecine Interne/Endocrinologie
62	PEFURA YONE Eric Walter	P	Médecine Interne/Pneumologie
63	BOOMBHI Jérôme	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
64	FOUDA MENYE Hermine Danielle	MCA	Médecine Interne/Néphrologie
65	HAMADOU BA	MCA	Médecine Interne/Cardiologie

66	MENANGA Alain Patrick	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
67	NGANOU Chris Nadège	MCA	Médecine Interne/Cardiologie
68	KOWO Mathurin Pierre	MC	Médecine Interne/ Hépato- Gastro-Entérologie
69	KUATE née MFEUKEU KWA Liliane Claudine	MC	Médecine Interne/Cardiologie
70	NDONGO AMOUGOU Sylvie	MC	Médecine Interne/Cardiologie
71	DEHAYEM YEFOU Mesmin	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
72	ESSON MAPOKO Berthe Sabine épouse PAAMBOG	MA	Médecine Interne/Oncologie Médicale
73	ETOA NDZIE épouse ETOGA Martine Claude	MA	Médecine Interne/Endocrinologie
74	MAÏMOUNA MAHAMAT	MA	Médecine Interne/Néphrologie
75	MASSONGO MASSONGO	MA	Médecine Interne/Pneumologie
76	MBONDA CHIMI Paul-Cédric	MA	Médecine Interne/Neurologie
77	NDJITTOYAP NDAM Antonin Wilson	MA	Médecine Interne/Gastroentérologie
78	NDOBO épouse KOE Juliette Valérie Danielle	MA	Médecine Interne/Cardiologie
79	NGAH KOMO Elisabeth	MA	Médecine Interne/Pneumologie
80	NGARKA Léonard	MA	Médecine Interne/Neurologie
81	NKORO OMBEDE Grâce Anita	MA	Médecine Interne/Dermatologue

82	OWONO NGABEDE Amalia Ariane	MA	Médecine Interne/Cardiologie Interventionnelle
83	NTSAMA ESSOMBA Marie Josiane épouse EBODE	MA	Médecine Interne/Gériatrie
84	ATENGUENA OBALEMBA Etienne	CC	Médecine Interne/Cancérologie Médicale
85	FOJO TALONGONG Baudelaire	CC	Médecine Interne/Rhumatologie
86	KAMGA OLEN Jean Pierre Olivier	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
87	MENDANE MEKOBÉ Francine épouse EKOBEA	CC	Médecine Interne/Endocrinologie
88	MINTOM MEDJO Pierre Didier	CC	Médecine Interne/Cardiologie
89	NTONE ENYIME Félicien	CC	Médecine Interne/Psychiatrie
90	NZANA Victorine Bandolo épouse FORKWA MBAH	CC	Médecine Interne/Néphrologie
91	ANABA MELINGUI Victor Yves	AS	Médecine Interne/Rhumatologie
92	EBENE MANON Guillaume	AS	Médecine Interne/Cardiologie
93	ELIMBY NGANDE Lionel Patrick Joël	AS	Médecine Interne/Néphrologie
94	KUABAN Alain	AS	Médecine Interne/Pneumologie
95	NKECK Jan René	AS	Médecine Interne
96	NSOUNFON ABDOU WOUOLIYOU	AS	Médecine Interne/Pneumologie
97	NTYO'O NKOUMOU Arnaud Laurel	AS	Médecine Interne/Pneumologie



98	TCHOUANKEU KOUNGA Fabiola	AS	Médecine Interne/Psychiatrie
<b>DÉPARTEMENT D'IMAGERIE MÉDICALE ET RADIOLOGIE</b>			
99	ZEH Odile Fernande (CD)	P	Radiologie/Imagerie Médicale
100	GUEGANG GOUJOU. Emilienne	P	Imagerie Médicale/Neuroradiologie
101	MOIFO Boniface	P	Radiologie/Imagerie Médicale
102	ONGOLO ZOGO Pierre	MCA	Radiologie/Imagerie Médicale
103	SAMBA Odette NGANO	MC	Biophysique/Physique Médicale
104	MBEDE Maggy épouse ENDEGUE MANGA	MA	Radiologie/Imagerie Médicale
105	MEKA'H MAPENYA Ruth-Rosine	MA	Radiothérapie
106	NWATSOCK Joseph Francis	CC	Radiologie/Imagerie Médicale Médecine Nucléaire
107	SEME ENGOUMOU Ambroise Merci	CC	Radiologie/Imagerie Médicale
108	ABO'O MELOM Adèle Tatiana	AS	Radiologie et Imagerie Médicale
<b>DÉPARTEMENT DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE</b>			
109	NGO UM Esther Juliette épouse MEKA (CD)	MCA	Gynécologie Obstétrique
110	FOUMANE Pascal	P	Gynécologie Obstétrique
111	KASIA Jean Marie	P	Gynécologie Obstétrique
112	KEMFANG NGOWA Jean Dupont	P	Gynécologie Obstétrique
113	MBOUDOU Émile	P	Gynécologie Obstétrique
114	MBU ENOW Robinson	P	Gynécologie Obstétrique
115	NKWABONG Elie	P	Gynécologie Obstétrique
116	TEBEU Pierre Marie	P	Gynécologie Obstétrique
117	BELINGA Etienne	MCA	Gynécologie Obstétrique

118	ESSIBEN Félix	MCA	Gynécologie Obstétrique
119	FOUEDJIO Jeanne Hortence	MCA	Gynécologie Obstétrique
120	NOA NDOUA Claude Cyrille	MCA	Gynécologie Obstétrique
121	DOHBIT Julius SAMA	MC	Gynécologie Obstétrique
122	MVE KOH Valère Salomon	MC	Gynécologie Obstétrique
123	METOGO NTSAMA Junie Annick	MA	Gynécologie Obstétrique
124	MBOUA BATOUM Véronique Sophie	MA	Gynécologie Obstétrique
125	MENDOUA Michèle Florence épouse NKODO	MA	Gynécologie Obstétrique
126	NSAHLAI Christiane JIVIR FOMU	MA	Gynécologie Obstétrique
127	NYADA Serge Robert	MA	Gynécologie Obstétrique
128	TOMPEEN Isidore	MA	Gynécologie Obstétrique
129	EBONG Clifford EBONTANE	MA	Gynécologie Obstétrique
130	MPONO EMENGUELE Pascale épouse NDONGO	AS	Gynécologie Obstétrique
131	NGONO AKAM Marga Vanina	AS	Gynécologie Obstétrique
<b>DÉPARTEMENT D'OPHTALMOLOGIE, D'ORL ET DE STOMATOLOGIE</b>			
132	DJOMOU François (CD)	P	ORL
133	EBANA MVOGO Côme	P	Ophtalmologie
134	ÉPÉE Émilienne épouse ONGUENE	P	Ophtalmologie
135	KAGMENI Gilles	P	Ophtalmologie
136	NDJOLO Alexis	P	ORL
137	NJOCK Richard	P	ORL
138	OMGBWA EBALE André	P	Ophtalmologie
139	BILLONG Yannick	MCA	Ophtalmologie
140	DOHVOMA Andin Viola	MCA	Ophtalmologie
141	EBANA MVOGO Stève Robert	MCA	Ophtalmologie
142	KOKI Godefroy	MCA	Ophtalmologie
143	MINDJA EKO David	MC	ORL/Chirurgie Maxillo-Faciale
144	NGABA Olive	MC	ORL
145	ANDJOCK NKOUE Yves Christian	MA	ORL
146	MEVA'A BIOUELE Roger Christian	MA	ORL-CCF

147	MOSSUS Yannick	MA	ORL-CCF
148	MVILONGO TSIMI épouse BENGONO Caroline	MA	Ophthalmologie
149	NGO NYEKI Adèle-Rose épouse MOUAHA- BELL	MA	ORL-CCF
150	NOMO Arlette Francine	MA	Ophthalmologie
151	AKONO ZOUA épouse ETEME Marie Evodie	MA	Ophthalmologie
152	ASMAOU BOUBA Dalil	CC	ORL
153	ATANGA Léonel Christophe	MA	ORL-CCF
154	BOLA SIAFA Antoine	CC	ORL
155	NANFACK NGOUNE Chantal	CC	Ophthalmologie
<b>DÉPARTEMENT DE PÉDIATRIE</b>			
156	ONGOTSOYI Angèle épouse PONDY (CD)	MC	Pédiatrie
157	KOKI NDOMBO Paul	P	Pédiatre
158	ABENA OBAMA Marie Thérèse	P	Pédiatrie
159	CHIABI Andreas	P	Pédiatrie
160	CHELO David	P	Pédiatrie
161	MAH Evelyn	P	Pédiatrie
162	NGUEFACK Séraphin	P	Pédiatrie
163	NGUEFACK épouse DONGMO Félicitée	P	Pédiatrie
164	NGO UM KINJEL Suzanne épse SAP	MCA	Pédiatrie
165	KALLA Ginette Claude épse MBOPI KEOU	MC	Pédiatrie
166	MBASSI AWA Hubert Désiré	MC	Pédiatrie
167	NOUBI Nelly épouse KAMGAING MOTING	MC	Pédiatrie
168	EPEE épouse NGOUE Jeannette	MA	Pédiatrie
169	KAGO TAGUE Daniel Armand	MA	Pédiatrie
170	MEGUIEZE Claude-Audrey	MA	Pédiatrie
171	MEKONE NKWELE Isabelle	MA	Pédiatre
172	TONY NENGOM Jocelyn	MA	Pédiatrie
<b>DÉPARTEMENT DE MICROBIOLOGIE, PARASITOLOGIE, HEMATOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES</b>			
173	MBOPI KEOU François-Xavier (CD)	P	Bactériologie/ Virologie

174	ADIOGO Dieudonné	P	Microbiologie/Virologie
175	GONSU née KAMGA Hortense	P	Bactériologie
176	LUMA Henry	P	Bactériologie/ Virologie
177	MBANYA Dora	P	Hématologie
178	OKOMO ASSOUMOU Marie Claire	P	Bactériologie/ Virologie
179	TAYOU TAGNY Claude	P	Microbiologie/Hématologie
180	CHETCHA CHEMEGNI Bernard	MC	Microbiologie/Hématologie
181	LYONGA Emilia ENJEMA	MC	Microbiologie Médicale
182	TOUKAM Michel	MC	Microbiologie
183	NGANDO Laure épouse MOUDOUTE	MA	Parasitologie
184	BEYALA Frédérique	CC	Maladies Infectieuses
185	BOUM II YAP	CC	Microbiologie
186	ESSOMBA René Ghislain	CC	Immunologie
187	MEDI SIKE Christiane Ingrid	CC	Maladies infectieuses
188	NGOGANG Marie Paule	CC	Biologie Clinique
189	NDOUMBA NKENGUE Annick épouse MINTYA	CC	Hématologie
190	VOUNDI VOUNDI Esther	CC	Virologie
191	ANGANDJI TIPANE Prisca épouse ELLA	AS	Biologie Clinique /Hématologie
192	Georges MONDINDE IKOMEY	AS	Immunologie
193	MBOUYAP Pretty Rosereine	AS	Virologie
<b>DÉPARTEMENT DE SANTÉ PUBLIQUE</b>			
194	KAMGNO Joseph (CD)	P	Santé Publique / Epidémiologie
195	ESSI Marie José	P	Santé Publique/Anthropologie Médicale
196	TAKOUGANG Innocent	P	Santé Publique
197	BEDIANG Georges Wylfred	MCA	Informatique Médicale/Santé Publique
198	BILLONG Serges Clotaire	MC	Santé Publique
199	NGUEFACK TSAGUE	MC	Santé Publique /

			Biostatistiques
200	EYEBE EYEBE Serge Bertrand	CC	Santé Publique / Epidémiologie
201	KEMBE ASSAH Félix	CC	Epidémiologie
202	KWEDI JIPPE Anne Sylvie	CC	Epidémiologie
203	MOSSUS Tatiana née ETOUNOU AKONO	CC	Expert en Promotion de la Santé
204	NJOUMEMI ZAKARIAOU	CC	Santé Publique/Economie de la Santé
205	ABBA-KABIR Haamit-Mahamat	AS	Pharmacien
206	AMANI ADIDJA	AS	Santé Publique
207	ESSO ENDALLE Lovet Linda Augustine Julia	AS	Santé Publique
208	MBA MAADJHOU Berjauline Camille	AS	Santé Publique/Epidémiologie Nutritionnelle
<b>DÉPARTEMENT DES SCIENCES MORPHOLOGIQUES-ANATOMIE PATHOLOGIQUE</b>			
209	MENDIMI NKODO Joseph (CD)	MC	Anatomie Pathologie
210	SANDO Zacharie	P	Anatomie Pathologie
211	BISSOU MAHOP Josue	MC	Médecine de Sport
212	KABEYENE OKONO Angèle Clarisse	MC	Histologie/Embryologie
213	AKABA Désiré	MC	Anatomie Humaine
214	NSEME ETOUCKEY Georges Eric	MC	Médecine Légale
215	NGONGANG Gilbert Frank Olivier	MA	Médecine Légale
216	MENDOUGA MENYE Coralie Reine Bertine épse KOUOTOU	CC	Anatomopathologie
217	ESSAME Eric Fabrice	AS	Anatomopathologie
<b>DÉPARTEMENT DE BIOCHIMIE</b>			
218	NDONGO EMBOLA épse TORIMIRO Judith (CD)	P	Biologie Moléculaire
219	PIEME Constant Anatole	P	Biochimie
220	AMA MOOR Vicky Joceline	P	Biologie Clinique/Biochimie

221	EUSTACE BONGHAN BERINYUY	CC	Biochimie
222	GUEWO FOKENG Magellan	CC	Biochimie
223	MBONO SAMBA ELOUMBA Esther Astrid	AS	Biochimie
<b>DEPARTEMENT DE PHYSIOLOGIE</b>			
224	ETOUNDI NGOA Laurent Serges (CD)	P	Physiologie
225	ASSOMO NDEMBA Peguy Brice	MC	Physiologie
226	AZABJI KENFACK Marcel	CC	Physiologie
227	DZUDIE TAMDJIA Anastase	CC	Physiologie
228	EBELL'A DALLE Ernest Remy Hervé	CC	Physiologie humaine
<b>DÉPARTEMENT DE PHARMACOLOGIE ET DE MÉDECINE TRADITIONNELLE</b>			
229	NGONO MBALLA Rose ABONDO (CD)	MC	Pharmaco-thérapeutique africaine
230	NDIKUM Valentine	CC	Pharmacologie
231	ONDOUA NGUELE Marc Olivier	AS	Pharmacologie
<b>DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE BUCCALE, MAXILLO-FACIALE ET PARODONTOLOGIE</b>			
232	BENGONDO MESSANGA Charles (CD)	P	Stomatologie
233	EDOUMA BOHIMBO Jacques Gérard	MA	Stomatologie et Chirurgie
234	LOWE NANTCHOUANG Jacqueline Michèle épouse ABISSEGUE	CC	Odontologie Pédiatrique
235	MBEDE NGA MVONDO Rose	CC	Médecine Bucco-dentaire
236	MENGONG épouse MONEBOULOU Hortense	CC	Odontologie Pédiatrique
237	NDJOH Jules Julien	CC	Chirurgien-Dentiste
238	NOKAM TAGUEMNE M.E.	CC	Médecine Dentaire
239	GAMGNE GUIADEM Catherine M	AS	Chirurgie Dentaire
240	KWEDI Karl Guy Grégoire	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
241	NIBEYE Yannick Carine Brice	AS	Bactériologie
242	NKOLO TOLO Francis Daniel	AS	Chirurgie Bucco-Dentaire
<b>DÉPARTEMENT DE PHARMACOGNOSIE ET CHIMIE PHARMACEUTIQUE</b>			
243	NTSAMA ESSOMBA Claudine (CD)	P	Pharmacognosie /Chimie pharmaceutique
244	NGAMENI Bathélémy	P	Phyto-chimie / Chimie

			Organique
245	NGOUPAYO Joseph	P	Phyto-chimie / Pharmacognosie
246	GUEDJE Nicole Marie	MC	Ethnopharmacologie / Biologie végétale
247	BAYAGA Hervé Narcisse	AS	Pharmacie
<b>DÉPARTEMENT DE PHARMACOTOXICOLOGIE ET PHARMACOCINETIQUE</b>			
248	ZINGUE Stéphane (CD)	MC	Physiologie et Pharmacologie
249	FOKUNANG Charles	P	Biologie Moléculaire
250	TEMBE Estella épouse FOKUNANG	MC	Pharmacologie Clinique
251	ANGO Yves Patrick	AS	Chimie des substances naturelles
252	NENE AHIDJO épouse NJITUNG TEM	AS	Neuropharmacologie
<b>DÉPARTEMENT DE PHARMACIE GALENIQUE ET LEGISLATION PHARMACEUTIQUE</b>			
253	NNANGA NGA Emmanuel (CD)	P	Pharmacie Galénique
254	MBOLE Jeanne Mauricette épouse MVONDO M.	CC	Management de la qualité, Contrôle qualité des produits de santé et des aliments
255	NYANGONO NDONGO Martin	MA	Pharmacie
256	SOPPO LOBE Charlotte Vanessa	CC	Contrôle qualité médicaments
257	ABA'A Marthe Dereine	AS	Analyse du Médicament
258	FOUMANE MANIEPI NGOUOPIHO Jacqueline Saurelle	AS	Pharmacologie
259	MINYEM NGOMBI Aude Périne épouse AFUH	AS	Réglementation Pharmaceutique

**P** = Professeur

**MCA** = Maître de Conférences Agrégé

**MC** = Maître de Conférences

**MA** = Maître Assistant

**CC** = Chargé de Cours

**AS** = Assistant

## RÉSUMÉ

**Introduction :** La violence obstétricale est une forme spécifique de violence infligée aux femmes, compromettant leurs droits fondamentaux et se manifestant par une assistance déshumanisée lors des soins obstétricaux. Ce phénomène représente un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, avec des conséquences physiques et psychologiques significatives. La rareté des données sur ce sujet dans notre pays a motivé cette étude, visant à évaluer la prévalence, les formes, les facteurs associés, et les complications des violences obstétricales.

**Méthodologie :** Cette étude transversale analytique avec collecte prospective de données a été réalisée de mai à août 2024 dans trois hôpitaux de Yaoundé. Ont été incluses les femmes ayant accouchées dans ces établissements durant la période d'étude et ayant donné leur consentement. Les données ont été collectées prospectivement, saisies, et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Le degré de significativité a été défini pour p-valeur  $<0,05$ .

**Résultats :** Sur les 868 femmes incluses, 74,8 % ont subi des violences obstétricales. La majorité des participantes étaient âgées de 25 à 29 ans (34,2 %) et avaient accouché dans des hôpitaux publics (80,7 %). La plupart étaient célibataires (57,8 %) et multipares (70,9%), avec un niveau d'étude secondaire (49,9 %). Les principales formes de violence identifiées étaient les soins non consentis (65 %) et la violence verbale (48,2 %). Les femmes hospitalisées dans des établissements publics (aOR=4,19 ;  $p<0,0001$ ), celles référées pour l'accouchement référence (aOR=2,11 ;  $p<0,0001$ ), celles accouchant la nuit (aOR=3,39 ;  $p=0,024$ ), et celles ayant des partenaires sans emploi (aOR=3,16 ;  $p=0,001$ ), étaient plus susceptibles de subir des violences obstétricales. À six semaines post-partum, 15,08 % des femmes présentaient des symptômes de stress post-traumatique (SPT) et 11,8 % des symptômes dépressifs. Les violences obstétricales (aOR=7,39 ;  $p<0,0001$ ), les détentions abusives (aOR=12,16 ;  $p<0,0001$ ), et les violations du secret médical (aOR=3,39 ;  $p=0,024$ ) étaient fortement associées au SSPT. Quant à la dépression post-partum, elle était associée à la violence obstétricale (aOR=4,39 ;  $p=0,004$ ), la violence physique (aOR=6,39 ;  $p=0,024$ ) et les soins non consentis (aOR=3,16 ;  $p=0,008$ ).



**Conclusion :** Les violences obstétricales sont fréquentes et étroitement liées à des complications psychologiques graves telles que le stress post-traumatique et la dépression post-partum. L'identification des facteurs associés met en évidence la nécessité d'améliorer les pratiques obstétricales pour protéger les droits des femmes et améliorer leur bien-être.

**Mots clés :** Violences obstétricales, prévalence, facteurs associés, stress post-traumatique, soins obstétricaux.

## ABSTRACT

**Background:** Obstetric violence is a specific form of violence inflicted on women, compromising their fundamental rights and characterized by dehumanized assistance during obstetric care. This phenomenon represents a major global public health issue with significant physical and psychological consequences. The scarcity of data on this topic in our country motivated this study, which aims to evaluate the prevalence, forms, associated factors, and complications of obstetric violence.

**Methodology:** This cross-sectional analytical study with prospective data collection was conducted from May to August 2024 in three hospitals in Yaoundé. Included were women who delivered in these institutions during the study period and who provided their consent. Data were collected, entered, and analysed using SPSS version 23.0. Statistical significance was defined with a  $p$ -value  $< 0.05$ .

**Results:** Of the 868 women included, 74.8% experienced obstetric violence. The majority of participants were aged 25 to 29 years (34.2%) and delivered in public hospitals (80.7%). Most were single (57.8%) and multiparous (70.9%), with a secondary education level (49.9%). The main forms of violence identified were non-consensual care (65%) and verbal abuse (48.2%). Women hospitalized in public institutions ( $aOR = 4.19$ ;  $p < 0.0001$ ), those referred for delivery ( $aOR = 2.11$ ;  $p < 0.0001$ ), those delivering at night ( $aOR = 3.39$ ;  $p = 0.024$ ), and those with unemployed partners ( $aOR = 3.16$ ;  $p = 0.001$ ) were more likely to experience obstetric violence. At six weeks postpartum, 15.08% of women had symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD) and 11.8% had depressive symptoms. Obstetric violence ( $aOR = 7.39$ ;  $p < 0.0001$ ), abusive detentions ( $aOR = 12.16$ ;  $p < 0.0001$ ), and breaches of medical confidentiality ( $aOR = 3.39$ ;  $p = 0.024$ ) were strongly associated with PTSD. Postpartum depression was associated with obstetric violence ( $aOR = 4.39$ ;  $p = 0.004$ ), physical violence ( $aOR = 6.39$ ;  $p = 0.024$ ), and non-consensual care ( $aOR = 3.16$ ;  $p = 0.008$ ).

**Conclusion:** Obstetric violence is prevalent and closely linked to severe psychological complications such as post-traumatic stress and postpartum depression. Identifying associated

factors highlights the need to improve obstetric practices to protect women's rights and enhance their well-being.

**Keywords:** Obstetric violence, prevalence, associated factors, post-traumatic stress, obstetric care

## **LISTE DES TABLEAUX**

<b>Tableau Ia :</b> Caractéristiques sociodémographiques des participantes .....	49
<b>Tableau Ib :</b> Caractéristiques sociodémographiques des participantes (suite) .....	50
<b>Tableau II :</b> Caractéristiques obstétricales .....	51
<b>Tableau IIIa :</b> Analyse bivariée des potentiels facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population ....	56
<b>Tableau IIIb :</b> Analyse bivariée des potentiels facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population ...	57
<b>Tableau IV :</b> Analyse multivariée des potentiels facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population .	58
<b>Tableau V :</b> Analyse bivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de stress post-traumatique du postpartu	60
<b>Tableau VI :</b> Analyse Multivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de stress post-traumatique du postpartu .....	61
<b>Tableau VII :</b> Analyse Bivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de dépression du postpartum .....	62
<b>Tableau VIII :</b> Analyse Multivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de dépression du postpartum .....	63

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1 :</b> Procédure d'échantillonnage .....	42
<b>Figure 2 :</b> Représentation du schéma d'étude. ....	47
<b>Figure 3:</b> Prévalence des violences obstétricales .....	48
<b>Figure 4:</b> Catégorie de violence obstétricale .....	52
<b>Figure 5:</b> Types de violences physiques.....	53
<b>Figure 6:</b> Classification des soins sans consentement .....	53
<b>Figure 7:</b> Classification des discriminations .....	54
<b>Figure 8:</b> Classification des négligences .....	54
<b>Figure 9:</b> Classification des violences verbales .....	55
<b>Figure 10:</b> Prévalence du syndrome de stress post-traumatique du post-partum.....	59
<b>Figure 11:</b> Prévalence de la dépression du post-partum.....	59

## **Abréviations, sigles, acronymes et symboles**

**AAP** : Académie Américaine de Pédiatrie

**ACOG** : l'American College of Obstetricians and Gynecologists

**ANESM** : Agence Nationale Française pour l'évaluation et la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

**DPP** : Dépression du Post Partum

**EPDS** : Edinburg Postnatal Dépression Scale

**SSPT-PP** : syndrome de stress post-traumatique du post-partum

**VO** : Violence Obstétricale

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

## **Chapitre I : INTRODUCTION**

## **I.1. Contexte**

La violence obstétricale est un problème de santé publique de portée mondiale [1]. Pour l'Organisation mondiale de la santé (2014), de nombreuses femmes sont victimes de violences sexuelles et reproductives et de traitements abusifs lors de l'accouchement dans le monde, notamment, environ une femme sur trois [2,3]. Les violences obstétricales envers des femmes pendant l'accouchement sont tout comportement, acte, parole ou omission du personnel de santé qui n'est pas médicalement justifié ou qui est effectué sans le consentement libre et éclairé d'une femme enceinte, parturiente ou jeune mère [4]. Les violences subies pendant l'accouchement ont des conséquences sur le bien être materno-fœtale et la mortalité maternelle [4]. La littérature de plus en plus nombreuse suggère que la maltraitance des femmes dans les établissements de soins de santé doit être abordée afin d'améliorer la mortalité [5]. L'accouchement est un moment important pour les femmes et leurs familles, et une assistance qualifiée à l'accouchement est l'une des interventions clés pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales [6]. Cependant, de nombreuses femmes qui demandent des services d'accouchement, en particulier celles des pays à faible revenu, reçoivent diverses formes de soins irrespectueux et abusifs de la part de leurs accoucheurs [2,6,7]. Bien qu'il n'y ait pas d'étude internationale, au niveau mondial, en 2012, une méta-analyse de Brüggerman, et al. Suggèrent un abus dans les soins de santé qui recouvre un phénomène aux conséquences graves mais invisible sous l'angle de l'erreur médicale ou de la satisfaction du patient [8].

En 2002, D'Oliveira et al. font état de violences subies par les femmes pendant les soins périnataux et l'accouchement. Pour l'auteur, il est très délicat et conflictuel de parler de ces violences, car la convention sociale veut que le personnel hospitalier ait pour fonction de soigner ; il est donc difficile pour beaucoup de personnes de concevoir que le personnel hospitalier puisse commettre des actes de violence [9].

Plusieurs études ont été menées sur ce sujet en Afrique. En 2014 en Tanzanie selon Kruk et al. environ 19% à 28% des femmes tanzaniennes ont vécu une expérience de manque de respect ou d'abus lors d'un accouchement dans un établissement de santé par des professionnels de la santé [10]. L'étude de Sando et al. (2014) sur 1954 femmes tanzaniennes qui venaient d'accoucher a été conçue pour explorer la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH à la violence pendant l'accouchement. Leurs résultats montrent que les femmes séropositives (12,2 %) et séronégatives (15,0 %) sont toutes à risque de connaître des violences (20%) [11]. L'étude nigériane de Okafor et al. (2015), sur 446 femmes fréquentant un centre de vaccination avec leurs nouveau-nés a constaté que la quasi-totalité d'entre elles (98 %) avaient subi au moins un acte de maltraitance lors de l'accouchement. Les actes les plus fréquemment rapportés sont les violences physiques lors de l'accouchement (35,7 %), dont le fait d'être ligoté lors de l'accouchement (17,3 %) et d'être battu, giflé et pincé (7,2 %) [12].

## **I.2. Justification et intérêt**

Vu la rareté des données dans notre pays, il est crucial de savoir quelles sont les fréquences, les formes de violence et d'abus, les facteurs associés, et les complications de ces violences. Ces données pourraient permettre de



prévenir et de mieux répondre aux besoins émotionnels, physiques, socioculturels et psychologiques de la gestante et de la parturiente afin de fournir des soins de meilleure qualité.

### **I.3. Question de recherche**

Quelle est la prévalence et les caractéristiques des violences obstétricales lors de l'accouchement institutionnel dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé ?

### **I.4. Objectifs**

#### **I.4.1. Objectif général**

Évaluer les violences obstétricales lors de l'accouchement dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé.

#### **I.4.2. Objectifs spécifiques**

- 1- Décrire le profil épidémiologique des femmes ayant subi des violences obstétricales lors de l'accouchement en établissement ;
- 2- Rechercher les caractéristiques des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement ;
- 3- Déterminer les facteurs associés à la survenue des violences obstétricales lors de l'accouchement en établissement ;
- 4- Évaluer le lien entre la dépression du post-partum, le syndrome de stress post-traumatique du post-partum et les violences obstétricales.

### **I.5. Définition des termes opérationnels :**

**Femme considéré comme ayant subi des violences intra partum :** si elle a répondu « oui » à une forme de manque de respect ou de soins abusifs.

**Abus physique :** Si la parturiente a été battu, giflé, pincé, attaché, retenu pendant le travail, épisiotomie pratiquée ou suturée sans anesthésie.

**Violence verbale :** si la parturiente a subi des propos grossiers, a été crié dessus ou menacé.

**Soins sans consentement :** si la gestante a subi l'accouchement par césarienne, une épisiotomie, transfusion sanguine, une stérilisation ou une augmentation du travail sans son consentement.

**Chapitre II :  
REVUE DE LA LITTÉRATURE**

## **II.1. Rappels des connaissances**

### **II.1.1. Définition**

La maltraitance médicale a été définie par l'Agence nationale Française pour l'évaluation et la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) en 2008 comme « *l'ensemble des violences, sévices ou négligences commis par des professionnels à l'égard des usagers* ». La maltraitance s'entend ici comme une situation de violence, maltraitance, privation ou négligence survenant dans une configuration de dépendance d'une personne vulnérable vis-à-vis d'une personne en situation de pouvoir, d'autorité ou de plus grande autonomie [4].

Violence Obstétricale : tout comportement, acte, omission ou abstention du personnel de santé qui n'est pas médicalement justifié et/ou qui est réalisé sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou parturiente [13].

### **II.1.2. Intérêts**

Les expériences d'accouchement des femmes font l'objet de peu d'intérêt social ou politique, et peu d'attention de la part des institutions qui dispensent des soins de santé. Or l'accouchement est un événement éminemment social : c'est la reproduction de l'espèce humaine. L'accent est plutôt mis sur l'obtention du "*résultat*", la "*production*" d'un bébé vivant, quels que soient les moyens ou le prix que la mère doit payer.[14]. Par conséquent, les impacts d'une expérience négative d'accouchement sont peu pris en compte par les différents acteurs

sociaux, et la possible violence subie par les femmes lors de cet événement n'est pas encore perçue comme un problème social, même si elle est réelle et peut avoir des répercussions sur la vie des femmes victimes et de leurs enfants.

### **II.1.3. Fond**

Le terme *violencia obstetricia* est apparu pour la première fois en Amérique latine au début des années 2000. Les pays hispanophones ont été les premiers à légiférer sur le sujet. La première loi jamais adoptée sur la violence sexuelle a été au Venezuela en 2007, dans le cadre d'une loi nationale pour lutter contre la violence à l'égard des femmes. Aux termes de cette loi, la violence obstétricale est définie comme : « *L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : des traitements déshumanisants, l'abus de médicaments et la pathologisation des processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité à prendre des décisions libres sur son corps et sa sexualité,*

*affectant négativement la qualité de vie des femmes » [5]. En 2009, l'Argentine a également adopté une loi pour protéger les femmes de toutes les formes de violence, définissant la violence obstétricale comme : "... la violence exercée par le personnel de santé contre le corps des femmes et les processus de reproduction, exprimés par des traitements déshumanisants, une surmédicalisation et une pathologisation des processus naturels" (Ley de protection intégrale à las mujeres, 26.485 art. 6, e). Enfin, le Mexique adopte également une loi sur la violence obstétricale en 2014 dans le cadre de la loi « sur le droit des femmes à vivre une vie sans violence ». Elle décrète que « Toute conduite, action ou omission du personnel de santé, qu'elle soit directe ou indirecte, qui affecte les femmes pendant la grossesse, le travail, l'accouchement ou les suites de l'accouchement. Ce n'est qu'en 2014 que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) publie une déclaration sur les femmes et l'accouchement. Dans cette déclaration, l'OMS annonce que ". Partout dans le monde, de nombreuses femmes expérimentent des traitements non respectueux et abusifs lors des accouchements dans les établissements de santé. Ce traitement est non seulement une violation de leurs droits aux soins de santé, mais aussi une violation de leurs droits fondés sur le respect, mais c'est aussi une menace pour leurs droits à la vie, à la santé, à la sûreté et à la sécurité de la personne, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination. Cette déclaration est un appel à l'action, au dialogue, à la recherche et au plaidoyer sur cette question, sur des questions importantes de santé publique et de droits de l'homme"[1] et simultanément, une succession d'événements médiatiques portant sur des sujets gynécologiques et obstétricaux ont vu le jour en France. On peut citer notamment :*

- L'affaire du « *point de mari* » mettant en lumière la pratique, après l'accouchement, d'une suture périnéale qui ne respecte pas l'anatomie périnéale de la femme et dont le but est de « *resserrer* » l'entrée du vagin afin d'augmenter le plaisir masculin pendant les rapports sexuels ;
- L'appel à témoigner d'expériences négatives en gynécologie sur le réseau social Twitter lancé par un étudiant en pharmacie avec le mot clé #PayYourUterus ;
- La diffusion de documents attestant d'une pratique d'attouchements vaginaux chez des patientes sous anesthésie générale par des étudiants en médecine ;
- La création de la page Facebook "*Pay Your Gynaecologist*" recueillant des témoignages de violences ou de sexisme en gynécologie-obstétrique [2].

Mettant ainsi en évidence le mauvais comportement des femmes lors de l'accouchement. Cependant, Richard-Guerroudj reconnaît qu'au niveau international, il n'existe pas de définition claire des violences obstétricales [15].

#### **II.1.4. Épidémiologie**

La prévalence globale de la maltraitance variait de 11 à 98 %, comme l'indiquaient des études antérieures (98 % au Nigeria [12], 78 % au Kenya [16], 97 % au Pakistan [17], 28,8 % en Inde [18], 49,4 % en Amérique latine [19], 18,3 % au Brésil [20] et 11 % au Mexique [21], par exemple). La prévalence des mauvais traitements peut varier en raison des différences culturelles dans le milieu d'origine des participantes, en plus des conditions d'accouchement et des mesures de contention. En outre, les manifestations et l'évaluation détaillée des types de mauvais traitements présentés, ainsi que le moment et le lieu de la collecte des données, ont influencé la prévalence rapportée [22].

#### **II.1.5. La maltraitance des femmes lors de l'accouchement [7,23]**

En 2010, l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), en collaboration avec la Harvard School of Public Health, mène une revue de la littérature internationale sur la maltraitance des femmes lors de l'accouchement pour tenter d'en donner une définition, identifier sa prévalence, identifier les facteurs qui contribuent à ces abus et leurs impacts. Bowser et Hill mènent cet examen sous le thème « *Manque de respect et abus dans les accouchements en établissement (DAFC)* ». En plus d'une revue de la littérature grecque, les auteurs ont mené un groupe de discussion et des entrevues individuelles avec des experts en périnatalité. Bien que le terme de violence obstétricale ne soit pas utilisé dans ce rapport, les auteurs développent une typologie des maltraitements subies par les femmes enceintes dans le monde, qui se décline en sept catégories, à savoir :

- Violence physique ;
- Absence de consentement ;
- Manque de confidentialité ;
- Manque de dignité ;
- Discrimination sur la base d'un attribut particulier ;
- Abandon ou manque de soins ;
- Emprisonnement.

Cette typologie est la même que celle trouvée par Anteneh et Coll à Addis Abeba en 2018.

Les impacts d'une expérience négative de l'accouchement sont subjectifs et de diverses natures. Le personnel médical peut conclure qu'un accouchement s'est bien passé parce que la mère et le bébé sont en "*parfaite santé*", alors que la mère a vécu une expérience difficile. Une personne peut avoir une bonne expérience d'avoir eu une césarienne, tandis qu'une autre sera

bouleversée en permanence par une épisiotomie sans son consentement. D'autre part, de nombreuses études montrent les conséquences graves d'une expérience négative. Quelle que soit la nature de l'expérience négative, les répercussions sont réelles et peuvent être permanentes. De plus, une expérience négative peut affecter de multiples facettes de la vie [24, 25]. Certaines études ont montré que dans les accouchements hautement instrumentaux, tels que ceux impliquant une ventouse, des forceps, une épisiotomie ou césarienne, la période de récupération est beaucoup plus longue que dans les naissances dites physiologiques. Ces interventions ont un impact concret sur la santé physique des femmes. Les femmes peuvent ressentir des douleurs ponctuelles ou souffrir de douleurs chroniques [26]. Elle peut également avoir pour effet de restreindre la mobilité des femmes sur une période plus ou moins longue, comme c'est le cas des césariennes [13]. Des interventions fortement instrumentalisées peuvent également avoir un impact négatif sur la vie sexuelle des femmes : le risque de ressentir des douleurs lors des rapports sexuels est augmenté, des douleurs qui peuvent être passagères, mais qui deviennent parfois chroniques. De plus, certaines femmes ont honte des séquelles physiques et des cicatrices laissées par les interventions médicales, ce qui modifie leur rapport et leur perception de leur corps [14].

Non seulement une expérience d'accouchement négative peut avoir un impact négatif sur la santé physique et sexuelle et l'estime de soi des femmes, mais elle peut également avoir un effet néfaste sur le lien d'attachement entre la mère et l'enfant, comme l'a démontré l'étude de Chabbert et Wendland en 2016 [27]. Deux cents mères ont répondu à un questionnaire sociodémographique et à des questions sur leur expérience d'accouchement. Trois échelles ont été utilisées pour recueillir des informations pour la recherche : l'échelle de l'agent de travail, l'instrument de liaison post-partum et l'échelle de liaison mère-enfant. Les auteurs concluent que « *les mères ayant une expérience négative de l'accouchement ont une qualité significativement plus faible des relations mère-enfant précoces et un sentiment de contrôle perçu significativement plus faible pendant le travail* ». Les recommandations des chercheurs suite à l'analyse de ces résultats sont de « *traiter plus spécifiquement les expériences post-partum négatives, voire traumatisantes, de l'accouchement afin de réduire leur impact potentiellement négatif sur les relations précoces mère-enfant* » [27].

Une expérience d'accouchement négative peut même conduire à un état de stress post-traumatique (ESPT). Selon diverses études, le SSPT lié à l'accouchement a une prévalence comprise entre 1,3 % et 6 % [28].

Dans une revue de la littérature menée par Denis et Callahan en 2009, les résultats de 36 études portant sur le SSPT suite à un « *accouchement classique* » ont été analysés. L'objectif

de l'étude était d'analyser les facteurs de risque ainsi que les types de traitements offerts aux femmes qui souffraient de TSPT suite à un accouchement. Les auteurs ont constaté que « *les facteurs de risque généralement associés au TSPT chevauchent la perception qu'à la femme de son expérience d'accouchement (douleur, contrôle et soutien social perçu), les caractéristiques psychologiques (antécédents de traumatisme ou de soins psychologiques) et les caractéristiques médicales (niveau élevé de médicalisation pendant la grossesse et l'accouchement)* » [28].

Enfin, une étude de Gottvall et Waldenström en 2002 démontre qu'une expérience d'accouchement négative peut même avoir un impact sur la reproduction future. Les auteurs estiment que les femmes qui ont eu une expérience de naissance négative ont eu moins d'enfants que les femmes qui n'ont pas eu une expérience de naissance négative et qu'il y avait une plus longue période de temps entre les grossesses. Être célibataire ou plus âgé était évidemment associé à une reproduction plus faible, mais l'expérience négative avait toujours un impact. Les auteurs ont également pris en compte un large éventail de variables, telles que le statut socio-économique, les résultats du travail et de l'accouchement, les attentes concernant la naissance et la parentalité, les attitudes de prise de décision et l'anxiété maternelle. Les chercheurs concluent que « *l'étude fournit des données qui suggèrent fortement que l'expérience des femmes de la première naissance a des conséquences sur le comportement reproducteur futur* ».

## **II.2. État des connaissances sur la question**

### **➤ Dans le monde**

Aux États-Unis, Bowser et Hill mènent cette revue en 2010 sous le thème "*Disrespect and abuse in facility - based childbirth (DAFC)*". En plus de passer en revue la littérature grise, les auteurs ont mené un groupe de discussion et des entrevues individuelles avec des experts dans le domaine des soins périnataux. Bien que le terme de violence obstétricale ne soit pas utilisé dans ce rapport, les auteurs développent une typologie des abus subis par les femmes enceintes dans le monde [8]. En 2012, une méta-analyse de Brüggerman, et al. Suggère un abus dans les soins de santé qui recouvre un phénomène aux conséquences graves mais invisibles sous l'angle de l'erreur médicale ou de la satisfaction des patients [8]. En 2002, D'Oliveira et al. font état de violences subies par les femmes pendant les soins périnataux et l'accouchement. Pour l'auteur, il est très délicat et conflictuel de parler de ces violences, car la convention sociale veut que le personnel hospitalier ait pour fonction de soigner ; il est donc difficile pour beaucoup de personnes de concevoir que le personnel hospitalier puisse commettre des actes de violence. Or l'article montre que la formation des médecins et des obstétriciens les incite à abuser du pouvoir conféré par leur expertise, et que cela contribue à perpétuer cette violence. Afin de

contrer ces violences, les auteurs recommandent de revoir la formation des professionnels de santé et d'améliorer leurs conditions de travail [29].

➤ **En Afrique**

En 2014 en Tanzanie, selon Kruk et ses collègues, environ 19 % à 28 % des femmes tanzaniennes ont été victimes d'un manque de respect ou d'abus lors d'un accouchement dans un établissement de santé par des professionnels de la santé. L'étude de Sando et al. (2014) sur 1954 femmes tanzaniennes qui venaient d'accoucher a été conçue pour explorer la vulnérabilité des femmes vivant avec le VIH à la violence pendant l'accouchement. Leurs résultats montrent que tant les femmes séropositives (12,2 %) que les femmes séronégatives (15,0 %) risquent d'être victimes de violence [11]. L'étude nigériane d'Okafor et al. (2015) sur 446 femmes fréquentant un centre de vaccination avec leurs nouveau-nés a constaté que la quasi-totalité d'entre elles (98 %) avaient subi au moins un acte de maltraitance lors de l'accouchement. Les actes les plus fréquemment rapportés sont les violences physiques lors de l'accouchement (35,7%), y compris être ligoté lors de l'accouchement (17,3%) et être battu, giflé et pincé (7,2%). La présence de violences sexuelles lors de l'accouchement a été signalée par 2 % des femmes [12].

➤ **Au Cameroun**

Une étude faite en 2022 a montré que 6,8 % était opéré sans consentement dans les chirurgie obstétricale et dans 88,2 % des cas, le consentement a été donné le jour de l'opération et sous forme verbale dans 44 % des cas [30]. En 2014, une étude réalisée sur le vécu du premier examen gynécologique avait retrouvé un vécu négatif dans 41,5 % des cas et ce vécu négatif était associé à un examen douloureux et une absence d'information sur l'examen gynécologique. Nous n'avons pas retrouvé d'autre données sur les violences obstétricales dans notre pays.



## **Chapitre III : MÉTHODOLOGIE**

### **III.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude longitudinale analytique avec collecte prospective des données.

### **III.2. Lieu d'étude**

L'étude était menée dans les services de gynécologie de l'Hôpital Gynéco Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé, de l'Hôpital Central de Yaoundé et de l'Hôpital Bethesda de Yaoundé.

#### **III.2.1. L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé**

L'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé est l'un des fruits de la coopération sino-camerounaise. Il est né du désir des gouvernements camerounais et chinois d'améliorer le système des soins en faveur de la femme, la mère et l'enfant au Cameroun. L'institution a été inaugurée le 28 mars 2002 par le Chef de l'État et le Vice- Ministre chinois de la santé publique. Les activités y ont débuté le 29 mars de la même année par des consultations gratuites.

Il y existe une direction administrative et financière ainsi qu'une direction médicale qui coordonne les services ci-après : Gynécologie/Obstétrique, Pédiatrie, Chirurgie pédiatrique, Anesthésie et Réanimation, Ophtalmologie, Oto-Rhino-Laryngologie, Urgences, Anatomopathologie, Radiologie et Imagerie médicale, Acupuncture et Physiothérapie.

- Service de Gynécologie-Obstétrique

Ce service comporte quatre parties : la maternité, les salles d'hospitalisation, les bureaux de consultation externes et le bloc opératoire. Dès l'entrée du service, nous retrouvons les infrastructures de la maternité.

La partie du service réservée aux hospitalisations comprend quatorze salles d'hospitalisation de 36 lits au total, une salle d'archives, une salle d'infirmiers, une salle de consultation spéciale avec son secrétariat, une salle de soins, un magasin et quatre bureaux de médecins.

Les activités de consultation externes sont supervisées par un major qui coordonne une équipe d'infirmiers et comporte des bureaux et des boxs de consultation externe de gynécologie et d'obstétrique.

Le bloc opératoire quant à lui possède 4 salles opératoires avec chacune une table opératoire, un scialytique et une salle d'eau. Outre la salle de convivialité et la salle de réveil, il possède également un magasin où sont rangés le linge chirurgical stérile et les boîtes opératoires.

Le personnel du service est constitué de 48 personnes, dont douze gynécologues et obstétriciens, aux rangs desquels un Professeur titulaire, deux Professeurs Maître de Conférences de Gynécologie-Obstétrique ; quatre infirmiers Diplômés D'état (IDE) ; un infirmier diplôme d'Etat Accoucheur (IDEA), 14 infirmiers Brevetés Accoucheurs, une secrétaire, deux archivistes, quatre agents de surface et cinq brancardiers.

Le service est par ailleurs impliqué dans la formation des étudiants en médecine et des résidents de gynécologie-Obstétrique.

Les activités du service sont programmées comme suit :

- Consultations externes : ouvertes tous les jours ouvrables de la semaine ; Les activités chirurgicales notamment les chirurgies programmées : du lundi à jeudi ;
- Visite quotidienne des malades hospitalisés ;
- Les autres activités : planification familiale, dépistage cancers et VIH se font de façon quotidienne tous les jours ouvrables de la semaine.

### **III.2.2. L'Hôpital Centrale de Yaoundé**

L'Hôpital Central de Yaoundé : est une sous-direction du ministère de la santé publique du Cameroun. Il a vu le jour en 1933 et se trouve au centre de la ville, dans l'arrondissement de Yaoundé VI au quartier Messa.

- Le service de Gynécologie-Obstétrique est divisé en deux cliniques, A et B. il comporte aussi une salle de travail, deux salles d'accouchement, trois blocs opératoires, une unité des urgences obstétricales, une salle d'archive, un secteur pour les consultations externes avec 04 box et un service de planification familiale. Il réalise en moyenne 3200 accouchement par an d'où le nom de maternité principale de Yaoundé. Le pavillon d'hospitalisation a une capacité de 95 lits. Le personnel est constitué de 07 gynécologues obstétriciens, des infirmières, des sages-femmes, des résidents et des étudiants en médecine et soins infirmiers, des secrétaires, des agents de surface et des vigiles.

### **III.2.3. L'Hôpital Bethesda de Yaoundé**

L'Hôpital Bethesda de Yaoundé est un hôpital confessionnel, son service de gynécologie-obstétrique fait plus de 1500 accouchements par an. C'est une structure a très forte activité obstétricale.

### **III.3. Période et durée de l'étude**

L'étude s'est déroulée sur une durée de 04 mois allant de Mai à Aout 2024.

### **III.4. Population d'étude**

Notre population d'étude était constituée de femmes ayant accouché dans nos différents sites d'études.

#### **III.4.1. Critères d'inclusion**

Était inclus dans notre étude :

- Les femmes ayant accouché dans nos sites de recherche pendant notre période d'étude et ayant donné leur consentement.

#### **III.4.2. Critères de non inclusion**

N'ont pas été incluses dans notre étude

- Les femmes ayant accouché par césarienne élective ;
- Les femmes ayant accouchement à domicile ;
- Les femmes ayant eu une mort fœtale in utero ou décès intra partal.

#### **III.4.3. Echantillonnage**

##### **A. Type d'échantillon**

Il s'agissait d'un échantillonnage non probabiliste

##### **B. Taille d'échantillon**

La taille de notre échantillon a été déterminée par la formule de calcul de la taille de l'échantillon en étude transversale :  $N = P (1-P) [(Z\alpha)^2 / d^2]$

P = Proportion attendue de sujets présentant la variable étudiée d'erreur d'imprécision que l'on accepte de chaque côté pour donner le résultat (0.05) ;

$\alpha$  = Probabilité d'accepter que la vraie valeur soit en dehors de l'intervalle de confiance (0,05) ;

$1-\alpha$  = degré de confiance (95%) = probabilité que l'intervalle de confiance contient la proportion existante dans la population générale ;

Pour une étude bilatérale : si  $\alpha = 0,05 \rightarrow Z\alpha = 1,96$

Pour notre calcul nous avons utilisé comme référence les données de l'étude menée au Nigeria par Okafor et al. [12] , suivant cette formule, nous avons  $0,28 \times (1-0,28) \times (1,96^2/0,05^2) = 309,78$  soit 310 patients.

### **III.5. Outils de collecte**

- Des fiches de collecte des données ;
- Un ordinateur portable et des clés USB ;
- Des logiciels : SPSS 25.0, Microsoft Word et Excel.

### **III.6. Ressources utilisées**

#### **A. Ressources humaines :**

- Enquêteur principal : NEKOU KENGNI David Blanc ;
- Une équipe d'encadreur : Pr DOHBIT Julius SAMA, Dr METOGO Junie, et Dr MENDOUA Florence, Dr MENGUENE Laure ;
- Des Internes et Résidents en Gynécologie-Obstétrique.

#### **A. Ressources matérielles :**

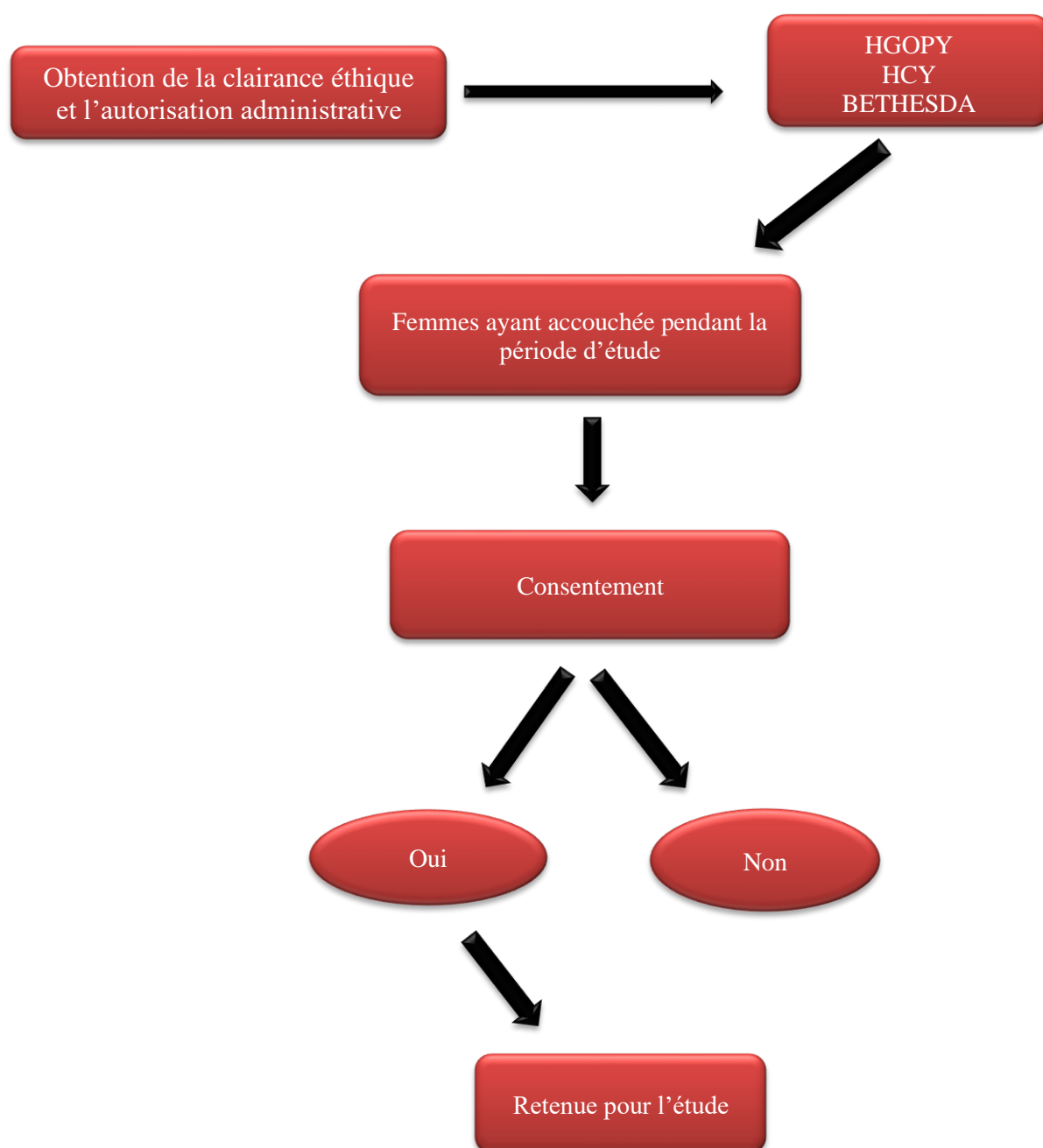
- Une fiche technique ;
- Une rame de papier au format A4 ;
- Des stylos à bille et crayons ;
- Un ordinateur portable pour l'entrée et l'analyse des données ;
- Clé USB et Modem internet ;
- Le matériel de bureau.

### **III.7. Procédure**

Avant de débiter le recrutement des participantes pour notre étude, nous avons obtenu l'autorisation administrative auprès des différentes structures hospitalières concernées par notre étude (annexes). Après l'obtention des autorisations, chaque femme éligible était initialement approchée en privé dans le respect de leur intimité par nous pour des conseils afin de participer à l'étude et d'obtenir son consentement. Cet entretien se tenait dans une pièce à l'abri des regards et du bruit, il durait entre 20-30 minutes. Un questionnaire pré testé était distribué à chaque femme avant la décharge. Les femmes ne sachant pas lire étaient aidées par les

accompagnateurs qui traduisaient le contenu du questionnaire dans le dialecte compréhensible par la femme et remplissaient le questionnaire sur la base de ses réponses. Un manque de respect et des abus pendant l'accouchement avaient eu lieu si l'enquêtée avait répondu oui à l'une des questions spécifiques concernant les sept catégories d'irrespect et d'abus qui sont physique, soins non consentis, soins non confidentiels, soins non dignes, discrimination fondée sur les attributs du patient, abandon des soins et détention en établissement.

❖ Procédure d'échantillonnage



**Figure 1 : Procédure d'échantillonnage**

### **III.8. Analyse des données**

#### **III.8.1. Variables à analyser**

- **Données sociodémographiques** : âge des patientes, statut matrimonial, région d'origine, profession, revenu financier moyen ;
- **Données anamnestiques** : Motif de consultation, antécédents reproductifs, Antécédents familiaux, Mode d'admission ;
- **Données obstétricales** : Parité, âge gestationnelle, antécédents obstétricaux ;
- **Données liées aux violences** : Violence physique, absence de consentement, manque de confidentialité, manque de dignité, discrimination sur la base d'un attribut particulier, abandon ou manque de soins, emprisonnement ;
- **Données psychologiques** : L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg, questionnaire sur le stress post-traumatique périnatal.

#### **III.8.2 Schéma d'analyse**

##### ➤ **Logiciels**

Pour la saisie et l'analyse des données nous utiliserons les applications Epi info version 7.2.2.6 et SPSS version 20.0. Nous avons calculé les fréquences avec intervalle de confiance à 95% des variables qualitatives.

Les tableaux seront dressés grâce aux logiciels Microsoft office Excel 2016. Les données seront analysées comme suit

##### ➤ **Analyses de l'objectif 1**

Décrire le profil épidémiologique des femmes ayant subi des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement.

Après la collecte de données, nous classerons les variables en modalités. Les variables quantitatives seront exprimées sous forme de moyenne avec Ecart-type et les variables qualitatives quant à elles seront exprimées sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Les variables sociodémographiques seront exprimées sous forme de moyenne (âge) ; d'effectifs et de pourcentage (statut matrimonial, région d'origine, profession).

- ❖ Les variables anamnestiques seront exprimées sous forme d'effectifs (motif de consultation, antécédents familiaux, Mode de vie, contraception, dépistage) ; d'écart types (antécédents reproductifs).
- ❖ Les variables cliniques et paracliniques seront exprimées en pourcentage.

➤ **Analyses de l'objectif 2**

Rechercher les caractéristiques des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement.

➤ **Analyses de l'objectif 3**

Déterminer les facteurs associés à la survenue de soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement.

Nous utiliserons des **tests significatifs**

- Le test de Chi carré
- Le rapport de cotes (Odds Ratio) avec un intervalle de confiance de 95% sera utilisé pour apprécier l'association de chaque variable. Le rapport de cotes sera calculé à l'aide d'un tableau de contingence.
- Toute différence sera statistiquement significative lorsque  $p < 0,05$ .

➤ **Analyses de l'objectif 4**

Evaluer le lien entre la dépression du post-partum, le syndrome de stress post-traumatique du post-partum et les violences obstétricales.

Les données relatives à la dépression du post-partum (DPP) et au syndrome de stress post-traumatique du post-partum (SSPT-PP) ont été recueillies à l'aide de questionnaires.

Les symptômes de la DPP ont été mesurés à l'aide de l'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS), l'outil le plus largement utilisé pour identifier une éventuelle DPP. Recommandé par l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) et l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) [31], l'EPDS est un instrument d'auto-évaluation en 10 points, publié pour la première fois par Cox et al [32,33]. Chaque élément de l'EPDS est évalué sur une échelle de 4 points allant de 0 (non, pas du tout) à 3 (oui, la plupart du temps) et le score total varie de 0 à 30, Comme Cut off un score seuil  $\geq 13$ , était considéré comme pathologique avec une sensibilité (86 %) et une spécificité (78 %) [32]. Les symptômes du



syndrome de stress post-traumatique périnatal ont été mesurés à l'aide du Questionnaire sur le stress post-traumatique périnatal (PPQ). Le PPQ est une échelle d'auto-évaluation mise au point par DeMier [34] et basée sur le DSM-IV pour identifier les femmes souffrantes de symptômes de stress post-traumatique entre 1 et 18 mois post-partum. Le PPQ comporte 14 items, chacun d'entre eux étant noté sur une échelle de 0 (pas du tout) à 4 (souvent depuis plus d'un mois). Le score total varie de 0 à 56, avec un score  $\geq 19$  indique l'existence de symptômes de SSPT-PP.

Nous utiliserons des **tests significatifs**

- Le test de Chi carré ;
- Le rapport de cotes (Odds Ratio) avec un intervalle de confiance de 95% sera utilisé pour apprécier l'association de chaque variable. Le rapport de cotes sera calculé à l'aide d'un tableau de contingence ;
- Toute différence sera statistiquement significative lorsque  $p < 0,05$ .

### **III.9. Considérations éthiques**

Les patientes choisies ont été informées des objectifs et du déroulement de notre étude. Pour chaque patiente recrutée, nous avons assuré l'anonymat et la confidentialité. Le consentement éclairé de toute personne recrutée après informations sur l'étude, les différents accords ont été obtenus avant la réalisation de notre étude.

Nous avons effectué notre étude dans le respect strict des principes fondamentaux de la recherche médicale :

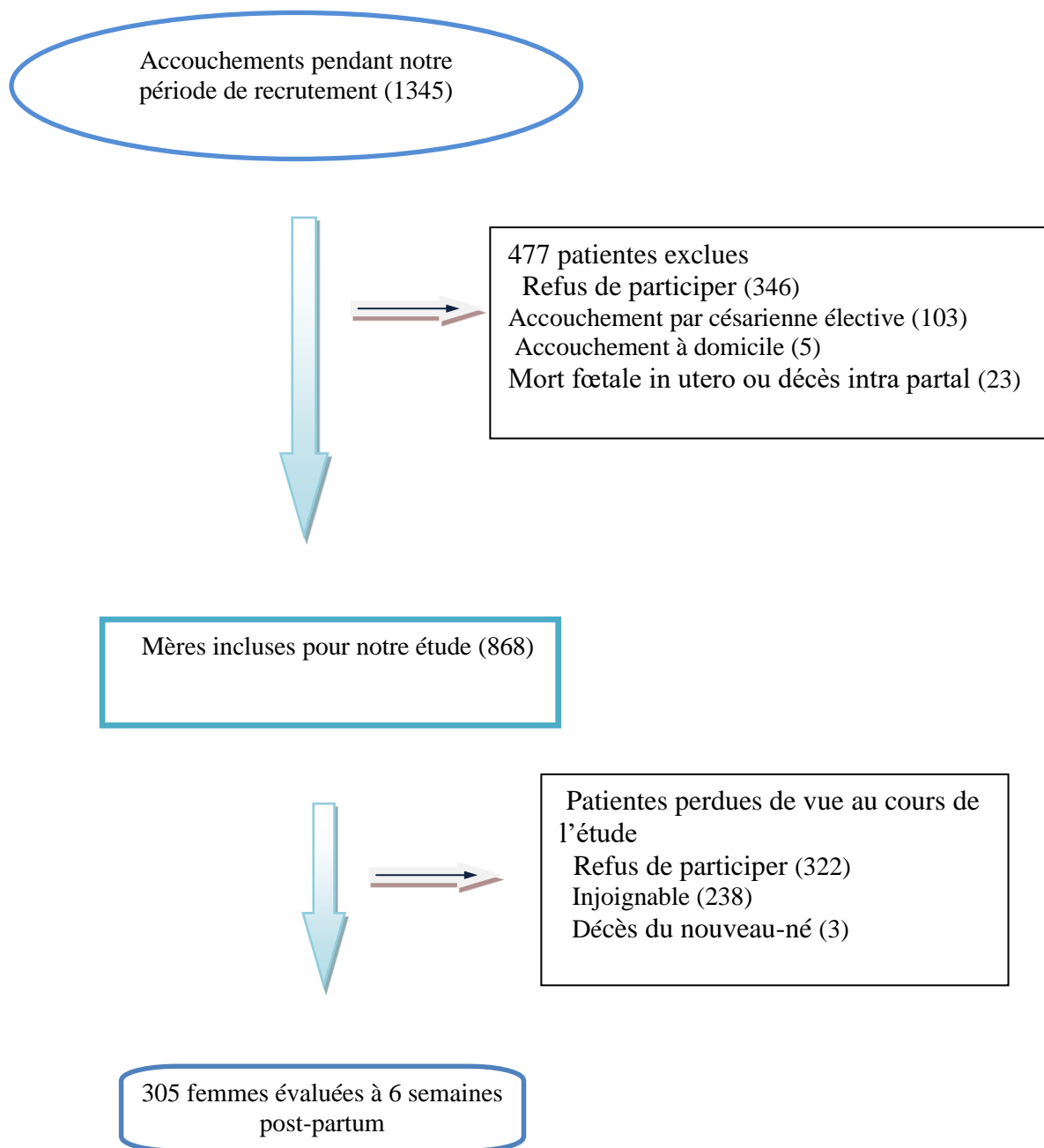
- Le principe de l'intérêt et du bénéfice de la recherche ;
- Le principe de l'innocuité de la recherche ;
- Le respect de l'intimité des participants ;
- La confidentialité ;
- La justice c'est-à-dire le sujet est libre de participer ou non à l'étude et ne saurait subir un quelconque préjudice en cas de refus.

De ce fait, le protocole de recherche a été soumis au Comité d'Ethique de la Faculté de médecine et des Sciences Biomédicales de l'Université de Yaoundé I pour la vérification de la conformité et de l'éthique médicale. Sur le terrain, nous avons obtenu un consentement verbal des patientes avant leur recrutement. Les informations collectées à l'aide d'un questionnaire (annexe 2) au cours de notre étude n'ont été utilisées que dans un but scientifique.

## **Chapitre IV : RÉSULTATS**

#### IV.1 Schéma d'étude

Au cours de notre période d'étude nous avons eu un total de 1345 femmes ayant accouchées.

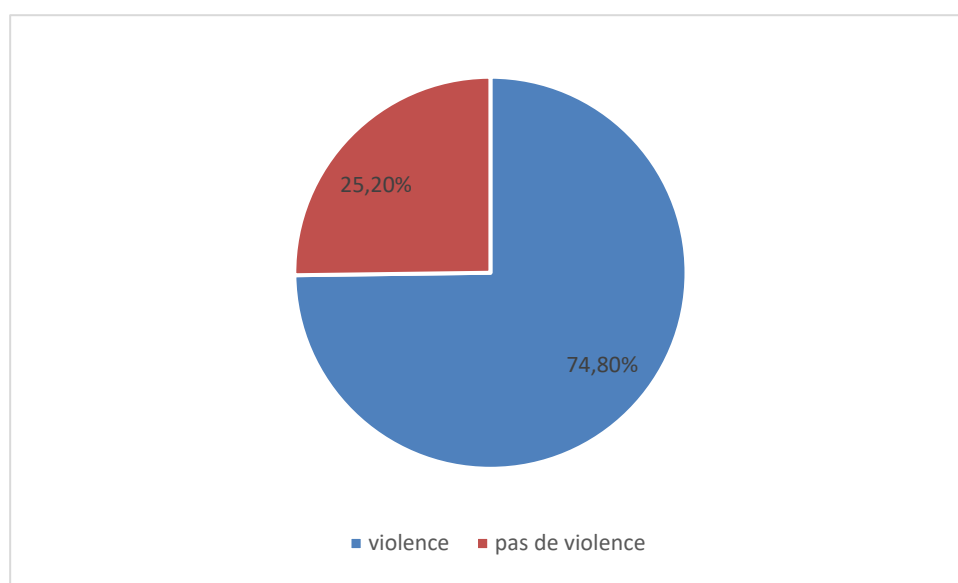


**Figure 2 :** Représentation du schéma d'étude.

## **IV.2. Profil épidémiologique des femmes ayant subi des violences lors de l'accouchement en établissement**

### **IV.2.1. Prévalence des violences obstétricales**

Parmi les 868 femmes participant à l'étude, plus de la moitié (74,8 % ; 649/868) ont été victimes de violences obstétricales durant l'accouchement.



**Figure 3:** Prévalence des violences obstétricales

### **IV.2.2. Caractéristiques sociodémographiques des participantes**

Parmi les 868 femmes participantes à l'étude, plus d'un tiers (34,2 %) étaient âgées de 25 à 29 ans, avec une moyenne d'âge de  $26 \pm 6,379$  ans. La majorité des participantes (80,7 %) ont été recrutées dans des établissements de santé publique. Plus de la moitié d'entre elles (57,8 %) étaient célibataires, et une large majorité (87,1 %) se déclarait chrétienne. En ce qui concerne le niveau d'étude, près de la moitié des répondantes (49,9 %) avaient un niveau secondaire. La majorité (58,2 %) des participantes avaient un revenu mensuel inférieur à 100 000 francs. (Tableau Ia et Ib).

**Tableau Ia : Caractéristiques sociodémographiques des participantes**

<b>Variables</b>	<b>Effectifs (N = 868)</b>	<b>Fréquences (%)</b>
<b>Âge</b>		
Moins de 19 ans	109	12,6
20-24 ans	214	24,6
25-29 ans	297	34,2
30-34 ans	144	16,6
35 ans et plus	104	12,0
<b>Site de recrutement</b>		
Public	701	80,7
Privé	167	19,3
<b>État civil</b>		
Mariée	342	39,4
Célibataire	502	57,8
Veuve	24	2,8
<b>Profession</b>		
Secteur public	84	9,7
Secteur privé	134	15,4
Secteur informel	195	22,5
Élève/Étudiante	190	21,9
Ménagère	264	30,4
Sans emploi	1	0,1
<b>Religion</b>		
Chrétienne	756	87,1
Musulmane	99	11,4
Autres	13	1,5

**Tableau IIb :** Caractéristiques sociodémographiques des participantes (suite)

<b>Variables</b>	<b>Effectif(N=868)</b>	<b>Fréquences (%)</b>
<b>Région d'origine</b>		
Extrême-Nord	20	2,3
Nord	9	1,0
Adamaoua	4	0,5
Centre	279	32,1
Sud	87	10,0
Est	62	7,1
Ouest	275	31,7
Sud-Ouest	6	0,7
Nord-Ouest	32	3,7
Littoral	69	8,0
Étranger	25	2,9
<b>Niveau d'étude</b>		
Non scolarisée	41	4,7
Primaire	35	4,0
Secondaire	433	49,9
Supérieure	359	41,4
<b>Revenu mensuel</b>		
Moins de 100 000	505	58,2
100 000-200 000	260	30,0
Plus de 200 000	103	11,8
<b>Statut du conjoint</b>		
Médecin	59	10,5
Enseignant	97	17,3
Homme en tenue	84	15,0
Cadre administratif	321	57,2

#### **IV.2.3. Caractéristiques obstétricales**

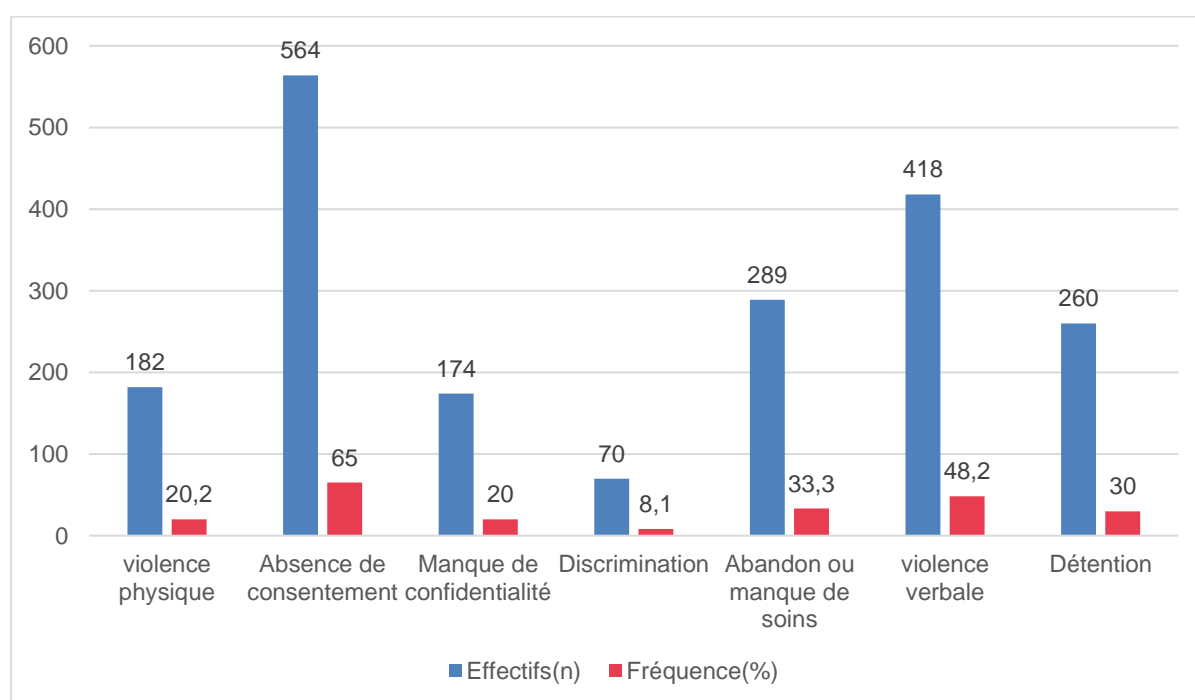
La majorité des participantes (70,9 %) étaient multipares, et 60,1 % d'entre elles avaient effectué au moins une consultation prénatale. De plus, 52,4 % des femmes ont été admises dans l'établissement à la suite d'une référence. La grande majorité des accouchements (82,9 %) s'est déroulée par voie vaginale, et plus de la moitié (56,4 %) a eu lieu durant la nuit. Par ailleurs, 59,8 % des participantes ont accouchées sous la supervision d'un résident ou d'un interne. (Tableau II).

**Tableau III : Caractéristiques obstétricales**

<b>Variables</b>	<b>Effectif (N = 868)</b>	<b>Fréquences (%)</b>
<b>Parité</b>		
Primipare	252	29,1
Multipare	616	70,9
<b>Nombre de consultations prénatales</b>		
Moins de 4	346	39,9
4 et plus	522	60,1
<b>Mode d'admission</b>		
Référée	455	52,4
Venue d'elle-même	413	47,6
<b>Heure d'accouchement</b>		
Journée	379	43,6
Nuit	489	56,4
<b>Voie d'accouchement</b>		
Césarienne	148	17,1
Voie basse	720	82,9
<b>Personnel accoucheur</b>		
Sage-femme	181	20,4
Gynécologue	168	19,4
Résident/interne	519	59,8

### IV.3. Caractéristiques des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement

Les violences obstétricales ont été évaluées à l'aide de 17 questions. Les femmes ayant déclaré avoir subi au moins une forme de violence ont été comptabilisées. La principale forme de violence obstétricale identifiée était les soins non consentis, rapportés par 65 % des mères (564 femmes). La violence verbale était le deuxième type de violence le plus souvent signalé, avec 48,2 % des participantes l'ayant vécue. La négligence a été rapportée par 33,3 % des mères, et la violence physique par 20,2 %. De plus, 30 % des femmes ont signalé avoir subi des détentions abusives (**Figure 4**).



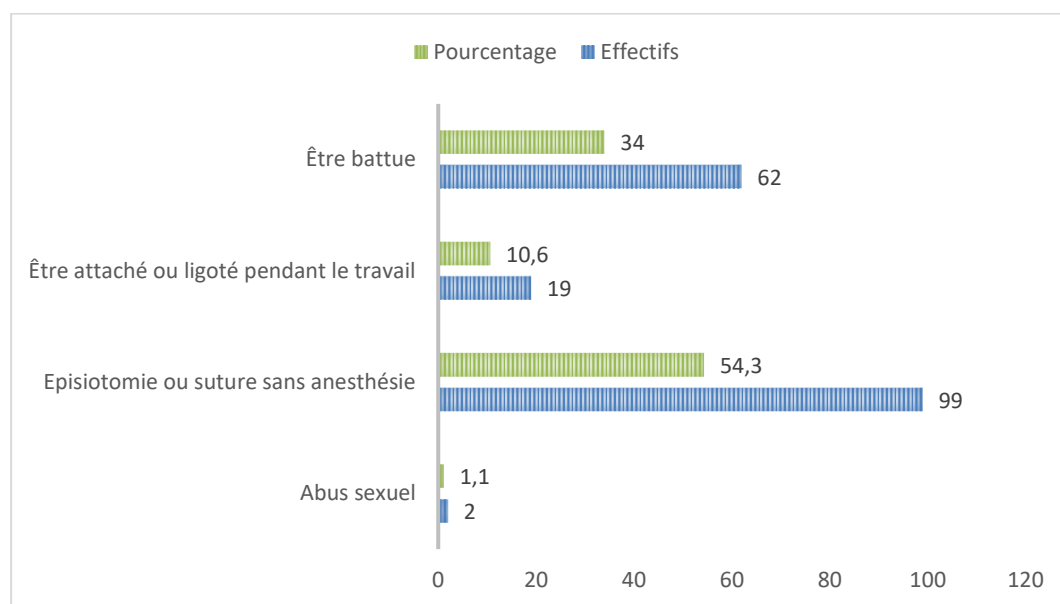
**Figure 4:** Catégorie de violence obstétricale

#### IV.3. 1. Caractéristiques des violences obstétricales

##### ➤ Violences physiques

Les violences physiques ont été retrouvées chez 182 participantes. Parmi celles-ci, 54,3 % (99/182) ont subi des épisiotomies et des réparations sans anesthésie, 34 % (62/182) ont été frappées, et 10,6 % (19/182) ont été attachées ou ligotées pendant le travail (**Figure 5**).

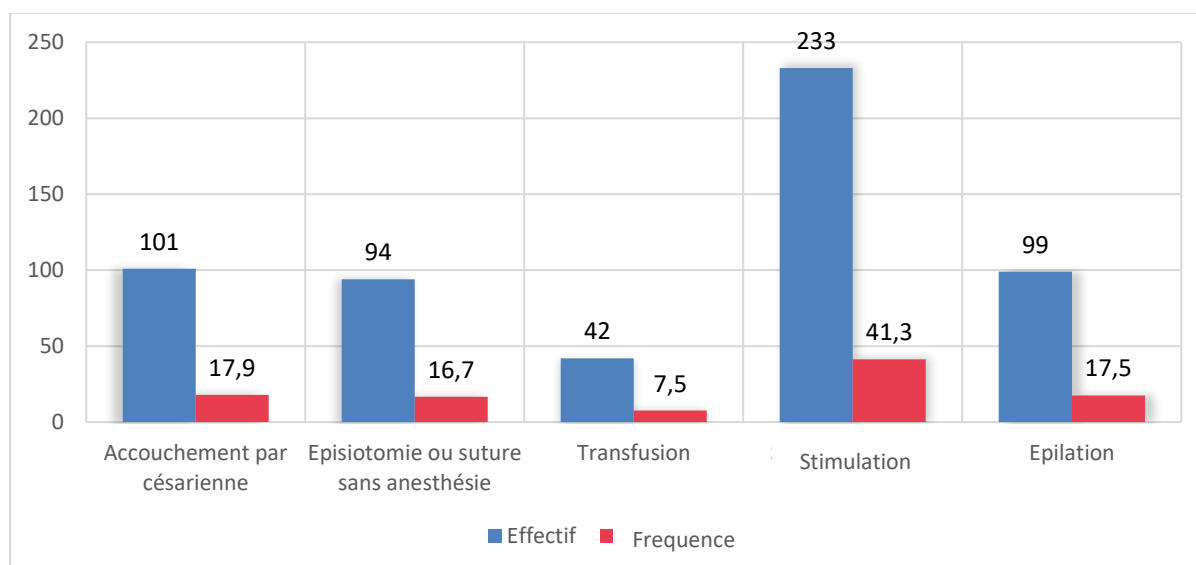




**Figure 5:** Types de violences physiques

### ➤ Soins sans consentement

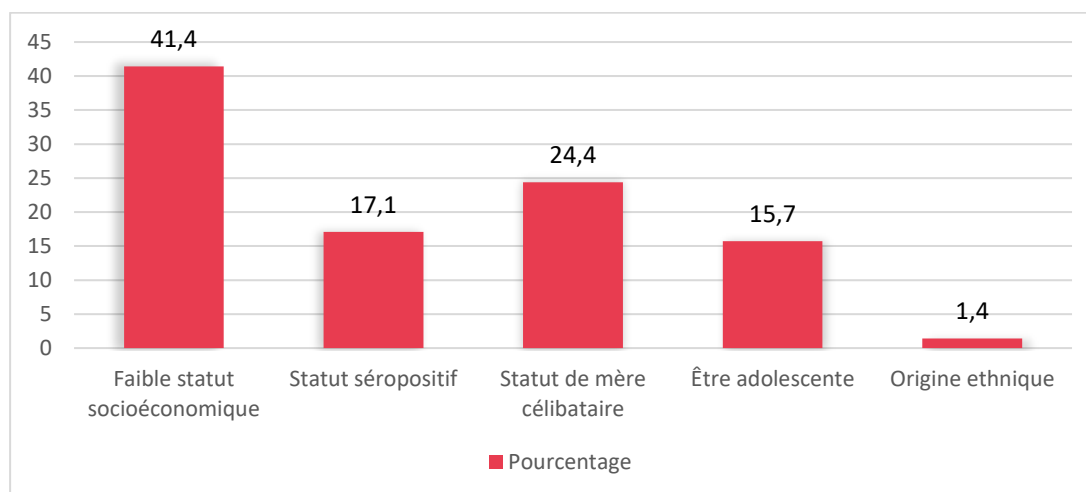
Les soins reçus sans consentement ont été rapportés par 564 participantes. Parmi elles, 41,3 % (233/564) ont déclaré avoir reçu une stimulation du travail sans leur consentement, et 17,9 % (101/564) ont subi une césarienne sans consentement éclairé (**Figure 6**).



**Figure 6:** Classification des soins sans consentement

### ➤ Discrimination :

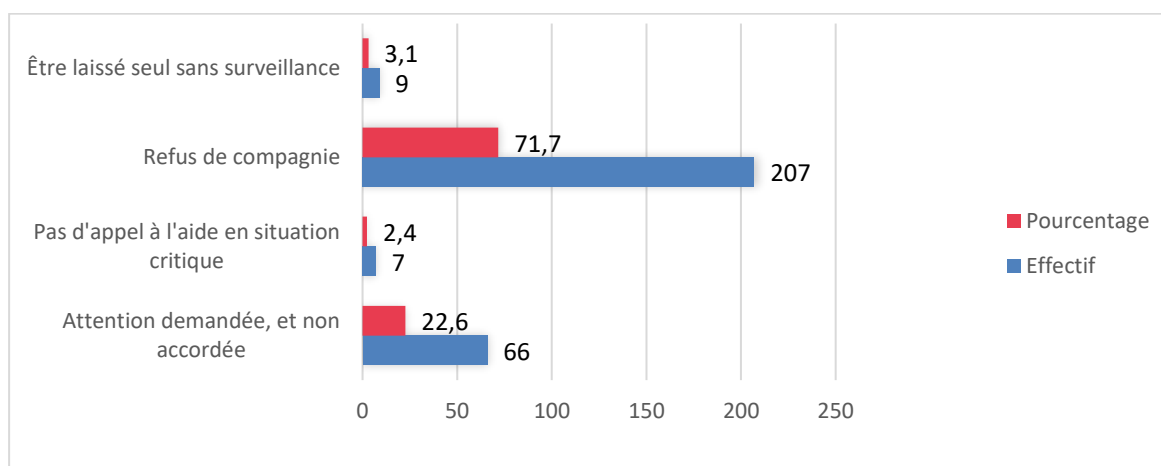
Dans notre échantillon, 70 participantes ont subi des discriminations. Parmi elles, 29 (41,4 %) ont été discriminées en raison de leur faible statut socio-économique, 12 (17,1 %) en raison de leur statut séropositif au VIH, et 17 (24,4 %) en raison de leur statut de mère célibataire (Figure 7).



**Figure 7:** Classification des discriminations

### ➤ Négligence ou manque de soins

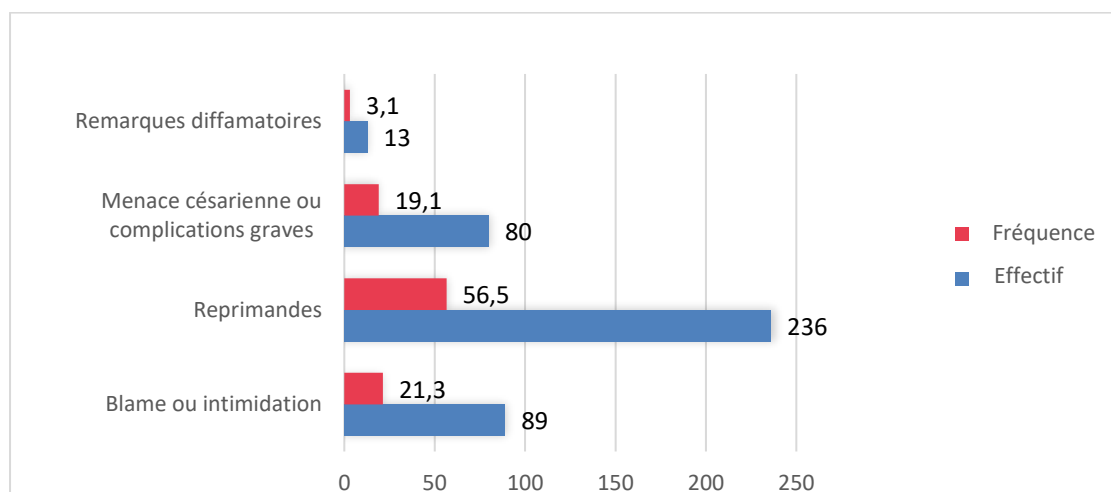
Dans notre échantillon, 289 participantes ont subi un abandon ou un manque de soins. Parmi elles, 207 (71,7 %) ont fait l'expérience d'un refus de compagnie pendant l'accouchement, 66 (22,8 %) n'ont pas reçu l'attention demandée, et 9 (3,1 %) ont été laissées sans surveillance.



**Figure 8:** Classification des négligences

➤ **Violence verbale**

Les violences verbales ont été observées chez 418 participantes. Parmi celles-ci, 236 (56,5 %) ont été réprimandées, 89 (21,3 %) ont été blâmées ou intimidées, et 80 (19,1 %) ont été menacées de césarienne ou de complications graves.



**Figure 9:** Classification des violences verbales

**IV.4. Facteurs associés à la survenue de soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement**

Afin de ressortir les facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population cible, nous avons mené une analyse bivariée puis multivariée qui a montré que plusieurs facteurs significativement associés à la violence obstétricale, incluant le site de recrutement (hôpital public), le mode d'admission (référé), l'heure d'accouchement (nuit) et le statut du conjoint (sans emploi). Les autres variables, bien que certaines montrent des tendances intéressantes, n'ont pas d'association significative robuste après ajustement.

**Tableau IVa : Analyse bivariée des potentiels facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population**

Variables	Violence Obstétricale (N=868)		Total (%)	OR	P-valeur
	Oui (74,8%)	Non (25,2%)		(95% IC)	
Âge					
Moins de 19 ans	80(7,1)	13(6)	109 (12,6)	1	
20-24 ans	208(36,9)	54(24,9)	214 (24,6)	1,14(1,05-1,23)	0 ,071
25-29 ans	214(31,5)	60(27,6)	297 (34,2)	3,7(2,91-6,42)	0,161
30-34 ans	101(17,1)	53(24,4)	144(16,6)	0,81(0,71-0,93)	0,079
35 ans et plus	67(10,4)	37(17,1)	104(12)	0,84(72-0,97)	0,177
Site de recrutement					
Public	630(86,3)	40(64,4)	701(80,8)	3,1(2,29-4,73)	
Privé	19(14)	44(20,2)	134(15,6)	1	<0,0001
État civil					
Mariée	282(44)	72(35,5)	342(39,4)	1,21(1,12-1,3)	0,077
Célibataire	359(56)	143(66,5)	502(57,8)	1	
Profession					
Secteur public	54(8,4)	30(13,8)	84(9,7)	0,84 (0,72-1,00)	0,018
Secteur privé	90(14)	44(20,2)	134(15,4)	1,06 (0,88-1,27)	0,223
Secteur informel	147(22,9)	39(17,9)	195(22,5)	1,31 (0,96-1,79)	0,070
Élève/Étudiante	150(23,4)	45(20,6)	190(21,9)	1,14 (0,87-1,48)	0,229
Ménagère	200(31,2)	59(27,1)	264(30,4)	1,15 (0,90-1,46)	0,143
Sans emploi	0(0,0)	1(0,5)	1(0,1)	1	
Parité					
Primipare	189 (75,0)	63 (25,0)	252(29,1)	1	
Multipare	136 (22,0)	480 (78,0)	616(70,9)	0,89 (0,63-1,27)	0,385
Niveau d'étude					
Non scolarisée	34(5,2)	7(3,2)	41(4,7)	1	0,14
Primaire	25(3,9)	10(4,6)	35(4)	1,17 (0,80-1,71)	0,38
Secondaire	334(51,5)	99(45,2)	433(49,9)	1,10 (0,97-1,25)	0,064
Supérieure	256(39,4)	103(47)	359(41,4)	0,92 (0,82-1,03)	0,030
Mode d'admission					
Référée	372(60,8)	93(42,5)	455(52,4)	2,57(2,05-4,23)	
Venu d'elle-même	276(41,3)	107(48,9)	413(47,6)	1	0,001

**Tableau Vb : Analyse bivariée des potentiels facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population (Suite)**

Variables	Violence Obstétricale (N=868)		Total (%)	OR	P-valeur	aOR	P-valeur
	Oui (74,8%)	Non (25,2%)		(95% IC)		(95% IC)	
Voie accouchement							
Césarienne	48(32,5)	100(67,5)	148(17,1)	1,25 (0,95-1,62)	0,076	1,20 (0,90-1,60)	0,150
Voie basse	146(20,3)	574 (79,7)	720(82,9)	1		1	
Heure d'accouchement							
Journée	282(44)	143(66,5)	502(57,8)	1		1	
Nuit	359(56)	72(35,5)	342(39,4)	1,21(1,12-1,3)	0,003	3,39 (1,17-9,83)	0,024
Revenu mensuel							
Moins de 100 000	205(31,6)	75(36,6)	505(58,2)	1		1	
100 000-200 000	215(33,1)	46(22,4)	260(30)	1,12(1,04-1,21)	0,002	1,09 (1,01-1,18)	0,014
Plus de 200 000	46(7,1)	19(9,3)	103(11,8)	1,16 (0,96-1,41)	0,189	0,88 (0,64-1,22)	0,220
Personnel accoucheurs							
Sagefemme	215(17(80,2)	66(30,1)	181(20,9)	1		1	
Gynécologue	130(20)	38(17,4)	168(19,4)	1,81(0,72-0,91)	0,222	1,12 (0,78-1,62)	0,315
Résident/interne	404(62,2)	115(52,2)	519(59,8)	1,10(1,02-1,20)	0,007	1,08 (0,98-1,18)	0,115
Relation avec personnel en salle d'accouchement							
Parenté	100(16)	8(3,7)	57(6,6)	1		1	
Connaissance ancienne /amitié	210(43,3)	105(58,1)	406(47)	0,86(0,79-0,93)	0,145	0,88 (0,81-0,95)	0,190
Connaissance nouvelle	319(49,2)	102(45,1)	401(46,4)	1,11(1,03-1,2)	0,113	1,09 (1,01-1,18)	0,160
Statut du conjoint							
Médecin	27(4,2)	89(40,6)	116(12,3)	1		1	
Enseignant	65(10,1)	23(10,1)	98(11,4)	1,04 (0,78-1,37)	0,432	1,08 (0,80-1,45)	0,420
Homme en tenus	78(12,1)	28(12,8)	106(12,3)	1,02 (0,76-1,38)	0,437	1,05 (0,78-1,40)	0,350
Cadre administratif	255(39,6)	76(33,1)	323(37,4)	1,14 (0,95-1,38)	0,114	1,13 (0,93-1,38)	0,210
Sans emploi	219(34)	3(1,3)	230(26,7)	3,42 (1,33-4,50)	0,002	3,16 (2,11-4,95)	0,001

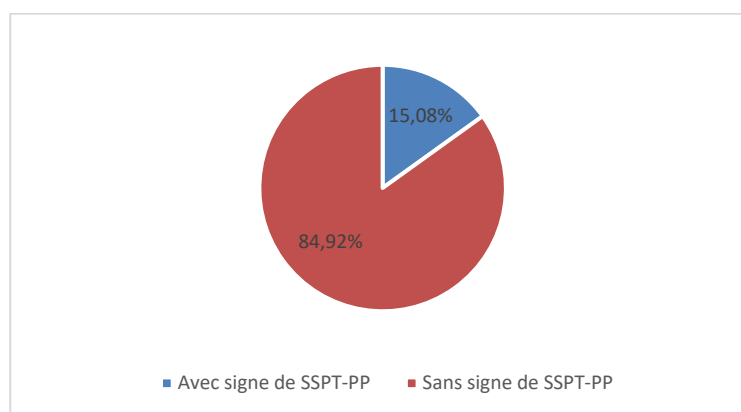
**Tableau VI :** Analyse multivariée des potentiels facteurs associés à la violence obstétricale dans notre population

Variables	Violence Obstétricale		Total (%)	OR		aOR	
	(N = 868)			(95% IC)	P-valeur	(95% IC)	P-valeur
	Oui (74,8%)	Non (25,2%)					
Site de recrutement							
Public	630(86,3)	40(64,4)	701(80,8)	3,1(2,29-4,73)	<0,0001	4,19 (3,04-11,9)	<0,0001
Privé	19(14)	44(20,2)	134(15,6)	1		1	
Profession							
Secteur public	54(8,4)	30(13,8)	84(9,7)	0,84(0,72-1,0)	0,018	0,88(0,75-1,03)	0,080
Sans emploi	0(0,0)	1(0,5)	1(0,1)	1		1	
Niveau d'étude							
Non scolarisée	34(5,2)	7(3,2)	41(4,7)	1		1,19(0,81-1,73)	0,220
Supérieure	256(39,4)	103(47)	359(41,4)	0,92(0,82-1,03)	0,030	0,95(0,84-1,09)	0,370
Mode d'admission							
Référée	372(60,8)	93(42,5)	455(52,4)	2,57(2,05-4,23)	0,001	2,11(1,71-2,56)	<0,0001
Venu d'elle-même	276(41,3)	107(48,9)	413(47,6)	1		1	
Sans emploi	219(34)	3(1,3)	230(26,7)	3,42 (1,33-4,50)	0,002	3,16(2,11-4,95)	0,001
Heure d'accouchement							
Journée	282(44)	143(66,5)	502(57,8)	1		1	
Nuit	359(56)	72(35,5)	342(39,4)	1,21(1,12-1,3)	0,003	3,39 (1,17-9,83)	0,024
Revenu mensuel							
Moins de 100 000	205(31,6)	75(36,6)	505(58,2)	1		1	
100 000-200 000	215(33,1)	46(22,4)	260(30)	1,12(1,04-1,21)	0,002	1,09 (1,01-1,18)	0,014
Personnel accoucheurs							
Sagefemme	215(80,2)	66(30,1)	181(20,9)	1		1	
Résident/interne	404(62,2)	115(52,2)	519(59,8)	1,10(1,02-1,20)	0,007	1,08 (0,98-1,18)	0,115
Statut du conjoint							
Médecin	27(4,2)	89(40,6)	116(12,3)	1		1	
Sans emploi	219(34)	3(1,3)	230(26,7)	3,42 (1,33-4,50)	0,002	3,16 (2,11-4,95)	0,001

#### **IV.5. Evaluer le lien entre la dépression du post-partum, le syndrome de stress post-traumatique du post-partum et les violences obstétricales.**

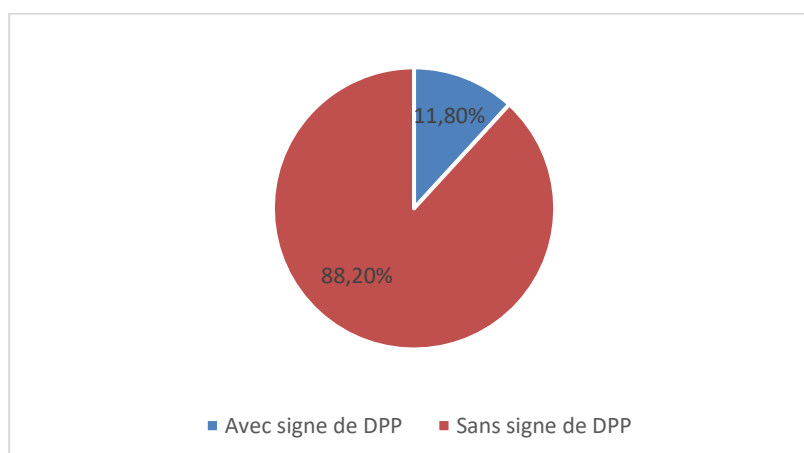
##### **a) Prévalence la dépression du post-partum et du syndrome de stress post-traumatique du post-partum**

Dans notre étude, la prévalence du syndrome de stress post-traumatique du post-partum, mesurée à six semaines après l'accouchement, était de 15,08%. Cette prévalence indique que près de 1 femme sur 7 dans notre population d'étude présente des signes de ce syndrome à ce moment précis.



**Figure 10:** Prévalence du syndrome de stress post-traumatique du post-partum

La prévalence de la dépression du post-partum, également évaluée à six semaines post-partum, était de 11,8%. Ce taux suggère qu'environ 1 femme sur 9 dans notre étude est affectée par des symptômes dépressifs au cours de cette période.



**Figure 11:** Prévalence de la dépression du post-partum

## **b) Facteurs associés à la dépression du post partum et au syndrome de stress post-traumatique du post-partum**

Les analyses ajustées révèlent que les facteurs les plus significativement associés au syndrome de stress post-traumatique du post-partum sont la violence obstétricale (aOR = 7,39,  $p < 0,0001$ ) et la détention (aOR = 12,16,  $p < 0,0001$ ). La violation du secret médical reste également associée de manière significative (aOR = 3,39,  $p = 0,024$ ). D'autres facteurs comme la violence physique (aOR = 2,92,  $p = 0,087$ ), le service sans consentement (aOR = 5,90,  $p = 0,078$ ), la discrimination (aOR = 2,30,  $p = 0,123$ ), et les soins irrespectueux (aOR = 2,50,  $p = 0,095$ ) montrent des associations moins significatives. L'abandon ou négligence ne présente pas d'association significative (aOR = 1,15,  $p = 0,460$ ).

**Tableau VII :** Analyse bivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de stress post-traumatique du postpartum

Variables	Total (N = 305)	Syndrome de Stress Post- Traumatique du Post-Partum		OR (95% IC)	Valeur p
		Oui	Non		
		(46 ; 15,08%)	(259; 84,92%)		
<b>Violence obstétricale</b>	305 (100%)	32 (69,6%)	116 (44,8%)	2,42(1,34-4,35)	<b>0,002</b>
<b>Violence Physique</b>	305 (100%)	12 (26,1%)	19 (7,3%)	3,17(1,81-5,37)	<b>0,001</b>
<b>Service Sans Consentement</b>	305 (100%)	32 (69,6%)	44 (17%)	6,88(3,80-12,20)	<b>0,000</b>
<b>Violation du Secret Médical</b>	305 (100%)	21 (45,7%)	27 (10,4%)	4,49 (2,75-7,35)	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Discrimination</b>	305 (100%)	13 (28,3%)	27 (10,4%)	2,61(1,50-4,51)	<b>0,002</b>
<b>Abandon ou Négligence</b>	305 (100%)	17 (37%)	75 (29%)	1,28(0,85-1,94)	0,179
<b>Soins Irrespectueux</b>	305 (100%)	16 (34,8%)	34 (13,1%)	2,72 (1,60-4,60)	<b>0,001</b>
<b>Détention</b>	305 (100%)	27 (58,7%)	23 (8,9%)	7,24 (4,38-11,97)	<b>&lt;0,0001</b>



**Tableau VIII :** Analyse Multivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de stress post-traumatique du postpartum

Variables	Total (N = 305)	Syndrome de Stress Post-Traumatique du Post-Partum		OR (95%IC)	Valeur-p	aOR (95% IC)	Valeur-p
		Oui	Non				
		(46 ;15,08%)	(259; 84,92%)				
<b>Violence obstétricale</b>	305 (100%)	32 (69,6%)	116 (44,8%)	2,42(1,34-4,35)	0,002	7,39(3,04-17,9)	<b>&lt;0,0001</b>
<b>Violence Physique</b>	305 (100%)	12 (26,1%)	19 (7,3%)	3,17(1,81-5,37)	0,001	2,92 (1,62-5,26)	0,087
<b>Service Sans Consentement</b>	305 (100%)	32 (69,6%)	44 (17%)	6,88(3,80-12,20)	0,000	5,90 (3,10-11,21)	0,078
<b>Violation du Secret Médical</b>	305 (100%)	21 (45,7%)	27 (10,4%)	4,49(2,75-7,35)	0,000	3,39(1,17-9,83)	<b>0,024</b>
<b>Discrimination</b>	305 (100%)	13 (28,3%)	27 (10,4%)	2,61(1,50-4,51)	0,002	2,30 (1,27-4,15)	0,123
<b>Soins Irrespectueux</b>	305 (100%)	16 (34,8%)	34 (13,1%)	2,72(1,60-4,60)	0,001	2,50 (1,43-4,35)	0,095
<b>Détention</b>	305 (100%)	27 (58,7%)	23 (8,9%)	7,24(4,38-11,97)	0,000	12,16(4,11-35,95)	<b>&lt;0,0001</b>

**Tableau IX :** Analyse Bivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de dépression du postpartum

Variables	Total (N = 305)	Dépression post-partum		OR (95% IC)	Valeur p
		Oui	Non		
		(36 ; 11,8%)	(269 ; 88,2%)		
<b>Violence obstétricale</b>	305 (100%)	45 (16,7%)	81 (26,56%)	1,55 (1,18-2,05)	<b>0,001</b>
<b>Violence Physique</b>	305 (100%)	29 (80,0%)	98 (36,4%)	1,75 (1,03-2,95)	<b>0,022</b>
<b>Service Soins Irrespectueux</b>	305 (100%)	3 (7,1%)	25 (9,3%)	3,44 (1,98-5,97)	0,389
<b>Violation du Secret Médical</b>	305 (100%)	15 (41,0%)	0 (0,0%)	4,66 (2,29-9,48)	<b>0,007</b>
<b>Discrimination</b>	305 (100%)	11 (31,6%)	98 (36,6%)	0,43 (0,13-1,30)	0,107
<b>Service Sans Consentement</b>	305 (100%)	7 (20,0%)	0 (0,0%)	3,50 (2,07-6,78)	<b>0,003</b>
<b>Abandon ou Négligence</b>	305 (100%)	12 (33,1%)	60 (22,4%)	1,12 (1,04-1,21)	<b>0,002</b>
<b>Détention</b>	305 (100%)	11 (31,6%)	98 (36,6%)	0,95 (0,56-1,63)	0,607

**Tableau X :** Analyse Multivariée des facteurs potentiels associés au syndrome de dépression du postpartum

Variables	Total (N = 305)	Dépression post-partum		OR (95% IC)	Valeur-p	aOR (95% IC)	Valeur-p
		Oui (36 ; 11,8%)	Non (269 ; 88,2%)				
<b>Violence obstétricale</b>	305 (100%)	45 (16,7%)	81 (26,56%)	1,55 (1,18-2,05)	0,001	4,39(3,04-17,9)	<b>0,004</b>
<b>Violence Physique</b>	305 (100%)	29 (80,0%)	98 (36,4%)	1,75 (1,03-2,95)	0,022	6,39(2,17-9,83)	<b>0,024</b>
<b>Violation du Secret Médical</b>	305 (100%)	15 (41,0%)	1 (1,0%)	4,66 (2,29-9,48)	0,007	3,82 (1,75-8,36)	0,087
<b>Service Sans Consentement</b>	305 (100%)	7 (20,0%)	1 (1,0%)	3,50 (2,07-6,78)	0,003	3,16(4,11-22,95)	<b>0,008</b>
<b>Abandon ou Négligence</b>	305 (100%)	12 (33,1%)	60 (22,4%)	1,12 (1,04-1,21)	0,002	1,15 (1,03-1,28)	0,234

## **Chapitre V : DISCUSSION**

## **V.1. Forces et Limites de l'étude**

Le biais d'auto déclaration, manque de connaissances sur les violences obstétricales chez les participants et l'absence d'outils validés pour évaluer les violences obstétricales ont été considérés comme des limites de notre étude.

## **V.2. Description du profil épidémiologique des femmes ayant subi des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement**

### **V.2.1. Prévalence des violences obstétricales**

Dans notre étude, la majorité des femmes (74,8 %) ont subi au moins un type de mauvais traitement pendant l'accouchement. Cela indique que seulement 25,2 % des mères n'ont pas subi de violence malgré le fait que de l'OMS recommande que chaque femme soit traitée de manière humaniste et respectueuse [1]. Nos résultats sont similaires à l'étude menée dans la région d'Amhara, au nord-ouest de l'Éthiopie et à Addis-Abeba où l'ampleur globale des violences obstétricales était respectivement de 75,1 et 78% respectivement [35,36]. Ce résultat est plus élevé que les études menées en Espagne où 44% des femmes ont déclaré avoir subi des procédures inutiles et/ou douloureuses lors de l'accouchement actuel. L'écart est dû au fait que l'étude précédente en Espagne portait sur « *l'interventionnisme et la médicalisation pendant l'accouchement* », qui est une forme particulière de violence obstétricale [37]. Notre résultat est également plus élevé que ceux de l'étude menée au Brésil, où 12,6 % des mères ont subi des violences pendant le travail et l'accouchement [38]. La différence peut s'expliquer par le contexte socio-économique des participantes ; le niveau d'éducation pourrait influencer l'ampleur de la violence pendant l'accouchement. Dans l'étude menée au Brésil, 77,4 % des participantes avaient fait des études supérieures, alors que dans notre étude 41,4 % seulement. Un niveau d'éducation élevé est un facteur protecteur contre les violences obstétricales [39,40]. Nos chiffres sont aussi plus élevés que les études communautaires précédentes menées au Kenya, dans le Tigré, et en Éthiopie dans lesquelles 20 % et 22 % des mères ont subi des violences obstétricales [16,41]. Ceci est probablement dû à l'époque à laquelle l'étude a été menée, car le terme de violence obstétricale est nouvellement connu comme étant une violation des droits de l'homme, les mères peuvent ne pas la signaler comme une violation de leurs droits et la considérer plutôt comme une pratique obstétricale normale [38]. Nos résultats sont plus bas que ceux qui ont été rapportés par des études menées en Éthiopie dans la province de Jimma (97%) [42] et au Nigeria (98 %) [12]. Cette différence peut s'expliquer par des raisons

socioéconomiques qui influencent la survenue des violences lors de l'accouchement.

### **V.2.2. Caractéristiques sociodémographiques et obstétricales**

Les caractéristiques démographiques et socio-économiques de notre échantillon montrent que les femmes les plus vulnérables sont également les plus exposées aux mauvais traitements. Plus de la moitié des participantes (57,8 %) étaient célibataires, 58,2 % avaient un salaire inférieur à 100 000 FCFA par mois, et 49,9 % avaient un niveau d'étude secondaire. Ses caractéristiques sont similaires à ceux identifiés dans d'autres études africaines, où les femmes pauvres, peu instruites, et non mariées sont souvent les plus maltraitées en raison de leur faible pouvoir décisionnel et de la stigmatisation sociale [43]. En France, les femmes migrantes ont signalé des taux plus élevés de maltraitance, souvent en raison de barrières linguistiques et d'un accès limité aux services de santé [44]. Aux États-Unis, des taux de mortalité maternelle et de morbidité bien supérieurs à ceux des femmes blanches, souvent en raison de traitements différenciés basés sur des préjugés raciaux [45]. Les mauvais traitements pendant l'accouchement sont souvent plus fréquents dans les établissements de santé publique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, où les ressources sont limitées et où le personnel de santé est surchargé. Dans notre étude, 80,7 % des femmes ont été recrutées dans des établissements publics. Ceci est cohérent avec les résultats d'autres études africaines, où les hôpitaux publics, souvent sous-financés, sont le théâtre de pratiques abusives en raison des conditions de travail difficiles [46].

En revanche, en Europe et aux États-Unis, les mauvais traitements sont signalés à la fois dans les établissements publics et privés, bien que les soins soient généralement perçus comme étant de meilleure qualité dans les établissements privés, où la personnalisation des soins est plus fréquente [47]. Cependant, les contraintes financières limitent l'accès à ces services pour de nombreuses femmes, exacerbant les inégalités dans les soins obstétricaux. Les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) soulignent l'importance de fournir des soins respectueux et humanisés à toutes les femmes pendant l'accouchement. Toutefois, malgré ces directives, les violations de ces principes restent fréquentes, tant dans les pays à revenu élevé que dans ceux à revenu faible ou intermédiaire. Nos résultats, tout comme ceux des études menées dans d'autres régions, montrent que de nombreuses femmes continuent de subir des mauvais traitements, ce qui souligne la nécessité urgente de réformes dans les systèmes de santé pour garantir le respect des droits des femmes pendant l'accouchement[48] .

---

### **V.2.3. Caractéristiques des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement**

La forme de violence obstétricale la plus fréquemment signalée dans notre étude était les soins non consentis, signalés par 65% des mères, suivis par les violences verbales, signalés par 48,2% des participantes. Ce résultat est similaire à ceux retrouvés à Amhara, en Éthiopie et au Ghana, où 63,6 % et 54,5 % des mères ont subi cette forme de violence obstétricale [49,50]. La forme de violence verbale la plus subie par les femmes était le fait d'être grondé par le praticien (56,5 %) Cette trouvaille est plus basse que celle retrouvée en Ethiopie ou 75 % de femmes jugeaient que le personnel s'exprimait avec un ton menaçant [42]. Cela peut également s'expliquer par les différences socioculturelles.

En outre, l'autre catégorie de violences obstétricales subies par les femmes lors de l'accouchement dans notre étude était la violence physique, 20,2% des mères ont déclaré avoir subi des violences physiques lors de l'accouchement en établissement. Ce résultat est similaire à celui de l'étude menée au Ghana, où 35,7 % des mères ont déclaré avoir subi ce type de violence obstétricale [50]. Cependant, il diffère de l'étude menée en Tanzanie, dans laquelle seulement 15% des mères ont subi cette forme de violence obstétricale [51]. Cette incohérence pourrait être due aux différences entre les politiques de santé. Ce résultat sur cette catégorie de violence obstétricale est également inférieure à l'étude menée à Jimma, en Éthiopie, où 87,9 % des femmes n'étaient pas protégées contre les dommages physiques ou les mauvais traitements pendant le travail et l'accouchement [42]. Cela peut s'expliquer par la petite taille de l'échantillon de l'étude précédente et le contexte de l'étude, puisque l'étude menée à Jimma était basée sur une institution.

D'après nos résultats, l'autre catégorie de violences obstétricales subies par les femmes est celle des soins non-confidentiels, où 20% des mères ont signalé cette forme de violence obstétricale. Ce résultat est légèrement inférieur à l'étude menée dans la région d'Amhara, en Éthiopie, où plus d'un tiers des mères ont subi cette forme de violence obstétricale [49]. Cela est probablement dû aux caractéristiques obstétricales des participantes à l'étude

### **V.2.4. Facteurs associés à la survenue de soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement en établissement**

L'association des caractéristiques sociodémographiques des femmes interrogées, leurs caractéristiques obstétricales et les facteurs liés aux services avec l'expérience de la violence obstétricale lors d'un accouchement en établissement ont été étudiées. Le lieu d'accouchement, l'Age, la parité, l'État civil, la profession le niveau d'éducation, le mode d'admission, la voie

d'accouchement, l'heure de l'accouchement, la qualification de l'accoucheur, le revenu mensuel et la profession du conjoint ont été comparés avec la survenue des violences obstétricales lors d'un accouchement. Dans notre étude, accoucher dans un hôpital public augmente de 4,19 fois le risque de subir des violences obstétricales. Nos résultats sont semblables à ceux retrouvés en Palestine en 2022 [17] et en Tanzanie [29], ceci peut s'expliquer par le fait que les hôpitaux publics soient plus sollicités pour des accouchements que les structures privées ; Il peut en résulter une surcharge de travail pour les prestataires de soins de santé, ce qui affecte leurs performances et se répercute sur la qualité des soins prodigués aux femmes dans la plupart des hôpitaux publics [17,29]. Nous avons retrouvé que les femmes qui accouchaient pendant la nuit avaient 3,39 fois plus de chances de subir les violences que celles qui accouchaient en journée. Nos résultats sont semblables à ceux de deux études réalisées en Éthiopie [52,53] et une étude réalisée au Kenya [54]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le personnel et les ressources disponibles sont plus importants pendant la journée que pendant la nuit, et que l'encadrement et la supervision par les cadres supérieurs et les responsables de la santé sont très faibles pendant la nuit.

Notre étude a également révélé que les femmes enceintes référées vers la structure où l'accouchement a eu lieu étaient plus de deux fois plus susceptibles de signaler des VO pendant le travail et l'accouchement, par rapport à leurs homologues. Une étude menée en Espagne a montré que les femmes enceintes référées pour une césarienne urgente étaient au moins trois fois plus susceptibles de déclarer avoir subi une VO pendant le travail et l'accouchement que leurs homologues [55]. En Tanzanie, ce même facteur a été retrouvé [56]. Ce risque accru de VO chez les femmes référées pourrait être associé à l'attitude des prestataires de soins à l'égard des femmes qui tardent à demander des soins de maternité dans leurs structures, d'où une probabilité accrue de violence verbale et d'autres actes irrespectueux. D'après plusieurs études, la majorité des femmes orientées vers des soins de maternité spécialisés ont tendance à venir seules, sans être accompagnées par leur famille et sans moyen financier, ce qui augmente davantage le risque de subir des violences [46,57,58].

Le dernier facteur associé à la survenue des violences obstétricales dans notre étude était le fait d'avoir un conjoint sans emploi, ce qui multiplie le risque par 3,16. Ce phénomène est en corrélation avec le revenu familial. La même constatation a également été faite dans une étude menée en Inde par Jungari et al [18], qui ont indiqué que les femmes pauvres et de caste inférieure sont plus susceptibles d'être victimes de mauvais traitements et aux abus pendant l'accouchement. En outre, une autre étude menée en Tanzanie a révélé que les femmes pauvres issues de familles pauvres sont plus vulnérables aux mauvais traitements et aux abus pendant



l'accouchement[29]. Les femmes issues de milieux socio-économiques défavorisés étaient également plus susceptibles de signaler des cas de VO et de soins irrespectueux au Sri Lanka [59]. Cela soulève des inquiétudes quant à la discrimination de classe exercée par les prestataires de soins de santé sur la base de leur rang socioéconomique.

#### **V.2.5. Evaluer le lien entre le syndrome de stress post-traumatique du post-partum et les violences obstétricales.**

La prévalence du syndrome de stress post-traumatique du post-partum dans notre population d'étude à 6 semaines du post-partum était de 15,08% et celle de la dépression du post-partum était de 11,8%. Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés en 2021 par Shiva en Inde et Martinez en Espagne, soit 10,5% pour le SSPT -PP et 12,6% pour la DPP [60] d'une part et 12,7 % pour le SSPT -PP d'autre part[61] . L'incidence du SSPT -PP dans nos résultats se situe dans la fourchette trouvée par Beck et Casavant [3] dans leur revue systématique de 59 études, où ils situent la prévalence du SSPT -PP et de la DPP entre 0,8 % et 26 %[62] . D'autres auteurs ont trouvé des chiffres un peu plus élevés que ceux identifiés dans nos résultats ; van Heumen et al ont trouvé que 17,4 % des participants répondaient aux critères du SSPT -PP et 15,5 avait des symptômes de DPP [63].

Les violences obstétricales constituent une réalité préoccupante dans les soins de maternité à travers le monde. Elles englobent divers types de maltraitances infligées aux femmes pendant le travail et l'accouchement, et sont de plus en plus reconnues comme des facteurs de risque significatif pour le développement de troubles mentaux post-partum, notamment la dépression du post partum et le syndrome de stress post-traumatique du post-partum (SSPT-PP).

Dans notre étude, les violences en générale et plusieurs formes spécifiques de violences obstétricales ont été associées de manière significative à la survenue du SSPT-PP et la dépression du post partum. Les résultats montrent que la violence physique ( $p=0,001$ ,  $RR=3,17$ ), le service sans consentement ( $p=0,000$ ,  $RR=6,88$ ), la violation du secret médical ( $p=0,000$ ,  $RR=4,49$ ), la discrimination ( $p=0,002$ ,  $RR=2,69$ ), le service irrespectueux ( $p=0,001$ ,  $RR=2,72$ ) et la détention ( $p=0,000$ ,  $RR=7,24$ ) sont tous fortement corrélés au développement du SSPT-PP d'une part et d'autre part, violence physique ( $p=0,001$ ,  $RR=1,55$ ), le service sans consentement ( $p=0,003$ ,  $RR=3,5$ ), la violation du secret médical ( $p=0,007$ ,  $RR=4,66$ ), et les violences obstétricales en générale ( $p=0,001$ ,  $RR=1,55$ ) sont associés à la survenue de la dépression du post partum . L'abandon ou la négligence, bien que moins statistiquement

significatifs pour la survenue du SSPT-PP et de la DPP, restent une forme de violence préoccupante. En Afrique du Sud, Jewkes et al. En 2020 ont révélé que les femmes ayant subi des violences obstétricales, telles que la négligence et le service irrespectueux, avaient un risque accru de développer un SSPT-PP et DPP. Les auteurs ont trouvé des associations similaires avec un RR de 3,15 pour la négligence et de 4,22 pour le service irrespectueux, ce qui est en accord avec les résultats obtenus dans notre étude. En Espagne, en 2019 Rodriguez et al. ont étudié l'impact des violences obstétricales sur la santé mentale post-partum et ont rapporté que la violation du consentement et la violence physique étaient les facteurs les plus significatifs associés au SSPT-PP, avec un RR de 5,87 pour le service sans consentement et de 3,95 pour la violence physique.

Ces résultats confirment la relation établie dans notre étude entre ces types de violences et le SSPT-PP. En Inde, en 2021 Chattopadhyay et al. ont exploré la violence obstétricale en tant que facteur de risque pour le SSPT-PP. Ils ont trouvé que la détention (forcée à rester à l'hôpital en raison d'incapacité de paiement) était fortement corrélée au SSPT-PP avec un RR de 6,90, ce qui est extrêmement proche des résultats de notre étude (RR=7,24). L'étude indienne souligne également l'importance de la violence physique dans le développement du SSPT-PP (RR=4,05). En 2018 Aux États-Unis, Bohren et al. ont examiné les effets des violences obstétricales sur la santé mentale post-partum, incluant la dépression et le SSPT-PP. L'étude a révélé que les patientes ayant subi une discrimination ou une violation du secret médical présentaient un risque significativement plus élevé de SSPT-PP, avec des RR respectifs de 2,85 et 4,77, cohérents avec nos résultats.

## **CONCLUSION**

Au terme de notre étude dont l'objectif principal était d'étudier les caractéristiques des soins irrespectueux et abusifs lors de l'accouchement institutionnel dans trois hôpitaux de la ville de Yaoundé, il en ressort que :

- La fréquence des violences obstétricales dans notre étude est de 74,8 %. L'âge moyen dans notre échantillon était  $26 \pm 6,379$  ans. La majorité (80,7%) d'entre eux ont été recrutés dans des établissements publics. Plus de la moitié (57,8%) d'entre eux étaient célibataire et la majorité (87,1%) des participants sont chrétiens. La moitié des répondants (49,9 %) avaient un niveau d'étude secondaire et la plupart (58,2%) avaient un salaire de moins de 100 milles franc le mois.

- La principale forme de violence obstétricale identifiée était les soins non consentis, rapportés par 65 % des mères (564 femmes). La violence verbale était le deuxième type de violence le plus souvent signalée, avec 48,2 % des participantes l'ayant vécue. La négligence a été rapportée par 33,3 % des mères, et la violence physique par 20,2 %. De plus, 30 % des femmes ont signalé avoir subi des détentions abusives

- Plusieurs facteurs sont associés à la violence obstétricale, incluant le site de recrutement (hôpital public), le mode d'admission (référé), l'heure d'accouchement (nuit) et le statut du conjoint (sans emploi).

- La prévalence du syndrome de stress post-traumatique du post-partum, mesurée à six semaines après l'accouchement, était de 15,08% et celle de la dépression du post-partum 11,8%. Les facteurs les plus significativement associés au syndrome de stress post-traumatique du post-partum sont la violence obstétricale et la détention, la violation du secret médical.

## **RECOMMANDATIONS**

**❖ Au Ministère de la Santé Publique et aux autorités sanitaires**

Mettre en œuvre des programmes de formation continue et d'humanisation des soins visant à atténuer l'ampleur inadmissible de la violence obstétricale pendant le travail dans nos structures hospitalières.

**❖ À la FMBS et à la communauté scientifique**

Mener une étude avec échantillon plus large dans d'autres régions du pays afin d'évaluer l'ampleur et les conséquences des violences obstétricales au niveau national.

Intégrer dans les curricula de formation des médecins et du personnel paramédicale l'humanisation des soins.

**❖ Aux praticiens hospitaliers**

Fournir des soins compatissants et respectueux à toutes les mères qui accouchent dans un établissement de santé, quel que soit leur statut socio-économique.

**❖ Aux femmes enceintes**

S'informer sur les différents comportements qui constituent les violences et les dénoncer.

## **REFERENCES**

1. La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/publications/i/item/WHO-RHR-14.23>
2. 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 [Internet]. Disponible sur : <https://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/sante-droits-sexuels-et-reproductifs/actualites/article/actes-sexistes-durant-le-suivi-gynecologique-et-obstetrical-reconnaitre-et>
3. Violence against women [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Haute Autorité de Santé - Mission du responsable d'établissement et rôle de l'encadrement dans la prévention et le traitement de la maltraitance [Internet]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2835208/fr/mission-du-responsable-d-etablissement-et-role-de-l-encadrement-dans-la-prevention-et-le-traitement-de-la-maltraitance](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2835208/fr/mission-du-responsable-d-etablissement-et-role-de-l-encadrement-dans-la-prevention-et-le-traitement-de-la-maltraitance)
5. Pérez D'Gregorio R. Obstetric violence: A new legal term introduced in Venezuela. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2015;111(3):201-202 Disponible sur: <https://ciane.net/id=2642/fr>
6. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynecol Obstet* [Internet]. 2015;131(S1). Disponible sur : <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
7. Explorer les preuves du manque de respect et des abus lors des accouchements en établissement : rapport d'une analyse du paysage - AlignMNH [Internet]. Disponible sur: <https://www.alignmnh.org/fr/resource/exploring-evidence-for-disrespect-and-abuse-in-facility-based-childbirth-report-of-a-landscape-analysis/>
8. Bruggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in Health Care: A Concept Analysis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 2012;26:123-132. Disponible sur: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1604422>
9. d'Oliveira AFPL, Diniz SG, Schraiber LB. Violence against women in health-care institutions: an emerging problem. *Lancet Lond Engl*. 2002;359(9318):1681-5.



10. Kujawski S, Mbaruku G, Freedman LP, Ramsey K, Moyo W, Kruk ME. Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania. *Matern Child Health J*. 2015;19(10):2243-50.
11. Sando D, Kendall T, Lyatuu G, Ratcliffe H, McDonald K, Mwanyika-Sando M, et al. Disrespect and abuse during childbirth in Tanzania: are women living with HIV more vulnerable? *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2014;67(4):S228-234.
12. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in a low-income country. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet*. 2015;128(2):110-3.
13. « *J'avais l'impression de n'avoir aucun contrôle* » : Qu'est-ce que la violence obstétricale ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.orfq.inrs.ca/javais-limpression-de-navoir-aucun-controle-quest-ce-que-la-violence-obstetricale/>
14. Herman E. Andrée Rivard, Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne. Lectures [Internet]. Disponible sur : <https://journals.openedition.org/lectures/17197>
15. Gérard NDN. Analyse des Déterminants de la Martraitance des Femmes en Couche dans les Hôpitaux Publics en Côte d'Ivoire : cas du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo. *Eur Sci J ESJ*. 2022;11:458-458.
16. Abuya T, Warren CE, Miller N, Njuki R, Ndwiga C, Maranga A, et al. Exploring the Prevalence of Disrespect and Abuse during Childbirth in Kenya. *PLOS ONE*. 2015;10(4):e0123606.
17. Dwekat IMM, Ismail TAT, Ibrahim MI, Ghayeb F, Abbas E. Mistreatment of Women during Childbirth and Associated Factors in Northern West Bank, Palestine. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(20):13180.
18. Jungari S, Sharma B, Wagh D. Beyond Maternal Mortality: A Systematic Review of Evidences on Mistreatment and Disrespect During Childbirth in Health Facilities in India. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(4):739-51.
19. Terán P, Castellanos C, González Blanco M, Ramos D. Violencia obstétrica: percepción de las usuarias. *Rev Obstet Ginecol Venezuela*. 2013;73(3):171-80.
20. Mesenburg MA, Victora CG, Jacob Serruya S, Ponce de León R, Damaso AH, Domingues MR, et al. Disrespect and abuse of women during the process of childbirth in the 2015 Pelotas birth cohort. *Reprod Health*. 2018;15(1):54.

21. Valdez Santiago R, Hidalgo Solórzano E del C, Mojarro Iñiguez M, Arenas Monreal L. Nueva evidencia a un viejo problema: el abuso de las mujeres en las salas de parto. *Rev CONAMED*. 2013;18(1):14-20.
22. Sando D, Abuya T, Asefa A, Banks KP, Freedman LP, Kujawski S, et al. Methods used in prevalence studies of disrespect and abuse during facility based childbirth: lessons learned. *Reprod Health*. 2017;14(1):127.
23. 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*. 2018;15(1):4.
24. Fisher J, Astbury J, Smith A. Adverse psychological impact of operative obstetric interventions: a prospective longitudinal study. *Aust N Z J Psychiatry*. 1997;31(5):728-38.
25. Gottvall K, Waldenström U. Does a traumatic birth experience have an impact on future reproduction? *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2002;109(3):254-60.
26. Douleur et réhabilitation en post-partum [Internet]. Disponible sur : [https://www.researchgate.net/publication/279277858\\_Douleur\\_et\\_rehabilitation\\_en\\_post-partum](https://www.researchgate.net/publication/279277858_Douleur_et_rehabilitation_en_post-partum)
27. Le vécu de l'accouchement et le sentiment de contrôle perçu par la femme lors du travail : un impact sur les relations précoces mère – bébé ? | Cairn.info [Internet]. Disponible sur : <https://shs.cairn.info/revue-de-medecine-perinatale-2016-4-page-199?lang=fr>
28. Masson E. État de stress post-traumatique et accouchement classique : revue de littérature [Internet]. EM-Consulte. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/235835/etat-de-stress-post-traumatique-et-accouchement-cl>
29. Kruk ME, Kujawski S, Mbaruku G, Ramsey K, Moyo W, Freedman LP. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a facility and community survey. *Health Policy Plan*. 2018;33(1):e26-33.
30. Etouckey EN. Prevalence of Consent in Obstetric Surgery in a Tertiary Hospital of Cameroon. *J Forensic Sci Crim Investig* [Internet]. 2022;15(4). Disponible sur : <https://juniperpublishers.com/jfsci/JFSCI.MS.ID.555920.php>
31. Stewart DE, Vigod S. Postpartum Depression. *N Engl J Med*. 2016;375(22):2177-86.
32. Cox J. Thirty years with the Edinburgh Postnatal Depression Scale: voices from the past and recommendations for the future. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2019;214(3):127-9.

- 
33. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1987;150:782-6.
  34. DeMier RL, Hynan MT, Harris HB, Manniello RL. Perinatal stressors as predictors of symptoms of posttraumatic stress in mothers of infants at high risk. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* 1996;16(4):276-80.
  35. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia - PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31533858/>
  36. Ferede WY, Gudayu TW, Gessesse DN, Erega BB. Respectful maternity care and associated factors among mothers who gave birth at public health institutions in South Gondar Zone, Northwest Ethiopia 2021. *Womens Health.* 2022;18:17455057221116505.
  37. Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;18(1):199.
  38. Lansky S, Souza KV de, Peixoto ER de M, Oliveira BJ, Diniz CSG, Vieira NF, et al. Obstetric violence: influences of the Senses of Birth exhibition in pregnant women childbirth experience. *Cienc Saude Coletiva.* 2019;24(8):2811-24.
  39. Chadwick RJ. Obstetric violence in South Africa. *S Afr Med J.* 2016;106(5):423-4.
  40. Neither Medicine Nor Health Care Staff Members Are Violent By Nature: Obstetric Violence From an Interactionist Perspective - PubMed [Internet]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29749290/>
  41. Gebremichael MW, Worku A, Medhanyie AA, Berhane Y. Mothers' experience of disrespect and abuse during maternity care in northern Ethiopia. *Glob Health Action.* 2018;11(sup3):1465215.
  42. Siraj A, Teka W, Hebo H. Prevalence of disrespect and abuse during facility based child birth and associated factors, Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2019;19(1):185.
  43. Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, Pinho H de, Galea S. Women's Preferences for Place of Delivery in Rural Tanzania: A Population-Based Discrete Choice Experiment. *Am J Public Health.* 2009;99(9):1666.

44. Gissler M, Alexander S, MacFarlane A, Small R, Stray-Pedersen B, Zeitlin J, et al. Stillbirths and infant deaths among migrants in industrialized countries. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009;88(2):134-48.
45. Howell EA, Egorova N, Balbierz A, Zeitlin J, Hebert PL. Black-white differences in severe maternal morbidity and site of care. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(1):122.e1-7.
46. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med*. 2015;12(6):e1001847.
47. Sadler M, Santos MJ, Ruiz-Berdún D, Rojas GL, Skoko E, Gillen P, et al. Moving beyond disrespect and abuse: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reprod Health Matters*. 2016;24(47):47-55.
48. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Disponible sur : <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
49. Mihret MS. Obstetric violence and its associated factors among postnatal women in a Specialized Comprehensive Hospital, Amhara Region, Northwest Ethiopia. *BMC Res Notes*. 2019;12(1):600.
50. Millicent Dzomeku V, van Wyk B, Lori JR. Experiences of women receiving childbirth care from public health facilities in Kumasi, Ghana. *Midwifery*. 2017;55:90-5.
51. The prevalence of disrespect and abuse during facility-based childbirth in urban Tanzania | BMC Pregnancy and Childbirth | Full Text [Internet]. Disponible sur : <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1019-4>
52. Wassihun B, Zeleke S. Compassionate and respectful maternity care during facility based child birth and women's intent to use maternity service in Bahir Dar, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):294.
53. Bulto GA, Demissie DB, Tulu AS. Respectful maternity care during labor and childbirth and associated factors among women who gave birth at health institutions in the West Shewa zone, Oromia region, Central Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):443.
54. Abuya T, Ndwiga C, Ritter J, Kanya L, Bellows B, Binkin N, et al. The effect of a multi-component intervention on disrespect and abuse during childbirth in Kenya. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:224.

55. Martínez-Galiano JM, Martinez-Vazquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth J Aust Coll Midwives*. 2021;34(5):e526-36.
56. Sørbye IK, Vangen S, Oneko O, Sundby J, Bergsjø P. Caesarean section among referred and self-referred birthing women: a cohort study from a tertiary hospital, northeastern Tanzania. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011;11:55.
57. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):23.
58. Adinew YM, Hall H, Marshall A, Kelly J. Disrespect and abuse during facility-based childbirth in central Ethiopia. *Glob Health Action*. 2021;14(1):1923327.
59. Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, Infanti JJ. Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(16):9997.
60. Shiva L, Desai G, Satyanarayana VA, Venkataram P, Chandra PS. Negative Childbirth Experience and Post-traumatic Stress Disorder - A Study Among Postpartum Women in South India. *Front Psychiatry*. 2021;12:640014.
61. Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Martínez-Galiano JM. Factors Associated with Postpartum Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Following Obstetric Violence: A Cross-Sectional Study. *J Pers Med*. 2021;11(5):338.
62. Beck CT, Casavant S. Synthesis of Mixed Research on Posttraumatic Stress Related to Traumatic Birth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JGNN*. 2019;48(4):385-97.
63. van Heumen MA, Hollander MH, van Pampus MG, van Dillen J, Stramrood CAI. Psychosocial Predictors of Postpartum Posttraumatic Stress Disorder in Women With a Traumatic Childbirth Experience. *Front Psychiatry*. 2018;9:348.

## **ANNEXES**

**ANNEXE1 : Consentement éclairé**

**Identification du projet de recherche :** Violence obstétricale lors de l'accouchement dans trois Hôpitaux de Yaoundé

- Investigateur principal : NEKOU KENGNI David Blanc
- Numéro d'autorisation du Comité National d'Ethique :

Je soussignée Mme, Mlle.....

Accepte librement et volontairement de participer à l'investigation médicale intitulée :

Violence obstétricale lors de l'accouchement dans trois Hôpitaux de Yaoundé

Étant entendu que l'investigateur m'a informé et a répondu à toutes mes questions, l'investigateur m'a précisé que ma participation est libre, et que mon droit de retrait de cette recherche peut se faire à tout moment, ceci sans me porter aucun préjudice.

J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette recherche puissent faire l'objet d'un traitement informatisé. Je pourrais exercer mon droit de rectification et d'opposition auprès de ce même investigateur.

Fait à ..... le.... /..... /2024

Signature de l'investigateur

Signature de la participante

**Annexe 2 : Fiche technique**

<b>Section A: caractéristiques socio-démographiques et obstétricales des répondants</b>			
1.	<b>Âge : En années à compter du dernier anniversaire.....</b>		
2.	<b>État civil</b>	un. célibataire b. marié c. veuve	
3.	<b>Religion</b>	un. aucun b. Christianisme c. Islam d. Traditionnel e. Autre	
4.	<b>Région</b>	a. Ouest b. Littoral c. centre e. sud f. Est g. Nord-ouest h. Sud-ouest i. Adamaoua j. Nord k. Extrême-nord	
5.	<b>Niveau d'éducation</b>	un. aucun b. primaire c. secondaire d. tertiaire	
6.	<b>Parité</b>	un.primipare b. multipare c. grand-multipare	



7.	Mauvaise humeur ou dépression signalée au cours des 12 derniers mois	a. Oui b. Non	
8.	A déclaré avoir été physiquement maltraité ou volé	a. Oui b. Non	
9.	Signalé des complications lors de l'accouchement	a. Oui b. Non	
10.	Césarienne	a. Oui b. Non	
11.	Salaire	a. moyen b. modéré c. Élevé	
12.	Accoucheuses	a. Sage-femmes b. gynécologue c. résident/interne	
13.	Mode d'admission	a. Venu d'elle même b. référée	
14.	Moment de l'accouchement	a. en journée b. dans la nuit	
<b>Section B : divers soins irrespectueux et abusifs reçus lors de l'accouchement.</b> <b>Veillez cocher tout ce qui vous est arrivé lors de votre dernier accouchement</b>			
15.	<b>Violences physiques lors de</b>	un. battu, giflé ou pincé	a. Oui b. Non

	<b>l'accouchement</b>	b. attaché ou retenu pendant le travail	a. Oui b. Non
		c. épisiotomie pratiquée ou suturée sans anesthésie	a. Oui b. Non
		d. sexuellement abusé par un agent de santé pendant le travail	a. Oui b. Non
		e. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non
16.	<b>Ces services vous ont été offerts sans votre consentement éclairé ou Autorisation</b>	un. accouchement par césarienne	a. Oui b. Non
		b. épisiotomie	a. Oui b. Non
		c. transfusion sanguine	a. Oui b. Non
		d. stérilisation	a. Oui b. Non
		e. augmentation du travail	a. Oui b. Non
		F. rasage des poils pubiens	a. Oui b. Non
		g. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non
17.	<b>Des soins ou des informations non confidentiels vous concernant qui ont</b>	un. Statut VIH	a. Oui b. Non
		b. âge	a. Oui b. Non

	<b>été divulgués sans votre autorisation comprend :</b>	c. antécédents médicaux	a. Oui b. Non
		d. paternité de votre enfant	a. Oui b. Non
		e. aucune intimité pendant le travail	a. Oui b. Non
		F. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non
18.	<b>Vous avez reçu des services discriminatoires dans le travail en raison de :</b>	un. Origine ethnique	a. Oui b. Non
		b. adolescent ( $\leq 19$ ans)	a. Oui b. Non
		c. statut de mère célibataire	a. Oui b. Non
		d. VIH séropositif statut	a. Oui b. Non
		e. Faible Socio-économique statut	a. Oui b. Non
		F. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non
19.	<b>Abandon/négligence reçu lors de l'accouchement</b>	un. laissé seul sans surveillance au deuxième stade du travail	a. Oui b. Non
		b. refus de la compagnie du travail par le mari ou des parents proches	a. Oui b. Non

		c. L'accoucheuse n'est pas intervenue ou n'a pas appelé à l'aide du personnel expérimenté dans des conditions potentiellement mortelles	a. Oui b. Non
		d. L'attention demandée n'a pas été accordée car le personnel était épuisé	a. Oui b. Non
		e. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non
20.	<b>Les services de soins non dignes ou irrespectueux qui vous sont prodigués comprennent:</b>	un. menacée de césarienne ou de mauvaise issue de grossesse afin de décourager la patiente de crier pendant le travail	a. Oui b. Non
		b. grondé, crié ou traité de stupide pendant le travail	a. Oui b. Non
		c. a reçu des remarques diffamatoires (diffamations) de la part des accoucheuses pendant le travail	a. Oui b. Non
		d. blâmé ou intimidé pendant l'accouchement	a. Oui b. Non
		e. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non
21.	<b>Vous avez été détenu ou gardé dans l'établissement de santé plus que nécessaire parce que:</b>	un. Vous ne pouviez pas payer vos factures d'hôpital à la sortie	a. Oui b. Non
		b. Vous ne pouviez pas payer les factures d'hôpital de bébé après la sortie de votre bébé	a. Oui b. Non
		c. aucune des réponses ci-dessus	a. Oui b. Non

**Annexe 3 : Post-traumatic stress disorder Checklist version DSM-5**

**Consignes :** Cocher la case pour indiquer dans quelle mesure ce problème vous a affecté **dans le dernier mois.**

Dans le dernier mois, dans quelle mesure avez-vous été affecté par :	Pas du tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
1. Des souvenirs répétés, pénibles et involontaires de votre accouchement ?					
2. Des rêves répétés et pénibles de votre accouchement ?					
3. Se sentir ou agir soudainement comme si vous viviez à nouveau l'expérience de votre accouchement ?					
4. Se sentir mal quand quelque chose vous rappelle votre accouchement ?					
5. Avoir de fortes réactions physiques lorsque quelque chose vous rappelle votre accouchement (accélération cardiaque, difficulté respiratoire, sudation) ?					
6. Essayer d'éviter les souvenirs, pensées, et sentiments liés à votre accouchement ?					
7. Essayer d'éviter les personnes et les choses qui vous rappellent votre accouchement (lieux, personnes, activités, objets) ?					
8. Des difficultés à vous rappeler des parties importantes de votre accouchement ?					
9. Des croyances négatives sur vous-même, les autres, le monde (des croyances Comme : je suis mauvais, j'ai quelque chose qui cloche, je ne peux avoir confiance en personne, le monde est dangereux) ?					
10. Vous blâmer ou blâmer quelqu'un d'autre pour votre accouchement ou ce qui s'est produit ensuite ?					
11. Avoir des sentiments négatifs intenses tels que peur, horreur, colère, culpabilité, ou honte ?					
12. Perdre de l'intérêt pour des activités que vous aimiez auparavant ?					

13. Vous sentir distant ou coupé des autres ?					
14. Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple être incapable de ressentir de la joie ou de l'amour envers vos proches) ?					
15. Comportement irritable, explosions de colère, ou agir agressivement ?					
16. Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?					
17. Être en état de « <i>super-alerte</i> », hyper vigilant ou sur vos gardes ?					
18. Sursauter facilement ?					
19. Avoir du mal à vous concentrer ?					
20. Avoir du mal à trouver le sommeil ou à rester endormi ?					

PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr – National Center for PTSD

Traduction française N. Desbiendras

**Annexe 4 : Questionnaire EPDS d'évaluation d'un état dépressif**

**« Edinburg Postnatal Scale »**

Vous venez d'avoir un bébé.

Nous aimerions savoir comment vous vous sentez.

**PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ÉCOULER :**

<p>(1-) J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté</p> <p>0 Aussi souvent que d'habitude</p> <p>1 Pas tout à fait autant</p> <p>2 Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci</p> <p>3 Absolument pas</p>	<p>(6-) J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements</p> <p>3 Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations</p> <p>2 Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude</p> <p>1 Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations</p> <p>0 Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude</p>
<p>(2-) Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir</p> <p>0 Autant que d'habitude</p> <p>1 Plutôt moins que d'habitude</p> <p>2 Vraiment moins que d'habitude</p> <p>3 Pratiquement pas</p>	<p>(7-) Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil</p> <p>3 Oui, la plupart du temps</p> <p>2 Oui, parfois</p> <p>1 Pas très souvent</p> <p>0 Non, pas du tout</p>
<p>(3-) Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal</p> <p>0 Non, pas du tout</p> <p>1 Presque jamais</p> <p>2 Oui, parfois</p> <p>3 Oui, très souvent</p>	<p>(8-) Je me suis sentie triste ou peu heureuse</p> <p>3 Oui, la plupart du temps</p> <p>2 Oui, très souvent</p> <p>1 Pas très souvent</p> <p>0 Non, pas du tout</p>

(4-) Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motif 0 Non, pas du tout 1 Presque jamais 2 Oui, parfois 3 Oui, très souvent	9-) Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré 3 Oui, la plupart du temps 2 Oui, très souvent 1 Seulement de temps en temps 0 Non, jamais
(5-) Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raison 3 Oui, vraiment souvent 2 Oui, parfois 1 Non, pas très souvent 0 Non, pas du tout	(10-) Il m'est arrivé de penser à me faire mal 3 Oui, très souvent 2 Parfois 1 Presque jamais 0 Jamais



## Annexe 5 : Autorisation de recherche Hôpital Bethesda

 <p><b>MISSION DU PLEIN EVANGILE AU CAMEROUN</b> FULL GOSPEL MISSION CAMEROON HOPITAL BETHESDA ADMINISTRATION DE L'HOPITAL R.P. 11154, Nouvelle Route Bastos, Yaoundé Tel: (237) 691 63 50 80 hopitalbethesda2000@gmail.com</p>	<p><b>REPUBLIQUE DU CAMEROUN</b> Paix – Travail – Patrie Peace-Work-Fatherland</p>
--	--

N° / R é f : 2 0 / A D M / D H B Y / 2 3

### AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné **Dr TAWOUASSON TAMOFO Éric** Directeur de l'Hôpital Bethesda à Yaoundé. Autorise **Docteur NEKOU KENGNI David Blanc** étudiant en 4<sup>ème</sup> année de gynécologie-obstétrique, effectuera ses travaux d'enquête sur le thème «*Violences obstétricales lors de l'accouchement cas de l'hôpital Bethesda de Yaoundé*».

L'intéressée devra se conformer au règlement intérieur en vigueur dans notre institution et déposer obligatoirement une copie finale de son travail à l'Administration de l'Hôpital Bethesda. Le matériel nécessaire aux manipulations sera totalement fourni par l'intéressée.

La présente autorisation est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Fait à Yaoundé le 16/04/2024

CENTRE DE SANTE  
JESUS-SAUVE ET  
GUERIT DE GAROUA  
690 20 34 92  
695 71 09 77

CENTRE DE SANTE  
JESUS-SAUVE ET  
GUERIT DE NGONG  
697 21 16 42  
690 20 22 58

CENTRE DE SANTE  
JESUS-SAUVE ET  
GUERIT DE  
TOUBORO  
690 20 16 38



Le Directeur

*Dr Tawouasson Tamofo Eric*  
Gynécologue - Obstétricien  
Directeur Hôpital Bethesda  
ONMC 8050

PAS D'AUTRE CHRIST	PAS D'AUTRE ESPRIT	PAS D'AUTRE EVANGILE 2COR.11 : Page 24
--------------------	--------------------	---

Annexe 6 : Clairance de la faculté de la FMBS

UNIVERSITÉ DE YAOUNDE I  
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DES SCIENCES BIOMÉDICALES  
COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE  
Tel/ fax : 22 31-05-86 22 311224  
Email: decanatfmsb@hotmail.com  
Ref : N° 1300 /UY1/FMSB/VDRC/DASR/CSD

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I  
FACULTY OF MEDICINE AND BIOMEDICAL SCIENCES  
INSTITUTIONAL ETHICAL REVIEW BOARD

**CLAIRANCE ÉTHIQUE** 10 SEPT 2024

Le COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE (CIER) de la FMBS a examiné  
La demande de la clairance éthique soumise par :  
**M.Mme : NEKOU KENGNI DAVID BLANC** Matricule: 1951236

Travaillant sous la direction de :  
• Pr DOHBIT Julius SAMA  
• Dr METOGO NTSAMA Junie Annick  
• Dr MENDOUA Florence

Concernant le projet de recherche : Violences obstétricales lors de l'accouchement  
intitulé : dans trois hôpitaux de Yaoundé

Les principales observations sont les suivantes

Evaluation scientifique	
Evaluation de la convenance institutionnelle/valeur sociale	
Equilibre des risques et des bénéfices	
Respect du consentement libre et éclairé	
Respect de la vie privée et des renseignements personnels (confidentialité) :	
Respect de la justice dans le choix des sujets	
Respect des personnes vulnérables :	
Réduction des inconvénients/optimalisation des avantages	
Gestion des compensations financières des sujets	
Gestion des conflits d'intérêt impliquant le chercheur	

Pour toutes ces raisons, le CIER émet un avis favorable sous réserve des modifications recommandées dans la grille d'évaluation scientifique.  
L'équipe de recherche est responsable du respect du protocole approuvé et ne devra pas y apporter d'amendement sans avis favorable du CIER. Elle devra collaborer avec le CIER lorsque nécessaire, pour le suivi de la mise en œuvre dudit protocole.  
La clairance éthique peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation ou des recommandations sus évoquées.  
En foi de quoi la présente clairance éthique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

LE PRESIDENT DU COMITE ETHIQUE

  
Mme Akona Ondo  
née Blame Marie Thérèse



**Annexe 7 : Clairance de L'Hôpital gynéco-obstétrique de Yaoundé**

REPUBLIC DU CAMEROUN  
Paix-Travail-Patrie  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
HOPITAL GYNECO-OBSTETRIQUE  
ET PEDIATRIQUE DE YAOUNDE  
HUMILITE - INTEGRITE - VERITE - SERVICE

HGOPY  
YGOPY

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace-Work-Fatherland  
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
YAOUNDE GYNAECO-OBSTETRIC  
AND PEDIATRIC HOSPITAL  
HUMILITY - INTEGRITY - TRUTH - SERVICE

COMITE INSTITUTIONNEL D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE  
POUR LA SANTE HUMAINE (CIERSH)

Arrêté n° 0977 du MINSANTE du 18 avril 2012 portant création et organisation des  
Comités d'Ethiques de la Recherche pour la santé Humaines. (CERSH).

AUTORISATION N° 691/CIERSH/DM/2024

**CLAIRANCE ETHIQUE**

Le Comité Institutionnel d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine (CIERSH) a examiné le 30 avril 2024, la demande d'autorisation et le Protocole de recherche intitulé « violences obstétricales lors de l'accouchement dans trois hôpitaux de Yaoundé » soumis par Dr NEKOU KENGNI DAVID BLANC.

Le sujet est digne d'intérêt. Les objectifs sont bien définis. La procédure de recherche proposée ne comporte aucune méthode invasive préjudiciable aux participants. Le formulaire de consentement éclairé est présent et la confidentialité des données est préservée. Pour les raisons qui précèdent, le CIERSH de HGOPY donne son accord pour la mise en œuvre de la présente recherche.

Dr NEKOU KENGNI DAVID BLANC devra se conformer au règlement en vigueur à HGOPY et déposer obligatoirement une copie de ses travaux à la Direction Médicale de ladite formation sanitaire.

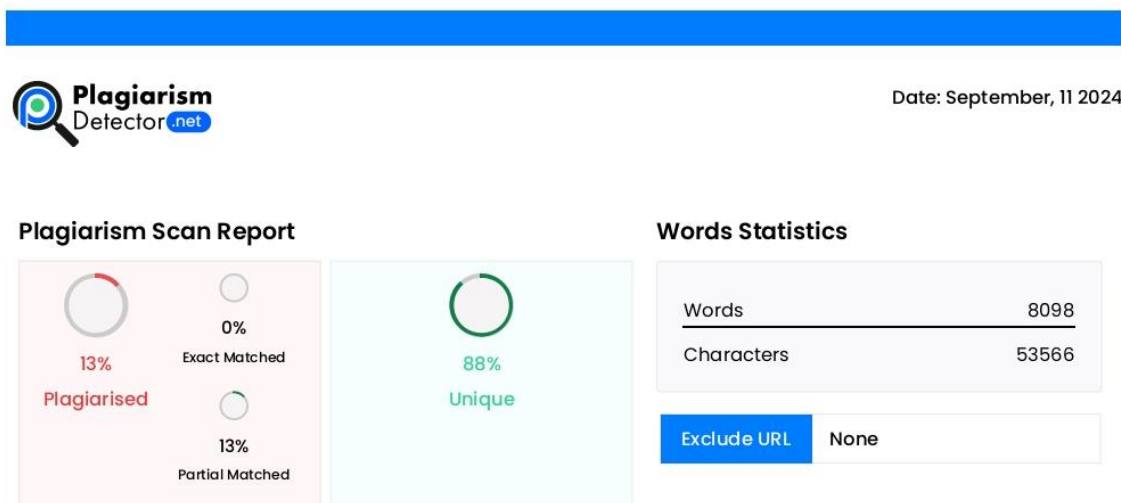
Yaoundé, le **13 MAI 2024**

LE PRESIDENT

Prof MBU Robinson  
Directeur Général  
HGOPY

N°1827 ; Rue 1564 ; Ngoussou ; Yaoundé 5ème  
BP : 4362 Tél. : 242 05 92 94 / 222 21 24 33 / 222 21 24 31 Fax : 222 21 24 30  
E-mail : [hgopy@hotmail.com](mailto:hgopy@hotmail.com) / hgopy@hgopy.cm

## Annexe 8 : Résultat test anti plagiat



### Content Checked For Plagiarism

Commencez à taper du texte ou collez du texte ici. « Minimum 1000

Violences obstétricales lors de l'accouchement dans trois hôpitaux de Yaoundé

**CV Introduction :** La violence obstétrique est une forme spécifique de violence infligée aux femmes, compromettant leurs droits fondamentaux et se manifestant par une assistance déshumanisée lors des soins obstétriques. Ce phénomène représente un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale, avec des conséquences physiques et psychologiques significatives. La rareté des données sur ce sujet dans notre pays a motivé cette étude, visant à évaluer la prévalence, les formes, les facteurs associés, et les complications des violences obstétricales.

**Méthodologie :** Cette étude transversale analytique avec collecte prospective de données a été réalisée de mai à août 2024 dans trois hôpitaux de Yaoundé. Ont été incluses les femmes ayant accouchées dans ces établissements pendant la période d'étude et ayant donné leur consentement. Les données ont été recueillies prospectivement, saisies, et analysées à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Le degré de significativité a été défini pour p-valeur <0,05.

**Résultats :** Sur les 868 femmes incluses, 74,8 % ont subi des violences obstétricales. La majorité des participants étaient âgés de 25 à 29 ans (34,2 %) et avaient accouché dans des hôpitaux publics (80,7 %). La plupart étaient célibataires (57,8 %) et multipares (70,9 %), avec un niveau d'étude secondaire (49,9 %). Les principales formes de violence identifiées étaient les soins non consentis (65 %) et la violence verbale (48,2 %). Les femmes hospitalisées dans des établissements publics (aOR=4,19 ; p<0,0001), celles référées pour l'accouchement (aOR=2,11 ; p<0,0001), celles accouchant la nuit (aOR=3,39 ; p=0,024), et celles ayant des partenaires sans emploi (aOR=3,16 ; p=0,001), étaient plus susceptibles de subir des violences obstétricales. À six semaines post-partum, 15,08 % des femmes présentaient des symptômes de stress post-traumatique (SPT) et 11,8 % des symptômes dépressifs. Les violences obstétricales (aOR=7,39 ; p<0,0001), les détentions abusives (aOR=12,16 ; p<0,0001), et les violations du secret médical (aOR=3,39 ; p=0,024) étaient fortement associés au SPT. Quant à la dépression post-partum, elle était associée à la violence obstétricale (aOR=4,39 ; p=0,004), à la violence physique (aOR=6,39 ; p=0,024) et aux soins non consentis (aOR=3,16 ; p=0,008).

**Conclusion :** Les

