

Analyse des Déterminants Socio-Économiques de la Maltraitance des Femmes en Couche dans les Hôpitaux Publics en Côte d'Ivoire : Cas du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo

Nanan Doh N'guessan Gérard

Docteur en Criminologie option Sociologie Criminelle
UFR Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

[Doi:10.19044/esj.2022.v18n39p144](https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n39p144)

Submitted: 24 October 2022
Accepted: 30 December 2022
Published: 31 December 2022

Copyright 2022 Author(s)
Under Creative Commons BY-NC-ND
4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

N'guessan Gérard N.D. (2022). *Analyse des Déterminants Socio-Économiques de la Maltraitance des Femmes en Couche dans les Hôpitaux Publics en Côte d'Ivoire : Cas du Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo*. European Scientific Journal, ESJ, 18 (39), 144. <https://doi.org/10.19044/esj.2022.v18n39p144>

Résumé

L'étude a pour objectif d'analyser les déterminants socio-économiques de la maltraitance des femmes en couche. L'hypothèse de recherche soutient que des facteurs socio-économiques sont à l'origine de la maltraitance des femmes en couche dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Deux (2) théories ont été mises à contribution. Ce sont les théories de l'opportunité de Cohen et Felson, et la théorie économique du crime de Becker. Les techniques et outils de recueil des données sont la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien. L'étude a reposé sur un échantillon de 72 personnes déterminées selon la méthode de choix raisonné. Quant à l'analyse des données, le mode de traitement est qualitatif et quantitatif. Au niveau des résultats, il convient de préciser que les déterminants socio-économiques de la maltraitance des femmes en couche sont : le non-respect des consignes données pour le suivi prénatal, la pauvreté des femmes en couche, le manque de professionnalisme des agents de santé et le manque de matériels.

Mots-clés: Maltraitance, femme en couche, pauvreté, manque de professionnalisme et de matériels, le non-respect des consignes, Divo, Côte d'Ivoire

Abuse of Women in Laybody in Public Hospitals in Côte d'Ivoire: Case of the Regional Hospital Center (CHR) of Divo

Nanan Doh N'guessan Gérard

Docteur en Criminologie option Sociologie Criminelle
UFR Criminologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Côte d'Ivoire

Abstract

The study aims to analyze the socio-economic determinants of mistreatment of women in childbirth. The research hypothesis maintains that socio-economic factors are at the origin of the mistreatment of women in childbirth in Regional Hospital Centers (CHR). Two (2) theories were used. These are the opportunity theories of Cohen and Felson, and the economic theory of crime of Becker. The techniques and tools for collecting data are documentary research, observation, questionnaire and interview. The study was based on a sample of 72 people determined using the reasoned choice method. As for the data analysis, the mode of processing is qualitative and quantitative. In terms of results, it should be noted that the socio-economic determinants of mistreatment of women in childbirth are: non-compliance with instructions given for prenatal care, poverty of women in childbirth, lack of professionalism of health and lack of materials.

Keywords: Abuse, woman in childbirth, poverty, lack of professionalism and materials, non-compliance with instructions, Divo, Ivory Coast

Introduction

Durant ces deux (2) dernières décennies, les prestations en service de maternité ont évolué de façon notable afin de s'adapter à la nouvelle politique de santé, qui s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patientes. Car la femme qui porte une grossesse exprime une vulnérabilité et une sensibilité extrême qui mérite l'attention de tous. À cet effet, l'OMS (2005) affirme que la grossesse est une période particulièrement à risques. En effet, dans une étude sur une population de 19 545 femmes enceintes réalisée dans six pays d'Afrique de l'Ouest, 87 % des femmes décédées ont accouché dans une structure sanitaire, dont 45 % dans un hôpital régional de référence (OMS, 2005). La femme enceinte en travail qui arrive à l'hôpital devrait ainsi être rassurée de la présence du personnel de santé au lieu de s'inquiéter de l'accueil, du comportement et de l'attitude de celui-ci. Celui-ci joue un rôle important dans la période cruciale que la future mère traverse en attendant le moment où elle donnera naissance. Au cours de l'enfantement, l'environnement hospitalier a une influence

psychologique sur la parturiente. Cet environnement lorsqu'il est de qualité, aide à supporter les douleurs de l'enfantement. Cependant, nous avons souvent constaté des cas de négligences, d'inattention et même d'abandon de patientes au cours de cette période où l'aide et l'assistance sont plus que déterminantes. Il arrive même des fois que les femmes en couche subissent de mauvais traitements ou des maltraitances qui mettent en danger la vie de la mère et de l'enfant (OMS, 2012 ; Traore et coll., 2007 ; Ndiaye et coll., 2005 ; Sawadogo, 2008 ; Kronlund, 2017 ; Lahaye, 2016 ; Pino, 2017 ; Rabier, 2017a, 2017b ; Richard-Guerroudj, 2017). La maltraitance faite aux femmes en couche constitue un problème extrêmement préoccupant tant au plan personnel des victimes qu'au plan de la société. Il s'agit, là, d'une réelle urgence de santé publique. Des conférences et des sommets internationaux se sont préoccupés de la contribution effective de la femme au développement socio-économique, de son bien-être physique et psychologique et celui des enfants. On peut citer entre autres, la Convention relative aux droits de l'enfant (1989), la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (1990), la Conférence Internationale sur la Population et le Développement de 1994, la Conférence de Beijing en 1995, le Sommet du Millénaire de 2000, le Sommet Mondial de 2005. Dans les déclarations issues de ces différentes assises, les participants se sont fondés sur les droits de la personne humaine pour exhorter les politiques et les populations à œuvrer dans le sens de l'élimination de toutes les formes de pratiques discriminatoires ou de maltraitances à l'égard de la femme dans plusieurs pays (OMS, 2014).

En Côte d'Ivoire, les maltraitances et les violences faites aux femmes sont un phénomène important en termes de fréquences et de conséquences. Selon le Rapport du Fond des Nations Unies pour la Population (UNFPA), de 2015 portant sur l'état de la population mondiale, 16 femmes en Côte d'Ivoire meurent chaque jour de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. 20 autres souffrent de blessures et d'invalidité suite à l'accouchement, tandis que 15% des femmes enceintes connaissent des complications médicales mortelles. D'autres sources issues du Ministère de la santé et de l'hygiène publique (2015), font état de 614 pour 100.000 naissances vivantes pour la mortalité maternelle et à 38 pour 1000 naissances vivantes pour la mortalité néonatale. Pour l'Agence Française de Développement (AFD, 2008-2021), le taux serait passé de 543 à 720 décès pour 100 000 naissances vivantes. Par ailleurs des faits rapportés par des journaux rendent compte également des maltraitances subies par des femmes en couche : « *La gendarmerie a interrogé quatre (4) agents de santé de l'hôpital général de Yopougon-Attié pour racket d'une femme en couche et mauvaise pratique médicale. En effet, le lundi 16 novembre 2015, un père dont le bébé n'a pas survécu à la césarienne a porté plainte pour motif de racket (150 000 FCFA) et mauvaise pratique médicale. Il affirme que le personnel de santé a exigé le*

paiement d'une somme d'argent alors que l'opération chirurgicale est couverte en principe par la gratuité ciblée (Traoré, Inter, 2015) ». « L'affaire une femme enceinte meurt à l'hôpital de Marcory vient de connaître un tournant décisif dans la prise de décision des juges. En effet, selon des informations judiciaires en notre possession, le procureur de la République, ainsi que les avocats de la famille de Yaoua Noum Nadège (défunte) et celui des sages-femmes (mises en cause et incarcérées) ont débarqué, le lundi 28 décembre 2015, dans l'hôpital général de Marcory (Hgm), peu après 13H. Ils étaient là pour la reconstitution des faits qui s'étaient produits, le mardi 10 novembre 2015 et qui ont occasionné la mort de dame Noum Nadège allée accoucher. Les deux sages-femmes qui étaient accompagnées de deux éléments de la Police ont donné leur version des faits. Après environ 2H de temps, les sages-femmes sont reparties sous bonne escorte à la Maison d'arrêt et de correction d'Abidjan » (M'bra, Soir info, 2018). « La thèse de la négligence des agents de santé de l'hôpital général impliqués dans la mort, lundi dernier d'une patiente a été évoquée par l'inspection générale de la santé, une direction du ministère de la Santé et de la lutte contre le Sida, dirigée par Dr. Blédi Touin Félix. Selon des sources proches du dossier, les inspecteurs poursuivent leurs investigations pour comprendre comment est survenue la mort de cette dame qui, selon plusieurs témoignages, est mortellement tombée de son lit à la maternité de l'hôpital général des suites des douleurs précédant l'accouchement. Car, abandonnée par les sages-femmes en charge de la faire accoucher au motif qu'elle n'était pas suffisamment prête pour expulser son bébé. Pour les inspecteurs en charge de ce dossier, il s'agit, affirment nos sources, d'une faute professionnelle et non d'un meurtre avec préméditation. Les sages-femmes en charge de cette parturiente (femme en train d'accoucher) n'avaient pas pour intention de lui donner la mort, ont rapporté nos informateurs (Keita, Soir info, 2015).

L'ampleur de ce phénomène a justifié que des études scientifiques soient consacrées à la recherche de ses déterminants. En effet, plusieurs auteurs ont émis des hypothèses quant à l'explication du phénomène de la maltraitance des femmes en couche. À cet effet, Lahaye (2016) souligne que cette maltraitance s'explique par tout comportement, acte, omission ou abstention commis par un agent de santé qui n'est pas justifié médicalement et/ou effectué sans le consentement libre et claire de la femme enceinte ou de la parturiente. Quant à Sannié (2012) et Bernard (2013), ils affirment que ce phénomène est étroitement lié aux manquements au code de la santé par les agents de santé. Pour ces auteurs, la mission de la sage-femme est de prodiguer ses soins sans se départir d'une atteinte envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci. Cela revient à dire que la sage-femme doit prendre soin de la parturiente et non la maltraiter. Allant dans le même sens, l'OMS (2012) soutient que les maltraitements des femmes en couche

s'expliquent entre autres par le mauvais accueil et le manque de courtoisie du personnel. Ghadi (2010) pour sa part, en soulignant trois formes de maltraitements dans les hôpitaux, distingue également trois types (3) de facteurs notamment ceux liés au comportement des agents de santé (violences verbales et représailles), ceux liés aux facteurs institutionnels et la troisième forme est liée au manque d'informations. De ce qui précède, il apparaît évident que ces auteurs ont associé les maltraitements des femmes en couche à des facteurs professionnels, comportementaux et institutionnels. Cependant, même si ces avancées scientifiques sont pertinentes, au regard des résultats d'une pré-enquête (Nanan, 2022, entretien avec des parturientes, et des acteurs du système de santé à Divo) elles sont insuffisantes. En effet, les verbatims des enquêtées invoquent des variables socioéconomiques en interaction qui sont à l'origine de la maltraitance des femmes en couche dans cette zone. Face au défi actuel en matière de santé et dans la perspective d'améliorer la qualité des prestations des soins et services de santé aux populations, devenues de plus en plus exigeantes, le Ministère en charge de la santé s'est doté de documents de politique en l'occurrence le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), la Politique Nationale de l'Hygiène Hospitalière (PNHH) et le Document National de Stratégie de la Réforme Hospitalière (DNSRH) (Koffi, 2008). De nombreux outils ont également été développés pour améliorer la qualité des prestations. On peut citer entre autres, les manuels du paquet minimum d'activités des ESPC (Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts), le manuel des algorithmes de symptômes-diagnostic et traitement, le guide d'accréditation des districts sanitaires, le guide national de supervision, les directives nationales de l'organisation de la référence et contre-référence et des urgences, les directives pour la prise en charge des pathologies chroniques, la loi de 2013 portant création d'un Ordre National des Sages-femmes et des Maïeuticiens de Côte d'Ivoire, et le code de déontologie des sages-femmes. Toutefois, force est de constater qu'en dépit de ces mesures mises en œuvre pour garantir à tous les citoyens, et en particulier aux femmes en couche une qualité des soins en termes d'efficacité et d'efficience, les femmes en couche sont victimes de maltraitements (Thibert & Piquet, 2017).

Sur la base de ces éléments, l'on est amené à se poser la question de savoir, pourquoi les femmes en couche sont maltraitées en dépit des mesures mises en œuvre pour leur garantir une qualité des soins ? Telle est la question générale qui conduit cette étude. Toutefois, nous la déclinons en trois (3) questions spécifiques :

- Existe-il un lien entre le non-respect des consignes données en consultation prénatale et la maltraitance des femmes en couche ?
- Quelle relation peut-on établir entre le manque de matériels de travail et la maltraitance des femmes en couche ?

- La pauvreté des femmes en couche favorise-t-elle leur maltraitance par les sages-femmes ?

L'objectif poursuivi par cette étude est d'analyser les déterminants socio-économiques de la maltraitance des femmes en couche. Pour atteindre cet objectif, il sera procédé à la vérification de l'hypothèse suivante : des facteurs socioéconomiques expliquent la maltraitance des femmes en couche dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR). Pour rendre compte de l'objet d'étude, des théories qui s'adaptent le mieux à l'objet ont été convoquées notamment la théorie de l'opportunité de Cohen et Felson (1979) et la théorie économique du crime de Becker (1968). Selon Cohen et Felson, le passage à l'acte est exclusivement expliqué par le mode de vie quotidien des victimes sur la base que la délinquance est une activité de routine au même titre que les activités légales. En d'autres termes, le nombre et la nature des activités délinquantes s'expliquent par la possibilité de réalisation offertes par les victimes potentielles du fait de leur mode de vie habituel. En ce qui nous concerne, c'est le mode de vie de la parturiente à travers le non-respect des consignes données en consultation prénatale et le manque de matériels de travail qui donnent l'opportunité à la sage-femme de la maltraiter. La théorie de l'opportunité de Cohen et Felson (1979) bien que pertinente dans l'analyse de l'objet d'étude ne suffit pas pour expliquer ces maltraitements. Car certains auteurs des maltraitements passent à l'acte parce que leurs attentes financières ne sont pas satisfaites par les parturientes. Nous avons donc opté pour la théorie économique du crime de Becker (1968). L'approche économique du comportement criminel consiste à expliquer les actes criminels en appliquant les théories économiques de la décision à l'activité criminelle. L'hypothèse sous-jacente à cette théorie se résume en ces termes : le criminel dans son activité est comme tout autre individu, un être doué de raison ou être rationnel ; lequel choisit et décide en fonction de l'utilité qu'il attend du résultat de son activité criminelle. Dans cette perspective, le sujet qui commet un crime au lieu de s'engager dans une activité licite le fait non pas parce qu'il est sous l'influence d'une personnalité délinquante mais parce que l'utilité qu'il attend de ce crime est supérieure à celle qu'il retirerait s'il utilisait son temps et ses ressources à poursuivre une activité licite. En ce qui nous concerne, les sages-femmes maltraitent les parturientes parce que leurs attentes au plan financier (les gains) ne sont pas satisfaites par la parturiente dont la situation économique est défavorable. Ainsi, plus la situation économique de la parturiente est défavorable, plus elle court le risque de subir de la maltraitance.

I. Méthodologie

La méthodologie présente les éléments suivants : le site de l'étude, la population et l'échantillon d'étude, les techniques et outils de recueil de données et les méthodes d'analyse des données.

1. Site de l'étude

Notre terrain d'étude est la ville de Divo, chef-lieu de région du Lôh Djiboua située à 600 km d'Abidjan. Sa population est estimée à 179 455 habitants. Le département est entouré par les villes de Oumé au nord, Lakota à l'ouest, Tiassalé à l'est et Fresco et Grand Lahou au sud. Cette population est répartie sur 165 villages, environ 4.170 campements et 4 circonscriptions administratives à savoir Divo, Guitry, Hiré, et Fresco (INS, 2014). Il faut noter que la population à grande composante rurale est estimée à 63% de la population totale dont les 2/3 vivant dans les campements. Les infrastructures routières, en plus d'être insuffisantes, sont dégradées et impraticables en période de saison de pluie, rendant ainsi difficile l'accès à la ville pour les populations rurales (INS, 2014). Les enquêtes sur les maltraitances des femmes en couche ont pour cadre le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Divo. Il s'agit d'un Hôpital Public (dispensaire) construit en 1928 et érigé en Hôpital Général en 1956, puis en Centre Hospitalier Régional en 1978. Ce Centre Hospitalier fait office de Centre de Référence de la région du Lôh Djiboua. Car il couvre les urgences et les évacuations des quatre (4) départements que sont Divo, Lakota, Guitry et Hiré ; une zone qui s'étend sur 10.650 km² pour une population estimée à 1.024.376 habitants (INS, 2014). Pour les évacuations, le Centre a une ambulance fonctionnelle. En tant que service public, les prestations y sont gratuites à part les médicaments. Au CHR de Divo, on y trouve plusieurs services et spécialités notamment la pédiatrie, l'ophtalmologie, la gynéco- obstétricale, le service d'ulcère de burili, et le service ORL (Oto-Rhino-Laryngologie). Plusieurs raisons qui ont motivé le choix de ce site. D'abord, au niveau des prestations, c'est l'une des structures sanitaires où le taux de fréquentation par la population est élevé avec en moyenne 12 à 15 accouchements par jour (Nanan, 2022). Cet important taux de fréquentation, nous permettra de nous familiariser à l'expérience des femmes en couche dans cette structure sanitaire. Ensuite, le CHR ne dispose pas d'une capacité d'accueil assez suffisante pour prendre en charge les malades de la commune et des villages environnants. Également, l'unité de pharmacie du Centre n'est pas suffisamment et régulièrement fournie en médicaments. Nous avons donc choisi de nous intéresser à ce site pour comprendre comment le déficit en matériels et en capacité pouvait avoir des conséquences négatives sur la qualité des soins à donner aux femmes en couche. Enfin, il convient de signaler que Divo, comme Daloa, Adzopé, Angré, Marcory, Yopougon, Abobo, etc., fait partie des villes et communes

qui ont connu des altercations entre le corps médical et les patientes. La réalité de ces altercations dans ce centre a justifié le choix de ce dernier.

2. *Population cible et Echantillon d'étude*

Dans le cadre de cette étude, nous avons opté pour une population d'enquête directement concernée par l'objet d'étude. Les enquêtes auprès de cette population se sont déroulées de janvier à juin 2022. Le choix de ces différentes catégories répondait à trois critères notamment travailler dans ce CHR, avoir fait un accouchement dans ce CHR ou avoir accompagné une femme pour un accouchement dans ce CHR. En le faisant, nous avons espéré avoir une lecture plus nette des difficultés rencontrées par les femmes pendant leur accouchement dans les CHR. Pour ce faire, notre population d'enquête concerne le personnel sanitaire, administratif et technique mais aussi les parturientes (anciennes et nouvelles) du CHR et leurs proches, pour avoir leurs témoignages et opinions sur l'objet d'étude. Les catégories sociales suivantes ont été interrogées :

- **Sage-femme** : son rôle est d'assister et de prodiguer des soins à la parturiente car elle connaît mieux les difficultés liées au métier ;
- **Fille de salle** : elle est chargée de l'entretien de la salle d'accouchement et de rester à la disposition de la sage-femme en cas de besoin. Généralement, elle est témoin des cas de disputes et de maltraitances ;
- **Aide-soignant(e)** : il ou elle est à la disposition de la sage-femme en cas de besoin. Son rôle est de préparer la femme enceinte pour l'accouchement ;
- **Médecin obstétricien** : il est le spécialiste de l'accouchement. Il veille au respect des consignes de travail et reçoit parfois des menaces liées au métier ;
- **Personnel administratif** : nous avons choisi d'interroger le surveillant général car c'est lui qui est chargé de contrôler et de veiller au bon déroulement du travail des agents de santé ;
- **Parturiente et ses proches** : ils sont directement concernés et connaissent mieux les réalités, les types et les formes de maltraitances ;
- **Agent de sécurité privé** : ils surveillent les entrées et les sorties du CHR. À cet effet, nous pensons donc qu'ils peuvent avoir des informations sur le phénomène.

Ainsi donc, les perceptions et opinions recueillies auprès de cette population d'enquête sur la maltraitance des femmes en couche dans le CHR de Divo, nous ont permis de mieux comprendre l'objet d'étude. En l'état actuel de nos connaissances, il n'existe pas de base de données sur les femmes en

couches dans le CHR de Divo. On pourrait donc considérer cette cible comme une population difficile à obtenir. Ainsi, pour atteindre l'échantillon nécessaire à la présente étude, nous avons opté pour une méthode non-probabiliste en choisissant l'échantillonnage par choix raisonné ou par jugement. Le choix de cette méthode a été motivé par la liberté qu'elle offre au chercheur d'interroger les personnes présentant les caractéristiques requises pour l'enquête. Ainsi, 72 personnes ont été enquêtées. Les groupes cibles suivants ont été retenus :

Tableau 1 : Répartition de l'échantillon de la population d'étude

Catégories sociales interrogées									
	Sages-femmes	Aides-soignants	Agents de sécurité	Filles de salles	Parturientes	Médecin-obstétricien	Proches de parturiente	Surveillant général	
Total	10	10	05	05	30	01	10	01	72

Source : Notre enquête, 2022

3. *Techniques de recueil des données*

Les techniques de recueil des données retenues sont : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien. Ces différentes techniques se sont avérées par leurs différences et leur complémentarité nécessaires au recueil des données pour mieux appréhender notre objet d'étude. Pour obtenir des informations utiles et diversifiées, nous avons eu recours à la recherche documentaire. Dans cette optique, nous avons consulté des rapports de certaines institutions au Centre de Recherche de l'Action pour la Paix (CERAP) et des articles de presse sur internet. Concernant l'observation, elle a consisté d'une part à relever dans les réponses aux questions posées aux enquêtés les indicateurs de la maltraitance (les blessures, voies de fait, coups volontaires, les incivilités, les injures, menaces, etc.) circonscrits dans l'espace et dans le temps ; et d'autre part, à observer les affrontements entre agents de santé et patientes, ou entre agents de santé et parents des patientes sur le site. Après avoir reçu une autorisation des responsables du CHR de Divo et des différents services de la maternité, nous nous sommes rendus dans leurs services où nous avons pu administrer un questionnaire au personnel technique et administratif de cette structure. Cette technique a permis de voir la différence entre ce qui se dit et la réalité du phénomène, afin de mieux le cerner dans tous ses contours et dimensions. Ainsi avons-nous recueilli des informations sur leurs réalités, opinions et écouté les recommandations qu'ils ont faites pour appréhender le phénomène. Il importe également de signaler que cette étape a duré six (06) mois. Le questionnaire s'est avéré au cours de nos enquêtes préliminaires être l'une des techniques de recueil des données la mieux adaptée pour atteindre nos objectifs. Le choix et le nombre des questions répondent à un besoin de tenir compte des spécificités de notre population d'enquête. Composé de questions

ouvertes et fermées, le questionnaire a été administré indirectement ou directement. Les questions ouvertes ont servi à accorder une marge assez grande de liberté à nos enquêtés, tout en les soumettant à des questions précises liées à l'objet d'étude. Par contre, les questions fermées avaient pour objectif de restreindre la liberté des enquêtés, en leur demandant de faire des choix dans un ensemble de réponses proposées. Les questionnaires ont été administrés aux personnels techniques et administratifs des services visités. Les questions se rapportant à plusieurs aspects spécifiques de notre sujet ont permis de connaître les actions mises en œuvre par certains acteurs étatiques pour garantir de meilleurs soins aux femmes en couche. L'entretien dans le cas de notre étude, s'est voulu sous forme d'entretien individuel et semi directif et l'outil utilisé est le guide d'entretien. Il est semi directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Cette approche a l'avantage de permettre à l'enquêté de s'exprimer librement, dans les mots qu'il souhaite et dans l'ordre qui lui convient sans se disperser et sans s'écarter du sujet principal. Ainsi, lors de nos différents entretiens, nos enquêtés se sont librement confiés à nous. Ils nous ont fait part de leurs perceptions, leurs interprétations, leurs expériences, et leurs inquiétudes. Les entretiens ont été structurés comme suit : les caractéristiques sociodémographiques des femmes enceintes, la typologie et les auteurs des maltraitements des femmes en couche.

4. Méthodes d'analyse des données

Pour analyser les données recueillies, nous avons eu recours aux analyses qualitative et quantitative. L'analyse qualitative produit des données descriptives à partir d'éléments tels que les paroles écrites ou dites et le comportement des personnes (Taylor & Bogdan, 1984). Cette méthode a été utile car elle a permis d'analyser les opinions, les attitudes, les comportements, les significations, les avis et les idées exprimés par les enquêtés afin de mieux cerner les logiques des acteurs (Poupart, et al. 1997). Nous avons mis donc l'accent sur le vécu des individus par rapport au phénomène étudié. Quant à l'analyse quantitative qui a pour objet la description et l'analyse de phénomènes sociaux au moyen de méthodes empruntées à la statistique en les quantifiant afin de déterminer le sens et la force unissant les différentes variables (Marchand, 2001), a permis de traiter les informations recueillies sur la maltraitance des femmes en couche dans le CHR de Divo. Il s'agissait donc d'exploiter nos données en termes de chiffres (tableaux de distribution de fréquences ou des données) et de répartition des facteurs au plan quantitatif. Le traitement de ces données a été possible à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 22.

II. Résultats

L'exposé des résultats s'articule autour de deux (2) axes, notamment les manifestations et les déterminants socio-économiques des maltraitances des femmes en couche.

1. Manifestations de la maltraitance des femmes en couche

1.1. Victimisation des femmes en couche

Les diverses enquêtes réalisées ont permis de récolter des données sur les maltraitances des femmes en couche. Ces données recueillies, présentent la proportion des femmes victimes de maltraitances dans notre échantillon d'enquête. Les types de maltraitances subies, la fréquence et les groupes à risque sont également présentés. Ces différents éléments permettent d'appréhender à la fois l'existence de ces maltraitances et les circonstances de leurs manifestations à Divo.

1.2. Proportion des femmes ayant subi des maltraitances

Sur un échantillon de 30 femmes, dont l'âge varie de 16 à 40 ans, la proportion de personnes ayant été victimes de maltraitances est consignée dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Victimisation personnelle de l'enquêtée

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Oui	27	90	90
	Non	3	10	10
	Total	30	100	100,0
Manquant Système		0	0,0	
Total		30	100,0	

Source : Notre enquête, 2022

Selon les résultats du Tableau 2, 90% des enquêtées affirment avoir été victimes de maltraitances. Par contre, 10% des enquêtées déclarent n'avoir pas été victimes de maltraitances. Il ressort de manière générale que la majorité des femmes enquêtées soit 90% soutiennent avoir été victimes de maltraitances. Cependant, lors de nos entretiens, nous avons remarqué que les femmes qui affirmaient n'avoir pas été victimes de maltraitances de façon personnelle, ont néanmoins assisté à la victimisation de certaines femmes de façon directe. À la vue de cette information, l'existence des maltraitances faites aux femmes en couche à Divo s'en trouve renforcée. Par ailleurs, dans le souci de mieux cerner leur existence, nous avons étudié les types de maltraitances subies par ces femmes. Les données sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Types de maltraitements subies par les femmes en couche

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Les violences physiques	20	27,77	27,78
	Les violences verbales	27	37,50	37,50
	Les négligences	15	20,83	20,83
	Les violences psychologiques	10	13,88	13,89
	Total	72	99,98	100,0
Manquant Système		0	0,0	
Total		72	100,0	

Source : Notre enquête, 2022

Selon les données du Tableau 3, les répondants ont affirmé que les femmes en couche subissent plusieurs types de maltraitements. Les plus significatifs sont constitués par les violences verbales (37,50%), les violences physiques (27,78%), les négligences (20,83%) et les violences psychologiques (13,89%). La violence verbale apparaît comme la forme de violence la plus récurrente.

1.3. Fréquences des maltraitements faites aux femmes en couche

Tableau 4 : Fréquences des maltraitements subies par les femmes en couche

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	À tous les accouchements	10	33,33	33,33
	À leur premier accouchement	9	30	66,70
	À leur dernier accouchement	5	16,66	16,67
	À un seul accouchement	6	20	20
	Total	30	99,99	100,0
Manquant Système		0	0	
Total		30	100,0	

Source : Notre enquête, 2022

Les données du Tableau 4 montrent la fréquence de victimisation des femmes enquêtées. D'abord 66,70% des femmes affirment avoir été victimes de maltraitements à leur premier accouchement. Et 33,33% des femmes déclarent pour leur part qu'elles ont été victimes de maltraitements à tous leurs accouchements. Ensuite, 16,67% disent quant à elles avoir été victimes de maltraitements à leur dernier accouchement. Enfin, 20% des femmes soutiennent avoir été victimes de maltraitements à un seul accouchement. Ces informations traduisent la récurrence des maltraitements subies par ces femmes. Elles sont de formes diverses. C'est cet aspect du phénomène qui nous conduit à déterminer les groupes les plus à risque pour la survenue de ces maltraitements auprès de nos enquêtées. Le Tableau ci-dessous présente les opinions des enquêtées.

Tableau 5 : Groupes les plus victimes selon les enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Les jeunes femmes (16-25 ans)	60	83,33	83,33
	Les femmes âgées (26-40 ans)	12	16,66	16,67
	Total	72	99,99	100,0
Manquant Système		0	0	
Total		72	100,0	

Source : Notre enquête, 2022

Les femmes qui courent le plus le risque d'être victimes de maltraitements lors de leur accouchement selon nos enquêtés sont les jeunes femmes (83,33%) et les femmes âgées (16,67%). Il ressort de façon générale, que les jeunes femmes (83,33%) dont l'âge est compris entre 16 à 25 ans, sont les plus victimes de maltraitements. Cela s'explique par le fait que cette catégorie dispose d'une expérience limitée car elles sont en majorité à leur premier accouchement. Aussi, ces femmes à risque sont pour la plupart analphabètes et n'ont pas suffisamment de connaissances de leurs droits en tant que parturientes.

1.4. Auteurs des maltraitements des femmes en couche

Les observations et entretiens réalisés ont permis de constater que les maltraitements subies par les femmes en couche à Divo impliquent différentes auteures. Les données relatives aux auteures de ces maltraitements subies par les femmes en couche sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau 6 : Auteurs des maltraitements selon les enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Sages-femmes ayant moins de 5ans d'exercice	40	55,55	55,55
	Sages-femmes ayant moins de 10 ans d'exercice	20	27,77	27,78
	Sages-femmes ayant plus de 10 ans d'exercice	12	16,66	16,67
	Total	72	99,98	100,0
Manquant Système		0	0,0	
Total		72	100,0	

Source : Notre enquête, 2022

L'analyse du Tableau 6 montre que diverses auteures sont à l'origine des maltraitements exercés contre les femmes en couche. Ce sont les sages-femmes ayant moins de 5 ans d'exercice (55,55%), les sages-femmes ayant moins de 10 ans d'exercice (27,78%), et les sages-femmes ayant plus de 10 ans d'exercice (16,67%). Il ressort de manière générale de l'analyse des données de ce tableau que les sages-femmes ayant moins de 5 ans d'exercice (55,55%) sont les principales auteures des maltraitements subies par les femmes

en couche au CHR de Divo. Elles sont pour la plupart des jeunes femmes, souvent célibataires et sans enfant.

2. Déterminants socio-économiques des maltraitements des femmes en couche

Comme tout phénomène social, les maltraitements contre les femmes en couche ne sont pas le fait d'une explication unicusale. Plusieurs facteurs sont à l'origine de la survenue des maltraitements contre les femmes en couche. Dans la présente étude, il s'agit entre autres du non-respect des consignes données pour le suivi prénatal, la pauvreté des femmes, le manque de matériels et le manque de professionnalisme des agents de santé. Les données relatives aux déterminants socio-économiques des maltraitements subies par les femmes en couche sont consignées dans le tableau suivant :

Tableau 7 : Déterminants socio-économiques des maltraitements selon les enquêtés

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide
Valide	Le non-respect des consignes données pour le suivi prénatal	30	41,66	41,67
	La pauvreté des femmes	20	27,77	27,78
	Le manque de matériels	10	13,88	13,88
	Le manque de professionnalisme des agents de santé	12	16,67	16,67
	Total	72	99,98	100,0
Manquant Système		0	0,0	
Total		72	100,0	

Source : Notre enquête, 2022

Les données du Tableau 7, présentent les déterminants socio-économiques des maltraitements relevés par l'ensemble des personnes enquêtées. En effet, les déterminants socio-économiques les plus significatifs identifiés par les enquêtés sont : le non-respect des consignes données pour le suivi prénatal (41,67%), la pauvreté des femmes (27,78%), le manque de professionnalisme des agents de santé (16,67) et le manque de matériels (13,88%).

2.1. Non-respect des consignes données pour le suivi prénatal

Le non-respect des consignes données pour le suivi prénatal apparaît comme un déterminant majeur des maltraitements des femmes en couche (41,67%). Les enquêtes menées auprès de notre population d'étude ont révélé les raisons avancées par les sages-femmes et un médecin pour justifier les actes de maltraitements que les femmes en couche subissent. Selon leurs dires, ces actes de maltraitance sont causés par les manquements aux consignes données aux femmes enceintes. Les propos suivants confirment cette réalité des faits : « *le suivi prénatal permet de faire le diagnostic précoce de la grossesse, de dépister les facteurs de risque de la grossesse, de faire le*

pronostic fœtal et maternel de l'accouchement et de mettre en œuvre des traitements préventifs et ou curatifs efficaces. Mais c'est regrettable de voir des femmes enceintes qui manquent certains rendez-vous. Et cela entraîne des conséquences pour elle et pour leur futur enfant. Par exemple certaines maladies opportunes ne sont pas détectées à temps », propos de M.D., un médecin. A travers ces propos, nous percevons que certains femmes enceintes manquent leurs rendez-vous prénataux, faisant ainsi courir un risque pour elle et leur futur enfant. Qu'est ce qui explique ce non-respect des consignes données pour le suivi prénatal ? les propos suivants apportent des éléments de réponse : « l'importance du suivi prénatal n'est plus à démontrer. Mais certaines femmes notamment celles de conditions modestes ne respectent pas les rendez-vous et les prescriptions du suivi prénatal. Ce qui tout naturellement favorise des complications à l'accouchement dont certaines occasionnent quelquefois des décès de la mère ou de l'enfant », propos de L.E., une sage-femme de la maternité. Ainsi, les raisons qui expliquent le non-respect des consignes données pour le suivi prénatal par des femmes enceintes sont la méconnaissance de l'importance du suivi prénatal et le manque de moyens financiers. Une autre raison est également avancée à travers les propos suivants : « Certaines parturientes sont difficiles de caractères. Elles ne respectent pas les consignes. Quand on leur demande sur le lit d'accouchement, elles se mettent en colère ; certaines refusent qu'on leur fasse des injections syntocinones communément appelé folie ou piment. En réalité, c'est un mélange de produits pour donner plus de contractions et faciliter l'accouchement donc on est parfois obligé de faire usage de la force et d'être « dur » avec elles pour faire l'injection », propos de A.P., une sage-femme de la maternité.

L'analyse de ces propos montre l'importance de la consultation prénatale. En effet, elle permet, entre autres, de s'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle, de rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer un état physique, ou un état pathologique, comportant des risques pour la mère et pour l'enfant. L'ensemble des buts de la consultation prénatale montre son importance dans le développement de la grossesse d'une part, et d'autre part du bon déroulement de la grossesse. Les témoignages des agents de santé montrent que certaines complications qui surviennent lors de l'accouchement de certaines femmes sont dues à des maladies comme l'anémie non diagnostiquée, des troubles psychologiques, etc. Ces complications auraient été traitées si les rendez-vous des consultations prénatales avaient été respectés. Certaines femmes enceintes par faute de moyens financiers et du fait de leur analphabétisme ne respectent pas les consignes données pour le suivi prénatal. Et lors de leur accouchement quand les complications interviennent, il n'est pas rare aux dires des femmes qui ont accouché dans ces

conditions, de voir les sages-femmes manifester leur mécontentement en les injuriant, les violentant. Cette maltraitance apparait comme le signe du mécontentement des sages femmes envers ces femmes qu'elles traitent d'irresponsables.

2.2. Pauvreté des femmes

La Côte d'Ivoire a été frappée par une violente crise économique jusqu'au milieu des années 1980 à 1993. Celle-ci a laissé des séquelles qui sont encore présentes aujourd'hui. La majorité des familles en Côte d'Ivoire vit sous le seuil de pauvreté extrême. En effet, le taux de pauvreté a connu une forte augmentation entre 1985 et 2002. De 10% en 1985, ce taux est passé à 32,3% en 1993, puis à 36,8% en 1995 pour atteindre 38,4% en 2002. Le taux de pauvreté s'est aggravé pour atteindre 48,9% en 2008 (DSRP, 2002-2009). Le Document de Stratégique de Réduction de la Pauvreté (DSRP, 2009-2013), relève qu'en moyenne 50 % des ivoiriens vivent en dessous du seuil de pauvreté. Ce qui signifie qu'environ une personne sur deux vit dans la pauvreté. Ce profil de pauvreté montre que la précarité est devenue le quotidien communément partagé par de nombreuses familles en Côte d'Ivoire. Cette situation défavorable a entraîné des conséquences notables. Aujourd'hui, la situation économique précaire du père en Côte d'Ivoire a fait qu'il n'assure plus efficacement ses tâches. Le rapport ci-dessus cité montre que la pauvreté des ménages a de graves conséquences sur leur capacité à prendre en charge des populations vulnérables notamment les femmes et les enfants qui constituent une catégorie sociale défavorable. S'agissant de cette catégorie sociale défavorable, l'Etat a prévu une prise en charge. Ainsi, sur l'ensemble du territoire les hôpitaux et centres agréés sur décision du Gouvernement sont soumis à une mesure de gratuité des soins pour les femmes et les enfants âgés de moins de 5 ans¹. C'est cette mesure du Gouvernement qui a favorisé l'accès aux soins médicaux pour les femmes enceintes et les enfants dans les dispositifs de santé publique notamment les services de prévention et de dépistage, services de lutte antituberculeuse, etc. Mais cette mesure semble connaître des insuffisances à cause de la pauvreté de certaines femmes en couche. Nous avons ainsi cherché à comprendre auprès des enquêtés, leurs opinions sur la pauvreté des parents comme un déterminant des maltraitements subies par les femmes en couche. Les dires ci-dessous présentent les opinions des enquêtés : « *Les complications qui surviennent lors des accouchements sont différemment vécues par les femmes. Celles qui ont les moyens financiers sont opérées pour une somme qui oscille entre 150.000 et 200.000 F.CFA. Les*

¹ La gratuité généralisée des prestations de soins dans tous les établissements sanitaires publics a pris fin au mois de janvier 2012. Après un bilan de cette mesure, le Conseil des Ministres a décidé de transformer cette mesure en gratuité ciblée. Cette gratuité de soins ciblée concerne les femmes et les enfants âgés de moins de 5 ans.

plus nanties accouchent dans les cliniques privées parfois à 600.000 voire 900.000 F.CFA. Mais, pour le plus gros contingent de femmes qui sont pauvres la césarienne est presque synonyme de mort. En 2007, deux cas de femmes décédées à la suite de complications ont défrayé la chronique. Un médecin a été traduit en justice quand un centre de santé situé au quartier populaire a été saccagé par les populations écœurées par le décès d'une jeune femme en travail. Le médecin réclamait à l'époux de la victime une somme supérieure à celle qu'on lui proposait pour opérer la femme », propos de F. N., un instituteur et parent d'une patiente de la maternité. A travers ces propos, nous retenons que pendant l'accouchement les femmes peuvent être confrontées à des difficultés qui nécessitent des interventions comme la césarienne. Mais cette intervention est diversement appréciée. Les propos suivants montrent l'appréciation d'un enquêté au sujet de la césarienne : « la césarienne est un acte médical transformé en marchandise par certains praticiens qui usent de chantage pour gruger des populations pauvres et à majorité analphabètes. Pour sauver les femmes les parents sont souvent contraints de s'endetter. Les soins médicaux sont administrés à la suite de cotisation versées par des proches parents (cousins, frères, sœurs, tantes, etc.) ou éloignés (amis, collègues de bureau, voisins de quartier, etc.). Mais la pratique de l'endettement plonge les époux dans le cercle vicieux de la paupérisation. Au cas où l'enfant et la mère sont tous les deux vivants, leur prise en charge devient difficile à cause des nombreuses charges (soins de santé, alimentation, vêtements, etc.) générées par l'accouchement » propos de K.L., un professeur et épouse d'une patiente de la maternité. « Une femme dont la dernière échographie a révélé que son bébé devait naître par siège c'est-à-dire par les pieds ou les fesses. Dans un tel cas, pour sauver la mère et le bébé l'accouchement doit se faire par voie haute c'est-à-dire par césarienne. La femme le sachant est venue espérant un miracle, quand on a commencé l'accouchement elle avait des difficultés et c'est quand j'ai vérifié le carnet que j'ai vu qu'on ne pouvait pas l'aider », propos de O.H., une sage-femme de la maternité.

L'analyse de ces propos montre l'importance des moyens financiers pour les interventions à la suite d'une complication comme les césariennes, lorsque les femmes en couche n'arrivent pas à donner naissance naturellement. Selon le témoignage de nos enquêtés, pour la grande majorité des femmes qui sont pauvres la césarienne est presque synonyme de mort à cause du prix élevé (200.000 Fcfa) de cette intervention. Ainsi, ces femmes sont reléguées au dernier plan à cause leur manque des moyens financiers, et ce malgré leur état quelquefois critique.

2.3. Manque de matériels

Certaines femmes enceintes par faute de matériels adéquats sont victimes d'accidents, de négligence, etc., qui leur coûtent parfois la vie. Dans le souci de vérifier notre hypothèse selon laquelle, l'insuffisance de matériels favorise la maltraitance des femmes en couche par les sages-femmes, nous avons interrogé nos enquêtés. Les propos suivants sont les opinions de ces enquêtés : *« des femmes prises de douleurs convulsives, se lamentent généralement sur les lits d'accouchement. Dans de tels cas on essaye de calmer ces dames. Notre présence est d'un apport appréciable, puisqu'elle évite la chute d'une parturiente. Il n'y a pas de lits de pré attente. Avec les lits de pré-attente, vous êtes sûrs d'éviter un accident. Malheureusement, il n'y en a pas ici, donc nos sages-femmes doivent veiller au moindre mouvement des femmes enceintes. Malheureusement aucun lit de ce type n'est exposé dans la salle. La conséquence de l'absence de ce type de lit, c'est la chute probable de femmes en pleine contraction en l'absence de surveillance »*, propos de B.N., une sage-femme. *« La maternité du CHR est débordée. Ce qui fait qu'un box normalement consacré à une femme avec un lit d'accouchement est occupé par deux femmes prêtes à accoucher exposées directement sur les lits d'accouchement dont les protections laissent à désirer. Malheureusement, il n'y a plus de place. C'est également le cas des nouvelles urgences qui fonctionnent au ralenti car manquant de personnels adéquats. Ainsi va la vie au CHR de Divo »*, propos de D.S. une sage-femme.

À travers ces propos, nous voyons que cette maternité reçoit plusieurs femmes enceintes. Cette affluence est supérieure à la capacité d'accueil de ladite maternité. Il n'est donc pas rare de voir des femmes en couche étendues à même le sol. Certaines sont étendues dans le sang et dans les eaux qui ont été relâchées par les contractions. Elles sont ainsi exposées aux infections à cause du manque d'hygiène des locaux. C'est dans ces conditions que plusieurs d'entre elles sont victimes de négligence, de violences verbales de la part des sages-femmes. Cette négligence selon les enquêtés explique les maltraitements subies par les femmes en couche.

2.4. Manque de professionnalisme des agents de santé

Les manquements au code de déontologie des sages-femmes et des exigences de qualité mises en œuvre dans les services de santé semblent expliquer les violences verbales, physiques et psychologiques que certaines femmes en couche subissent lors de leur accouchement. Dans le souci de vérifier notre hypothèse selon laquelle, le manque de professionnalisme des sages-femmes explique la maltraitance des femmes en couche, nous avons interrogé nos enquêtés. D'abord, nous allons exposer les propos de certains responsables du Ministère de la Santé concernant le manque de professionnalisme des sages-femmes : *« Nous souhaitons aller à l'horizon*

2020 pas immergées, mais émergentes avec notre pays dans sa marche vers l'émergence. Nous pensons que cette émergence se fera avec les sages-femmes, et surtout des sages-femmes bien formées qui savent que le patient a des droits. Nous sommes confrontées à des plateaux techniques très défaillants, le manque d'ambulances dans certains centres de santé, etc., font que le métier devient difficile dans la pratique. Il faut que ça change avant que la sage-femme ivoirienne retrouve sa bonne réputation d'antan » propos de la Secrétaire Générale du SYSAFCI (Syndicat des Sages Femmes de Côte d'Ivoire). « *Les sages-femmes sont décriées pour leur manque de professionnalisme. La réduction de la mortalité maternelle et infantile demeure un défi auquel je suis attachée. Je souhaite que ce congrès permette de mieux organiser les actions sanitaires et qu'à travers celles-ci les sages-femmes se réconcilient avec les populations »*, propos de Raymonde Goudou Coffie, Ministre de santé et de l'Hygiène Publique. « *Les sages-femmes de Côte d'Ivoire ont été appelées à pratiquer leur métier avec plus de professionnalisme, lors de l'installation de la 38ème section de l'Association des sages-femmes ivoiriennes (ASFI). L'heure n'est plus aux beaux discours. (...) J'engage donc les sages-femmes à plus de professionnalisme, que chaque femme et son nouveau-né aient rapidement accès aux meilleurs soins possibles avant, pendant et après la grossesse et à l'accouchement. Je voudrais inviter toutes les sages-femmes de Côte d'Ivoire à rompre avec les vieilles habitudes qui n'honorent pas la profession. Les plaintes en sont de trop. La restauration de la profession sage-femme par une formation continue plus aiguë et par la promotion de leur rôle est un impératif »*, propos de la Présidente de la section de l'ASFI à Daloa, Abry Chantal.

Ces propos de responsables du Ministère de la Santé font état des insuffisances constatées dans l'exercice de la fonction des sages. Ces insuffisances justifient selon ces responsables les nombreux griefs que les patientes et les populations formulent à l'encontre des sages-femmes. Ces pratiques sont des insuffisances aux mesures de qualité prônées par le Ministère de tutelle et au code de déontologie des sages-femmes. Par ailleurs, ces insuffisances sont les causes des négligences dont les femmes en couche sont victimes. Cette réalité des faits nous a amené à rechercher l'expérience des femmes que nous avons trouvées dans la maternité CHR de Divo. Leurs propos sont les suivants : « *La jeune fille que vous entendez hurler n'est pas en travail : c'est une sage-femme. Elle hurle à tue-tête sur une dame qui pourrait être sa mère au motif que celle-ci a mis du temps avant de venir pour sa première consultation. C'est la même qui m'a dit : « Quand il s'agit de courir les hommes vous êtes les premières mais une fois enceinte vous trainer pour vous pointer à l'hôpital. Après c'est nous qu'on accuse de vous laisser mourir en couche »*, propos Mme B.D., une sage-femme. « *J'étais en plein travail lors de mon accouchement et là j'ai souffert. La sage-femme qui me*

demandait de pousser m'a administré plusieurs gifles. Elle m'a aussi donné une bonne dose d'injures. Elle me disait : Quand tu avais les jambes écartées, est-ce que j'ai pris le plaisir avec toi ? Pousse on va quitter ici, tes amis attendent. Si tu ne veux pas accoucher descend du lit », propos de F.N., une mère d'une trentaine s'année. « Elles nous traitent comme si elles n'étaient pas des femmes ou qu'elles ne comprenaient pas notre souffrance. C'est méchant, tellement méchant que j'ai juré que seul les médecins (homme) me feraient accoucher désormais » affirme M. K. une mère d'une trentaine d'année.

Le constat est le même. Les sages-femmes qui exercent dans la fonction publique sont celles qui ont toujours une mauvaise réputation. Ici on s'indigne de leur enrichissement illicite ! « *Quand vous allez à l'hôpital avec votre épouse, les sages-femmes ont toutes les stratégies pour vous ruiner ! Elles vendent tout même les produits gratuits, les couverts pour carnet de santé, des stickers qui vous font dépenser facilement 100f. Imaginez-vous 100 f ou 500 f qu'elle grappille sur 30 à 50 femmes dans une journée. Au-delà se sont les échographes qui ne fonctionnent jamais. Les sages-femmes nous donnent des adresses de cliniques et elles insistent pour que nous puissions nous y rendre. L'échographie est à 7000 dans les hôpitaux publics mais elles coûtent 10 à 15 milles en clinique. Brutalité lors des accouchements, violence verbale, mauvaise accueil, petites escroqueries...bref, les griefs à l'endroit des sages-femmes ivoiriennes sont importants. Il est temps qu'elles changent leur comportement », propos de S.R., une mère d'une vingtaine d'année.*

À travers ces propos de nos enquêtés, nous pouvons affirmer que les patientes formulent de nombreux griefs à l'encontre des sages-femmes. En effet, selon leurs propos les sages-femmes exercent contre elles des brutalités lors des accouchements, des violences verbales, un mauvais accueil, de petites escroqueries, etc. Il est évident à l'examen des mesures de qualités prônées par le Ministère de tutelle et du code de déontologie des sages-femmes que ces actes sont des insuffisances ou des manquements au professionnalisme des sages-femmes. Ce manque de professionnalisme des sages-femmes porte ainsi atteinte au droit des patientes, qui est celui de bénéficier d'une prise en charge sanitaire de qualité. Les patientes ont des droits, et le non-respect de ces droits constitue une violation et un manque de professionnalisme qui favorisent la négligence, les violences verbales, physiques et psychologiques.

III. Discussion

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que l'hypothèse de recherche qui soutenait que des facteurs socio-économiques sont à l'origine de la maltraitance des femmes en couche dans les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) est vérifiée. En effet, le manque de matériels de travail donne l'opportunité à la Sage-femme de maltraiter la femme en couche. Les

résultats de cette étude confirment ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé (2005) qui dans son guide de surveillance des décès maternels, précise à partir de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) que les causes de ces décès sont, entre autres, le manque de fournitures et de matériel. L'OMS (2012) affirme également que le manque de matériel médical explique les difficultés relevées dans la relation entre agents de santé et malade. Ainsi, certaines femmes enceintes par faute de matériels adéquats sont victimes d'accidents, de négligence, etc., qui leur coûtent parfois la vie. Par ailleurs, la pauvreté des femmes en couche justifie leur maltraitance. En effet, la pauvreté des femmes en couche a de graves conséquences sur leur capacité à assumer les coûts financiers de leur prise en charge sanitaire. C'est ce manque de moyens financiers qui conduit les sages-femmes à maltraiter les parturientes. Les résultats de cette étude confirment l'analyse de Baki (2002), qui fait remarquer que le manque de moyens financiers conduit les sages-femmes à maltraiter les parturientes car leurs attentes au plan financier (les gains) ne sont pas satisfaites par la situation économique de celles-ci. Ces résultats confirment également les travaux de Sakho (2005) qui affirme que la mortalité maternelle demeure toujours un problème majeur de santé publique dans les pays en développement et sa réduction reste un défi crucial à réaliser pour l'amélioration de la santé des femmes, pivot économique et socle social. Le décès maternel, à n'importe quel moment qu'il survienne, est une tragédie pour la famille et la société. Nous retenons ainsi que plus la situation économique de la parturiente est défavorable, plus elle court le risque de maltraitance. En plus, les maltraitements des femmes en couche s'expliquent par les manquements aux consignes données pendant le suivi prénatal. Les résultats de cette étude confirment l'analyse de Dieye (2003), qui souligne que l'âge apparaît comme une autre variable explicative des retards ou des insuffisances dans le suivi prénatal. Il affirme en effet que les femmes âgées de plus de 34 ans ainsi que les femmes de moins de 18 ans étaient plus nombreuses en termes de retard pour la première consultation prénatale que les autres tranches d'âges. Traoré et coll. (2007) confirment ces résultats en mettant en relief les aspects sociodémographiques et le pronostic des grossesses non suivies, en incriminant le niveau d'études et la profession dans le suivi prénatal des femmes enceintes. Ndiaye et coll. (2005) précisent pour leur part l'influence des facteurs socioculturels dans les manquements du suivi prénatal. Abondant dans le même sens, Fournier & haddad (1995) mettent un point d'ancrage sur la religion. Ces auteurs affirment ainsi que la religion chrétienne apparaît comme un facteur de changement et d'adaptation ; les chrétiens sont plus enclins à utiliser les soins de santé modernes. À l'opposé, la religion musulmane, un peu conservatrice, a tendance à favoriser le recours à la médecine traditionnelle. Aussi, les manquements au code de déontologie des

sages femmes et des exigences de qualité mises en œuvre dans les services de santé expliquent les violences verbales, physiques et psychologiques que certaines femmes en couche subissent lors de leur accouchement. Les résultats de cette étude confirment ceux de Sannié (2012) et Bernard (2013), qui affirment que ce phénomène est étroitement lié aux manquements au code de la santé par les agents de santé. Pour ces auteurs, la mission de la sage-femme est de prodiguer ses soins sans se départir d'une attitude envers la patiente, respecter et faire respecter la dignité de celle-ci. Cela revient à dire que la sage-femme doit prendre soin de la parturiente et non la maltraiter. Allant dans le même sens, l'OMS (2012) soutient que les maltraitances des femmes en couche s'expliquent entre autres par le mauvais accueil et le manque de courtoisie du personnel. Ce manque de professionnalisme des sages femmes porte ainsi atteinte au droit des patientes, qui est celui de bénéficier d'une prise en charge sanitaire de qualité. Les patientes ont des droits et le non-respect de ces droits constitue une violation et un manque au niveau professionnel qui favorisent la négligence, les violences verbales, physiques et psychologiques.

Conclusion

L'étude a porté sur les déterminants socio-économiques de la maltraitance des femmes en couche. Son objectif était d'analyser (décrire et expliquer) ces déterminants. Pour y parvenir, l'usage de la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien a permis de collecter des matériaux. À l'issue des analyses quantitative et qualitative de ces matériaux, des données ont été dégagées. Elles ont été structurées autour des manifestations des maltraitances faites aux femmes en couche (typologie, fréquence, groupes les plus victimes, et auteurs des maltraitances) et des déterminants socio-économiques de ces maltraitances. Il ressort de l'étude que ces maltraitances sont fortement corrélées au non-respect des consignes données pendant le suivi prénatal, à la pauvreté des femmes en couche, au manque de professionnalisme des agents de santé et au manque de matériels. En effet, certaines femmes enceintes par faute de matériels adéquats sont victimes d'accidents, de négligence, etc., qui leur coûtent parfois la vie. La pauvreté de ces femmes en couche justifie également leur maltraitance. Leur incapacité à ne pas pouvoir assumer les coûts financiers de leur prise en charge sanitaire les expose à de la maltraitance de la part de certaines sages femmes dont les attentes au plan financier (les gains) ne sont pas satisfaites par les femmes en couche. Nous retenons ainsi que plus la situation économique de la parturiente est défavorable, plus elle court le risque d'être maltraiter. En plus, le non-respect des consignes données pour le suivi prénatal en raison de la méconnaissance de l'importance du suivi prénatal, de l'analphabétisme des femmes enceintes et le manque de moyens financiers expliquent les maltraitances subies par les femmes en couche. Aussi, les manquements au

code de déontologie des sages femmes et des exigences de qualité mises en œuvre dans les services de santé expliquent les violences verbales, physiques et psychologiques que certaines femmes en couche subissent lors de leur accouchement.

Au demeurant, cette recherche a mis en évidence plusieurs défaillances du système de santé ivoirien qui méritent des réflexions, entre autres, sur les impacts de ces maltraitements, sur les voies de recours pour faire respecter les droits de parturiente et, bien plus encore, sur les conditions de vie et de travail de ces agents de santé dans les CHR.

References:

1. Agence Française de Développement (AFD : 2013-2021). *Intensifier la politique de planification familiale*.
2. Baki, M. (2002). *Déterminants du faible taux de dépistage de la grossesse à risque dans le district sanitaire de Boulsa*, Mémoire d'attaché de santé en épidémiologie, Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) (Burkina Faso). 55pages.
3. Becker, G. (1968). *Crime and Punishment: An Economic Approach*. The Journal of Political Economy 76: 169-217.
4. Bernard, M.R. (2013). *Education pour la santé en périnatalité : ancrages théoriques des pratiques éducatives et formatives des sages-femmes*, Thèse Cognition, Langage, Education, Aix Marseille Université, Sciences de l'Education.
5. Bogdan, R., & Taylor, S.J. (1984). *Introduction to qualitative research method: a phenomenological approach to the social sciences*. New York: Wiley.
6. Cohen, L. E. & Felson, M. (1979), « *Social change and crime rate trends. A routine activity approach* », American sociological review, Pp 588 – 608.
7. Dieye, E. (2003). *Etude des facteurs déterminant le retard de la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard-Toll (Sénégal)*, Mémoire CES, Santé Publique Épidémiologie, Bio statistique et Informatique. Dakar : ISED. N°11-1-08, p 35.
8. Dumont, A., Gaye, A., De Bernis, L. (2006). *Facility-based maternal death reviews: effects on maternal mortality in a district hospital in Senegal*. Bull. World Health Organ. 84 : 218-224.
9. EDSCI-III. (2012). *Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples de Côte d'Ivoire 2011-2012*. Calverton, Maryland, USA : INS et ICF International, pp : 589 pages.
10. Emile, E. (2010). *Déterminants du retard de la première CPN : cas du district sanitaire de Ouahigouya*, Mémoire d'attaché de santé en

- épidémiologie, Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) (Burkina Faso). 25pages.
11. Fournier, P. & Haddad, S. (1995). *Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé dans les pays en développement*, in H. Gérard et V. Piché. La sociologie des populations. Montréal : PUM.
 12. Ghadj, V. (2010). *La maltraitance 'ordinaire' dans les établissements de santé. Etude sur la base de témoignages*. Paris : Haute autorité de santé, pp :97.
 13. INS (2014). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat de la Côte d'Ivoire*.
 14. Keita, L. (14 septembre 2015). Les populations saccagent les bureaux de l'hôpital. Soir Info, n°1036, pp. 7.
 15. Koffi, K. (2008). *Côte d'Ivoire : les infirmier(e)s et les sages-femmes réaffirment l'unicité de la discipline infirmière*. S@voirinf. VII (1), pp : 8-9.
 16. Kronlund, S. (2017). *Accoucher dans la violence*, in Franeczek, M-L. (2018). *Violence obstétricale : Essai de définition à partir de la littérature scientifique*. Mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée Université Aix Marseille.34p.
 17. Lahaye, M.H (2016). *Qu'est-ce que la violence obstétricale ?* in Franeczek, M-L. (2018). *Violence obstétricale : Essai de définition à partir de la littérature scientifique*. Mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée Université Aix Marseille.34p.
 18. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP, 2002-2009).
 19. Le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP, 2009-2013).
 20. M'Bra, K. (2018). *Marcory : Drame à l'hôpital*. Soir info n°3979, pp. 8.
 21. Marchand, A. (2001). *L'analyse quantitative des données hiérarchiques avec les modèles multiniveaux*, In H. Dorvil et R. Myer (éds), problèmes sociaux théories et méthodologies, Tome I, 398-412. Québec : Presses de l'Université du Québec.
 22. Ministère de la santé et de l'hygiène publique. (2008-2015). *Feuille de route pour accélérer la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles, néonatales et infantiles Côte d'Ivoire*.
 23. N'Diaye, P., Dia, A.T., Diediou, A, Dieye, EHL, Dione, D.A. (2005). *Déterminants socioculturels du retard de la première consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal*. Santé publique ;17 : 531-538.

24. OMS (2005). *Rapport sur la santé dans le monde*.
25. OMS (2012). *Statistiques sanitaires mondiales*.
26. OMS (2013). *Maternal death surveillance and response: technical guidance information for action to prevent maternal death*. NLM classification : WQ 270.
27. OMS. (2014). *La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins*.
28. Pino, N. (2017). La violence obstétricale : mais qu'est-ce que c'est ? in Franeczek, M-L. (2018). *Violence obstétricale : Essai de définition à partir de la littérature scientifique*. Mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée Université Aix Marseille.34p.
29. Poupard, J., Deslauriers, J.-P., Groulx, L.-H., Laperriere, A., Mayer, R., & Pires, A. P. (Dir) (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Boucherville : G. Morin.
30. Rabier, S. (2017a). *Violences gynéco-obstétricales : comment on a pérennisé des régimes autorisant la maltraitance de femmes*, in Franeczek, M-L. (2018). *Violence obstétricale : Essai de définition à partir de la littérature scientifique*. Mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée Université Aix Marseille.34p.
31. Rabier, S. (2017b). *Violences gynéco-obstétricales : l'enjeu n'est pas seulement médical*, in Franeczek, M-L. (2018). *Violence obstétricale : Essai de définition à partir de la littérature scientifique*. Mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée Université Aix Marseille.34p.
32. Richard-Guerroudj, N. (2017). *Violences obstétricales : de quoi parle-t-on ?* Profession sage-femme, n°231, p. 16-22.
33. Sakho, P. (2005). *Note marginalisation et enclavement en Afrique de l'Ouest*, « l'espace des trois frontières ». Sénégalais- Espace. Populations Société -UST.Lille- France. pp.163-168.
34. Sannié, T. (2012). *L'hôpital : un monde sans pitié*. Paris : l'Éditeur. pp. 253.
35. Sanou, D. (2011). *Etude des déterminants de la faible couverture obstétricale dans le district sanitaire de Dano*. Mémoire d'attaché de santé en épidémiologie, Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) (Burkina Faso). p 92.
36. Sawadogo, P. (2008). *Etude des facteurs expliquant la déperdition entre la couverture en CPN2 et plus et la couverture en accouchements assistés dans le district sanitaire de Yako*. Mémoire d'attaché de santé

- en épidémiologie, Ecole Nationale de Santé Publique (ENSP) (Burkina Faso).50 pages.
37. Thibert, C. et Piquet, C (2017). *Quand l'accouchement se vit dans la violence*, in Franeczek, M-L. (2018). *Violence obstétricale : Essai de définition à partir de la littérature scientifique*. Mémoire Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme, École Universitaire de Maïeutique Marseille Méditerranée Université Aix Marseille.34p.
 38. Traoré, D. (2015). *Une femme meurt en donnant la vie à l'hôpital*. L'Inter n°2518, pp. 6.
 39. Traore, Y., Teguede, I., Thera, A.T., Mulbah, J.K., Mounkoro, N., Diarra, I., Diabate, F. S., Traore, M., Diakite, S., Dolo, A. (2007). *Aspects sociodémographiques et pronostiques des grossesses non suivies chez admises dans les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Toure*. Mali Médical, T XXII N° 2 :39-43.
 40. UNFPA (2015). *Rapport sur l'état de la population mondiale, en Côte d'Ivoire*.