



## Fréquence et nature des violences obstétricales dans les maternités de Kisangani, en République Démocratique du Congo

*Frequency and nature of obstetric violence in Kisangani Maternity Hospitals, Democratic Republic of Congo*

Teddy Habiragi Matega<sup>1,2</sup>, Gédéon Bosunga Katenga<sup>1</sup>, Jean-Jeannot Syhalikyolo Juakali<sup>1</sup>

### Auteur correspondant

Courriel : [teddymatega@gmail.com](mailto:teddymatega@gmail.com)

Département de Gynécologie et Obstétrique,  
Faculté de Médecine et Pharmacie, Université  
de Kisangani, Kisangani, République  
Démocratique du Congo

### Summary

**Context and objective.** Obstetric violence represents all abuses suffered that women experience during childbirth. The present study was conducted to describe the nature, frequency and resentment of acts and abuses committed in maternity hospitals. **Methods.** This was a cross-sectional, multi-site descriptive study conducted in Kisangani from February 1, 2023 to June 30, 2023. Data were collected prospectively, using questionnaires from birth attendants at the maternity hospitals, and focused on the nature of the violence and patient satisfaction assessed on a Likert scale. **Results.** Two hundred and eight women (mean age 26.56±6.94 years) were enrolled. Approximately 1/5 of the deliveries (21.63%) were not allowed to have family support. The rate of women who had undergone vaginal touching without their consent was 58.65%, and the gynaecological position was systematic for all vaginal deliveries. The opinion of 54.02% of patients was that this position was imposed and 30.46% were dissatisfied with it. Caesarean section was performed without consent at a rate of 91.18%. The medical team's assistance was poor for 31.73% of patients. Disrespectful words were used in 29.33% of deliveries, and 6.25% of women were victims of blows. Episiotomy was performed without consent in 41.18% of cases. **Conclusion.** Obstetric violence remains a real problem in Kisangani maternity hospitals, where health care staff should humanize their actions while giving priority to patient consent.

**Keywords:** obstetric violence, consent, opinion

Received: November 28<sup>th</sup>, 2023

Accepted: October 16<sup>th</sup>, 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.9>

1. Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et Pharmacie, Université de Kisangani, Kisangani, République Démocratique du Congo

### Résumé

**Contexte et objectif.** La violence obstétricale est l'ensemble des abus que les femmes subissent au cours de l'accouchement. La présente étude a été menée pour décrire la nature, fréquence et leur opinion face aux actes et abus commis dans les maternités. **Méthodes.** Il s'est agi d'une étude transversale descriptive, multisites menée à Kisangani du premier février 2023 au trente juin 2023. La collecte des données était prospective, sur des questionnaires, auprès des accouchées, à la maternité, et était centrée sur la nature des violences et la satisfaction des patientes évaluée à par rapport à l'échelle de Likert. **Résultats.** Deux cent et huit accouchées ont été enrôlées. Leur âge moyen était de 26,56±6,94 ans. 21,63% des accouchées n'étaient pas autorisées d'avoir un accompagnement familial. Le taux des accouchées ayant subi des touchers vaginaux sans leur consentement était de 58,65%. La position gynécologique était systématique pour tout accouchement par voie basse parmi lesquelles 54,02% avaient l'opinion d'une position imposée et 30,46% en étaient peu satisfaites. La césarienne était pratiquée sans consentement dans 91,18% des cas. 31,73% de patientes avaient trouvé que l'assistance par l'équipe médicale était mauvaise. Le taux d'accouchées victimes des paroles irrespectueuses était de 29,33% et 6,25% étaient victimes des coups. L'épisiotomie était pratiquée sans consentement dans 41,18 % des cas. **Conclusion.** Les violences obstétricales demeurent un problème réel dans les maternités de Kisangani où le personnel de santé devrait humaniser leurs actes tout en privilégiant le consentement des patientes.

**Mots-clés :** violences obstétricales, consentement, niveau de satisfaction

Reçu le 28 novembre 2023

Accepté le 16 octobre 2024

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.9>



2. Police National Congolaise, Hôpital  
Provincial de la Tshopo, Kisangani,  
République Démocratique du Congo.

### **Introduction**

La violence obstétricale est un phénomène omniprésent dans le domaine de la santé reproductive à travers le monde (1), alors que, plusieurs aspects des soins maternels respectueux, en particulier ceux au niveau interpersonnel (par exemple, améliorer la communication, respecter le choix des femmes pendant le travail et l'accouchement, réduire les violences physiques et verbales, améliorer l'intimité et préserver la confidentialité), nécessiteraient relativement peu de ressources (2). La violence obstétricale avait été définie comme l'appropriation du corps des femmes et des processus reproductifs par les professionnels de la santé, exprimée par un traitement déshumanisant et/ou une médicalisation abusive et une panthéonisation des processus naturels, entraînant une perte d'autonomie et de capacité à décider librement de leur sort, leur propre corps et leur sexualité, ce qui a un impact négatif sur la qualité de vie des femmes (3). Nombreux auteurs s'accordent pour dire que ces déviances sont liées à la mise en place de protocoles médicaux institutionnalisés, la surmédicalisation des accouchements, des interventions médicales excessives, inappropriées ou non nécessaires, ainsi que des pratiques de routine non basées sur les preuves (3-5). Une étude qualitative par entretien menée sur l'expérience des femmes par rapport aux violences obstétricales, avait décrit quatre catégories émergentes dont le manque d'information et de consentement, un soulagement insuffisant de la douleur, un manque de confiance et de sécurité, ainsi que les abus de la part des sages-femmes où l'expérience de l'accouchement avait été comparée à un viol (6). Une étude menée dans six pays européens (Belgique, Islande, Danemark, Estonie, Norvège et Suède) (7), avait trouvé que la prévalence d'abus obstétricaux variait d'un pays à l'autre avec une moyenne de 20,7%, et le taux le plus bas était retrouvé en Belgique (1,7%) et en Norvège (1,9%), mais, le plus élevé en Estonie (5,2%). Cependant, une étude menée à Shanghai, en Chine (8), avait rapporté qu'au moins 71,8% de patientes estimaient avoir eu une expérience médiocre lors de leur période périnatale et les principales raisons étaient le mauvais comportement du personnel médical (80,2%), les temps de consultation trop courts (92,6%), les

examens médicaux non nécessaires (68,2%) et les soins manquant de confidentialité (32,8%). De même, une étude menée en Afrique subsaharienne (ASS), par l'OMS, au Ghana, en Guinée, au Myanmar et au Nigéria sur les mauvais traitements dont les femmes sont victimes lors de l'accouchement dans les établissements de santé, avait révélé que 42% de femmes avaient subi des violences physiques ou verbales, ou avaient été victimes de stigmatisation ou de discrimination. Quatorze pour cent avaient subi des violences physiques, le plus souvent des gifles, des coups ou des coups de poing. Ils avaient également observé des taux élevés de césariennes, d'épisiotomies et d'examen vaginaux pratiqués sans consentement (9). L'ampleur réelle sur ces violences en ASS reste cependant très peu documentée. La présente étude a tenté de combler cette lacune en se fixant pour objectif de déterminer la fréquence et la nature des abus dont les femmes sont souvent victimes dans les maternités à Kisangani, à fin d'orienter les pratiques futures des accoucheuses vers une logique continue d'humanisation de l'accouchement.

### **Méthodes**

#### *Nature de l'étude*

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive portant sur les accouchées ayant fréquenté quatre maternités de Kisangani. La collecte des données était prospective à partir des questionnaires que les enquêteurs posaient aux accouchées dans les services de postpartum des maternités retenues.

#### *Cadre et période*

La présente étude était multi-sites, menée dans la ville de Kisangani, Province de la Tshopo, en République Démocratique du Congo (RDC), pendant une période de 4 mois, soit du premier février 2023 au trente juin 2023. Les structures retenues en raison de leur forte fréquentation étaient l'hôpital général de référence (HGR) de Makiso/Kisangani, HGR de Kabondo, HGR de Tshopo, et le centre de santé de référence CELPA.

#### *Population d'étude et critères de sélection*

La population d'étude était constituée des femmes qui avait accouché pendant la période d'étude dans l'une des structures sanitaires sélectionnées. Etaient éligibles, toutes femmes qui avaient



accouché un nouveau-né vivant, ayant donné leur consentement de participer à l'étude, se trouvant en surveillance dans le service de postpartum et qui pouvaient s'exprimer facilement soit en français, lingala ou swahili.

#### *Variables*

Les variables d'intérêt comprenaient : l'âge maternel, la commune de résidence, le niveau d'étude, la profession, le statut matrimonial, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, les modalités d'accouchements antérieurs, attitude du personnel de santé envers les parturientes, le consentement éclairé avant la pratique des actes médicaux et l'opinion des patientes par rapport à la pratique des touchers vaginaux, le déclenchement artificiel du travail d'accouchement, la pratique de l'épisiotomie, la surveillance des contractions utérines, l'accompagnement familial pendant le travail d'accouchement, la position et voie d'accouchement, ainsi que son appréciation par rapport au respect de sa pudeur.

#### *Sources de données et mesures*

Les données étaient collectées auprès des femmes qui avaient accouché et présentes dans le service de postpartum à partir d'un questionnaire qui avait permis d'obtenir une mesure chiffrée de satisfaction par rapport aux actes posés sur la patiente ainsi que l'attitude des prestataires de santé et cela suivant l'échelle de LIKERT (n/5) pour lequel 5/5 correspondait à une opinion de très satisfait ; 4/5 = satisfait ; 3/5 = ni satisfait, ni insatisfait, 2/5 = peu satisfait et 1/5 = pas du tout satisfait (10).

#### *Biais*

L'étude étant multi-sites, le niveau d'expérience du personnel de santé, l'appartenance ou non de la structure à l'Etat subventionnée ou non, une structure de santé d'une confession religieuse ou secteur privé pouvait constituer des biais par rapport à la qualité des soins et la collaboration patiente-prestataire des soins. Il en est de même de l'expérience acquise après l'accouchement dans une autre structure de santé ou le fait d'être primipare.

#### *Echantillonnage et taille de l'étude*

L'échantillonnage était aléatoire systématique, dans le service de postpartum, au lendemain de l'accouchement et nous avons utilisé deux pas de sondage, soit après le premier cas à interviewer, on sautait un cas pour interviewer la suivante et ainsi de suite. Nous avons sélectionné 52 patientes pour chaque structure de santé, soit un total de 208 patientes.

#### *Analyses statistiques*

Les données collectées étaient codées sur une feuille d'Excel 2016 et analysées à l'aide de logiciel IBM SPSS 22. Nous avons recouru essentiellement aux analyses statistiques descriptives. Ainsi, pour la description des échantillons, les effectifs, les pourcentages ainsi que les moyennes et leur déviation standards étaient calculés.

#### *Considérations éthiques*

Toutes les autorisations hiérarchiques et le consentement éclairé écrit étaient préalablement obtenus avant l'enquête. Toutes les règles de confidentialité et d'anonymat ont été respectées.

#### **Résultats**

Les caractéristiques sociodémographiques de la population d'étude sont consignées dans le tableau 1.



Tableau 1. Répartition des patientes selon les caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectifs N = 208	%
<b>Age maternel (ans)</b>		
< 20	35	16,83
20-34	141	<b>67,79</b>
≥ 35	32	15,38
Moyenne ± DS (Extrêmes)	<b>26,56 ± 6,94</b>	(14 et 43)
<b>Statut matrimonial</b>		
Marié	132	<b>63,46</b>
Divorcé	3	1,44
Célibataire	73	35,10
<b>Commune de résidence</b>		
Kabondo	50	24,04
Kisangani	4	1,92
Lubunga	1	0,48
Makiso	66	<b>31,73</b>
Mangobo	54	25,96
Tshopo	33	15,87
<b>Niveau d'instruction</b>		
Supérieur ou universitaire	65	31,25
Secondaire	122	<b>58,65</b>
Primaire	14	6,73
Aucun	7	3,37
<b>Profession</b>		
Elève/Étudiantes	55	<b>26,45</b>
Libérale	30	14,42
Fonctionnaire	28	13,46
Ménagère	95	<b>45,67</b>

Il ressort du tableau 1 que, 67,79% de femmes étaient âgées de 20 à 34 ans. La moyenne d'âge était de 26,56±6,94 ans avec les âges extrêmes de 14 et 43 ans. Les femmes mariées représentaient 63,46% de patientes, 31% habitaient dans la

commune de Makiso, 58,65% avaient un niveau d'étude secondaire et 45,67% étaient ménagères. La distribution des accouchées en fonction des données gynécologiques et obstétricales est donnée dans le tableau 2.

Tableau 2. Distribution des accouchées selon les paramètres gynécologiques et obstétricaux

Variables	Effectifs	%
<b>Parité</b>		
Primipares	80	38,46
Multipares	128	<b>61,54</b>
Moyenne ± DS (Extrêmes)	2,24 ± 1,76	1 et 12
<b>Avortements</b>		
Aucun	158	<b>76,96</b>
1-3	48	23,8
>3	1	0,48
<b>Participation aux CPN</b>		
< 4	86	41,35
≥ 4	122	<b>58,65</b>
Moyenne ± DS (Extrêmes)	3,66 ± 1,44	(0 et 7)
<b>Déclenchement artificiel du travail d'accouchement</b>		
Oui	11	5,29
Non	197	94,71



<b>Consentement éclairé pour le déclenchement artificiel du travail</b>		
Oui	2	18,2
Non	9	<b>81,8</b>
<b>Modalités d'accouchements antérieurs</b>		
Voie basse	165	<b>79,33</b>
Césarienne	24	11,54
Voie basse et césarienne	19	9,13

La majorité des accouchées était multipare avec au moins plus de 4 CPN (59 %). Cependant, elles avaient accouché majoritairement par la voie basse (79 %) sans consentement éclairé au

préalable (82 %). Les pratiques subies par les accouchées pendant le travail sont listées dans le tableau 3.

Tableau 3. Pratiques subies par les accouchées pendant le travail

Variables	Effectifs	%
<b>Consentement avant le toucher vaginal</b>		
Oui	86	41,35
Non	122	<b>58,65</b>
<b>Lavement avant accouchement</b>		
Oui	34	<b>16,35</b>
Non	174	83,65
<b>Interdiction des mouvements pendant le travail</b>		
Oui	47	<b>22,60</b>
Non	161	77,40
<b>Autorisation de l'accompagnement familial</b>		
Oui	163	78,37
Non	45	<b>21,63</b>

Plus de la moitié des accouchées (58,65 %) n'avaient pas donné leur consentement avant la réalisation des toucher vaginaux, 16,35% de patientes étaient obligé à faire un lavement avant l'accouchement. 22,26% étaient interdit à faire des mouvements pendant le travail, et

l'accompagnement familial était interdit dans 21,63 % des cas. Les paramètres liés à l'accouchement et leur niveau de satisfaction sont présentés dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Distribution des patientes par rapport aux paramètres liés à l'accouchement et leur niveau de satisfaction

Variables	Effectifs N=208	%
<b>Position d'accouchement</b>		
Position gynécologique	208	100
<b>Choix de la position d'accouchement</b>		
Oui	80	45,98
Non	94	<b>54,02</b>
<b>Satisfaction par rapport à la position d'accouchement</b>		
Très satisfait	14	8,05
Satisfait	65	37,36



Ni satisfait, ni insatisfait	37	21,26
Peu satisfait	53	<b>30,46</b>
Pas du tout satisfait	5	2,9
<b>Voie d'accouchement</b>		
Voie basse	174	83,65
Césarienne	34	16,35
<b>Information préalable sur l'indication de la césarienne et accord</b>		
Non	31	<b>91,18</b>
Oui	3	8,82
<b>Révision utérine après accouchement par voie basse</b>	76/174	43,68
<b>Niveau de satisfaction après révision utérine</b>		
Ni satisfaite, ni insatisfait	28	36,84
Peu satisfait	47	<b>61,84</b>
Pas du tout satisfait	1	1,32
<b>Assistance par l'équipe médicale</b>		
Bonne	142	68,27
Mauvaise	66	<b>31,73</b>
<b>Paroles irrespectueuses</b>	61	<b>29,33</b>
<b>Injures</b>	21	10,10
<b>Coups</b>	13	6,25
<b>Non-respect de la pudeur</b>	110	52,88
<b>Niveau de satisfaction par rapport au vécu de l'accouchement</b>		
Très satisfait	15	7,21
Satisfait	86	<b>41,35</b>
Ni satisfait, ni insatisfait	74	35,58
Peu satisfait	29	13,94
Pas du tout satisfait	4	1,92

Toutes les femmes ayant accouché par voie basse étaient obligées à accoucher en position gynécologique, parmi lesquelles 54,02% avaient affirmé que la position leur était imposée. 37,36% étaient satisfaites de cette position, 21,26% n'étaient ni satisfaites ni insatisfaites, 30,46% étaient peu satisfaites. 16,35% avaient accouché par césarienne mais 91,18% d'entre elles n'étaient pas informées de son indication et n'avaient pas donné leur consentement. 43,68% des femmes qui

avaient accouché par voie basse avaient subi une révision utérine dont 61,84% étaient peu satisfaites de cet acte. 31,73% de patientes avaient trouvé que l'assistance par l'équipe médicale était mauvaise. 29,33% étaient victimes des paroles irrespectueuses dont 10,1% des injures. 6,25% étaient victimes des coups, 52,88% avaient constaté que leur pudeur n'était pas respectée. Le tableau 5 présente la pratique de l'épisiotomie et le niveau de satisfaction.

Tableau 5. Niveau de satisfaction après l'épisiotomie

Variables	Effectifs	%
<b>Pratique de l'épisiotomie</b>		
Oui	51	24,52
Non	156	75,48
<b>Information sur l'indication de l'épisiotomie</b>		
Oui	27	52,94
Non	24	<b>47,06</b>
<b>Consentement de la patiente pour l'épisiotomie</b>		





Oui	30	58,82
Non	21	<b>41,18</b>
<b>Anesthésie avant épisiotomie</b>	0	0
<b>Anesthésie locale avant suture</b>		
Oui	15	29,41
Non	36	<b>70,59</b>
<b>Niveau de satisfaction par rapport au vécu de l'épisiotomie</b>		
Ni satisfait ni insatisfait (3/5)	11	21,57
Peu satisfait (2/5)	34	<b>66,67</b>
Pas du tout satisfait (1/5)	6	11,76

Sur les 206 accouchées, 51 avaient subi une épisiotomie soit une fréquence de 24,52 %. Cependant, près de la moitié d'entre elles (47,06%) ont affirmé n'avoir pas été informés au préalable de son indication, 41,18% n'avaient pas donné leur consentement. Aucune patiente (0%) n'avait reçu l'anesthésie avant l'épisiotomie, 70,59% n'avaient pas bénéficié l'anesthésie locale lors de la suture. Enfin, 66,67 % étaient peu satisfaites de cette pratique.

### Discussion

Les violences obstétricales sont réelles dans les maternités de Kisangani où les praticiens se livrent souvent à des pratiques de routine non basées sur les évidences, et plusieurs accouchées avaient affirmé que leur pudeur n'était pas respectée et n'avoir pas non plus obtenu des explications claires sur les actes posés afin de donner leur consentement.

#### *Violences obstétricales faites pendant la surveillance du travail d'accouchement*

Pendant le travail d'accouchement, 58,65% de patientes n'avaient pas donné leur consentement avant la réalisation des touchers vaginaux. Dans certaines études, les examens vaginaux de routine et répétitifs sans justification étaient signalés comme des violences obstétricales et plusieurs femmes avaient décrit qu'elles avaient l'impression que les sages-femmes, contre leur gré, leur écartaient les jambes pour avoir accès aux examens vaginaux (8,11). Bien que cet acte demeure indispensable pour évaluer l'évolution de l'effacement et la dilatation du col de l'utérus, l'intérêt des examens vaginaux devrait être éclairé aux parturientes afin d'obtenir leur consentement et ainsi humaniser les soins centrés sur la femme. A l'admission dans la salle de travail, 16,35% des accouchées étaient obligées à faire un lavement. L'administration des lavements aux femmes pendant le travail est une pratique courante dans les salles d'accouchement de nombreux pays. Occasionnellement, les femmes ont des pertes par

l'anus pendant qu'elles accouchent et on pensait qu'un lavement au début du travail réduirait cette souillure et la gêne qui en résulte pour les femmes. On pensait également que le fait d'évacuer les selles de l'anus donnerait plus d'espace au bébé pour naître, réduirait la durée du travail et réduirait le risque d'infection à la fois pour la mère et le bébé (12). Cependant, il n'y a pas d'évidences sur l'intérêt du lavement pendant le travail d'accouchement et une étude Cochrane avait démontré que les lavements n'avaient pas d'effet bénéfique significatif sur les taux d'infection, tels que l'infection de la plaie périnéale ou les autres infections néonatales, ni sur la satisfaction des femmes et les auteurs avaient suggéré que cette pratique soit déconseillée (12). D'où, le lavement pourrait faire partie des pratiques de routine non basées sur les preuves et devrait être banni.

Au cours de notre série, 5,26% de patientes avaient subi le déclenchement artificiel du travail dont 81,8% n'avaient pas donné leur consentement. Le taux de déclenchement artificiel du travail rencontré dans le présent travail était inférieur à celui trouvé dans une étude menée au Brésil qui était de 36,4% (13). Le déclenchement artificiel du travail d'accouchement est une pratique courante en obstétrique pour aider la femme à accoucher par voie basse (14). Cependant, une étude avait démontré que près d'une femme sur dix signalait une expérience négative de l'accouchement et parmi les facteurs de risque les plus importants, était le déclenchement artificiel du travail (15).

Dans une autre étude, les auteurs avaient trouvé que l'induction du travail constitue un événement difficile pour les femmes en âge de procréer ; qui avaient déclaré se sentir mal informés sur ce qui se passait, n'avoir pas été invités à un consentement éclairé et bénéficier d'un soutien insuffisant (16). Il serait donc indispensable que l'intérêt, les bénéfices et les risques du déclenchement artificiel du travail d'accouchement soient bien expliqués



aux accouchées afin d'obtenir leur consentement car certaines femmes trouvent les douleurs du travail insupportables surtout dans les pays en développement où les praticiens n'ont pas suffisamment des moyens pour les soulager.

Certaines femmes (22,26%) étaient obligées de rester au lit pendant le travail, et les praticiens avaient interdit à 21,63% de patientes de bénéficier d'un accompagnement familial alors que la question de présence d'un compagnon devrait être respectée (11). Dans ce contexte de soins, les femmes deviennent des éléments secondaires du scénario de naissance, soumises à un environnement contrôlé, entourées de règles et de protocoles institutionnels qui les isolent de leur contexte social et culturel, avec possibilité d'entraver leur capacité physiologique à accoucher (17). Ces attitudes peuvent être considérées comme des pratiques non basées sur les preuves et même déshumanisantes car l'accouchement est un phénomène physiologique.

#### *Violences obstétricales faites pendant l'accouchement*

Toutes les femmes qui avaient accouché par voie basse étaient obligées d'accoucher en position gynécologique, dont 54,02% ont affirmé que cette position leur était imposée, 21,26% n'étaient ni satisfaites ni insatisfaites (3/5), 30,46% étaient peu satisfaites (2/5). Le refus du choix de la position de naissance est une forme courante de violence obstétricale, car les positions horizontales ne sont pas fondées sur des preuves, mais sont pourtant systématiquement imposées (18). Des questions telles que la possibilité d'accoucher en position verticale devraient être discutées avec le gestante (11). La maîtrise des différentes positions d'accouchement par les praticiens et la vulgarisation de leurs avantages et inconvénients auprès des gestantes pourrait participer au choix éclairé de la position, centrer les soins sur la femme et obtenir son consentement.

L'OMS considère que le taux de césarienne idéal se situe entre 10% et 15% (19). Ce qui est proche du taux rencontré dans la présente étude (16,35%). Cependant, 91,18% de patientes qui avaient subi la césarienne n'étaient pas informés de son indication et n'avaient pas donné leur consentement. Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés au Brésil par Biscegli TS *et al.* où le taux de césariennes sans consentement auprès de femmes était de 52% (13). Dans certaines études, la césarienne et d'autres soins de maternité affectant l'autonomie et l'intégrité des femmes, étaient présentées comme des formes invisibles de

violence et de violation des droits de l'homme et, étaient vécues comme une forme de discrimination de genre (4,8). La pratique de la révision utérine demeure courante dans les structures de santé (43,68%) et 61,84% en étaient peu satisfaites (2/5) car très douloureuse. La révision utérine ne peut être indiquée qu'en cas de rétention des membranes ou d'une partie du placenta pour prévenir l'hémorragie du postpartum qui est la principale cause de décès maternel dans le monde, et dont la majorité survient en ASS (20). Cependant, cette grande proportion rencontrée dans notre série serait liée à une pratique de routine non basée sur les preuves (5-6) et peut ainsi constituer une forme de violence obstétricale. L'assistance des prestataires de santé était perçue mauvaise chez 31,73% des cas, dont 29,33% et 6,2% étaient victimes, respectivement des paroles irrespectueuses, 6,25% et des coups. Plus de la moitié d'entre elles (52,88%) avaient affirmé que leur pudeur n'était pas respectée. Ces résultats pourraient traduire une déshumanisation des soins obstétricaux et seraient liés soit à l'ignorance du personnel ou un problème de personnalité. La maltraitance des femmes pendant l'accouchement peut constituer un problème important de violence obstétricale (8). Certaines études avaient suggéré que des thèmes tels que les droits sexuels et reproductifs des femmes, les relations de genre, le code d'éthique, l'assistance physiologique au travail et à l'accouchement, l'humanisation des soins obstétricaux, l'enseignement de la pratique factuelle devraient faire partie de la routine académique des futurs professionnels, suscitant des réflexions sur le contexte actuel et sur les changements nécessaires à la construction d'une assistance respectueuse, humaine et globale à l'accouchement (4,21).

Par rapport au vécu de l'accouchement, moins de 50% des accouchées étaient totalement satisfaites, soit 7,21 qui étaient très satisfaites (5/5) et 41,35% satisfaites (4/5). Cependant, 35,58% n'étaient ni satisfaites ni insatisfaites (3/5 = neutre), et 13,94% en étaient peu satisfaites (2/5). Ces résultats sont de loin supérieurs à ceux trouvés par Johanson *et al* où le taux d'une expérience de naissance négative était de 9,6% (22). Une autre étude avait décrit qu'une expérience d'accouchement négative augmentait le risque de conséquences négatives sur la santé, telles que la dépression post-partum et la peur future d'accoucher, qui pouvaient conduire à une demande d'accouchement par césarienne lors de grossesses ultérieures, et avoir un impact sur la reproduction future (23).





### *Les abus en rapport avec la pratique de l'épisiotomie*

Le taux de patientes ayant subi l'épisiotomie au cours de la présente étude était de 24,52% dont 47,06% n'étaient pas informés préalablement de son indication et 41,18% n'avaient pas donné leur consentement. Ce taux d'épisiotomie était très élevé car l'OMS avait préconisé depuis 1996 qu'il ne devrait pas dépasser 10%, et aussi, sa pratique de routine et sans consentement éclairé est déconseillée et constitue une forme de violence obstétricale (2,9,24). L'épisiotomie dont le but est de prévenir les ruptures périnéales sévères et de protéger les fœtus fragiles lors de l'accouchement devrait être pratiquée suivant ses indications spécifiques et après un consentement éclairé.

Aucune patiente (0 %) n'avait reçu l'anesthésie avant l'épisiotomie, 70,59% de plaies d'épisiotomies avaient été suturées sans anesthésie locale, un taux supérieur à celui trouvé par Okafor *et al.* (9,2%) (25). De plus, 66,67 % des accouchées étaient peu satisfaites (2/5) et 11,76% n'étaient pas du tout satisfaites (1/5) de cette pratique. L'épisiotomie sans anesthésie est un manque de respect envers les femmes et constitue une forme de violence physique (26). Jiang *et al.* (27) avaient rapporté que l'anesthésie par bloc du nerf pudendal associée à la dissection par étapes ainsi que la méthode d'anesthésie locale incisionnelle avaient un bon effet analgésique, le temps de suture le plus court et la perte de sang de la plaie d'épisiotomie la plus faible. D'où l'épisiotomie sans anesthésie est une pratique déshumanisante qui ne satisfait pas les accouchées et qui devrait être bannie dans la pratique de routine.

### **Conclusion**

Les violences obstétricales demeurent un problème réel dans les maternités de Kisangani où les personnels de santé devraient humaniser leurs actes en évitant les pratiques de routine non basées sur les preuves scientifiques, en expliquant les indications de toutes les pratiques tout en privilégiant le consentement éclairé des accouchées.

### **Conflit d'intérêt**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

### **Contribution des auteurs**

Conception, rédaction, interprétation des résultats : Matega T.H. et Juakali S.J-J.

Collection des données, rédaction du manuscrit : Matega T.H. et Kasoki M.

Analyse des données, interprétation et supervision Matega T.H., Katenga BG et Juakali S J-J.

Tous les auteurs avaient approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

### **Références**

1. World Health Organization recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, *World Health Organization, Geneva, 2018.*
2. Giacomozzi M., Torre F., Khalil M. Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2021; **155** (2) :247-256.
3. Sadler M., Santos MJ., Ruiz-Berdún D., Rojas GL., Skoko E., Gillen P., *et al.* Moving beyond disrespect and abusive: addressing the structural dimensions of obstetric violence. *Reproductive Health Matters* 2016 ;**24** :47-55.
4. Pickles C. Eliminating abusive "care" - a criminal law response to obstetric violence in South Africa: research article. *SA Crime Quarterly.* 2015; **54**:5-16.
5. Diaz-Tello F. Invisible wounds: Obstetric violence in the United States. *Reproductive Health Matters.* 2016; **24** (47):56-64.
6. Annborn A., Finnbogadottir H. Obstetric violence a qualitative interview study. *Midwifery* 2022; **105** :103212 doi.org/10.1016/j.midw.2121.103212.
7. Lukasse M., Schiroll A., Karro H, Schei B, Ryding E. and Tabor A. Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2015; **94**: 508-517.
8. Chen X. Panorama de la violence obstétricale en Chine : facteurs et solutions. *JDSAM* 2023 ;**2** (37) :75-84.
9. Vogel JP, Bohren MA, Tunçalp Ö, Oladapo OT, Adanu RM, Baldé MD, et al. How women are treated during facility-based childbirth: development and validation of measurement tools in four countries – phase 1 formative research study protocol. *BMC Reproductive Health* 2015 ; **12** :60.
10. Costo G. Comment choisir une échelle d'attitude pour son questionnaire de satisfaction ? L'échelle de Likert. 2020



- Disponible sur <https://www.appvizer.fr/magazine/marking/sondages-et-questionnaires/comment-choisir-echelle-d-attitude-questionnaire-de-satisfaction>, consulté le 31 octobre 2023.
- Jardim D., Modena C. Obstetric violence in the daily routine of care and its characteristics. *Rev Lat Am Enfermagem* 2018 ; **26** : e3069 doi: [10.1590/1518-8345.2450.3069](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2450.3069).
  - Revez L, Gaitán HG, Cuervo LG. Enemas during labour. *Cochrane Library* 2013 May 31; (5): CD000330. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000330.pub4>
  - Biscegli TS, Grió JM, Melles LC, Ribeiro SRMI, Gonsaga RAT. Violence obstétricale : profil d'assistance d'une maternité de l'intérieur de l'État de São Paulo. *Cuid Arte Enferm*. 2015 ; 9 (1) : 18  
<http://fundacaopadrealbino.org.br/fac/fipa/ner/pdf/Revistacuidartenfermagem%20v.%209%20n.1%20%20jan.%20jun%202015.pdf>
  - CNGOF. RCP Grossesse prolongée et terme dépassé. Journées de Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Paris, 7 Décembre 2011. Online [www.reseau-naissance.fr](http://www.reseau-naissance.fr)
  - Johansson C., Finnbogadóttir H. First-time mothers' satisfaction with their birth experience – a cross-sectional study. *Midwifery Elsevier* 2019 ; **79** :102540 <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540>
  - Coates R., Cupples G., Scamell A., Court Mc. Women's experiences of induction of labour: Qualitative systematic review and thematic synthesis. *Midwifery* 2019 Feb; **69**:17-28. doi: [10.1016/j.midw.2018.10.013](https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.10.013).
  - Sena LM, Tesser CD. Violence obstétricale au Brésil et cyberactivisme des mères : rapport de deux expériences. *Interface Comun Saúde Educ*. 2017; 21 (60): 209-220. <http://www.scielo.br/pdf/icse/v21n60/1807-5762-icse-1807-576220150896.pdf> [ [Google Scholar](https://scholar.google.com/) ].
  - Giacomozzi M., Torre F.F., Khalil M. Standing up for your birth rights: An intersectional comparison of obstetric violence and birth positions between Quichua and Egyptian women. *Int J Gynaecol Obstet* 2021 Nov; **155** (2):247-259. doi: [10.1002/ijgo.13890](https://doi.org/10.1002/ijgo.13890).
  - OMS : Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne, *Organisation Mondiale de la Santé, Geneva, 2014*  
[https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161443/WHO\\_RHR\\_15.02\\_fre.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf?sequence=1)
  - World Health Organization recommendations who publishes global plan to combat leading cause of childbirth-related deaths, *World Health Organization, Geneva, 2023 Online*  
<https://www.who.int/news/item/11-10-2023-who-issues-global-plan-to-tackle-leading-cause-of-death-in-childbirth>
  - Diniz SG, Salgado HO, Andrezzo HFA, Carvalho PGC, Carvalho PCA, Aguiar CA, et al. Abus et manque de respect dans les soins à l'accouchement comme problème de santé publique au Brésil: origines, définitions, impacts sur la santé maternelle et propositions pour sa prévention. *J Hum Croissance Dev*. 2015 ; 25 (3) : 377-384. <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/106080/106629>
  - Johansson C., Finnbogadóttir H. Satisfaction des mères pour la première fois à l'égard de leur expérience d'accouchement – une étude transversale. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.102540> Obtenez des droits et du contenu.
  - Nilver H., Begley C., Berg M. Measuring women's childbirth experiences: a systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; **17**:203 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>
  - World Health Organization. Care in normal birth: a practical guide. Technical Working Group, WHO. *Birth* 1997 Jun; **24** (2):121-123  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9271979/>
  - Shimoda K., Horiuchi S., Leshabari S., Shimpuku Y. Midwives' respect and disrespect of women during facility-based



- childbirth in urban Tanzania: a qualitative study. *Reprod Health* 2018; 10;**15** (1):8. doi: 10.1186/s12978-017-0447-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29321051/>
26. Okafor II, Ugwu EO, Obi SN. Manque de respect et abus lors d'un accouchement en établissement dans un pays à faible revenu. *Journal international de gynécologie et d'obstétrique* 2015 ; 128 (2): 110–113. 10.1016/j.ijgo.2014.08.015.
27. Jiang D., Ya-Jing F., Huang C., Zhang Y., Pan Y. Clinical effects of different anesthesia methods in lateral episiotomy : Randomized Controlled Trial. *Ann Ital Chir* 2021 ;**92** :190-195 PMID: 34031278.

Voici comment citer cet article : Matega TH, Katenga GB, Juakali JJS. Fréquence et nature des violences obstétricales dans les maternités de Kisangani. *Ann Afr Med* 2024; **18** (1): e5827-e5837. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v18i1.9>