

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

CENTRE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN  
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET  
EDUCATIVES

\*\*\*\*\*

UNITE DE RECHERCHE ET DE  
FORMATION DOCTORALE EN  
SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

\*\*\*\*\*

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

POST GRADUATE SCHOOL FOR  
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL  
SCIENCES DOCTORAL

\*\*\*\*\*

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR  
SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

**PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES ET  
VIOLENCES OBSTETRIQUES DANS LES HOPITAUX  
PUBLICS DE YAOUNDE : FORMES, FACTEURS ET  
IMPLICATIONS A LA MATERNITE D'EFOULAN**

*Mémoire présenté et soutenu le 06 septembre 2023 en vue de l'obtention du Diplôme de Master  
en Sociologie*

**Spécialité :** *Population et Développement*

**Jury**

Président : **Albert NNA NTIMBAN**, Maître de conférences, Université de Yaoundé I

Rapporteur : **Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO**, Maître de conférences, Université de  
Yaoundé I

Examinatrice : **Edith NDJAH ETOLO**, Chargée de cours, Université de Yaoundé I

Par

**Michèle Sunita KEPTCHUIME KOUAHOU**

*Titulaire d'une Licence en Sociologie*

Sous la direction de

**Yves Bertrand DJOUDA FEUDJIO**

*Maître de Conférences*



**Année académique 2022-2023**



**A**

Papa KEHTCHUIME Michel et Maman NGUETSAP Victorine.

## REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à exprimer notre gratitude à l'endroit de notre directeur de mémoire, le Professeur DJOUDA FEUDJIO Yves Bertrand qui a accepté de nous encadrer en dépit de ses différentes responsabilités. Nous le remercions pour sa rigueur, ses conseils et propositions qui nous ont permis d'améliorer la qualité de ce travail.

Nos remerciements vont également à l'endroit du Chef de Département de Sociologie, le Professeur LEKA ESSOMBA Armand et à tout le corps enseignant qui ont assuré notre formation depuis notre entrée dans ce Département.

Nous sommes également redevables à la Docteure NDJAH ETOLO Édith dont l'aide a été capitale pour la réalisation de ce travail. Nous lui témoignons notre gratitude et notre reconnaissance pour les diverses critiques et orientations, le soutien psychologique, la motivation ainsi que la documentation et les multiples relectures.

Nous remercions également le Docteur KEPTCHUIME Leonel pour la relecture de ce travail, les différents encouragements et les divers échanges qui ont été forts utiles pour ce travail.

Dans ce même élan, notre reconnaissance est adressée au GREGED, au CERESC et au CPPSA dont la documentation, l'association aux activités scientifiques et les différentes discussions avec les membres ont eu un grand apport pour l'amélioration de ce travail.

Notre gratitude va également à l'endroit de ESSONO Elvis qui a toujours donné de son temps, de son attention et de ses critiques tant utiles pour la production de ce travail. De même, nous remercions WANDJI Cyrille pour les différents échanges et contributions ainsi que TCHUENDEM Guylène pour les encouragements.

Nous demeurons grandement redevable aux familles KEHTCHUIME, MOUNKAM et KOUAHOU. Que tous les parents, frères, sœurs et intimes trouvent ici notre entière gratitude et l'assurance de notre volonté à toujours faire valoir leurs efforts pluriels.

À nos chers amis, SEGNING Arsène, OUMAR MAHAMAT Saleh, ZEUIWI Mireille et TAKOUGOUM Brielle, nous disons merci pour l'accompagnement psychologique, le soutien moral, les différents échanges ainsi que pour la documentation.

Notre gratitude va également à l'endroit de NISSO Jean Claude qui a toujours donné de sa présence et de son soutien multiforme pour l'aboutissement de ce travail. Par la suite, nous disons merci aux camarades OMGBA Alain et MAHOP Jean Mirabeau pour les échanges et la documentation.

Nous disons aussi merci au Directeur de l'hôpital d'Efoulan, à toute l'équipe administrative, au personnel du service de maternité ainsi qu'à nos informateurs pour nous avoir permis et pour avoir contribué à la collecte de données. Aussi, notre gratitude va à l'endroit de toutes les personnes que nous n'avons pas pu mentionner et qui ont œuvré de près ou de loin à la réussite de ce travail.

## SOMMAIRE

<b>DEDICACE.....</b>	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>ii</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>iii</b>
<b>EPIGRAPHIE.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTE DES ENCADRES .....</b>	<b>viii</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE : FORMES ET ETIOLOGIE DES VIOLENCES OBSTETRIQUES A LA MATERNITE D'EFOULAN.....</b>	<b>31</b>
Chapitre I : CARACTERISTIQUES ET MANIFESTATIONS DES VIOLENCES ENVERS LES PARTURIENTES DURANT LE PROCESSUS D'ACCOUCHEMENT.....	33
Chapitre II : FACTEURS CONDUISANT À L'EMERGENCE DE LA VIOLENCE ENVERS LES PARTURIENTES .....	64
<b>DEUXIEME PARTIE : IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTETRIQUES DANS LE SYSTEME DE SOIN .....</b>	<b>96</b>
Chapitre III : IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTETRIQUES SUR LE RAPPORT A L'ETHIQUE DE SOIN .....	98
Chapitre IV : INCIDENCES DES VIOLENCES OBSTETRIQUES SUR LE RAPPORT AUX SOINS .....	122
<b>CONCLUSION GENERALE .....</b>	<b>141</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>141</b>
<b>ANNEXES .....</b>	<b>a</b>
<b>TABLE DE MATIERES .....</b>	<b>141</b>

## EPIGRAPHIE

*« L'accouchement c'est comme une bataille, c'est comme une guerre ; toute femme qui, ayant été enceinte et ayant accouché, ne s'agenouille pas pour rendre grâce à Dieu, ne sera plus jamais une croyante »*

Olivier de Sardan et al, 1999, p.1.

## RESUME

La présente recherche qui porte sur la « **prise en charge des femmes enceintes et violences obstétricales dans les hôpitaux publics de Yaoundé : formes, facteurs et implications à la maternité d'Efoulan** » a été motivée par le constat de l'émergence et de la récurrence des pratiques violentes dans les maternités publiques depuis la médicalisation de l'accouchement. En effet, malgré les initiatives gouvernementales et non-gouvernementales prises pour contrer ce phénomène, ces violences persistent toujours. De ce fait, cette étude pose le problème de l'usage de pratiques inappropriées lors de l'accouchement. La question principale de cette étude est celle de savoir qu'est-ce qui explique l'émergence des violences obstétricales lors de la prise en charge des femmes enceintes à la maternité d'Efoulan ? Quant à l'hypothèse principale, elle stipule que les dysfonctionnements d'ordre systémiques, sociojuridiques et relationnels contribuent à l'émergence des violences obstétricales lors de la prise en charge des femmes enceintes à la maternité d'Efoulan. C'est l'approche qualitative qui a été mobilisée dans cette étude. Trois grilles théoriques ont guidé cette analyse. Il s'agit effectivement du constructivisme structuraliste, de l'interactionnisme symbolique et du fonctionnalisme dysfonctionnel. S'agissant de la collecte de données, elle a été faite à partir de la recherche documentaire, des entretiens semi-directifs, de l'observation directe et de celle participante. Les données recueillies auprès des enquêtés que sont les parturientes, leurs accompagnants, les sages-femmes, les acteurs associatifs et ministériels via les techniques de collecte sus-citées ont été traitées et analysées nous ont amené à répartir notre analyse en deux grandes parties comportant chacune deux chapitres. Les résultats qui en découlent sont les suivants : premièrement, les violences obstétricales présentes à l'HDE ont des caractères physiques, verbaux et économiques. Deuxièmement, les violences obstétricales qui émergent lors de la prise en charge des parturientes parviennent à se maintenir grâce à l'absence d'un militantisme socio-sanitaire efficace, l'absence de loi en santé de la reproduction ainsi que l'absence d'infrastructures adéquates. Troisièmement, les violences obstétricales engendrent des conséquences sur l'éthique de soin partant du caractère vulnérable inhérent à la grossesse et à l'accouchement. En dernier lieu, les violences obstétricales ont des incidences sur la relation de soin, sur la santé néonatale et infantile ainsi que sur l'itinéraire de soin des parturientes.

**Mots clés : violences obstétricales, relation de soin, prise en charge, maternité d'Efoulan.**

## ABSTRACT

The present research which relates to the "**Care of pregnant women and obstetrical violence in the public hospital of Yaounde: Forms, Factors and implications at the maternity of Efoulan**" was motivated by the observation of the emergence and the recurrence of violent practices in public maternity wards since the medicalization of childbirth. Indeed, despite the governmental and non-governmental initiatives taken to counter this phenomenon, this violence still persists. Therefore, this study raises the problem of the use of inappropriate practices during childbirth. The main question of this study is to know what implies the emergence of obstetrical violence during the care of pregnant women at the Efoulan maternity hospital. As for the main hypothesis, systemic, socio-legal and relational dysfunctions contribute to the emergence of obstetrical violence during the care of pregnant women at the Efoulan maternity unit. The qualitative approach was used in this study. Three theoretical grids guided this analysis. These are effectively structuralist constructivism, symbolic interactionism and dysfunctional functionalism. With regard to data collection, it was made from documentary research, semi-directive interviews, direct and participatory observation. The data collected after the respondents who are the parturients, their companions, the midwives, the associative and ministerial actors via the techniques of collection aroused were treated and analyzed led us to divide our analysis into two main parts each comprising two chapters. The results are as follows; Firstly, the obstetrical violence present at the Efoulan hospital has physical, verbal and economic characteristics. Secondly, the obstetrical violence that emerges during the care of parturients manages to persist thanks to the absence of effective socio-health activism, the absence of reproductive health laws and the absence of adequate infrastructures. Third, obstetrical violence has consequences on the ethics of care based on the vulnerability inherent in pregnancy and childbirth. Finally, obstetrical violence has an impact on the care relationship, on neonatal and child health as well as on the itinerary of care for parturients.

**Key words: Obstetrical violence, care relationship, support, Efoulan maternity**



## LISTE DES ILLUSTRATIONS

<b>Illustration n°1</b> : Communiqué relatif aux droits des parturientes .....	66
<b>Illustration n°2</b> : Boîte de dépôt des plaintes .....	67
<b>Illustration n°3</b> : Lieu de lessive .....	81
<b>Illustration n°4</b> : Disposition de la salle d'accouchement .....	81
<b>Illustration n°5</b> : Présentation du caractère vétuste des tables d'accouchement .....	87
<b>Illustration N°6</b> : Salle de post-partum .....	90
<b>Illustration n°7</b> : Table radiante.....	91
<b>Illustration n°8</b> : Poire utilisée pour aspirer le liquide amniotique .....	92

## LISTE DES ENCADRES

<b>Encadré n°1</b> : Observation d'une suture suite à une épisiotomie .....	42
<b>Encadré n°2</b> : Observation d'un toucher vaginal supplémentaire réalisé par une stagiaire dans le but d'apprendre .....	44
<b>Encadré n°3</b> : Observation d'une suture effectuée par la sage-femme en présence des stagiaires. ....	45
<b>Encadré n°4</b> : Observation des interactions entre la sage-femme et les parturientes lors de la poussée .....	48
<b>Encadré n°5</b> : Observation d'une menace d'envoie en césarienne lors de la poussée.....	52
<b>Encadré n°6</b> : Observation de la remise volontaire de la « bière » des soignants par les accompagnatrices de la parturiente après accouchement .....	62
<b>Encadré n°7</b> : Description du manque de confidentialité dans la salle d'accouchement .....	84
<b>Encadré n°8</b> : Description de l'impossibilité d'admission du mari d'une parturiente dans la salle d'accouchement.....	86
<b>Encadré n°9</b> : Observation d'une scène de fugue.....	125
<b>Encadré n°10</b> : Observation d'une parturiente en travail .....	130

## LISTE DES ACRONYMES

<b>ASFAC</b>	:	Association des Sages-femmes et Assimilés du Cameroun
<b>ASFC</b>	:	Association des Sages-Femmes et Assimilés du Cameroun
<b>ASPC</b>	:	Agence de Santé Publique du Canada
<b>CARMMA</b>	:	Campagne pour l'Accélération de la Réduction de la Mortalité Maternelle et Infantile en Afrique
<b>CENC</b>	:	Conférence Episcopale Nationale du Cameroun
<b>CHUY</b>	:	Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé
<b>CIANE</b>	:	Collectif Interassociatif Autour de la Naissance
<b>ESD :</b>		Entretien Semi-Directif
<b>HCE</b>	:	Haut Conseil à l'Egalité
<b>HDE</b>	:	Hôpital District d'Efoulan
<b>ICM</b>	:	Confédération Internationale des sages-femmes
<b>ICM</b>	:	International Confederation of Midwives
<b>ICM</b>	:	International Confederation of Midwives
<b>IDE</b>	:	Infirmiers Diplômés d'État
<b>IOM</b>	:	Institute Of Medecine,
<b>IRASF</b>	:	Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes
<b>ODD</b>	:	Objectifs de Développement Durable
<b>OMS</b>	:	Organisation Mondiale de la Santé
<b>ONG</b>	:	Organisations Non Gouvernementales ;
<b>OSC</b>	:	Organisations de la Société Civile
<b>PMA</b>	:	Procréation Médicalement Assistée
<b>PSNS/RMNI</b>	:	Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction Maternelle Néonatale et Infantile
<b>RFI</b>	:	Radio France International
<b>SNU</b>	:	Soins Néonataux d'Urgence
<b>SONU</b>	:	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
<b>STOPVOG</b>	:	Stop Violences Obstetricales
<b>UA</b>		Union Africaine
<b>MINSANTE</b>	:	MINistère de la SANTE

## **INTRODUCTION GENERALE**

## I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE

La prise en charge des femmes enceintes dans les hôpitaux publics devient de plus en plus une préoccupation sociale et scientifique à la faveur d'un ensemble de pratiques et comportements qui favorisent l'émergence des violences obstétricales<sup>1</sup>. La déshumanisation des soins en obstétrique se donne à voir dans tous les continents. En Amérique, précisément au Québec, avant les années 1970, l'accouchement était uniquement le propre de la biomédecine ; seule l'approche pasteurienne de l'accouchement y était mobilisée. L'insatisfaction de nombreuses femmes devant cette conception biomédicale se fait entendre et on note une montée de revendications portées par les féministes et les chercheurs en sciences sociales. En 1970, naît au Québec le courant d'humanisation des naissances en réponse à la médicalisation de l'accouchement. Ce mouvement suscite de ce fait une réflexion sociale des contextes dans lesquels se déroulaient les accouchements comme le rapporte Andrée Rivard<sup>2</sup>. Sur le plan international, des revendications qui pourraient être taxées de « *militantisme socio-sanitaire* » au sens de Dominique Meva'a Abomo<sup>3</sup> sont portées par les mouvements tels que la Coalition for Improving Maternity Services, le Regroupement Naissance Renaissance, l'International Childbirth Initiative et White Ribbon Alliance for safe Motherhood.

La déclaration de l'OMS<sup>4</sup> portant sur la prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins fait état de ce que, partout dans le monde et en Afrique de façon précise, de nombreuses femmes font l'expérience de traitements agressifs lors de leur accouchement. À cet effet, des cas comme celui de Astou Sokhna au Sénégal en est légion. Il s'agit d'une parturiente âgée de la trentaine qui trouve la mort dans un hôpital régional le premier avril 2022 de suite d'une prise en charge manquée comme le témoignent les écrits du journal *Le Monde Afrique*<sup>5</sup>. D'après l'OMS, ces violences constituent non seulement une violation au droit des parturientes à des soins fondés sur le respect mais aussi une menace de leur droit à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination.

---

<sup>1</sup> Virginie Rozée, Clémence Schantz, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique », in *Santé Publique*, 2021/5 (Vol 33).

<sup>2</sup> Andrée Rivard, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, Remue-Ménage, 2014.

<sup>3</sup> Dominique Meva'a Abomo, « Militantisme socio-sanitaire et changement socio-spatial dans les villes tropicales : bilan de l'expérience camerounaise » in *Reflets*, Volume 23, N°2, 2017.

<sup>4</sup> OMS, « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans les établissements de soins », 2014.

<sup>5</sup> Olivier Theo, *Le Monde Afrique*, publié le 18 avril 2022 à 18h.

Au Ghana, en Guinée, au Myanmar et au Nigéria, une enquête a été menée en 2019 par l'OMS<sup>6</sup>. Les résultats révèlent que dans le service obstétrical, 42% soit plus d'un tiers des femmes enceintes ont subi des violences physiques ou verbales ou ont été victimes de stigmatisation ou de discrimination lors de leur accouchement. À cela s'ajoutent des interventions médicales effectuées sans leur consentement, le recours à la force pendant les interventions médicales, et l'abandon ou la négligence par le personnel de santé. Aussi, de grandes inégalités s'observent tant dans la distribution du matériel de soins que dans la prise en charge même des patients dans les structures sanitaires comme le montre Yves Bertrand Djouda<sup>7</sup>.

Au Cameroun, il s'observe une deshumanisation des soins dans les services obstétricaux comme le rapportent les résultats d'une enquête menée par la *Radio Balafon*<sup>8</sup> ou encore par la recherche menée par Patricia Vasseur et al<sup>9</sup>. Du fait des facteurs institutionnels, structurels ou relationnels, nombre de parturientes sont sujettes à de traitements deshumanisants lors de leur accouchement. Ce fut le cas de Monique Koumatekel âgée de 31 ans et enceinte de jumeaux tel que rapporté par le Journal *Le Monde*<sup>10</sup> qui, en mars 2016 trouva la mort à l'hôpital Laquintinie de Douala suite à un manque de soins. En réponse à l'indifférence des prestataires de soins, sa nièce ayant vu des signes de vie des jumeaux malgré le décès constaté de la mère essaya d'extirper les jumeaux mais en vain. Cette situation donna lieu à une marche blanche sur le plan national portée par Edith Kah Walla<sup>11</sup> et sur celui international portée par la diaspora. Cette affaire fut d'ailleurs fortement médiatisée par les chaînes de télévision et journaux locaux (Canal 2, Stv, Equinoxe, Le Messenger, Cameroon Tribune) et internationaux (France 24, Rfi, Le monde). Pour tenter d'expliquer ce fait, le gouvernement par le biais du Ministre de la Santé Publique et du Directeur de Laquintinie estimait que Koumatekel est arrivée à l'hôpital étant déjà décédée, raison pour laquelle la prise en charge n'a pas été effectuée. De l'autre côté, la famille et la société civile estimaient que le personnel de Laquintinie a été indifférent à la souffrance de la patiente (ce qui lui a coûté la vie) et demandait de ce fait une réparation et le limogeage direct du directeur de Laquintinie et de certains personnels. Une enquête fut de ce fait ouverte par l'Ordre National des Médecins afin d'établir les responsabilités. Ainsi, pour Jacquineau Azetsop et al, la mort de

<sup>6</sup> OMS, « Des données récentes révèlent que les femmes sont victimes de mauvais traitements lors de l'accouchement ? » in *The Lancet*, 09 octobre 2019.

<sup>7</sup> Yves Bertrand Djouda, « comprendre la complexité et la recrudescence des inégalités de santé en territoire africain » in, dir, Blaise Nguendo Yongsi, *Santé et territoires en Afrique : inégalités des besoins de santé et d'accès aux soins*, Paris, l'Harmattan, 2018.

<sup>8</sup> Radio Balafon, Reportage audio sur les violences obstétricales au Cameroun, 08 février 2020.

<sup>9</sup> Patricia Vasseur et al, « Des soins différenciés aux violences en salle de naissance : études en Afrique de l'Ouest et du Centre » in *Revue Internationale Francophone d'Anthropologie et de Santé*, 2022.

<sup>10</sup> Yann Gwet, « Cameroun, ce que révèle la mort tragique d'une mère et de ses jumeaux dans un hôpital » in *Le Monde Afrique*, 15mars 2016.

<sup>11</sup> Edith Kah Walla, leader du CPP, un parti politique d'opposition au Cameroun.

Koumatekel est révélatrice « *d'une certaine dérèglementation institutionnelle* »<sup>12</sup> c'est-à-dire d'un dysfonctionnement général du système social camerounais comme le présente aussi Lucy Fonjong<sup>13</sup> d'après qui au Cameroun, presque tous les compartiments de la vie sociale vibrent au rythme de l'agressivité et le secteur sanitaire n'en n'est pas exclu.

Ainsi, le choix de ce sujet ne résulte pas du hasard mais relève d'une motivation qu'il est judicieux de situer à trois niveaux : d'abord sur le plan statistique, un nombre alarmant de femmes meurent chaque jour pour des causes « évitables » directement liées à l'accouchement (830/jour) selon l'OMS<sup>14</sup> et la quasi-totalité de ces cas est enregistrée dans les pays en voie de développement dont 99% précisément et l'Afrique subsaharienne représentant à elle seule 66% de ces cas.

Ensuite, cette recherche a été envisagée après le drame de l'hôpital Laquintinie en 2016, celui de l'affaire Koumatekel. Cette violence se donne à voir dans plusieurs autres hôpitaux comme celui du district d'Efoulan bien qu'elles ne soient pas pour autant médiatisés. Cette situation nous a particulièrement parlé et interpellé et, puisque notre champ d'étude nous donne l'opportunité de travailler sur cette thématique, alors nous n'avons guère hésité.

Enfin, en jetant un regard synoptique sur les travaux sociologiques relatifs à la santé maternelle, on note une rareté des réflexions sur la problématique des violences obstétricales dans les hôpitaux de deuxième degré que sont les hôpitaux de district pourtant ces violences y sont présentes. C'est en effet la triangulation de cette triple motivation qui a favorisé le choix de notre ce sujet de recherche.

## **II. IDENTIFICATION DU PROBLÈME**

Au Cameroun, plusieurs mesures et actions ont été élaborées dans le but de faire de garantir la santé maternelle et infantile. Parmi ces mesures, le plan pour la réduction de la mortalité maternelle à au moins 70 pour 100.000 naissances d'ici 2030 a été adopté et cela passe par une assistance de qualité avant, pendant et après l'accouchement. En 2011, la Campagne pour l'Accélération de la Réduction De La Mortalité Maternelle et infantile En Afrique (CARMMA)<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> Jacquineau Azetsop, Christophe Tchawa et Sylvestre Ombga, « morphologie du quotidien, souffrance sociale et parcours individuels au Cameroun, la mort de Koumatekel, un problème social ? », in *Revue africaine de sociologie*, 2018, p.76.

<sup>13</sup> Lucy Fonjong, « Suivi de l'aide à la violence sexuelle dans les familles urbaines au Cameroun » in Jean Nzhi Engono et al, *Violences dans les sociétés contemporaines : constructions et vécus en Afrique subsaharienne*, Yaoundé, Monange, 2021.

<sup>14</sup> FIGO, Federation Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique, 2019.

<sup>15</sup> Rapport de la cérémonie de lancement de la CARMMA au Cameroun, UNFPA, 2010.

qui réunissait tous les Ministres de la Santé de l'Union Africaine (UA) fut lancée<sup>16</sup>. Sachant qu'une femme sur trente risque de mourir en couche et que des milliers d'autres souffrent toute leur vie des effets secondaires physiques et mentaux de l'accouchement, cette campagne a été mise sur pied afin de favoriser une meilleure prise en charge des femmes enceintes durant leur accouchement. Elle a aussi pour but de promouvoir des soins de qualité et une relation équilibrée entre prestataires de soins et parturientes. De même, il a été créé une commission éthique dans chaque pays membre afin de s'assurer que les conditions éthiques soient appliquées et respectées dans les services publics.

Dans le même sillage, la Stratégie Sectorielle de Santé rend compte de la création de dix écoles de sages-femmes dans six régions du pays dans le but de combler l'énorme gap en ressources humaines qualifiées pour les prestations de service de santé de la mère et du nouveau-né<sup>17</sup>. De même, le Programme National de Lutte contre la Mortalité Maternelle et Infantile (PLMI) lancé en 2014 travaille pour la baisse considérable de la mortalité maternelle et infantile. Les actions de ce programme visent entre autres l'élimination de la maltraitance et des mauvais comportements lors de l'accouchement.<sup>18</sup> Outre cela, il y'a eu la mise sur pieds des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) qui est d'ailleurs devenue un des piliers majeurs de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale<sup>19</sup>. On note aussi les divers contrôles hiérarchiques qui sont effectués afin d'évaluer l'état des structures hospitalières et des commissions d'enquêtes ouvertes pour établir les responsabilités des mauvais traitements et sanctionner les prestataires qui auront failli à leur engagement. Ces derniers s'exposent donc à des sanctions disciplinaires qui peuvent aller du simple retrait des primes ou des affectations disciplinaires au licenciement définitif pour certains membres du personnel auteurs de violences. Par ailleurs, des visites inopinées du Ministre de la Santé Publique pour contrôler l'état des lieux et rappeler l'éthique et la déontologie du milieu sont aussi à relever.

En dépit de toutes les mesures prises, l'on note une persistance des violences obstétricales dans les maternités des hôpitaux publics comme en témoignent les études menées sur le cas spécifique du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé (CHUY)<sup>20</sup> ou encore le Programme

---

<sup>16</sup> Données disponibles dans le Centre de Documentation Numérique du Secteur Santé, consulté sur [www.cdnss.minsante.cm](http://www.cdnss.minsante.cm), 02 juin 2023 à 20h 06min.

<sup>17</sup> Stratégie Sectorielle de Santé 2016-2027, p.56.

<sup>18</sup> Programme National Multisectoriel de Lutte contre la Mortalité Maternelle, Néonatale et Infantile-juvénile au Cameroun, Plan stratégique 2014-2020.

<sup>19</sup> UNFPA, « Manuel de mise en œuvre pour le développement d'un réseau national de maternités », 2020.

<sup>20</sup> Fomulu et al, « Mortalité Maternelle du Centre Hospitalier et Universitaire de Yaoundé, Cameroun : étude rétrospective de 05ans », Département of obstetric and Gynecology, FMSB, University of Yaoundé 1, 2009.



National Multisectionnel De Lutte Contre La Mortalité Maternelle, Néonatale Et Infanto-juvénile au Cameroun<sup>21</sup>. Le pays a donc encore d'énormes efforts à fournir pour atteindre la cible préconisée dans le cadre des objectifs pour le développement durable (ODD) d'ici 2030 qui est d'atteindre un ratio inférieur à 140 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Ainsi, cette thématique pose le problème de l'usage des pratiques violentes lors de l'accouchement.

### III. PROBLÉMATIQUE

La manière d'aborder la prise en charge des femmes enceintes en milieu hospitalier est assez diversifiée. Plusieurs analyses sur ce thème ont été précédemment faites. Cette section nous permet de faire un inventaire thématique non exhaustif de la littérature autour du thème central des violences obstétricales. Afin d'obtenir une vue plus large de la question abordée, la présentation va se faire autour de quatre principaux thèmes à savoir : **la crise du sanitaire et la violence obstétricale en sociologie de la santé ; la dimension genrée des violences obstétricales, perspective féministe des violences obstétricales et les conséquences des violences obstétricales.**

#### III.1. La crise du sanitaire et la violence obstétricale en sociologie de la santé

La littérature axée sur l'étiologie des violences obstétricale est assez large. Yannick Jaffre et Jean Pierre Olivier De Sardan<sup>22</sup> présentent de façon générale les causes des violences hospitalières. Ces violences se situent à trois niveaux d'après eux. D'abord dans un sens macro, traitant des facteurs liés au contexte institutionnel général c'est-à-dire à la situation globale de l'État qui prédispose celui-ci à plusieurs dysfonctionnements qui se lisent sur le plan sanitaire. Pour Yannick Jaffré et Olivier De Sardan la situation catastrophique des États se matérialise à travers « *un délabrement des administrations, une très faible productivité des services publics dans tous les secteurs, une extension et une généralisation de la corruption* »<sup>23</sup>. Il s'agit ainsi des facteurs qui sont à l'origine de divers dysfonctionnements observés dans les hôpitaux. Ainsi, les critères de compétence étant mis à l'écart, il est normal que la sphère hospitalière soit le lieu où sévit diverses violences. Ils soulignent aussi le fait qu'il n'existe pas une

*Politique nationale de santé digne de ce nom que ce soit en termes de moyens, ou en termes de cohérence et de gestion. On doit admettre que les élites politiques actuelles*

<sup>21</sup> Programme National Multisectionnel De Lutte Contre La Mortalité Maternelle, Néonatale Et Infanto-juvénile au Cameroun, *Plan stratégique* 2014-2020.

<sup>22</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003

<sup>23</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, *idem*, p.50.

*(qui se soignent toutes dans le privé, et souvent à l'étranger) n'accordent aucune priorité réelle à la santé publique, celle du plus grand nombre »<sup>24</sup>.*

Ils présentent ainsi le fait qu'il n'y ait pas une réelle volonté gouvernementale de mettre les formations sanitaires dans les conditions nécessaires afin de fournir des soins de qualité pour la satisfaction des populations nécessiteuses. Enfin, sur le plan macro, pour Yannick Jaffré et Olivier De Sardan, la faiblesse de la société civile est un facteur explicatif de la continuité des violences en milieu hospitalier. Pour eux, les protestations publiques sont assez rares, les syndicats locaux adoptent une attitude corporatiste. Toutefois, cette quasi-inexistence des revendications publiques et cette faiblesse des syndicats trouvent bien leur explication dans tout le système répressif qui est mis en marche par le gouvernement lors de ces manifestations.

Ensuite, ces deux auteurs traitent des facteurs liés au système de santé, c'est-à-dire à l'organisation même des services de santé et à leurs relations avec la hiérarchie sanitaire tels l'absence de travail d'équipe, l'impunité des fautes commises par le personnel et la mauvaise gestion des ressources humaines. Suite à cela, ils présentent les facteurs liés aux comportements des personnels de santé notamment ceux relationnels faisant allusion au non-respect des règles de bienséance, à la mise en place du « régime des faveurs »<sup>25</sup>, à la recherche de ressources personnelles et aux détournements des matériels.

Didier Fassin<sup>26</sup> ayant depuis légitimé la place de la sociologie et de l'anthropologie dans le champ de la santé, a inspiré nombre de jeunes sociologues dont Jacquineau Azetsop et al.<sup>27</sup> Pour eux, les « mauvais » traitements des femmes en obstétrique proviennent du système de santé national qui est mis en place par le gouvernement. Ils optent ainsi pour une anthropologie politique de la santé, considérée comme une posture épistémologique qui consiste à partir d'un micro –contexte pour étendre les analyses qui y sont faites à des contextes plus larges. Ces auteurs déterminent entre autres la faible rémunération du personnel, le manque de matériel de travail, la faiblesse du plateau technique comme étant des facteurs explicatifs du mauvais traitement des femmes en périnatalité. Ils diront clairement, puisqu'ils s'appuient sur l'affaire de Monique Koumatekel que la « mort de cette femme est structurelle ». Ils estiment donc que la souffrance sociale de Koumatekel peut être transposée dans plusieurs domaines notamment celui des transports car le système camerounais serait construit de telle enseigne que « certains

---

<sup>24</sup>Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, *idem*, p.50.

<sup>25</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, *idem*, p. 36.

<sup>26</sup> Jean Pierre Dozon et Didier Fassin, *Critique de la santé publique, une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.

<sup>27</sup> Jacquineau Azetsop et al, *idem*.

*comportements et actions qui, ne promeuvent pas la vie humaine finissent par être incorporés dans les mœurs publiques ou leur impact n'émeuvent plus personne*»<sup>28</sup>.

Rappelant déjà que l'Afrique est la région du monde où les risques liés à l'accouchement sont les plus élevés, Gervais Beniguise<sup>29</sup> estime qu'il y a « *crise du système de santé au Cameroun* » car il y a une inadéquation entre la demande et l'offre en matière de soins. Aussi, l'accessibilité sociale, économique et géographique n'est pas meilleure. Pour lui, cela a pour conséquences le faible recours aux services obstétricaux par les femmes enceintes et dans une mesure plus large l'abandon du système biomédical au profit de celui traditionnel.

Dans le même sillage, Régine Koukam<sup>30</sup> travaillant sur les déterminants de l'utilisation réduite des hôpitaux à Yaoundé indique que les patients sont réticents à l'idée de se rendre à l'hôpital car y sont victimes de plusieurs violences inhérentes au système sanitaire notamment l'insuffisance d'équipements technico-sanitaires, et les dépenses exorbitantes pour l'achat des produits. Ceci est dû d'après elle, à une insuffisance de personnel ce qui fait en sorte qu'il y ait pas une étude pointilleuse de cas et là trop de médicaments sont prescrits. Cela serait aussi dû à la lenteur observée avant la sortie des résultats des examens. Elle énonce aussi comme cause institutionnelle des violences l'incompétence du personnel qui parfois administre de mauvaises doses et prescrivent souvent des médicaments inefficaces face à la souffrance des patients. Dans la même logique, Edmond Mballa Elanga VII précise que la défaillance du système de santé est assez flagrante de telle enseigne que « *confier un membre de sa famille à un personnel de santé c'est prendre un risque* ».<sup>31</sup>

Clémence Schantz<sup>32</sup> quant à elle souligne qu'il existe un grand fossé entre les attentes sociales relatives à l'expérience de la naissance et les conditions d'accouchement proposées dans les institutions. Ce qui explique le fait qu'en Afrique Subsaharienne, une femme sur deux n'accouche pas dans des structures de santé ceci parce que les conditions d'accouchement n'ont pas été murement pensées et équipées par les tenants du système de santé. Il est de même nécessaire d'intégrer le coût des soins du point de vue de l'accessibilité car la situation financière

---

<sup>28</sup> Jacquineau Azetsop et al, *idem* p.64.

<sup>29</sup> Gervais Beniguise, *Entre tradition et modernité, fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Paris, Louvain Laneuve, 2003.

<sup>30</sup> Régine Koukam, « Les déterminants de l'utilisation réduite des hôpitaux publics à Yaoundé », Université de Yaoundé 1, Mémoire en vue de l'obtention d'un diplôme de Master en sociologie, 2011.

<sup>31</sup> Edmond VII Mballa Elanga, « Les profanes « professionnels de santé », les garde-malades au cœur de l'administration des soins de santé au Cameroun » in Honore Mimche et Yves Bertrand Djouda, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, Harmattan, 2018.

<sup>32</sup> Clémence Schantz, « L'ombre des violences obstétricales en Afrique de l'Ouest », Marseille, IRD, 2017.

n'en est pas exclue. Mais, l'on se demande bien si c'est toujours les diverses conditions d'accessibilité qui rendent compte de l'abstention hospitalière des femmes, n'est-il pas judicieux d'interroger à la base les représentations qu'ont ces femmes des formations sanitaires ? Ne devrait-on pas d'abord chercher à savoir comment elles perçoivent l'hôpital ?

Marie Debelle<sup>33</sup> quant à elle relève comme caractère institutionnel des violences obstétricales les restrictions budgétaires dans le domaine de la santé, le manque d'effectifs et de moyens, les problèmes de management de la ressource humaine, la formations des personnels de santé centrée sur la technique et le rendement mettant de côté des préoccupations humaines des femmes, de leur bien-être et de leur consentement.

Sous un autre angle, Jean-François Médard montre que la crise du système de santé au Cameroun ne trouve pas uniquement son explication dans le système de santé mais aussi dans la présence de grands maux tels la mauvaise gestion de l'administration et la corruption. Il précise d'ailleurs que :

*L'état sanitaire déplorable du Cameroun, unanimement constaté, ne fait que refléter les dysfonctionnements du système de santé publique. Les documents officiels, les rapports de consultants, les témoignages de professionnels et des usagers convergent pour dénoncer impitoyablement les tares du système<sup>34</sup>.*

Pour lui, il ne s'agit pas fondamentalement d'un problème d'infrastructures, de manque d'équipement ou même de personnel car seuls 30% des lits sont occupés dans les hôpitaux publics. (Comme le montre Régine Koukam<sup>35</sup>). C'est plutôt un problème de délabrement, de mauvais entretien ou de mauvaise maintenance des équipements ;

*De même, en ce qui concerne le personnel de santé, le problème est qualitatif plus que quantitatif. Tous les diagnostics s'accordent à mettre en question le comportement du personnel médical et paramédical, qui se caractérise par l'absence de conscience professionnelle, la mauvaise qualité des soins qui en découle et le recours systématique à des pratiques de corruption tant dans la gestion administrative et financière que dans les soins et l'attribution des médicaments. Il s'agit moins d'une absence de compétence technique que de l'ignorance la plus élémentaire de la déontologie. Cette absence de professionnalisme s'observe dans tous les secteurs de l'administration mais elle est particulièrement choquante dans celui de la santé où la vie humaine est en jeu<sup>36</sup>.*

---

<sup>33</sup> Marie Debelle, *idem*.

<sup>34</sup> Jean-François Médard, « Décentralisation du système de santé et ressources humaines au Cameroun » in *Bulletin de l'APAD, Un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, Marc Éric Gruénais, 2001.

<sup>35</sup> Régine Koukam, *idem*.

<sup>36</sup> Jean-François Médard, *idem*, p. 21.

Cela donne donc lieu d'après Jean-François Médard à une « *privatisation informelle du système public de santé*<sup>37</sup> » c'est à dire à une sorte de confiscation du service hospitalier par les médecins à la recherche de profits individuels. Plus encore, pour lui, « *la corruption est devenue la règle plus que l'exception*<sup>38</sup> » puisque rien ne s'y oppose que ce soit la peur des sanctions ou la déontologie. Cette impunité des transgressions opérées par le personnel est aussi présentée par Yannick Jaffré et Olivier de Sardan<sup>39</sup> comme un contributeur par excellence aux violences en milieu hospitalier.

À côté de ces facteurs institutionnels, s'esquissent des facteurs culturels. D'un point de vue anthropologique, comme le précisent Honoré Mimche et Yves Bertrand Djouda, de nombreux rites sont au cœur des pratiques familiales de soins de naissances. Ainsi, ces pratiques ont une influence plus ou moins négative dans le processus d'accouchement. Puisque selon eux, les violences obstétricales trouvent leur explication dans le fonctionnement de l'institution hospitalière. Fort de ce que ce soit une seule catégorie sexuée qui soit victime, essayons de lire cette réalité au crible du genre.

### **III.2- La dimension genrée des violences obstétricales.**

Edith Ndjah Etolo pense que « *la recherche sur les femmes est indissociable de celle sur le genre*<sup>40</sup>. » Ainsi, nombreux sont des auteurs qui considèrent la violence obstétricale comme celle de genre c'est-à-dire « *une violence exercée principalement contre les femmes et les minorités de genre, ancrée dans l'inégalité historique des de pouvoir entre hommes et femmes et basée sur des stéréotypes de genre* »<sup>41</sup>. Mais alors, comment situer la violence obstétricale dans une logique de pouvoir entre hommes et femmes quand on sait que le personnel obstétrical est en majeure partie constitué de femmes ? Ne faut-il pas dépasser cette vision dualiste homme-femme pour saisir de façon objective les réelles logiques qui sous-tendent la déshumanisation des soins en obstétrique ? Reconnaisant certes la dimension institutionnelle de ces violences, Clémence Schantz et al précisent que la violence obstétricale

*est avant tout liée au système de genre : ces violences s'exercent principalement contre le corps des femmes qui accouchent et s'inscrivent à la fois dans la construction*

<sup>37</sup> Jean-François Médard, *idem* p. 21.

<sup>38</sup> Jean-François Médard, *idem*, p. 22.

<sup>39</sup> Yannick Jaffré et Olivier De Sardan, *idem*.

<sup>40</sup> Edith Ndjah Etolo, « Sortir du paradigme de la marginalité féminine pour un développement efficient de la recherche sur le genre en Afrique » in *Revue Africaniste interdisciplinaire* numéro 15, Yaoundé, Monange, 2021, p.21.

<sup>41</sup> Chloé Parrat, « Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et violences obstétricales, enjeux pour la pratique en santé sexuelle » DAS en santé sexuelle : intervention par l'éducation et le conseil ; Haute école de travail social, centre de formation continue, Genève, 2019, p.10.

*historique du corps reproducteur des femmes se devant d'être performant, disponible et docile et dans le gouvernement des corps qui impose le contrôle et la surveillance du corps des femmes par l'Etat, la société et l'institution médicale*<sup>42</sup>

Cette conception genrée des violences prend en compte non seulement le fait que ce soit les femmes qui font principalement l'objet des violences, mais aussi le fait qu'il y'a encore une catégorie spécifique qui est plus sujette à ces violences. Cette « *injustice obstétricale* » est visible dit Clémence Schantz à travers la mobilisation d'une approche intersectionnelle. Ainsi, les femmes estimées trop jeunes ou trop âgées, celles qui sont pauvres, peu diplômées ou scolarisées, racisées, célibataires ou considérées comme ayant trop d'enfants sont davantage exposées à des actes ou à des « mauvais » comportements de la part du personnel médical. Clémence Schantz et al précisent d'ailleurs qu'« *à travers le concept de violence obstétricale, les pratiques médicales sont analysées comme des pratiques sociales qui expriment des relations de pouvoir, des positions de classe, des hiérarchies* »<sup>43</sup>. Ceci se vérifie d'autant plus que certaines caractéristiques et situations socialement construites comme marginales ou déviantes comme celles d'un handicap, de prostitution de statut migratoire ou de séropositive exposent davantage les femmes à ces violences. Pour cette même auteure, penser les violences obstétricales comme des violences de genre invite donc à insister sur les rapports sociaux inégalitaires qui favorisent les coups, les blessures, la pression psychologique et le contrôle des parturientes.

Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello parlant justement de l'injustice obstétricale montrent que « *les violences touchent différemment les patientes en fonction de leur parcours de vie* »<sup>44</sup>. Elles présentent de ce fait la manière dont la race et la classe s'articulent pour produire des oppressions spécifiques. Leur étude montre que les violences obstétricales sont orchestrées en fonction du profil socio racial des parturientes. Elles précisent que, même derrière certains actes à priori non violents, se cachent une certaine violence ; c'est le cas par exemple du fait d'un personnel de santé de proposer un accouchement non médicalisé à une femme noire ceci à cause des croyances et préjugés partagés dans l'imaginaire collectif. C'est pourquoi en Italie, le taux de césarienne est plus élevé chez les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne car considérées comme étant particulièrement dociles et peu expérimentées sur le plan juridique.

---

<sup>42</sup> Clémence Schantz, « Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société », in « *cahiers du genre* », l'Harmattan, 2021, p.12-13.

<sup>43</sup> Clémence Schantz et al, idem p.12.

<sup>44</sup> Mounia El Kotni et Chiara Quagliariello, « l'injustice obstétricale, une approche intersectionnelle des violences obstétricales », in *Cahiers du genre*, 2021, p.109.

### III.3- La perspective féministe des violences obstétricales

Divers travaux féministes traitent des violences obstétricales car elles sont considérées comme une « *forme de domination sur les femmes à travers un contrôle de leurs capacités et autonomie reproductives* »<sup>45</sup>. Ces travaux féministes portent principalement sur le vécu et les conséquences des violences obstétricales.

Ainsi, pour Florence Laffut<sup>46</sup>, les violences obstétricales se présentent comme une « *expression des violences patriarcales* ». D'après elle, les violences obstétricales témoignent de la persistance de la domination masculine qui se traduit aussi par un contrôle puissant de la médecine sur la vie des femmes, de leur naissance à leur mort en passant par la grossesse et la ménopause. Elle démontre par-là que les violences obstétricales trouvent leur explication dans l'interrogation du système patriarcal qui prévaut. Pour elle, ce système présent dans tous les domaines de la vie qui serait à l'origine de la déshumanisation des soins en obstétrique. Cette analyse de Florence Laffut peut-elle réellement être acceptée ? Tout en reconnaissant que les violences hospitalières ne sont uniquement le propre de l'obstétrique mais sont communes à d'autres services mixtes tels l'ophtalmologie, la pédiatrie, la rhumatologie ou la cardiologie, ne devrait-on pas prendre un peu de recul, ne devrait-on pas interroger le système de santé ou alors les pratiques médicales en mettant de côté le paradigme patriarcal et ses corollaires ?

Ces points de vue développés plus haut vont de pair avec celui de Marie Debelle pour qui, « *le monde médical n'échappe pas au sexisme et au patriarcat* ».<sup>47</sup> À Barbara Ehrenreicht et Deirdre English<sup>48</sup> de préciser que la médecine participe depuis des siècles à la perpétuation et à la diffusion en Europe d'un long héritage patriarcal qui perçoit les femmes comme des êtres sans force, incapables, sales et impures justifiant par la même toute une série de violences. Pour elles, ces violences demeurent toujours car les femmes sont pour la plupart dans l'ignorance par rapport à leur corps et à leurs droits, raison pour laquelle elles mènent au quotidien des recherches-actions afin de faire régresser les expériences négatives d'accouchement vécues par les femmes. Laetitia Bissai<sup>49</sup> dans son mémoire estime que les violences basées sur le genre sont tellement enracinées dans les mentalités de telle sorte que même dans la sphère médicale et en obstétrique précisément elles sont justifiées tant par le personnel que par les femmes elles même.

---

<sup>45</sup> Bourrelier Camille, *idem*, p.26.

<sup>46</sup> Florence Laffut, « *Femmes et santé, violences obstétricales, maternité et self-help* », 2017.

<sup>47</sup> Marie Debelle, *idem*, p.1.

<sup>48</sup> Barbara Ehrenreicht et Deirdre English, « *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes* », cambourakis, 2016.

<sup>49</sup> Laetitia Bissai, *idem*.

Le vécu de l'accouchement est partagé en fonction des représentations et de façon plus large de la culture des parturientes. L'accouchement n'est pas toujours vécu tel qu'il a été imaginé, fantasmé par les femmes enceintes, ceci dû à différentes causes. En effet, différents auteurs ont réalisé une ethnographie des violences obstétricales à partir de plusieurs entrevues et témoignages reçus des femmes ayant été soumises à l'expérience de l'accouchement. Anne Evrad<sup>50</sup> dans la revue de médecine périnatale rapporte que les femmes vivent les violences obstétricales comme une dépossession de leur accouchement, elles disent se sentir passive et donc incapable de pouvoir donner naissance. Le colloque « accoucher ou se faire accoucher »<sup>51</sup> mis en place par l'association de santé publique au Québec remet en question la surmédicalisation de l'accouchement considéré par les organisateurs de ce colloque comme une violence obstétricale. Les femmes ne se sentent pas actrices de leurs accouchements mais sont plutôt comme dans une usine de « production de bébé » ou elles seraient des robots, elles seraient juste un moyen utilisé pour pouvoir obtenir le produit final qui est un nouveau-né. L'accouchement est internalisé par nombre de femmes comme ce qui reflète leur valeur humaine. Ce moment est vécu par celles qui ne maîtrisent pas leur accouchement comme une réduction de leur personnalité, comme la perte d'une fierté, d'un honneur nourri pendant plusieurs mois.

Le consentement est aussi l'un des aspects dont les féministes se sont appropriées. Labrecque Mariane<sup>52</sup> rapporte que l'absence de consentement pour certaines procédures médicales est une cause fréquente de vécus d'accouchements négatifs. Les observations de Helene Vadeboncoeur<sup>53</sup> dans sa recherche doctorale soulignent également que pendant le travail, la femme ou le couple perd beaucoup son autonomie puisque Les décisions sont le plus souvent prises soit par l'infirmière soit par le médecin. Lipanie Berangère va plus loin en disant qu'il s'observe très souvent « *une confusion entre donner l'information et demander le consentement* »<sup>54</sup>. S'appuyant sur « la loi de Kouchner »<sup>55</sup> en France qui établit clairement la différence entre ces deux termes, elle montre que l'un ne va pas sans l'autre mais l'un ne peut pas remplacer l'autre. Précisant ainsi la place de choix qu'occupe le consentement dans la

---

<sup>50</sup> Anne Evrad, « Douleurs de l'accouchement : quand le vécu des femmes rencontre les représentations des soignants » in Périnatalité, 2021/3 (vol13), pp.113-121.

<sup>51</sup> Association pour la Santé Publique du Québec, « Colloque accoucher ou se faire accoucher », 1981.

<sup>52</sup> Labrecque Mariane, « Expériences négatives de l'accouchement décrites par les femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales », Université de Montréal, Ecole de travail social, faculté des arts et des sciences, 2018.

<sup>53</sup> Hélène Vadeboncoeur, « La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire : de quelle humanisation parle-t-on ? », Université de Montréal, 2004.

<sup>54</sup> Lipanie Berangère, 2021, « Représentations par les étudiants en santé interne de gynécologie –obstétrique et étudiants sage-femmes », Université Grenoble Alpes, département de maïeutique (école de sage-femmes, hôpital du sud) p.65.

<sup>55</sup> Loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, France, 04 mars 2002.



pratique de soins en obstétrique. Elle montre d'ailleurs que dans la plupart des cas, même si le consentement est demandé par le soignant, la question est formulée de façon à contraindre le patient d'accepter. On se retrouve alors dans deux cas de figures : premièrement la patiente ne sait pas si elle a le droit de refuser les soins et en second lieu le soignant n'est pas préparé à réagir face à ce refus de soins. Or, ce refus n'est pas une remise en cause des pratiques professionnelles mais un droit de la parturiente. Elle précise encore que même si le consentement est demandé cela ne relève pas du respect de l'éthique et de déontologie du métier par les soignants mais est plutôt considéré par ceux-ci comme une prévention, une protection afin d'éviter des poursuites judiciaires venant de la part des patientes. Ces idées attestent de ce que la non-recherche de consentement est un facteur clé de la matérialité des violences obstétricales.

Les résultats de l'enquête d'Irène Djida<sup>56</sup> travaillant sur la pratique des soins de maternité et la satisfaction des accouchées et mobilisant une approche mixte révèlent que le niveau de satisfaction globale des accouchées est de 96,7% ceci en dépit de certaines insatisfactions telles le cout des prestations 38% ; la qualité de l'éducation et de l'information reçue 31,5% ; la qualité de surveillance en maternité 13,3%, et les soins administrés au nouveau-né 10,8% . Ce vécu de l'accouchement donne lieu à diverses conséquences.

### **III.4- Les conséquences des violences obstétricales**

Les conséquences des mauvais traitements des parturientes sont assez nombreuses. En effet, comme le montre Mélanie Dechalotte<sup>57</sup>, des séquelles physiques et psychiques naissent des mauvais traitements lors de l'accouchement. Les femmes étant victimes d'épisiotomies portent pour certaines des traits et des cicatrices liées aux sutures sur le corps toute leur vie. Cela leur donne une autre représentation de leur corps. La honte vis-à-vis de des séquelles physiques et des cicatrices laissées par les interventions médicales modifient leur rapport à leur corps et installent un climat de honte.

Suivant cette logique, Marie Debelle note aussi comme conséquences les détresses psychologiques, le syndrome de stress post-traumatique qui est un « *état se caractérisant par le développement de symptômes spécifiques faisant suite à l'exposition à un évènement traumatique dans un contexte de mort, de menace, de blessures graves ou d'agression sexuelle*<sup>58</sup> ». Elle note en outre la dépression post partum, les séquelles physiques, l'impact sur le rapport au soin et

---

<sup>56</sup> Irène Djiaou, « La pratique des soins de maternité et la satisfaction des accouchées au district de Santé de Nkolndongo », UCAC, Master en Santé Publique, 2019.

<sup>57</sup> Mélanie Dechalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, Paris, First document, 2017.

<sup>58</sup> Marie Debelle, idem, p.21.

enfin l'altération des relations sociales, familiales et sexuelles en ce sens que pour ces femmes, « *la vie sexuelle est dégradée voire inexistante, une peur ou un refus de grossesse ultérieure et une remise en question de l'idéal familial.* »<sup>59</sup> Relativement aux séquelles psychiques comme l'indique Diel Orphelie<sup>60</sup> les femmes victimes de violences obstétricales perdent beaucoup en estime de soi, elle note une perte de confiance en elles, la faiblesse du lien entre le bébé et elle car, dans certains cas car il est perçu comme celui à l'origine de la dépression. Aussi, cette auteure note-t-elle la faiblesse du lien entre ces femmes et leur mari dû à la perte d'envie de rapports sexuels, ou le refus total de ces pratiques à cause de la douleur que cet acte confère surtout lorsque ces dernières ont subi une césarienne ou une épisiotomie. Elle va plus loin en soulignant le fait pour ces femmes de mettre totalement de côté l'idée de faire des visites gynécologiques et même d'avoir d'autres enfants. Elle précise aussi que la violence obstétricale peut même aussi être vécue comme un « viol » avec des conséquences identiques : sidération psychique et stress post traumatique.

Dans le même ordre d'idées, Sylvie Levesque et al présentent les conséquences des violences obstétricales à quatre principaux niveaux. Premièrement sur le plan individuel ; ici les femmes développent régulièrement des réactions colériques, un sentiment d'avoir été abusées et la perception d'avoir été invisibilisée. Ces autrices précisent d'ailleurs que « *la reconnaissance des impacts traumatiques n'est toutefois pas immédiate ? certaines femmes pouvant mettre des mois voire des années avant de reconnaître l'accouchement comme violent.* »<sup>61</sup> Deuxièmement sur le plan conjugal ou familial les répercussions des violences obstétricales se lisent par une absence de liens physiques ou émotionnels avec le bébé, une mauvaise compréhension mutuelle du couple et une peur de faire des rapports sexuels. Troisièmement sur l'aspect systémique, Sylvie Levesque et al notent une abstention à fréquenter le système de santé pour une autre grossesse et un risque accru de morbidité pour la mère et l'enfant. Enfin, sur le plan sociétal et légal, ces auteures montrent que la violence obstétricale conduit à la « *culture de l'autorité médicale* »<sup>62</sup> ce qui fait en sorte que les femmes gardent le silence face aux violences ceci par manque de connaissances de leurs droits.

---

<sup>59</sup> Marie Debelle, idem, p.22.

<sup>60</sup> Diel Orphelie, « Les violences obstétricales : conséquences sur l'estime de soi des femmes », Aix Marseille Université, 2020.

<sup>61</sup> Sylvie Levesque et al, pédagogies féministes et pédagogie des féminismes, vol 31, num1, Recherches féministes, 2022 ; P.11.

<sup>62</sup> Sylvie Levesque et al, idem, p. 12.

Aussi, Chloé Parrat<sup>63</sup> présente-t-elle diverses conséquences des violences obstétricales notamment les « babyblues » qui interviennent entre le deuxième et le cinquième jour de la période post-partum et se caractérisent par une forte émotivité, une humeur changeante. Elle note de même une dépression du post-partum qui se lit à travers la fatigue persistante, l'épuisement, la perte d'énergie, le désintérêt et ralentissement face au nouveau-né, l'anxiété, les sentiments de solitude, et le retrait face émotionnel.

Dans le même sens, l'Institut de Recherche et d'Actions pour la Santé des Femmes (IRASF) précise que les violences obstétricales tout comme les autres types de violence laissent des séquelles multiples. Les plus évidentes sont celles physiques par exemple une cicatrice de l'épisiotomie au niveau du périnée qui provoque très souvent de fortes douleurs et des contraintes telles que l'impossibilité de porter un pantalon ou même de s'asseoir. D'un point de vue psychique, les femmes victimes de violences obstétricales ressentent souvent une certaine culpabilité car n'ont pas su réagir à un geste ou à une humiliation ce qui provoque très souvent une perte d'estime de soi. L'IRASF constate également que certaines femmes souffrent d'un stress post traumatique dû aux violences subies lors de leur accouchement pouvant entraîner de graves dépressions susceptibles infecter même la relation entre la mère et son enfant. Il précise aussi que ces violences ont un grand impact sur la prise en charge médicale de la patiente car d'autres opèreront une rupture avec la confiance existante entre patients et personnel. Très souvent, les femmes renonceront aux trajectoires obstétricales voire gynécologiques et mettent de côté l'idée de se rendre dans un centre de santé. Cette idée est d'ailleurs confortée par Abdoulahi Kami<sup>64</sup> à la suite du terrain effectué dans l'aire de santé de Gounougou au Nord Cameroun sur un échantillonnage de 852 femmes interrogées rapporte que 6,9% estiment avoir fait recours à l'accouchement à domicile à cause d'antécédents d'accouchement mal vécu à l'hôpital. L'autre aspect qui est mis en avant est le traumatisme des conjoints causé par un sentiment d'impuissance après l'agression de leur conjointe.

Cependant, dans le cadre de cette recherche, la tendance en est toute autre. Il s'agit en effet d'analyser la construction des violences obstétricales dans un espace spécifique qu'est l'hôpital de District d'Efoulan. Puisque la réalité est fonction du lieu, du temps et de la culture du milieu où elle est vécue, cette analyse garde toute son originalité. Plus précisément, il est question de

---

<sup>63</sup> Chloé Parrat, « Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et des violences obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle », DAS en santé sexuelle, intervention par l'éducation et le conseil, Haute école de travail social, Centre de formation continue, Genève, 2019.

<sup>64</sup> Abdoulahi Kami, « Les déterminants du recours à l'accouchement à domicile dans l'aire de Santé de Gounougou, Nord-Cameroun » ; Yaoundé, UCAC, Mémoire MSP/EPI, 2015.

mobiliser et de mettre en relation les éléments et variables liés à l'individuel, au collectif et aux institutions afin d'affiner notre analyse. Loin de faire une recherche d'ores encadrée par des logiques idéologiques et/ou militantistes, l'approche adoptée dans ce travail met en évidence l'interdisciplinarité pour mieux discuter de ce phénomène et faire avancer le débat scientifique autour la thématique des violences obstétricales. En effet, bien que cette recherche se focalise sur un terrain sociologique, elle intègre d'autres regards à l'instar des sciences de la santé, des sciences biomédicales, de l'anthropologie, de l'histoire, de la psychologie, des sciences politiques et juridiques, des sciences économiques afin de montrer comment émergent et s'entretiennent et se maintiennent les diverses formes de violences obstétricales à la maternité d'Efoulan ainsi que leurs implications.

#### **IV. QUESTIONS DE RECHERCHE**

##### **IV.1- Question principale**

Qu'est ce qui explique l'émergence des violences obstétricales lors de la prise en charge des femmes enceintes à la maternité d'Efoulan ?

##### **IV.2- Questions secondaires**

**Q.S.1** : Comment se manifestent les violences obstétricales qui émergent de la prise en charge des parturientes à la maternité d'Efoulan ?

**Q.S.2** : Comment les pratiques violentes qui se manifestent lors du processus d'accouchement parviennent -elles à se maintenir à l'hôpital d'Efoulan ?

**Q.S.3** : Quelles sont les implications des violences obstétricales sur le système de soin à la maternité d'Efoulan ?

#### **V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE**

##### **V.1- Hypothèse principale**

Les dysfonctionnements d'ordre systémiques, socio- juridiques et relationnels contribuent à l'émergence des violences obstétricales à la maternité d'Efoulan lors de la prise en charge des femmes enceintes.

##### **V.2- Hypothèses secondaires**

**H.S.1** : Les violences obstétricales qui émergent de la prise en charge des parturientes à la maternité d'Efoulan se manifestent par un ensemble de comportements et de pratiques qui portent

atteinte non seulement à l'intégrité physique et psychologique mais aussi qui nuisent à la stabilité financière des parturientes.

**H.S.2 :** Les pratiques violentes qui se manifestent lors du processus d'accouchement parviennent à se maintenir à partir d'un ensemble de conditionnements internes et externes à l'hôpital d'Efoulan favorables aux violences obstétricales.

**H.S.3 :** Les violences obstétricales impliquent des incidences sur le rapport à l'éthique et à la déontologie, mais aussi sur le rapport à la pratique de soins et sur l'itinéraire hospitalier des parturientes.

## VI. CADRE THÉORIQUE

### VI.1- Le constructivisme structuraliste

Pierre Bourdieu est reconnu internationalement comme l'un des grands sociologues de la moitié du XXI<sup>ème</sup> siècle. Il a le mérite d'avoir combiné de manière originale trois pères de la sociologie qui avaient été toujours séparés à savoir Karl Marx, Émile Durkheim et Max Weber. Bourdieu définit le constructivisme structuraliste à la jonction de l'objectif et du subjectif. Il précise à cet effet que :

*Par structuralisme ou structuraliste, je veux dire qu'il existe, dans le monde social lui-même (...) des structures objectives indépendantes de la conscience et de la volonté des agents, qui sont capables d'orienter ou de contraindre leurs pratiques ou leurs représentations. Par constructivisme, je veux dire qu'il y'a une genèse sociale d'une part des schèmes de perception, de pensée et d'action qui sont constitutifs de ce que j'appelle habitus, et d'autres part des structures sociales, et en particulier ce que j'appelle des champs.<sup>65</sup>*

Deux notions essentielles constituent ainsi cette théorie, celle « habitus » et du « champ ». Dans cette étude, c'est l' « habitus » qui sera davantage utilisé. C'est en effet un concept dont les dispositions sont les inclinations à se comporter ou à penser d'une certaine façon. Ces dispositions sont durables. Elles ont le pouvoir de résister au changement ce qui leur confère un certain aspect de continuité. Elles sont aussi transposables d'un milieu à un autre et assurent la reproduction sociale.

Le constructivisme structuraliste a permis dans le cadre de cette recherche de rendre compte des violences obstétricales à partir des structures sociales et des actions individuelles. À travers le concept de « habitus », cette théorie a permis d'interpréter la culture paternaliste qui est présente et perdure dans la mise en soin des parturientes au-delà des innovations

---

<sup>65</sup> Philippe Corcuff, « Théories sociologiques contemporaines », Armand Colin, 2019.

pensées. À travers cette théorie, il a été question d'analyser la reproduction des violences obstétricales à partir de leur institution, du fait qu'elles soient érigées en normes dans les pratiques de soins. Elle a permis de montrer comment est-ce que les violences sont enchâssées dans les pratiques de soin d'où leur récurrence et leur banalisation. En outre, elle a permis d'analyser le comportement des personnels de soin à partir de leurs croyances et représentations personnelles qui, transposées dans la sphère professionnelle, favorisent parfois l'émergence et la reproduction de ces violences.

## **VI.2- L'interactionnisme symbolique**

C'est une approche issue de la sociologie américaine qui a subi plusieurs déclinaisons. Elle prend naissance au XX<sup>e</sup> siècle au sein de l'école de Chicago. Le vocable « *interactionnisme symbolique* » apparaît précisément en 1937 dans un article du sociologue Américain George Herbert Blumer. Elève de Herbert Mead, ce dernier est formé à la psychologie sociale et s'orienta plutôt à la sociologie. Le concept d'interaction symbolique désigne selon Mbonji Edjenguele « *l'unité minimale des échanges sociaux ou situations où chacun des membres d'un groupe joue, agit et se comporte en fonction de l'autre* »<sup>66</sup>.

Cette théorie s'intéresse à l'analyse des interactions directes, à des situations où les acteurs sociaux sont co-présents. Pour les interactionnistes, la société loin d'être constituée une fois pour toutes se construit quotidiennement à travers les actes des individus. Ils refusent fondamentalement l'idée d'un déterminisme biologique et social. Les interactionnistes soutiennent que l'objet essentiel de la recherche est les interprétations que les acteurs se font du social. D'après eux, nous vivons dans un monde à la fois physique et symbolique. L'interactionnisme fait donc référence à une sorte de face à face définie comme l'influence réciproque que les différents partenaires exercent sur leurs actions respectives lorsqu'ils sont en présence physique immédiate les uns des autres.

Mbonji Edjenguelè reprenant Blumer présente trois principaux postulats encadrent cette théorie telle conçue par Herbert Blumer :

- Les humains agissent à l'égard des choses en fonction du sens qu'ils attribuent à ces choses ;
- Ce sens est dérivé ou provient de l'interaction que chacun a avec autrui ;

---

<sup>66</sup> Mbonji Edjenguele, *L'ethno-perspective ou la méthode du discours de l'ethno-perspective culturelle*, Yaoundé : Presses Universitaires de Yaoundé, 2005, p.23.

- Ces sens sont manipulés dans et modifiés via un processus interprétatif utilisé par la personne pour interagir avec les choses rencontrées.

Autrement dit, chaque individu interagit avec l'autre d'abord en fonction du sens qu'il lui attribue, et ce sens s'inscrit en dans un contexte ou une situation bien précise qui s'effectue à travers des symboles langagiers partagés.

Le recours à cette théorie est nécessaire dans cette étude dans la mesure où elle a permis de scruter comment se construisent et s'entretiennent les relations entre les prestataires de soins et les parturientes. Elle est d'autant plus utile car l'on s'en est servi pour interpréter les interactions qui se tissent entre les prestataires de soins et les proches-aidants ou les accompagnants des parturientes car « *Dans les hôpitaux africains spécifiquement, la réalité des soins ne se résume pas à une simple relation thérapeutique mettant uniquement face à face le soignant et son patient* »<sup>67</sup>.

Ainsi, à travers l'interactionnisme symbolique de Goffman d'après lequel les individus n'ont pas d'identité fixe et par conséquent sont dynamiques et s'adaptent aux situations qui se présentent en fonction de leur culture, il a été question de rendre compte de comment se construisent, s'entretiennent où se détériorent les interactions entre les soignants et les parturientes. Il a permis de lire les rôles qu'occupe chaque partie dans la relation de soin et de définir les attentes réciproques. Ce modèle théorique a permis de comprendre le sens que donne chaque professionnel à son action à partir des buts poursuivis et des représentations qu'il a des parturientes. Aussi, à travers cette théorie et s'appuyant sur le développement de Goffman, il a été question de montrer comment les mauvais scripts (violences obstétricales) posés par le personnel soignant influencent la continuité des rapports entre le personnel et les parturientes. Puisque les médecins n'ont pas gardé la face, puisque ceux-ci n'ont pas joué le rôle social qui est le leur, cette théorie nous a permis de rendre compte du climat conflictuel qui s'installe.

De même, à travers l'interactionnisme symbolique, il a été question de signifier à quel moment naissent les violences obstétricales et d'analyser l'impact de celles-ci sur la continuité de la relation de soin et sur la trajectoire thérapeutique des femmes ayant accouchées dans ce centre de santé. Elle nous a également permis d'analyser la signification de nombre de comportements et agirs lors desdites interactions à même d'engendrer des violences obstétricales. L'interactionnisme nous a aussi permis d'interpréter des situations qui relèvent des rapports de

---

<sup>67</sup> Honoré Mimche et Yves Bertrand Djouda, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris : Harmattan, 2018, P.16.

pouvoir qui se construisent entre soignants-soignés et qui sont susceptibles de créer des conflits et frustrations dans leurs interactions.

### **VI.3- Le fonctionnalisme dysfonctionnel**

Cette théorie a été développée par Robert King Merton. Il est un élève de Talcott Parsons. Il amende le point de vue fonctionnaliste pour lui donner un autre sens plus modeste et plus opérationnel. Il proposa à cet effet une théorie fonctionnaliste modérée à partir de la critique des travaux de Malinowski. Il considère que le fonctionnalisme des anthropologues est inadapté aux sociétés modernes car ces sociétés plus complexes présentent des contradictions internes. Il s'attèle donc à aborder les questions de dysfonctions et de déviance. Il montre ainsi que les institutions qui composent une société ne s'articulent nécessairement pas de façon harmonieuse. Il conteste également l'idée que toute institution remplit nécessairement une fonction positive et vitale. Il montre que ces institutions peuvent avoir des effets variables d'un groupe social à un autre ; positifs pour les uns et négatifs pour les autres. Il montre donc qu'un seul élément peut avoir plusieurs fonctions. Il emprunte ainsi à Sigmund Freud l'opposition manifeste/latent. L'objectif est de dissiper la confusion si fréquente entre les motivations conscientes et volontaires qui animent un comportement (fonction manifeste) et les conséquences objectives qui en découlent (fonction latente)<sup>68</sup>

Cette théorie a été mobilisée dans ce travail afin de rendre compte des dysfonctionnements et de la déviance créés par la violence à la maternité d'Efoulan. Elle nous a permis de considérer les pratiques violentes non pas comme des troubles du système mais comme des effets certes indésirés mais inhérents à cette structure de soins. De même, cette théorie a permis de rendre compte des conséquences latentes, cachées produites par la médicalisation du corps féminin enfantant. Grâce à elle, les discriminations que présente le système de soins ont été relevées. Elle a ainsi permis de voir l'hôpital non plus seulement comme une structure intégratrice mais davantage comme un lieu d'expressions de diverses violences au vu des dysfonctions enregistrées.

---

<sup>68</sup> Michel Lallement, « Fonctionnalisme », Encyclopédia Universalis consulté le 07 avril 2023 0 23h55min disponible sur [URL:https://www.universalis.fr/encyclopedie/fonctionnalisme/3-le-paradigme-de-l-analyse-fonctionnelle/](https://www.universalis.fr/encyclopedie/fonctionnalisme/3-le-paradigme-de-l-analyse-fonctionnelle/)



## VII. CADRE METHODOLOGIQUE

### VII.1- Méthode utilisée

La méthode adoptée dans ce travail est qualitative. C'est une perspective de l'étude des interactions utilisant des techniques visant à décrire, à cerner le sens, à interpréter et à reconstruire des interactions à partir de la signification que les acteurs donnent eux-mêmes à leurs actions sociales et à leurs comportements. Elle permet de comprendre de façon profonde les interactions sociales à travers la mobilisation de diverses techniques qui lui sont propres.

Cette méthode a permis de comprendre comment émergent et se maintiennent les violences obstétricales ainsi que les implications qu'elles induisent. De même, elle a permis de décrire en profondeur et d'interpréter les situations qui constituent de ce phénomène. Aussi, grâce à la diversité de techniques qu'a cette méthode, elle a permis d'aboutir à de résultats plus objectifs à travers la triangulation.

### VII.2- Population d'étude

Catégories d'enquêtés	Tranche d'âge	Sexe	Statut professionnel	Statut matrimonial	Nombre d'enfants	Nombre d'entretiens effectués
<b>Parturientes ayant accouchées à l'HDE</b>	17-39	Femmes	Ménagères Enseignants Étudiantes Commerçantes Infirmières	Mariées Célibataires	1-4	19
<b>Sages-femmes</b>	38-52	Femmes	Sages-femmes	/mariées Célibataires	2-6	05
<b>Stagiaires</b>	23-27	Femmes Hommes	Étudiants Étudiantes	Célibataires	0-1	04
<b>Accompagnants des parturientes</b>	35-62	Femmes Hommes	Retraitées Ménagères Informaticiens Enseignants Commerçant	Mariés Célibataires Veuves	1-6	04
<b>Acteurs associatifs</b>	38-60	Femmes		/	/	02
<b>Acteur ministériel</b>	37	Homme	Personnel MINSANTE	/	01	01
<b>Total</b>						<b>35</b>

### **VII.3- Méthodes d'échantillonnage**

L'échantillonnage est le processus qui permet d'étudier une partie de la population pour mener une recherche. Pour cette étude qualitative, c'est un échantillonnage non probabiliste qui a été utilisé. Il consiste en effet à déterminer les critères essentiels à l'enquête et à en choisir les individus sur la base de ces critères. Les techniques d'échantillonnage utilisées ont été fonction des informateurs. Premièrement c'est l'échantillonnage par « choix raisonné » qui a été retenu. Il consiste pour le chercheur à sélectionner les enquêtés en fonction des caractéristiques déterminés à l'avance et des objectifs de la recherche. Il a été mobilisé afin d'entrer en contact avec une partie des parturientes ayant accouché à l'HDE en privilégiant les variables telles que le nombre d'enfants, le type d'accouchement, le statut socio-professionnel et matrimonial. De même, cette technique a permis d'entrer en contact avec les sage-femmes ainsi que les stagiaires en fonction de leur niveau d'étude et du temps mis dans cet hôpital. Elle a aussi permis d'entrer en contact avec la présidente de l'Association des Sages-Femmes et Assimilés du Cameroun et avec un personnel du MINSANTE afin de diversifier le profil des enquêtés et d'avoir le point de vue des acteurs associatifs.

La deuxième technique qui a été mobilisé est celle par « boule de neige ». Elle a aidé dans ce travail à entrer en contact avec d'autres parturientes par l'entremise des premières issues de la technique de l'échantillonnage par « choix raisonné ». Elle a permis d'effectuer des entretiens avec d'autres parturientes indiquées par les premières enquêtées du premier échantillonnage. Elle a aussi permis d'entrer en contact avec les accompagnants des parturientes notamment leur époux, mère et sœur.

### **VII.4- Techniques de collecte de données**

#### **VII. 4.1. L'observation documentaire**

Toute recherche scientifique nécessite des préalables et donc l'exploitation des documents. Encore appelée observation documentaire, elle est définie comme étant celle qui s'effectue sans contact direct entre le chercheur et la réalité sociale étudiée. Elle permet de prendre connaissance de ce qui a déjà été dit sur le sujet afin de ne pas produire d'éternels travaux répétitifs. C'est une preuve de l'honnêteté intellectuelle du chercheur.

L'observation documentaire a permis dans un premier temps de recueillir des informations issues de divers documents notamment des ouvrages, articles, mémoires, des rapports d'enquête, des statistiques, des documents de stratégies nationales, des textes juridiques, des conventions, des journaux, des magazines, des débats télévisés, des conférences-débats afin d'enrichir les

connaissances sur le phénomène des violences obstétricales et d'apporter une contribution sur la compréhension des pratiques déviantes à la maternité d'Efoulan.

Dans un second temps, l'observation documentaire a servi à prendre connaissance des documents propres aux femmes enceintes tels les carnets de visites, les fiches d'examens, les échographies, les dossiers médicaux et les résultats d'examens afin de retracer le parcours de la violence obstétricale à l'hôpital de district d'Efoulan. Egalement, elle a permis de recueillir des informations sur les documents officiels de l'hôpital, les affiches, les communiqués, les ordonnances, les reçus de paiement, les partogrammes, les fiches de suivi du travail qui nous ont été d'une grande importance dans le processus de collecte de données.

#### **VII.4.2-L'observation directe**

Elle est définie par Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt comme « *celle ou le chercheur procède directement lui-même au recueil des observations sans s'adresser aux sujets concernés*<sup>69</sup> ». Il s'agit effectivement pour le chercheur d'entrer en contact direct avec son objet d'étude et de collecter des informations à l'aide de ses sens. Ici, les sujets interviewés n'interviennent pas dans la production de l'information recherchée. Comme l'indique Marie Fabienne Fortin, « *le chercheur doit déterminer la méthode d'observation, l'objet sur lequel portera l'observation, le lieu et le moment et enfin préciser comment ces observations seront notées et par qui.* »<sup>70</sup>

L'appel à cette technique de collecte de données dans ce travail a permis de façon générale de faire une ethnographie des violences obstétricales et de constater leur matérialisation. À travers elle, il a été question d'observer les pratiques, les comportements, les actes qui rendent compte de l'effectivité des violences obstétricales lors de l'accouchement. Ainsi, plusieurs accouchements ont été observés ; ceux par voie basse précisément, ceux avec et sans épisiotomie. Ces accouchements ont été observés dès l'arrivée des parturientes, du travail jusqu'à la délivrance. La période post-partum et les conditions dans lesquelles se font les suites de couche ont elles aussi été observées. Le plateau technique, les équipements, les infrastructures, l'état des toilettes et des salles d'accouchement, les interactions et échanges entre les membres du corps médical eux-mêmes, entre les soignants, les parturientes et leurs accompagnants, bref l'environnement social qui prévaut a fait partie de l'observation. Cette observation a de ce fait permis de relever les facteurs explicatifs de ces violences, c'est-à-dire de déceler les éléments

---

<sup>69</sup> Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, idem, P.151.

<sup>70</sup> Marie Fabienne Fortin, *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal, Ed Cheneil-Education, 2005, P.300.

déclencheurs des mauvais traitements subis par les femmes en maternité et de lire leurs implications dans la continuité des interactions entre les prestataires de soins, les parturientes et leurs accompagnants.

#### **VII.4.3- L'observation participante**

Elle consiste pour le chercheur à faire partie du contexte dans lequel le comportement de l'individu est étudié. Il a donc été question à travers cette technique de passer le matériel aux praticiens lors de l'accouchement, de puiser de l'eau, de donner des ordonnances aux accompagnants des parturientes, d'aller chercher les matériels d'un service à un autre, de transmettre des messages des professionnels aux parturientes et à leurs accompagnants, de transmettre les doléances des familles aux sages-femmes, d'aller récupérer des ordonnanciers chez la majeure ou au secrétariat, d'accueillir les parturientes, à assurer l'éclairage .

Cette technique a permis d'être au cœur de la prise en charge des parturientes. Elle a permis de relever plusieurs points qui touchent à l'intimité de la salle d'accouchement afin d'en ressortir de façon minutieuse les pratiques les plus enchâssées de la relation de soin qui produiraient des violences. De même, elle a permis de se fondre dans la masse des stagiaires en médecine et sciences infirmières afin de collecter aisément les données sans de possibles altercations avec le personnel de soin. Cette technique était entre autre une rétribution, c'était notre apport pour le fonctionnement de l'hôpital et une manière de rendre notre redevabilité.

#### **VII.4.4- Les entretiens semi-directifs**

C'est une technique d'enquête qualitative fréquemment utilisée. Elle permet d'orienter en partie les discours des personnes interrogées autour des différents thèmes définis au préalable par l'enquêteur et consignés dans un guide d'entretien. C'est en effet un :

*Véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un évènement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à un vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur<sup>71</sup>*

Cette technique a été mobilisée dans la présente étude pour collecter des informations auprès des parturientes afin de recueillir des informations relatives au vécu de leur accouchement ; du personnel des soins obstétricaux pour avoir leur opinion sur les représentations et les pratiques de soins auxquelles ils s'adonnent ; des stagiaires pour avoir les expériences

---

<sup>71</sup> Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 3<sup>e</sup> édition P.173

auxquelles ils ont été témoins et leur point de vue des violences obstétricales ; des accompagnateurs des parturientes pour avoir leurs impressions en tant qu'acteur ou témoin des divers échanges lors du soin et enfin auprès de la présidente de l'ASFAC et de sa secrétaire afin d'avoir leur conception des violences obstétricales ainsi que les diverses dispositions prises en rapport avec ce phénomène.

#### **VII.4.5- Technique d'analyse des données : l'analyse de contenu**

L'analyse de contenu est considérée comme un traitement systématique de différentes données recueillies. Elle consiste donc à recenser, classier et à catégoriser les traits d'un corpus. Ces données peuvent provenir des textes, des images, des statistiques à même d'aider le chercheur dans la production du sens et des significations réelles des données recueillies sur le terrain. Elle a d'ailleurs pour but de « *connaître la vie sociale à partir de cette dimension symbolique des comportements humains.* »<sup>72</sup>

Dans le cadre de cette recherche, après recueil des informations chez divers enquêtés, des retranscriptions ont été faites. Une fois cela fait, les données obtenues ont été traitées puis classées en fonction thèmes et itèmes relatifs à nos questions de recherche. Des catégories conceptuelles ont été établies puis, l'on a procédé à l'interprétation des données.

La triangulation de toutes ces données permettra ainsi après analyse de relever les facteurs quel que soit leur ancrage ou leur profondeur qui expliquent la récurrence des violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan.

### **VIII. CLARIFICATION CONCEPTUELLE**

#### **VIII.1- Prise en charge**

Selon le Wiktionnaire, la « prise en charge » est une locution nominale qui désigne « l'acte de prendre sous sa responsabilité une personne ou un objet. »<sup>73</sup> Cette prise en charge peut se faire sur une personne, une affaire... Elle renvoie donc à la manière de s'occuper ou de prendre soin de quelqu'un ou de quelque chose.

En médecine, la prise en charge désigne l' « *action de prodiguer des soins à une personne présentant les symptômes d'une maladie ou à un accident* »<sup>74</sup>. Pour Frank Evrad<sup>75</sup>, « prendre en

---

<sup>72</sup> Paul Sabourin, *L'analyse de contenu*, Recherche sociale, 4 éd, presses universitaires du Québec, chapitre 15.

<sup>73</sup> [www.lalanguefrancaise.com](http://www.lalanguefrancaise.com)

<sup>74</sup> [www.wiktionary.com](http://www.wiktionary.com)

<sup>75</sup> Frank Evrad, « La prise en charge, une locution qui vieillit mal en médecine » in *Cahiers de la puériculture* disponible sur [www.em-consulte.com](http://www.em-consulte.com)

charge implique une assistance un soutien ». Cela étant dit, il trouve que cette notion est utilisée de manière excessive en santé car les malades sont eux même des acteurs de leur santé ainsi, la locution « prendre en charge » néglige la contribution du patient à sa mise en soin. Dans ce travail précisément, la prise en charge doit être comprise dans l'espace hospitalier. Cette prise en charge médicale traite de la relation de soin qui met en scène des soignants et des malades ou encore des professionnels de soins et des patients. Elle a de ce fait une triple dimension qui peut être située au niveau macro, méso puis micro. En d'autres termes, elle ne se limite pas à la relation soignant-parturiente, elle va plus loin et interroge la dimension structurelle et institutionnelle. En effet, la prise en charge est systémique et renvoie à comment est-ce que les politiques de santé pensent la façon dont seront traitées les parturientes dans les établissements de soin. Elles renvoient aux normes instaurées, aux infrastructures qui y sont disposées et bien d'autres. Concernant le volet structurel, il traite de l'appropriation des mesures gouvernementales par les différents centres de santé et comment est ce qu'à leur niveau ils pensent des stratégies de soins pour les parturientes. Dans un dernier ressort et le plus visible d'ailleurs c'est la relation explicite entre les parturientes et les soignants qui est davantage mise en scène. La prise en charge ici envoie à la manière dont les interactions et les relations sont construites, configurées et négociées entre les deux parties.

Cette prise en charge représente le contexte dans lequel s'inscrit ce travail de recherche. En effet, il part de la médicalisation pour poser le problème des violences obstétricales. C'est justement parce qu'il y'a défaillance dans la prise en charge dans les maternités qu'émergent les violences obstétricales.

### **VIII.2- Violences obstétricales**

Tout d'abord, la violence est définie comme étant l'usage de la force physique (brutalité, crime etc.) ou mentale (harcèlement, violence psychologique ou verbale etc.) afin d'imposer sa volonté contre celle d'autrui.<sup>76</sup> » Précisons ici que la violence peut être aussi bien individuelle que collective.

L'obstétrique quant à elle désigne une spécialité médico-chirurgicale qui a pour objet l'étude et la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement. De ce fait, les violences obstétricales ne sont pas appréhendées de façon universelle, il existe bien des divergences quant à leur conceptualisation. Malgré cette diversité définitionnelle, elle repose sur des bases consensuelles qui constituent son ossature.

---

<sup>76</sup> Yves Michaud, « Définir la violence ? » in *LA VIOLENCE*, 2012.

Ainsi, le CIANE définit les violences obstétricales comme une

*Perturbation de la relation de soins comprise dans sa globalité ; le manque d'explications, la non-recherche de consentement, l'absence de prise en compte de la douleur, la brutalité des gestes qui peuvent transformer un acte technique comme la prise de forceps en violence*<sup>77</sup>

Selon le rapport du haut conseil à l'égalité, (HCE), les violences obstétricales sont des

*Gestes, propos, pratiques et comportements exercés ou omis par un. E ou plusieurs membres du personnel soignant sur une patiente au cours du suivi obstétrical et qui s'inscrivent dans l'histoire de la médecine obstétricale traversée par la volonté de contrôler le corps des femmes (sexualité et capacité à enfanter). Ils sont le fait des soignant-e-s de toutes spécialités femmes et hommes qui n'ont pas forcément l'intention d'être maltraitant-e-s. Ils peuvent prendre des formes très diverses, les plus anodines en apparence aux plus graves*<sup>78</sup>

La définition qui a été adoptée dans le cadre de cette recherche est celle de Marie Hélène Lahaye<sup>79</sup> juriste de formation et pionnière dans le monde francophone sur le sujet de la violence obstétricale : « *tout comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou qui est effectué sans le consentement de la parturiente* ». Le choix est porté sur cette définition car elle comporte quatre éléments centraux qui seront pris en compte dans le cadre de cette étude : d'abord la diversité des violences qu'elles soient issues de l'omission ou même de l'abstention, ensuite le personnel de santé dans son ensemble est concerné ; que ce soit les sages-femmes, les infirmiers accoucheurs, les médecins, les stagiaires... bref, tous ceux du corps médical qui interviennent dans la prise en charge de la femme enceinte. De même, cette définition met l'accent sur une médecine justifiée médicalement et fondée sur des preuves par opposition à celle qui s'appuie sur tout autre impératif (connaissance dépassée, confort du soignant, culture, tradition). Le dernier point fort de cette définition est qu'elle considère le consentement comme un élément central dans la prise en charge des femmes enceintes et dont l'absence a un poids considérable dans la matérialité des violences obstétricales. Ce sont ces raisons qui rendent compte de ce que cette définition soit adoptée dans le cadre de cette étude.

À ces quatre éléments, il convient d'ajouter que les violences obstétricales dans ce travail ne se limiteront pas uniquement à celles qui s'exercent dans la salle d'accouchement. Les agressions lors de la période de suite de couche seront aussi prises en compte puisque la situation d'accouchement ne se limite pas juste après la délivrance mais comprend aussi la période du post-

---

<sup>77</sup> Rapport du CIANE, 2018.

<sup>78</sup> Rapport du Haut Conseil à l'Égalité en France, 2017.

<sup>79</sup> Juriste de formation et pionnière dans le monde francophone sur le sujet de la violence obstétricale.

partum. De même, les conditions de mises en soin immédiates du nouveau-né juste après sa naissance seront aussi incluses puisque ces pratiques sont faites dans la salle d'accouchement.

### VIII.3- Relation de soin

D'après Walter Hesbeen, le « *soin est l'attention particulière portée par un soignant à une personne ou à ses proches-en vue de leur venir en aide dans leur situation en utilisant, pour concrétiser cette aide les compétences et les capacités qui en font des professionnels.* »<sup>80</sup> Elle fait donc référence au rapport entre la personne qui donne le soin et celle qui le reçoit. C'est donc comme le précise Monique Formarier<sup>81</sup> une relation asymétrique où une personne a besoin d'un soin ou d'une mesure de prévention et l'autre le délivre. Autrefois, les soignants étaient perçus comme des demi-dieux ou des détenteurs d'un pouvoir surnaturel<sup>82</sup>. Mais aujourd'hui, le « pouvoir de la blouse blanche » tend davantage à s'effriter avec l'émergence des nouvelles normes de soin comme le consentement des soignés ou encore l'entrée de la judiciarisation dans la scène hospitalière. Toutefois, cette conception du soignant comme un être de pouvoir demeure encore surtout dans les sociétés africaines. Par-là, il convient de comprendre que le statut de la relation soignant-soigné est très variable et est fortement influencé par la culture du milieu où se déroule le soin. Dans les sociétés occidentales, on note une nette régression de la culture paternaliste de soin qui réduit le patient à un « objet de soin ». Avec le déploiement des groupes militants et des revendications individuelles, le patient devient de plus en plus considéré comme un « sujet » de soin. Ainsi, il est inclus dans le processus de soin et y participe en donnant son approbation ou son refus pour une quelconque pratique de soin<sup>83</sup>.

Dans cette recherche spécifiquement, la relation de soin mettra en scène non seulement les soignants mais aussi les parturientes et leurs accompagnants. Cette relation renvoie donc aux diverses relations, liens et rapports qui se tissent, s'entretiennent ou se détériorent lors de la prise en charge des parturientes. C'est justement cette relation de soin telle qu'elle est négociée, tel que se jouent les différents rôles qui constituent l'objet de notre étude. Puisque c'est l'analyse de cette mise en scène qui fait ressortir les diverses déviances ou violences obstétricales. Même si pour mieux comprendre cette relation il convient de sortir de ce cadre, de dépasser ce qui se donne à voir lors du soin pour interroger d'autres formes d'intelligibilités, c'est principalement cette relation qui est le prétexte de cette étude.

---

<sup>80</sup> Concepts le soin/l'accompagnement/le rôle in [www.synora-commerce.fr](http://www.synora-commerce.fr)

<sup>81</sup> Monique Formarier, « la relation de soin, concepts et finalités » in *Recherches en soins infirmiers*, 2007/2 (N°89).

<sup>82</sup> Marie Debelle, idem.

<sup>83</sup> Danielle Leboul, Caroline Doucet, « Le patient est un malade, une personne, un sujet » in *Jusqu'à la mort, accompagner la vie*, 2012/3(n°110).



#### VIII.4- Parturiente

Du latin « *parturiens* » ou « *parturire* » dérivé de « *parere* » ou de « *partum* » qui signifie accoucher. Ce terme est moins utilisé dans le langage courant et plus présent dans le champ de la médecine. Il désigne d'après le dictionnaire de Garnier Delamare une « *femme qui accouche* »<sup>84</sup> ou encore le dictionnaire médical à l'usage des IDE « *une femme en train d'accoucher.* »<sup>85</sup> Dans ce travail ce terme gardera le sens sus-défini et sera utilisé dans la même perspective que les termes « *femmes enceintes* » ou « *patiente* ». Dans ce travail, le terme « *parturiente* » sera utilisé pour désigner non seulement les femmes qui sont en train d'accoucher, mais également celles qui sont en suite de couche. De même, pour les femmes ayant accouchées et dont les entretiens ont été réalisés dans leur domicile, c'est ce terme qui sera toujours employé.

---

<sup>84</sup> Garnier Delamare, Dictionnaire illustré des termes de médecine, 31<sup>e</sup>ed, Maloine, 2012, P.663.

<sup>85</sup> Michel Lacombe et al, Dictionnaire médical à l'usage des IDE, 3<sup>e</sup>ed, P.517.

**PREMIERE PARTIE :**  
**FORMES ET ETIOLOGIE DES VIOLENCES OBSTETRIQUES A LA**  
**MATERNITE D'EFOULAN**

Toute discussion supposant des préalables, la présentation du contenu de ce qu'il convient d'appeler violences obstétricales ainsi que les causes de ces dernières à la maternité d'Efoulan s'impose. Deux chapitres constituent la toile de fond de cette section. Le premier dresse l'ensemble des caractéristiques et des expressions des violences obstétricales. Partant des diverses expériences d'accouchement observées et recueillies via des entretiens, il est question de rendre compte de la diversité de caractères que prennent les violences en maternité ainsi que leurs expressions. Le second chapitre quant à lui traite des facteurs conduisant aux violences obstétricales à la maternité d'Efoulan. Il s'agit ici de rendre compte des facteurs à la fois internes et externes, individuels et collectifs qui favorisent l'émergence de ces pratiques violentes.

## Chapitre I :

# CARACTERISTIQUES ET MANIFESTATIONS DES VIOLENCES ENVERS LES PARTURIENTES DURANT LE PROCESSUS D'ACCOUCHEMENT

L'observation des conditions dans lesquelles se font les accouchements à l'hôpital de District d'Efoulan laisse voir diverses formes et manifestations des violences obstétricales. Ce chapitre compte présenter la diversité de violences présentes dans le service de maternité ainsi que leur matérialité. Avant cette étude, des résultats de plusieurs enquêtes, rapports, et travaux de recherche effectués par des organisations gouvernementales ou non, des revues scientifiques et des travaux personnels ont permis de faire l'état des lieux des violences subies par les parturientes lors de l'accouchement. Que ce soit le rapport de l'OMS<sup>86</sup>, celui de Browser et Hill<sup>87</sup> ou encore celui du HCE<sup>88</sup>, diverses formes de violences obstétricales y sont mentionnées ceci au travers de données empiriques recueillies dans différents pays. Ce chapitre se prêtera au même exercice et s'attèlera de ce fait à présenter les violences obstétricales vécues par les parturientes dans le service de maternité de l'hôpital de district d'Efoulan sous toutes leurs formes et manifestations allant des plus implicites aux plus manifestes.

### I. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES À CARACTÈRE PHYSIQUE

La violence physique est une forme d'abus qui implique un contact physique entre les acteurs en présence. Elle est donc constituée d'un ensemble de gestes, de pratiques, de comportements médicaux ou non, exercés sur le corps des parturientes. Cette violence vise à faire naître des émotions telles que l'intimidation et entraîne des douleurs physiques et bien d'autres souffrances. Dans ce cas particulier qui est l'accouchement, la violence physique apparaît lorsque les parturientes reçoivent une pression physique qui vient amplifier la douleur naturelle inhérente au processus d'accouchement. Ces différentes pratiques violentes ont été

---

<sup>86</sup> OMS, idem, 2014.

<sup>87</sup> Diana Browser et Hill, « Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth », in *Psychologie, Médecine, sciences Politiques*, 2015.

<sup>88</sup> Rapport du Haut Conseil Égalité homme-femme, « Les violences gynécologiques et obstétricales » France, 2018.

expliquées par plusieurs logiques et justifications qui ont été recensées. Ainsi, que ce soit les parturientes, les accompagnants ou les professionnels de santé qui rendent compte de ces pratiques, les discours sont relatifs. Une analyse de ces discours quoi que contradictoires a permis de faire ressortir une variété de pratiques qui rendent compte de l'effectivité de la violence physique. De ce fait, cette violence se manifeste au travers de plusieurs indicateurs : les agressions physiques lors des poussées ; les négligences dans des situations à risque et la chosification du corps des parturientes au profit de la formation continue des stagiaires.

### **I.1- Les abus et agressions physiques exercées sur les primipares pendant les poussées**

Les abus et agressions physiques font référence à des gestes ou pratiques physiques orchestrées par le personnel de soins et portant atteinte à l'intégrité physique des parturientes. Généralement, ces pratiques se donnent à voir lors de la poussée. Ces actes créent chez les victimes des traumatismes, des dommages psychologiques voire des décès. Mais, dans le cas particulier des violences physiques retenues lors de cette enquête, une tendance justificative de ces pratiques est faite tant par les femmes elles-mêmes que par les personnels de soins. Ces récits s'éloignent de ce qui est dit sur la littérature générale des violences obstétricales à caractère physique. Que ce soit l'OMS<sup>89</sup> ou encore le Rapport du Conseil de l'Europe<sup>90</sup>, une dimension négative est donnée à ces violences. Or, ce qui se dégage des entretiens effectués dans le cadre de cette recherche en est toute autre chose.

Une approche intersectionnelle des violences obstétricales au sens de Mounia El Kotni<sup>91</sup>, permet de voir que ce ne sont pas toutes les parturientes qui sont exposées aux violences. Cependant, il est à noter que ces violences sont fonction des variables telles que l'âge, le nombre d'enfants, le statut matrimonial, le statut social et le réseau relationnel de ces dernières. Cette « approche intrasectionnelle » des violences obstétricales permet à cet effet de rendre compte du caractère discriminant des violences subies par les parturientes en fonction de leur statut. Les récits tenus par les acteurs ayant subi, vu ou étant auteurs de ces abus et agressions abondent. Karelle, dont le profil est évocateur s'exprime :

*L'accueil s'est bien passé, on m'a bien reçu mais lors de la poussée ce n'était pas trop ça. Bon, elle n'est pas très appréciable cette Brenda-là (parlant de la sage-femme) parce que même quand elle me demande d'ouvrir les jambes je fais un peu...elle me pousse, elle me bouscule, cette Brenda-là. Moi je me disais aussi que c'est peut-être parce que j'étais aussi têtue et qu'il fallait ça. Puisque, j'ai le corps, et l'enfant pèse aussi 4kg. Je ne peux pas l'accuser parce que si je ferme les jambes là, à la fin c'est*

<sup>89</sup> OMS, idem, 2014.

<sup>90</sup> Conseil de l'Europe, « Violences Obstétricales et Gynécologiques », Rapport doc .14965/16 septembre 2019.

<sup>91</sup> Mounia El Kotni, idem.

*moi qui perd mon bébé et à la fin je vais les accuser alors que c'est moi qui fermait les jambes*<sup>92</sup>

Ce récit est celui d'une primipare, âgée de 23 ans, célibataire et étudiante. Il révèle que, dès l'arrivée, les professionnels de soins mettent en confiance et rassurent la parturiente. Ce qui présage pourtant une bonne suite de soins mais, c'est lors de la poussée que tout a basculé. Ici, la parturiente reconnaît que cette sage-femme va au-delà de ce qui est attendu d'elle mais cela ne l'empêche pas de légitimer les actes commis. Elle se renvoie plutôt la faute et se convainc de ce que cet acte a été fait pour sauver la vie de son bébé. Ce discours révèle que la violence physique est déjà intériorisée dans le parcours des femmes en maternité surtout lorsqu'il s'agit des primipares comme dans ce cas. C'est acceptable de se faire bousculer ou pousser par la sage-femme à condition qu'à la fin l'enfant naisse et ce en bonne santé. Puisque les parturientes vont à l'hôpital pour donner naissance, elles ne s'inquiètent du traitement infligé à leur corps et se limitent juste à la finalité de l'accouchement qui est de donner vie à un bébé en bonne santé. Cette logique justifie bien le silence et la banalisation de la violence physique subie par les parturientes en maternité. Allant aussi dans ce sens, ce deuxième discours présenté par une stagiaire en poste à l'hôpital d'Efoulan en dit davantage. Parlant d'une primipare couchée sur la table d'accouchement qui, lors de la poussée a été sermonnée par la sage-femme qui finalement lui a donné une tape. Reprenant la sage-femme et décrivant la scène, elle s'exprime :

*Elle disait à la primipare là que toi tu fais même quoi, tu vas tuer ton enfant. La primipare là, on l'a même tapé hein. Une sage-femme l'a même tapé, taper la cuisse noor, plusieurs fois même que mince, ça c'est qui même ? Toi tu es en train de faire quoi ? tu vas tuer l'enfant là et s'il meurt on le laisse dans tes bras, ça c'est même quoi ça ?*<sup>93</sup>

Il se dégage de ce discours que la violence est instituée dans les salles d'accouchement. Il devient banal pour le personnel d'incriminer les parturientes en cas d'échec de l'accouchement. Le personnel de soin démissionne ainsi de ses responsabilités et renvoie toute la charge psychologique de l'accouchement aux les parturientes. La présence-absente de ce personnel de soins donne lieu au phénomène de « mère-accoucheuse » ou encore à la situation d' « auto-accouchement ». Toute la charge psychologique de l'accouchement étant portée par les parturientes, le rôle des sages-femmes dans ce processus de naissance reste difficile à définir. Ce mécanisme psychologique mis en place vise à tout laisser reposer sur les parturientes. Ainsi, ces dernières deviennent des « patientes-soignantes » car sont à la fois des demandeuses et des

---

<sup>92</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>93</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

offreuses de leurs propres soins. Rendues à l'hôpital afin d'avoir l'assistance d'un personnel qualifié en la matière, ces femmes ont la plus grande responsabilité de leur accouchement. Elles ont donc la responsabilité totale de la mort ou de la vie de leur bébé. La présidente de l'ASFAC, exprimant sa difficulté à légitimer tout comme à punir un abus physique se sert d'une situation vécue en tant que chef de service obstétrical du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé pour exprimer ce dilemme :

*Un cas où le gynécologue avait giflé la femme parce qu'elle fermait les pieds. Pas gifler sur la joue, il a tapé sur ses pieds avec force et après je lui ai dit mais pourquoi tu as fait cela, ce, n'est pas agréable il a dit que non, elle allait écraser la tête du bébé. Donc, en faisant cela le bébé devait s'écraser. Et, il a vu qu'au lieu de contribuer à la mort de l'enfant parce que quand on lui dit de rester tranquille elle ne facilite pas la pratique du personnel, il était obligé de faire ça pour qu'elle reste tranquille.<sup>94</sup>*

Ce discours tout comme le précédent révèle que l'argument qui est mis en avant c'est justement le fait de vouloir sauver le bébé. Pour éviter que l'enfant ne meure car étant en détresse respiratoire entre les cuisses de la mère qui ne parvenait pas à les ouvrir, user de la violence physique s'inscrit dans une finalité plus grande qui dépasse largement le simple plaisir ou intention de faire violence. Cependant, il y'a lieu de préciser que cette tape peut dans d'autres cas produire des effets contraires que celui de faire ouvrir les jambes à la parturiente. Elle peut en effet pousser la parturiente à davantage comprimer ses cuisses ce qui va accélérer la détresse respiratoire de l'enfant et le pire pourra surgir.

D'ailleurs, si les parturientes et le professionnel de soin voient en la pratique d'actes à même de menacer l'intégrité physique de la parturiente un moyen de protéger des vies, cela ne fait pas l'unanimité dans le champ scientifique. Bien que ces actes n'aient pas pour but ultime de faire du mal à la parturiente, de lui causer du tort ou des préjudices, leur caractère traumatisant demeure et ne saurait être effacé. Comme le précise Marie Ferrer-Ferrer<sup>95</sup>, les actes violents commis intentionnellement ou non de la part des professionnels de soins, restent des violences obstétricales. Une analyse plus profonde de cette situation permet de comprendre cette légitimation des violences physiques par la représentation qu'ont les parturientes de l'hôpital public. En effet, il est considéré comme un espace de violence, comme un espace conflictuel. Ainsi, la violence physique qui s'exerce est juste une évidence et n'émeut personne. Aussi, la primauté accordée à l'enfant permet de taire certains gestes aussi violents qu'ils soient à condition que l'argument avancé soit juste que c'est pour le bien de l'enfant. En marge des

---

<sup>94</sup> Entretien réalisé le 11/08/2022.

<sup>95</sup> Marie Ferrer-Ferrer, « Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Université Aix Marseille, Ecole de maïeutique, 2019.

cas cités ci-hauts, d'autres témoignages comme celui de Elisabeth, rendue à l'hôpital pour son premier accouchement étant la fille d'une amie de la sage-femme, mariée et ayant 26ans rend compte du suivi et de la prise en charge efficace de certaines parturientes lors de la poussée :

*Mon accouchement s'est très bien passé. Je suis venue à Efoulan parce que l'amie de ma mère travaille ici. Elle a bien pris soin de moi. Avant de quitter la maison quand j'ai perdu les eaux ma mère l'a appelé et elle a dit qu'elle est en service. Donc, elle m'a bien expliqué comment faire et tout. Ça faisait mal oui mais j'ai géré. Après ça ma mère lui a donné sa bière pour la remercier et mon mari a encore ajouté quand il est arrivé.<sup>96</sup>*

Ces propos révèlent que, bien que les abus et agressions physiques sont faites sur certaines primipares lors de la poussée, d'autres primipares bénéficient de par leur profil (réseau relationnel solide, mariée, situation financière stable) d'un accompagnement favorable lors de la poussée et parviennent à mieux gérer cette phase. Cette faculté à écouter, prendre soin et céder à la volonté des parturientes a une grande charge positive sur l'état psychologique des parturientes et les met davantage en confiance. Patricia Vasseur et al montrent à ce sujet que, en Afrique de l'Ouest et du Centre, les soins se font de façon différenciée en fonction des variables telles que, le réseau relationnel, le statut social et économique, le nombre d'enfants.<sup>97</sup>

## **I.2- Les négligences face aux situations à risques des parturientes défavorisées socialement**

Les négligences correspondent à l'abstention de soin ou à un manque de vigilance lors du soin. Celles-ci s'expriment sous plusieurs formes à partir des circonstances et des situations vécues pendant l'accouchement. Les négligences hospitalières sont rangées dans les violences physiques parce qu'elles causent une douleur physique aux parturientes et mettent des fois en péril le corps des femmes et/ou de leurs nouveau-nés. En effet, les cas de négligences recueillis sont fonction de diverses variables propres aux parturientes. Parmi –elles, le statut socio-économique. A propos des récits recueillis dans ce sens, ce sont les parturientes ayant un statut de célibataire, de sans emploi ou encore d'étudiante qui ont eu à relever des situations de négligence. Madeleine, 29 ans et ménagère explique :

*Tu es là, tu as mal, la bonne dame (la sage-femme) elle part s'asseoir, elle me laisse avec les stagiaires, quand j'ai crié mon enfant veut sortir !! Elle me dit de serrer les fesses, serre les fesses !! La tête est déjà dehors, elle me dit que je dois serrer les fesses pour tuer mon bébé ? Elle n'avait même pas encore mis les gants. L'enfant devait sortir et tomber parce qu'on m'a dit, ferme les fesses, ferme les fesses<sup>98</sup>*

<sup>96</sup> Entretien réalisé le 15/08/2022.

<sup>97</sup> PATRICIA Vasseur et al, « Des soins différenciés aux violences en salle de naissance : études en Afrique de l'Ouest et du Centre » in *Anthropologie et santé*, Vol N°24, 2022.

<sup>98</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.



Ces propos montrent comment pour garantir la survie du bébé après des négligences, les sage-femmes sont contraintes de donner de contre-indications. « Serrer les fesses<sup>99</sup> » ici n'a pas pour objectif de causer une détresse respiratoire à l'enfant. Mais, c'est un moyen de préserver l'enfant d'une potentielle chute puisque la sage-femme n'était pas encore prête (gants non enfilés) à recevoir l'enfant. Ce genre de situations attestant des négligences peuvent être multipliées. Régine, célibataire et ménagère mère de trois enfants nous fait part de son expérience :

*Tout allait bien, seulement qu'à la dernière minute quand l'enfant venait déjà, je suis allée monter sur la table. Je l'appelle, je lui dis que l'enfant vient déjà elle me dit que non, elle vient de me faire le toucher, que je suis encore en travail. J'ai crié que non, voilà la tête de l'enfant qui est déjà sortie, la tête de l'enfant était déjà sortie. Elle a même pris l'enfant sans mettre les gants, donc c'est ma part de souffrance, ça m'a fait beaucoup mal. C'est là que je lui ai demandé que si elle tardait comme ça quelque chose arrivait à mon enfant qu'est-ce qu'elle devait dire ?<sup>100</sup>*

Ce discours rend compte de la présence d'une *tradition paternaliste*<sup>101</sup> de soins lors de l'accouchement puisque ce que ressentent et pensent les parturientes est nié au profit des convictions scientifiques de la sage-femme. C'est justement cette croyance à la supériorité de la science au détriment du vécu individuel des parturientes qui conduit aux violences. En effet, les professionnels de soins, disposant d'un capital symbolique et culturel<sup>102</sup> supérieur aux parturientes ne prennent pas en considération ce que disent, pensent ou expriment ces dernières. La médecine centrée sur le patient telle que pensée par Jihane Sebai et Fatima Yatim<sup>103</sup> tarde encore à se développer. Ces négligences entraînent dans certains cas de malformations de l'enfant voire la mort de ce dernier car, n'ayant pas pu être récupéré à temps après sa sortie du ventre. Mis à part ces deux discours, un autre type de violence qui tend vers l'incompétence du personnel a aussi été retenu. Kabrelle, primipare, célibataire âgée de 23ans raconte :

*Puisque lors de mon accouchement, après curetage, la personne(sage-femme) qui la (la majeure) suivait n'a pas bien fait le curetage. Donc, j'ai accouché à 5h, ce qui fait que jusqu'à plus de 8h je saigne toujours, 9h, Jusqu'à 10h. C'est quand elle (majeure)*

<sup>99</sup> Ce geste indique à la parturiente de fermer le vagin, de replier les cuisses afin de contenir l'enfant pour un moment le temps de mettre les gants pour prendre le bébé.

<sup>100</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

<sup>101</sup> Renvoie au paternalisme médical pour décrire la relation à sens unique entre un patient et un personnel de soin expert qui va le prendre en charge et résoudre son problème de santé grâce à la science, in Vincent Dumez, « Le paternalisme médical » in Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins : du paternalisme au partenariat, by Health 4 Africa, 2017.

<sup>102</sup> Capital symbolique et culturel supérieur des professionnels dans la mesure où dans le système de représentations, les professionnels sont perçus comme disposant de l'entièreté de la connaissance étant dans un domaine spécifique et ayant une grande connaissance sur l'accouchement puisque c'est leur métier.

<sup>103</sup> Médecine où le patient est au cœur du traitement ; où ses besoins sont pris en compte dans tous les processus de soins.

*voit qu'elle veut rentrer et je saigne franchement. Même celles qui ont accouché avant moi ne saignent plus comme moi je saigne là. C'est là qu'elle dit qu'elle ne peut pas rentrer, elle m'avait déjà cousue puisque j'ai eu déchirure après la déchirure, elle s'est sacrifiée, elle a dû encore couper les fils et me recoudre, puisqu'elle ne pouvait pas me laisser dans l'état là, je saignais le sang coulait jusqu'au sol et elle m'a dit qu'elle ne pouvait pas me laisser dans l'état là sinon on allait me mettre les poches de sang<sup>104</sup>.*

Le curetage qui est une intervention utilisée pour vider le contenu de l'utérus après accouchement a comme l'indiquent les propos ci-hauts, été mal effectué. Cela a donc entraîné une hémorragie du post-partum. Cette hémorragie est comme le montre Thomas Warkus et al<sup>105</sup>, une cause majeure de mortalité et de morbidité maternelle. Ces manquements effectués par le personnel sont de réelles violences qui portent atteinte à l'intégrité physique des parturientes lors de l'accouchement. On voit tout de même dans ce cas la volonté du personnel à réparer les fautes commises mais cela encore aux frais de la parturiente. Aussi, cet hôpital ne disposant pas d'une banque de sang, les risques de mortalité de cette parturiente étaient très élevés au cas où la prise en charge n'était pas instantanée. Outre ces cas qui témoignent des négligences, d'autres situations expriment tout le confort et l'harmonie dans lesquels s'effectuent d'autres accouchements. Nadège, mariée et infirmière retrace ainsi son deuxième accouchement :

*La majeure qui était de garde cette nuit-là est venue pour faire le toucher et en venant pour le faire, elle a constaté que l'enfant était déjà presque là avant qu'elle a appelé tous ses stagiaires. Toi apporte telle chose, toi vient avec ça. C'est comme ça que j'ai commencé et on n'avait même pas perdu le temps. Pour acheter ce qu'il fallait ce n'est même pas mon garde malade qui est allé acheter, ce sont les stagiaires qui courraient.*

À travers ce récit, il se dégage que, en dépit des diverses négligences que sont victimes certaines parturientes, d'autres ont encore un suivi qui tend à respecter les normes où tout est mobilisé pour un bon accouchement. Le personnel effectue ainsi ses charges en accordant une primauté à la parturiente et à son bébé. On y voit la mobilisation d'une grande ressource humaine afin de permettre la venue du bébé en toute sécurité et dans un climat harmonieux. Cette prise en charge est aussi fonction des caractéristiques sociales de la parturiente car cette dernière est mariée et a un emploi stable. Ces critères diminuent de fait les risques de cette parturiente à subir de potentielles violences. A cet effet, Patricia Vasseur et al montrent que le

---

<sup>104</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>105</sup> Thomas Warkus et al, « Prise en charge de l'hémorragie du post-partum », Articles thématiques gynécologie et obstétrique, in *Revue médicale Suisse*, 2005.

profil de la parturiente est fortement déterminant lors de sa prise en charge. Ce profil conditionne bien de fois le suivi de cette parturiente.<sup>106</sup>

### **I.3- La chosification du corps des parturientes au profit d'une formation continue des stagiaires**

La formation des stagiaires apparaît comme un élément perturbateur du suivi adéquat des parturientes et comme un élément générateur des violences. Le corps des parturientes est utilisé comme un matériau au service de l'apprentissage des futurs personnels de santé. Ainsi, il se crée donc un conflit entre la prise en charge des parturientes et la formation des stagiaires. Ce caractère perturbateur de la formation des stagiaires a des conséquences non seulement sur le temps et la qualité de soins effectués par la sage-femme, mais également sur la durée de la douleur ressentie par la parturiente :

#### **I.3.1- L'impact de la formation des stagiaires sur le temps des soins**

Partagées entre la mise en soin des parturientes et l'apprentissage des stagiaires, les sages-femmes utilisent plus de temps lors de l'administration des soins. Puisqu'il faut pratiquer un geste, puis expliquer au stagiaire comment et pourquoi ce geste est fait, ce qui rend le temps de soins plus long. Cela est illustré par le récit de Olivia lors de son deuxième accouchement :

*Quand j'avais accouché, j'avais eu la déchirure. Maintenant, au moment de coudre, elle avait bien anesthésié. Mais, après comme elle était avec les stagiaires, elle a commencé à coudre bien bien. Mais, tellement elle expliquait que l'effet de l'anesthésie est fini. Je lui avais dit de vite faire avant que ça ne finisse mais elle expliquait toujours<sup>107</sup>*

Il faut préciser que la déchirure advient en cas d'épisiotomie. C'est effectivement lors d'un accouchement par voie basse où en fonction des raisons telles que la fatigue de la parturiente ou le poids du bébé qu'est effectuée la déchirure ou épisiotomie. Elle consiste de ce fait à élargir la voie où passe le bébé à travers une excision afin de faciliter la sortie de ce dernier. Après la déchirure et la sortie du bébé puis du placenta, la sage-femme effectue une suture afin de refermer la déchirure faite.

Ces propos révèlent que la formation des stagiaires lors des pratiques délicates constitue un réel obstacle à l'administration rapide des soins. L'anesthésie injectée pour diminuer la douleur des parturientes ayant un temps d'effet limité a cessé d'agir car, la sage-femme a mis

---

<sup>106</sup> Patricia Vasseur et al, idem.

<sup>107</sup> Entretien réalisé le 15/07/2022.

trop de temps à expliquer aux stagiaires comment s'effectue cette pratique. Il y a effectivement un temps supplémentaire qui s'ajoute au temps que prend le soin. N'ayant donc pas terminé le soin, ce temps que prend la sage-femme pour expliquer aux stagiaires comment le soin se fait augmente ainsi la durée des pratiques. C'est dans ce sens qu'il convient de comprendre le caractère perturbateur de la présence des stagiaires en salle d'accouchement en lien avec la variable temporelle.

Ce récit peut être appuyé par cette observation faite :

### **Encadré n°1 : Observation d'une suture suite à une épisiotomie**

Il s'agit d'une jeune femme âgée de 23 ans, célibataire et primipare. Elle s'est rendue à l'hôpital avec sa mère pour son accouchement. Une fois avoir réglé les factures et que la sage-femme ait lu son carnet et poser des questions relatives à son emploi et au nombre de semaines de grossesses afin de connaître si elle est déjà au terme de sa grossesse, la sage-femme décida de faire un toucher vaginal. Après ce toucher, elle dit à la parturiente qu'elle est encore à quatre doigts et qu'elle doit de ce fait patienter en se couchant du côté gauche et sortit. Quelques minutes après elle revint dans la salle d'accouchement et demanda aux stagiaires de prendre les contractions et la tension de la dame. Six stagiaires au total étaient dans la salle d'accouchement c'est là qu'une se hâta de prendre le stylo et une feuille et son téléphone lui servant de chronomètre pour noter les contractions. Une autre stagiaire se chargea effectivement de prendre la tension. Après cela, un compte rendu fut fait à la sage-femme. La sage-femme s'assit au couloir et échangea avec les autres collègues. Les stagiaires continuaient avec là noter les contractions. La parturiente se tordait et hurlait de douleur. Elle bénéficia tout de même du soutien des autres parturientes et des stagiaires et de la sage-femme qui faisait des tours de temps à autre. La sage-femme réalisa deux heures plus tard un autre toucher et dit à la parturiente que si elle sent l'envie de faire des selles elle signale. Un long moment après, la parturiente s'écria « *je veux chier.* » La sage-femme entra directement et utilisa le doppler pour contrôler la circulation du sang entre la mère et le bébé. Suite à cela, elle installa la perfusion et y ajouta l'ocytocine pour amplifier les contractions. Après quelques conseils pratiques de la sage-femme, débuta la poussée. La parturiente avait du mal à pousser l'enfant et criait en disant que ça fait mal. Elle prit une petite pause et recommença à nouveau. La tête de l'enfant se voyait déjà sauf que la parturiente se plaignait de n'avoir plus de force. C'est à ce moment qu'elle demanda à travers des gestes à un stagiaire d'apporter des ciseaux et elle réalisa l'épisiotomie sans informer la parturiente. Suite à cela, une suture a été prévue afin de recoudre. Lors de la suture, la sage-femme étant entourée de stagiaires. La parturiente étant surprise et nerveuse pour avoir été « coupée » demanda à recevoir de l'anesthésie ce qui a été fait. L'anesthésie n'ayant pas une longue durée d'effet, la sage-femme prenait encore du temps à poser des questions aux stagiaires afin de s'assurer qu'ils sachent de quoi il est question. Les stagiaires ne trouvaient pas la réponse qu'il fallait et elle s'exprima : « *En sixième année vous ne connaissez pas ça ? vous faites même quel genre d'école ??* » Elle interrogea tous les six stagiaires pendant que la parturiente se tordait de douleur. Elle était comme oubliée, toute l'attention était sur les stagiaires. Après avoir fini de sermonner les stagiaires, elle revint à la parturiente et dit « *Mama assiah, supporte seulement* ».

À travers cette observation, il se dégage que la formation des stagiaires constitue effectivement une entrave à une prise en charge rapide des parturientes. Former les stagiaires surtout quand ils sont en grand nombre comme dans ce cas augmente la durée de soin des parturientes et les maintiennent dans un inconfort. En réalité, plus les stagiaires présents en salle d'accouchement sont nombreux, plus le soin met long.

### **I.3.2- L' impact de l'apprentissage sur la durée de la douleur ressentie par les parturientes**

Dans un deuxième moment, la formation des stagiaires apparaît comme un élément générateur de violence physique de la parturiente. Le fait pour ces derniers d'effectuer à chaque fois des touchers vaginaux sur le corps des parturientes en vue d'apprendre est à l'origine de la douleur des parturientes. Dorette, primipare, âgée de 27ans ayant justement subie des touchers vaginaux répétés de la part des sages-femmes, puis des stagiaires en l'absence des sages-femmes l'explique d'ailleurs en ces termes :

*Les stagiaires, les filles qui sont dans les écoles de formation là. Bon, déjà, avant que je n'accouche, comme c'était leur formation là, tout le monde venait me faire le toucher et je refusais même des fois. À tout moment, chacun vient apprendre sur moi, ça faisait trop mal et ça m'énervait même à un moment<sup>108</sup>*

Il se dégage de ce discours que, la formation des stagiaires génère des douleurs aux parturientes. Confondues à des instruments sur lesquels les futurs professionnels de santé s'exercent, les parturientes subissent de la violence physique pour permettre aux stagiaires d'apprendre leur futur métier. Le toucher vaginal est comme le souligne Marine Guidez<sup>109</sup> une pratique effectuée par les professionnels de santé pour évaluer l'état d'avancée du travail. Le professionnel de soins envoie donc sa main à l'intérieur du vagin pour effectuer ce geste ce qui crée des sensations douloureuses chez les parturientes. Et, le fait pour les parturientes de devoir les subir à plusieurs reprises amplifie la douleur. Ici, abstraction est faite de la douleur des parturientes au profit de l'apprentissage des stagiaires. La primauté n'est donc plus accordée au bien être des parturientes mais à la formation des futurs soignants. L'observation suivante est légion :

---

<sup>108</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

<sup>109</sup> Marine Guidez, « Le toucher vaginal en salle de naissance : Evaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique », Université de Paris Descartes, Ecole de Sage-femmes Baudelocque, Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femmes, 2016.

## Encadré n°2 : Observation d'un toucher vaginal supplémentaire réalisé par une stagiaire dans le but d'apprendre

C'est le cas d'une parturiente, 26 ans, venue accompagnée de sa sœur pour son premier accouchement. Une fois les paramètres pris, la sage-femme réalisa un premier toucher vaginal afin de savoir à quel niveau la parturiente en était. Elle précisa alors à cette femme qu'elle n'est encore qu'à deux doigts. Après le toucher, elle alla s'asseoir au couloir avec ses collègues. Les stagiaires restaient dans la salle d'accouchement et prenaient régulièrement le nombre de contractions de la parturiente. Deux heures après la sage-femme fit à nouveau le toucher et lui dit qu'elle est à cinq doigts et que son travail évoluait lentement. Elle lui demanda alors si elle est mariée et la parturiente dit non. C'est là que la sage-femme précisa que faire des rapports sexuels constamment permet une descente rapide du bébé. Elle s'apprêta déjà à sortir lorsqu'elle fut interpellée par une stagiaire qui lui dit « s'il vous plaît madame, je peux aussi faire le toucher ? » Après quelques secondes de silence, la sage-femme répondit, « *tu as les gangs stériles ? tu as les gangs stériles ?* » La stagiaire se hâta de répondre oui dans son sac et se dépêcha d'aller les chercher. Elle présenta ainsi les gangs stériles à la sage-femme et la sage-femme lui répondit en sortant « *fais alors* ». Elle remercia la sage-femme et demanda directement à la parturiente de se retourner sur le dos afin qu'elle puisse réaliser le toucher. La parturiente bouda à basse voix en disant « tu ne sais pas que ça fait mal, » mais se retourna quand même. La stagiaire enfila les gangs et s'apprêta à envoyer les mains dans le vagin de la parturiente lorsqu'elle fut stoppée par les autres stagiaires d'un niveau académique plus élevé qui disaient que ce n'est pas comme cela qu'il faut envoyer la main. Ils expliquaient donc comment ça se fait à cette stagiaire puis elle pénétra sa main à l'intérieur du vagin. La parturiente se mit à faire des gestes pour exprimer sa douleur et la stagiaire qui réalisait le toucher lui dit, « *assiah Mama, ouvres bien tes jambes pardon* ». Après avoir ressorti sa main, les autres stagiaires lui demandèrent à combien de doigts était la parturiente puis, elle dit qu'elle n'a pas sû compter. C'est ainsi que les autres stagiaires la taxa de faible et ils rirent tous ensemble.

Cette observation permet de comprendre dans quelle mesure la présence et plus encore les pratiques effectuées par les stagiaires amplifient la douleur de la parturiente. Ce toucher vaginal supplémentaire qui n'a finalement aucune utilité pour la parturiente crée de la douleur chez cette dernière. La parturiente est ainsi considérée comme un « objet de soins » car son corps est un matériau sur lequel s'exercent les parturientes. Sa douleur et ses affects sont totalement niés au profit de la formation non contrôlée des stagiaires.

### I.3.3- L'impact de la formation des stagiaires sur la qualité des soins administrés aux parturientes

La présence des stagiaires empiète également sur la qualité des soins effectués sur la parturiente dans la mesure où elle détourne le regard de la sage-femme de son objectif, crée des gestes saccadés car le regard n'est plus uniquement sur le corps qui bénéficie des soins mais

aussi sur les stagiaires afin de s'assurer de ce qu'ils comprennent effectivement ce qu'elle est en train d'expliquer. Cette situation est décrite dans cette observation.

**Encadré n°3 : Observation d'une suture effectuée par la sage-femme en présence des stagiaires.**

Suite à l'accouchement d'une jeune femme âgée de la trentaine, mère de deux enfants déjà, la tête de l'enfant était grosse et la voie de la mère ne pouvait laisser passer la tête. Pour cette raison, la sage-femme décida de réaliser une épisiotomie. Ceci a été fait sans informer la parturiente. Après la sortie du bébé et du placenta, la sage-femme dit aux stagiaires d'apporter le matériel de suture. L'éclairage étant faible, une stagiaire utilise son téléphone comme une torche pour permettre à ce que la sage-femme ait une nette vision de ce qu'elle fait. Les autres cinq stagiaires restants observaient les gestes de la sage-femme. Elle débuta ainsi à coudre. A peine avoir piqué une fois, elle se retourna vers les stagiaires et dit « *vous voyez comment j'arrête l'aiguille non ? c'est comme ça qu'on fait* » Elle continua la suture tout en expliquant aux stagiaires. Un regard sur le vagin qu'elle court puis un autre sur les stagiaires afin de s'assurer que les stagiaires sont à son écoute. Au regard de cette dispersion, elle finit par coudre au mauvais endroit et dit : « *weerr, je n'ai pas arrêté là où il fallait. Je vais détacher et recoudre* » Ceci puisque son regard était partagé entre les stagiaires et l'ouverture qu'elle cousait. Après cela, elle-même dit que « *le point ci a été mal fait, je vais recommencer ça* ». Dès qu'elle le dit, elle se mit à sermonner la stagiaire qui s'assurait de l'éclairage en disant *regardes tu ne sais pas torcher arrange bien ton bras pour que je voyes bien, ton bras est penché, arrange bien ton bras là*. Et c'est ainsi qu'elle détacha et recommença à nouveau ceci dans tout l'inconfort de la parturiente qui se tordait et criait de douleur.

Au regard de cette donnée ethnographique, il se comprend que la formation des stagiaires est un élément qui empiète sur la qualité de travail qu'effectue les soignants. Dispersée entre l'apprentissage des futurs professionnels de soins et la prestation des soins aux parturientes, cette sage-femme produit une moindre qualité de travail. Cette réalisation de mauvais gestes a pour conséquences qu'elle crée de la douleur chez la parturiente. Dans bien d'autres cas, elle pourrait conduire à des situations plus graves et moins remédiables comme la mort de la parturiente<sup>110</sup>.

## II. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES À CARACTÈRE VERBAL

La violence verbale fait référence à un acte de violence sous forme de discours qui vise à diminuer la confiance en soi et ajoute un sentiment d'impuissance. Elle est utilisée pour menacer, humilier ou contrôler une personne ou un groupe. C'est en effet l'action verbale d'une

---

<sup>110</sup> Virginie Rozée, Clemence Schantz, idem.



personne qui comprend la diffusion de mots durs, d'insultes, de réprimandes ainsi que de cris excessifs. Il s'agit d'une forme de communication destructrice visant à nuire à la personne qui la reçoit. Particulièrement dans cette analyse, la violence verbale correspond aux mots « irrespectueux », aux humiliations ou aux invectives du personnel à l'endroit des parturientes lors de l'accouchement. Ces mots à caractères moraux, humiliants ou intimidants sont interprétés de diverses façons que ce soit par l'acteur qui les impulse que par celles qui les reçoivent. Cette forme de violence est la plus enregistrée durant la collecte de données. Les manifestations de cette forme de violence ont été séquencées en trois groupes.

### **II.1- Les offenses et humiliations envers les parturientes**

Les injures et humiliations sont parmi les manifestations de la violence verbale les plus enregistrées lors des entretiens menés. Elles font référence pour ce qui est de cette recherche à des mots dépréciatifs dits par le personnel médical ou paramédical à l'endroit des parturientes. Une stagiaire nous décrit d'ailleurs une de ces situations :

*Par exemple, tu vois quelqu'un qui veut accoucher, elle est là elle crie. Tu entends juste (de la sage-femme), je dis hein ma co, c'est la première fois que tu accouches ? Elle dit non. En plus tu n'es même pas primipare. Et tu viens me casser les oreilles ici là ? La mère là répond que ce n'est pas le premier accouchement mais ça fait 13ans que je n'ai pas accouché. Elle dit que mais, ça ne justifie rien. Elle dit que non, la douleur n'est plus la même, puis elle dit que non, c'est la même douleur, c'est la même douleur. Donc, supporte seulement. Elle n'est pas là pour connaitre si ça fait 13ans que tu n'as pas accouché, ce n'est pas son problème. Elle dit que bon, tu voulais accoucher noor, voilà alors ça. Qui vous a dit que l'accouchement c'était le bonbon ? Ce n'est pas le bonbon. Mama couche toi là-bas tu fermes ta bouche.<sup>111</sup>*

Ce récit révèle qu'il y'a une discrimination dans la mise en soin des parturientes en fonction du nombre de maternités. Selon que la patiente est primipare ou multipare, un type de comportements précis est attendu d'elle. Le personnel réagit différemment à partir de ce profil. Pour une primipare il y a une certaine compréhension, un élan maternel dans la prise en charge puisque c'est la première expérience d'accouchement. Or, pour une multipare, il devient difficile pour les sages-femmes de « céder aux caprices » puisque de toutes les façons elle est déjà avertie. Le fait pour cette dernière de contracter une deuxième maternité s'est fait en connaissance des risques et de la douleur de l'accouchement du coup, elle est tenue de transcender la douleur, de la dépasser sans alarmer les prestataires. Cette parturiente est donc jugée, stigmatisée de par son statut de multipare. De même, d'autres sages-femmes utilisent leur propre maternité comme un miroir sur lequel elles lisent ou évaluent les maternités des

---

<sup>111</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

parturientes. Leur maternité est considérée comme étant la mesure des autres. Ce fut le cas de Dorette, primipare, 27ans qui retrace ainsi son expérience :

*Je ne sais pas comment elle (sage-femme) peut voir les autres en train de souffrir et elle les avance de telles paroles. Un moment même, au début les douleurs des contractions là, apparemment tu pleures mais les larmes ne coulent pas. Je pleurais mais les larmes coulaient, elle vient elle me dit qu'eh, c'est quoi ? tu es sorcière ? depuis quand les larmes coulent quand on fait la contraction ? essuies merde !! j'étais dépassée seulement avec la mère là.*<sup>112</sup>

Ce récit met en exergue la représentation comparée que fait la sage-femme de la douleur des contractions de cette parturiente par rapport à son propre vécu lors de son accouchement. Prenant sa gestion de la douleur lors de son accouchement comme modèle, cette dernière humilie la parturiente qui en arrive aux larmes pour exprimer sa douleur. Ne se représentant pas personnellement la douleur de l'accouchement jusqu'à une telle extrême, cette dernière humilie la parturiente car estimant qu'elle en fait de trop. Laisser couler les larmes apparaît alors dans la symbolique de cette professionnelle comme relevant du manque de volonté de supporter la douleur. Il faut dire que proférer des injures n'est pas seulement le fait des sages-femmes. Le personnel paramédical, au vu du pouvoir qui est le sien ne tarde pas lui aussi à faire de même. Anastasie, commerçante, mère de deux enfants nous explique la situation dans laquelle elle a vécu son deuxième accouchement :

*Quand c'est son jour, elle (dame du service de nettoyage) ne veut même rien voir au sol. Quand elle passe là, même vos babouches vous enlevez. Ce n'est que la ménagère-là qui est un peu un genre. C'est la ménagère-là qui a une mauvaise bouche quand elle passe même, si ça ne va pas elle t'injure même et elle met sur ça. C'est ça que les femmes se plaignaient d'elle que pourquoi on l'a envoyé à la maternité avec les mères des bébés et tout ça elle vient, elle insulte bien les mères des bébés. Ce n'est qu'elle qui a un peu posé problème là-bas.*<sup>113</sup>

À travers ce discours, il s'observe que les injures que subissent les femmes ne sont pas uniquement dans la salle d'accouchement. Même dans les suites de couches, les femmes sont victimes de violences. Si la relation de soin met en exergue deux parties à savoir les parturientes et le personnel médical, cet exemple montre que le personnel paramédical, en fonction de ses marges de manœuvre et de son pouvoir met aussi en mal les parturientes. Toutefois, les interactions dans la salle d'accouchement ne se résument pas aux tensions. On note des élans d'empathie chez les sages-femmes :

---

<sup>112</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

<sup>113</sup> Entretien aujourd'hui le 12/08/2022.

#### **Encadré n°4 : Observation des interactions entre la sage-femme et les parturientes lors de la poussée**

Il s'agit de l'accouchement d'une primipare qui, lors de la poussée avait des difficultés à y arriver. La sage-femme s'assurait alors de lui indiquer en toute douceur comment procéder ; *« dès que tu sens la contraction, dès que ça fait mal tu pousses comme un gros caca dur qui refuse de sortir, si tu as mal tu ouvres la bouche tu respirez. Une fois la contraction arrivée elle dit « voilà, c'est bien ça ma chérie, pousse, pousse, Vas-y, bravo, c'est bien ça, continue, oui, il vient déjà, encore un petit effort, ouvre la bouche tu respirez comme le chien, bravo, jusqu'à la sortie du bébé. Ceci avec l'encouragement des stagiaires présents dans la salle d'accouchement. Bien que la parturiente ressentait de la douleur, on pouvait lire une certaine satisfaction, un soulagement du fait qu'elle bénéficie de ce soutien. A un moment, la sage-femme lui dit d'arrêter de pousser et de reprendre des forces ce qu'elle fit. Quelques minutes après, elle poussa de nouveau avec force et l'enfant sortit. C'était une fille, la sage-femme posa le bébé sur la parturiente. Cette parturiente fut tellement fière qu'elle se mit à dire merci à la sage-femme et les stagiaires pour leur accompagnement.*

À travers cette observation, il se dégage que les parturientes bénéficiant d'un accompagnement physique et psychique lors de l'accouchement diminuent les risques de mésentente et garantissent une relation de soin harmonieuse. Cette relation de soin basée sur la communication et le respect donne lieu à une « bonne » prise en charge et évacue l'hypothèse d'une quelconque violence. De façon générale, si cette observation montre que les parturientes bénéficient d'un accompagnement et d'une empathie singulière, elles sont aussi comme présentées précédemment les plus exposées à des violences en fonction des caractéristiques comme le statut socio-économique et l'âge.

#### **II.2- Les intimidations et frustrations envers les parturientes en salle d'accouchement**

La violence verbale se manifeste aussi au travers des intimidations et frustrations. Il s'agit des mots ou expressions qui compressent les parturientes et les oppriment émotionnellement. Ces intimidations et frustrations peuvent naître de la comparaison que font les sages-femmes entre les différentes parturientes. C'est le cas du récit suivant fait par une stagiaire, mettant en scène une femme dont le travail évolue lentement :

*Celle-là il y avait une primipare à côté d'elle, elle avait 26 ans. Elle lui dit que voilà, regarde comment la primipare qui est à côté-là est calme ; toi tu viens ici tu fais comme une femme qui n'a jamais accouché. Et toi tu es même là depuis, depuis hier tu n'accouches pas. Je t'ai même dit que ce sont tes cris-là qui bloquent l'accouchement, tu es là, ta part n'avance pas, regarde la primipare-là qui est à côté. Elle est à sept doigts, toi tu es là deux, deux, deux doigts, tu vas accoucher ? continue de crier.<sup>114</sup>*

---

<sup>114</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

Ce discours révèle combien la violence est banalisée dans cet hôpital ; ce qui conduit à la baisse d'estime de soi des parturientes. Les paroles des sages-femmes ont un effet pervers sur la représentation que les parturientes se font elles-mêmes de leur situation. De tels propos augmentent le stress des femmes et les inquiètent davantage. Plus encore, ils installent une baisse d'estime de soi chez les parturientes. En la comparant à une autre parturiente plus jeune et de surcroît primipare, celle-ci se voit donc diminuée. Par ailleurs, ces mots ont aussi une valeur thérapeutique ; une « thérapie par la honte » . C'est en effet une stratégie usitée par la sage-femme afin de faire naître chez la parturiente un sentiment de honte face à une autre parturiente qui est plus courageuse afin que celle-ci puisse aller au-delà de sa peur et participer activement à son accouchement. D'autres parturientes au regard de la délicatesse de leur situation préfèrent garder le silence et s'en tenir à leur sort puisque de toutes les façons, c'est « comme ça que ça se passe » :

*Le fait de lancer les mots, ça ne manque pas. C'était ma première fois et j'avais déjà eu le témoignage de ma mère qui a fait beaucoup d'accouchements. La majore qui était là quand je criais elle me disait que oui l'accouchement fait mal, tu tapes sur les enfants des gens au quartier non ? c'est ton tour aujourd'hui. Qui t'a envoyé d'aller faire, donc ce sont les mots que je recevais. Tu es là pour accoucher tu as mal et en même temps tu es dépassée, tu es seulement dépassée. Elle m'avait dit que je supporte que ça fait mal, que comme tu tapes souvent les enfants des autres là-bas au quartier c'est ton tour maintenant.<sup>115</sup>*

Ce récit montre à suffisance que la violence verbale dans les hôpitaux publics est déjà une norme. Une norme à laquelle a été socialisée cette dernière et qui en a fait une évidence. Cette enquêtée étant primipare, la sage-femme joue ainsi le rôle de moralisatrice. Elle se transforme de fait en agent de sensibilisation et d'éducation ceci en donnant des leçons sur comment organiser non seulement dans la vie sexuelle mais aussi sociale. D'autres parturientes, ayant déjà certaine autonomie, une dépendance réduite vis-à-vis de la sage-femme ne tardent pas à répondre de façon conséquente après les invectives. C'est le cas de Hermane, 27 ans, coiffeuse de profession qui, ayant un travail assez rapide, est arrivée à l'hôpital ayant déjà expulsé l'enfant dans le taxi. Elle explique ainsi que :

*On m'a insulté. Il y a une fille là-bas qui est sortie que ça c'est même quel genre ça ? tu es malade ? Si quelque chose t'arrivait au quartier ? tu étais où quand ça (les contractions) commençait ? Je lui ai seulement dit que la mère, mon enfant va bien et je vais bien non, cava. C'est pour ça qu'elle a arrêté. Si je ne lui disais pas ça c'est qu'elle allait continuer à bavarder. Je lui ai dit que mon enfant va bien non ? je vais bien non ? ça va. Ça ne vous ai jamais arrivé ? c'est à l'heure-là qu'elle s'est tue. On*

---

<sup>115</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

*parle là d'une petite fille que si j'étais dans mes états, si je n'avais pas l'enfant non, c'est la claque qu'elle devait recevoir.*<sup>116</sup>

Ces propos révèlent que d'autres parturientes ayant une situation moins dépendante, étant plus autonome des sages-femmes n'hésitent pas à répondre à la violence émise. En effet, cette dernière ayant déjà expulsé l'enfant dans le taxi ressent de façon moindre l'emprise des professionnels de soins et se permet par conséquent de renvoyer de la violence dans le but de faire taire la sage-femme. Répondre aux propos « irrespectueux » des sages-femmes est en outre une stratégie usitée par les parturientes afin de limiter ou de mettre fin aux violences. D'autres parturientes étant prévenues de ce que le suivi en maternité est très souvent accompagné de propos malveillants des prestataires essaient juste de s'adapter à cela. Le récit de Kabrelle, 23 ans, primipare et étudiante en est légion :

*Bon, j'ai un peu accepté, j'ai accepté. Parce qu'on m'avait déjà dit que ça se passe comme ça. Que c'est comme ça que les sages-femmes là sont. Mais, d'un autre côté, ça me frustrait un peu. Je ne sais pas si c'était parce que j'étais primipare ou bien, à un niveau, ça m'énervait déjà trop. Toi tu es là tu as mal, elle te lance les mots du genre, oooh qui t'a envoyé ? Quand tu faisais c'était bon non ? Les trucs comme ça*<sup>117</sup>.

Ce discours met en exergue le fait que les primipares soient déjà préparées à subir des violences avant même le jour de l'accouchement. Parmi la parentèle, celles qui ont déjà fait l'expérience de l'accouchement (mères, tantes, cousines, amies) dans les hôpitaux publics se chargent de socialiser les futures mères aux différents agressions verbales qui surviendront. Ces pratiques sont déjà considérées comme un rituel, comme une norme dans cette maternité. Étant aussi jeune, étudiante et célibataire en plus, les sages-femmes jouent plutôt le rôle de moralisatrice. Elles considèrent ainsi l'accouchement comme étant une sanction, une punition car la jeune fille est considérée ici comme une déviante. Étant parent, cette sage-femme voit cette parturiente non pas comme une patiente désireuse de soins, mais davantage comme son enfant, comme sa fille qui a abandonné ses études pour contracter une grossesse. Retraçant justement les mots qui la frustrait, elle poursuit :

*C'est ton premier enfant, sache que l'accouchement fait mal, rien ne fait plus mal que l'accouchement sur cette terre. Oooh tu vas vraiment ressentir. Puisque j'étais encore à un doigt quand je suis arrivée et elle me dit que oooh tu n'as même pas encore commencé le travail hein, tout ce que tu fais là c'est le folklore comme on dit souvent, que tu es encore à un doigt tu pleures que tu vas arriver ? les choses comme ça*<sup>118</sup>.

---

<sup>116</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.

<sup>117</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>118</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

Ces propos expriment la manière dont les sages-femmes préparent les parturientes à affronter la douleur. C'est en effet une préparation psychologique que font les professionnels de soins pour prévenir les parturientes par rapport à l'intensité de la douleur. Cette parturiente étant primipare, la sage-femme use de tels propos pour que la gestion de la douleur par cette dernière soit mieux faite. Toutefois, ces propos touchent à l'intégrité morale de la parturiente en ce sens qu'ils créent la baisse d'estime de soi et le manque d'assurance des parturientes. Au-delà des mots, c'est toute une arme qui est forgée et qui constitue une réelle menace à la sécurité morale voire physique des parturientes. Outre les frustrations et intimidations que vivent les parturientes dans cette maternité, d'autres faits rendent compte des violences verbales.

### **II.3- Les menaces en situation d'accouchement**

En dernier lieu, la violence verbale se manifeste au travers des menaces que subissent les femmes lors de leur accouchement. On relève des menaces d'envoie au bloc pour la pratique de la césarienne et les menaces d'abandon de celles-ci lorsqu'elles sont dans des situations à risque.

#### **II.3.1- Les menaces d'envoi en césarienne**

L'accouchement par voie haute ou césarienne est un accouchement chirurgical au cours duquel on pratique une incision sur l'abdomen et sur l'utérus de la parturiente afin d'extraire le bébé. C'est une pratique à haut risque qui expose davantage les parturientes et leur futur bébé. De façon générale, « *la césarienne pour de nombreuses familles africaines augure la mort en couches. Elle constitue une véritable phobie tant pour la concernée que pour le reste de la parentèle.* »<sup>119</sup> Même dans les cas où elle est réussie elle entraîne bien de conséquences sur la santé maternelle et débouche sur plusieurs interdits. Sa pratique donne lieu à de nombreuses controverses tant sur le plan médical (mettant en lumière les risques sanitaires encourus), que sur celui social (car est représentée comme une pratique atroce, ayant une connotation négative) qu'économique (relativement au coût élevé de cette pratique). Ainsi, dire à une femme lors de la poussée qu'elle sera envoyée en césarienne est comme lui souhaiter le pire. Entre la peur de perdre sa vie et/ou celle de son enfant, s'ajoute à cela le coût financier de cette pratique. Karelle, 23ans, primipare et étudiante, nous rend compte de ce que lors de la poussée, après des paroles pas appréciables à son égard, la sage-femme menace de l'envoyer au bloc opératoire afin de réaliser une césarienne. Ses propos sont les suivants :

---

<sup>119</sup> Jeannette Wogaing, idem, P. 186.

*Puisque comme c'était mon premier accouchement là, je m'embrouillais un peu, je ne connaissais pas trop comment faire, elle m'a dit que si tu continues comme ça on va te faire la césarienne hein, c'est même quoi ça ? et le gynécologue ne blague pas, il va te prendre l'argent ici cash. Ça m'a vraiment fait peur, je me disais que pour mon premier accouchement je dois déjà aller en césarienne<sup>120</sup>*

Ces propos révèlent que, les parturientes n'ayant pas une nette maîtrise de leur accouchement courent le risque d'envoi au bloc pour césarienne. Ainsi, pour éviter de devoir subir les caprices des parturientes, les sages-femmes menacent ces dernières de les envoyer au bloc. L'envoi au bloc inclut non seulement des risques sanitaires puisque c'est une opération mais aussi signifie qu'il faut déboursier une grande somme d'argent. Il faudra de ce fait payer le kit de césarienne et aussi donner l'argent du gynécologue « cash » comme le précise la sage-femme. Toutefois, si ces propos installent la parturiente dans une peur profonde, elle a aussi une visée thérapeutique dans la mesure où elle permettra à cette primipare de transcender ses peurs et de plus collaborer avec le personnel afin que l'enfant naisse par voie basse. Une situation pareille a été observée :

#### **Encadré n°5 : Observation d'une menace d'envoi en césarienne lors de la poussée**

Il s'agit d'une parturiente jeune, primipare qui est venue pour son premier accouchement avec sa maman. On pouvait voir qu'ils viennent d'une famille très modeste et n'avaient pas suffisamment d'argent. La maman de la parturiente expliquait à la sage-femme qu'il s'agit là d'une grossesse indésirée que sa fille a contracté. Le père de l'enfant aurait lui aussi refusé la paternité et la maman n'a pas assez d'argent. Après cela, elle supplia la sage-femme de bien prendre soin de sa fille. Une fois à l'intérieur et après la phase de lu travail, advient celle de la poussée. La parturiente avait du mal à pousser et se tordait de douleur. Après des encouragements vains, la sage-femme commença à envoyer des mots durs à la parturiente en lui précisant qu'elle est têtue et qu'elle est allée chercher l'enfant elle-même par conséquent elle a l'obligation de supporter la douleur. La tête de l'enfant était déjà presque sortie mais la parturiente disait ne plus pouvoir pousser alors, la sage-femme précisa : « *Je ne veux pas que ce qui arrive souvent aux autres là t'arrive. Tu me suis bien non ? Dès que tu as mal, tu arrêtes tes chevilles, tu pousses en bas fort et longtemps comme si tu chiais un caca dur. Parce que quand je vois ta mère là-bas elle n'a rien. Et si tu continues je t'envoie au bloc. C'est beaucoup d'argent. Tu vas même donner cent mille vingt mille au chirurgien sans compter ce que tu vas acheter. Donc continue tu vas dépenser.* » La parturiente répondit toute timide « *pardon Mama je vais pousser, je vais pousser pardon* ». C'est ainsi qu'elle prit un grand souffle et poussa une dernière fois ce qui a permis la sortie du bébé.

Au regard de cette observation, il est constaté que dans certaines situations les menaces notamment celle d'envoi au bloc faites par les soignants ont une visée thérapeutique. Ce sont en effet des moyens de faire pression sur la parturiente afin que celle-ci dépasse ses peurs et

<sup>120</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

puisse terminer le processus qu'elle a enchaîné. Comme dans le cas ci-haut présenté, cette menace a permis à la parturiente de transcender la douleur et de faire sortir elle-même son bébé sans avoir recours à la césarienne.

Depuis 1985, l'OMS considère que le taux optimal de césarienne doit être de 15%<sup>121</sup> or ce taux est largement dépassé tant dans les pays dits développés que ceux en voie de développement. Des études menées dans divers hôpitaux du Cameroun montrent que cette pratique est en hausse.<sup>122</sup> En effet, « *La césarienne pour de nombreuses africaines augurent la mort en couches. Elle constitue une véritable phobie pour la concernée que pour le reste de la parentèle.* »<sup>123</sup> ceci d'autant plus que les études sur la mortalité maternelle ont également montré que l'accouchement par césarienne ou encore par voie haute comparativement à celui par voie basse multiplie par trois le risque de décès maternels<sup>124</sup>. Au vu du risque inhérent à cette pratique, elle est uniquement recommandée afin d'assurer le « *bien être de la mère et du bébé. Et, on ne devrait y recourir que si des problèmes ou des risques pour la santé maternelle et néonatale sont clairement présents.* »<sup>125</sup> or, ce n'est pas toujours le cas.

Plusieurs controverses sont nées à l'issue de cette pratique car étant bien des fois « *non justifiées médicalement* ». Certains auteurs rangent ces « *césariennes non nécessaires* »<sup>126</sup> dans le registre global des violences obstétricales. Car, elles sont expliquées par des motifs non médicaux tels que le type d'hôpital, les progrès technologiques, la sécurité sociale ou non et le « mauvais » usage de la technologie. Pour d'autres, c'est le niveau de qualification du personnel et l'expérience professionnelle qui déterminent globalement le recours à la pratique de la césarienne<sup>127</sup>. Pour d'autres encore, la pratique de cette chirurgie est liée à la recherche du confort des femmes, à une satisfaction professionnelle, à une perception erronée des antécédents obstétricaux ou encore à des raisons financières<sup>128</sup>. Traitant justement du volet financier de cette

<sup>121</sup> Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, 2015.

<sup>122</sup> Confert Jean Dupont Kemfang Ngowa et al, « Complications maternelles précoces de la césarienne, à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun » in *PAMJ*, 2014 ; ou encore CT Nguéfack et al, « L'accouchement par césarienne à l'hôpital Général de Douala : incidence, indications et complications » in *Revue de Médecine et de Pharmacie*, 2012.

<sup>123</sup> Marie Wogaing, idem, p.184.

<sup>124</sup> Camille Le Ray, « Evolution des indications et des pratiques de la césarienne » in *LAENNEC*, Tome 63, 2015.

<sup>125</sup> Hélène Langois, « La césarienne », [www.inspq.qc.ca/Information-perinatale](http://www.inspq.qc.ca/Information-perinatale), 2014, p.2.

<sup>126</sup> Alicia Marquez Murrieta, « Les césariennes non nécessaires et la violence obstétricale au Mexique : une visibilité et des résonances croissantes », in *Santé Publique*, (vol3 »), 2018.

<sup>127</sup> Wendyam Charles Paulin Didier Kabore, « Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest », *Santé Publique et épidémiologie*, Université Pierre et Marie Curie, 2018.

<sup>128</sup> Elhadji Mamadou Mbaye et al, « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », in *Santé Publique*, (vol 23), 2011.



pratique, les propos recueillis de l'entretien avec une primipare de 23 ans ayant échappé à une césarienne sont les suivants :

*Elle (la sage-femme) me disait que si tu blagues je vais t'envoyer au bloc et le gynécologue ne blague même pas. Il va te prendre l'argent cash. Elle a même été très douce parce que d'autres disaient même que je vais accoucher par césarienne mais elle a dit que non, la césarienne n'est pas bien, ce n'est pas parce que vous cherchez l'argent que vous allez vous permettre du n'importe quoi sur le corps des gens, il faut souvent aussi comprendre.<sup>129</sup>*

Retraçant les propos de cette sage-femme, ce récit permet de comprendre le prétexte de la pratique des césariennes. Effectuée non pas pour des raisons liées aux risques médicaux, cette pratique est faite à des fins financières et permet aux praticiens de se faire de l'argent. Cela montre à quel point de nouvelles valeurs guident l'exercice de certaines pratiques médicales. L'argent apparaît alors comme le guide des pratiques médicales à exercer. De telles valeurs contribuent fortement à la déshumanisation des soins car nie l'humanité du corps des parturientes au profit de la recherche financière personnelle des prestataires de soins.

### **II.3.2- Les menaces d'abandon sur la table d'accouchement**

L'accouchement a trois principales phases que sont : le travail, la descente et la naissance du bébé et l'expulsion du placenta. C'est le deuxième stade qui nous intéresse dans cette sous-section. Il commence au moment de l'ouverture complète du col de l'utérus et se termine à la naissance du bébé<sup>130</sup>. Lors de cette étape, la parturiente est totalement vulnérable et est en grande partie sous la dépendance des prestataires de soin. Durant ce moment de faiblesse de la parturiente, les prestataires de soin accentuent la souffrance des parturientes en menaçant de les abandonner. C'est ce qu'a vécu Aïssatou lors de son deuxième accouchement :

*Ils m'ont injecté je ne sais pas quoi, (un stimulant) pour faciliter l'accouchement. Ils ont quand même dérangé. Il y'a les moments qu'on dit que non, ne pousse pas je continue toujours à pousser et ce n'est pas d'abord moi. C'est ce qu'on a injecté-là qui pousse. On dit que ne pousse pas ça ne fait que pousser seulement après la femme là elle a fait comme si elle est fâchée, elle a retiré les gants et j'ai dit que ce n'est pas moi, eeh, tu me laisses ici ? et elle est sortie.<sup>131</sup>*

Le discours ci-dessus met en exergue le fait que les sages-femmes démissionnent des fois de leurs postes au péril du suivi de la parturiente. Contestant ce que dit la parturiente, elle ne parvient pas à manager ses émotions et délaisse cette dernière. Il faut préciser que cet abandon

<sup>129</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>130</sup> [www.naitreetgrandir.com](http://www.naitreetgrandir.com) consulté le 15/09/2023.

<sup>131</sup> Entretien réalisé le 15/07/2022.

fut momentan e puisque la suite du récit rend compte de ce que cette sage-femme a été rappelée par la majeure pour la suite de l'administration des soins. Ce récit remet également en débat la question de l'usage abusif de l'ocytocine dans les maternités lors des accouchements qui sont pourtant des processus naturels. Ces menaces ont des conséquences sur le psychique des parturientes et peuvent dans certains cas engendrer des traumatismes. En dépit de toutes ces expériences quoi que négatives présentées ci-haut, des cas de suivi et d'accompagnements à la fois physique, moral et psychologique des parturientes s'observent. Anastasie, 32 ans, commerçante raconte :

*Quand tu arrives à l'accueil là, dès que vous arrivez on vous enregistre. Quand vous vous enregistrez là on t'envoie dans la salle d'accouchement. Il y'a les sages-femmes, les stagiaires. Elles sont là, on te dit ce que tu dois faire pendant le travail, on te montre, on t'assiste. On te reconforte, on te dit  a va aller, on te traite bien<sup>132</sup>*

Ce récit rend compte de ce qu'il y'a des cas où les parturientes sont bien suivies. Tout un dispositif psychologique et social est mis en place pour la réussite de l'accouchement. Dans ces cas illustr es par ce récit, les soins sont centr es sur la parturiente. Ses besoins, ses affects et ses préoccupations sont prises en compte lors de la mise en soin. Ce modèle de soin a donc pour avantage qu'il garantit la stabilité émotionnelle des parturientes et installe un climat favorable à une prise en charge adéquate.

### III. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES  A CARACTÈRE ÉCONOMIQUE

Ici, il est question de montrer que l'hôpital apparaît davantage comme une « *entreprise de soins* » qui vise à se faire un maximum de profit économique auprès des « *malades-clients* ». C'est la politique de recouvrement des coûts qui permet à cette entreprise de se maintenir. Cette logique marchande de l'hôpital prend une coloration négative lorsqu'il s'y produit le phénomène de « *privatisation* ». C'est en effet « *Toute pratique observée dans les services publics et dont la finalité est de permettre aux pratiquants d'accumuler les privil eges ou des ressources privées, ceci au détriment de l'intérêt collectif<sup>133</sup>* »

Allant dans ce sens, Yannick Jaffre et Jean Pierre Olivier De Sardan<sup>134</sup> montrent que dans les hôpitaux publics, c'est une norme, la paie se fait deux fois. De façon formelle à la caisse et de façon informelle chez les prestataires avec de l'argent ou du matériel. Cette violence se manifeste ainsi à travers le business qui se crée autour du matériel d'accouchement, la paie

<sup>132</sup> Entretien réalisé le 30/07/2022.

<sup>133</sup> Antoine Socpa et Yves Bertrand Djouda, idem, p.342.

<sup>134</sup> Yannick Jaffre et Jean Pierre Olivier De Sardan, idem.

frauduleuse des médicaments, la pratique de la césarienne à des fins financières et les paies supplémentaires après les services rendus par le personnel.

### **III.1- Le commerce du matériel d'accouchement**

Dans le but de se faire un maximum de profit, les prestataires de soins créent un commerce autour du matériel d'accouchement que ce soit lors de l'accouchement proprement dit ou lors de la période post-partum. Des trafics se font dans ce sens et obligent les femmes à donner une quantité excessive de matériel qui sera gardée par le personnel afin de les revendre de nouveau. Il s'agit généralement des matériels tels que les gangs, la bouteille d'alcool, l'eau de javel, le cytéal... Ce matériel qui sert de business est obtenu de deux façons : d'une part de façon non consentie des parturientes et d'autre part avec l'accord de ces dernières.

#### **III.1.1- La vente du matériel obtenu sans le consentement des parturientes**

L'accord des parturientes n'est pas toujours recherché avant de garder leur matériel. Le business se lit ainsi à trois niveaux : soit les prestataires de soins prennent une quantité excessive de matériel ; soit ils demandent de l'argent en compensation du matériel (et utilisent les restes qu'elles ont gardées) ou soit encore ne remettent pas le reste de matériel contenu dans le kit d'accouchement. Concernant la quantité abusive de matériel exigée, Elisabeth, deux accouchements effectués à l'hôpital d'Efoulan explique :

*En tout cas, c'est qu'il y'a le business là-bas. Le cytéal, peut être quatre femmes peuvent utiliser un même cytéal et ça fait même peut être deux semaines, ça dépend du nombre de temps que tu utilises. L'alcool, c'est un litre. N'est-ce pas elles utilisent ça pour seulement nettoyer ton lit que tu as accouché non ? Tu penses qu'elles utilisent tout ça ? Voilà, elles ne remettent pas le reste<sup>135</sup>*

Ces propos révèlent que le matériel en grande quantité est exigé aux parturientes afin d'être utilisé pour un maximum de parturientes. Cette quantité au-delà de ce que requiert le soin pour lequel le matériel est exigé est usité pour rendre service à plusieurs autres parturientes pendant un long moment. Ainsi, les parturientes payent non seulement pour elles-mêmes mais aussi pour les prochaines. Le personnel en profite donc pour facturer les nouvelles venues et se faire de l'argent. De ce fait, c'est de l'argent qui est demandé à la place du matériel chez les nouvelles ceci puisque ces sage-femmes ont encore le reste de matériel des parturientes précédentes. C'est ce qui est exposé dans les propos ci-dessous :

*Elles ont ça là-bas par exemple dans la salle d'accouchement que ce soit l'eau de javel, qu'on demande, le cytéal, elles ont sa là-bas. Toutes les femmes qui viennent*

---

<sup>135</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

*accoucher utilisent une seule boîte mais toutes les femmes payent trois mille pour le cytéal. La boîte de cytéal qu'on utilise là et un litre de javel or c'est ça qu'elles utilisent, elles nous facturent ça.*<sup>136</sup>

Ces propos consolident les premiers et attestent de ce qu'effectivement les prestataires de soins ont déjà du matériel de soins rangé. Vendre eux-mêmes les produits est comme l'un des moyens pour ces derniers de se faire de l'argent au-delà de leur salaire perçu mensuellement. Les produits dont ils ont besoin pour nettoyer les différents déchets après accouchement sont déjà chez eux. Ils prennent de nouveau de l'argent aux parturientes comme si c'était pour un achat nouveau de matériel. Ce trafic amène bien souvent d'autres parturientes à effectuer une double facture. Une autre parturiente va plus loin en expliquant que :

*Cette magouille qu'il y'a dans le kit d'accouchement là parce que quand tu finis d'accoucher, on te dit que bon, tu vas rentrer à la maison faire le bain de siège avec le cytéal. En principe quand tu accouches c'est trois mille francs on te fait payer quelque chose, si au moins après accouchement on te remettait le reste pour que ça te permette de continuer les bains de siège à la maison. Là ça fait déjà double facture*<sup>137</sup>

Ce récit révèle que le fait pour les prestataires de soins de garder le reste de matériel, entraîne des doubles dépenses. En effet, pour les femmes ayant subies des sutures, un bain de siège avec du cytéal est requis. Les prestataires ayant pris le reste de cytéal, ces dernières se trouvent dans l'obligation d'en acheter de nouveau. Même dans le cas où les sages-femmes sont conscientes qu'il en faut encore pour la suite des soins, ces dernières ne sont pas influencées et développent toujours la même pratique. Pour d'autres parturientes illustrées par le cas de Hermane, c'est le reste de matériel contenu dans le kit d'accouchement qui est gardé par les professionnels : *Le kit d'accouchement, on n'utilise pas d'abord tout. On ne te donne même pas quand tu sors heinn, tu sors tu laisses tout, l'eau de javel, le cytéal, même les gangs que tu paies là, les dix paires de gangs. Elles n'utilisent pas tout ça et on ne te remet pas*<sup>138</sup>.

Ce récit révèle que le matériel qui sert de business provient aussi de la non utilisation totale du Kit d'accouchement. C'est donc le reste de ce matériel qui est « pris » par les sages-femmes et est revendu à d'autres sans l'autorisation des parturientes. Prendre le reste du kit d'accouchement devient alors un moyen pour les sages-femmes de se faire un supplément d'argent. Ainsi, ces récits permettent de mettre à nu les pratiques qui s'effectuent autour du marché, du commerce du matériel d'accouchement. Bien que les récits ci-hauts montrent que

---

<sup>136</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

<sup>137</sup> Entretien réalisé le 25/08/2022

<sup>138</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.

les prestataires de soins obtiennent le matériel sans l'avis des parturientes, d'autres situations permettent de voir que le matériel est aussi acquis après l'accord des parturientes.

### III.1.2- La vente du matériel obtenu avec le consentement des parturientes

Le consentement est un élément essentiel dans l'interaction soignant-soigné. Il permet de ce fait d'harmoniser les rapports entre les différentes parties et crée une relation équilibrée. C'est le cas ici pour le reste de matériel obtenu après accouchement qui sert très souvent à des ventes illicites tout comme à l'aide aux parturientes socialement défavorisées. Le témoignage suivant permet de ce que le consentement des parturientes est recherché avant de garder le reste de matériel :

*Moi, elles m'ont demandé cash<sup>139</sup> que les mères ci svp, est ce qu'on peut garder les restes de gangs, vos matériaux que vous avez accouchés ? parce qu'il y'a souvent certaines femmes qui viennent ici à l'hôpital, elles n'ont rien même les garnitures et tout et tout. Est-ce qu'on peut garder certains trucs pour les aider souvent parce que c'est souvent difficile ici pour nous de garder certaines femmes, de laisser son bébé mourir et tout et tout. Tu vois, c'est comme ça qu'elles ont demandé, elles n'ont pas fait le hoha comme on dit souvent pour rester avec mes choses<sup>140</sup>*

Le mot « cash » présent dans ce discours permet de comprendre qu'il y'a dans cette demande une mise sous pression des parturientes. Il témoigne aussi en réalité de ce que c'est comme une habitude pour le personnel de garder le reste du matériel d'accouchement. Ayant déjà le matériel à leur disposition, les sages-femmes utilisent donc cette formule pour faire comprendre aux parturientes la nécessité de le garder d'autant plus qu'elles précisent bien les raisons pour lesquelles ce matériel sera utilisé. De cette façon, ces parturientes sont contraintes de donner un avis positif. Il s'agit bien là d'un consentement non consenti. Ces matériels bien que acquis dans le but d'aider les « pauvres » n'est pas toujours utilisé dans ce sens. Ils sont utilisés à des fins commerciales au profit des sages-femmes. D'autre part, ces matériels sont véritablement utilisés pour la prise en charge des personnes vulnérables comme l'atteste les propos de la stagiaire suivante :

*Il y'avait une jeune fille qui est venue accoucher, comme ça, sans rien. Elle n'avait rien de rien, même pas les habits. Elle n'avait pas fait de visites, rien du tout et les sages-femmes étaient obligées d'utiliser les restes de produits des autres femmes pour prendre soin d'elle. Ce sont les autres femmes qui ont même donné les habits pour son bébé. Son gars a refusé d'assumer la paternité de l'enfant.<sup>141</sup>*

<sup>139</sup> « Cash » dans le jargon camerounais signifie façon directe, sans contourner, de façon froide.

<sup>140</sup>Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>141</sup> Entretien réalisé le 28/07/2022.

Ce récit révèle que, en dépit de la logique marchande qui règne dans cet hôpital, la fonction intégrative des personnes en difficulté demeure. En réalité, parmi les fonctions premières de l'hôpital, l'intégration des malades en détresse est incluse. Elle permet ainsi de voir le côté humanisant de l'hôpital et rend compte de l'environnement hospitalier et de l'élan de solidarité existant tant au niveau du personnel que de celui des autres parturientes.

### III.2- La vente frauduleuse des médicaments de soin

Dans un espace hospitalier marqué par le besoin de se faire le maximum de profit, le personnel de soins use de divers moyens pour se faire de l'argent notamment la vente officieuse des médicaments. Il s'agit pour le personnel de proposer et finalement de vendre des médicaments aux parturientes. Ils fournissent eux même des médicaments ou matériels aux parturientes et refusent que ces dernières se rendent à la caisse pour un quelconque achat. Cela se fait par conséquent sans une facture en retour. Rappelant déjà que cette pratique a débuté dans un contexte de pénurie de médicaments en pharmacie, la directrice de l'ASFAC explique que « *Avant que ça ne se développe avec le temps d'une autre façon. C'est quand on cherchait souvent les produits en pharmacie et il y'en, n'avait pas, et c'est là que ces choses-là ont commencé.* »<sup>142</sup>

Allant dans ce même sens, une sage-femme a vendu le dossier médical qu'elle avait dans son sac au mari d'une parturiente car la caisse n'en disposait plus. Bien que cette pratique ait débuté dans le but de sauver des vies, certains professionnels en ont abusé. Chantal, accompagnante de sa fille primipare ne cache pas ses mots lorsqu'elle relate son expérience :

*Efoulan, les sorcières là ? on me propose hein, que ne pars pas à la caisse, les sorcières là ??j'ai vu, eeh, les mamans là me demandent que, eh ne pars pas payer à la caisse. Les sorcières qui sont ici ? je ne suis même pas avec elles hein. Je dis que Fouda (son beau-fils) partait alors à la caisse, les sorcières là disent ne pars plus payer à la caisse, viens me payer, elles ont les remèdes qu'elles volent aux gens. Ça passait à la caisse, elles étaient fâchées comme ça passait à la Caisse. Elles ont commencé à me poser les questions-là, que pardon, même pas nikikik, je n'ai rien donné chez eux*<sup>143</sup>

Ces propos attestent que le personnel de soins se font leurs propres clients. C'est tout un marché qui s'installe dans les hôpitaux où il y'a concurrence entre les caisses de l'hôpital et les poches du personnel. Étant en interaction directe avec les patients, les prestataires de soins essaient de s'attirer un maximum de clients. Ce récit met aussi en lumière le fait que les produits

<sup>142</sup> Entretien réalisé le 11/08/2022.

<sup>143</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.

revendus aux patients sont acquis après une distraction chez un autre patient après achat des médicaments de la rue comme le précise cette autre enquêtée : « ils achètent les remèdes en route et puis ils viennent nous vendre. On parle qu'il faut tel remède, ils disent j'ai ça, les remèdes qui sont très moins chers au bord de la route c'est ça qu'on donne. »<sup>144</sup> Enfin, de ce récit, il ressort que le refus d'acheter les produits directement chez le personnel impacte sur la relation de soins. Cela peut donc aboutir aux négligences voire même au refus d'administration des soins. D'autres parturientes l'ont bien compris et s'y conforment d'ailleurs. Régine, trois enfants ayant acheté le kit d'accouchement à dix mille au lieu de six mille comme c'est écrit à la caisse de l'hôpital rend compte ce surplus d'argent en ces mots :

*J'ai payé le kit à dix mille. Même quand tu sais que c'est six mille, on te demande dix mille tu dis que tu as six mille on peut même laisser ton enfant tomber mieux tu donnes, on donne même si on connaît le prix, c'est seulement parce qu'on ne veut pas la maltraitance. Après on va dire écarte le pied on va te doser parce qu'on se rappelle les quatre mille là que tu as refusé. Pourtant quand tu les donne Dix mille, ils voient leur quatre mille en haut, ça fait qu'ils prennent même un peu bien soin de toi. Le fait que tu donnes plus d'argent te protège.*<sup>145</sup>

Ces propos rendent compte de ce que l'argent est une condition pour une prise en charge de qualité des parturientes. Donner plus que ce qui est recommandé est une stratégie qu'utilise les parturientes afin de bénéficier d'une prise en charge non violente. Parfois, l'argent a le pouvoir de reconfigurer les interactions entre prestataires de soins et parturientes même si ce n'est pas toujours la logique marchande qui est davantage recherchée lors du soin.

### **III.3- La demande de reconnaissance à travers les pots de vin**

La demande de reconnaissance consiste pour le personnel après avoir rendu service de demander de façon détournée une somme supplémentaire parfois fixée au préalable ou non pour les bons services rendus lors de leurs différentes prestations. Vu que l'accouchement a abouti et que l'enfant est né, les parents et la famille entière sont dans la joie. La venue d'un nouvel membre rend compte de l'agrandissement de la famille et donc de la progression de la progéniture. Ainsi, tout le monde est content oubliant très souvent les péripéties quoi que pas agréables qui ont précédées cet instant. Dans cette effervescence, le personnel profite très souvent pour réclamer un supplément d'argent vu que c'est grâce à lui que l'enfant est né. Généralement, les parturientes ne sont pas toujours informées de ce qui se passe. C'est plus

---

<sup>144</sup> Entretien réalisé le 09/08/2021.

<sup>145</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

souvent la famille qui traite avec les sage-femmes. Honorine deux accouchements à l'hôpital d'Efoulan explique d'ailleurs que :

*Pour mon premier garçon, elles ont demandé dix mille à mon mari, pour elles-mêmes ; je n'ai pas payé ça à la caisse, si j'ai moi déjà bien accouché c'est bon hein, demandez ce que vous voulez, si vous voulez demandez moi-même le milliard, si j'ai, je vais vous donner<sup>146</sup>.*

Ces propos révèlent que, après un accouchement réussi, les sages-femmes exigent de façon camouflée la reconnaissance des parturientes par la paie d'une somme déjà fixée à l'avance. Le mari étant le pourvoyeur de fonds de la famille, c'est précisément à lui que cette demande est adressée. Ce récit rend aussi compte de ce que les parturientes étant noyées dans la joie de la naissance normalisent et banalisent cette pratique et donc, sont à même de donner autant d'argent que possible pour exprimer leur reconnaissance et leur gratitude. Plus qu'une simple demande, cette requête a un fort impact sur la suite de la relation de soins. Ceci dans la mesure où une réponse favorable ou défavorable à cette requête conditionne inéluctablement une bonne toute comme une légère prise en charge dans la période du post-partum. Dans la même perspective, Odette ayant un travail lent et ayant subi une suture nous en dit plus avec son partenaire :

*Oui oui, elles avaient demandé noor. Il (son mari) avait donné. Elles disaient que j'ai trop crié, elles m'ont trop, supporté. (Son mari précise que) ce n'était pas la corruption, c'était le pourboire, nous tous on travaille aussi donc faut pas faire comme si... C'était volontaire du genre le père du bébé arrose. C'est comme ça que j'ai donné comme je pouvais donner à tous les voisins. C'est ça.<sup>147</sup>*

Dans le cas présent, la somme représentant la « bière » des sages-femmes n'est pas indiquée. S'appuyant sur le fait que les sages-femmes ont exercé leur métier, ce que de droit pourtant, elles demandent une récompense. Cette pratique confirme l'affirmation de Yannick Jaffre et Olivier De Sardan<sup>148</sup> d'après laquelle dans les structures hospitalières, les usagers sont tenus de payer deux fois. D'abord à la caisse de façon officielle et ensuite de façon directe chez les prestataires. Cela a une incidence sur la suite de soins dans la période que passera la parturiente en suite de couche. Toutefois, des cas où les parturientes ont de plein gré donné de l'argent en signe de gratitude sont relevés. C'est la parentèle elle-même qui peut donner de l'argent comme une récompense ceci à travers des stratégies très précises :

---

<sup>146</sup> Entretien réalisé le 25/07/2022.

<sup>147</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

<sup>148</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, idem.



*C'est comme le parent peut être content et il sort l'argent il donne mais on ne te demande rien. Elles sont là pour te faire accoucher, est ce qu'elles sont là pour te demander l'argent ? C'est moi-même, si je voulais j'allais dire que comme tu m'as fait accoucher là, prends ceci tu bois ta bière avec. Donc, tu viens-tu froisses, tu ne fais pas que les autres voient, tu mets dans sa poche. Ou alors tu prends sa main tu l'appelles derrière et tu donnes.*<sup>149</sup>

Ce qui se dégage de ces propos est que le fait de donner de l'argent relève dans la mesure du possible de la volonté des parturientes et/ou de leurs accompagnants. Mais les stratégies utilisées pour faire ce don nie la légitimité de celui-ci. Se cacher pour donner de l'argent rend cette pratique suspecte et l'inscrit de fait dans le registre de l'officieux. D'autres parturientes, au-delà de la volonté finissent finalement par donner un surplus d'argent elles-mêmes. Kabrelle, 23 ans, primipare, après avoir eu des difficultés à accoucher car son bébé avait quatre kilogrammes, ayant subi une suture et fait un double curetage s'exprime : « *Le fait qu'elle ait fait un deuxième curetage ça (la douleur) s'est quand même un peu calmé. Je lui ai laissé quand même quelque chose pour sa bière comme on dit souvent. Ce n'est pas elle qui a demandé. Nous-mêmes on lui a dit merci noor, donc c'est comme ça.* »<sup>150</sup>

C'est dans un sens de remerciements et de reconnaissance qu'il convient de comprendre de telles pratiques en restant dans l'explication fournie par cette enquêtée. Donner le vin des accoucheuses, au-delà d'une exigence apparaît ici comme un signe de reconnaissance, de gratitude. C'est en effet la matérialité du sentiment de joie que procure l'arrivée d'un nouvel être dans la famille. Cette observation rend bien compte de cela :

#### **Encadré n°6 : Observation de la remise volontaire de la « bière » des soignants par les accompagnatrices de la parturiente après accouchement**

Il s'agit d'une parturiente chez qui la césarienne avait déjà été prévue au vu de sa situation sanitaire. La césarienne a donc été faite et fut une réussite. La sage-femme appela la maman de la parturiente et lui montra un lit en post-partum où elle devra installer le nécessaire avant la sortie de la parturiente du bloc. Elle fut aidée dans cette tâche par les stagiaires. Le lit étant fait, les soignants ayant effectués la césarienne ramenèrent la parturiente en suite de couches grâce à un brancard et le bébé aussi. La maman et la tante de la parturiente furent tellement en joie. Tout en remerciant les professionnels, elle sortit un billet de dix mille de sa poche et donna à un des professionnels en lui précisant que c'est pour eux. Les deux femmes tellement contentes se mirent à danser dans le couloir. Elles étaient tellement en joie qu'elles chantaient les cantiques. Elles prononçaient des paroles de bénédictions aux sages-femmes : « *Que Dieu vous bénisse Doc, merci, merci pour tout, Dieu va vous récompenser au centuple. Merci, merci.* »

<sup>149</sup> Entretien réalisé le 30/07/2022.

<sup>150</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

Cette situation décrit le climat dans lequel il convient de comprendre la remise d'une somme d'argent aux soignants de façon volontaire. C'est justement dans le sens de la gratitude et de la reconnaissance que s'inscrit ce geste de la parentèle de la parturiente après un accouchement où la mère et le bébé se portent tous deux bien.

En définitive, le phénomène de violence obstétricale ne constitue pas une rareté à l'hôpital de District d'Efoulan. C'est ce qu'ont démontré les différents propos issus de diverses expériences des parturientes dans cette structure sanitaire et des entretiens *in situ*. Cette réalité est la résultante d'un ensemble de pratiques médicales ou non dont l'analyse et l'interprétation confirment son caractère violent. En réalité et tel que présenté tout au long de ce chapitre, la violence obstétricale prend trois principales formes qui se dessinent dans les interactions entre les parturientes et les professionnels de soins. Premièrement celle physique qui se manifeste au travers des agressions physiques, des négligences et de l'utilisation du corps des parturientes comme un objet d'apprentissage. Outre cette forme physique, une forme morale a aussi été répertoriée. Elle se matérialise au travers des offenses et agressions verbales, des intimidations et des frustrations des parturientes ainsi que des menaces de celles-ci. La dernière forme sous laquelle s'exprime la violence obstétricale est celle économique. Cette forme correspond de façon plus explicite à la vente du matériel d'accouchement, à la vente frauduleuse des médicaments, et à l'exigence de payer de façon singulière les prestataires de soins. Cette diversité de formes et de manifestations constitue effectivement la violence obstétricale telle que comprise dans l'esprit de cette recherche. Une fois cette typologie établie, il devient impérieux de questionner l'étiologie de ces pratiques. Déterminer les facteurs conduisant à la récurrence de ces pratiques dans les structures sanitaires s'avère logique et incontournable. C'est justement ce qui oriente le chapitre qui suivra dans l'étude des facteurs à même d'engendrer la violence obstétricale.

## Chapitre II :

# FACTEURS CONDUISANT À L'ÉMERGENCE DE LA VIOLENCE ENVERS LES PARTURIENTES

L'étude des situations dans lesquelles se déroulent les accouchements à la maternité de l'hôpital de district d'Efoulan a permis de prendre connaissance d'un ensemble de facteurs à la fois juridiques, sociaux et infrastructurels qui favorisent l'émergence des violences obstétricales. Dès lors, il est question de déterminer ces faits qui contribuent à la récurrence des violences obstétricales dans cette maternité. En d'autres termes, le présent chapitre est consacré à l'analyse de l'ensemble de dysfonctionnements systémiques qui sont à l'origine des violences obstétricales. Il ne s'agit pas tout simplement d'interroger les parturientes et les soignants puisqu'étant les acteurs principaux de la relation de soin, mais de faire également une analyse critique d'autres acteurs institutionnels et associatifs qui constituent le système de santé au Cameroun. Ainsi, la première partie de ce travail est dédiée à l'analyse des insuffisances constatées sur le plan social, la deuxième partie quant à elle est relative au vide juridique à propos des violences obstétricales et la dernière partie traite de la défaillance infrastructurelle.

### I. L'ABSENCE D'UN MILITANTISME SOCIO-SANITAIRE EFFICACE

L'hôpital étant une entité de la société entière se trouve conditionné par un ensemble d'éléments qui lui sont extérieurs. Ainsi, le « bon » fonctionnement ou le dysfonctionnement des structures sanitaires est fonction de divers conditionnements de plusieurs ordres parmi lesquels ceux liés au système sociétal dominant. Et, de façon plus précise de l'absence d'un militantisme socio-sanitaire efficace. Il s'agit de *l'engagement (social, politique, économique, culturel ou environnemental) et l'agir individuel ou collectif dans le but de promouvoir la santé aux échelles individuelles, familiales et/ou communautaire.*<sup>151</sup> Il résulte de la combinaison de cinq composantes. Le premier élément fait référence aux « *acteurs sociaux* ». Ils représentent les intervenants dans la sphère sanitaire. Ils peuvent être des personnes physiques, morales, institutionnelles ou non institutionnelles. Le deuxième élément est « *l'objet militant* » qui fait référence à toute situation où il faut agir, où il faut militer. La troisième composante est « *l'enjeu militant* » qui désigne l'objectif à atteindre. L'élément suivant est « *l'activisme* ». Il n'est pas

---

<sup>151</sup> Dominique Meva'a Abomo, idem, p.69.

figé et s'opère à partir du mouvement objet-enjeu militant. Enfin, le dernier élément est la « temporalité » car ce militantisme s'effectue pendant un moment précis, durant une période déterminée. Pour arriver à asseoir ce militantisme, l'engagement (social, politique, économique, culturel) et l'agir (individuel ou collectif) doivent être mobilisés selon Dominique Meva'a Abomo.

Pour en venir à l'objet de cette étude, le militantisme socio-sanitaire est compris comme l'ensemble des actions fussent-elles individuelles ou collectives qui sont effectuées dans le but de lutter contre les violences faites aux parturientes afin d'assurer leur sécurité lors de l'accouchement. Ce concept a une plus-value car contient deux variables qui englobent l'ensemble des actions qui meublent ce mouvement: celle individuelle et celle collective.

### **I.1- La variable individuelle**

Développer le militantisme socio-sanitaire sur le plan individuel consiste pour un individu à s'engager personnellement pour des causes favorables à une bonne prise en charge sanitaire. Ici, l'individu s'engage de façon singulière à exposer, à dénoncer les violences afin d'aboutir à un changement. Ce changement concourra non seulement à son bien être personnel mais aussi à celui collectif. Autrement dit, il s'agit pour un individu de choisir son objet militant et de le défendre jusqu'à ce que l'enjeu militant soit atteint. Or, dans le quotidien des femmes à la maternité d'Efoulan, bien que celles-ci soient constamment victimes de diverses violences, la plupart exprime un faible intérêt pour les plaintes ou pour des demandes de réparation. Bien qu'elles aient la possibilité de se plaindre directement chez la majeure, lors des rondes<sup>152</sup> organisées chaque matin, ou encore en utilisant les dispositifs prévus à l'occasion par l'hôpital, ces dernières tardent encore à réagir. Un ensemble de raisons ont été avancées par les parturientes afin de rendre compte de la faible protestation enregistrée après les différents abus vécus. Les propos suivants en rendent compte : *Tu te plains là-bas on va même t'insulter d'abord, tu vas te plaindre d'abord à qui ? C'est pour ça que j'accouche plus là-bas. Je devais me plaindre à qui là-bas ma mère ? Que qui devait même d'abord m'écouter ? non oooh, tu sais que la paix est bien.*<sup>153</sup>

Ces propos révèlent que les plaintes ne sont pas formulées pour deux raisons : la première est l'hostilité du milieu hospitalier et la seconde est l'ignorance des lieux de plainte par les

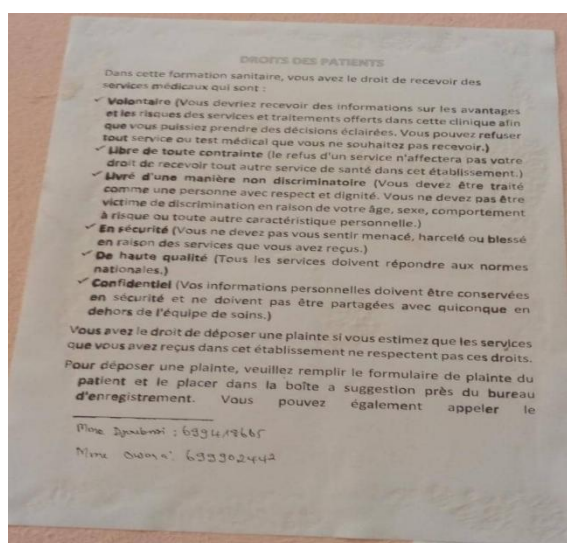
---

<sup>152</sup> Les rondes correspondent aux différents tours par salle effectué par une équipe coordonnée par un gynécologue et composé des sage-femmes et stagiaires lors desquels le rapport du suivi de chaque parturiente est fait afin de contrôler l'évolution de chacune d'elle.

<sup>153</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

parturientes. Concernant la première raison, il faut comprendre que c'est en effet le caractère hostile des hôpitaux publics qui fait en sorte que les parturientes ayant subies des violences ne cherchent pas à revendiquer et préfèrent davantage aller dans d'autres structures pour leur prochain accouchement. Ceci puisque les conditions traumatiques dans lesquelles se sont passées les accouchements ne prédisposent plus ces parturientes à espérer mieux. Elles préfèrent de ce fait se taire et vivre leur souffrance puisque, de toutes les façons personne ne les écouterait. Pour cette parturiente, les sage-femmes ne sont pas disposées à accueillir et à servir les parturientes tel que témoigne ces valeurs consignées sur cette affiche signée du directeur :

### Illustration n°1 : Communiqué relatif aux droits des parturientes



Source : Hôpital de district d'Efoulan, photo issue de l'enquête

On peut lire sur cette fiche « Droit des patients », parmi ces droits, est écrit en gras le droit à des « soins de qualité » avec précision que tous les services doivent répondre à des normes nationales. Parmi ces normes nationales, les Normes et Standards en Santé de Reproduction-Planification Familiale<sup>154</sup> indiquent que le personnel de soin se doit de développer les valeurs telles que l'empathie, l'écoute ce qui n'est pas toujours le cas ici au vu des pratiques auxquels s'adonnent les personnels de soins. Ce qui permet de lire l'écart existant entre les textes et les faits occasionnant par-là l'insatisfaction des parturientes. Se représentant les structures de soins publics comme des espaces moins vivables, peu accueillants et où les interactions ne sont pas horizontales, ces parturientes préfèrent garder le silence. Se basant sur les jeux d'interactions, elles estiment que leur plainte même si elles les formulent ne sauront pas prises en compte. D'ailleurs même, pour ces parturientes, on ne se plaint pas à l'hôpital

<sup>154</sup> Normes et Standards en Santé de Reproduction-Planification Familiale, disponible sur le portail du MINSANTE, [www.minsante.cm](http://www.minsante.cm)

public, « *on fait juste avec* ». Pour se plaindre, il faut aller dans les cliniques privées. Cette représentation de l'hôpital public comme un lieu fortement conflictuel trouve bien sa description dans le texte de Yannick Jaffre et Olivier de Sardan qui pensent que les structures sanitaires publiques sont considérées par les usagers comme étant « *inaccessibles.*»<sup>155</sup> Une inaccessibilité qui transcende le niveau financier et se lit aux travers des interactions avec le personnel de soin.

La seconde raison mise en exergue dans les propos ci-dessus est celle de la méconnaissance des lieux de plainte par les parturientes. Bien que disposant des boîtes de plaintes comme l'indique l'image suivante :

### Illustration n°2 : Boîte de dépôt des plaintes



Source : Hôpital de district d'Efoulan

Cet hôpital n'a pas en son sein des points agréés pour le recueil des plaintes des parturientes. Les usagers des services de maternité ne sont pas en phase avec l'utilisation des boîtes installés car cela s'éloigne de leur « habitus ». Ils se représentent ces boîtes comme un travail supplémentaire à effectuer et préfèrent de ce fait abandonner toute initiative allant dans ce sens.

Aussi, les numéros verts à contacter en cas d'abus dans ce service sont consignés sur le mur parmi une panoplie de documents ce qui ne permet pas de les lire si une attention particulière n'y est pas accordée. La totalité de nos enquêtées affirme d'ailleurs ne pas avoir pris connaissance de cette fiche. Concernant le formulaire de plainte, toutes les parturientes

<sup>155</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, *idem*, p.66.

l'ignorent. D'autres parturientes ayant subies des violences, sont préoccupées par la gestion de la douleur au lieu d'aller se plaindre. Cette logique est argumentée par le récit suivant :

*Aller me plaindre, je n'avais pas ça en tête, je ne pensais même pas à ça. Tout ce qui me préoccupait c'était l'accouchement que ça se passe bien, c'est tout. Mama quand tu as la douleur tu ne gères plus rien. J'avais bien mal aux fesses là où on m'a cousu là donc je ne pensais même pas, je ne réfléchissais même pas à ça. Tout ce que je voulais c'était rentrer à la maison.<sup>156</sup>*

Ce récit révèle que l'absence de culture de plainte, la primauté d'un accouchement réussi et la gestion de la douleur sont des motifs utilisés par les parturientes pour exprimer leur non recours à des plaintes après des abus. En effet, se plaindre en cas d'injustice ne relève pas du quotidien de ces dernières. Cela ne fait pas partie de leur habitude du coup même les violences obstétricales ne sont pas à même de lui faire changer cette façon de vivre. Aussi, pour cette parturiente, le plus important est que l'enfant naisse étant en santé. Une fois que cela est fait, cette joie absorbe toutes les péripéties obscures vécues dans la salle d'accouchement. Enfin, ayant subi une épisiotomie, cette parturiente est plus préoccupée par la gestion de la douleur après les sutures et se désintéresse ainsi de toute action visant à dénoncer un quelconque abus subi. La plupart des parturientes étant socialisées par leur parentèle à ce que les hôpitaux publics soient moins hospitaliers, celles-ci au vu de la généralité de ces faits négligent et banalisent les pratiques violentes dont elles font l'objet. Dorette, primipare explique :

*Ah, moi quand je partais c'était pour accoucher normalement sans les trucs comme le bloc opératoire mais bon, comme tout s'est bien passé, le reste là... ce qui est sûr c'est qu'on ne va pas changer les choses rien que pour moi, ce sont des problèmes qui perdurent des années et des années. Partout c'est comme ça ; à l'hôpital de Bertoua avec ma sœur et c'était toujours comme ça<sup>157</sup>*

Pour cette parturiente, trois raisons expliquent son silence : premièrement le fait d'avoir accouché par voie basse ; deuxièmement l'antériorité des pratiques violentes et enfin son impuissance face à « l'habitus professionnel » des soignants. En effet, pour cette parturiente comme pour nombreuses d'entre elles, ne pas accoucher par césarienne est une première victoire. Au vu des représentations péjoratives associées à cette pratique et du nombre accru de césariennes pratiquées dans cet hôpital, accoucher par voie basse est une « célébration » ce qui diminue déjà la volonté de se plaindre. Un autre fait mentionné dans ce discours est celui de l'antériorité des violences aussi diverses qu'elles soient. Ces violences sont tellement enchâssées dans les pratiques médicales de telle enseigne qu'il devient impensable de dissocier

---

<sup>156</sup> Entretien réalisé le 15/07/2022.

<sup>157</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

quand il s'agit du soin même ou alors de la violence car, la violence est devenue une pratique de soin. De même, la généralité de ce fait l'a rendu tellement fort et résilient au point où sans même avoir essayé, cette parturiente est persuadée qu'elle ne pourra rien changer car sa voix seule sera incapable d'apporter un quelconque changement. Se sentant ainsi impuissante, elle préfère la résignation. D'autres parturientes encore, comparant les violences qu'elles ont subies avec celles qui ressortent des discours populaires, elles jugent leur cas mieux et préfèrent ne pas dénoncer. Le récit suivant atteste bien cela :

*Je ne me suis pas plaint. Je n'ai moi rien dit. Mieux là-bas. Parce qu'elles étaient même douces hein, on me dit qu'il y'a certains hôpitaux ici que quand tu pars accoucher là-bas ... on te traite bien jusqu'à, mieux tu rentres avec ton long ventre chez toi. Si ce n'est pas ton enfant qu'on vole c'est que c'est toi qu'on tue<sup>158</sup>*

Situant justement ces violences vécues sur une échelle et essayant de les comparer avec ce qui se dit et s'observe habituellement, cette parturiente comme plusieurs autres ne trouvent pas la nécessité de se plaindre alors qu'elles n'ont pas subi « ce qui arrive souvent aux autres ». Le bébé n'a pas été volé comme ce fut le cas de Vanessa Tchatou<sup>159</sup>, elle-même la mère se porte bien et n'y a pas laissé sa vie comme ce fut le cas de Koumatekel<sup>160</sup>, alors il y'a pas de quoi faire du bruit. Au contraire, elles doivent témoigner toute leur reconnaissance et leur gratitude d'y être sortie saine et sauve leur bébé avec. Ceci d'autant plus que la représentation de l'hôpital comme un « mouroir » prend de plus en plus de l'espace dans la société. D'autres parturientes loin de chercher à dénoncer les injustices adoptent plutôt une attitude complice :

*Nous on part pour accoucher, on rentre chez nous. On ne part pas pour parler là-bas. On dénonce que ??on part pour accoucher. Je ne peux pas me lever un bon matin je commence à saboter l'hôpital. Que ça va me donner quoi ? L'enfant va bien et je vais bien donc ça va, on remercie le seigneur. Si tu pars dire que telle personne n'a pas bien fait son travail et on la chasse, tu vas gagner quoi ?<sup>161</sup>*

Ces propos permettent de rendre compte de l'attitude laxiste de certaines parturientes. Un degré de clémence très élevé et une indulgence particulière sont des justificatifs du silence des femmes malgré les violences subies. La logique ici est qu'il faut tolérer. Cette absence de rigueur chez certaines parturientes les amène donc à laisser passer ces pratiques violentes car se disant avoir « un bon cœur ». Son appartenance religieuse, chrétienne catholique en

---

<sup>158</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>159</sup> Vanessa Tchatou, femme dont le bébé a été volé après accouchement à l'Hôpital central de Yaoundé. Ceci a connu une forte médiatisation et un grand écho.

<sup>160</sup> Monique Koumatekel, femme décédée ainsi que ses jumeaux dans le ventre à l'entrée de l'hôpital Laquintinie de Douala.

<sup>161</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.



occurrence permet de mieux comprendre cette docilité. D'autant plus le Dieu qu'elle sert a permis à ce que malgré tout l'enfant et elles se portent bien, cela paraîtra moins reconnaissant pour elle qui vient de recevoir cette grâce de vouloir mettre en péril le métier d'une sage-femme.

## **I.2- La variable collective**

Concernant le collectif, ce qui explique l'absence du militantisme socio-sanitaire se résume à la faible prise en charge de la thématique des violences obstétricales par différents groupes et associations à même de révéler les souffrances quotidiennes des femmes dans les maternités. Il y'a lieu de rappeler ici que l'hôpital public ne peut se comprendre que dans « l'hybridation de ces trois sphères : celle du marché (économie marchande), celle du service public (économie non marchande) et celle des solidarités de proximité (société civile)<sup>162</sup>. Ainsi, l'on comprend que la place de la société civile n'est plus à démontrer. La société civile renvoie donc principalement aux Organisations Non Gouvernementales (ONG) ; aux Organisations de la Société Civile(OSC) ; aux associations professionnelles, aux groupes défendant la cause féminine et aux groupes religieux.

Au Cameroun, la réponse sociale aux différents problèmes de santé est répartie de façon inégalitaire. Si dans la lutte contre le VIH/SIDA, dans la promotion des vaccins ou d'autres domaines sanitaires bien précis on peut voir un intérêt général de la communauté internationale, ce n'est pas le cas dans certains domaines spécifiques de la santé comme l'obstétrique. Une faible importance est accordée aux violences obstétricales. Jusqu' à ce jour, l'Organisation Mondiale de la Santé s'est juste limitée à produire des rapports en 2014 et en 2018 qui rendent compte des diverses violences subies par les femmes lors de l'accouchement. Outre cela, des mesures concrètes ne sont pas réellement prises afin de contrer de façon plus efficace ces violences.

Il est difficile de constater l'appropriation par les organisations de la société civile de la lutte contre la « déshumanisation » des soins en obstétrique. Cette thématique est considérée comme l'enfant non aimé ou mal aimé des différentes revendications pour le bien-être et l'épanouissement des femmes lors de l'accouchement. Étant indépendantes de l'État, ces organisations attirent l'attention du gouvernement sur les intérêts communs des individus. Nina Cvetek<sup>163</sup> met en avant la fonction de protection que détient ces organisations. En ce sens, elles sont chargées de procurer la liberté aux citoyens et de les protéger de l'arbitraire étatique. Elles

---

<sup>162</sup> Daniel Gousin et Jacques Poisat, « *l'hôpital comme espace public* » in Hermès, La Revue, (n°36), 2003.

<sup>163</sup> Nina Cvetek, « *Qu'est-ce que la société civile ?* », Bachelor of art, sciences sociales, Université Heinrich Heine, Antananarivo, 2009.

participent donc de la sécurisation des droits des citoyens. Outre ce droit de protection, les organisations de la société civile jouent aussi un rôle de contrôle ; elles contrôlent de ce fait l'agir de l'État sur ses citoyens et développent de ce fait une approche critique. Ces organisations ont ainsi la faculté de faire pression sur l'État. Or, cette absence de pression sociale sur le gouvernement et sur les structures de soins n'aide pas pour qu'il y'ait une certaine réforme qui donne lieu à une prise en charge plus efficace des femmes enceintes. Ce silence contribue très fortement à l'accentuation de la violence obstétricale car aucune pression n'est mise que ce soit au niveau des centres de santé même, au niveau des structures en charge du système de santé ou encore au niveau institutionnel. Toutefois, le fait que ces organisations soient souvent victimes des grands lobbies peuvent en outre expliquer leur silence.

La seule association professionnelle dans le domaine de l'obstétrique représentée au Cameroun et ayant une légitimité nationale et internationale est l'Association des Sages-femmes et Assimilés du Cameroun (ASFAC). Elle a en effet obtenu son certificat d'adhésion à la Confédération Internationale des sages-femmes (ICM) en 2018 et a été reconnue le 04 mai 2022 par le Ministère de la Santé Publique comme l'unique association des sages-femmes au Cameroun. Ainsi, cette association a plusieurs objectifs tels que présentés par sa présidente nationale. Parmi eux :

*Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et familiale et aussi d'harmoniser et de renforcer la qualité de la formation continue en obstétrique. Donc, c'est particulièrement réduire la mortalité, c'est-à-dire renforcer les capacités des personnels sur le plan obstétrical dans le cadre de la santé de la mère et de l'enfant pour qu'ils soient aptes à une prise en charge dans les hôpitaux sur tous les aspects qui concernent la santé de la reproduction<sup>164</sup>*

Autrement dit, cette association a pour buts de réguler et d'actualiser les compétences du personnel en obstétrique afin de garantir une prise en charge efficace des parturientes et réduire par-là la mortalité maternelle. Connaissant justement que la mortalité maternelle est aussi due à une prise en charge défaillante s'exprimant au travers des violences obstétricales, une autre interrogation fut posée. À la question de savoir comment la thématique des violences obstétricales est abordée dans leur association, cette réponse fut obtenue :

*C'est vrai que c'est des cas qui viennent rarement, des cas qui viennent rarement, on peut durer avant d'apprendre ce genre de choses. C'est vrai, j'ai déjà entendu ça quelques fois les gens à qui on porte plainte parce qu'ils ont fait ci, ils ont laissé l'enfant tomber, mais si on parle en termes de pourcentage c'est un peu très peu.<sup>165</sup>*

<sup>164</sup> Propos de madame Atchoumi, présidente de l'ASFAC, recueillis le 11/08/2022.

<sup>165</sup> Propos de madame Atchoumi, présidente de l'ASFAC, recueillis le 11/08/2022.

À travers ce discours, on constate que malgré l'existence de cette association, la thématique des violences obstétricales tarde encore à y être traitée. Une place de choix n'est pas accordée à cette réalité. Les violences obstétricales ne sont pas suffisamment prises en compte lors des différentes réunions et forums organisés par l'association. Elles restent encore dans l'intimité des salles d'accouchement. Or, faire sortir ces pratiques de leur milieu de confort et les mettre dans un espace discursif a pour avantage de prévenir divers actes allant dans ce sens. Ce laxisme dans la communication qui se donne à voir dans cette association contribue de fait à la récurrence des violences obstétricales. Le personnel n'étant pas suffisamment averti n'accordera pas une certaine légitimité à la lutte contre ces violences.

La lutte contre ces divers abus dans les maternités n'est pas encore réellement portée par les associations ayant pour but de garantir le respect et de faire asseoir la valeur féminine dans la société. L'accouchement étant un moment privilégié de la vie des femmes, étant une preuve de la féminité de la femme dans nombre de cultures, cet instant mal vécu tarde encore à être récupéré par celles qui disent défendre les droits et les libertés des femmes. Si en France des féministes telles que Marie Hélène Lahaye<sup>166</sup> ou encore Hélène Vadeboncoeur<sup>167</sup> s'engagent individuellement dans la lutte contre les violences obstétricales, ce n'est pas le cas pour des défenseuses des droits des femmes au Cameroun. Au-delà de l'individuel, des groupes de protestations agissent pour la promotion des accouchements respectueux. Parmi eux, nous avons l'association STOPVOG<sup>168</sup>, le CIANE<sup>169</sup> et bien d'autres. En remontant d'ailleurs à l'origine du concept de violence obstétricale, Mathieu Azcué et Laurence Tain<sup>170</sup> font comprendre que ce concept et toute la réalité qui le constitue doit bien son émergence aux dynamiques militantes entretenues par les mouvements féministes.

De même, les groupes religieux ont la faculté d'influer sur l'État et ses structures dont l'hôpital. La religion considérée comme « l'expression de la conscience collective » c'est à dire cette institution sociale qui constitue la « communauté morale » tarde encore à se saisir de la

---

<sup>166</sup> Marie Hélène Lahaye, féministe, juriste et pionnière dans le domaine des violences obstétricales. Auteure de plusieurs articles sur les violences obstétricales et du blog « Marie accouche là ».

<sup>167</sup> Hélène Vadeboncoeur, féministe, Titulaire d'un doctorat sur l'humanisation de l'accouchement. Depuis 25 ans, elle contribue à l'amélioration des pratiques en périnatalité, en particulier ce qui a trait au bien être des femmes et de leur bébé. Elle travaille à l'élaboration et à la diffusion de standards internationaux relatifs aux meilleures pratiques d'accouchement.

<sup>168</sup> STOPVOG, STOP aux Violences Obstétricales et Gynécologiques, association qui recueille des témoignages de violences et mène des protestations publiques contre toutes les formes de violences dans ce domaine, elle est principalement basée en France.

<sup>169</sup> CIANE, Collectif Interassociatif Autour de la Naissance. C'est un collectif constitué d'associations françaises concernées par les questions relatives à la grossesse, à la naissance et aux premiers jours de la vie.

<sup>170</sup> Mathieu Azcué et Laurence Tain, « L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe » in Santé Publique, 2021/5 (Vol.33).

thématique des violences obstétricales au Cameroun. Dans le cas de la religion chrétienne, l'église demeure une instance de socialisation indéniable. Elle a de ce fait le pouvoir d'agir sur ses membres. Mettre le religieux en relation avec les violences obstétricales revient donc à montrer que celui-ci de par son silence vis-à-vis des différents abus contribue à la récurrence de ce phénomène.

Jean Louis Schlegel<sup>171</sup> explique que, « *la faiblesse* » du religieux serait due avant tout à son éclatement et à sa dissémination sous l'effet de l'individualisme. C'est cet affaiblissement qui diminue le poids que la religion pourrait avoir sur l'État. Toutefois, les groupes religieux bien que séparés ont encore cette capacité d'agir sur l'État. On l'a vu avec la sortie de la Conférence Episcopale Nationale du Cameroun (CENC). En effet, le gouvernement camerounais a mis en place une loi (2022/014 du 14 juillet 2022) sur la Procréation Assistée Médicalement destinée aux couples qui ont des difficultés à concevoir un enfant. Suite à cela et inquiets pour les populations, les évêques du Cameroun dénoncent la PMA et critiquent la « *légalisation, l'artificialisation et les manipulations non acceptables dans le domaine de la Procréation Médicalement Assistée* », <sup>172</sup> car la famille et la vie sont marquées par le « *sceau de la sacralité* ». Cette sacralité de la vie et de la famille menacée lors de l'accouchement semble ne pas pour autant émouvoir cette même institution chrétienne.

Il faut retenir de cette sous-section que le militantisme socio-sanitaire est l'aboutissement d'un engagement pour la promotion la santé tant à l'échelle individuelle que collective. Il résulte de ce fait de la combinaison d'un ensemble de moyens à même de faciliter l'accès ou encore une bonne prise en charge sanitaire. La faible présence de ce mouvement participe à la récurrence des violences obstétricales dans les structures sanitaires tel que nous l'avons montré plus haut en nous appuyant sur la variable individuelle et collective qui constituent ce mouvement.

## II. L'ABSENCE DE LOI EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION AU CAMEROUN

Le cadre juridique est l'ensemble des règles légales qui délimitent les activités et les comportements des individus. Il est constitué d'un ensemble de lois et décrets et est assorti de sanctions juridiques qui permettent de réguler les actions des individus dans un secteur quelconque. Ainsi, cet ensemble de règlements est propre à chaque pays et s'applique aussi bien aux structures privées que celles publiques. À la différence de la loi morale, voire de

<sup>171</sup> Jean Louis Schlegel, « Le religieux face au politique », in Revue Projet (n°267)/3, 2001.

<sup>172</sup> Confer la déclaration des Evêques du Cameroun sur la Procréation Médicalement Assistée, 2022.

l'engagement sur l'honneur, le droit est assorti de sanctions juridiques. Ainsi, leur respect et leur application donnent la mesure de l'efficacité des dispositions prises par le législateur ou le gouvernement.<sup>173</sup> La lecture du code pénal camerounais permet de se rendre compte de ce qu'il existe bien des articles traitant des violences faites aux femmes enceintes avec des sanctions y afférentes, mais la thématique des violences obstétricales n'y est pas abordée. Après cela, il sera présenté en deuxième moment la réglementation en vigueur à l'HDE concernant les violences obstétricales.

## **II.1- Les vides juridiques en matière de violences obstétricales dans la loi camerounaise**

La loi camerounaise dans son chapitre V intitulé « *Des atteintes contre l'enfant et la famille* » et plus précisément de son article 338 intitulé « *Violences sur une femme enceinte* » stipule que :

*Est puni d'un emprisonnement de cinq (05) à dix (10) ans et d'une amende de cent mille (100 000) à deux millions (2 000 000) de francs, celui qui, par des violences sur une femme enceinte ou sur l'enfant en train de naître provoque même non intentionnellement, la mort ou l'incapacité permanente de l'enfant.*

Cet article, bien que traitant des violences exercées sur les femmes enceintes ne rend pas véritablement compte des violences obstétricales. La dimension obstétricale de ces violences n'y est pas définie. L'absence de la définition spatiale où s'exercent ces violences annule son transfert dans la sphère hospitalière. Les acteurs en présence n'étant pas spécifiés l'on ne saurait considérer cet article comme une répréhension contre les violences obstétricales. Un grand fossé existe entre cet article de la loi camerounaise et d'autres articles traitant explicitement des violences obstétricales dans d'autres pays. Au Venezuela par exemple, en 2007, la « loi sur le droit des femmes à une vie sans violence » déclare que :

*L'appropriation du corps et des processus reproductifs des femmes par le personnel de santé, qui se manifeste par : un traitement deshumanisant un abus de médicalisation et une pathologisation de processus naturels entraînant une perte d'autonomie et de capacité de décision libre sur son corps et sa sexualité affectent négativement la qualité de vie des femmes.*<sup>174</sup>

La même idée se retrouve dans la loi argentine de 2009 :

<sup>173</sup> Isabelle Cadet, « L'importance du cadre juridique », *Economie & Humanisme*, numéro 370, octobre 2004.

<sup>174</sup> Lola Favre, « Les législations sud-américaines contre les violences obstétricales : résultat d'une mobilisation précoce », Institut du genre en géopolitique, 2020.

*La violence obstétricale est celle exercée par le personnel de santé sur le corps et les processus reproductifs des femmes, exprimée par un traitement deshumanisant, un abus de médicalisation et une pathologisation des processus naturels.*<sup>175</sup>

Dans ces deux articles suscités, on lit clairement ce qu'on entend par violences obstétricales ; le cadre spatial est que l'hôpital est bien délimité ainsi que les acteurs qui entrent en jeu notamment les professionnels de santé et les parturientes. Aussi, un contenu est attribué aux violences obstétricales. Elles se manifestent au travers de la perte d'autonomie des parturientes, d'un traitement deshumanisant etc. On note tout de même des spécificités dans l'élaboration de ces lois par chaque État.

La loi de l'État du Chiapas notamment celle relative à « l'accès à une vie libre de violence pour les femmes » sanctionne pénalement les violences obstétricales et prévoit deux à trois années de prison ainsi qu'une amende pour toute personne qui altère le processus naturel de l'accouchement sans obtention du consentement de la parturiente tel que l'explique Mounia El Kotni<sup>176</sup>. On voit donc dans le cas spécifique de cette loi, c'est la question du consentement qui est centrale.

Il faut dire que ces législations gardent les pays concernés novateurs et avant-gardistes par rapport à d'autres. L'on se rend bien compte que ce sont les législations sud-américaines qui se sont saisies des luttes contre les violences obstétricales. Ceci ne résulte pas du hasard ; une approche historique permet de rendre compte de ce que c'est grâce aux mouvements de revendications internes que résulte la formulation de ces lois. Ces mouvements furent développés avant les années 1970 et portés par plusieurs organisations telles Coalition for Improving Maternity Services comme le montre bien Andrée Rivard<sup>177</sup>.

En France par exemple, ne disposant pas de texte précis relatif aux violences obstétricales, la « loi de Kouchner » adoptée le 04 mars 2002 et stipulant que « *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment* » est une référence. Mettant en exergue l'idée du « consentement éclairé », cette loi constitue déjà un substrat juridique sur lequel s'adosent les parturientes afin de dénoncer et de faire recours à la loi en cas d'abus.

Parmi les facteurs institutionnels qui rendent compte des violences obstétricales, figure l'absence dans le code pénal camerounais des textes qui régissent et sanctionnent les violences

---

<sup>175</sup> Lola Favre, idem.

<sup>176</sup> Mounia El Kotni, « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique » in *Autrepart*, N°85/1, 2018.

<sup>177</sup> Andrée Rivard, idem.

obstétricales. Si certains pays de l'Amérique latine tels le Venezuela, le Brésil, et l'Argentine l'ont fait depuis plusieurs années déjà, le Cameroun tarde encore à sanctionner les violences obstétricales dans ses textes de loi. C'est en partie cette absence de militantisme socio-sanitaire efficace qui contribue au silence de la loi sur ces violences. Dans les pays où les lois ont été adoptées, c'est à la suite de luttes militantes et associatives que cela s'est produit.

On se rend bien compte que, l'engagement sur l'honneur ou la morale, la prestation du serment d'Hippocrate, les sensibilisations menées par l'ASFAC<sup>178</sup>, le code d'éthique et de déontologie ne suffisent pas pour instaurer une démarche humanisante dans la prise en charge des femmes enceintes. L'absence d'un cadre légal et répressif en la matière contribue bien que ce soit de façon indirecte à l'accentuation des violences obstétricales. Le Cameroun étant un État de droit, l'impunité des violences obstétricales contribue davantage à la marginalisation des parturientes dans les services périnataux. L'absence de dispositions législatives qui encadrent les rapports entre les prestataires de soins et les parturientes ne promeut pas une prise en charge humanisante dans le service de maternité. L'importance de la reconnaissance juridique des actes de maltraitance obstétricales permet de garantir un système de pénalisation des mauvaises pratiques. Il peut servir de levier et de plaidoyer auprès des gouvernements, il permet aux femmes/filles d'avoir un outil juridique sur lequel se baser afin d'exiger la reconnaissance de leurs droits.

Bien qu'on note ce mutisme de la loi par rapport aux pratiques violentes dans les maternités, un entretien réalisé avec un responsable travaillant dans une division du MINSANTE notamment au PLMI fait comprendre que le gouvernement prend tout de même des mesures qui sont consignées soit dans les normes et standards soit dans des règlements :

*On ne saurait parler d'une loi. On ne peut pas voter une loi à ce niveau-là, c'est pas possible chez nous au Cameroun dans l'état actuel des choses. Il y'a des règlements ou alors des textes qui normalisent la pratique c'est à la suite de ça que si les violences perdurent qu'il faut penser à une loi mais pour l'instant dans des règlements et les ensembles d'actions mises en œuvre pour faciliter la prise en charge. Une loi est très forte.»<sup>179</sup>*

Ce récit permet de comprendre que le gouvernement se limite encore à la production des normes et standards comme celles de 2008 par exemple et ne pense pas encore un projet de loi en matière de violence obstétricale. Cela permet de voir qu'il y a encore une négligence

---

<sup>178</sup> Sensibilisations menées chaque mois dans un centre hospitalier par ladite association afin de faire régresser la mortalité maternelle et infantile et de réaliser un bon accouchement. Cette information relève de l'entretien réalisé avec la présidente de l'ASFAC le 11/08/2022.

<sup>179</sup> Entretien réalisé le 10/04/2023.

gouvernementale à ce niveau. Ces déviations ne semblent pas être d'une gravité de telle sorte qu'elles méritent une sanction pénale.

## **II.2- La réglementation en vigueur concernant les violences obstétricales à l'HDE**

Chaque hôpital, en fonction de ses normes et de son fonctionnement a une façon de sanctionner les actes déviants posés par le personnel de soin. Cette partie s'attèle donc à présenter comment est-ce-que l'HDE s'approprie la lutte contre les violences obstétricales. Il est donc question de présenter les sanctions auxquelles s'exposent le personnel de soin qui faillit à ses devoirs en maternité. Il faut préciser que ces sanctions adviennent lorsque des enquêtes sont ouvertes et que les cas de violence sont avérés. A la question de savoir quelles sont les sanctions auxquelles s'exposent les prestataires de soin en maternité, la majeure répond en disant :

*Quand on se rend effectivement compte qu'un personnel a failli à son devoir, on a plusieurs sanctions comme les demandes d'explications, la traduction au conseil de discipline de l'hôpital. Après une demande d'explication si ça ne donne pas on te traduit au conseil de discipline. Si on siège et on voit que le personnel a failli à son devoir on te sanctionne, si ça ne va pas on t'envoie à l'ordre<sup>180</sup>*

De ces propos, il se distingue en fonction de la gravité des situations trois sanctions. Tout d'abord, il y a les demandes d'explications. En effet, la hiérarchie qui constate ou qui est informée d'un manquement de l'un des personnels à ses obligations professionnelles mobilise des demandes d'explications afin d'avoir un compte rendu sur les faits tels qu'ils se sont déroulés. C'est en effet la première phase. Si après cette demande d'explication la satisfaction n'a pas été trouvée, ce personnel est traduit au conseil de discipline qui siège à l'hôpital même. Si jusqu'ici un consensus n'est pas fait le personnel ayant failli est traduit au conseil de l'Ordre National des Médecins où celui-ci peut écoper des sanctions lourdes comme l'interdiction d'exercice de ses fonctions et l'exclusion de cet Ordre.

A travers ces sanctions, il se dégage que bien que la loi camerounaise n'ait pas prévu dans ses textes des sanctions en matière de violence obstétricale, l'hôpital en fonction de ses marges de manœuvre réserve des sanctions spécifiques aux personnels de soin qui auront failli aux normes et prescriptions qui régissent la relation de soin en obstétrique.

## **III. L'ABSENCE D'INFRASTRUCTURES ADEQUATES**

L'insuffisance infrastructurelle tant sur le plan qualitatif que quantitatif participe à l'effectivité des violences obstétricales à la maternité de l'hôpital de district d'Efoulan. Cette

---

<sup>180</sup> Entretien réalisé le 28/05/2023.



défaillance infrastructurelle se lit sur trois principales infrastructures à savoir celle liée aux infrastructures hospitalières en général, celle relative aux infrastructures obstétricales et enfin celle liée au plateau technique de la salle d'accouchement.

### **III.1- Les insuffisances infrastructurelles de la structure hospitalière**

Elles comprennent entre autres l'absence d'un groupe électrogène et des toilettes dégradées et lieux de lessive insalubres.

#### **III.1.1- L'Absence d'un groupe électrogène**

Il s'observe en effet des coupures régulières et intempestives d'énergie électriques dans la ville et même les structures de soins publiques n'en sont pas épargnées. En dépit de cette situation, cet hôpital n'a pas prévu un groupe électrogène pour assurer l'alimentation électrique en cas de coupure. Cette situation est particulièrement préoccupante pour les parturientes. Leur indignation se lit clairement dans les mots de cette parturiente :

*Il n'y a pas de groupe à l'hôpital d'Efoulan et un grand hôpital comme ça qui n'a pas de groupe maman, c'est la sorcellerie ? On coupe la lumière et chacun se débrouille avec son téléphone. C'est la magie ? l'hôpital d'État, et si on est en train de faire la césarienne ça se passe comment ? Il y'a pas la lumière, quand on coupe l'hôpital est noir hein, Mama avec les malades, c'est la sorcellerie eh, le seul hôpital ou j'ai vu il y'a pas la lumière là<sup>181</sup>.*

Ces propos permettent de rendre compte de la précarité qui règne dans cette structure hospitalière. Pour un hôpital de deuxième catégorie qu'est l'hôpital de district d'Efoulan, c'est une grande humiliation. Utiliser les torches afin d'effectuer des soins témoigne du niveau de précarité de cette structure. Une insuffisance d'éclairage peut favoriser une mauvaise prise en charge et conduire à des dommages plus graves comme les erreurs médicales. Allant dans le même sens, une stagiaire interrogée exprime son choc face à cette situation :

*Il y a toujours les coupures fréquentes là-bas. J'étais choquée quand j'ai appris qu'il y'avait pas de groupe électrogène, ça n'existait pas. Et, bizarrement il y'avait le bruit du groupe et je me demandais toujours comment est-ce qu'on entend le bruit du groupe électrogène et il y'a pas la lumière ? C'est là où une collègue me dit que c'est pour le voisin. Je dis que mais attend, le voisin, une personne privée, un personnel comme ça, il a la capacité d'acheter ça et d'installer chez lui mais un hôpital public de renom n'a pas ça ?<sup>182</sup>*

---

<sup>181</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

<sup>182</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

L'analyse de ce récit permet de situer le niveau de précarité de cette institution publique. Un individu quelconque est à même de s'offrir un groupe électrogène or, un hôpital d'État reste dans le noir en cas de coupure. Cela est une preuve de la précarité dans laquelle est investie cet hôpital. Laisser des parturientes utiliser des téléphones ou des bougies rend compte du niveau de vulnérabilité de cet hôpital. Cette situation transcende ainsi le niveau des parturientes et même des soignants pour interroger l'administration de cet hôpital car celle-ci est l'organe indiqué pour ce genre de situations.

### III.1.2- Les sanitaires dégradées et les lieux de lessive insalubres

Un autre point concernant l'infrastructure est celui des toilettes dégradées et insalubres. Nombreux sont les témoignages qui rendent compte de l'état insalubre des toilettes :

*Les toilettes, vraiment c'est dégoûtant pour les jeunes femmes qui viennent d'accoucher. Vraiment, tu peux même aller porter une autre maladie dans les toilettes là. L'eau ne coule pas de la colonne donc tu puises ton eau toi-même, tu pars aux toilettes avec ton seau, même l'eau qui est dans les récipients là-bas sent, vraiment !!! On chauffe l'eau là-bas pour laver l'enfant avec le chauffe-eau mais avec les coupures, quand on coupe le courant tu vas laver l'enfant comment ? Tu ne vas pas le laver finalement*

Ces propos témoignent de l'insécurité hygiénique dans laquelle plonge les parturientes dans cette structure. À travers l'état des toilettes, ces dernières sont exposées aux maladies nosocomiales. Les toilettes qui servent de lieu d'hygiène pour la mère est inaccessible du fait de leur défaillance et de leur insalubrité. Le caractère défectueux de ces latrines a pour conséquence la non pratique du bain de l'enfant dans certains cas. Si cette parturiente décrit juste l'état des toilettes, cette autre va plus loin et pointe un doigt accusateur sur les parturientes et gardes malades comme étant les responsables de cette insalubrité. Olivia, lors de son deuxième accouchement à l'hôpital s'exprime :

*Moi ça m'avait dégoûté, les toilettes, c'était sale, surtout quand tu partais là-bas au milieu de la nuit-là, le sang, les faytex, c'est vrai que se sont même les femmes aussi qui étaient sales parce qu'il y'avait aussi on peut dire quoi, le bac qu'il fallait jeter mais les femmes se permettaient quand même de jeter les faytex au sol. Et, parfois l'eau manquait aussi, du genre on coupe l'eau à l'hôpital ou ce qui est dans le fut est fini. Quand c'est comme ça toi-même tu pars avec ton eau, donc on quittait ici on m'amenait l'eau là-bas<sup>183</sup>*

Ce récit révèle l'état déficient et défectueux des toilettes de cet hôpital. Plus encore, il montre que ce sont les femmes elles même qui sont responsables de cette situation insalubre.

---

<sup>183</sup> Entretien réalisé le 15/07/2022.

Du fait du non-respect des règles indiquées, ces dernières sont des actrices qui impulsent cette violence à caractère hygiénique. Au-delà de cela, ce récit décrit également combien les parturientes vivent leur maternité dans un état de carence hydrique de telle enseigne qu'elles sont contraintes de quitter de leurs propres habitations avec de l'eau pour bénéficier des soins. Une analyse plus profonde permet de comprendre que cette persistance d'attitudes insalubres est due à l'insuffisance de la communication pour le changement de comportement. Pour d'autres parturientes encore, l'insalubrité des toilettes est due à l'absence d'un personnel de nettoyage. Ce récit en est légion : « *Il y'a aussi les toilettes. Par grâce et par chance, quand j'arrive toujours à l'hôpital je trouve que les toilettes sont propres. C'est vraiment la grâce de Dieu parce à entendre ce qui se dit des toilettes là-bas...c'est seulement Dieu qui me protège.* »<sup>184</sup>

Ces propos révèlent le fait que c'est déjà une « norme » que les toilettes soient sales. Les trouver propres relève de ce fait de la « chance » et de la « grâce ». C'est surprenant de trouver les toilettes propres de telle enseigne qu'il faut être particulièrement chanceux et bénéficier de la grâce divine pour que les toilettes soient propres. Une acceptation symbolique de cette situation est déjà faite chez les parturientes.

Toutefois, il faut préciser qu'en dépit des récits ci-hauts, l'hôpital dispose d'un personnel agréé pour l'entretien des toilettes. Le nettoyage se fait donc tôt chaque matin. Ainsi, les premières utilisatrices de ces toilettes les trouveront propres malgré le fait que toutes les propriétés des toilettes ne sont pas fonctionnelles. Un peu plus tard dans la journée et pire encore la nuit, les toilettes sont déjà sales et exposent de ce fait les parturientes et leurs accompagnants à plusieurs risques sanitaires.

Concernant les lieux où se fait la lessive sont très insalubres lorsque les poubelles n'ont pas été vidées comme le présente l'image ci-dessous. Cet endroit est moins salubre lorsque les poubelles ont été toutes vidangées. L'image ci-dessous illustre une parturiente en train de faire la lessive car étant à l'hôpital depuis six jours puisqu'elle a subi une césarienne :

---

<sup>184</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

### Illustration n°3 : Lieu de lessive



Source : enquête de terrain, décembre 2022.

### III.2- Les infrastructures obstétricales

Elles concernent particulièrement la salle d'accouchement où l'intimité des parturientes est exposée, une salle d'accouchement qui ne respecte pas le droit à la confidentialité des parturientes, la défaillance des tables d'accouchement, l'insuffisance des lits dans les salles de post-partum et l'absence de berceaux en suite de couches.

#### III-2.1- Une salle d'accouchement dépourvue de toute intimité

#### Illustration n° 4 : Disposition de la salle d'accouchement



Source : Enquête de terrain, décembre 2022.

Telle que présentée sur l'image ci-haut, la salle d'accouchement est constituée de trois lits où se font les accouchements. Dès qu'une parturiente est en travail, elle utilise ce lit. Aucun dispositif (rideaux de séparations) n'a été prévu pour préserver l'intimité des parturientes. D'autres parturientes absorbées par le travail se déshabillent complètement. À cette observation, s'ajoutent des récits tirés des entretiens avec différentes parturientes qui décrivent leur malaise :

*Quand je suis arrivée, il y'avait une femme qui a fait une fausse couche. Vraiment c'est la première chose qui m'a traumatisé. Elle criait que mon mari m'attend avec l'enfant moi je vais rentrer sans enfant comment ? elle criait elle refusait même qu'on la touche elle disait que ça sert encore à quoi de me nettoyer, l'enfant est déjà mort, laissez-moi rentrer comme ça. J'aurai aimé que chacune ait sa salle d'accouchement ou soit même un rideau quand même pour que tu ne vois pas. Tu peux même entendre mais sans voir tout ce qui se passe. Quand toi tu n'as pas encore accouché et que tu vois une autre crier à côté de toi ça te traumatise, tu as peur, tu te dis que c'est comme ça, autant de choses.<sup>185</sup>*

L'analyse de ces propos permet de comprendre dans quelle mesure la salle d'accouchement contribue davantage à créer des troubles psychologiques chez les parturientes. La disposition de cette salle augmente le stress des parturientes. Une femme en travail qui se retrouve en contact direct avec une autre qui vient juste de perdre son bébé entraîne un choc, un traumatisme. Ces troubles sont à même de provoquer une augmentation de la tension de la parturiente et conduire plus tard à réaliser des fausses couches ou encore à la mort du fait de l'insécurité psychologique régnante. Le discours suivant se situe dans la même logique :

*Le fait que la salle ne soit pas divisée m'a tellement dérangé. Parce que nous les nouvelles comme ça, on a peur de tout, dès que j'ai seulement vu le sang à l'entrée comme ça j'ai seulement dit que ooh, mon cerveau a seulement fait syntaxe error, je voyais seulement le sang, tu vois le placenta, tout est dehors, tu t'imagines que c'est quoi qu'on fait à quelqu'un comme ça, donc c'est ça, je pense que c'est ça en gros. Il faut diviser les salles pour éviter le traumatisme de certaines<sup>186</sup>*

De façon spécifique chez les primipares, cette expérience s'avère particulièrement traumatisante. Voir le placenta et le sang de partout est assez difficile pour ces dernières. En effet, n'ayant pas encore digéré la douleur physique de l'accouchement, s'ajoute encore un traumatisme psychologique dû à la disposition de la salle d'accouchement. Cette absence de confort émotionnel est à même de créer des situations plus graves chez les parturientes. Achille

---

<sup>185</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>186</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

Awadé Ofoulou et al<sup>187</sup> précisent à cet effet que la salle d'accouchement est un milieu aliénant pour de nombreuses femmes où les routines telles que le « *déshabillage systématique dès l'arrivée, le manque d'intimité vont déposséder les parturientes de leur intimité* ». Une intimité qui est difficilement supportable devant le groupe de stagiaires et les différentes sages-femmes mais encore plus devant les autres parturientes. Allant toujours dans ce sens, des récits se multiplient :

*J'ai parlé d'entrée de jeu de la salle d'accouchement qui est commune là. Plusieurs lits dans la salle d'accouchement. Voici un lit, voilà un autre et voici un troisième donc je pouvais même poser mon pied sur le lit de l'autre. Quand la dame que je suis allée trouver là-bas, quand elle a accouché, l'enfant l'a déchiré jusqu'à l'anus. On a fait, on a suturé aller-retour donc je tremblais même déjà, j'avais peur que merde, si c'est mon tour comme ça je vais faire comment ? donc psychologiquement ça m'a traumatisé vraiment.*<sup>188</sup>

Ce récit permet de comprendre combien l'aménagement de la salle d'accouchement met les parturientes dans un état de stress prolongé. Elles sont affectées par l'expérience négative des autres et sont davantage inquiétées de leur sort. Elles subissent de ce fait un traumatisme psychologique car sont dominées par la peur de vivre les mêmes expériences aussi négatives qu'ont vécu les parturientes avec qui elles partagent la salle d'accouchement. Cette situation est à même d'affecter la suite des soins avec le personnel car les parturientes se sentent déjà plus vulnérables puisque le psychologique est atteint. Si pour toutes les parturientes sus-citées, le caractère commun de la salle d'accouchement est un problème, ce n'est pas le cas pour cette dernière. Hermane, primipare s'exprime :

*La salle d'accouchement était bien, j'étais à l'aise. C'est vrai qu'il y'a pas de rideaux oui ce n'est pas scindée. En plus ce sera scindée que nous sommes chez les blancs ? que celui qui veut ça va au Jourdain, à Nlongkak ou alors dans les cliniques privées parce qu'il y'a ça là-bas.*<sup>189</sup>

Ce récit révèle combien l'hôpital public apparaît dans les représentations des parturientes comme un lieu inconfortable de telle enseigne qu'elles se plaisent dans ce manque de commodités. Ainsi, décider d'accoucher dans les établissements de soins publics est un choix qui expose inéluctablement celles-ci à des situations moins agréables et donc elles sont tenues

---

<sup>187</sup> Achille Awadé Afoulou et al, « Vécu psychologique de la parturiente en salle d'accouchement à la maternité du Centre Hospitalier départemental et Universitaire du Borgou à Parakou (BENIN), disponible sur URL : <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n21p407>

<sup>188</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

<sup>189</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.

de faire avec. Pour elle, c'est juste en Occident ou encore dans les cliniques privées qu'on peut se permettre d'accoucher dans un certain « luxe ».

Toutes les questions, observations et informations et risques auxquels sont exposés les parturientes sont faits par le personnel dans la salle d'accouchement au vu et au su de toutes les autres parturientes. Aucune disposition n'est prise pour assurer un minimum de confidentialité. Cela occasionne des gênes chez certaines et diminuent l'estime de soi des autres. Dans d'autres cas, ce manque de confidentialité est source d'étiquetage chez certaines parturientes :

#### **Encadré n°7 : Description du manque de confidentialité dans la salle d'accouchement**

Il s'agit d'une parturiente âgée de la trentaine, qui s'est rendue à l'hôpital pour son deuxième accouchement. La sage-femme prit son carnet et commença à le lire tandis que les stagiaires conduisent la parturiente sur la table d'accouchement qui était libre. Les stagiaires demandèrent à la sage-femme d'enlever son sous-vêtement et de se coucher en attendant que la sage-femme arrive. Ce qui a été fait. Après avoir lu le carnet, la sage-femme entra dans la salle d'accouchement en vitesse et étant furieuse. Elle demanda directement à cette parturiente « *je dis heinn, c'est comment avec vous ? tu as l'hépatite et tu ne signales pas comment ?* ». Cette phrase fit en sorte que même les stagiaires qui étaient à côté d'elle se reculèrent. La parturiente resta sans mots dire puis la sage-femme ajouta : « *je n'aime pas ce genre d'habitude, c'est quoi ça ?* » Directement, elle dit aux stagiaires que celui qui veut rester en salle d'accouchement doit enfiler les gangs. Parmi ces stagiaires, d'autres sortirent et certains enfilèrent les gangs et restèrent en salle. La sage-femme enfila des gangs stériles et réalisa le toucher. La parturiente était presque à terme. On pouvait voir les parturientes qui occupaient les tables d'accouchements à côté d'elle lancer des regards méfiants. Son accouchement s'est déroulé aussi rapidement sans difficultés. Juste après son accouchement, la sage-femme lui dit qu'il faut le vaccin et le sérum pour injecter à l'enfant afin qu'il ne contracte pas lui aussi l'hépatite. Donnant les différentes issues pour trouver le médicament, la sage-femme expliqua à la parturiente comment s'y prendre. Ceci non seulement devant les stagiaires mais aussi devant toutes les autres parturientes. Ce qui a fait en sorte que pour désigner cette parturiente, les stagiaires entre eux disaient « *celle qui a l'hépatite là.* »

Cette description rend effectivement compte du manque de confidentialité qui prévaut lors de la mise en soin des parturientes à l'HDE. Le fait que la salle d'accouchement ne soit pas divisée en blocs pour chaque parturiente fait en sorte qu'il est impossible de garantir la confidentialité des soins qui est pourtant un droit des parturientes. La vulnérabilité des parturientes étant ainsi exposée, il se produit des phénomènes d'étiquetage qui mettent mal à l'aise cette parturiente. Un nom lui a même déjà été attribué afin de marquer la différence entre les autres parturientes et elles pourtant les soins effectués doivent d'après les normes de cet hôpital être non discriminatoires et fondé sur le respect de la personne.

Allant dans le même sens, il y'a le récit de cette parturiente :

*Oui, il y'a pas de confidentialité. Même si tu as un problème lors de l'accouchement on vient te dire et l'autre suit aussi tes problèmes or, ça ne la concerne pas. Ça m'a fait un genre sincèrement. Tu vois celle qui est en train d'accoucher, elle est à dix doigts, l'autre qui est là depuis, elle est encore à deux doigts, elle est dans la même chambre et l'autre est en train d'accoucher. Moi je me dis que ça joue sur la psychologie de l'autre. Ça la dérange quand même que moi je suis là depuis hier, je n'accouche pas et celle-ci qui vient d'arriver, elle accouche déjà. Et on utilise même ça pour se moquer d'elle que toi tu es là depuis hier tu n'accouches pas, tu cries tu cries, voilà quelqu'un qui vient d'arriver, elle est déjà à sept doigts. Continue bien à crier. Donc, moi je me dis qu'il fallait séparer et quand tu es déjà sûre que tu veux déjà accoucher que oui c'est ça avant qu'on t'envoie là-bas.<sup>190</sup>*

Ce récit met en lumière le fait que la disposition de la salle d'accouchement porte une atteinte grave à l'intimité et aussi à la confidentialité de chaque parturiente. Puisqu'il y'a pas de rideaux pour séparer les femmes lors de leur accouchement. Si l'hôpital constitue déjà un « un espace d'intrusion de l'intimité »<sup>191</sup>, il devient moins acceptable pour ces femmes de devoir encore supporter le regard des autres parturientes qui n'ont rien à voir avec le corps médical. Chacune d'elles voit ainsi son corps mis à découvert, se sent observée et par conséquent plus vulnérable. Ce manque de confidentialité entraîne de fait le refus de se faire accompagner par un tiers lors de l'accouchement. Une parturiente s'exprime justement dans ce sens :

*Quand j'étais là-bas je voulais que mon mari entre pour qu'il m'assiste pour l'accouchement et puis comme il y'avait pas de rideaux ils ont refusé qu'il entre parce qu'il y'avait une autre dame là-bas qui voulait accoucher et toutes ses fesses étaient dehors. Donc, on a refusé qu'il entre, tout ça parce qu'il y'a rien pour séparer les femmes dans la salle d'accouchement. On doit laisser nos maris entrer dans la salle d'accouchement comme en Europe, ce n'est pas leurs maris. Elles me demandent qu'il entre faire quoi ? son problème est où ? En Europe les hommes entrent quand leurs femmes accouchent et c'est bien comme ça<sup>192</sup>.*

Ce récit révèle que le caractère commun de la salle d'accouchement porte atteinte à l'un des droits de la parturiente notamment celui d'être assisté par une personne de son choix. Vu que la salle d'accouchement n'est pas divisée de telle enseigne qu'elle soit spécifique à chaque parturiente, l'accompagnant ne peut assister la parturiente. Comme l'illustre la photo de la salle d'accouchement, il y'a pas de rideaux qui sépare les différentes femmes. La comparaison utilisée par cette parturiente permet de comprendre que c'est l'occident qui est la référence en matière de mise en soin comme le vante bien les médias internationaux même si cette assertion

<sup>190</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

<sup>191</sup> Yann Bubien, « l'intimité à l'hôpital : quels enjeux éthiques ? » in *L'intimité menacée ?* 2019.

<sup>192</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.



peut être relativisée avec des travaux comme ceux de Mélanie Dechalotte<sup>193</sup> ou encore des récits du CIANE. À ce récit, s'ajoute cette observation faite :

### **Encadré n°8 : Description de l'impossibilité d'admission du mari d'une parturiente dans la salle d'accouchement**

Cette situation présente une primipare qui est venue à l'hôpital accompagnée de son époux. Elle a directement été conduite dans la salle d'accouchement. La sage-femme fit une ordonnance qu'elle remit à son mari et il alla directement payer ce qui a été demandé et ramena à la sage-femme. Cette parturiente a eu une période de travail de pratiquement 4h de temps. Durant ce moment, elle criait, hurlait. Son mari, du hall pouvait entendre ses cris. Fatigué de faire les cent pas et de se renseigner chez les stagiaires et les soignants sur l'état de sa femme, il décida à un moment d'entrer lui-même pour reconforter son épouse. Juste à l'entrée de la salle d'accouchement, il fut stoppé par une des sage-femmes qui s'écria : « *c'est comment ? c'est comment ? vous voulez voir les fesses des femmes des gens ici ? vous ne savez pas qu'il y'a d'autres femmes des gens ? rentrez dans le hall attendre* ». Sans rien dire, il se retourna et rentra dans le hall d'attente. Les stagiaires présents se mirent à rire et l'une d'entre eux s'exclama : « *le type ci croit qu'il est à Mbeng (Occident) ici heinn, jusqu'à il vient lui rester à côté de sa femme, les choses de l'amour.* »

Cette situation permet de comprendre que la salle d'accouchement telle qu'elle est configurée ne permet pas aux parturientes d'effectuer leur accouchement en présence d'un des leurs. Ceci pourtant c'est l'un de leurs droits. En effet, être accompagnée à cette faculté psychologique de motiver davantage les parturientes. Aussi, le fait d'être accompagnée lors de l'accouchement par une tierce relève encore du rêve dans l'imaginaire collectif. C'est encore réservé aux sociétés qui sont plus avancées dans ce domaine. Il devient donc impensable et finalement pas faisable pour les parturientes de se faire accompagner.

### **III.2.2- Les tables d'accouchement défailtantes**

Les illustrations suivantes permettent de se rendre compte de l'inconfortabilité des lits. Etant déjà vieux et déchirés, la mousse est très faible. Le lit du fond quant à lui est cassé au milieu. Pour cela, il est utilisé lorsque les deux premiers lits sont occupés.

---

<sup>193</sup> Melanie Dechalotte, *Le livre noir de la gynécologie*, First Document, 2017.

### Illustration n°5 : Présentation du caractère vétuste des tables d'accouchement



**Source : Enquête de terrain, décembre 2022**

Nombreux sont les récits qui attestent du caractère limité et défectueux des tables d'accouchement :

*Le lit même, là où tu te couches, la tête est en haut, donc, tu as d'abord mal au dos. Quand tu es en travail, au lieu de te coucher là-bas hein, mieux tu marches. Leur lit est petit, la tête est en haut. Tu ne peux même pas te retourner donc, tu as d'abord mal au dos avant de commencer à pousser.*

Les propos ci-hauts rendent compte de l'inconfortabilité de la table d'accouchement. Les dimensions de ce lit contribuent à accentuer la douleur des parturientes. Ce manque de commodité réduit ainsi la capacité des parturientes à participer activement à leur accouchement surtout au moment de la poussée. Cette situation est encore plus embarrassante chez les parturientes qui sont assez corpulentes. Une stagiaire ayant assisté à un accouchement rapporte cela :

*Toujours la primipare là, elle était grande de taille, corpulente. La taille du lit est à peine un mètre, donc elle a commencé à se plaindre, puisqu'elle ne peut pas se retourner, elle a commencé à se plaindre que la table ci, c'est même d'abord comment comme ça là ? Que on ne peut même pas se tourner, je suis mal à l'aise, j'ai mal, et elle était encore primipare<sup>194</sup>*

Ces propos montrent que la table d'accouchement telle qu'elle est faite limite la mobilité des parturientes et les contraint à adopter une seule position lors de l'accouchement. Le matériel n'est pas en faveur d'un apaisement de la douleur mais contribue davantage à l'amplifier.

### III. 2.3. L'insuffisance des lits dans les suites de couche

Plusieurs récits attestent de l'insuffisance des lits dans les suites de couches. Certaines parturientes sont contraintes à dormir dans le hall lorsque les enfants sont en néonatalité,

<sup>194</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

d'autres doivent se rendre dans d'autres structures de soin quand tous les lits sont occupés et celles qui n'ont pas subi de césarienne doivent faire au plus un jour dans les salles de post-partum. Concernant les cas où les enfants sont admis en néonatalité, Nadège explique comment ça s'est passé après son deuxième accouchement :

*Je dormais sur les bancs au couloir eeh mama, si c'est pour l'autre là, j'ai dormi sur les bancs pendant trois semaines. Trois semaines, nous on passait la journée que sur le banc, la nuit que sur le banc. Le banc que tu dors sur ça, une femme qui vient d'accoucher, avec les reins qui ne fonctionnent même pas encore bien. Il y'a les jours que je lève le matin, je m'assois comme ça je pleure bien. Après je me calme encore seule<sup>195</sup>*

Ces propos expriment la souffrance dans laquelle plonge toutes les femmes dont les enfants ont été admis en néonatalité après accouchement. N'ayant pas encore reprises la forme après leur accouchement, ces dernières sont contraintes à passer des jours et des nuits sur des bancs dans le hall afin de pouvoir allaiter l'enfant quand elles seront appelées. Cette exposition des femmes ayant accouchées à de telles positions inconfortables constitue un risque sanitaire chez ces dernières. Ces expériences témoignent de la précarité existante dans cet hôpital. Ces cas peuvent être multipliés, Francine, une autre parturiente dont le bébé fut transféré en néonatalité explique à cet effet que :

*C'était très inconfortable après l'accouchement quand mon enfant est transféré en néonatalité. On te chasse de la maternité par manque de lits et de salle pour les femmes après accouchement. Il y'a pas de salles vides, tout est saturé. On était obligé de dormir sur les bancs car il fallait nourrir les bébés après chaque deux heures.<sup>196</sup>*

Il se dégage de ce discours que, lorsque les parturientes ont accompli leur « rôle » qui est de celui de mettre au monde des enfants, elles ne bénéficient plus de suivi et sont de ce fait obligées de dormir dans la salle d'accueil. Ici, la priorité est accordée aux soins néonataux. Ces situations font de cette maternité des sites de Soins Néonataux d'Urgence (SNU) que des Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (SONU) car la prise en charge des parturientes prend fin après l'accouchement et la mise en soin est orientée vers en néonatalité. De même, au vu de l'insuffisance des lits, certaines parturientes désirant accoucher sont renvoyées dans d'autres maternités comme ce fut le cas de cette parturiente pour son troisième accouchement : « *Pour mon troisième accouchement je suis partie à Efoulan. J'étais même encore dans la voiture mon*

---

<sup>195</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

<sup>196</sup> Entretien réalisé le 25/07/2022.

*mari est d'abord entré et on lui a dit qu'il y'a plus de place. On est directement parti à l'hôpital de Biyem-assi»<sup>197</sup>*

Au Cameroun, chaque hôpital de district compte entre 100 et 150 lits d'après l'organisation du système de santé au Cameroun<sup>198</sup> or, comparé au nombre d'habitants et au nombre de malades, ce chiffre est insuffisant. Allant dans un sens contraire, Jean François Médard<sup>199</sup> montre qu'il y a au Cameroun une « faible utilisation des services des hôpitaux publics » car, juste 30% de ces lits sont utilisés. La majeure partie des lits n'est pas fonctionnelle car est en mauvais état. Puisque le gouvernement ne met pas à la disposition des hôpitaux des frais d'entretien, ces équipements restent inutilisés. Toutefois, il convient de dire que l'insuffisance des lits constatée dans cette maternité constitue un risque sanitaire dans la mesure où elle entraîne la réduction du nombre de temps dans les suites de couche. Elisabeth, lors de son deuxième accouchement dénonce clairement cela : « *Quand tu pars accoucher le matin on te fait sortir le soir. L'heure que tu veux on te fait seulement sortir. Or, quand une femme accouche, elle doit faire au moins trois jours d'observation. Mais là-bas, il y'a pas moyen et ce n'est pas normal.* »<sup>200</sup>

D'après ce récit et suite aux observations faites, après accouchement par voie basse dans cet hôpital, les parturientes ont un maximum de 24h à faire dans cet hôpital. Or, cette « norme » va à l'encontre des recommandations en santé maternelle. En effet, d'après les Normes et Standards en Santé Maternelle et Infantile, après accouchement, les parturientes ont une période de 72h dont trois jours à passer à l'hôpital pour la période post-partum. Ce nombre de temps permet ainsi de contrôler la santé de la mère et de l'enfant et de minimiser par-là les risques de décès maternels et néonataux.

---

<sup>197</sup> Entretien réalisé le 24/07/2022.

<sup>198</sup> Jean Paul Beyeme Ondoua, « Le système de santé camerounais in rubriques » internationales, n°39, juin 2002, P.62.

<sup>199</sup> Jean Francois Medard, idem.

<sup>200</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

### III.2.4- L'absence de berceaux pour les bébés dans les salles de post-partum

#### Illustration N°6 : Salle de post-partum



Source : Enquête de terrain,

Les salles de suite de couche ne disposent pas de berceaux dans lesquels mettre les bébés. Cette situation devient embarrassante dans les cas où la parturiente a subi une césarienne. En effet, pour ce genre de cas, la mère peut facilement se coucher sur l'enfant ou alors le laisser tomber car à la sortie du bloc elle est toute fatiguée. En dépit de cela, elle doit tenir son bébé et restée couchée comme l'indique la prescription des soignants. Lorsque le garde malade n'est pas là car occupé à faire des courses demandées par les professionnels ou alors pour des raisons autres, la mère doit porter son bébé.

Pour d'autres étant particulièrement affaiblies, le risque que l'enfant tombe est très élevé. Un enfant a été récupéré de justesse par une stagiaire alors qu'il tombait déjà. La mère fatiguée s'était endormie et a complètement oublié le bébé qui devait se retrouver à terre. Les femmes corpulentes sont les plus exposées à ce genre de situations car le lit n'est pas grand et il devient difficile de faire de l'espace non seulement pour la mère mais aussi pour le bébé.

### III.3 - Le faible plateau technique pour l'accouchement

Cette faiblesse du plateau technique est perceptible à travers la table radiante qui est défectueuse, l'absence d'aspirateur, le faible éclairage de la salle d'accouchement ainsi que les autres équipements qui sont moins performants.

### III. 3.1- La table radiante défectueuse

**Illustration n°7 : Table radiante**



**Source : enquête de terrain, décembre 2022.**

La table radiante est une table posée dans la salle d'accouchement et qui a pour principale importance est de réchauffer l'enfant, de garder une bonne température à l'enfant quand il sort du ventre. En effet, c'est la route qui sépare le pavillon mère et enfant où se trouve la maternité et la chirurgie où s'effectue certaines césariennes. Ainsi après la césarienne, l'enfant couvert d'une serviette est transporté dans un plateau et la mère toute couverte sur un lit pour rejoindre les salles de suite de couche. Transporter le nouveau-né du bloc pour la maternité est un parcours périlleux car il faut se hâter de traverser la route pour que le nouveau-né ne prenne pas froid. Une fois avoir traversé, l'enfant ne peut bénéficier de la chaleur car la table radiante est défectueuse.

Ce déficit infrastructurel a donc pour conséquences le risque élevé d'hypothermie car l'enfant n'a pas une température normale. L'aménagement de ces espaces ne permet pas de fournir immédiatement les soins nécessaires au nouveau-né. Ce genre de cas est bien multiplié dans les écrits de Albert Legrand Fosso et Hélène Kane<sup>201</sup> qui montrent dans quelle mesure la distance entre les lieux de soins est une violence à même d'engendrer plusieurs conséquences.

---

<sup>201</sup> Albert Legrand Fosso et Hélène Kane, « Aménagements des espaces, lieux pratiqués et qualité des soins aux nouveau-nés au Cameroun », in Santé Publique, 2020/S1, (HS1) pp 69 à 79.

### III.3.2- L'absence d'aspirateur dans la salle d'accouchement

L'observation faite dans la salle d'accouchement rend compte de ce que cet hôpital ne dispose pas d'un aspirateur de liquide amniotique. Au cas où l'enfant a bu l'eau, c'est cette poire traditionnelle qui sert d'aspirateur :

#### Illustration n°8 : Poire utilisée pour aspirer le liquide amniotique



Source : enquête de terrain, décembre 2022

Cette poire est pourtant très limitée. Son utilisation sans d'autres appareils plus puissant ne permet pas de totalement aspirer le liquide et crée des conséquences graves sur la santé des nouveau-nés. Cette parturiente explique d'ailleurs ce qui s'est passé lors de son premier accouchement :

*J'ai accouché à 18h30min, mon bébé a bu le liquide amniotique dans le ventre. Quand il est né il n'a pas pleuré et l'erreur est due au manque de tuyaux de réanimation en salle d'accouchement pour extraire ce liquide infectieux en lui. Cela a accéléré l'infection et le manque d'une bonne respiration en lui. On l'a directement transféré en néonatalité sans extraire ce liquide qui bloquait une bonne respiration du bébé. Ce qui a causé une grosse infection pulmonaire à mon bébé et une paralysie cérébrale. L'hôpital par manque d'infrastructure au niveau de la néonatalité, on m'envoie à une clinique privée Mary Wiss où on a pu stabiliser mon bébé. Mais, cette infection avait causé un handicap moteur car l'enfant à un an ne s'asseyait pas. Le cou ne tenait pas jusqu'à sa mort<sup>202</sup>.*

Ce récit révèle que la faiblesse du plateau technique dans le service de maternité engendre le pire dans ce genre de cas. Les équipements disponibles cette structure ne sont pas à même d'assurer une prise en charge effective des nouveaux nés ayant bu l'eau. Outre ce fait, ce récit

<sup>202</sup> Entretien réalisé le 25/08/2022.

met en exergue le fait que le transfert dans des structures de soins plus équipées ne se fait pas de façon instantanée. L'intervalle de temps entre la période de l'incident et le transfert est assez long ce qui augmente les risques de mortalité néonatale. Aussi, les conditions précaires dans lesquelles se fait le transfert des nouveaux nés à une grande importance dans l'accroissement du taux de mortalité néonatale comme le montre les études menées à Yaoundé par Anne Esther Njom Nlend et al<sup>203</sup>.

### **III.3.3- Le faible éclairage en salle d'accouchement pour la réalisation des sutures**

Traitant toujours de l'éclairage et notamment de celui de la salle d'accouchement, l'observation faite in situ a permis de constater que L'éclairage de la salle d'accouchement est particulièrement faible. Pour les accouchements par voie basse sans déchirure, l'éclairage est acceptable. Mais, lorsqu'il, s'agit déjà d'un accouchement avec épisiotomie, il devient impossible de réaliser les sutures avec l'éclairage de la salle. Pour essayer de palier à cette situation c'est le plus souvent les stagiaires qui, avec leur téléphone éclairent pour que la sage-femme puisse passer les aiguilles et les fils pour recoudre le vagin de la parturiente. Même de cette sorte, on note les différentes plaintes de la sage-femme demandant soit de ramener la torche tantôt en haut, plus en bas, à gauche, à droite ce qui augmente le temps de suture et maintient la parturiente dans la douleur. Des fois, des petites disputes naissent entre le stagiaire et la sage-femme. La parturiente enfoncée dans la douleur se retrouve ainsi abandonnée à elle-même. Très souvent, le fait que la stagiaire torche crée des disputes avec la sage-femme qui coud car cette dernière n'est pas satisfaite. Le temps alloué à sermonner la stagiaire est un temps de travail perdu et impacte sur la durée du soin.

### **III.3.4- Les autres équipements moins performants**

Il s'agit ici des autres matériaux importants pour le soin qui ne répondent pas aux attentes des professionnels de soins et qui impactent sur la qualité de soins que reçoivent les parturientes.

*Le matériel n'est vraiment pas adéquat et c'est limité. Très limité même. Il y'en a pas assez, ce qui est déjà là est ...je ne sais pas comment je vais dire, c'est comme des ustensiles traditionnels. Tu vois on coupe même la compresse avec les ciseaux, tu exerces même toute une force, toute une pression pour couper parce que ce n'est pas adéquat, ce n'est pas adapté. Une infirmière disait même que, pour découper la compresse avec le ciseau ci on souffre déjà comme ça combien de fois le chirurgien qui déchire les gens avec ça là-bas dedans ?<sup>204</sup>*

<sup>203</sup> Anne Esther Njom Nlend et al, « Transfert et transport des nouveau-nés en situation de détresse vitale à Yaoundé, Cameroun : analyse situationnelle dans un hôpital de référence » in *La Revue Médicale Panafricaine*, 2016.

<sup>204</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.



Ces propos mettent en lumière l'insuffisance et le caractère vétuste du matériel utilisé lors de l'accouchement et la période du post-partum. Ce matériel ne répondant pas au standing recommandé dans une salle d'accouchement est à l'origine de plusieurs violences notamment celles physiques. Non seulement ils n'aident pas les professionnels de soins à effectuer leur travail en toute quiétude mais infligent aussi des douleurs physiques aux parturientes. S'appuyant sur un matériel spécifique, une autre stagiaire indique que : « *Tu t'imagines dans un service, on utilise le tensiomètre mécanique traditionnel qu'on voit au village là. Qui utilise encore ça ? et vraiment quand c'est une urgence les gens sont obligés de traverser la route pour aller demander un autre tensiomètre dans les autres services.* »<sup>205</sup>

Ce témoignage rend compte du caractère vétuste et inapproprié du matériel usité pour la mise en soin. Il met en exergue le fait que ce matériel soit tout d'abord très loin des attentes au vu de l'avancée de la technologie mais aussi leur insuffisance du point de vue quantitatif. Ceci de telle enseigne qu'il faut se rendre dans d'autres services pour espérer trouver un autre outil pour la prise en charge des parturientes en maternité. Aussi, cet hôpital ne dispose pas d'une banque de sang ce qui constitue un réel frein à la prise en charge des parturientes.

Cette insuffisance d'équipement de soins présentée par les récits ci hauts trouve bien dans une logique systémique. L'hôpital étant une structure étatique se trouve conditionné par des éléments qui lui sont extérieurs. Ainsi, comme le montre le PSNS/RMNI<sup>206</sup>, le déséquilibre entre les prévisions budgétaires et les besoins des structures, l'insuffisance de financement du budget de l'État et l'absence de stratégie de financement de la santé sont des goulots d'étranglements systémiques qui maintiennent les structures de soin dans une précarité infrastructurelle.

---

<sup>205</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

<sup>206</sup> Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction Maternelle Néonatale et Infantile PSN/SRMNI Cameroun 2014-2020.

Au terme de l'examen sur les facteurs conduisant aux violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan, il ressort que ces facteurs sont de trois principaux ordres à savoir : celui social relatif à l'absence d'un militantisme socio-sanitaire efficace, celui juridique correspondant au vide juridique sur la question des violences obstétricales et celui infrastructurel renvoyant à la défaillance et à l'insuffisance infrastructurelle constatée. L'on peut donc voire par-là que ces facteurs ne sont pas exclusivement ceux liés à la sphère hospitalière car la santé est un domaine qui allie plusieurs autres secteurs à savoir le juridique, le social, le politique et même le culturel. De ce fait, il convient à présent de s'interroger sur les implications des violences obstétricales dans la relation de soin. Quels sont donc les incidences de ces agressions dans la relation entre soignant et parturiente ? C'est cette interrogation qui constituera principalement la suite des réflexions dans cette étude.

**DEUXIEME PARTIE : IMPLICATIONS DES VIOLENCES  
OBSTETRIQUES DANS LE SYSTEME DE SOIN**

La présente partie analyse les implications des violences obstétricales. En d'autres termes, il est question ici de rendre compte des incidences, de répercussions que les violences obstétricales ont. Ces incidences ont été analysées sur deux points notamment sur le rapport à l'éthique qui constitue le premier chapitre de cette section et sur les pratiques de soins qui constitue le deuxième chapitre. A travers cette partie, il convient de comprendre que l'émergence et la pérennisation des violences obstétricales ont le pouvoir de reconfigurer le rapport à l'éthique et entraînent inéluctablement des conséquences dans la relation de soin. Ces conséquences ont elles aussi, la faculté de guider l'itinéraire de soins des parturientes.

### Chapitre III :

## IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTETRIQUES SUR LE RAPPORT A L'ETHIQUE DE SOIN

Les violences adviennent lorsque qu'il y'a transgression des normes éthiques. Parler des violences sous-entend qu'il s'est effectivement opéré un processus de déviance où les acteurs en présence ont volontairement ou non failli à un ensemble de normes qui avaient été fixées d'avance. De ce fait, lorsque ces violences se posent, elles impliquent une reconfiguration des rapports avec l'éthique. L'éthique comprise comme un ensemble de valeurs propres à un domaine particulier se voit ainsi transgressée. Dans le cas particulier de l'éthique obstétricale, il convient de préciser qu'elle est très complexe à construire. La vulnérabilité physique et sociale inhérente au processus de grossesse et à celui de l'accouchement joue en faveur d'une réelle difficulté à situer cette éthique du « care » entre la violence telle qu'elle est perçue ou telle qu'elle est subie. Cette complexité oblige de ce fait à procéder tout d'abord à la présentation du caractère vulnérable des femmes lors de la grossesse, puis lors de l'accouchement et enfin à rendre effectivement compte des incidences éthiques construites autour de la dialectique entre la violence telle qu'elle est perçue par les parturientes et telle qu'elle est objectivement subie par ces dernières.

### I- DU CARACTÈRE VULNÉRABLE INHÉRENT À LA GROSSESSE

D'un point de vue aussi bien vulgaire que de celui médical, la grossesse apparait comme une réalité complexe et « difficile à vivre ». Dans la Bible par exemple, la souffrance liée à la grossesse se présente comme une punition : « *Il dit à la femme : j'augmenterai la souffrance de tes grossesses, tu enfanteras avec douleur* <sup>207</sup> » même si un peu plus loin il n'est pas surprenant « *d'y voir la maternité exaltée et la femme stérile comme oubliée de Dieu* »<sup>208</sup> . Ainsi, de « l'état théologique » à « l'état positif » renvoyant ici à la science médicale, un consensus est fait sur le caractère douloureux de ce processus.

<sup>207</sup> Genèse 3 :16 in bible.knowing-jesus.com consulté le 12février 2022 à 21h23min.

<sup>208</sup> Jean Jacques Daban, « Enfantement et maternité dans la bible », In *La Lettre De L'enfance Et De L'adolescence*, (n°59) /1, 2005.

Le caractère violent inhérent à la grossesse se lit au travers de la vulnérabilité qu'elle entraîne tant sur le plan physiologique que social. En effet, la vulnérabilité est comprise comme étant « *la probabilité de voir sa situation ou ses conditions de vie se dégrader ou s'enfoncer quel que soit le niveau de richesse face aux fluctuations de la vie*<sup>209</sup> ».

### **I.1- La vulnérabilité physique des femmes lors de la grossesse**

Le corps se transforme tout au long de la grossesse. Ces changements amènent très souvent des inconforts qui peuvent être difficiles à supporter. Le retard des règles marque dans nombre de cas le premier signe de grossesse chez les femmes sexuellement actives. Pour un cycle régulier de 28 jours, on estime que la grossesse dure 266 jours après la conception, 280 jours à partir du premier jour des dernières règles.<sup>210</sup> D'un point de vue physiologique, la grossesse entraîne des modifications de tout l'organisme maternel avec retour à la normale après accouchement. Lors de la grossesse, on note une augmentation du débit cardiaque qui est dû aux besoins de la circulation utéroplacentaire. De même, la fréquence cardiaque passe de 70 pour atteindre 90 battements par minute.

La maternité n'a jamais été pensée par le discours médical comme « *comme un processus physiologique mais souvent comme un évènement pathologique ou un trouble , une discontinuité dans la vie des femmes*<sup>211</sup>. » la grossesse a des répercussions sur l'ensemble du corps de la femme. Les systèmes cardio-vasculaire, digestif, respiratoire, nerveux, reproductifs et urinaires sont tous touchés. Au cours de ce processus, il est normal de ressentir une variété de malaises et des douleurs.<sup>212</sup> On note entre autres la sensibilité et la douleur des seins, le fait de se sentir essoufflée puisque les besoins en oxygène augmentent de 15 à 20% durant la grossesse. Au deuxième trimestre, les dents et les gencives sont plus sensibles et peuvent saigner, le volume sanguin augmente ce qui peut causer l'anémie.

À cela s'ajoute des maux courants tels que les brûlures d'estomac, la congestion nasale<sup>213</sup> et le saignement du nez, la constipation et les hémorroïdes<sup>214</sup>, les contractions de

---

<sup>209</sup> Benoit Pain, « Fragilité et vulnérabilité. De la « bienveillance » ou de la philosophie du soin », in *L'enseignement Philosophique*, 2012/2 (62<sup>e</sup> Année).

<sup>210</sup> Raoul Artal-Mittemark, « physiologie de la grossesse » in le Manuel MSD, version pour les professionnels de la santé, St Louis University School of Medicine, 2021.

<sup>211</sup> Francesca Aréna, « La maternité, entre santé et pathologie », in *Histoire, Médecine Et Santé*, 3/2013.

<sup>212</sup> Grossesse, changements physiques et maux courants disponible sur [www.naitreetgrandir.com](http://www.naitreetgrandir.com), consulté le 12 février 2023 à 22h 20min.

<sup>213</sup> C'est une sensation gênante d'obstruction et de blocage du nez.

<sup>214</sup> Ils sont fréquents pendant la grossesse, environ 40% des femmes enceintes sont constipées. Les hémorroïdes sont également courantes vers le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse. Environ 40% de femmes en souffrent.

Braxton Hicks<sup>215</sup>, les crampes dans les jambes, les douleurs à l'aîne<sup>216</sup>, les enflures aux jambes et aux pieds, les engourdissement douloureux aux jambes et aux pieds, la fatigue, l'hypertension, l'insomnie ou sommeil léger, mal de dos, maux de tête, nausées et vomissements, souffles courts, varices aux jambes, le mal de dos etc...Jean Marie Kasia<sup>217</sup> complète cette liste en ajoutant les pathologies maternelles en grossesse telles que : le paludisme, les infections génitales, les pathologies hypertensives, les risques d'éclampsie, la rupture prématurée des membranes.

De même, la contraction d'une grossesse expose les femmes au diabète gestationnel<sup>218</sup> car elle modifie le métabolisme du sucre. Il n'est pas systématique et concerne plus les patientes ayant des grossesses à risques. Il touche 3 à 20% des femmes enceintes<sup>219</sup>. Ses symptômes sont les suivants : fatigue inhabituelle, soif exagérée, augmentation du volume et de la fréquence des urines, les maux de tête.<sup>220</sup> Selon Lara Fiel<sup>221</sup>, le diabète s'il n'est pas dépisté et traité il augmente le risque de complications chez les femmes enceintes et chez le fœtus et le risque de décès de ce dernier. En début de grossesse, un diabète mal contrôlé augmente les risques de malformations congénitales majeures chez le bébé ainsi que le risque de fausses couches. En fin de grossesse, un diabète non contrôlé augmente le risque de pré-éclampsie<sup>222</sup>, de dystocie de l'épaule<sup>223</sup>, de recours à une césarienne et de mortalité<sup>224</sup>.

L'ensemble des faits évoqués ci-hauts attestent qu'effectivement, la grossesse plonge la femme dans une fragilité physique. Les transformations induites par cet évènement ont une influence significative sur la santé féminine. Il convient de préciser que cette vulnérabilité n'est pas seulement physique, mais aussi sociale.

---

<sup>215</sup> Ce sont des contractions associées au « faux travail ». Elles sont irrégulières et peuvent subvenir tout au long de la grossesse mais plus au troisième trimestre.

<sup>216</sup> L'aîne est une région intermédiaire entre l'abdomen et la cuisse. La douleur dans cette partie est présente lors de l'accouchement. Elle s'amplifie lors des éternuements, de la toux ou lors de la réalisation d'un geste brusque. La douleur est intense mais courte.

<sup>217</sup> Jean –Marie Kasia et al, « Les pathologies maternelles en Grossesse et l'allaitement » ; in The journal of me, the Sed Partenaire

<sup>218</sup> Le diabète gestationnel est une augmentation de la glycémie qui apparait pendant la grossesse et disparaît après l'accouchement.

<sup>219</sup> Le diabète gestationnel, disponible sur [www.diabete.qc.ca](http://www.diabete.qc.ca) consulté le 02juin 2023 à 18h17min.

<sup>220</sup> Disponible sur [www.diabete.qc.ca](http://www.diabete.qc.ca) consulté le 13février 2023 à 09h22 min.

<sup>221</sup> Lara Friel, « Diabète pendant la grossesse », University of Texas Health, Medical School at Houston, 2021.

<sup>222</sup> Type d'hypertension artérielle qui se développe au cours de la grossesse.

<sup>223</sup> Situation relative à fait que l'épaule du bébé soit coincée dans le canal vaginal.

<sup>224</sup> Désigne les enfants nés sans vie après six mois de grossesse.

## I.2- La vulnérabilité sociale pendant la grossesse

Les représentations de la grossesse sont en permanente construction. Elles se font à partir d'une histoire personnelle, mais aussi en fonction d'éléments culturels, sociaux, ou encore en fonction d'un savoir médical que l'on peut délimiter<sup>225</sup>. Le contexte environnemental qui entoure la femme enceinte, les perceptions dominantes ainsi que les représentations collectives permettent de mieux comprendre ce qui « *enveloppe culturellement la femme enceinte*<sup>226</sup> ». Dans une perspective africaine, traiter des considérations sociales de la grossesse nécessite tout d'abord un retour sur la perception de ce liquide qui donne lieu à la grossesse : le sperme. Ainsi, dans l'imaginaire collectif relativement au façonnement de l'enfant,

*La plupart des sociétés africaines croient que le sperme est comme une sorte de nourriture contribuant à façonner l'enfant et ce durant plusieurs mois de grossesse. Son intervention n'est point comme l'a révélé la médecine occidentale ponctuelle et définitive lors de la rencontre avec l'ovule mais est perçue comme progressive, cumulative*<sup>227</sup>

Il y a donc en Afrique une « préservation mystique » de l'enfant dès sa conception. Le père contribue ainsi fortement à façonner l'enfant. Ceci d'autant plus qu'en Afrique :

*La place d'un individu au sein du groupe est déterminée par sa capacité à donner la vie (paternité), à la porter (maternité), à l'entretenir (soins divers), à la protéger (responsabilité), à la ranimer (guérisseur, contre-sorcier), à la corrompre, à la contourner ou à l'enlever (sorcellerie), à la faire revenir (enfance).*<sup>228</sup>

Ceci est très souvent associé à un ensemble de rituels qui visent la protection de l'enfant et de la mère en fonction des cultures. La femme durant la période de la grossesse est perçue comme « fragile » raison pour laquelle des rites de protection ainsi que des interdits lui sont adressés. Ces interdits ne sont pas motivés par des raisons médicales. Parmi eux, sont comptés les interdits alimentaires, les interdits comportementaux et les interdits sexuels.

Concernant les interdits alimentaires, ils sont fonction des cultures et de la crédibilité accordée ou non au discours biomédical. Il y'a entre autres : l'abstention de manger de

<sup>225</sup> Hélène Riazuelo, « Représentations artistiques de la grossesse » in *Maternité A L'épreuve Du Genre*, 2012.

<sup>226</sup> Hélène Riazuelo, « La grossesse, ses représentations figurées et la prise en charge des femmes enceintes à travers les siècles » in *35 Grandes Notions De Périnatalité*, 2017.

<sup>227</sup> Simon Muke, « La place du père africain dans la période périnatale », in *Le Père, L'homme Et Le Masculin En Périnatalité*, 2003.

<sup>228</sup> Jacques Philippe TsalaTsala, « Grossesse et interdits chez la femme Béti du Sud Cameroun » in *Cahiers De Sociologie Économique et Culturelle*, 1996.



l'ananas<sup>229</sup>, de consommer de la tortue<sup>230</sup>, des reptiles<sup>231</sup>, du porc-épic<sup>232</sup>, de la moelle d'un os<sup>233</sup> etc.

À côté de ces interdits alimentaires, se greffent des interdits comportementaux comme le fait de ne pas marcher la nuit<sup>234</sup>, A ceux-ci s'ajoutent comme le montre Jacques-Philippe Tsala Tsala, le fait que la femme enceinte en pays Béti du Sud Cameroun, doit éviter de fendre du bois de chauffage, d'enjamber une tombe<sup>235</sup>, d'assister à un enterrement ou de voir un cadavre<sup>236</sup>, de s'asseoir sur un tam-tam<sup>237</sup>, de se tenir ou d'hésiter sur le seuil d'une porte<sup>238</sup>, et enfin qu'un autre homme que le mari passe par-dessus ses jambes<sup>239</sup>...

Plus encore, une autre catégorie d'interdits : ceux relatifs à la sexualité. Ici, la femme enceinte évitera d'avoir les rapports sexuels avec un autre homme que son mari. De son côté, le mari s'abstiendra de connaître une autre femme aussi longtemps qu'il continuera à fréquenter la sienne. Ceci dans le but de garantir un développement harmonieux de l'enfant sans l'irruption d'un « élément perturbateur ». Aussi, les rapports sexuels doivent être prolongés car ils contribuent à la « fortification » ou au meilleur façonnement physique de l'enfant.

Tous ces interdits ont un sens et une puissance. En effet,

*La naissance a toujours été un moment de grand danger pour la vie de l'enfant et de la mère. Les interdits de la période prénatale répondent pour la plupart à cette préoccupation. (...) La mortalité maternelle ne s'explique pas ici par des facteurs hygiéniques ou médicaux. La prévention par l'interdit s'appuie ici sur d'autres types de représentations et de croyances. Aussi, la plupart des interdits vont –ils dans le sens de la conservation. Ils sont généralement une injonction à conserver la vie qui remplit le sein maternel.<sup>240</sup>*

Il convient de comprendre par-là que les différents interdits sus-cités ont une fonction de protection. Au vu de la fragilité de la femme durant cette période, ces interdits sont établis afin de préserver la femme d'un quelconque malaise aussi bien spirituel que physique. Qu'ils soient comportementaux, alimentaires ou sexuels, ses interdits se caractérisent par leur tendance

<sup>229</sup> Ceci de peur que l'enfant naisse avec une peau crevassée comme le fruit.

<sup>230</sup> Cela pour éviter que l'enfant soit lent comme la tortue.

<sup>231</sup> Sinon l'enfant aurait un corps anormalement allongé et des membres atrophiés.

<sup>232</sup> Sinon l'enfant aurait un des tranchées douloureuses et des tiraillements du bas-ventre.

<sup>233</sup> Ceci pour éviter que l'enfant ne souffre d'otite chronique.

<sup>234</sup> Ceci pour éviter que les mauvais esprits habitent son enfant et font de lui leur disciple.

<sup>235</sup> Pour que l'enfant ne naisse pas avec une fente dans le crâne ; ses os crâniens se souderaient difficilement.

<sup>236</sup> De peur que l'enfant ne meure dans le ventre.

<sup>237</sup> Son ventre pourrait se vider comme celui du tamtam.

<sup>238</sup> Car, l'enfant hésiterait longtemps à quitter le sein maternel au moment de l'accouchement.

<sup>239</sup> De peur que l'enfant ne ressemble à cet homme qu'au mari.

<sup>240</sup> Jacques-Philippe Tsala Tsala, idem, P.91.

explicite à amener la femme à protéger la vie de l'enfant qu'elle porte. Ces interdits sont établis à partir des croyances propres à chaque peuple. Cette protection de la vie par l'interdit est donc symbolique. Yoro Blé Marcel et al précisent à cet effet que les interdits et prescriptions à l'endroit de la femme enceinte sont :

*Inhérentes à toutes les cultures, ces dispositions sont souvent un ensemble de croyances, de mythes et de normes médicales, transmises de générations en générations. Elles déterminent les comportements et obéissent à de multiples logiques sociales et culturelles visant à préserver la santé et répondent à de multiples logiques sociales visant à préserver la santé de la mère et de l'enfant.<sup>241</sup>*

En milieu urbain où ces croyances traditionnelles gagnent moins d'espace dans l'imaginaire collectif, d'autres idées animent les représentations et structurent les comportements vis-à-vis des femmes enceintes dans ces espaces. Les femmes enceintes sont toujours considérées comme étant fragiles. Concernant l'alimentation, elle est fonction des moyens financiers de chaque famille et de leur ancrage culturel ou de leur confiance à la biomédecine.

Concernant la sexualité, nombreuses d'entre elles s'en donnent aux pratiques sexuelles ceci suivant les indications médicales. Que ce soit l'auteur de la grossesse ou un nouveau partenaire, des rapports sexuels se font afin de préparer le col à la sortie du bébé. Ce fut d'ailleurs le cas d'une parturiente<sup>242</sup> qui, ayant un travail lent, la sagefemme lui demanda « *est ce que depuis tu fais même ?* » elle répondit non. Puisque son mari n'est pas dans la même ville qu'elle. La sage-femme lui reprocha en disant qu'elle devrait pourtant le faire au moins trois fois par semaine dès le huitième mois afin d'amollir le col et faciliter la sortie du bébé. Juste à côté de cette parturiente, une autre réagit et dit : « *Mama il faut faire. Moi-même le père de mon enfant ci m'a laissé dès qu'il a entendu que j'étais enceinte. Dieu m'a envoyé un autre gars et c'est chez lui que je vis. On fait constamment.* » Une stagiaire s'exprima : « *eeh la mère tu acceptes qu'un autre homme traverse ton bébé ? est-ce qu'on fait ça ?* » Elle répondit à ce sujet en disant : « *Donc ma chérie, je vis avec un homme et je ne fais rien parce que vous allez dire que traverser a fait quoi ? pardon, restez avec vos choses du village là. Moi je fais.* »

Cette description permet de comprendre qu'en milieu urbain, il y'a un effritement de certaines conceptions relatives à la sexualité lors de la période prénatale. Des logiques plus libérales sous-tendent les comportements sexuels des femmes enceintes pendant la grossesse.

<sup>241</sup> Yoro Blé Marcel, « Les logiques socio-culturels des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni N'Dénian, (Cote d'Ivoire) in *European scientific Journal*, Novembre re 2015, vol 11 n° 32.

<sup>242</sup> Observation faite le 22 décembre 2022.

À ce sujet, une étude ayant pour objectif d'évaluer les opinions et les pratiques des femmes enceintes sur la sexualité pendant la grossesse dans un contexte africain notamment en milieu urbain burkinabé a permis de montrer que « *la sexualité chez les femmes enceintes est une réalité.*»<sup>243</sup>. Même si elle est une réalité, il convient de dire avec Thomas et al que cette sexualité est instable et déséquilibrée. Elle varie d'une parturiente à une autre et ce en fonction des trimestres de grossesse. Le recours à l'acte sexuel chez les femmes enceintes est influencé « *par de nombreux facteurs, modifiables ou non modifiables, d'ordres physiologique,, physique, culturel, et social* »<sup>244</sup>.

## **II. DU CARACTERE VULNERABLE INHERENT A L'ACCOUCHEMENT**

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à ou à l'âge de la viabilité. Il correspond à la fin de la grossesse, à la naissance du bébé. C'est le propre de l'espèce humaine. Il débute par des contractions et se termine par la délivrance qui correspond à la sortie du placenta. Ce processus est par essence douloureux. C'est une douleur naturelle qui s'amplifie davantage à la suite de comportements et de pratiques inadaptés du personnel de soin dont les justifications peuvent être médicales ou non.

### **II.1- La douleur inhérente à la mise en soin lors de l'accouchement**

Les pratiques médicales incontournables lors du processus d'accouchement sont en elles-mêmes génératrices de violence au travers la douleur physique qu'elle procure aux bénéficiaires de ces soins obstétricaux.

#### **II.1.1- La douleur ressentie lors du toucher et de la poussée**

L'accouchement s'annonce par des contractions de l'utérus proches et régulières, et parfois par la perte des eaux lorsqu'il y'a rupture de l'amnios et du chorion aboutissant à l'épanchement du liquide amniotique. Sous l'effet des contractions, le col de l'utérus se dilate peu à peu permettant ainsi la descente du bébé. Le col de l'utérus s'efface ainsi et s'ouvre complètement pour permettre au bébé de sortir, c'est-à-dire lorsque l'ouverture atteint

---

<sup>243</sup> Dao MD et al, « Sexualité au cours de la grossesse :une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain. » in *Sexologies*, Tome 16 ; Numéro 2, 2007, pp138-143.Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2006.12.012> consulté le 19février 2023 à 12h25 min.

<sup>244</sup> Thomas, « Sexualité durant la grossesse : revue systématique » in LA REVUE SAGE-FEMME, Tome 18, Numéro 6, pp293- 301. Disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2019.10.001> consulté le 19 février 2023 à 12h40 min.

10centimètres. Il y'a lieu de préciser que le processus d'accouchement est différemment vécu par chaque femme mais, les caractéristiques qui ressortiront ici sont celles générales.

Pour cela, dès l'arrivée à l'hôpital pour la plupart des parturientes après des contractions régulières, la sage-femme effectue un toucher vaginal. Le toucher vaginal est le geste clef de l'examen clinique. Il est généralement réalisé en routine chez chaque visite chez le gynécologue et plus particulièrement durant le suivi de la grossesse. Il permet d'ausculter par voie interne les organes pelviens féminins notamment le vagin, le col de l'utérus, l'utérus et les ovaires<sup>245</sup>.

La parturiente étant allongée sur la table d'accouchement, les cuisses fléchies et les pieds placés aux extrémités de la table, le bassin bien au bord de la table, les fesses posées sur une pelle de couleur blanche, la sage-femme enfle un gang stérile lubrifié et introduit deux doigts au fond du vagin.<sup>246</sup> Ce geste permet de contrôler le col de l'utérus sa longueur, sa consistance son ouverture ainsi que la taille, la mobilité et la sensibilité de l'utérus. Il permet aussi d'évaluer la position fœtale ce qui est important afin de déterminer si le bébé est bien ou mal positionné.<sup>247</sup> À l'approche de l'accouchement, ce geste permet de déceler les signes de maturation du col indiquant l'imminence de l'accouchement. Il permet de suivre l'ouverture du col de l'utérus jusqu'à sa dilatation complète et son effacement à dix centimètres. Ce geste est aussi effectué en suite de couche pour contrôler l'« involution utérine » qui est une phase durant laquelle l'utérus reprend sa position initiale après accouchement.<sup>248</sup>

Les touchers vaginaux sont « inconfortables, douloureux et pénibles »<sup>249</sup>. Ils créent des sensations douloureuses chez les parturientes. Ceci se vérifie d'autant plus que lors de ces pratiques, les parturientes s'enflamment, crient, hurlent, pleurent et se tordent de douleurs comme le témoigne bien les expériences d'accouchement observées dans le cadre de cette recherche. Cette douleur est naturellement admise de telle enseigne que certains professionnels procèdent par une information telle que « *je vais faire le toucher, ça va faire mal* » pour prévenir la parturiente de la douleur à laquelle elle sera exposée. Ainsi, les parturientes subissent –elles ces douleurs lors du toucher jusqu'à la poussée.

---

<sup>245</sup> Disponible sur [www.passportsante.net](http://www.passportsante.net) consulté le 27 février 2023 à 08h 20min.

<sup>246</sup> Observation faite lors de la collecte de données à l'Hôpital de District d'Efoulan.

<sup>247</sup> Le toucher vaginal, la seule option avant l'accouchement ? publié le 19octobre 2022 et disponible sur [www.jollymama.com](http://www.jollymama.com) consulté le 27 février 2023 à 08h 27min.

<sup>248</sup> Disponible sur [www.passportsante.net](http://www.passportsante.net) consulté le 27 février 2023 à 08h32min.

<sup>249</sup> Cochrane, « Toucher vaginal de routine pendant le travail », disponible sur [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) consulté le 27 février 2023 à 08h42min.

Cette période de travail étant particulièrement douloureuse, plusieurs astuces sont effectuées pour réduire ce temps. Sur le plan médical tout comme sur celui culturel, des actions sont menées afin de faire rapidement progresser le travail. Sur le plan médical, c'est l'injection de l'ocytocine qui est faite. En effet, l'ocytocine est un médicament qui est administré durant le travail lorsque sa production naturelle est insuffisante. Par ailleurs, c'est une hormone produite naturellement lors de la grossesse pour provoquer les contractions de l'utérus. Son administration est systématique dans plusieurs centres de santé et suscite de nombreuses controverses. Yannick Jaffre et Olivier De Sardan<sup>250</sup> pensent que ceux-ci sont injectés à des fins économiques. Pour eux, c'est un moyen pour le personnel ou la structure hospitalière de faire entrer des fonds. Aussi, elle est vue avec beaucoup de méfiance car elle nie la caractère physiologique<sup>251</sup> de l'accouchement.

D'un autre côté, des pratiques vulgaires sont pensées et développées pour faciliter le processus d'accouchement notamment se purger avec de l'eau, se purger avec du savon et de l'eau, consommer fréquemment des aliments glissants. Maniepi Foumane et al à l'issu d'une enquête ethnobotanique portant sur les méthodes locales de facilitation du travail chez les femmes enceintes où cent vingt-cinq femmes ont fait l'objet d'étude constatent que :

*47 espèces appartenant à 30 familles botaniques ont été recensées. La famille des Malvaceae était la famille dominante (41,3%), avec l'espèce triumfeta cordifolia, appelée localement « nkui » obtenant la fréquence de citations la plus élevée. Les feuilles étaient les parties les plus utilisées (43%) suivies de l'écorce (20%). Les recettes ont été préparées par broyage (54,3%) et par décoction (31,43%). L'eau était le seul solvant utilisé. Les voies d'administration orale (52%) et rectale (48%) ont été citées.<sup>252</sup>*

Parfois en désaccord avec le système biomédical, la consommation de ces plantes et écorces est un choix opéré par nombres de parturientes afin de favoriser un travail rapide et une poussée sans trop d'efforts à fournir.

La poussée quant à elle débute au moment de l'ouverture complète du col de l'utérus et se termine à la naissance du bébé. Pendant cette phase, les parturientes ressentent une forte

---

<sup>250</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, idem.

<sup>251</sup> L'accouchement physiologique est un désigne le fait de donner naissance de façon aussi saine possible grâce à un ensemble de facteurs qui favorisent le processus naturel de l'accouchement.

<sup>252</sup> Maniepi Foumane et al, « Plantes utilisées par les femmes pour faciliter l'accouchement : enquête ethnobotanique auprès de 125 accouchées dans une maternité de la ville de Yaoundé », in *Sciences De La Sante Et Maladie*, 22(5), 2021.

envie de pousser. Amélie Guay<sup>253</sup>, infirmière clinicienne en pratique avancée-périnatalité explique à ce sujet qu'il existe deux écoles concernant la poussée. La première école pose que lors de la poussée il est impérieux pour les parturientes d'écouter leur corps et de pousser uniquement quand l'envie s'en fait sentir en suivant les indications de la sage-femme. La seconde approche elle consiste à pousser dès que la dilatation complète est confirmée.

Elle précise de même que dans les deux cas, il faut inspirer, pousser pendant une dizaine de secondes puis relâcher et vider complètement les poumons. Cette phase particulièrement demande un grand effort physique puisqu'il faut pousser avec beaucoup de force et diriger ses efforts vers le périnée. Puisque la poussée se fait avec la contraction, la douleur devient bien de fois « insupportable » pour les parturientes de telle enseigne que certaines sont souvent tentées d'abandonner. Ce moment épuise tellement de telle sorte que les sages-femmes pour garder la vie de l'enfant sont contraintes de réaliser des épisiotomies.

Ce moment est plus difficile à vivre à la maternité de l'hôpital de District d'Efoulan car l'infrastructure et la disposition de la salle d'accouchement ne favorisent pas un meilleur dépassement de cette pratique. Entre l'impossibilité de changer de position, l'indisponibilité des étriers<sup>254</sup>, le manque de climatiseur, la disposition presque collée des lits d'accouchement, il devient très difficile pour ces parturientes de s'accommoder. Les conditions d'accouchement ne sont pas propices pour une réduction de la douleur.

### **II.1.2- La douleur engendrée par le processus de délivrance**

Après la sortie du bébé, l'accouchement n'est pas terminé. La troisième et dernière phase du travail correspond à la délivrance. Elle se caractérise par le décollement et l'expulsion du placenta, du cordon et des membranes suite à la reprise des contractions utérines qui ont lieu quelques minutes après l'expulsion du nouveau-né. Autrement dit, la délivrance est l'expulsion naturelle ou l'extraction, hors des voies génitales, des annexes du fœtus ( cordon, placenta, membrane)<sup>255</sup>. Cette phase est accompagnée de pertes sanguines normales(physiologiques) qui peuvent aller jusqu'à 500ml.<sup>256</sup>

---

<sup>253</sup> Amélie Guay, « Les stades du travail et de l'accouchement » 2021, disponible sur [www.naitreetgrandir.com](http://www.naitreetgrandir.com) consulté le 23février 2023 à 10h50 min.

<sup>254</sup> Les étriers sont des supports adaptés aux extrémités des tables d'accouchement afin d'y poser les pieds des parturientes pour faciliter l'accouchement.

<sup>255</sup> Hôpitaux Robert Schuman, « la délivrance, que se passet-il lorsque votre bébé est né ? in Grossesse et naissance, disponible sur [www.acteurdemasante.lu](http://www.acteurdemasante.lu) , consulté le 27mars 2023 à 16h25min.

<sup>256</sup> [www.sante.lefigaro.fr](http://www.sante.lefigaro.fr) « La délivrance, qu'est-ce que c'est ? », consulté le 12mars 2023 à 08h55min.

Cette phase est sensible car des complications peuvent survenir. Parmi elles, le premier est celui de l'hémorragie de la délivrance. En France, précise Guilana Faure<sup>257</sup>, la première cause de mortalité est l'hémorragie de la délivrance. Cette hémorragie résulte d'un retard ou d'un défaut de prise en charge. Cette dernière phase de l'accouchement est très douloureuse surtout au moment de la sortie du placenta. Surtout lors du curetage<sup>258</sup>. Cette pratique est douloureuse de telle enseigne qu'une parturiente lors d'un entretien expliquait que « *je préfère faire sortir dix enfants au lieu qu'on me fasse le curetage là. Ça fait trop mal.* »<sup>259</sup>

### **III. LA REAPPROPRIATION DE L'ÉTHIQUE DANS UNE DIALECTIQUE ENTRE VIOLENCE PERÇU ET VIOLENCE SUBIE**

Rendre intelligible les violences obstétricales reste très complexe du fait de la difficulté à distinguer ce qui relève objectivement de la violence. En effet, à partir des pratiques de soins effectuées par le personnel qui sont de nature douloureuses, les parturientes peuvent crier à la violence car elles perçoivent ces pratiques de soin comme telle. D'un autre versant, il se distingue la violence subie, celle qui est effectivement une déviance, une transgression aux normes prescrites ou une abstention des soignants à réaliser un acte quelconque. Cette dynamique contradictoire dans le soin pose donc le problème de la définition de la violence obstétricale. Afin de trancher ce débat, il a été convoqué des éléments de l'éthique qui ont cette faculté de réguler les pratiques de soin et de définir ce qu'il convient ou non de considérer comme des violences même si les circonstances ou les situations dans lesquelles se font les accouchements peuvent poser d'autres réflexions.

#### **III.1- La violence perçue et le consentement des parturientes**

Une parturiente peut percevoir une pratique de soin comme violente pour plusieurs raisons. Cette étude a révélé que c'est davantage la non-recherche du consentement de la parturiente qui fait en sorte qu'une pratique de soin bien que nécessaire et justifiée sur le plan médical soit considérée par cette dernière comme une violence. En effet, le fait de ne pas être suffisamment informée sur le processus de soin et de ne pas pouvoir faire des choix amène les parturientes à se sentir violentées.

---

<sup>257</sup> Guilana Faure, « Vécu d'une hémorragie grave de la délivrance : impact sur le désir ultérieur de grossesse » in Gynécologie et obstétrique, Dumas 00620100, 2011.

<sup>258</sup> Pratique ou intervention qui consiste à gratter la muqueuse utérine afin de retirer le reste de déchets y présents après accouchement.

<sup>259</sup> Entretien réalisé le 16/08/2022.

### III.1.1-De la médecine au juridique : les controverses théoriques autour du consentement

Le consentement est un concept qui a une essence juridique. Selon le dictionnaire du droit privé de Serge Brodeau<sup>260</sup>, le consentement peut se définir comme « *la volonté d'engager sa personne ou ses biens ou les deux à la fois.* » Cette manifestation de volonté est dite « expresse » lorsque la volonté de celui qui s'engage se manifeste d'une manière apparente par exemple au travers d'une signature ou par une déclaration faite en public ou encore devant des témoins. De même, l'expression du consentement est dite « tacite » lorsqu'elle n'est pas manifestée par un écrit. Dans ce cas précisément, le consentement se déduit des gestes, ou d'une attitude à condition qu'elle ne soit pas équivoque. Pour exprimer cette notion, les textes juridiques utilisent les maux tels que « acceptation », « ratification », « acquiescement », « agrément ». Dans l'opposition classique entre pensée médicale et libéralisme, la notion de consentement apparaît comme un marqueur de libéralisation des éthiques médicales traditionnelles. Le consentement introduit le patient dans le processus de prise des décisions car ce qui n'est pas médicalement pertinent peut l'être du point de vue du patient.

Au Cameroun, il n'existe pas vraiment un texte de loi traitant spécifiquement du consentement médical. Mais, on retrouve cette norme dans le droit à l'information, au choix et à avoir une opinion présente dans les Normes et Standards en santé de la Reproduction au Cameroun. Dans d'autres pays comme en France, c'est depuis 2002 avec la loi n° 2002-303 du 04 mars 2002 relative au droit du malade et à la qualité du système de santé, dite « loi de Kouchner » qui a permis de mettre en lumière la notion de consentement dans les soins<sup>261</sup>. Elle stipule d'ailleurs que : « *Toute personne prend, avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* »<sup>262</sup>

C'est grâce au processus de « *judiciarisation des soins en médecine* »<sup>263</sup> que le consentement fait son entrée dans les soins et est inscrit dans divers textes de lois dans nombre de pays. En dépit des progrès fulgurants de la médecine et plus particulièrement de la gynécologie-obstétrique passant de la « *médicalisation de l'accouchement* » jusqu'à la « *fécondation in vitro* », il y'a des affaires sombres et des jugements qui ont fait passer le

<sup>260</sup> Sergio Braudo, « Dictionnaire du droit privé » disponible sur [www.dictionnaire-juridique.com](http://www.dictionnaire-juridique.com) consulté le 15 février 2023 à 10h20min.

<sup>261</sup> Claudine Bergoignan-Esper, « Le consentement médical en droit français », in LAENNEC, 2011/4 (Tome 59).

<sup>262</sup> (Code 1) de la santé publique, art. L.1111- 4, al. 1. In Claudine Bergoignan-Esper, idem.

<sup>263</sup> Jacques Lansac, Michel Sabouraud, « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale » in *Les Tribunes De La Sante*, 2004/4(n°5).



médecin d'un « *statut de deus ex machina à celui de mauvais génie coupable de malversations*<sup>264</sup> ». C'est donc une tendance à remettre en cause les pratiques médicales.

### III.1.2- Le consentement libre et éclairé en débat

Entre les pratiques de soins et les violences, le consentement apparaît comme un élément régulateur du comportement médical et joue en faveur d'une participation effective du malade dans le processus de soins. Philippe Marlier rapporte d'ailleurs que :

*C'est depuis Nuremberg qui a relaté les expérimentations atroces pratiquées par les nazis dans les camps de concentration sur des personnes non consentantes, que la question du consentement est devenue centrale dans l'éthique médicale d'abord puis s'est ensuite étendue à d'autres champs.*<sup>265</sup>

Il faut préciser ici que le consentement d'un patient est valide s'il est « libre et éclairé ». Il convient dès lors de comprendre par « consentement libre et éclairé » :

*L'accord que reçoit le médecin de la part du patient pour lui octroyer les soins. Le consentement n'est valable que si le patient peut en décider librement et que, pour ce faire, il a reçu toutes les informations nécessaires. Le « consentement libre et éclairé est la condition sine qua non pour qu'un médecin puisse effectuer un acte médical ou administrer un traitement. Le consentement du patient est aussi nécessaire pour transmettre des informations médicales le concernant à un collègue ou à une assurance.*<sup>266</sup>

Ainsi, pour parler d'un « consentement libre et éclairé », plusieurs conditions doivent être remplies notamment la capacité de discernement du patient. Cela implique qu'avant tout traitement, le médecin a l'obligation de « pleinement » informer le patient sur la maladie. L'information doit être simple, claire et compréhensible. Le soignant doit s'assurer que le patient ait bien pris connaissance des informations sur la maladie. Il doit être disponible à répondre à toute question éventuelle du malade : on parle de « consentement éclairé ».

La seconde condition est celle relative au choix du patient à accepter ou à refuser les soins proposés. Le patient ne doit pas subir de pression ou de menaces de la part des soignants. Ici, les idées du « paternalisme médical »<sup>267</sup> et du « consumérisme médical »<sup>268</sup> sont complètement

<sup>264</sup> Jacques Lansac, Michel Soubaraud, idem.

<sup>265</sup> Philippe Merlier, « Le consentement » in *Philosophie Et Ethique En Travail Social*, 2013.

<sup>266</sup> Université de Neuchâtel, « Le patient libre et éclairé », 2016, disponible sur [www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch) consulté le 16 février 2023 à 07h50.

<sup>267</sup> Le paternalisme médical considère qu'au nom de la mission du médecin, le consentement du malade n'est pas une donnée médicalement pertinente et ne doit pas à cet égard être considéré comme norme de référence de la décision.

Alexandre Jaunit, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient » in *Raisons Politiques*, 2003/3(n°11).

<sup>268</sup> Ce concept désigne le fait pour le patient d'être de plus en plus assimilé à un consommateur de soins. Les économistes de la santé affirment que le consommateur de soins représenté par le patient est considéré comme un

rejetés. C'est justement à travers ce point que se matérialise le concept de « démocratie sanitaire »<sup>269</sup>. Ici, le patient est totalement libre d'accepter que les pratiques médicales se font sur son corps ou de refuser tout simplement. Ceci d'autant plus que le refus de soins est un droit des patients.

Dans les cas de maladie extrême par exemple le coma où le patient est dans l'incapacité de donner son consentement, il est indiqué de faire recours à un membre de la famille afin que celui-ci puisse donner son accord. C'est aussi le cas lorsque ce sont des enfants ou des mineurs qui sont atteints de maladie. Dans d'autres cas, le consentement peut être fait par écrit d'un proche à la demande du patient.

Ce concept a créé beaucoup de controverses puisqu'on se retrouve là dans une relation déséquilibrée. Le patient, celui qui désire les soins, qui est une « personne diminuée » et le soignant qui dispose d'un capital culturel et est au vu de ses expériences à même de faire le meilleur choix. C'est dans cette logique Nicole Pelicier interroge la possibilité d'envisager une telle relation :

*Que faire d'une liberté dont on ne se prévaut pas tant que cela ? dans un contexte où maladie et médecine s'imposent de fait au patient ? Et quelle compréhension quelle clarté investir quand d'emblée, tout est bousculé et confus ? Les valeurs du jugement réfléchi ne semblent pas vraiment stimulées quand on ne sait pas ni où on n'en est, ni ce qui peut advenir dans la maladie. De même, la vulnérabilité physique et psychique qui caractérise la situation de patient ne laisse guère la place à une pleine jouissance de la liberté pas plus qu'elle n'autorise un éclairage complet de la scène et des enjeux du drame.*<sup>270</sup>

Autrement dit, comment parler de liberté dans une relation qui est de nature asymétrique ? Le malade en tant qu'une personne « profane » est-il vraiment à même de faire un meilleur choix à côté du professionnel de soins qui a un maximum de connaissances et de savoirs concernant le soin ? Ces questionnements invitent donc à repenser la problématique du consentement dans la relation de soin.

---

nouvel acteur émergent du système de santé. Cet acteur modifie ainsi les relations de pouvoir dans la relation de soins puisque la demande du malade n'est plus seule de la guérison mais l'exigence d'une bonne santé in Hatim Souktani, « Consumérisme médical : une conception moderne du contrat médical », in *Magazine Professionnel D'information Médicale*, 2011.

<sup>269</sup> La démocratie sanitaire s'inscrit dans une logique de contestation de la doctrine et des pratiques du paternalisme médical. Elle souligne un rééquilibrage dans la relation de soins. Elle met en évidence le « patient actif » capable de discuter, d'échanger avec le praticien. Elle donne un pouvoir de marché au patient en réduisant l'asymétrie d'information avec le professionnel in Philippe Batifoulier et al, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française » in *Revue Française De Socio-Economie*, 2008/1 (n°1).

<sup>270</sup> Nicole Pelicier, « Un consentement pleinement libre et éclairé ? » in *Laennec*, 2011/4 ,5 Tome 59).

À travers ces propos, on comprend qu'en dépit de l'essor théorique de la notion de consentement, il y'a encore plusieurs défis à relever lors de la pratique. Dans la pratique se pose un ensemble de situations où il est très difficile en réalité de garder la relation de soin équilibrée. Le malade de par son statut ne jouit pas lui-même d'une certaine liberté. Il bénéficie certes des informations et implications de son traitement mais n'échappe pas aux multiples contraintes que lui impose la maladie. En guidant et en éclairant le choix thérapeutique des malades, le soignant cherche bien à impliquer celui-ci dans le processus de soins mais ce malade demeure sujet à la maladie.

### **III.1.3- La (re) appropriation du consentement lors du soin à la maternité de l'HDE**

Les soignants tout comme les parturientes bien que de façon différente reconnaissent la place du consentement dans le soin. Ainsi, il est question ici de voir comment est-ce que les professionnels de soin développent ou matérialisent le consentement lors de leurs pratiques de soins et de comprendre dans quelle mesure la non-recherche du consentement des parturientes transforme les pratiques de soins en des violences.

Les entretiens réalisés avec les professionnels de soins de la maternité d'Efoulan permettent de comprendre que les avis restent mitigés par rapport au consentement. Il ressort de ces entretiens que la recherche du consentement est fonction des professionnels et des situations puisqu'un consensus n'est pas fait là-dessus. À la question de savoir si le consentement doit toujours être recherché lors du soin, la majeure explique ceci : « *Oui, toujours. Le consentement doit toujours être recueilli. Quel qu'en soit les pratiques. Même le soin qu'on fait, il faut toujours demander à la patiente.* »<sup>271</sup> Suite à cette réponse, un cas particulier a été pris notamment celui relatif à un accouchement par voie basse où lors de la poussée il se trouve le besoin de réaliser une épisiotomie. À la question de savoir si le consentement doit être recherché dans ce genre de situations, elle répondit :

*Là-bas on n'a plus besoin du consentement. Mais, on doit lui dire, on doit l'avertir que madame, là où tu vois là le passage est petit et le bébé ne peut pas passer. L'épisiotomie est rare mais l'épisiotomie existe lorsque tu sens que l'ovocyte foétale est en danger. Il faut faire sortir le bébé et tu es obligée de le faire. Parce qu'il y'a certaines situations où la femme n'a pas de choix puisque le bien-être de l'enfant dépend.*<sup>272</sup>

De ce discours, il ressort que le dans certaines situations comme la poussée où le processus d'accouchement est déjà enclenché le consentement est partiellement recherché.

---

<sup>271</sup> Entretien réalisé le 28/04/2023.

<sup>272</sup> Entretien réalisé le 28/04/2023.

Ainsi, le professionnel juge mieux d'informer la parturiente et de ne pas la laisser se prononcer puisque c'est davantage la sortie d'un bébé en bonne santé qui importe. Il convient de préciser que le consentement a deux pans notamment l'information et le choix. Ici, c'est juste l'information qui est donnée à la parturiente. Dans ce cas, parler d'un consentement qui soit libre et éclairé est un abus. Toutefois, pour les parturientes, le fait d'être juste informé est suffisant. Nadège, célibataire, lors de son deuxième accouchement ayant subi une suture raconte :

*Pour mon deuxième accouchement à Efoulan on m'a déchiré (réalisé une épisiotomie). Je n'avais pas de problèmes avec puisque la sage-femme là m'a bien informé. Je poussais normalement sauf qu'à un niveau elle m'a dit de stopper. L'enfant était gros et pesait quatre kilos et ma voie était petite. Quand elle m'a dit ça j'ai compris que c'est ça qu'il fallait pour que j'accouche bien. Ça faisait mal mais je supportais.<sup>273</sup>*

Ces propos permettent de comprendre qu'effectivement, l'information des parturientes avant l'exercice d'une pratique est suffisante. Le fait pour ces dernières d'avoir accès à ces informations les mettent en confiance et les permet de repousser l'hypothèse d'une quelconque violence. Cette communication dans la relation de soin occupe une place primordiale permet ainsi d'harmoniser les relations entre les prestataires de soin et les parturientes.

Un autre entretien réalisé avec une autre sage-femme permet de comprendre que le consentement n'est pas toujours recherché lors du soin, même pas l'information n'est pas toujours donnée :

*Quand la parturiente est entrain de pousser elle crie qu'elle a mal et tout, et puis à un moment la tête de l'enfant est déjà dehors, tu lui dis de pousser elle dit que non, elle est fatiguée, elle ne peut plus. Tu te rends compte que si l'enfant reste comme ça il va avoir une détresse respiratoire tu vas faire comment ? tu coupes parce que si tu lui dis même que tu vas la déchirer elle va encore commencer à s'agiter, à bouger, ce qui n'est pas bien pour l'enfant. Et si l'enfant là meurt même la parturiente là va te dire que c'était de ta faute toi la sage-femme.<sup>274</sup>*

Ce récit révèle que très souvent le consentement et même l'information de la parturiente ne sont pas toujours donnés car lorsqu'il faut réaliser une pratique qui génère la douleur et que la parturiente ne « participe » pas réellement à l'accouchement, le professionnel juge mieux de réaliser l'épisiotomie. Ceci se fait sans informer la parturiente pour éviter de potentielles troubles et agitations supplémentaires qui pourraient porter atteinte à la santé du bébé. Ne pas

---

<sup>273</sup> Entretien réalisé le 15/07/2022.

<sup>274</sup> Entretien réalisé le 22/12/2022.

rechercher le consentement est une stratégie usitée pour que les soins se passent de façon plus sereine afin de garder l'enfant en bonne santé.

Toutefois, si cette abstention à informer la parturiente représente comme dans le cas ci-haut une façon de faire le soin en toute sérénité, elle est perçue par les parturientes comme étant une violence, une atteinte à leurs droits car elles-mêmes ne sont pas informées des pratiques qui se font sur leur corps. Cela renforce ainsi le pouvoir que le personnel a sur les parturientes et consolide la représentation des parturientes comme des « objets » de soin. Une primipare ayant vécu cette scène signifie sa consternation :

*Pour mon accouchement là-bas je n'avais pas de problèmes. Il y'a un seul truc qui m'a énervé. Quand moi j'ai accouché je ne savais pas qu'on m'a déchiré. J'ai accouché normalement, j'ai porté mon enfant et tout sauf que quand on retire le placenta, on me nettoie et tout...Après j'entends seulement la sage-femme dire que places bien tes jambes maintenant on va te coudre. J'étais très énervée là-bas. Il fallait qu'elle me dise au moins qu'on va me déchirer pour telle ou telle raison pour que je sache au moins. Est-ce que je vais refuser qu'on fasse ça pour sauver mon bébé ? mais elle devait quand me dire.<sup>275</sup>*

Ce récit permet de comprendre que les parturientes perçoivent des pratiques médicales comme des violences dans la mesure où celles-ci sont faites sans qu'elles ne soient au préalable informées. En réalité, il se dégage de ces entretiens que ce n'est pas les deux constituants du consentement qui sont mis en exergue lors du soin à la maternité de l'HDE. Le volet relatif au choix est négligé parfois même n'est pas mentionné. C'est davantage la dimension informative qui est mise en scène. Finalement, il peut se dire que pour les soignants tout comme pour les parturientes, le consentement se résume à l'information. Ceci permet donc de voir comment est-ce qu'il s'effectue une endogénéisation du consentement au-delà de la conception un peu plus radicale soutenue par les organisations multinationales et les groupes militants.

### **III.2- La violence vécue et l'éthique de soin**

Pour parler objectivement de violence, il doit se produire des transgressions par rapport à un ensemble de normes et de prescriptions définies au préalable de façon formelle ou de manière tacite. L'éthique de soin est donc un élément régulateur qui permet de définir les différents devoirs des soignants. C'est donc la transgression de ces normes et valeurs qui encadrent le soin

---

<sup>275</sup> Entretien réalisé le 23/12/2022.

qui aboutissent aux violences. C'est donc l'ensemble de ces faits présentés dans le chapitre premier de ce travail qui constituent en effet la violence vécue.

Du désastre de la Choa, est né en 1947 le code de Nuremberg élaboré dans le but de réguler les pratiques médicales. C'est d'ailleurs sur ce texte que va s'appuyer tous les textes et conventions nationales et internationales traitant de l'éthique médicale. Ce texte regroupe un ensemble de principes qui encadrent la relation soignant-soigné. Suite à cela, Tom Beauchamp et James Childress vont édicter en 1979 les quatre principaux principes sur lesquels repose la démarche de l'éthique médicale notamment : le principe d'autonomie qui remet en question l'approche paternaliste de la médecine et donne le pouvoir au soigné de participer à son traitement ; le principe de bienfaisance qui est relatif au regard bénéfice-risque du traitement proposé ; le principe de non-malfaisance qui est celui de ne pas nuire au patient et enfin le principe de justice et d'équité qui est un principe non discriminatoire, qui vise à partager de façon non discriminatoire les ressources et allocations de prise en charge des patients.

### **III.2.1-Des fondements philosophiques de l'éthique médicale**

Étymologiquement, le mot « éthique » vient du grec « ethos » qui signifie « manière de vivre ». Elle a des fondements essentiellement philosophiques. C'est une branche de la philosophie qui s'intéresse aux comportements humains et plus précisément à la conduite des individus en société. Il n'existe pas de définition consensuelle de l'éthique. Le concept oscille selon les auteurs entre réflexion portant sur la notion de Bien et de règles normatives. C'est une réflexion sur les valeurs qui orientent et motivent nos actions. C'est aussi une réflexion sur les comportements à adopter pour humaniser les relations tant sur le plan professionnel que personnel. À la différence de la morale au sens Kantien qui se veut universelle, l'éthique elle, est spécifique à chaque système ou organisation.

À ce sujet, Frederic Gros<sup>276</sup> pense que la notion de « soin » a toujours été importante dans la philosophie morale des Anciens. La philosophie antique se présente donc largement comme une thérapie de l'âme par rapport à la médecine qui est une thérapie du corps. Socrate qu'on a pris l'habitude de considérer comme le « premier » philosophe, utilise cette idée de « soin » pour caractériser son message essentiel. Il s'agit en effet de demander en effet s'il prend bien soin de son âme. La question que pose la philosophie dans son origine ancienne est de savoir

---

<sup>276</sup> Frederic Gros, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin » in *Recherches En Soins Infirmiers*, 2007/2 (N°89).

est ce que tu te soucies correctement de toi-même ? est-ce que tu es pour toi-même un objet de soins ? »

Plus loin encore, il précise que :

*C'est d'ailleurs la dimension de « soin », de « souci » qui explique que la philosophie puisse se présenter aussi facilement comme une entreprise médicale : le stoïcien Epictète ne cesse de répéter qu'on doit se rendre à l'école comme on se rend à l'hôpital, ou dans n'importe quelle structure de soin. Epicure dit de son côté qu'il n'est jamais ni trop tôt, ni trop tard pour philosopher car il s'agit de l'hygiène de l'âme. Enfin, les derniers mots de Socrate avant de mourir furent une demande de sacrifice d'un coq à Esculape, dieu de la médecine.<sup>277</sup>*

Ces propos permettent de voir le lien existentiel entre la philosophie et le soin. Elles sont deux notions qui sont intimement liées et dont la différence réside dans l'objet de soin. D'un autre point de vue, Hubert Doucet<sup>278</sup> montre que l'éthique médicale apparaît vers les années 1960 et tire sa source des scandales qui se sont produits aux États-Unis notamment à Nuremberg.<sup>279</sup> La déontologie (étymologiquement la science du devoir) semble plus simple à appréhender et renvoie à un ensemble de règles dont se dotent une profession (ou une partie de la profession au travers d'une organisation professionnelle qui devient l'instance d'élaboration, de mise en œuvre, de surveillance et d'application de ces règles. Elle a toujours un caractère obligatoire, tout manquement pouvant faire l'objet de sanctions.<sup>280</sup> Elle fait référence aux valeurs du devoir.

### **III.2.2-Entre régulation et mécanisation des pratiques : l'éthique du soin du point de vue des soignants**

Le soin ou « care » rappelle davantage la dépendance ontologique de l'humain ceci dans la mesure où peu importe l'âge, l'appartenance spirituelle, le statut social, les capacités intellectuelles, il s'impose toujours le besoin de la présence et de l'aide d'autrui. Du point de vue des soignants, deux conceptions se dégagent par rapport à l'éthique du soin : la première légitime les normes et prescriptions de soins et la seconde les considère comme une injonction visant à standardiser les pratiques de soins.

---

<sup>277</sup> Frederic Gros, idem.

<sup>278</sup> Hubert Doucet, *L'éthique de la recherche*, Presses Universitaires de Montréal, 2002. Disponible sur <http://books.openedition.org/pum/docannexe/image/13759/img-1.jpg> consulté le 18 février 2023 à 00h50min.

<sup>279</sup> Nuremberg : ville aux États-Unis où s'est déroulé le procès contre les médecins nazis qui avaient tués des centaines de patients lors de la deuxième guerre mondiale. Ce procès a été fait par des juristes et non des médecins.

<sup>280</sup> Samuel Mercier, idem.

Concernant la première, elle considère l'éthique médicale comme un principe régulateur de la relation de soin. C'est dans ce sens que : « *l'éthique médicale se préoccupe des questions morales soulevées par la pratique de la médecine et, de façon plus générale par la prestation des soins de santé.* »<sup>281</sup>. Plus que dans tout autre domaine incluant l'éthique comme l'économie ou l'environnement, la santé et plus précisément le soin demande une attention particulière. Ici, c'est la vie des êtres humains qui est en jeu. Il ne s'agit pas de « dresser » des malades comme des animaux afin d'atteindre le stade de la guérison, mais il s'agit de « prendre soin » de ce dernier. Le soin, il faut le préciser ne se limite pas uniquement à l'aspect technique sinon on parlera des « ingénieurs de soin ». Mais, il va bien au-delà et prend en compte le caractère humain de la personne malade.

Dans cette double perspective, le malade a besoin des soins médicamenteux et ceux « non médicamenteux » parmi lesquels « les perfusions de présence » et les « nourritures affectives ». C'est justement ce côté humain des soins qui permet d'harmoniser et d'humaniser la relation de soin et pose le malade non pas comme « objet de soins » mais comme « sujet de soins ». En d'autres termes, il ne s'agit pas de soigner une maladie, mais plutôt de soigner une « personne malade ». Une personne qui a en elle non seulement cette disposition physique visible à savoir le corps mais aussi cette partie invisible l'esprit. Dans cette logique, Philippe Svandra pense que :

*En effet, qu'attendons-nous d'un soignant lorsque nous sommes nous-même malade ? En premier lieu qu'il soit techniquement compétent, qu'il sache isoler parfaitement notre mal et nos problèmes au point d'en faire un objet bien défini. En second lieu, qu'il soit compétent d'un point de vue relationnel en acceptant notre souffrance « inconditionnellement » et en nous accompagnant « subjectivement » avec attention, affection. En dernier lieu qu'il soit compétent en se montrant juste et respectueux de nos « droits ».*<sup>282</sup>

Ce portrait est comme idyllique car dans la réalité, la cohabitation entre ces trois dimensions du soin reste à rechercher. Il y'a bien souvent tension, affrontement et même rupture entre la technique, la relation bienveillante et la justice. L'éthique du soin grâce à ses prescriptions et ses devoirs envers les patients vient alors organiser les rapports dans la relation soignant-soigné afin de s'assurer du respect des droits des patients. Ces normes permettent de régir les interactions lors du soin de telle enseigne que la sécurité, l'harmonie et le bien-être et la satisfaction des patients soient effectifs. De ce fait, l'éthique du soin s'assure du respect du

<sup>281</sup> Patricia Bailey, Benjamin Freedman, « Ethique médicale » in *l'Encyclopédie Canadienne*, 2015.

<sup>282</sup> Philippe Svandra, « Le soin sous tension ? » in *Recherches Infirmières*, 2011/(N°107).



« principe de responsabilité face à la vulnérabilité »<sup>283</sup> des soignants vis-à-vis des patients. Bien que cette éthique de soin soit légitimée et appréciée par nombre de penseurs et de praticiens, cela ne fait pas l'unanimité. D'autres par contre ont une vision différente de l'instauration de ces mesures de soins.

En effet, l'ensemble des devoirs auxquels doivent se soumettre les soignants lors de l'exercice de soins apparaissent comme des contraintes. Ils sont tenus de respecter ces normes afin de ne pas écoper des sanctions disciplinaires ou des poursuites judiciaires. Ces contraintes sont vues par certains professionnels comme étant une façon de standardiser, de mécaniser les soins alors que le soin est spécifique à chaque patient. Le fait que ce soit des individus qui reçoivent ces soins devrait rendre plus souple les lois qui régissent les interactions dans le soin. Chaque patient a des comportements qui lui sont propres et c'est justement selon la personnalité et la culture du patient que devrait s'organiser le soin.

Fixer des règles au préalable apparaît alors pour ces derniers comme une façon de les contrôler, de toujours jeter un regard critique dans l'exercice de leurs fonctions ce qui les expose et les rend vulnérables ce qui affectent les interactions entre les patients et eux. Ces soignants se sentent comme étant surveillés et contrôlés :

*Vouloir réfléchir au soin lorsqu'on est soignant, n'est donc pas aisé. Deux écueils se présentent à ceux qui s'y essayent. Le premier est celui d'une trop grande proximité qui fait perdre le caractère universel et immuable du soin. Le second est celui d'un trop grand éloignement qui risque de donner une image désincarnée, déshumanisée, théorique du soin.*<sup>284</sup>

Ces propos permettent de comprendre la difficulté qu'ont les soignants à exercer les soins au vu des contraintes imposées par la réglementation. Il est alors difficile de trouver le juste milieu. D'une part, une familiarité profonde avec le patient qui remet en question le caractère professionnel et non discriminatoire que doit garder le soin. Une réelle proximité entre le soignant et le patient fait perdre le côté professionnel du soin dans la mesure où d'autres soignés peuvent se sentir négligés, discriminés ou écartés ce qui est une hors norme, tous les patients doivent être traités de la même façon. En outre, rester dans une logique de soin en gardant une certaine distance avec les soignés risque d'être vu par ces derniers comme une déshumanisation, comme une tendance à être négligés et par conséquent de ne pas respecter les normes de soins dont l'empathie.

---

<sup>283</sup> Philippe Svandra, « Un regard sur le soin » in Recherches *Infirmières*, 2008/4(N°95).

<sup>284</sup> Philippe Svandra, idem.

Dans cette logique, Lipanie Berangère analysant les représentations des violences obstétricales par les étudiants en santé interne de gynécologie et étudiants-sage-femmes fait savoir que, pour ces derniers, « *les violences obstétricales sont une notion très subjective, dont chacun peut avoir des représentations différentes en fonction du contexte, de l'urgence, du genre, des caractéristiques sociales et de la génération* »<sup>285</sup>. Ce récit permet de comprendre que ce qui est admis comme une violence par certains professionnels de soins ne l'est pas chez d'autres. Un consensus n'est pas encore fait sur celui-ci dans la sphère médicale. Revenant justement sur l'hôpital de district d'Efoulan qui est notre site de recherche, il convient de dire que, ce néologisme n'est presque pas connu des sages-femmes. Il se révèle pour elles comme étant une fabrication occidentale, un « mot de l'OMS » utilisé pour rendre compte des réalités et pratiques pourtant normales et dont les conditions de travail et la préservation de la vie de la mère et de l'enfant couvrent. Ceci pourtant, on peut bien lire ces normes présentes dans la maternité de cet hôpital et rendues publics.

### **III.2.3-Le non-respect des normes éthiques en obstétrique et la production des violences obstétricales**

Il s'agit de montrer ici que la non observance par les professionnels de soins des prescriptions qui régulent la prise en charge des parturientes donne lieu à diverses violences. Ces violences sont donc considérées comme l'écart existant entre « ce qui doit être » c'est-à-dire l'ensemble des normes en vigueur, les recommandations à « ce qui est » ; ce qui se pratique, ce qui se fait voir dans les maternités.

Pour cette recherche, nous nous appesantirons sur des conventions signées au plan international, national et celles présentes à l'hôpital de district d'Efoulan. Les documents qui nous permettront de le faire sont les suivants : Au niveau international c'est le Code de déontologie International pour les sages-femmes<sup>286</sup> et le cadre réglementaire professionnel régional à l'usage des infirmiers et des sages-femmes<sup>287</sup>. Au niveau national nous avons la loi professionnelle de la médecine du Cameroun<sup>288</sup> notamment celle traitant des professions médicales et medico-sanitaires et plus précisément celle des professions médico-sanitaires :

---

<sup>285</sup> Lipani Berangère, « représentations des violences obstétricales par les étudiants en santé interne de gynécologie et étudiants-sage-femmes », Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme, Département de maïeutique, Université de Grenoble Alpes, 2021.

<sup>286</sup> Ce code a été adopté par la Confédération Internationale des Sage-femmes lors de la réunion au conseil de Glasgow depuis 2008, texte qui fut révisé et approuvé à la réunion du conseil de Prague en 2014.

<sup>287</sup> Bureau régional pour l'Afrique, Cadre réglementaire professionnel régional à l'usage des infirmiers et des sages-femmes. Création d'une approche commune de la réglementation, de la formation et de la pratique : orientations futures pour le développement des infirmiers et des sages-femmes dans la région Afrique, OMS 2016.

<sup>288</sup> De façon spécifique, il s'agit de la Loi N°90 du 10 août 1990 relative à l'exercice et à l'organisation de la profession de médecin.

infirmier, sage-femme et technicien medico-sanitaire<sup>289</sup>, des Normes et Standards en santé de Reproduction<sup>290</sup>. Au niveau de l'hôpital de district d'Efoulan, nous nous servons d'une fiche qui a été retrouvée dans cette structure lors de la collecte de données et qui traite des « droits des parturientes ».

L'ensemble des outils théoriques sur lesquels porteront cette analyse ainsi déclinés, il est maintenant question de procéder à une analyse des prescriptions faites dans ces textes dont le non-respect est à l'origine des violences obstétricales. Dans la plupart de ces documents, on peut y lire les droits des parturientes entre autres le droit à la sécurité, à la confidentialité, à l'information, au choix. Ces droits étant encadrés par ces textes, leur non-respect engendre inéluctablement des violences. C'est justement en s'appuyant sur ces pratiques déviantes et délinquantes qu'il convient de comprendre comment se construisent et s'entretiennent les violences obstétricales.

De même, il se lit dans ces textes des devoirs des professionnels de soins. Parmi eux, l'empathie, le devoir d'informer, de prendre soin des patients, d'octroyer des soins sans discriminations, de garantir la confidentialité des informations concernant les parturientes, d'assurer des soins de qualité. Ce sont donc là les attentes à l'endroit des sages-femmes. Ces normes éthiques et professionnelles dictent ainsi la conduite à tenir par ces professionnels afin de fournir des soins aux parturientes. C'est en effet la transgression de ces normes qui donnent lieu aux violences obstétricales.

De ce fait, il se dégage du développement ci-haut que, les violences obstétricales, loin d'être une construction subjective des parturientes est traçable. Ces violences ne sont donc pas perçues mais sont subies. L'expérience de l'accouchement étant singulière d'une parturiente à une autre, les pratiques de soins elles-mêmes seront vues comme telles de façon différenciée. Ce qui est subjectivement admis comme violence par une parturiente ne peut pas l'être par une autre. Des facteurs culturels et liés au statut social rendent bien compte de cette différence. La dialectique entre la violence perçue et la violence vécue vient en effet rendre compte de cette ambiguïté, de ce fossé qui sépare ce qu'il convient de classer dans le registre des violences ou non. L'éthique apparaît avec ses normes et ses valeurs comme un régulateur de la relation de soin et tranche le débat sur les violences obstétricales en précisant « ce qui doit et ne doit pas être fait » lors du soin même si au vu des réalités factuelles, d'autres manœuvres peuvent entrer en jeu.

---

<sup>289</sup> Précisément, il s'agit de la loi N°88-021 du 16 décembre 1998 modifiant la loi N°84-010 du 5 décembre 1984 fixant l'organisation de l'ordre des professions médico-sanitaires/infirmiers, sage-femme et technicien médico-sanitaire.

<sup>290</sup> MINSANTE, Normes et Standards en Santé de la Reproduction, 2008.

Au terme de ce chapitre traitant des incidences des violences obstétricales sur le rapport à l'éthique, il ressort d'emblée que la violence obstétricale est un phénomène complexe dont le traitement et l'analyse doivent s'adosser sur une démarche pointilleuse et rigoureuse au vu de la sensibilité que revêt ce sujet. Afin de rendre compte de cela, il a paru judicieux de faire en quelque sorte une généalogie de ce phénomène en revenant notamment sur la grossesse. Loin de s'y intéresser de façon anodine, il était question de présenter la vulnérabilité physiologique de la femme pendant la grossesse. Ceci s'est fait grâce à la mobilisation d'un ensemble de données biomédicales et issues qui rendent compte de la fragilité de la femme enceinte durant cette période. Suite à cela, il a été présenté la vulnérabilité sociale de la femme enceinte au travers des différentes représentations, rites et interdits auxquels est exposée la femme enceinte en vue de sa protection. Dans un deuxième moment, c'est la vulnérabilité de la femme enceinte lors de l'accouchement qui a été présentée. Cette fragilité a été présentée via les pratiques exercées lors du soin qui sont génératrices de souffrance, de douleur et par l'émergence de la violence obstétricale qui s'ajoute aux contraintes inhérentes à l'accouchement. La dernière partie de ce chapitre s'est attelée à présenter la dialectique existante entre la violence telle qu'elle est perçue et telle qu'elle est vécue en s'appuyant justement sur l'éthique de soin qui a un rôle régulateur et permet de trancher ce débat ceci même si la réalité sur le terrain a cette faculté de créer des normes de façon spontanée au vu de la complexité des situations. Au vu de tout ce qui a été dit et démontré dans ce chapitre, il convient de se demander quelles sont les implications de ces violences sur les pratiques de soin exercées par les professionnels.

## Chapitre IV :

# INCIDENCES DES VIOLENCES OBSTETRIQUES SUR LE RAPPORT AUX SOINS

L'étude de l'environnement social régnant après l'avènement des violences obstétricales permet de comprendre que celles-ci engendrent de nombreuses incidences. Il est donc question dans ce chapitre d'analyser les implications de ces violences. Elles se lisent non seulement dans la relation de soin mais aussi sur la santé physique des nouveau-nés et ont une influence remarquable sur l'itinéraire de soin des parturientes. Cela permet de comprendre que les incidences des violences obstétricales dépassent largement la dimension intersubjective mettant en scène les sages-femmes et les parturientes et/ou leurs accompagnants et est davantage systémique. Ces violences ont en effet le pouvoir de remettre en question la trajectoire hospitalière de soin des parturientes. Ce chapitre s'appuiera donc sur un ensemble d'observations in situ et d'entretiens semi-directifs menés auprès des parturientes et de leurs accompagnants. Tel qu'il a été annoncé ci-haut, ce chapitre sera subdivisé en trois parties. Nous présenterons d'abord les effets pervers des violences obstétricales dans la relation de soin c'est-à-dire sur les rapports entre les sages-femmes, les parturientes et/ou leurs accompagnants. Ensuite, il est question de présenter les conséquences de ces violences sur la santé physique des nouveau-nés. En dernier ressort, il s'agit d'analyser les implications de ces violences sur l'itinéraire des parturientes lors de leurs prochains accouchements.

### I. LES INCIDENCES SUR LA RELATION DE SOIN

L'ensemble des violences à la fois physiques, verbales et économiques que vivent les parturientes dans la maternité de l'hôpital de district d'Efoulan donne lieu à plusieurs conséquences perceptibles dans la relation de soin. À titre de précision, la relation de soin dans cette étude ne débute pas à l'accueil comme ce fut le cas dans la recherche de menée par Yannick Jaffre et Olivier De Sardan<sup>291</sup> mais, elle débute effectivement dès l'entrée des parturientes dans la salle d'accouchement. Ce découpage est fait afin de définir de façon spécifique les situations et pratiques qui meubleront cette partie. La relation que tisse les parturientes avec le personnel paramédical n'est pas prise en compte. Il est donc question dans

---

<sup>291</sup> Yannick Jaffre et Olivier De Sardan, *idem*.

cette partie de présenter comment est-ce que l'irruption des violences obstétricales affecte la relation entre les professionnels de soins et les parturientes. Autrement dit, il est question de déterminer l'effet des violences obstétricales dans les divers rapports qu'entretiennent les parturientes et les professionnels lors du soin. Des observations dans cette maternité, des entretiens avec les sages-femmes et les parturientes nous ont à cet effet permis d'identifier des effets pervers des violences obstétricales dans la relation de soin. Ces effets ont été spécifiés en trois groupes. D'abord, les conséquences médicales, ensuite les conséquences communicationnelles et enfin des conséquences psychologiques.

### **I.1- Les incidences sur le plan médical**

Selon la charte du patient hospitalisé (circulaire du 06mai 1995) au Cameroun : « *tout patient informé par un praticien des risques encourus, peut refuser un acte de diagnostic ou un traitement, l'interrompre à tout moment à ses risques et périls.* » Ainsi, légalement, le patient a le droit de mettre un terme à la réception de ses soins. Ceci en trois modalités : soit avec la décharge du patient, soit avec la décharge d'un tiers ou encore sans décharge. Deux principales catégories de refus de poursuite de soins sont mises en exergue dans cette partie. Premièrement la sortie contre avis médical et en second lieu la fugue de l'hôpital. Elles ont pour point commun d'être effectuées sans l'assentiment des établissements de soins car sont toutes deux sont décidées et imposées par les patients.

#### **I.1.1-Les sorties contre avis médical**

Elles correspondent aux situations dans lesquelles la parturiente refuse les soins proposés et quitte délibérément un établissement de soin. Afin de se dédouaner de tous les risques et les conséquences qui pourraient découler de cet arrêt de soins, le patient est tenu de signer une attestation dans laquelle il reconnaît quitter l'hôpital sans l'avis médical. Il est donc un acte volontaire ou un comportement déviant du patient car celui-ci décide en connaissance de cause de transgresser de ce que prescrit le protocole de soins. Ici, elle est comprise comme la résultante d'une lacune enregistrée au niveau de l'offre qualitative des soins.

Selon l'Institute Of Medecine(IOM), les soins de qualité englobent six catégories majeures : sécuritaires, efficaces, centrés sur les patients, opportuns, efficaces et équitables.

C'est donc au vu de l'insuffisance, voire de l'absence de ces différentes dimensions que le patient fait recours à la sortie contre avis médical. Selon Anshula Ambasta,<sup>292</sup>

*La sortie contre avis médical a une répercussion négative sur les résultats de santé du patient. Plusieurs études ont montré que les patients qui quittent l'hôpital contre l'avis du médecin ont un risque de réadmission de 20% à 40% plus élevé que les patients dont la sortie était autorisée par le médecin.*<sup>293</sup>

Ainsi, en dépit de ce risque sanitaire, des parturientes décident toujours de sortir contre l'avis médical des soignants. Ce fut le cas d'une parturiente ayant accouché à l'hôpital d'Efoulan qui sortit directement après la sortie du bébé puis du placenta. Suite à une insatisfaction du service rendu, elle explique :

*À l'hôpital là là-bas, je ne sais pas, où c'est seulement la sorcellerie ? un hôpital qui n'a pas de groupe électrogène. On fait les soins dans le noir. Tu es là tu cries même, tu pleures, personne ne te regarde, personne ne te gère. Elles sont seulement fortes pour dire donnez l'argent, va acheter, va acheter telle chose. Après c'est que donnez la bière pourtant elles sont là au couloir pour bavarder.*<sup>294</sup>

Les propos ci-dessus rendent compte d'un ensemble de dysfonctionnements systémiques et relationnels qu'a observé la parturiente avant de décider de quitter l'hôpital. Par-là, il se dégage que la sortie contre avis médical n'est pas un choix anodin ou vulgaire, mais, une décision prise à la suite d'un ensemble de faits ou de situations qui ne concourent pas à une prise en charge sécurisante de la parturiente et de son bébé. Ainsi, au vu de cet ensemble de dysfonctionnements, la parturiente juge mieux de s'éclipser avant que le pire ne survienne :

*Le jour-là, quand je dis à la femme là, que je veux sortir elle me dit que tu dors, mince !!! Je dors où ? Elle me dit que si tu rentres tu saignes ça te regardes. J'ai dit qu'il y'a pas de souci. Je saigne il y'a les cliniques partout. Je suis rentrée à 2h dès que j'ai fini d'accoucher là à 2h, je suis rentrée. Je ne pouvais même plus supporter même si c'était quoi. Et, plus jamais je n'irai là-bas. Même ma fille qui est enceinte ne peut même pas accoucher là-bas.*<sup>295</sup>

Ce récit révèle qu'au vu de l'insatisfaction de la parturiente, une sortie contre avis médical apparaît chez cette parturiente comme la seule issue. Consciente de ce qu'il peut avoir rechute, cette dernière a déjà émis l'hypothèse du recours aux cliniques privées afin de contrer de potentiels effets indésirés. Ce vécu traumatique du fait des pratiques inadéquates qui y sont

---

<sup>292</sup> Anshula Ambasta et al, « Sortie contre avis médical : comportement « déviant » ou écart de qualité du système de santé ? », école de médecine de Cummings, Université de Calgary, 2019.

<sup>293</sup> Anshula Ambasta, idem

<sup>294</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

<sup>295</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

associées pousse donc cette jeune femme à s'interdire de fréquenter à nouveau cette structure de soins publique de même que sa progéniture. Ce changement d'itinéraire thérapeutique apparaît alors comme une stratégie résiliente développée par cette dernière afin de contrer de possibles violences lors des prochains accouchements.

### **I.1.2- La fugue des parturientes**

D'autres situations observées lors de la collecte de données font état de ce qu'à côté des sorties contre avis médical qui sont officiellement reconnues, se trouvent d'autres cas désignés sous le vocable « fugue ». En effet, elle consiste pour un patient à sortir, à quitter l'hôpital à l'insu du personnel de soin. Guilaine Téclaire Lekain<sup>296</sup> la définit comme étant une « *évasion où le patient quitte le service à l'insu du personnel soignant.* » Si la fugue est plus récurrente dans les établissements de soins psychiatriques du fait du retard mental qu'ont les patients comme le montre Alain Vernet et al<sup>297</sup> ou encore Thibault Desrues<sup>298</sup>, elle est toute aussi perceptible dans d'autres services comme ceux de la maternité. Dans celle d'Efoulan précisément, l'on a assisté à ce genre de scènes :

#### **Encadré n°9 : Observation d'une scène de fugue**

Il s'agit d'une parturiente venue pour l'accouchement. Une fois être entrée dans la salle d'accouchement, elle se coucha sur la table d'accouchement ; la sage-femme lui demanda de retirer son sous vêtement pour un toucher. Elle murmura alors : « *il y'a même pas de rideaux pour séparer les gens ?* » On pouvait lire sur son visage une certaine désolation et une forte désinvolture. Etant toujours couchée, et tardant à enlever son sous-vêtement, la sagefemme demanda encore : « *Madame, votre carnet !* ». Elle se précipita alors de dire à la sage-femme attendez je vais le chercher. La sagefemme répliqua : « *vous n'avez pas de garde-malade ?* » Elle dit non. On pouvait lire un grand soulagement sur son visage. Elle sortit aussitôt et s'en alla dans le hall d'attente où elle trouva sa « sœur » qui était plus jeune qu'elle et lui dit : allons, je ne peux pas accoucher ici. Nous l'avons suivi espérant avoir des réponses à nos questions mais ce fut un refus. Suite à cela, nous retournions dans la salle d'accouchement et quelques minutes après la sage-femme demanda aux stagiaires : « *où est la femme qui voulait accoucher ici ?* » ils répondirent qu'elle est sortie. Puis une autre sage-femme dit : « *si elle est partie elle est partie non, est-ce que c'est obligé d'accoucher ici ?* »

Cette scène de fugue ainsi décrite permet de comprendre que la défaillance infrastructurelle visible à travers un manque de rideaux et donc un non-respect de la

<sup>296</sup> Guilaine T'éclaire Lekani, « Facteurs favorisant les sorties contre avis médical aux urgences », UCAC, Licence en sciences infirmières, 2017.

<sup>297</sup> Alain Vernet et al, « prévention de la fugue en établissement psychiatrique. Une obligation de moyens renforcée » in *L'information Psychiatrique*, 2020/6.

<sup>298</sup> Thibault Desrues, « Les fugues en psychiatrie, état des lieux au CHU de Nantes en 2011 », Université de Nantes, Faculté de médecine, Diplôme d'état de Docteur en médecine, 2012.



confidentialité et de l'intimité des parturientes entraîne des conséquences assez graves comme la fugue des parturientes. Ces conséquences ont un effet sur la santé de la parturiente car étant en travail et ne sachant pas exactement à quel moment accoucher, la distance la séparant de cette maternité à une autre peut faire en sorte que le bébé sorte dans le taxi. Ce qui constitue un risque non seulement pour la mère mais pour son bébé car une prise en charge adéquate ne sera pas réalisée à temps.

## **I.2- Les incidences sur le plan psychologique**

Les effets pervers des violences obstétricales sont aussi constatés sur le plan psychologique . Il s'agit notamment de la peur envahissant les parturientes, la perte d'estime de soi envers les professionnels de soin et envers elles-mêmes.

### **I.2.1- La peur envahissant les parturientes**

La relation de soin est de façon générale marquée par la peur. La peur n'est pas seulement le propre des patients mais aussi celui des soignants. Cette psychose s'amplifie davantage en situation de violence. Une parturiente qui n'est pas en phase avec le personnel de soin ressentira la peur à un degré plus avancé. Bien que très souvent inexprimées par les parturientes, la peur envahie leur être. Ce sont des sentiments qui sont intrinsèques et dont les parturientes ont eu à exprimer lors des entretiens réalisés dans le cadre de cette recherche. Cette peur relève donc d'une triple échelle : d'abord celle de la perte de l'enfant, ensuite celle de la mort de la parturiente et enfin celle économique due à l'inaccessibilité économique de certains soins.

#### **I.2.1.1-La peur de perdre son bébé**

L'accouchement a pour finalité principale la mise au monde d'un bébé. Au vu des négligences enregistrées, certaines parturientes se sentent menacées psychologiquement et craignent le pire pour leur bébé. Ce sentiment crée donc un trouble continu dans la relation de soin. Cette multipare explique :

*J'étais sur la table d'accouchement, je l'appelle (la sage-femme) je lui dis que l'enfant vient déjà elle me dit que non, elle vient de me faire le toucher, que je suis encore en travail. J'ai crié que non, voilà la tête de l'enfant qui est déjà sortie, la tête de l'enfant était déjà sortie, elle a même pris l'enfant sans mettre les gangs, donc c'est ma part de souffrance là-bas. Ça m'a fait beaucoup mal. C'est là que je lui ai demandé que si elle tardait comme ça quelque chose arrivait à mon enfant qu'est-ce qu'elle devait dire ? Moi ça ne m'a pas plu. Je ne parlais même plus avec elle j'avais seulement peur*

*pour mon enfant même quand je l'ai porté j'avais toujours peur. Et je n'accouche plus moi là-bas.*<sup>299</sup>

Ce récit révèle que, après la négligence des sages-femmes qui a failli entraîné la chute du bébé, cette parturiente reste psychologiquement atteinte. Retraçant tout son parcours de la conception jusqu'à l'accouchement proprement dit, elle est troublée de savoir qu'elle a failli perdre l'enfant juste comme ça, pour un rien. Cette peur engendre donc un manque de confiance en la sage-femme. Bien que cette sage-femme a pu rattraper l'enfant, cette parturiente n'est pas satisfaite et entretient toujours sa peur. La présence de ce sentiment brouille ainsi la relation de soin et limite les possibilités d'échange entre la sage-femme et la parturiente.

### **I.2.1.2-La peur de vivre un accouchement traumatisant**

À travers la disposition de la salle d'accouchement, chaque parturiente peut aisément voir sa « voisine » et observer les pratiques de soins qui sont siennes. Ainsi, un vécu positif de l'accouchement par la parturiente d'à côté est à même de susciter des sentiments positifs chez celle en travail. Il en est de même qu'un accouchement mal vécu aux yeux des patientes en travail entraîne inéluctablement le malaise des autres parturientes. Cette parturiente retrace sa psychose :

*Quand je suis arrivée, il y'avait une femme qui a fait une fausse couche, vraiment c'est ça, la première chose qui m'a traumatisé puisque' elle criait en disant que mon mari m'attend avec l'enfant moi je vais rentrer sans enfant comment ? elle criait elle refusait même qu'on la touche elle disait que ça sert encore à quoi de me nettoyer, l'enfant est déjà mort, laissez-moi rentrer comme ça. J'aurai aimé que chacune ait sa salle d'accouchement ou soit même un rideau quand même pour que tu ne vois pas l'autre. Tu peux même entendre mais sans voir tout ce qui se passe là, parce qu'elle bagarrait même que laissez-moi, ça sert à quoi que vous me nettoyer encore, laissez-moi, je ne suis pas rentrée avec mon enfant, autant de choses. Quand toi tu n'as pas encore accouché et que tu vois une autre crier à côté de toi ça te traumatise, tu as peur, tu te dis que c'est comme ça que mon accouchement sera aussi, autant de choses.*<sup>300</sup>

Ces propos permettent de comprendre dans quelle mesure les parturientes sont animées par une peur profonde due à la disposition infrastructurelle. Trouver la quiétude et la tranquillité devient difficile pour une parturiente lorsqu'elle voit sous ses yeux un accouchement qui finit avec la perte de l'enfant. Dans cette situation, la relation de soin est déjà marquée négativement car débute sur un sentiment péjoratif. Ici, la parturiente a comme référent d'accouchement celui

<sup>299</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

<sup>300</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022

qui s'est mal passé sous ses yeux et tout ce qui se fera, tout geste effectué ou encore toute action concourra à se ranger en défaveur d'un vécu positif de l'accouchement. Les cris et alertes de la patiente en détresse contribuent davantage à accélérer la peur de la parturiente en travail. Les émotions de cette parturiente ne sont plus centrées sur elle-même, mais sont davantage orientées vers la perte de bébé vécue par l'autre parturiente. Le récit suivant d'une primipare va toujours dans le même sens que celui-ci-haut :

*Nous les nouvelles comme ça, on a peur de tout, dès que j'ai seulement vu le sang à l'entrée comme ça j'ai seulement dit que oooh, mon cerveau a seulement fait syntaxe error, je voyais seulement le sang, tu vois le placenta, tout est dehors, tu t'imagines que qu'est-ce qu'on fait à quelqu'un comme ça, donc c'est ça. Je pense que c'est ça en gros pour éviter le traumatisme de certaines<sup>301</sup>*

Il s'agit là du récit d'une primipare qui témoigne de la peur qui l'a habitée dès son entrée en salle d'accouchement. N'étant pas habituée au milieu médical, cette dernière développe la nosocomephobie<sup>302</sup>. En plus de l'espace hospitalier qui constitue une certaine agression pour elle, regarder le sang et le placenta accentue davantage sa peur. Au vu de tout cela, la peur augmente car la salle d'accouchement n'est pas faite de telle enseigne que la sécurité émotionnelle des parturientes soit préservée. Le cadre n'est pas accueillant et n'inspire pas de la convivialité ce qui stimule la peur des parturientes et les met dans une certaine inquiétude concernant le déroulement de leur propre accouchement. Cette peur est toute aussi présente chez cette parturiente dont une suture prolongée a été faite chez sa voisine de lit :

*J'ai parlé d'entrée de jeu de la salle d'accouchement qui est commune là, plusieurs lits dans la salle d'accouchement parce que, quand la dame que je suis allée trouver là-bas, a accouché, l'enfant l'a déchiré jusqu'à l'anus. On a fait, on a suturé aller-retour donc je tremblais même déjà, j'avais peur que merde, si c'est mon tour comme ça je vais faire comment ? donc psychologiquement ça m'a traumatisé vraiment.<sup>303</sup>*

Cette situation met en exergue la peur des parturientes induites par la disposition de la salle d'accouchement qui expose la confidentialité des cas. En effet, à son arrivée dans la salle d'accouchement, elle trouva une parturiente chez qui une épisiotomie a été réalisée suite à une grave déchirure allant du vagin à l'anus. Il faut préciser à ce niveau qu'en dépit de l'injection de l'anesthésie, les patientes ressentent toujours de la douleur. L'observation des divers accouchements avec épisiotomies et sutures dans cet hôpital montre que l'anesthésie ne

---

<sup>301</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>302</sup> Nosocomephobie : construits à partir des mots grecs « nosokomeion » qui désigne l'hôpital et « phobos » qui désigne la phobie, ce mot signifie la phobie des hôpitaux.

<sup>303</sup> Entretien réalisé le 14/08/2022.

fonctionne pas toujours comme il le faut. Suite à cette suture on note des hurlements, des cris et des appels à l'aide des parturientes.

Le fait pour cette parturiente d'être spectatrice de cette scène traumatique la plonge dans une psychose particulière et la met dans une forte dépression. Se demandant ainsi si c'est elle la prochaine personne qui subira de telles pratiques et s'inquiétant si elles pourront tenir face à ces atrocités sans pour autant laisser leur vie. Et même si elles en ressortent vivantes, comment est-ce qu'elles parviendront à vivre avec ce mal au vu des implications que supposent cette suture. E. Phan et al<sup>304</sup> précisent à ce sujet que les violences obstétricales dans les cas les plus graves sont l'une des causes du stress post-traumatique après un accouchement. Pour eux, ce stress post traumatique peut avoir des incidences plus graves telles que des angoisses violentes, des difficultés majeures dans la vie quotidienne ou professionnelle, une vie sexuelle compromise une peur ou un refus de grossesses ultérieures un sentiment de culpabilité. Allant dans le même sens, Virginie Rozee et Clemence Schantz<sup>305</sup> montrent que les violences obstétricales ont créé une altération de la vie de couple, de la vie sexuelle et une dégradation de la relation avec l'enfant.

### **I.3- La perte d'estime de soi et de confiance des parturientes envers les soignants**

La relation de soin met en scène deux parties à savoir les soignants et les soignés et dans ce cas spécifique les soignants et les parturientes. Si le malade apparaît comme « *personne diminuée* » du fait que c'est lui qui nécessite les soins, les violences subies par celui-ci réduisent davantage sa confiance en soi et augmente les risques de non participations aux soins. Quand les parturientes du fait des abus subis perdent confiance en elles, le lien avec le personnel de soin diminue et la relation de soin devient moins horizontale. Sophie Guillaume<sup>306</sup> pour caractériser cette situation d'asymétrie entre le soignant et le soigné écrit : « *en effet, il y a le faible, le malade, le vulnérable face au sachant, le fort, le puissant.* » Face aux situations de violences, deux tendances se dégagent et chaque tendance a une influence particulière sur la relation de soin. Dans certains cas on a la perte de confiance en soi des parturientes et dans d'autres cas la perte de confiance aux soignants.

---

<sup>304</sup> Phan et al, « A propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE » in *Revue De Medecine Périnatale*, 2017/4 Vol 9.

<sup>305</sup> Virginie Rozee et Clemence Schantz, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique » in *Santé Publique*, 2021/5 (Vol 33).

<sup>306</sup> Sophie Guillaume, « La confiance, un élément essentiel de la relation soignant et soigné » in *Confiance, Défiance, Trahison* ; 2020, pp11.

### I.3.1. La perte d'estime de soi chez les parturientes

Dans une relation sociale tout comme dans une relation de soin, la confiance en soi est un élément galvanisateur qui pousse les individus à s'affirmer davantage et à être plus productifs. Motivées, encouragées car elles viennent pour donner la vie, la confiance des parturientes se trouve bien souvent diminuée au vu de plusieurs abus dont elles sont victimes. Les humiliations, discriminations et menaces dont vivent les parturientes sont à l'origine d'une perte progressive de confiance en elles. Au vu de tout cela, elles se sentent psychologiquement affectées et moins productives.

#### Encadré n°10 : Observation d'une parturiente en travail

C'est le cas d'une parturiente qui est en travail pour son deuxième accouchement. Arrivée à la maternité et après le toucher de la sage-femme, cette parturiente n'était qu'à deux doigts. Mais, elle hurlait, criait, se tordait, tapait le mur. Les stagiaires essayaient à leur niveau d'apporter du soutien à cette dame en lui mettant de l'air, en lui envoyant des mots de réconfort. Suite à cela, la sage-femme revint et lui dit « *je dis hein, c'est comment ? tu as déjà accouché non ? pourquoi tu fais comme si c'était ton premier accouchement ? arrêtes de crier, on ne pleure pas ici* ». Elle ajouta davantage « *et en plus, je t'ai dit que tu n'es qu'à deux doigts non, comme tu veux déjà faire comme si c'est la mort là.* » Une heure de temps après, la parturiente appelle la sage-femme et lui dit de faire à nouveau le toucher. Elle répondit que « *faut te calmer là-bas hein Mama, le toucher c'est après deux heures de temps* »

Cette suite de propos ainsi que la tonalité utilisée pour le dire font en sorte que cette parturiente perde confiance en elle. Elle se sent faible, incapable et misérable. Vu qu'elle est celle qui demande les soins, ce genre de situations augmente davantage sa vulnérabilité. Ainsi, elle se sent diminuée et moins à même de tisser une relation « équilibrée » entre la sage-femme et elle. Elle a peur d'être stigmatisée et de s'exprimer de peur de confirmer ou d'afficher davantage sa faiblesse. Ceci pourtant la maternité est un service où les soins sont faits à partir du ressenti de la parturiente. Sa participation est d'une importance capitale dans la mise en soin. Ceci s'observe au travers des pratiques comme le toucher, le ressenti de la sortie de l'enfant, la sortie du placenta, le contrôle du saignement, les douleurs au bas ventre. Dans d'autres cas, cette confiance en soi disparaît et laisse place au sentiment de culpabilité. Cette primipare raconte : après avoir été bousculé par la sage-femme et avoir reçu des intimidations et des menaces d'envoi au bloc, cette parturiente estime que tout est de sa faute :

*Moi je culpabilisais, je me disais que tout est de ma faute. Comment je peux être si faible. Que même pousser mon propre enfant je ne connaissais pas. Je me sentais trop faible, j'avais honte de moi. Je trouvais que c'est moi le problème et pas les sages-*

*femmes là. Après je me suis dit que c'est sûrement comme c'était mon premier accouchement je m'embrouillais un peu.*<sup>307</sup>

Ce phénomène d'« auto-accouchement » où toute la responsabilité psychologique de l'accouchement est centrée sur la parturiente constitue également un facteur de perte de confiance en elle surtout dans le cas où l'accouchement ne se passe pas très bien. Se sentant ainsi faibles et impuissantes ces dernières ont du mal à contribuer durablement à la relation de soin. Les sages-femmes considèrent que les menaces sont les seuls moyens d'arriver à bout d'un accouchement. Une sage-femme précise d'ailleurs que :

*Tu penses que quand tu vas dire à une femme que pousse elle ne pousse pas tu vas la chérir en disant pardon pousse ? tout ce qu'on veut c'est que la mère et le bébé se portent bien. Est-ce que tu vas être là à gérer ses caprices ? Il faut parler avec des mots durs à la femme pour qu'elle pousse. Elle est là, elle donne son corps, elle fait les chichis. Si tu gères ça et après quelque chose arrive à son enfant elle va dire que c'est toi qui ne l'a pas forcé à pousser, que tu devais l'obliger, que c'est de ta faute et c'est comme ça qu'on va te demander de répondre hein. Tu blagues on t'amène même au tribunal et la parturiente là sera la première à dire que c'est à cause de toi. Si tu veux tu restes là tu dis que tu ne veux pas faire la violence, elle va te porter plainte et tu vas lire l'heure. Donc quand on voit déjà la tête et qu'elle ferme les jambes là tu tapes bien ça elle va ouvrir. Elle veut tuer l'enfant là ? elle est malade ? Tu tapes ses pieds là et tu prends l'enfant là tout et tout le monde est quitte. On n'a pas de problèmes.*<sup>308</sup>

Ce récit rend compte de ce que les violences sont une pratique de soin. Elles sont enchâssées dans les habitudes des soignants et sont des normes de soin. Il y'a pas une réelle empathie des soignants car ceux-ci considèrent les cris et douleurs des parturientes comme des farces. Puisque la finalité c'est d'avoir un enfant et une mère en santé. Aussi, violenter physiquement ou verbalement les parturientes est un moyen d'autoprotection des soignants dans la mesure où en faisant de la sorte l'enfant sortira en bonne santé et ils n'auront pas de représailles avec l'administration ou la justice. Pack Doutai<sup>309</sup> travaillant sur les morts périnatales au Togo montre effectivement qu'il est rare de constater une remise en question du personnel soignant. Dans la majorité des cas, la responsabilité revient toujours à la mère. Aussi, elle montre que très souvent, on note un désinvestissement tant du personnel que de la famille. Ainsi, cette culpabilisation et ce poids psychologique porté par la parturiente lors de

---

<sup>307</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>308</sup> Entretien réalisé le 20/10/2022.

<sup>309</sup> Pack Douai, « Si tu ne pousses pas, tu vas tuer ton enfant ! » Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo » in *Santé Publique*, 2020.

l'accouchement diminue ainsi sa confiance en elle et rend les parturientes moins engagées pour le déroulement de leur accouchement.

Pourtant, un accouchement où la parturiente est davantage mise en confiance, où elle est encouragée et moins stressée a cet avantage qu'il se passe non seulement en toute paisibilité mais aussi, devient moins pénible et plus rapide. C'est le cas d'une parturiente qui raconte ainsi son accouchement :

*Mon accouchement s'est très bien passé. Je suis arrivée vers 18h30. Dès que la sage-femme a fait le toucher, elle a constaté que l'enfant venait déjà. La tête de l'enfant était déjà dehors. J'étais venue seule, ma mère était en route pour venir. Dès qu'elle a constaté cela elle directement dépêché les stagiaires en disant que toi va prendre les gangs à la pharmacie, toi va faire ceci, toi prend cela. Je n'ai même rien payé au moment-là. Elles ont tout pris à crédit et c'est après l'accouchement que j'ai payé. J'étais d'abord trop, fière parce qu'on m'accompagnait. Elle m'expliquait bien ce que je dois faire. Quand je dis que je suis fatiguée de pousser elle le dit repose toi un peu, ouvre la bouche. C'est vrai que j'avais mal mais je ne me plaignais pas parce que j'ai vu tout ce qu'ils ont fait pour moi vraiment. Ils étaient très gentils du début jusqu'à la fin de mon accouchement.<sup>310</sup>*

Ces propos témoignent de ce que la douleur inhérente à l'accouchement bien que ne pouvant être effacée peut tout de même être réduite à travers un accompagnement non seulement physique mais aussi verbal et psychologique de la parturiente. L'absence de violence pendant le soin favorise une bonne prise en charge et une relation harmonieuse entre le personnel soignant et les parturientes. Elle favorise l'implication des parturientes et joue en faveur d'un accouchement plus sécurisé.

### **I.3.2. Le manque de confiance envers les soignants**

Dans la relation de soin précise Monique Formarier :

*Il y a pas de symétries dans les attentes, les statuts et les rôles des personnes initiées qui évoluent sur leur territoire (soignants) et des non-initiés (soignants et familles) qui arrivent dans une micro culture , une organisation, des modes de communication, un environnement qui leurs sont et qu'ils ne maîtrisent pas<sup>311</sup>*

Autrement dit, la relation de soin n'est pas une relation où les deux parties mises en scène ont la même position. Ces relations ne sont pas équitables. Du fait que le malade soit le nécessaire, c'est lui qui s'instruit dans un milieu où il ne connaît pas en espérant trouver

<sup>310</sup> Entretien réalisé le 15/07/2022.

<sup>311</sup> Monique Formarier, « La relation de soin, concepts et finalités » in *Recherches En Soins Infirmiers*, 2007/2 (NN°89).

satisfaction. Pour cela, ils sont contraints pour un début de faire « aveuglement » confiance aux soignants. Le « pouvoir de la blouse blanche » a donc le pouvoir de soumettre le malade à une « confiance absolu » au vu du capital symbolique et culturel qui le sépare les deux parties.

L'irruption des violences dans la relation de soin vient ici remettre en question l'identité du « savant », du « demi-dieu » qu'avait le soignant et le fait ainsi descendre de son piédestal. Ces abus aussi divers qu'ils soient contribuent à une « crise de confiance » portée sur les soignants. Cette remise en cause de la gestion de l'aspect relationnel dans la relation de soin amène donc les parturientes à banaliser la relation de soin et à nier la capacité des soignants à « prendre soin », à gérer le « care » et donc à trouver des solutions face aux souffrances des parturientes. Dans ce genre de cas, la relation de soin perd sa « sacralité » et se confond ainsi à une relation banale entre deux individus où chacun cherche davantage à affirmer son égo.

## **II. Les incidences sur le plan communicationnel**

À l'instar de toute forme de relation, la relation de soin est fondée sur la communication. Cette dernière constitue un élément clé à travers lequel les relations se construisent, se développent, s'entretiennent, se rompent où se bloquent. La place de la communication dans le soin est indéniable. Elle est le socle sur lequel repose l'interaction entre le soignant et le soigné. Elle peut être aussi bien verbale que non verbale et est fonction du contexte dans lequel elle se fait et de l'environnement régnant. Il faut préciser que dans cette partie, il sera fait fi de la communication institutionnelle pour mettre uniquement en exergue les conséquences qui adviennent dans la communication entre la parturiente et les soignants. Ainsi, comme le précise Bouzini Ghizlan<sup>312</sup>, les acteurs de la communication sont influencés par plusieurs variables notamment celles psychologiques (état émotionnel), cognitives (système de représentations), sociales (statut, préjugés), qui leurs sont inhérents. Cet échange d'informations peut être affecté par plusieurs facteurs notamment les violences. Dans le cas particulier de cette étude, les violences obstétricales ont des incidences sur la relation de soin notamment en ce qui concerne le volet communicationnel. Ces conséquences ont été subdivisées en deux à savoir dans un premier moment le refus de participation à la communication et en second lieu le brouillage communicationnel.

---

<sup>312</sup> Bouzini Ghizlan, idem, p. 21.



## II.1- Le refus des parturientes à participer à la communication

Dans nombre de cas qui seront présentés ici, une fois que la parturiente se sent frustrée ou humiliée, elle s'abstient de tout échange avec les soignants. C'est le cas de cette parturiente qui, après avoir été verbalement violentée par la sage-femme décida de se fermer à toute discussion possible :

*Puisque j'étais encore à un doigt quand je suis arrivée et elle me dit que oooh tu n'as même pas encore commencé le travail hein, tout ce que tu fais là c'est le folklore comme on dit souvent, que tu es encore à un doigt tu pleures que tu vas arriver ? les choses comme ça. Au début c'était acceptable mais à un niveau dès qu'elle me parlait maintenant moi je n'étais plus avec elle. Donc, je voyais déjà ça comme si elle avait une dent contre moi<sup>313</sup>*

Ce récit révèle que, les professionnels de soins n'ont pas une bonne maîtrise des bases de la communication soignante pourtant consignées dans le code d'éthique et de déontologie. Les attitudes et comportements de réceptivité et de partage d'informations comme l'empathie, l'écoute active, le respect sont moins présents. Les frustrations que vivent les parturientes dans les maternités influent négativement sur la relation de soin en ce sens qu'elles poussent les parturientes à s'abstenir de tout échange. La sage-femme est considérée ici non plus comme un partenaire de soin mais plutôt comme une « adversaire » dont il faut au maximum se préserver de tout échange. Ce silence peut dans certains cas entraîner des complications lors de l'accouchement car, la parturiente loin d'être un « objet de soin » est celle qui porte le soin. L'accouchement étant un processus qui prend en compte les affects de la mère, sa participation est primordiale. Que ce soit lors du toucher, ou lors de l'expulsion même. C'est son ressenti qui dicte bien de fois la conduite à tenir des sages-femmes. Les impacts communicationnels se lisent aussi lors du post partum. Le cas de cette parturiente en est légion :

*Je t'ai dit que si je n'avais pas l'enfant je devais gifler l'accoucheuse là non ? Après quand je veux déjà sorti avec mon enfant elle vient elle commence à me poser les questions. Est-ce que j'étais moi avec elle ? Elle bavardait sa part là-bas moi je n'écoutais même pas. Jusqu'à me dire que si l'enfant chute à la maison c'est mon problème. Je lui ai demandé si ça devait d'abord être notre problème, qu'elle aille loin avec ses conseils là<sup>314</sup>*

Ce récit met en exergue le fait que les parturientes même ayant fini avec l'accouchement qui s'est déroulé avec des tiraillements entre les sages-femmes et elles entretiennent toujours

<sup>313</sup> Entretien réalisé le 23/07/2022.

<sup>314</sup> Entretien réalisé le 10/08/2022.

ces rapports antagonistes dans les suites de couche. Cela entraîne donc un refus total de la mère à échanger ou à écouter ce que dit la sagefemme. Cette non prise en compte de tous les conseils et comportements à effectuer après la sortie des mères et de leur bébé de l'hôpital entraîne très souvent des cas de rechute.

## **II.2-Les difficultés de communication entre les soignants et les parturientes et leurs accompagnants**

Le brouillage est en termes technique « *un trouble volontairement apporté dans une transmission de radio pour la rendre inaudible* »<sup>315</sup>. C'est en effet un trouble introduit accidentellement ou délibérément dans la réception des ondes de radio, de télévision ou de radar<sup>316</sup>. En transposant ce concept dans la sphère relationnelle entre soignant et parturientes, il s'agit de montrer comment les violences obstétricales donnent lieu à des difficultés communicationnelles induites de façon volontaire par les parturientes et/ou leurs accompagnants afin d'abrèger la relation de soin. Ces situations surviennent généralement à la suite des différends dûs à divers ordres entre soignants et parturientes. Brouiller la communication devient alors une stratégie utilisée par les parturientes et/ou leurs accompagnants pour répondre aux violences orchestrées. Elles se produisent aussi bien dans la salle d'accouchement que dans les suites de couches. L'accompagnatrice d'une parturiente retrace ainsi leur séjour à la maternité en insistant sur la scène qui suivit son refus de donner une somme d'argent sans facture :

*Le jour que j'ai dit que je ne donne pas ? Fouda (son beau-fils) a déjà tout fini mais elles disent que la femme ci doit payer. Je dis que va me porter plainte, voici la gendarmerie à côté, va me porter plainte, voilà tous les reçus et on m'a demandé que je ne paye rien ici. On a bien fait les bruits là-bas. Fouda et moi on ne voulait rien comprendre. Quand les sage-femmes là lançaient un mot on lançait Pour nous. On a bien fait les problèmes là-bas.*<sup>317</sup>

Ce récit montre combien les violences obstétricales entraînent un trouble dans les hôpitaux. Elles empiètent de ce fait la tranquillité et la passibilité du milieu pour laisser place à des éclats de voix et des scènes de violences qui nuisent les autres personnes présentes dans cet hôpital et entrave leur repos. Au-delà de cela, ces violences créent une impossibilité de communication mutuelle entre les parties prenantes du soin et empêchent les soins de se

<sup>315</sup> Bertrand Yves, « Le brouillage de la communication » in *Linx* n°12, 1985.

<sup>316</sup> Dictionnaire.lerobert.com

<sup>317</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.

poursuivre dans un espace paisible. Personne n'est à l'écoute de l'autre ce qui crée donc ce brouillage communicationnel.

### III. LES INCIDENCES SUR LA SANTE NEONATALE ET INFANTILE

Lors de l'accouchement, ce n'est pas uniquement les parturientes qui vivent cette expérience. Les bébés eux-mêmes font aussi partie de la scène. Une violence faite sur la mère peut inéluctablement avoir des répercussions sur l'enfant. C'est justement suivant cette logique que cette partie s'évertue à présenter les conséquences des violences obstétricales sur la santé physique des nouveau-nés.

#### III.1- Les atteintes à la santé physique des nouveaux nés

La défaillance infrastructurelle observée dans la maternité de l'hôpital de district d'Efoulan porte atteinte non seulement à la santé de la mère, mais aussi à celle du nouveau-né. Ces violences dues à l'infrastructure donnent lieu à plusieurs conséquences sur la santé physique des nouveaux nés. Elles peuvent des simples bosses sur une partie du corps tout comme elles peuvent donner lieu à des situations plus critiques comme celle présentée ci-dessous.

*Je suis arrivée à Efoulan à 13h passé après avoir perdu les eaux à la maison. Mon bébé a bu le liquide amniotique dans le ventre. Quand il est né il n'a pas pleuré et l'erreur est due aux manques de tuyaux de réanimation dans la salle d'accouchement pour extraire. Ce liquide infectieux en lui a accéléré l'infection et le manque de respiration en lui. On lui a directement transféré en néonatalité sans d'abord extraire ce liquide qui bloquait sa respiration ce qui a causé une grosse infection pulmonaire à mon bébé et une paralysie cérébrale. Il a été mis sous couveuse et à 2h on a coupé le courant. Pas de groupe électrogène, mon enfant était en danger. Après ça ils m'envoient dans une structure privée, arrivés là-bas on a pu stabiliser mon bébé sauf que l'infection lui avait déjà causé un handicap moteur. Il ne s'asseyait pas, le cou ne tenait pas.<sup>318</sup>*

Ce discours révèle que le manque de certains équipements du plateau technique dont l'utilité n'est plus à démontrer comme l'aspirateur, engendre des dysfonctionnements corporels chez l'enfant. En effet, lorsqu'un enfant naît, ses cris sont la preuve de sa vitalité au même titre que son état respiratoire et neurologique.<sup>319</sup> Cette absence de cris est due au fait que l'enfant a bu le liquide amniotique<sup>320</sup>. Pour extraire ce liquide, dans la plupart des hôpitaux, ce sont des

<sup>318</sup> Entretien réalisé le 25/07/2022.

<sup>319</sup> Jacky Israël, « La rupture de la naissance « je pleure donc je suis » in *Bébé, Dis-moi Pourquoi Tu Pleures, 2011.*

<sup>320</sup> Le liquide amniotique est un liquide présent dans le sac amniotique dans lequel baigne l'embryon. Ce liquide est infectieux et nuit à la respiration du bébé lorsqu'il en consomme.

aspirateurs qui sont utilisés pour le faire. Même si ces outils sont dépassés d'après Jean Louis Chabernaud.<sup>321</sup> Mais, il s'avère que cette structure de soin ne dispose pas de cet appareil et utilise de ce fait des poires à lavement qui sont limitées et permettent juste une extraction superficielle du liquide. En dépit de cela, l'enfant est transféré en néonatalité. Étant un quartier exposé aux coupures fréquentes, une coupure advient. N'ayant pas de groupe électrogène pour assurer l'alimentation, l'enfant a été transféré dans une structure privée de soin pour sa prise en charge. Ayant reçu tardivement des soins appropriés, l'enfant est sorti de là avec un handicap moteur et ne pouvait plus utiliser ses membres comme il se doit.

Aussi, ce récit permet-il de comprendre que, les violences dans les maternités n'affectent pas uniquement les parturientes mais met aussi en péril la santé des nouveau-nés. Ces violences vont bien souvent au-delà des dommages sanitaires et sont à l'origine de la mort des nouveau-nés. À cet effet, Alain Prual<sup>322</sup> montre que, en Afrique de l'ouest, un décès sur trois d'enfants de moins de cinq ans survient pendant la vie néonatale soit avant le 28<sup>ème</sup> jour. Deux causes médicales dominant à savoir la prématurité et l'asphyxie à la naissance qui contribuent chacune à 11% à la mortalité des moins de cinq ans. Il précise ensuite qu'on pourrait éviter très facilement et à moindre coût 18% des décès d'enfants de moins de cinq ans en mettant en place des interventions adéquates pour ces deux causes pendant la période néonatale.

### **III.2- La mortalité infantile**

La mortalité néonatale reste un problème majeur de santé publique dans le monde et représente plus de 60% de décès des nouveau-nés avant leur premier anniversaire.<sup>323</sup> Cette mortalité est aussi due aux conditions dans lesquelles se font les accouchements. Une mauvaise prise en charge de la mère peut entraîner dans bien de cas la mort du bébé. Aussi, une mise en soin bâclée des nouveau-nés dès leur sortie du ventre dans la salle d'accouchement conduit à la mort de ces derniers. Le récit ci-dessous qui permet de rendre compte de cette mortalité est la suite du discours précédent traitant d'une prise en charge légère accordée au bébé dès sa naissance à cause de la faiblesse du plateau technique.

*A un an mon bébé ne parvenait pas à bouger le cou, à s'asseoir comme les autres enfants. Il était un handicapé moteur comme je te l'ai dit. J'ai marché dans plusieurs hôpitaux, j'ai dépensé, je me suis même endetté pour que l'enfant puisse retrouver la*

---

<sup>321</sup> Jean Louis Chabernaud, « Prise en charge périnatale des enfants nés avec un liquide méconial : de tout à rien ! », in *Revue de Médecine Périnatale*, 2018/1(Vol10).

<sup>322</sup> Alain Prual, « Le nouveau-né en Afrique de l'Ouest et du Centre : comprendre pour agir », in *Santé Publique*, 2020/S1(HS1).

<sup>323</sup> Danielle Christiane Kedy Koum et al, « Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale dans un hôpital de référence de Douala », in *La Revue Médicale Africaine*, 2015.

*santé mais, malheureusement il est décédé. J'ai vraiment une mauvaise image de cet hôpital ils m'ont fait perdre mon bébé comme ça. Et c'était mon premier enfant. Comment une salle d'accouchement n'a pas les tuyaux pour extraire l'eau ? Ça m'a vraiment coûté cher, la vie de mon bébé.*<sup>324</sup>

Ce récit permet de rendre compte de ce que la défaillance infrastructurelle de la salle d'accouchement conduit à un accroissement de la mortalité néonatale. Une mortalité qui, dans ce cas n'advient pas sur le coup mais qui advient après plusieurs dépenses dans le but de faire retrouver la santé au bébé. Cette faiblesse du plateau technique en salle d'accouchement est aussi percevable en service de néonatalité où les enfants qui sont dans les couveuses sont en permanent danger puisque des coupures d'électricité sont fréquentes et que l'hôpital ne dispose pas d'un groupe électrogène. Par ailleurs, d'après le rapport de l'ONU<sup>325</sup>, cinq millions d'enfants sont morts dans le monde avant leur cinquième anniversaire en 2021. Ce rapport indique que l'Afrique subsaharienne à elle-même enregistre 56% de tous les décès de moins de cinq ans en 2021. Ce rapport fait également état de ce que les enfants nés en Afrique subsaharienne sont soumis au risque le plus élevé de décès infantile dans le monde à savoir 15 fois plus élevé que le risque pour les enfants d'Europe et d'Amérique du Nord. Cette fracture s'explique bien par la précarité existante dans les maternités et dans les services de néonatalogie.

#### **IV. LES INCIDENCES SUR L'ITINÉRAIRE DE SOINS DES PARTURIENTES**

Les conséquences des violences obstétricales sont aussi perceptibles sur le circuit hospitalier des parturientes. Afin d'éviter de prochaines violences obstétricales, certaines parturientes glissent en faveur d'un changement de circuit ou d'itinéraire hospitalier. Cette pratique consiste pour les parturientes à se rendre dans d'autres structures de soins pour bénéficier des mêmes services offerts à l'hôpital de District d'Efoulan. Ces parturientes du fait des représentations qu'elles ont, de leur vécu antérieur et des moyens dont elles disposent s'orientent dans d'autres structures de soins qu'elles soient reconnues ou pas afin d'effectuer un nouvel accouchement. L'analyse des réponses obtenus dans le cadre de cette recherche laisse voir le recours à deux différents espaces de soins : le recours aux formations sanitaires privées ou cliniques et le recours aux structures de soins clandestines pour les accouchements.

---

<sup>324</sup> Entretien réalisé le 25/07/2022.

<sup>325</sup> ONU, « Le continent africain le plus touché par la mortalité infantile », janvier 2023.

#### IV.1- Le recours aux structures privées de soins

Les formations sanitaires privées apparaissent dans bien de cas comme des lieux où le suivi se fait de façon minutieuse. Les patients y sont accueillis avec beaucoup de professionnalisme, de gentillesse et de respect car ces structures comptent sur les patients pour assurer leur survie ainsi que la paie des différents travailleurs. Bien qu'elles sont reconnues pour leur coût élevé des prestations, les parturientes qui ont « un peu » ne tardent pas de s'y rendre pour leur accouchement. Pour bien de motifs qui seront présentés dans la suite de ce texte, les parturientes n'hésitent pas à se rendre dans des cliniques qui sont à leur niveau. Parce que, il faut le rappeler, le recours à ces cliniques ne se fait pas de façon hasardeuse. Le choix est fonction des moyens dont dispose la famille. Ainsi, suite à une agression vécue antérieurement par certaines parturientes, celles-ci se dirigent vers les structures de soins privées afin de bénéficier des mêmes services. C'est le cas de cette parturiente qui estime que, après avoir été victime de violence à l'hôpital de district d'Efoulan a décidé d'effectuer son prochain accouchement dans une clinique privée de la place. Elle explique à cet effet :

*J'ai travaillé, seulement qu'à la dernière minute quand l'enfant venait déjà, je suis allée monter sur la table, je l'appelle je lui dis que l'enfant vient déjà elle me dit que non, elle vient de me faire le toucher, que je suis encore en travail j'ai crié que non, voilà la tête de l'enfant qui est déjà sortie, la tête de l'enfant était déjà sortie, elle a même pris l'enfant sans mettre les gangs, donc c'est ma part de...ça m'a fait beaucoup mal. C'est là que je lui ai demandé que si elle tardait comme ça quelque chose arrivait à mon enfant qu'est-ce qu'elle devait dire ? Moi ça ne m'a pas plu jusqu'à le bébé que j'ai ici en main j'ai accouché qu'ici à côté, je ne suis plus moi partie là-bas. Là où j'ai accouché c'est bien, il y'a pas d'embrouilles, c'est bien organisé<sup>326</sup>*

De ce récit, il se dégage que les structures de soins privées apparaissent comme un moyen de contournement des violences obstétricales. Suite au vécu violent dans l'hôpital public, la prochaine direction c'est le privé. Aussi, cette parturiente fait une comparaison entre les deux structures de soins et estime que le privé au vu de son organisation est préférable. Même si le coût est plus élevé, le rendu ou la satisfaction des services offerts le compense. Jean Pierre Claveranne et David Poivesan estiment à cet effet que le secteur hospitalier privé constitue un acteur à part entière par le poids économique qu'il représente et par la place qu'il occupe au sein du système de santé. Leur prolifération en milieu urbain facilite l'accessibilité des populations à des centres de santé. Leur présence laisse ainsi le choix aux demandeurs de

---

<sup>326</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.

services hospitaliers de ne plus se cantonner aux structures publiques. Une accompagnante qui fut à l'hôpital d'Efoulan pour l'accouchement de sa fille dit ne plus y revenir de même :

*Moi aller encore à Efoulan ? c'est que je suis malade. C'est les bandites là-bas. Je ne suis même pas avec eux hein, je préfère aller à la clinique, il y'a les cliniques même chez Bidjocka, même Ad Lucem, mieux. Efoulan, les sorcières là ? on me propose hein, que ne pars pas à la caisse, les sorcières là ?<sup>327</sup>*

Cette accompagnatrice qui s'indigne de la violence à caractère économique présente dans cet hôpital, promet de ne plus y revenir et de se diriger dans les cliniques de soin proches qui ont déjà une certaine crédibilité au vu des différents discours autour de ces structures privées de soin. Dans cette logique, Abdoul Razak-Salman et Bienvenu Ibrahim Mouliom<sup>328</sup> travaillant sur les pratiques violentes dans les maternités du Nord montre que ces violences entraînent l'éloignement des parturientes des maternités publiques tout en limitant le taux de consultations prénatales. Ce manque de suivi par un personnel qualifié entraîne de ce fait la mort des parturientes et contribue de façon significative à la hausse du taux de mortalité maternelle.

Toutefois, si les récits présentés ci hauts permettent de comprendre que nombre de femmes se dirigent dans les structures de soins privées, d'autres bien qu'elles aient été victimes de violences y reviennent. Conscientes de ce que cette violence a de fortes chances de se reproduire, elles y reviennent toujours car ne disposent pas premièrement des moyens financiers pour se procurer des soins à la clinique, deuxièmement du fait de la proximité<sup>329</sup>, et enfin puisqu'elles sont habituées à « faire avec » du fait de la représentation qu'elles ont des structures de soins privées.

#### **IV.2-Le recours à l'accouchement dans les structures sanitaires clandestines**

Au Cameroun, en dépit des multiples actions gouvernementales visant à assainir la carte sanitaire sur toute l'étendue du territoire national, une pluralité de centres de santé clandestins œuvrent au quotidien. Pour essayer de palier à ce problème, le gouvernement a mis sur pied « *une vaste campagne d'assainissement de la carte sanitaire*<sup>330</sup> » qui est assortie de poursuites judiciaires à l'égard des contrevenants aux lois et règlements en la matière. Cette opération vise

<sup>327</sup> Entretien réalisé le 09/08/2022.

<sup>328</sup> Abdoul Razak-Salman, Ibrahim Bienvenu Mouliom, « Violences dans les maternités publiques et recrudescence de la mortalité maternelle à l'extrême Nord du Cameroun » in Moustapha Nsangou et Seïdou Moluh, in *Problématique de la santé sexuelle et reproductive au Cameroun*, éditions connaissances et savoirs, 2022.

<sup>329</sup> Roselyne Roth-Haillotte, « Les représentations profanes et médicales du lieu l'accouchement : entre l'idéal et le réel » in *Connexions* 2011/1(n°95).

<sup>330</sup> Initiative du Ministère de la Santé Publique lancée le 02 aout 2022 ayant pour objectif de protéger les populations contre les activités illicites de certaines formations sanitaires privées.

à « traquer tous les centres sanitaires clandestins connues pour leur pratiques illégales qualifiées de « dangereuses » et la distributions de produits pharmaceutiques illicites mettant en danger la vie d'autrui<sup>331</sup> ». Ces centres de santé exercent en majorité dans les grandes métropoles du pays et ne disposent pas d'autorisation d'ouverture délivrées par les autorités sanitaires. La plupart de ces centres ont pris d'assaut les locaux à usage d'habitation pour exercer leurs activités.

L'accouchement dans les structures clandestines de soins demeure un itinéraire pour certaines parturientes n'ayant pas été satisfaites du service rendu dans les structures de soins publiques. Ces espaces deviennent un recours pour celles-ci pour leur prochain accouchement. Elvire Mendo pense à cet effet que les déterminants du choix des micro-unités informelles de soins par les ménages sont : le faible revenu des ménages, le faible prix des prestations et la rapidité des soins<sup>332</sup>. Concernant le premier motif relatif au faible revenu des ménages, il est convenable de dire que les individus qui fréquentent ces espaces de soins sont ceux qui n'ont peu ou pas de moyens financiers à même de se payer des soins dans les structures appropriées. Relativement au coût des prestations dans les structures de soins clandestines, elles sont faibles car des taxes et des impôts ne sont pas payés. Ces arguments ont aussi été repris par une parturiente qui a accouché dans une des structures clandestines de la place. En effet, se plaignant de la négligence et du manque de groupe électrogène afin d'alimenter la structure lors des coupures, elle s'est rendue pour son prochain accouchement dans une structure clandestine. Elle explique d'ailleurs :

*J'accouche moi chez Mama O. Elle n'a pas d'hôpital. Tout se passe chez elle dans sa maison, elle a la table d'accouchement. Au moins là-bas elle te berce, tu viens là-bas tu accouches bien, sans problèmes. Mon dernier bébé, tu crois que j'ai fait ça comment ? je suis partie là-bas, je n'avais même pas les contractions, je suis partie là-bas, j'ai dit que Mama O., je ne dors pas, j'avais déjà traversé de deux jours. Elle m'a envoyé acheter le remède j'ai acheté j'ai bu. Puis je suis partie sat (m'asseoir) au bar là-bas pour prendre mes Guinness pour prendre la force. Après les contractions ont commencé et je suis partie là-bas chez elle, j'ai accouché propre.<sup>333</sup>*

Ces propos révèlent qu'effectivement des accouchements se font dans les domiciles de certains personnels de santé qui offrent des services. Une investigation faite sur cette praticienne révèle qu'elle est une sage-femme travaillant au district d'Efoulan. Elle exerce de façon

---

<sup>331</sup> Lisa, « La chasse aux centres de santé clandestins est ouverte au Cameroun » disponible sur french.news.cn consulté le 03 février 2023 à 09 :28min.

<sup>332</sup> Elvire mendo, « le recours aux micro-unités de soins informelles à Yaoundé(Cameroun) : déterminants et perspectives in *Journal De Gestion Et d'Economie Médicales*, 2015/1(Vol 33).

<sup>333</sup> Entretien réalisé le 12/08/2022.



formelle les fonctions de sage-femme selon son emploi de temps comme toutes les autres qui travaillent à la maternité. La particularité avec elle est qu'à ses heures libres, elle délivre les mêmes services qu'elle offre à l'hôpital dans son domicile. La chambre qui lui sert de salle d'accouchement dispose d'une table d'accouchement où se font ces accouchements.

De même, ce récit révèle que là, la relation de soin se négocie mieux. La prise en charge est plus intime. Étant la seule parturiente qui bénéficie des soins à ce moment-là et au vu de la relation de bon voisinage qui les lie, les soins se passent dans un environnement harmonieux et sans violence. La familiarité qui les lie oblige la sage-femme à tisser de bonnes relations avec elle durant le soin. Des invectives ou des intimidations ne sont pas faites envers la parturiente ce qui garantit un environnement paisible de soin. Aussi, cette praticienne de l'accouchement dans les structures de soins clandestines prescrit -elle des médicaments. Ne disposant pas d'une pharmacie, les clientes sont appelées à aller acheter les produits ailleurs. Suite à cela, elle pratique l'accouchement dans cette chambre.

Au terme de l'analyse relative aux conséquences des violences obstétricales sur les pratiques de soin, il a été constaté que ce phénomène engendre des effets pervers qui ont été situés trois niveaux. D'abord sur la relation de soin. Il était question dans cette partie de lire les implications des violences obstétricales dans les interactions entre soignants-parturientes et même accompagnants. Il en ressort donc que ces violences entraînent une reconfiguration de la relation de soin de telle enseigne que les valeurs telles que la confiance, l'estime de soi disparaissent au profit de l'instauration d'une peur continue de perdre son bébé ou même d'y laisser soi-même sa vie. De même, les implications de ces violences ont été analysées sur la santé physique des nouveaux-nés. De cette partie, il en ressort que les violences en maternités aboutissent à des situations extrêmes comme des malformations physiques chez l'enfant et même la mort de ce dernier. En dernier lieu, il a été montré que les violences obstétricales ont des implications sur le circuit hospitalier des parturientes en ce sens que, une fois avoir subis des violences, elles changent d'itinéraires hospitaliers et font recours aux structures de soins privées ou encore aux structures de soins informelles ou clandestines.



## CONCLUSION GENERALE

Au terme du présent travail qui a porté sur la « **Prise en charge des femmes enceintes et violences obstétricales : formes, facteurs et implications à la maternité d'Efoulan** » il a été question à partir des expériences vécues par les parturientes de l'hôpital d'Efoulan de faire une analyse de la construction des violences obstétricales dans cette structure de soins. Notre intérêt de questionner la violence en milieu hospitalier notamment celle obstétricale découle du constat selon lequel depuis l'avènement de la médicalisation des soins notamment celle de l'accouchement, les parturientes subissent diverses violences dans les maternités. En dépit de toutes les actions gouvernementales et non gouvernementales menées en vue de contrecarrer ce phénomène, on note une persistance de celui-ci. De ce fait, ce travail de recherche pose le problème des pratiques inappropriées lors de l'accouchement.

Pour mieux effectuer cette étude, nous nous sommes proposé de rendre compte de la réalité des violences obstétricales dans un contexte sanitaire marqué par de nombreux dysfonctionnements systémiques. En effet, le système de santé camerounais est traversé par de nombreux goulots d'étranglements systémiques dont la résultante ne serait autre que l'émergence des violences obstétricales. Cette construction des violences obstétricales, n'est donc pas exclusivement le propre des interactions entre les professionnels de soins, les parturientes et leurs accompagnants mais, davantage le fruit d'un ensemble de conditionnements propres au système de santé, à la réponse sociale face à la violence et enfin au mutisme juridique sur cette question.

Pour donner un sens précis à cette recherche, deux types d'hypothèses ont été formulées : une principale et trois secondaires. Concernant l'hypothèse principale, elle posait que les violences obstétricales qui se manifestent lors de la mise en soin des parturientes à l'hôpital de district d'Efoulan se construisent à partir d'un ensemble de dysfonctionnements d'ordre systémique, social et juridique et relationnel. Après collecte, traitement et analyse des données, cette hypothèse a été validée. Ceci d'autant plus que les violences obstétricales sont au fond l'aboutissement d'une déréglementation qui se lit au niveau macro faisant allusion au système de santé tout entier, au niveau méso mettant davantage en lumière le fonctionnement de l'HDE et au niveau micro traitant des interactions lors du soin.

Ensuite, la première hypothèse secondaire posait que les violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan se manifestent sous des formes physiques, verbales et économiques. À travers l'observation des diverses expériences d'accouchement, ce sont en effet ces trois formes de violences qui ressortent chacune ayant des manifestations ou des expressions multiples. En scrutant les interactions entre les soignants, les parturientes et/ou leurs accompagnants, l'on a pu

conceptualiser et catégoriser les violences présentes à la maternité de l'HDE sous ces trois formes.

En outre, la deuxième hypothèse stipulait que l'absence d'un militantisme socio-sanitaire efficace, le vide juridique concernant la santé de la reproduction ainsi que la défaillance infrastructurelle sont les facteurs qui rendent compte des pratiques violentes à la maternité de l'hôpital de district d'Efoulan. En réalité, en convoquant les éléments liés au système de santé, au contexte social et au mutisme de la loi, on a pu montrer que l'hôpital est une institution sociale dont le « bon » fonctionnement ou le dysfonctionnement ne sont pas uniquement fonction des conditionnements propres au système de santé. Les actions collectives ou singulières des individus influencent sur l'augmentation ou la diminution des violences obstétricales. De même, la société étant faite de normes pour encadrer les interactions, le silence de la loi qui est ici le référent principal en termes de ce qui est admis ou pas encourage de fait la reproduction des injustices et discriminations dans les services de maternité. En outre, la défaillance infrastructurelle contribue à l'émergence et la récurrence des violences dans la mesure où, en dépit de la volonté des professionnels à exercer leur métier un plateau technique faible prédispose inéluctablement les parturientes à une « faible » prise en charge et à l'exacerbation des violences.

La dernière hypothèse quant à elle présumait que les implications des violences obstétricales se lisent non seulement sur le rapport à l'éthique mais aussi sur les pratiques de soin. En effet, concernant l'éthique, les conséquences des violences obstétricales se lisent sur le rapport à l'éthique dans la mesure où l'éthique se trouve transgressée et il s'opère une reconstruction de l'éthique à partir de la dialectique existante entre la violence vécue et celle perçue. Avant d'y arriver il a été question de présenter le caractère vulnérable inhérent à la grossesse et à l'accouchement qui contribuent effectivement à complexifier la construction d'une éthique obstétricale objective.

Relativement au deuxième volet de la dernière hypothèse qui traite des incidences des violences obstétricales sur les pratiques de soin, il faut dire que ces déviations impactent de façon immédiate la relation de soin et créent ainsi un environnement conflictuel. L'analyse faite a permis de découvrir que ces pratiques violentes ont aussi des effets sur la santé néonatale voire infantile et de façon prolongée sur l'itinéraire des parturientes car, elles feront plutôt recours à d'autres établissements de soins formels ou non pour des prochains accouchements.

L'analyse des violences obstétricales, loin de faire un procès contre les professionnels de soin a eu pour but de rendre compte de ce phénomène dans une perspective scientifique et critique

à travers l'interrogation des formes, des facteurs et des implications de ces violences. Il s'agissait en effet après avoir présenté les différentes formes et expressions des violences obstétricales d'analyser dans un premier temps les facteurs qui conduisent à ce phénomène. Et, dans un second temps de présenter les incidences ou implications de ce phénomène non seulement dans la relation de soin, mais sur le rapport à l'éthique et sur l'itinéraire de soins de ces parturientes ayant subies ces violences. Pour mieux rendre compte de ces implications, il a fallu remonter à l'étape précédent l'accouchement : la grossesse. Retracer cette genèse de l'accouchement a permis non seulement de présenter la vulnérabilité physiologique de la femme durant le processus de grossesse, mais aussi sa vulnérabilité sociale au travers des considérations, des rites et des pratiques non seulement médicales, mais aussi culturelles qui entourent la grossesse et l'accouchement.

Trois modèles théoriques ont été usités pour cette analyse. Le premier est le constructivisme structuraliste de Pierre Bourdieu. Cette théorie nous a permis de déterminer les causes présentes dans l'« habitus professionnel » des soignants, dans la médecine paternaliste qui participent ainsi à la production et la reproduction des violences obstétricales à l'HDE. Le deuxième modèle est l'interactionnisme symbolique qui a permis au travers de l'analyse des rapports entre les professionnels de soins, les parturientes et leurs accompagnants de rendre compte des relations de pouvoir qui se créent et s'entretiennent entre ces parties, des enjeux recherchés lors du soin qui vont au-delà de ceux sanitaires, et enfin des incidences, des conséquences des violences obstétricales dans la relation de soin qui se tisse entre sage-femmes-parturientes et accompagnants. Le dernier modèle mobilisé dans le cadre de cette étude est le fonctionnalisme dysfonctionnel qui a permis de déterminer les implications latentes des dysfonctionnements et de la déviance présente dans la mise en soin. Ces conséquences sont immédiates et se lisent dans la relation de soin et sont aussi lointaines et se lisent sur le prochain itinéraire de soins après avoir contracté une nouvelle grossesse.

Concernant les méthodes de collecte de données, nous avons eu recours à l'approche qualitative. Dans cette méthode justement, les techniques qui ont été retenues sont entre autres l'observation directe qui s'est faite lors de la collecte de données à l'hôpital de district d'Efoulan et a permis d'observer les pratiques déviantes en maternité, les rapports qui se créent, s'entretiennent ou se détériorent entre le personnel de soins et les parturientes. En outre, les entretiens semi-directifs ont été effectués avec les parturientes, avec les professionnels de soins, les accompagnants des parturientes et les organisations professionnelles concernant l'obstétrique au Cameroun. Cette diversité d'acteurs nous a permis d'avoir des discours divergents et différents

afin de mieux déceler la réalité des violences obstétricales. Aussi, avons-nous mobilisé l'observation participante qui nous a permis lors de notre collecte de passer en arrière-plan notre casquette de chercheuse sur la thématique des violences obstétricales et de se noyer dans la masse des stagiaires sciences de santé et biomédicales afin d'être près et de participer à toutes les interactions qui s'y produisaient. De même, l'observation documentaire nous a été d'une grande utilité dans la mesure où elle nous a permis de mieux appréhender cette thématique et de pouvoir donner une orientation nouvelle afin de faire avancer le débat scientifique autour de la question des violences obstétricales. La mobilisation de cette diversité de technique a permis d'aboutir à des résultats plus objectifs.

Suite à la collecte des données grâce aux techniques sus-présentées, il a été question de passer au traitement, puis à l'analyse de ces données. Ainsi, les résultats issus de l'analyse nous ont convié à présenter notre travail final en deux grandes parties comportant chacune deux chapitres. Ces chapitres proviennent des hypothèses qui ont été énoncées au début de ce travail. De façon plus précise, quatre chapitres ont constitué ce travail de recherche. La première tente de rendre compte des formes et manifestations des violences obstétricales. Il s'est agi de présenter les différentes formes et expressions que prennent les violences obstétricales à la maternité de l'hôpital de district d'Efoulan. Le deuxième chapitre quant à lui présentait les différents facteurs conduisant à l'émergence de ces violences. Autrement dit, il était question de présenter les différents facteurs qui rendent compte de ces violences. Puis, s'en est suivi le troisième chapitre traitant justement des implications des violences obstétricales sur le rapport à l'éthique. Ici, il a été question de présenter non seulement la vulnérabilité physique et sociale de la femme pendant la grossesse et l'accouchement, puis la dialectique existante entre la violence perçue et la violence subie qui donne lieu à plusieurs incidences et met à nu la façon dont les professionnels se réapproprient cette éthique obstétricale. Ceci dans la mesure où l'accouchement étant une expérience subjective, il peut s'observer une confusion entre une pratique de soin présente dans le protocole de soin et une violence objectivement vérifiable. D'où la nécessité dans ce chapitre de revenir sur la question de l'éthique de soin qui régit les pratiques et qui est considérée comme un régulateur de la pratique de soin. Le dernier chapitre quant à lui a consisté à présenter les incidences des violences obstétricales non seulement dans la relation de soin, mais aussi sur la santé néonatale et infantile et sur le circuit hospitalier des parturientes. Les résultats qui en découlent sont les suivants : premièrement, les violences obstétricales présentes à l'HDE ont des caractères physiques, verbaux et économiques. Deuxièmement, les violences obstétricales qui émergent lors de la prise en charge des parturientes parviennent à se maintenir grâce à l'absence

d'un militantisme socio-sanitaire efficace, l'absence de loi en santé de la reproduction ainsi que l'absence d'infrastructures adéquates. Troisièmement, les violences obstétricales engendrent des conséquences sur l'éthique de soin partant du caractère vulnérable inhérent à la grossesse et à l'accouchement. En dernier lieu, les violences obstétricales ont des incidences sur la relation de soin, sur la santé néonatale et infantile ainsi que sur l'itinéraire de soin des parturientes.

Cette recherche qui tire à sa fin ne s'est pas faite sans difficultés. La première est relative à l'accès à l'hôpital de district d'Efoulan afin de procéder à la collecte de données. En effet, en dépit de plusieurs demandes effectuées avec des documents officiels en notre faveur (certificat de clairance éthique, autorisation du Ministre de la Santé Publique et attestation de recherches), plusieurs échecs ont été enregistrés et ce pendant plusieurs mois. Au vu de la sensibilité de ce sujet et de sa perception comme un sujet qui « dérange », l'accès à cette structure de soins n'a pas été aisé. La deuxième difficulté est celle relative à l'étiquetage et à la stigmatisation faite par certains professionnels de soins lors de la collecte de données. La troisième difficulté concerne le taux de refus ou de réserve des femmes ayant accouché dans cet hôpital mais aussi celui des professionnels de soins.

Traitant de projection, des problématiques futures de recherche, peuvent se pencher sur certaines pistes comme une analyse intersectionnelle des violences obstétricales mettant davantage en scène une typologie bien précise de femmes qui seraient victimes de violences ; une analyse des conditions d'accouchements dans les structures privées car bien qu'étant considérées comme des « références » pour certaines des violences s'y pratiquent. En outre, une analyse des enjeux autour de la médicalisation du corps féminin enfantant serait envisageable car, de cette étude, il se dégage que l'enjeu sanitaire ne demeure pas le seul lors du soin. Autour de cet enjeu sanitaire, se greffent largement d'autres comme ceux liés au pouvoir, à l'économie et à la culture.

## BIBLIOGRAPHIE

### I. OUVRAGES GÉNÉRAUX

- ❖ **BOUDON, Raymond et FILLIEULE, Renaud**, *Les méthodes en sociologie, Que sais-je ?* Paris, Presses Universitaires de France, 2018.
- ❖ **CORCUFF, Philippe**, *Théories sociologiques contemporaines*, Paris, Armand Colin, 2019.
- ❖ **DOZON, Jean Pierre et FASSIN, Didier** *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, 2001.
- ❖ **EDJENGUELE, Mbonji** *L'ethno-perspective ou la méthode du discours de l'ethno-perspective culturelle*, Yaoundé, Presses Universitaires de Yaoundé, 2005.
- ❖ **FASSIN, Didier**, *Les enjeux politiques de la santé. Etudes sénégalaises, équatoriennes et françaises*, Paris, Karthala, 2000.
- ❖ **FORTIN, FABIENNE Marie**, *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal, Ed Chenil-Education, 2005.
- ❖ **JAFFRE, Yannick et SARDAN, De Olivier Jean Pierre**, *Une médecine inhospitalière, les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 2003.
- ❖ **MEVA'A ABOMO, Dominique**, *Militantisme socio-sanitaire et changement socio-spatial dans les villes tropicales : bilan de l'expérience Camerounaise*, Douala, Reflets, 2017.
- ❖ **MIMCHE, Honore et DJOUDA FEUDJIO, Yves Bertrand**, *Famille et santé en Afrique. Regards croisés sur les expériences du Cameroun et du Bénin*, Paris, Harmattan, 2018.
- ❖ **MOULIOM, Ibrahim et BATIBONAK, Sariette** *Décentralisation et santé en Afrique, enjeux et stratégies des acteurs*, Douala, Editions Cheick Anta Diop, 2018.
- ❖ **NZHIE ENGONO, Jean et al**, *Violences dans les sociétés contemporaines : constructions et vécus en Afrique subsaharienne*, Yaoundé, Monange, 2020.
- ❖ **QUIVY, Raymond et VAN CAMPENHOUDT, Luc**, *Manuel de recherche en sciences sociales*, Paris, Dunod, 3<sup>e</sup> édition, 2006.



## II. OUVRAGES SPÉCIFIQUES.

- ❖ **BENIGUISSE, Gervais**, *Entre tradition et modernité, fondements sociaux de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Paris, Louvain Laneuve, 2003.
- ❖ **DECHALOTTE, Mélanie**, *Le livre noir de la gynécologie*, Paris, First document, 2017.
- ❖ **EHRENREICHT, Barbara et DEIRDRE, English**, *Fragiles ou contagieuses. Le pouvoir médical et le corps des femmes*, Paris, Cambourakis, 2016.
- ❖ **NSANGOU, Moustapha et MOLUH, Seïdou**, *Problématique de la santé sexuelle et reproductive au Cameroun*, Paris, Editions Connaissances et Savoirs, 2022.
- ❖ **RIVARD, Andrée**, *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Montréal, Les Editions du Remue-ménage, 2014.

## III. ARTICLES SCIENTIFIQUES ET CHAPITRES D'OUVRAGES

- ❖ **Aréna, Francesca**, « La maternité, entre santé et pathologie », in *Histoire, Medecine Et Sante*, 3/2013, pp 101-113.
- ❖ **AZCUÉ, Mathieu et TAIN Laurence**, « L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe » in *Santé Publique*, 2021/5 (Vol.33), p635-643.
- ❖ **AZETSOP, Jacquineau, TCHAWA, Christophe et OMBGA, Sylvestre**, 2018, « Morphologie du quotidien, souffrance sociale et parcours individuels au Cameroun, la mort de Koumatekel, un problème social ? » *Revue africaine de sociologie*, pp.54-pp.80.
- ❖ **BAILEY, Patricia, FREEDMAN Benjamin**, « Ethique médicale » in *L'Encyclopédie Canadienne*, 2015.
- ❖ **BATIFOULIER, Philippe et al**, « Mutation du patient et construction d'un marché de la santé. L'expérience française » in *Revue Française De Socio-Economie*, 2008/1 (n°1) pp.27-46.
- ❖ **BATIFOULIER, Philippe**, « Le marché de la santé et la reconstruction de l'interaction patient-médecin » in *Revue Française De Socio-Economie*, 2012/2 (n°10), pp. 155-174.

- ❖ **BAXERRES, Carine**, « pourquoi un marché informel du médicament dans les pays francophones d'Afrique ? » in *Politique Africaine* 2011/3 (N°123) pp.117-136.
- ❖ **BERGOIGNAN-ESPER, Claudine**, « Le consentement médical en droit français », in *Laennec*, 2011/4 (Tome 59) pp.15-23.
- ❖ **BERTRAND, Yves** « Le brouillage de la communication » in *Linx* n°12, 1985, pp.81-95.
- ❖ **BEYEME ONDOUA, Jean Paul**, « Le système de santé camerounais » in *Rubriques Internationales*, n°39, juin 2002, p.62.
- ❖ **BROWSER, Diana et HILL**, « Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth », in *Psychologie, Medecine, Sciences Politiques*, 2015.
- ❖ **BUBIEN, Yann**, « l'intimité à l'hôpital : quels enjeux éthiques ? » in *L'intimité Menacée*, 2019, p.47-61.
- ❖ **CADET, Isabelle**, « L'importance du cadre juridique », *Economie&Humanisme*, numéro 370, octobre 2004.
- ❖ **CASCALES, Béatrice et NEGRIÉ, Laetitia**, 2018, « L'accouchement, une question clivante pour les mouvements féministes » in *Travail, genre et sociétés*, Ménages populaires, Paris, La découverte, pp.179- pp.185.
- ❖ **CHABERNAUD, Jean Louis**, « Prise en charge périnatale des enfants nés avec un liquide méconial : de tout à rien ! », in *Revue De Medecine Périnatale*, 2018/1(Vol10), pp 34-40.
- ❖ **CLAIRE, Michel et SQUIRES, Claire**, 2018, « Entre vécu de l'accouchement et réalité médicale », *Carnet de Psychologie*, 2018/8, (n°39), pp.22-pp.33.
- ❖ **DABAN, Jean Jacques**, « Enfentement et maternité dans la bible », in *La Lettre De L'enfance Et De L'adolescence*, 2005/1 (n°59), pp.113-119.
- ❖ **DAO, et al**, « Sexualité au cours de la grossesse : une enquête auprès de femmes enceintes en milieu urbain africain. » in *Sexologies*, Tome 16 ; Numéro 2, 2007, pp138-143.
- ❖ **DE SARDAN, Jean-Pierre Olivier, MOUMOUNI Adamou et Souley ABOUBAKAR** « « L'accouchement c'est la guerre » -De quelques problèmes liés à l'accouchement en milieu nigérien », *Bulletin de l'A.P.A. D*, 17/1999, mis en ligne le 04 octobre 2006,
- ❖ **DJOUA FEUDJIO, Yves Bertrand**, 2018, « comprendre la complexité et la recrudescence des inégalités de santé en territoire africain » in *Santé et territoires en*

*Afrique : inégalités des besoins de santé et d'accès aux soins* (sous dir) Blaise Nguendo Yongsi, Paris, l'Harmattan, pp.1- pp.21.

- ❖ **DOUTI, Pack**, « « Si tu ne pousses pas, tu vas tuer ton enfant ! » Sages-femmes et mères face aux morts périnatales au Togo » in *Santé Publique*, 2020, pp93-104.
- ❖ **DUMEZ, Vincent**, « Le paternalisme médical » in *Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins : du paternalisme au partenariat*, by *Health 4 Africa*, 2017.
- ❖ **FAURE, Guilana**, « Vécu d'une hémorragie grave de la délivrance : impact sur le désir ultérieur de grossesse » in *Gynécologie Et Obstétrique*, Dumas 00620100, 2011.
- ❖ **FORMARIER, Monique**, « La relation de soin, concepts et finalités » in *Recherches En Soins Infirmiers*, 2007/2 (NN°89), pp 33-42.
- ❖ **FOSSO, Albert Legrand et KANE, Hélène**, « Aménagements des espaces, lieux pratiqués et qualité des soins aux nouveau-nés au Cameroun », in *Santé Publique*, 2020/S1, (HS1) pp 69 à 79.
- ❖ **FOUMANE, Maniepi et al**, « Plantes utilisées par les femmes pour faciliter l'accouchement : enquête ethnobotanique auprès de 125accouchées dans une maternité de la ville de Yaoundé », in *Sciences De La Sante Et Maladie*, 22(5) ,2021.
- ❖ **GILBERT, Muriel et METTLER, Désirée**, « Confidentialité et partage d'information en soins palliatifs. Quelles représentations chez les professionnels ? Une recherche qualitative », in *Revue Internationale De Soins Palliatifs* 2010/3 (Vol .25) p105, pp105-112.
- ❖ **GOUSIN, Daniel et POISAT Jacques**, « *l'hôpital comme espace public* » in *Hermès, La Revue*, (n°36), 2003, P 119-136.
- ❖ **GROS, Frederic**, « Le soin au cœur de l'éthique et l'éthique du soin » In *Recherches En Soins Infirmiers*, 2007/2 (N°89), pp.15-20.
- ❖ **GRUÉNAIS, Marc-Éric et OUATTARA Fatoumata**, « Le « prix de l'accouchement ». La prise en charge de la grossesse en Afrique Subsaharienne » in *Famille Et Santé*, 2010, pp.213-227.
- ❖ **GUILLAUME, Sophie**, « La confiance, un élément essentiel de la relation soignant et soigné » in *Confiance, Défiance, Trahison* ; 2020, pp.11-15.
- ❖ **ISRAËL Jacky**, « La rupture de la naissance « je pleure donc je suis » in *Bébé, Dis-moi Pourquoi Tu Pleures*, 2011, pp.43-113.

- ❖ **JAUNIT, Alexandre**, « Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient » in *Raisons Politiques*, 2003/3(n°11) pp.59-79.
- ❖ **KASIA, Jean –Marie et al**, « Les pathologies maternelles en Grossesse et l'allaitement » ; in *The journal of me, the Sed Partenaire*
- ❖ **KEDY KOUM, Danielle Christiane et al**, « Morbidité et facteurs de risque de mortalité néonatale dans un hôpital de référence de Douala », in *La Revue Médicale Africaine*, 2015.
- ❖ **KEMFANG NGOWA, Jean Dupont et al**, « Complications maternelles précoces de la césarienne, à propos de 460 cas dans deux hôpitaux universitaires de Yaoundé, Cameroun » in *PAMJ*, 2014.
- ❖ **KOTNI, Mounia El**, « La place du consentement dans les expériences de violences obstétricales au Mexique » in *Autrepart*, 2018/1 N°85, pp39-P55.
- ❖ **LAFFUT, Florence**, « Femmes et santé, violences obstétricales, maternité et self-help », Collectif contre les violences familiales et l'Exclusion , 2017.
- ❖ **LANSAC, Jacques, et SABOURAUD Michel**, « Les conséquences de la judiciarisation de la médecine sur la pratique médicale » in *Les Tribunes De La Santé*, 2004/4(n°5) pp.47-56.
- ❖ **LE RAY, Camille**, « Evolution des indications et des pratiques de la césarienne » in *Laennec*, Tome 63, 2015, pp.39-46.
- ❖ **LEVESQUE, Sylvie et al**, « La violence obstétricale dans les soins de santé : une analyse conceptuelle » in *Recherches féministes* Vol 31, num1, 2018, pp.219-pp.238.
- ❖ **LEVESQUE, Sylvie et al**, « pédagogies féministes et pédagogie des féminismes », vol 31 ? num1, in *Recherches Féministes*, 2018, pp.1-pp.21.
- ❖ **MARQUEZ, Alicia Murrieta**, « Les césariennes non nécessaires et la violence obstétricale au Mexique : une visibilité et des résonances croissantes », in *Santé Publique*, (vol3 »).
- ❖ **MBAYE ELHADJI, Mamadou et al**, « En faire plus, pour gagner plus » : la pratique de césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », in *Santé Publique*, (vol 23), 2011.
- ❖ **MENDO, Elvire**, « le recours aux micro-unités de soins informelles à Yaoundé(Cameroun) : déterminants et perspectives in *Journal De Gestion Et D4economie Médicales*, 2015/1(Vol 33) pp.73-90.

- ❖ **MERLIER, Philippe**, « Le consentement » in *Philosophie Et Ethique En Travail Social*, 2013, pp.55-61.
- ❖ **MOREL, Marie-France**, « Naitre à la maison, d’hier à aujourd’hui », in *Travail, Genre Et Société*, 2018, p 194. (N°39) pp193-199.
- ❖ **MOUNIA, EL Kotni et Chiara, Quagliariello**, 2021, « l’injustice obstétricale, une approche intersectionnelle des violences obstétricales », in *Cahiers du genre*, pp.107-pp.128.
- ❖ **MUKE, Simon**, « La place du père africain dans la période périnatale », in *Le Père, L’homme Et Le Masculin En Périnatalité*, 2003, pp.65-71.
- ❖ **NDJAH ETOLO, Edith**, « Sortir du paradigme de la marginalité féminine pour un développement efficient de la recherche sur le genre en Afrique » in *Revue Africaniste interdisciplinaire* numéro 15, Yaoundé, Monange.pp.12- pp.21.
- ❖ **NGANGUÉ, NGUEN**, « Effets des prix et des revenus sur le recours aux soins au Cameroun » in *Mondes en Développement* 2018/3(n°183), pp.29-48.
- ❖ **NGUEFACK, et al**, « L’accouchement par césarienne à l’hôpital Général de Douala : incidence, indications et complications » in *Revue de Médecine et de Pharmacie*, 2012.
- ❖ **NJOM, NLEND, Anne Esther et al**, « Transfert et transport des nouveaux-nés en situation de détresse vitale à Yaoundé, Cameroun : analyse situationnelle dans un hôpital de référence » in *La revue médicale panafricaine*, 2016.
- ❖ **OUATTARA, Abdoulaye**, « Achat de médicaments de la rue en Afrique : essai de compréhension d’un phénomène « irrationnel » » in *Market Management* 2009/1 (Vol.9), pp.59-73.
- ❖ **PAIN, Benoit**, « Fragilité et vulnérabilité. De la « bienveillance » ou de la philosophie du soin », in *L’enseignement Philosophique*, 2012/2 (62<sup>e</sup> Année) pp 35-45.
- ❖ **PELICIER, Nicole**, « Un consentement pleinement libre et éclairé ? » in *Laennec*, 2011/4 ,5 Tome 59) pp.24-30.
- ❖ **PHAN, et al**, « A propos du débat sur les violences obstétricales. Position du CIANE » in *Revue De Medecine Périnatale*, 2017/4 Vol 9 ; pp.201-210.
- ❖ **PRUAL, Alain**, « Le nouveau-né en Afrique de l’Ouest et du Centre : comprendre pour agir », in *Santé Publique*, 2020/S1(HS1), pp.7-15.
- ❖ **RAZAK-SALMAN, Abdoul et MOULIOM Ibrahim Bienvenu**, « Violences dans les maternités publiques et recrudescence de la mortalité maternelle à l’extrême Nord

- du Cameroun » in Moustapha Nsangou et Seïdou Moluh, in *Problématique de la santé sexuelle et reproductive au Cameroun*, éditions connaissances et savoirs, 2022.
- ❖ **RIAZUELO, Hélène**, « La grossesse, ses représentations figurées et la prise en charge des femmes enceintes à travers les siècles » in *35 Grandes Notions De Périnatalité*, (2017), pp. 15-61.
  - ❖ **RIAZUELO, Hélène**, « Représentations artistiques de la grossesse » in *Maternité à L'épreuve Du Genre*, 2012, pp. 59-64.
  - ❖ **ROTH-HAILLOTTE, Roselyne**, « Les représentations profanes et médicales du lieu l'accouchement : entre l'idéal et le réel » in *Connexions* 2011/1(n°95), pp.155-166.
  - ❖ **ROZEE, Virginie et SCHANTZ, Clemence**, « Les violences gynécologiques et obstétricales : construction d'une question politique et de santé publique » in *Santé Publique*, 2021/5 (Vol 33), pp.629-633.
  - ❖ **SCHANTZ, Clémence**, « Les violences obstétricales, un nouvel axe de recherche pour les études de genre, un nouveau défi pour le soin et la société », in *Cahiers du genre*, 2021, pp.5- pp.24.
  - ❖ **SCHLEGEL, Jean Louis**, « Le religieux face au politique », in *Revue Projet* 2001/3 (n°267), p 35à 47.
  - ❖ **SOUKTANI, Hatim**, « Consumérisme médical : une conception moderne du contrat médical », in *Magazine Professionnel D'information Médicale*, 2011.
  - ❖ **SVANDRA, Philippe**, « Le soin sous tension ? » in *Recherches Infirmières*, 2011/(N°107) pp23-37.
  - ❖ **SVANDRA, Philippe**, « Un regard sur le soin » in *Recherches Infirmières*, 2008/4(N°95), pp.6-15.
  - ❖ **TAFFO FOKA, Frédéric**, *Les droits des malades au Cameroun : un doux rêve*, Bulletin d'information du centre de recherche A Priori (CRAP) n°7, 2018.
  - ❖ **THOMAS, Elodie** « Sexualité durant la grossesse : revue systématique » in *La Revue Sage-Femme*, Tome 18, Numéro 6, pp293- 301.
  - ❖ **TSALA TSALA, Jacques Philippe**, « Grossesse et interdits chez la femme Béti du Sud Cameroun » in *Cahiers De Sociologie Économique Et Culturelle*, 1996, pp.85-94.
  - ❖ **VERNET, Alain et al**, « prévention de la fugue en établissement psychiatrique. Une obligation de moyens renforcée » in *L'Information Psychiatrique*, 2020/6 (vol 96) pp.457-463.

- ❖ **WARKUS, Thomas et al**, « Prise en charge de l'hémorragie du post-partum », Articles thématiques gynécologie et obstétrique, in *Revue Médicale Suisse*, 2005.
- ❖ **WOGAING, Jeannette**, « De la quête à la consommation du médicament au Cameroun » in *revue internationale sur le médicament*, (vol 3), 2010.
- ❖ **YORO, Blé Marcel**, « Les logiques socio-culturels des interdits alimentaires et comportementaux chez les femmes enceintes Agni N'Dénian, (Cote d'Ivoire) in *European scientific Journal*, Novembre re 2015, vol 11 n° 32.

#### IV. Mémoires et thèses

- ❖ **ALONSO, Sophie et MAY Louise**, «, Quelles sont les conséquences psychologiques des violences obstétricales subies par une femme pendant l'accouchement » Genève : Haute Ecole de Santé, 2021.
- ❖ **ANSHULA, Ambasta et al**, « Sortie contre avis médical : comportement « déviant » ou écart de qualité du système de santé ? », école de médecine de Cummings, Université de Calgary, 2019.
- ❖ **ARTAL-MITTEMARK, Raoul**, « physiologie de la grossesse » in le Manuel MSD, version pour les professionnels de la santé, St Louis University School of Medecine,2021.
- ❖ **BISSAI, Laetitia**, « Les déterminants des violences obstétricales à l'hôpital central de Yaoundé », UCAC.MSP/SCOM, 2018.
- ❖ **BOURRELIER, Camille**, « Violences obstétricales histoire de l'émergence d'une nouvelle préoccupation sociale », Université de Tours. Centre de ressources documentaires de l'institut de formation des professionnels de santé du CHRU de Tours, 2018.
- ❖ **CVVETEK, Nina**, « *Qu'est-ce que la société civile ?* », Bachelor of art, sciences sociales, Université Heinrich Heine, Antananarivo, 2009.
- ❖ **DEBELLE, Marie**, 2021, « Approche féministe et juridique des violences obstétricales », Faculté de Droit et de criminologie, Université catholique de Louvain.
- ❖ **DENAIN, Jeanne**, « *Etiologie de la maltraitance obstétricale dans les salles d'accouchement. Etude qualitative menée auprès des sages-femmes exerçant en salle d'accouchement* », Université des Poitiers CHU des Poitiers, diplôme d'Etat de sage – femme, 2021.
- ❖ **DJIADEU TAKOUASSI, Irène**, Pratique de soins de maternité et satisfaction des accouchées au district de santé de Nkolndongo, UCAC.MSP/EPI, 2019.

- ❖ **DUPONT, Marine**, « Les violences obstétricales : Qu'en est-il de la perception des professionnels de santé ? », Université Catholique de Louvain Faculté de santé publique, 2020.
- ❖ **FAVRE Lola**, « Les législations sud-américaines contre les violences obstétricales : résultat d'une mobilisation précoce », Institut du genre en géopolitique, 2020.
- ❖ **FERRER-FERRER, Marie**, « Les violences obstétricales : état des lieux des pratiques associées à un mauvais vécu de l'accouchement en CHU à Marseille, Faculté des sciences médicales et paramédicales, Université Aix Marseille, Ecole de maïeutique, 2019.
- ❖ **FRIEL, Lara**, « Diabète pendant la grossesse », University of Texas Health, Medical School at Houston, 2021.
- ❖ **GRENIER, Mathilde**, « Le consentement dans la formation médicale en gynécologie obstétrique et la production sociale des violences obstétricales », université du Québec à Montréal, Maitrise en sociologie, 2019.
- ❖ **GUIDEZ, Marine**, « Le toucher vaginal en salle de naissance : Evaluation des pratiques professionnelles et freins à l'arrêt de son recours horaire systématique », Université de Paris Descartes, Ecole de Sage-femmes Baudelocque, Mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femmes, 2016.
- ❖ **KAMI, Abdoulahi**, « Les déterminants du recours à l'accouchement à domicile dans l'ère de santé de Gounougou Nord –Cameroun », UCAC.MSP/EPI, 2015.
- ❖ **KOUKAM, Régine**, « Les déterminants de l'utilisation réduite des hôpitaux publics à Yaoundé », Université de Yaoundé 1, diplôme de master en Sociologie, 2011.
- ❖ **LABRECQUE, Mariane**, « Expériences négatives de l'accouchement décrites par les femmes ayant accouché en milieu hospitalier : les liens avec le concept des violences obstétricales », Université de Montréal. Ecole de travail social, faculté des arts et des sciences, 2018.
- ❖ **LEKANI, Guilaine Téclaire**, « Facteurs favorisant les sorties contre avis médical aux urgences », UCAC, Licence en sciences infirmières, 2017.
- ❖ **LIPANIE, Berangère**, « Représentations par les étudiants en santé interne de gynécologie –obstétrique et étudiants sage-femmes » Université Grenoble Alpes, département de maïeutique (école de sage-femmes, hôpital du sud), 2021.
- ❖ **NOVELLO-VANTOUR, Katherine**, « Discriminer la vie : la violence obstétricale chez les personnes noires et autochtones dans les institutions de santé au Canada », Mémoire de l'école de service social en vue de l'obtention de la maîtrise, 2021.



- ❖ **PARRAT, Chloé**, « Mobilisations féministes autour des violences gynécologiques et des violences obstétricales : enjeux pour la pratique en santé sexuelle », DAS en santé sexuelle, intervention par l'éducation et le conseil, Haute école de travail social, Centre de formation continue, Genève, 2019.
- ❖ **THIBAUT, Desrues**, « Les fugues en psychiatrie, état des lieux au CHU de Nantes en 2011 », Université de Nantes, Faculté de médecine, Diplôme d'état de Docteur en médecine, 2012.
- ❖ **VASSEUR, Patricia** et al, « Des soins différenciés aux violences en salle de naissance : études en Afrique de l'Ouest et du Centre » in *Revue Internationale Francophone d'Anthropologie et de Santé*, 2022.
- ❖ **WENDYAM, Charles**, et **KABORE, Paulin Didier**, « Déterminants de la césarienne de qualité en Afrique de l'Ouest », Santé Publique et épidémiologie, Université Pierre et Marie Curie, 2018.

## V. Rapports

- ❖ Conseil de l'Europe, « Violences Obstétricales et Gynécologiques », Rapport doc .14965/16 septembre 2019.
- ❖ ONU, « Le continent africain le plus touché par la mortalité infantile », janvier 2023.
- ❖ Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction Maternelle Néonatale et Infantile PSN/SRMNI Cameroun 2014-2020.
- ❖ Plan Stratégique National de la Santé de Reproduction Maternelle Néonatale et Infantile PSN/SRMNI Cameroun 2014-2020.
- ❖ Rapport du CIANE, *Violences obstétricales contexte : et généralités*, France.
- ❖ Rapport du Haut Conseil Égalité homme-femme, « Les violences gynécologiques et obstétricales » France, 2018.
- ❖ Rapport Haut Conseil à l'Égalité, 2018, *Les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical*, France, 2018,
- ❖ Rapport rédigé par le RNR, *Avis sur les mauvais traitements et les violences envers les femmes dans les services de soins de santé reproductive avec attention particulière sur l'accouchement*, 2019.
- ❖ Code d'éthique et de déontologie, Cameroun.

## VI. Dictionnaires

- ❖ **ANSART, Pierre et Akoum André**, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Seuil, 1999.
- ❖ **DELAMARE, Garnier**, Dictionnaire illustré des termes de médecine ,31ed, Maloine, 2012.
- ❖ **DOLO, Christine et al**, Lexique de Sociologie, Paris, Dalloz, 5ed, 2017.
- ❖ **LACOMBE, Michel et al**, Dictionnaire médical à l'usage des IDE, 3ed, 2009.

## VII. Webographie

- ❖ **Awadé Afoulou Achille et al**, « Vécu psychologique de la parturiente en salle d'accouchement à la maternité du Centre Hospitalier départemental et Universitaire du Borgou à Parakou (BENIN), disponible sur URL : <http://dx.doi.org/10.19044/esj.2017.v13n21p407>
- ❖ **Braudo Sergo**, « Dictionnaire du droit privé » disponible sur [www.dictionnaire-juridique.com](http://www.dictionnaire-juridique.com) consulté le 15 février 2023 à 10h20min.
- ❖ **Cochrane**, « Toucher vaginal de routine pendant le travail », disponible sur [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org) consulté le 27 février 2023 à 08h42min.
- ❖ **Doucet Hubert**, *L'éthique de la recherche*, Presses Universitaires de Montréal, 2002. Disponible sur <http://books.openedition.org/pum/docannexe/image/13759/img-1.jpg> consulté le 18février 2023 à 00h50min.
- ❖ Grossesse, changements physiques et maux courants disponible sur [www.naitreetgrandir.com](http://www.naitreetgrandir.com), consulté le 12février 2023 à 22h 20min.
- ❖ **Guay Amélie**, « Les stades du travail et de l'accouchement » 2021, disponible sur [www.naitreetgrandir.com](http://www.naitreetgrandir.com) consulté le 23février 2023 à 10h50 min.
- ❖ Hôpitaux Robert Schuman, « la délivrance, que se passet-il lorsque votre bébé est né ? in *Grossesse Et Naissance*, disponible sur [www.acteurdemasante.lu](http://www.acteurdemasante.lu) , consulté le 27mars 2023 à 16h25min.
- ❖ <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2006.12.012> consulté le 19février 2023 à 12h25 min.
- ❖ <https://dumas>.
- ❖ <https://fr.chatelaine.com/societe/violences-obstetricales-les-cicatrices-invisibles>
- ❖ <https://www.cairn.info > revue-de-medecine-perinatale-20...>
- ❖ <https://WWW.cameroun-tribune.cm/article.html/47245/fr.html/yaounde-elle-accouche-clandestinement-perd> pour la raison suivante: , consulté le 05février 2023 à 15h59min.
- ❖ <https://www.elle.fr > Société > Actu société>

- ❖ <https://www.rtf.be> > info > dossier > les-grenades > détail...
- ❖ **Lallement Michel**, « Fonctionnalisme » , Encyclopédia Universalis consulté le 07 avril 2023 à 09:23h55min disponible sur [URL:https://www.universalis.fr/encyclopedie/fonctionnalisme/3-le-paradigme-de-l-analyse-fonctionnelle](https://www.universalis.fr/encyclopedie/fonctionnalisme/3-le-paradigme-de-l-analyse-fonctionnelle).
- ❖ **Langois Hélène**, « La césarienne », [www.inspq.qc.ca/Information-perinatale](http://www.inspq.qc.ca/Information-perinatale) .2014.
- ❖ **Lisa**, « La chasse aux centres de santé clandestins est ouverte au Cameroun » disponible sur [www.french.news.cn](http://www.french.news.cn) consulté le 03 février 2023 à 09 :28min.
- ❖ MINSANTE, [www.minsante.cm](http://www.minsante.cm)
- ❖ **Université de Neuchâtel**, « Le patient libre et éclairé », 2016, disponible sur [www.planetesante.ch](http://www.planetesante.ch) consulté le 16février 2023 à 07h50.
- ❖ URL : <http://journals.Open-editions.org/apad/483>.
- ❖ [Violences obstétricales : vos témoignages - Elle](#)
- ❖ [www.google.com](http://www.google.com)
- ❖ [www.passportsante.net](http://www.passportsante.net) consulté le 27 février 2023 à 08h32min.
- ❖ [www.sante.lefigaro.fr](http://www.sante.lefigaro.fr) « La délivrance, qu'est-ce que c'est ? », consulté le 12mars 2023 à 08h55min.

## ANNEXES

## ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix - Travail - Patrie

\*\*\*\*\*

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

\*\*\*\*\*

FACULTÉ DES ARTS, LETTRES  
ET SCIENCES HUMAINES

\*\*\*\*\*

DÉPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

\*\*\*\*\*

BP : 755 Yaoundé

Siège : Bâtiment Annexe FALSH-UYI, à côté AUF

E-mail : depart.socio20@gmail.com



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace - Work - Fatherland

\*\*\*\*\*

THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

\*\*\*\*\*

FACULTY OF ARTS, LETTERS  
AND SOCIAL SCIENCES

\*\*\*\*\*

DEPARTMENT OF SOCIOLOGY

\*\*\*\*\*

### ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur **LEKA ESSOMBA Armand**, Chef de Département de Sociologie de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, Matricule **17B354**, est inscrite en Master, option Population et développement. Elle effectue, sous la direction du Professeur **DJOUA FEUDJIO Yves Bertrand**, un travail de recherche sur le thème : « *Analyse des violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan* ».

Je vous serais reconnaissant de lui fournir toute information non confidentielle, susceptible de l'aider dans cette recherche.

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

Fait à Yaoundé, le 02 AOUT 2022

Le Chef de Département

 *Armand LEKA ESSOMBA*  
Maître de Conférences

## ANNEXE 2 : AUTORISATION DE RECHERCHE DU MINISTRE DE LA SANTE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
Paix – Travail – Patrie

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION DE LA RECHERCHE  
OPERATIONNELLE EN SANTE

N° DBO-1040 / MINSANTE/SG/DROS/SPA

Ref : v/l n°  
Du 18 juillet 2022

REPUBLIC OF CAMEROON  
Peace – Work - Fatherland

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

SECRETARIAT GENERAL

DIVISION OF HEALTH  
OPERATIONAL RESEARCH

Yaoundé, le **13 SEPT 2022**

LE MINISTRE

A

**Mme KEPTCHUIME KOUAHOU Michele Sunita**  
Etudiante au Département de Sociologie  
Université de Yaoundé I  
Tel: 655 49 22 30/682 21 48 62  
Mail: [michelekeptchuime@gmail.com](mailto:michelekeptchuime@gmail.com)

**Objet** : *Votre demande d'autorisation de recherche.*

**Madame,**

En accusant réception de votre correspondance du 18 juillet 2022 dont l'objet et les références sont repris en marge,

J'ai l'honneur de vous marquer mon Accord de principe pour mener une étude sur le thème : « **la prise en charge des femmes enceintes en milieu hospitalier : une analyse des violences obstétricales à l'Hôpital de District d'Efoulan** ».

Vous voudriez bien par conséquent prendre attache avec les responsables de l'Hôpital de District d'Efoulan à cet effet.

Faut –il vous le rappeler, cet accord ne vous exempte pas de vous conformer à la réglementation en vigueur au Cameroun en matière de recherche en santé.

Au terme de votre recherche, le résumé exécutif y relatif devra être envoyé la Division de la Recherche Opérationnelle en Santé (DROS) à l'adresse suivante : [minsantedros@yahoo.com](mailto:minsantedros@yahoo.com).

Veillez agréer, **Madame**, l'assurance de ma considération distinguée./-

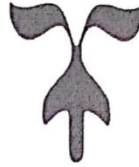
**Copie**

- CAB/MINSANTE/SESP
- SG/MINSANTE
- DROS
- Intéressées/archives/chrono



## ANNEXE 3 : ATTESTATION DE CLAIRENCE ETHIQUE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
*Paix – Travail - Patrie*  
 -----  
 MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 -----  
 SECRETARIAT GENERAL  
 -----  
 COMITE REGIONAL D'ETHIQUE DE LA  
 RECHERCHE POUR LA SANTE HUMAINE DU CENTRE  
 -----  
 Tél : 222 21 20 87/ 677 94 48 89/ 677 75 73 30



REPUBLIC OF CAMEROON  
*Peace – Work – Fatherland*  
 -----  
 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
 -----  
 SECRETARIAT GENERAL  
 -----  
 CENTRE REGIONAL ETHICS COMMITTEE  
 FOR HUMAN HEALTH RESEARCH  
 -----

CE N° **1 3 3 3** -/CRERSHC/2022

Yaoundé, le **21 SEPT 2022**

### CLAIRANCE ETHIQUE

Le Comité Régional d'Ethique de la Recherche pour la Santé Humaine du Centre (CRERSHC) a reçu la demande de clairance éthique pour le projet de recherche intitulé : « *Analyse des violences obstétricales à l'Hôpital de District d'Efoulan* », soumis par Madame/Mademoiselle KEPTCHUIME KOUAHO Michèle Sunita.

Après son évaluation, il ressort que le sujet est digne d'intérêt, les objectifs sont bien définis et la procédure de recherche ne comporte pas de méthodes invasives préjudiciables aux participants. Par ailleurs, le formulaire de consentement éclairé destiné aux participants est acceptable.

Pour ces raisons, le Comité Régional d'éthique approuve pour une période de six (06) mois, la mise en œuvre de la présente version du protocole.

L'intéressée est responsable du respect scrupuleux du protocole et ne devra y apporter aucun amendement aussi mineur soit-il sans l'avis favorable du Comité Régional d'Ethique. En outre, elle est tenue de:

- collaborer pour toute descente du Comité Régional d'éthique pour le suivi de la mise en œuvre du protocole approuvé ;
- et soumettre le rapport final de l'étude au Comité Régional d'éthique et aux autorités compétentes concernées par l'étude.

La présente clairance peut être retirée en cas de non-respect de la réglementation en vigueur et des directives sus mentionnées.

En foi de quoi la présente Clairance Ethique est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Ampliations:  
 CNERSH



LE PRESIDENT,

*Dr. Dodo Boye Casimir*  
**Pharmacien**

## ANNEXE 4 : AUTORISATION DE COLLECTE HDE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN  
 -----  
 Paix - Travail - Patrie  
 -----  
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE  
 -----  
 DELEGATION REGIONALE DU CENTRE  
 -----  
 DISTRICT DE SANTE D'EOULAN  
 -----  
 HOPITAL DE DISTRICT D'EOULAN  
 -----



REPUBLIC OF CAMEROON  
 -----  
 Peace-Work-Fatherland  
 -----  
 MINISTRY OF PUBLIC HEALTH  
 -----  
 CENTER REGIONAL DELEGATION  
 -----  
 EFOULAN HEALTH DISTRICT  
 -----  
 EFOULAN DISTRICT HOSPITAL  
 -----

N° 1253 / AACD/MSP/ DRSPC/DSE/HDE.

### AUTORISATION DE COLLECTE DE DONNEES

Je soussigné *Dr LOMBO LOMBO Landry, Directeur de l'Hôpital de District d'Efoulan certifie* qu'une autorisation administrative de collecte de données sur le thème portant sur la « **La prise en charge des femmes enceintes en milieu hospitalier : une analyse des violences obstétricales à l'HD-EFOULAN** » est accordée à **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, étudiant en Master II, Département de Sociologie, Université de Yaoundé I.

L'éthique et la confidentialité sont à respecter ;

Au terme de cette collecte de données, une copie sera déposée à la bibliothèque de l'Hôpital de District d'Efoulan.

Yaoundé, le 24 NOV 2022.





## ANNEXE 5 : FICHE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Nom et informations de l'investigateur principal : **KEPTCHUI ME KOUAHOU Michèle Sunita**, Étudiante à l'Université de Yaoundé I, Master Sociologie, 655492230/6822148 ;

Les objectifs et modalités de l'étude m'ont été clairement expliqués par la chercheuse ainsi que les risques et les bénéfices potentiels inhérents à l'étude. J'ai lu et/ou écouter et compris la fiche d'informations qui m'a été remise. J'ai bien compris que:

- Ma participation à l'étude est volontaire et non rémunérée ;
- Je comprends l'utilité de ce travail et de ce qui est attendu de moi ;
- Je suis libre d'accepter pou de refuser de participer, et je suis libre d'arrêter à tout moment ma participation en cours de l'étude sans que cela influence ma prise en charge ;
- Mon consentement ne décharge pas le responsable de cette étude, de leurs responsabilités ;

Après avoir discuté et obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement de participer à la recherche qui m'est proposée.

Fait à.....le ... ..

Nom et prénom du participant :

Nom et prénom de l'enquêteur

**KEPTCHUI ME KOUAHOU MICHELE SUNITA**

Signature:

Signature

## **ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES AYANT ACCOUCHEES A L'HOPITAL DE DISTRICT D'EFOULAN.**

Bonjour Madame, je suis **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, étudiante en cinquième année sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur **l'analyse des violences obstétricales à hôpital de district d'Efoulan : formes, facteurs et implications**. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène.

### **I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES**

- Nom et prénoms (facultatif)
- Age
- Niveau d'étude
- Profession
- Statut matrimonial
- Religion
- Quartier de résidence
- Nombre d'enfants
- Région d'origine
- Téléphone

### **II. CONNAISSANCE DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES**

- Comment avez-vous décidé du lieu de l'accouchement ?
- Quel est l'itinéraire que vous avez emprunté durant votre passage à la maternité de cet hôpital ?
- Comment s'est passé votre accouchement ?
- Selon vous qu'est-ce que les violences obstétricales ?
- Qu'est-ce que vous avez subi au sein de cet hôpital et que vous n'avez pas apprécié ?
- Qu'est-ce que vous n'avez pas aimé lors de l'accouchement ? lors du post-partum ?

### **III. FACTEURS CONDUISANT AUX VIOLENCES OBSTÉTRICALES**

- Tout au long de votre séjour dans cette formation sanitaire comme parturiente, comment ont été les rapports avec le corps soignant ?

- Votre consentement était-il requis avant d'effectuer une quelconque pratique (exemple) ?
- Si vous avez formulé des revendications ou plaintes, comment ont-elles été prises en compte ?
- D'après vous, qu'est-ce qui explique ces violences obstétricales ?
- Comment avez-vous trouvé la salle d'accouchement ?
- Comment avez-vous trouvé le matériel et les infrastructures ? (Lits, plateau technique, toilettes, pharmacie...)

#### **IV. IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES SUR LA RELATION DE SOIN**

- ❖ Qu'avez-vous ressenti après cet acte violent ?
- ❖ Comment avez-vous réagi après l'acte violent ?
- ❖ Quelles ont été les conséquences des violences obstétricales dans la suite de la relation avec la sage-femme ?
- ❖ Avez-vous eu à faire des dépenses supplémentaires à cause de ces violences ?
- ❖ Votre bébé a-t-il subi les conséquences de ces pratiques violentes ?
- ❖ Avez-vous/ ressentez-vous aujourd'hui encore les séquelles de ces violences ?
- ❖ Pour votre prochain accouchement, où êtes-vous allés ?
- ❖ Quel moyen utiliserez-vous pour ne plus subir des violences obstétricales ?
- ❖ Quelles solutions proposerez-vous pour réduire ou bannir totalement les violences obstétricales dans cet hôpital ?
- ❖ Avez-vous une question pour moi ?

**Merci pour votre contribution !**

## **ANNEXE 7 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR LES RESEAUX SOCIAUX DES FEMMES AYANT ACCOUCHEES**

Bonjour Monsieur/Madame, je suis **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, étudiante en cinquième année sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur **l'analyse des violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan**. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène.

- ❖ Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles (Nom et prénoms, Age, sexe, religion, profession, statut matrimonial, quartier de résidence)
- ❖ Combien d'enfants avez-vous ?
- ❖ Quel lien avez-vous avec la femme qui a accouchée ?
- ❖ Comment avez-vous été informé de l'accouchement ?
- ❖ Qui a décidé du lieu d'accouchement ? comment avez-vous trouvé ce choix ?
- ❖ Pouvez-vous nous décrire l'expérience dont vous étiez témoin ?
- ❖ D'après vous quelles sont les causes de ces violences ?
- ❖ Pourquoi considérez-vous que c'est une violence ?
- ❖ Comment avez-vous réagi après l'acte violent ?
- ❖ Quelles sont les conséquences de ces violences ?

Merci pour votre contribution !

## **ANNEXE 8 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DE L'HOPITAL DE DISTRICT D'EFOULAN.**

Bonjour Monsieur/Madame, je suis **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, étudiante en cinquième année sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur **l'analyse des violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan : formes, facteurs et implications**. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène.

### **I. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES**

- ❖ Nom et prénom (facultatif)
- ❖ Age
- ❖ Religion
- ❖ Statut matrimonial
- ❖ Fonction
- ❖ Nombre d'années d'expériences
- ❖ Exercez-vous dans d'autres formations sanitaires (privées ou publiques) ?

### **II. CONNAISSANCES RELATIVES AUX VIOLENCES OBSTÉTRICALES**

- ❖ Quel est l'itinéraire des femmes une fois que celles-ci viennent pour accoucher ? (Protocole)
- ❖ Selon vous à quoi renvoie les violences obstétricales ?
- ❖ Quelles sont vos expériences de violences obstétricales ?
- ❖ D'après vous, quelles sont les formes des violences obstétricales à l'encontre des femmes que vous connaissez et vous considérez effectivement comme des violences ?
- ❖ Dans la relation de soin au sein des établissements de santé, qu'est ce qui importe le plus, le soin technique ou la relation avec la parturiente ?

### **III. FACTEURS EXPLICATIFS DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES**

- ❖ Comment est-ce que vous représentez les parturientes ?
- ❖ Parvenez-vous à satisfaire toutes les demandes formulées par les femmes que vous recevez à la maternité ?
- ❖ Quelles sont les plaintes qu'elles formulent généralement ?
- ❖ Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans l'offre des soins obstétricaux ?
- ❖ Selon vous qu'est ce qui est à l'origine de ces violences ?
- ❖ D'après vous pourquoi la relation soignant-parturiente est en crise ?

- ❖ Pensez-vous que l'environnement de travail influence la relation soignant-parturiente ?
- ❖ Dans quel cas vous arrive-t-il de recourir à la violence verbale face à une parturiente ?
- ❖ Comment réagissez-vous lorsque vous êtes en face d'une parturiente qui ne collabore pas facilement ?
- ❖ Comment justifiez -vous le recours à la force pour prodiguer des soins lors de l'accouchement ?
- ❖ Existe-t-il un cadre permettant de préserver l'intimité des parturientes pendant la délivrance d'un service ou soin la mise en soin ?

#### **IV. CONSÉQUENCES DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES SUR LA RELATION DE SOINS**

- ❖ Selon vous quelles sont les conséquences des violences obstétricales dans la suite de la relation de soins ?
- ❖ D'après vous, quelles sont les conséquences des violences obstétricales sur l'itinéraire obstétrical des femmes ?
- ❖ D'après vous, quelles sont les mesures à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes ?
- ❖ Avez-vous une question pour moi ? ou Voudriez-vous aborder un aspect qui ne l'a pas été ?

Merci pour votre contribution !

## **ANNEXE 9 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES RESPONSABLES DE L'ASSOCIATION CAMEROUNAISE DES SAGE-FEMMES ET ASSIMILES DU CAMEROUN (ASFAC)**

Bonjour Monsieur/Madame, je suis **KEPTCHUIME KOUAHOU Michèle Sunita**, étudiante en cinquième année sociologie à l'Université de Yaoundé I. Je rédige un mémoire de master II sur l'**analyse des violences obstétricales à l'hôpital de district d'Efoulan : formes, facteurs et implications**. Je souhaiterais m'entretenir avec vous sur quelques points à même de contribuer à la compréhension de ce phénomène.

### **I. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES**

- ❖ Nom et prénom (facultatif)
- ❖ Age
- ❖ Religion
- ❖ Statut matrimonial
- ❖ Fonction
- ❖ Nombre d'années d'expériences

### **II. CONNAISSANCE DE L'ASSOCIATION**

- ❖ En quelle année fut créée l'association ?
- ❖ Quels sont les objectifs de l'association ?
- ❖ Quelles sont les activités qu'effectuent les membres de cette association ?
- ❖ Quelles sont vos zones d'intervention ?

### **III. ASFAC ET VIOLENCE OBSTÉTRICALES**

- ❖ Selon vous, qu'est-ce qu'une violence obstétricale ?
- ❖ Lors de vos différentes rencontres, traitez-vous de la thématique des violences obstétricales ?
- ❖ Comment est-ce que cette thématique est abordée ?
- ❖ Avez-vous un volet correctionnel pour des cas de violence obstétricale ?
- ❖ Comment gérez-vous les cas de violence obstétricale ?
- ❖ Quelles mesures développez-vous pour contrer les violences obstétricales ?

#### **IV. FACTEURS ENGENDRANT LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES**

- ❖ Selon vous, quelles sont les formes que peuvent prendre les violences obstétricales ?
- ❖ Comment se manifestent ces formes ?
- ❖ D'après vous, quelles sont les causes des Violences obstétricales ?
- ❖ Quelles sont les acteurs qui impulsent ces violences ?

#### **V. IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTÉTRICALES DANS LA RELATION DE SOIN**

- ❖ Selon vous, quel est l'impact des violences obstétricales dans la relation soignant-parturiente ?
- ❖ Dans quelle mesure l'avènement des violences influe sur la relation de soin ?
- ❖ Comment se (re) construit la relation de soins une fois qu'apparaissent les violences obstétricales ?

Merci pour votre contribution !



**ANNEXE 10 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC UN RESPONSABLE DU MINSANTE**

- Nom
- Quel poste occupez-vous dans cette structure ?
- Lors de vos différentes réunions, traitez-vous des violences obstétricales ?
- Comment est-ce que les violences obstétricales sont envisagées ?
- Considérez-vous ces violences comme un problème de santé publique ?
- Selon vous, quels sont les facteurs qui rendent compte de ces violences ?
- Quelles sont les mesures prises pour contrer ces violences ?
- Quelles sont les initiatives concrètes que prend votre ministère pour lutter contre ces violences ?
- Pourquoi ces violences persistent toujours ?
- Lors de vos différentes rencontres, avez-vous en projet de mettre sur pied une loi contre les pratiques violentes en maternité ?
- Quelles sont les conséquences de ces violences d'après vous ?

Merci pour votre contribution !

**ANNEXE 11 : GRILLE D'OBSERVATION A L'HOPITAL D'EFOULAN**

Date

Lieu d'observation:

**1- Éléments à observer.**

- Climat d'accueil (chaleureux ; indifférent ; froid)
- Aspects de la salle d'accouchement (humanisant ; deshumanisant)
- Le Nombre de personnes en salle d'accouchement (intervalle)
- Forme d'interaction avec le soignant (écoute du patient ; pas d'écoute)
- Mine des patients (impression de satisfaction ; impression d'insatisfaction)
- Attitude des soignants (convivialité ; attention ; courtoisie ; inattention insensibilité ; indifférence)
- Forme de communication avec le malade (horizontale ; verticale)
- État des infrastructures (bien entretenus ; mal entretenus)
- Respect de la confidentialité et de l'intimité des patientes
- Nombre de femmes par salle de suite de couche(intervalle)
- Recherche du consentement (approuvé ; désapprouvé)
- Assistance par un personnel qualifié (sagefemme/maïeuticien ; infirmier ; stagiaire)
- Cout des prestations (normal ; augmenté)
- État des toilettes (salubre, insalubre)
- Lieu des toilettes (éloigné, proche)
- Remise du reste de matériel après accouchement (effectif ; ineffectif)
- Contrôle du saignement des femmes en post –partum (régulier ; irrégulier ; pas de contrôle)
- Payement du KIT d'accouchement (à la caisse ; au personnel de maternité).

**2- Autres éléments importants à observer****3- Impression générale**

## ANNEXE 12 : LISTE DES INFORMATEURS

<b>Nom et lieu d'entretien</b>	<b>qualité ou statut</b>	<b>technique utilisée</b>	<b>Lieu</b>	<b>Date</b>
Aissatou	Parturiente	ESD	EFOULAN	17/07/2022
Aissatou	Parturiente	ESD	EFOULAN	17/07/2022
ANASTHASIE ;	Parturiente	ESD	EFOULAN	30/07/2022
ANNE	Parturiente	ESD	OBOBOGO	10/08/2022
Astride	Parturiente	ESD	EFOULAN	28/07/2022
CHANTTAL	Parturiente	ESD	EFOULAN	12/08/2022
DORETTE	Parturiente	ESD	EFOULAN	14/08/2023
ELISABETH	Parturiente	ESD	EFOULAN	12/08/2022
Florence	Sécretaire ASFAC	ESD	Palais des sports	11/08/2022
HERMANNE	Parturiente	ESD	EFOULAN	24/07/2022
IDELE	Parturiente	ESD	EFOULAN	24/07/2022
Kabrelle,	Parturiente	ESD	EFOULAN	23/07/2022
Leslie	Parturiente	ESD	EFOULAN	22/08/2022
M. Jean Bruno	PERSONNEL DU MINSANTE	ESD	Bastos, siège du PLMI	10/04/2023
MADELEINE	Parturiente	ESD	EFOULAN	24/07/2021
Mari odette	Accompagnant	ESD	EFOULAN	14/08/2023
MERE BEIGNETS	Parturiente	ESD	EFOULAN	17/07/2022
MERE ORNELLA	Accompagnante	ESD	EFOULAN	09/08/2022
Mère parturiente	Accompagnante	ESD	EFOULAN	23/12/2022
Merveille	STAGIAIRE	ESD	EFOULAN	23/12/2022
Michelle	Stagiaire	ESD	EFOULAN	14/08/22
Mme Atchoumi	Directrice de l'ASFAC	ESD	Palais des sports	11/08/2022
ORNELLA	Parturiente	ESD	EFOULAN	09/08/2022
ORNELLA	Parturiente	ESD	EFOULAN	09/08/2022

PRUDENCE	Parturiente	ESD	EFOULAN	20/12/2022
Sandra	STAGIAIRE	ESD	EFOULAN	20/12/2022
SG1	MAJOR	ESD	EFOULAN	28/05/2023
SG2	Sage-femme	ESD	EFOULAN	23/05/2023
SG3	Sage-femme	ESD	EFOULAN	02/01/2023
SG4	Sage-femme	ESD	EFOULAN	21/12/2022
SŒUR OLIVIA	Parturiente	ESD		15/07/2022
SŒUR OLIVIA	Parturiente	ESD	EFOULAN	15/07/2022
Sœur prudence	Accompagnante	ESD	EFOULAN	20/12/2022
Sylvianne	Parturiente	ESD	EFOULAN	15/09/2022
Voisine	Parturiente	ESD	EFOULAN	25/07/2023
Voisine	Parturiente	ESD	OBOBOGO	25/07/2023
Willy	STAGIAIRE	ESD	EFOULAN	14/12/2022

## TABLE DE MATIERES

<b>DEDICACE.....</b>	<b>i</b>
<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>ii</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>iii</b>
<b>EPIGRAPHIE.....</b>	<b>iv</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>v</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTE DES ILLUSTRATIONS .....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTE DES ENCADRES .....</b>	<b>viii</b>
<b>LISTE DES ACRONYMES .....</b>	<b>ix</b>
<b>INTRODUCTION GENERALE .....</b>	<b>1</b>
<b>I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ETUDE .....</b>	<b>2</b>
<b>II. IDENTIFICATION DU PROBLÈME.....</b>	<b>4</b>
<b>III. PROBLÉMATIQUE.....</b>	<b>6</b>
<b>III.1. La crise du sanitaire et la violence obstétricale en sociologie de la santé.....</b>	<b>6</b>
<b>III.2- La dimension genrée des violences obstétricales.....</b>	<b>10</b>
III.3- La perspective féministe des violences obstétricales.....	12
III.4- Les conséquences des violences obstétricales .....	14
<b>IV. QUESTIONS DE RECHERCHE .....</b>	<b>17</b>
IV.1- Question principale.....	17
IV.2- Questions secondaires.....	17
<b>V. HYPOTHÈSES DE RECHERCHE .....</b>	<b>17</b>
V.1- Hypothèse principale.....	17
V.2- Hypothèses secondaires .....	17
<b>VI. CADRE THÉORIQUE.....</b>	<b>18</b>
VI.1- Le constructivisme structuraliste .....	18
<b>VI.2- L'interactionnisme symbolique.....</b>	<b>19</b>
VI.3- Le fonctionnalisme dysfonctionnel.....	21
<b>VII. CADRE METHODOLOGIQUE .....</b>	<b>22</b>
VII.1- Méthode utilisée .....	22
VII.2- Population d'étude.....	22
VII.3- Méthodes d'échantillonnage.....	23

VII.4- Techniques de collecte de données .....	23
<b>VII. 4.1. L'observation documentaire .....</b>	<b>23</b>
<b>VII.4.2-L'observation directe.....</b>	<b>24</b>
<b>VII.4.3- L'observation participante.....</b>	<b>25</b>
<b>VII.4.4- Les entretiens semi -directifs.....</b>	<b>25</b>
VII.4.5- Technique d'analyse des données : l'analyse de contenu .....	26
VIII. CLARIFICATION CONCEPTUELLE .....	26
VIII.1- Prise en charge .....	26
VIII.2- Violences obstétricales.....	27
VIII.3- Relation de soin.....	29
VIII.4- Parturiente .....	30
PREMIERE PARTIE : FORMES ET ETIOLOGIE DES VIOLENCES OBSTETRIQUES A LA MATERNITE D'EFOULAN.....	31
Chapitre I : CARACTERISTIQUES ET MANIFESTATIONS DES VIOLENCES ENVERS LES PARTURIENTES DURANT LE PROCESSUS D'ACCOUCHEMENT.....	33
<b>I. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES À CARACTÈRE PHYSIQUE.....</b>	<b>33</b>
I.1- Les abus et agressions physiques exercées sur les primipares pendant les poussées .....	34
I.2- Les négligences face aux situations à risques des parturientes défavorisées socialement ...	37
I.3- La chosification du corps des parturientes au profit d'une formation continue des stagiaires 40	
<b>I.3.1- L'impact de la formation des stagiaires sur le temps des soins.....</b>	<b>40</b>
I.3.2- L'impact de l'apprentissage sur la durée de la douleur ressentie par les parturientes.....	43
<b>I.3.3- L'impact de la formation des stagiaires sur la qualité des soins administrés aux parturientes.....</b>	<b>44</b>
<b>Encadré n°3 : Observation d'une suture effectuée par la sage-femme en présence des stagiaires.....</b>	<b>45</b>
<b>II. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES À CARACTÈRE VERBAL .....</b>	<b>45</b>
II.1- Les offenses et humiliations envers les parturientes .....	46
II.2- Les intimidations et frustrations envers les parturientes en salle d'accouchement.....	48
II.3- Les menaces en situation d'accouchement.....	51
<b>II.3.1- Les menaces d'envoi en césarienne .....</b>	<b>51</b>
<b>II.3.2- Les menaces d'abandon sur la table d'accouchement.....</b>	<b>54</b>
<b>III. LES VIOLENCES OBSTÉTRICALES À CARACTÈRE ÉCONOMIQUE .....</b>	<b>55</b>
III.1- Le commerce du matériel d'accouchement .....	56
III.1.1- La vente du matériel obtenu sans le consentement des parturientes.....	56
<b>III.1.2- La vente du matériel obtenu avec le consentement des parturientes .....</b>	<b>58</b>

III.2- La vente frauduleuse des médicaments de soin .....	59
III.3- La demande de reconnaissance à travers les pots de vin .....	60
<b>Chapitre II : FACTEURS CONDUISANT À L'EMERGENCE DE LA VIOLENCE ENVERS LES PARTURIENTES.....</b>	<b>64</b>
<b>I. L'ABSENCE D'UN MILITANTISME SOCIO-SANITAIRE EFFICACE .....</b>	<b>64</b>
<b>I.1- La variable individuelle .....</b>	<b>65</b>
<b>I.2- La variable collective.....</b>	<b>70</b>
<b>II. L'ABSENCE DE LOI EN SANTÉ DE LA REPRODUCTION AU CAMEROUN ....</b>	<b>73</b>
<b>II.1- Les vides juridiques en matière de violences obstétricales dans la loi camerounaise.</b>	<b>74</b>
<b>II.2- La réglementation en vigueur concernant les violences obstétricales à l'HDE.....</b>	<b>77</b>
<b>III. L'ABSENCE D'INFRASTRUCTURES ADEQUATES .....</b>	<b>77</b>
<b>III.1- Les insuffisances infrastructurelles de la structure hospitalière .....</b>	<b>78</b>
<b>III.1.1- L'Absence d'un groupe électrogène .....</b>	<b>78</b>
III.1.2- Les sanitaires dégradées et les lieux de lessive insalubres .....	79
III.2- Les infrastructures obstétricales.....	81
III.2.1- Une salle d'accouchement dépourvue de toute intimité.....	81
III.2.2- Les tables d'accouchement défailantes.....	86
III. 2.3. L'insuffisance des lits dans les suites de couche.....	87
<b>III.2.4- L'absence de berceaux pour les bébés dans les salles de post-partum.....</b>	<b>90</b>
<b>III.3 - Le faible plateau technique pour l'accouchement.....</b>	<b>90</b>
<b>III. 3.1- La table radiante défectueuse.....</b>	<b>91</b>
III.3.2- L'absence d'aspirateur dans la salle d'accouchement .....	92
III.3.3- Le faible éclairage en salle d'accouchement pour la réalisation des sutures.....	93
<b>III.3.4- Les autres équipements moins performants .....</b>	<b>93</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTETRIQUES DANS LE SYSTEME DE SOIN .....</b>	<b>96</b>
<b>Chapitre III : IMPLICATIONS DES VIOLENCES OBSTETRIQUES SUR LE RAPPORT A L'ETHIQUE DE SOIN.....</b>	<b>98</b>
<b>I- DU CARACTÈRE VULNÉRABLE INHÉRENT À LA GROSSESSE.....</b>	<b>98</b>
I.1- La vulnérabilité physique des femmes lors de la grossesse.....	99
I.2- La vulnérabilité sociale pendant la grossesse .....	101
<b>II. DU CARACTERE VULNERABLE INHERENT A L'ACCOUCHEMENT .....</b>	<b>104</b>
II.1- La douleur inhérente à la mise en soin lors de l'accouchement.....	104
<b>II.1.1- La douleur ressentie lors du toucher et de la poussée .....</b>	<b>104</b>
<b>II.1.2- La douleur engendrée par le processus de délivrance.....</b>	<b>107</b>

<b>III. LA REAPPROPRIATION DE L'ÉTHIQUE DANS UNE DIALECTIQUE ENTRE VIOLENCE PERÇU ET VIOLENCE SUBIE</b> .....	108
III.1- La violence perçue et le consentement des parturientes .....	108
<b>III.1.1-De la médecine au juridique : les controverses théoriques autour du consentement</b> 109	
<b>III.1.2- Le consentement libre et éclairé en débat</b> .....	110
III.1.3- La (re) appropriation du consentement lors du soin à la maternité de l'HDE .....	112
III.2- La violence vécue et l'éthique de soin .....	114
<b>III.2.1-Des fondements philosophiques de l'éthique médicale</b> .....	115
<b>III.2.2-Entre régulation et mécanisation des pratiques : l'éthique du soin du point de vue des soignants</b> .....	116
<b>III.2.3-Le non-respect des normes éthiques en obstétrique et la production des violences obstétricales</b> .....	119
<b>Chapitre IV :122 INCIDENCES DES VIOLENCES OBSTETRIQUES SUR LE RAPPORT AUX SOINS</b> .....	122
<b>I. LES INCIDENCES SUR LA RELATION DE SOIN</b> .....	122
I.1- Les incidences sur le plan médical .....	123
<b>I.1.1-Les sorties contre avis médical</b> .....	123
<b>I.1.2- La fugue des parturientes</b> .....	125
I.2- Les incidences sur le plan psychologique.....	126
<b>I.2.1- La peur envahissant les parturientes</b> .....	126
<b>I.2.1.1-La peur de perdre son bébé</b> .....	126
<b>I.2.1.2-La peur de vivre un accouchement traumatisant</b> .....	127
<b>I.3- La perte d'estime de soi et de confiance des parturientes envers les soignants</b> .....	129
<b>I.3.1. La perte d'estime de soi chez les parturientes</b> .....	130
<b>Encadré n°10 : Observation d'une parturiente en travail</b> .....	130
<b>I.3.2. Le manque de confiance envers les soignants</b> .....	132
II. Les incidences sur le plan communicationnel .....	133
<b>II.1- Le refus des parturientes à participer à la communication</b> .....	134
<b>II.2-Les difficultés de communication entre les soignants et les parturientes et leurs accompagnants</b> .....	135
<b>III. LES INCIDENCES SUR LA SANTE NEONATALE ET INFANTILE</b> .....	136
<b>III.1- Les atteintes à la santé physique des nouveaux nés</b> .....	136
<b>III.2- La mortalité infantile</b> .....	137
<b>IV. LES INCIDENCES SUR L'ITINÉRAIRE DE SOINS DES PARTURIENTES</b> .....	138
IV.1- Le recours aux structures privées de soins .....	139
IV.2-Le recours à l'accouchement dans les structures sanitaires clandestines .....	140



CONCLUSION GENERALE .....	141
BIBLIOGRAPHIE .....	141
ANNEXES .....	kkkkkk
<b>TABLE DE MATIERES .....</b>	<b>141</b>