

## PREFERENCES EN MATIERE D'ACCOUCHEMENT CHEZ LES FEMMES REÇUES EN CONSULTATION PRENATALE DANS TROIS STRUCTURES SANITAIRES DE CONAKRY EN 2024

BAH O.H., SOW A.I.I., DIALLO M.C., CONTE I., SOUMAH A.F.M., DIALLO M.H., LENO D.W.A., DIALLO A., BALDE I.S., SY T.

### RESUME

**Objectifs** : décrire les préférences des femmes en matière d'accouchement dans deux Centres Médicaux Communaux (CMC) et un centre de santé à Conakry.

**Patientes et méthodes** : il s'agissait d'une étude transversale quantitative et qualitative d'une durée de trois mois portant sur 60 femmes enceintes admises pour la consultation prénatale au 9<sup>ème</sup> mois dans les maternités des CMC Ratoma, Matam et au centre de santé de Kouléwondy dans la ville de Conakry.

**Résultats** : lors de l'enquête qualitative, la saturation a été obtenue après 60 entretiens. L'âge moyen des répondantes était  $26,62 \pm 5,30$  ans. Les femmes mariées représentaient 90 % et celles qui avaient un niveau secondaire, 38,33 %.

Concernant les préférences, 60 % préféraient accoucher dans un centre de santé et 28,33 % dans un hôpital. Toutefois, 85 % ne désiraient pas ressentir la douleur. Près de la moitié préféraient une assistance féminine (46,67%) tandis qu'une proportion élevée privilégiait la position couchée en décubitus dorsal (81,67 %). Si la plupart des femmes souhaitaient être accompagnées par leur mari (66,67 %), une minorité (11,67 %) revendiquait le libre choix de la voie d'accouchement.

**Conclusion** : ces résultats mettent en évidence la nécessité de prendre en compte les préférences maternelles afin d'améliorer le vécu et une expérience positive des couples au cours de l'accouchement.

**Mots-clés** : Préférences, accouchement, Conakry.

### INTRODUCTION

L'accouchement est l'ensemble des phénomènes physiologiques et mécaniques qui permettent l'expulsion du fœtus et de ses annexes en fin de grossesse. Ce processus est aujourd'hui souvent conditionné par des impératifs médicaux, motivés par la lutte contre la morbidité et mortalité maternelles, au détriment du choix des patientes et sans réelle prise en compte de leur opinion[1,2]. Le choix de la voie d'accouchement repose généralement sur une

### SUMMARY

**Childbirth Preferences among Women Attending Antenatal Consultations in Three Health Facilities in Conakry in 2024**

**Objective:** to describe women's preferences regarding childbirth in two Communal Medical Centers (CMC) and one health center in Conakry.

**Patients and Methods:** this was a quantitative and qualitative cross-sectional study conducted over three months, involving 60 pregnant women admitted for antenatal consultation at 9 months of pregnancy in the maternity wards of CMC Ratoma, CMC Matam, and the Kouléwondy health center in the city of Conakry.

**Results:** in the qualitative survey, saturation was reached after 60 interviews. The mean age of respondents was  $26.62 \pm 5.30$  years. Married women accounted for 90%, and 38.33% had a secondary education level. Regarding preferences, 60% preferred to give birth in a health center and 28.33% in a hospital. However, 85% did not want to experience pain. Nearly half preferred to be assisted by a female provider (46.67%), while a high proportion favored the supine (dorsal decubitus) position (81.67%). Although most women wished to be accompanied by their husbands (66.67%), only a minority (11.67%) expressed the desire to freely choose their mode of delivery.

**Conclusion:** these results highlight the need to consider maternal preferences in order to improve childbirth experiences and promote a positive experience for couples during delivery.

**Keywords:** Préférences, Child Birth, Conakry.

évaluation des risques par les professionnels de santé[3,4].

De nombreuses femmes revendiquent leur droit à participer aux décisions les concernant, notamment en matière de voie d'accouchement[5-7]. Aujourd'hui, elles sont de plus en plus demandeuses d'être impliquées activement dans la décision et de disposer librement de leur corps [5,6]. Des études indiquent qu'une proportion importante de patientes opteraient pour une césarienne si elles avaient la possibilité de choisir, augmentant ainsi la morbidité et la mortalité

**Tirés à part** : Dr BAH Oumou Hawa, Maître Assistante, FSTS. UGANC, Téléphone : 00224 622 185 568. Mail : camarahawa2002@gmail.com

BAH O.H., SOW A.I.I., DIALLO M.C., CONTE I., SOUMAH A.F.M., DIALLO M.H., LENO D.W.A., DIALLO A., BALDE I.S., SY T. Préférences en matière d'accouchement chez les femmes reçues en consultation prénatale dans trois structures sanitaires de Conakry en 2024. Journal de la SAGO, vol.26, n°4, P 47-54.

potentielles dans la population[7,8]. La demande maternelle de césarienne peut confronter les professionnels de santé à une tension éthique entre le devoir de recommander l'option la plus sûre et la nécessité de respecter le choix de la femme[9,10]. Cette demande est également reconnue comme l'un des facteurs contribuant à l'augmentation globale des taux de césarienne dans le monde [11].

Les préférences des femmes sont influencées par la peur de la douleur de l'accouchement, des antécédents obstétricaux compliqués[12], mais aussi par des facteurs cognitifs tels que l'incertitude face à l'accouchement vaginal ou le manque d'accompagnement dans la prise de décision, notamment dans les pays à revenu faible et intermédiaire[13]. La famille, les amis et l'internet jouent un rôle central dans la formation de ces choix, et leur influence peut persister même après une éducation médicale structurée[3].

Par ailleurs, le recours aux services de soins, y compris les services maternels, dépend de nombreux déterminants socioculturels et économiques : traditions, perception du risque, complications antérieures, accès à l'information et coût des soins. En Irak, une étude a révélé que 96,6 % des femmes ayant accouché en milieu hospitalier avaient choisi cette structure pour sa sécurité [14]. En Iran, une enquête a rapporté que 47,3 % des femmes suivies en hôpital public préféraient une césarienne par rapport à 68,7 % dans le privé [14], tandis qu'au Canada, 84 % des nullipares maintenaient leur préférence pour la voie basse malgré une intervention éducative.

En Tunisie, une étude a révélé que 63,45 % des femmes souhaitaient pouvoir choisir librement leur mode d'accouchement, avec une préférence pour la voie naturelle dans 64,46 % des cas [6].

Le déficit d'études antérieures sur les préférences des femmes en matière d'accouchement, associé aux recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) [2] qui préconisent de garantir à chaque femme une expérience positive de la naissance caractérisée par des soins cliniquement sûrs, respectueux, exempts de pratiques médicales non nécessaires et accompagnés d'un soutien émotionnel, psychologique et social approprié a constitué la principale motivation de ce travail. Cette étude a pour objectif de contribuer à combler ce vide en documentant les préférences des femmes en matière d'accouchement dans deux Centres Médico-Chirurgicaux (CMC) et un centre de santé de la ville de Conakry en 2024.

## I. PATIENTES ET METHODES

Il s'agissait d'une étude transversale à la fois quantitative et qualitative, menée du 1er mars au 31 mai 2025, auprès de femmes enceintes en dernière consultation prénatale dans les maternités des CMC

de Ratoma, de Matam et au centre de santé de Kouléwondy.

Ont été incluses toutes les femmes enceintes en dernière consultation prénatale reçues dans ces structures durant la période d'étude et ayant accepté verbalement de participer. Celles qui ont refusé de participer ainsi que celles dont les domiciles n'ont pas pu être retrouvés n'ont pas été retenues.

Un guide d'entretien semi-structuré, préalablement élaboré et testé auprès de participantes issues d'autres structures sanitaires, a été validé pour la collecte des données. Les éléments sur lesquels il y avait eu une modification portaient sur les questions relatives à la satisfaction des répondantes

La composante quantitative a porté sur les variables sociodémographiques et obstétricales : âge, statut matrimonial, niveau de scolarisation, occupation principale, geste et parité.

La composante qualitative a permis d'explorer les préférences des femmes concernant le lieu d'accouchement, le choix libre de la voie d'accouchement, le sexe et la qualification du personnel accoucheur, le nombre de prestataires et la position d'accouchement, le nombre d'enfants désirés, l'accompagnement ainsi que la durée du séjour post-partum.

Les participantes ont été recrutées au niveau des unités de consultation prénatale (CPN). Après explication des objectifs de l'étude, le formulaire de consentement éclairé leur a été soumis. Pour celles qui acceptaient, les modalités de l'entretien (lieu, date et durée) étaient convenues. Les entretiens individuels ont été privilégiés afin de permettre aux femmes de s'exprimer librement, sans influence du personnel de santé. Ils ont été réalisés à domicile après la sortie de la structure. Les entretiens étaient conduits en français pour les participantes scolarisées et en langues nationales pour les non-scolarisées. À la date et à l'heure fixées, les enquêteurs se rendaient au domicile des participantes pour mener les entretiens. L'équipe était constituée d'un médecin et d'une sage-femme, tous deux formés à la méthodologie d'enquête et parlant les principales langues nationales (poular, soussou, malinké et guerzé).

Les entretiens commençaient par les questions sociodémographiques et obstétricales, puis portaient sur les thématiques relatives aux préférences en matière d'accouchement. Les propos étaient enregistrés via les téléphones, avec l'accord des répondantes, et complétés par des prises de notes destinées à faciliter la restitution des points essentiels.

La taille de l'échantillon a été déterminée par la méthode de saturation (60) Celle-ci était considérée

atteinte lorsque, chez 5 à 6 participantes consécutives, aucune idée nouvelle n'émergeait par rapport aux propos déjà recueillis.

Pour l'analyse qualitative, les notes et transcriptions des enregistrements ont été examinées selon les thématiques définies.

Pour l'analyse quantitative, les données ont été saisies et traitées avec le logiciel Epi Info 7.2.6. Les variables qualitatives ont été présentées en proportions, et les variables quantitatives en moyennes, écarts-types et valeurs extrêmes.

Sur le plan éthique, l'autorisation des responsables des structures sanitaires a été obtenue, de même que le consentement éclairé des participantes. L'anonymat et la confidentialité des informations ont été respectés.

## II. RESULTATS

### 1. Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les 60 femmes interrogées, 51,67 % avaient un âge compris entre 26 et 35 ans. L'âge moyen était  $26,62 \pm 5,30$  ans. Neuf sur dix étaient mariées et 38,33 % avaient étudié jusqu'au niveau secondaire. Les femmes de professions libérales et les ménagères étaient les plus représentées avec respectivement 45% et 41,67%.

### 2. Antécédents obstétricaux

La majorité des femmes étaient paucigestes (45%) et primipares (28%). 8,33 % avaient accouché par césarienne et 11,67 % avaient un antécédent de complication obstétricale.

### 3. Lieu d'accouchement

En ce qui concerne les préférences à propos du lieu d'accouchement, 60 % des femmes interrogées déclaraient privilégier un centre de santé, en raison de la proximité, du faible coût des soins, de la qualité de la relation avec le personnel et surtout de la satisfaction liée aux services reçus.

Ceci est illustré par ces propos d'une participante (R1) « J'aime accoucher dans les centres de santé parce que je suis bien prise en charge, mon suivi se passe bien, je me sens à l'aise et on me dorlote ».

En revanche, 28,3 % préféraient accoucher dans une structure sanitaire niveau II de la pyramide sanitaire du pays (hôpital), motivées par la présence de spécialistes et la disponibilité d'équipements médicaux. A l'image de la participante (R8) qui rajoutait : « je préfère les grands hôpitaux parce que là-bas il y a des médecins spécialistes, des matériels nécessaires pour me permettre de bien accoucher ». Une autre a renchéri (R3) en disant

« je préfère accoucher dans les grands hôpitaux parce que c'est là-bas qu'on fait tous les soins. En cas de complications de l'accouchement, si on se trouve à la maison, ce n'est pas bon, ou être dans une petite clinique et qu'il n'y a pas de salle d'opération et que tu dois être césarisée, c'est risqué ». Une minorité (12) de femmes considérait que le choix du lieu d'accouchement n'avait pas de réelle importance. Pour elles, l'essentiel était d'accoucher avec un personnel qualifié, quel que soit l'endroit. Une participante (R5) pour illustrer cela disait « Que ça soit à l'hôpital ou à la maison j'aimerais accoucher avec une personne qui connaît son travail ».

### 4. Choix de la voie d'accouchement

Elles étaient 98,33 % les participantes qui préféraient accoucher par voie basse. Les principales raisons évoquées incluaient la peur de la douleur induite par la césarienne dans le post-partum limitant la reprise précoce des activités, de l'alimentation mais aussi de la convalescence. A l'image d'une participante R12 qui expliquait « je préfère accoucher par la voie basse parce qu'avec cette voie si tu finis d'accoucher, tu peux manger tout ce que tu souhaites et tu vas faire tous les travaux tandis que la césarienne, les travaux et l'alimentation sont limités ». Pour d'autres, la césarienne serait à l'origine de cicatrices parfois indélébiles qui déformeraient leur corps. Une autre participante exprimait cette crainte esthétique en disant « je ne veux pas être déformée, je veux toujours être entretenue pour mon mari et moi, avec la césarienne, ce sera trop limité » (R30). En outre, 11,67 % des femmes revendiquaient un choix personnel de la voie d'accouchement. Le bien-être psychologique que ce choix pouvait leur procurer était la principale raison avancée. Ainsi choisir la voie d'accouchement par elles-mêmes leur faisait comprendre qu'elles ont le droit de disposer de leur corps comme bon leur semblait. C'est le cas de cette participante R9 qui disait « je préfère avoir le libre choix sur la voie de mon accouchement parce que c'est mon corps, je me connais bien, si je ne peux pas accoucher par moi-même ou par césarienne je le saurai ». Une autre disait « je préfère avoir le libre choix sur ma voie d'accouchement parce que c'est ce qui me fera du bien » (R2).

Les autres préféraient que cette décision revienne au personnel médical, estimé plus compétent. Cela est rapporté par une participante (R7) des participantes en ces termes « c'est les médecins qui ont fait des études donc ils sont mieux placés pour prendre cette décision ».

La gestion de la douleur était également un aspect saillant dans notre étude où 85 % des femmes ne souhaitaient pas ressentir la douleur de l'accouchement ; ceci était généralement lié à la peur provoquée par les contractions utérines. Les 15 % restantes, qui

acceptaient la douleur, avançaient plutôt des raisons nuancées. Pour certaines, la douleur permet de renforcer le lien avec leur futur enfant et de participer activement à son développement.

## 5. Sexe et qualification du personnel accoucheur

Dans 46,67% des cas, les interrogées souhaitent accoucher avec un agent de santé de sexe féminin. Parmi elles, 33,33% préféraient des obstétriciennes et 36,67% des sages femmes. Ce choix était justifié par le fait que ces prestataires soient du même sexe qu'elles, ce qui limiterait la honte et la complexité dans les situations où ce serait d'un homme. Une participante disait ceci « comme je suis femme et elle l'est aussi donc je n'aurai pas honte, si c'est un homme je serai gênée ». Une autre femme disait « je préfère accoucher avec une femme vue qu'on n'est toutes des femmes. Elle connaît comment se passe l'accouchement tandis que l'homme n'a aucune idée ».

A l'opposé, un groupe de femmes (16,67%) préférait que leur futur accouchement soit dirigé par un homme. L'habitude, la compétence et la patience de ces derniers étaient les qualités mises en avant. Une interrogée disait R46 « je souhaite accoucher avec un homme parce que la manière dont l'homme traite une femme enceinte est différente de la femme, il ne crie pas et il te caresse bien jusqu'à l'accouchement. Nous les femmes nous sommes courtes d'esprit, moins d'erreur, elles te tapent, ce n'est pas facile ». Un autre groupe de femmes, par contre, n'avait pas de préférence en ce qui concerne le sexe de l'accoucheur soit 36,67%. Pour ce groupe de femme la compétence du personnel était le seul critère qui compte réellement, comme l'affirmait l'une (27) des répondantes « Chez moi femme ou homme ça m'importe peu, vu qu'ils ont la compétence et ils ont déjà étudié pour faire ce travail, l'important c'est d'avoir mon enfant en bonne santé ».

## 6. Nombre de personnel et position d'accouchement

La plupart des femmes (43,33 %) souhaitaient être assistées uniquement par un seul soignant. Les raisons avancées étaient variées, allant de l'ochlophobie ou peur de la foule, à des croyances socioculturelles/traditionnelles. L'une des redondantes (R20) disait ceci : « tout le monde n'est pas pareil, certains bébés viennent avec des choses sensibles, et parmi ceux qui assistent à l'accouchement, certains peuvent avoir de mauvaises intentions ».

Une autre supposait ceci : « j'aime qu'une seule personne dirige mon accouchement, parce que s'ils sont nombreux, je vais penser que je suis en difficulté et cela va m'effrayer » R14. Certaines par contre

(30% des répondantes), préféreraient accoucher en présence de plusieurs accoucheurs. Pour elles cela apporterait sécurité et sûreté au moment de l'accouchement. Comme le disait l'une d'entre elles « je préfère qu'ils soient plusieurs personnes qui dirigent mon accouchement, comme ça, quand il aura de complications ils vont vite me prendre en charge en se donnant des idées » R42.

Un autre groupe n'avait aucune préférence sur ce sujet (21,67%). Ce dernier groupe considérait que l'important était d'avoir une bonne issue de l'accouchement, qu'il soit dirigé par une ou plusieurs personnes.

La position allongée était préférée (81,67 %) en raison de sa simplicité, de son lien avec une moindre douleur et parce qu'elle était davantage recommandée par le personnel soignant. Une des répondantes déclarait « Je préfère la position couchée parce que là, le bébé viendra aisément ; tandis que si tu es courbée le bébé peut tomber et ça va lui créer des problèmes » R26. Une autre rajoutait en disant ceci « Je préfère la position couchée parce qu'avec cette position je n'aurais pas beaucoup mal tandis que si c'est les autres positions il y aura la douleur ».53

## 7. Nombre d'enfants désirés

Concernant le nombre d'accouchements désirés par les femmes, la majorité n'avait aucune opinion soit 45%. Cependant 31,67% des femmes désiraient avoir au moins 4 enfants et 20% souhaitait un autre accouchement en plus.

Entre le groupe des femmes qui désiraient encore plusieurs enfants et celui des femmes qui n'en voulait qu'un, les idées avancées étaient controversées. A l'image de cette répondante R 37 qui confiait « je préfère accoucher jusqu'à remplir la maison parce qu'avoir des enfants c'est formidable ».

A l'opposé de celle-ci une autre déclarait « après l'accouchement là, je veux me reposer parce que parfois c'est stressant la grossesse surtout s'il n'y a pas beaucoup de soutien. Ce n'est pas la peine d'accoucher comme des animaux ». R 55

Pour appuyer l'idée de cette dernière une autre affirmait de R40 « Pour le moment ça suffit. On met des enfants au monde c'est pour préparer leur avenir, à l'heure-là, avec la conjoncture actuelle, ce n'est pas facile, il ne faut pas enfanter pour enfanter seulement, il faut préparer leurs avenir ».

## 8. Accompagnement et durée de séjour post-partum

Au total, 66,7% des femmes enceintes venues en consultations prénatales souhaitaient la présence de leur mari en salle d'accouchement, 60% d'entre elles ont exprimé le souhait d'être accompagnées par

une seule personne. Cependant 38,33% préféraient que le nombre d'accompagnateurs soit limité à deux personnes. Cette restriction considérable des accompagnateurs est surtout attribuée à une question de discrétions, mais aussi au soutien psychologique que pourrait leur apporter l'homme de leur vie. En ces termes l'une des gestantes a déclaré « je préfère que mon mari assiste à mon accouchement parce que lorsqu'il me verra traversé beaucoup de souffrance en mettant au monde notre enfant il aura pitié de moi et il ne laissera pas nos enfants se foutre de moi »R 22. Une autre avançait ceci « je préfère être accompagnée par mon mari parce que tous ce qui m'arrivera devant lui il pourra garder ce secret. Pour être accompagné à l'hôpital, pour accoucher il n'est pas nécessaire de faire la publicité, même si dix personnes viennent m'accompagner ils ne peuvent pas m'enlever cette douleur que je ressens, d'autres ne savent pas garder le secret »R 25.

Concernant le temps d'observation dans le post-partum, (75 %) des répondantes préféraient quitter la maternité après quelques heures d'observation. Comme illustrée par la R13 « je souhaite rester seulement quelques heures à l'hôpital parce que si on n'est pas malade on ne doit pas rester à l'hôpital vu que ce n'est pas la maison ».

Les autres exprimaient le souhait de rester davantage dans la structure en raison du confort qu'offre ce milieu hospitalier.

D'autres (13,33%) désiraient rester au moins 2 jours sous surveillance du personnel soignant. La crainte des complications du post-partum explique ce choix. L'une d'entre elles s'expliquait ainsi « je souhaite rester 3 jours parce que pour moi lorsqu'une femme fait son accouchement, elle doit être suivie pendant 3 jours. Des fois l'accouchement peut se terminer, après des problèmes surgissent, donc pendant ces 3 jours je pense que ça sera bon pour rentrer ».

### III. DISCUSSION

#### **Caractéristiques sociodémographiques**

La majorité des participantes à l'étude étaient âgées de 26 à 35 ans, mariées et scolarisées, avec un niveau secondaire prédominant. Ce profil est similaire à celui décrit dans la littérature où la majorité des femmes fréquentant les services prénatals étaient jeunes, mariées et instruites [15]. Cette population, souvent active (profession libérale ou femmes occupées au foyer), correspond au groupe démographique le plus concerné par la santé maternelle en Guinée .

#### **Antécédents obstétricaux**

Dans notre étude, la majorité des femmes étaient paucigestes et primipares, avec un faible taux de césarienne antérieure (8,3 %) et seulement 11,7 %

de mauvaises issues obstétricales rapportées. Ces résultats traduisent une certaine confiance dans le déroulement spontané de l'accouchement en l'absence de complications. Ce constat rejoint les conclusions de Bohren et al. qui ont mis en évidence, à travers une revue systématique mondiale, que les choix et expériences des femmes pendant l'accouchement étaient souvent influencés par des facteurs sociaux tels que l'âge, la parité, le niveau socioéconomique et surtout le faible pouvoir décisionnel des femmes en milieu de soins [16]. Cette dynamique peut contribuer à une certaine passivité ou acceptation d'un accouchement spontané, perçu comme plus naturel ou moins soumis à l'intervention médicale injustifiée. Dans le contexte guinéen, cette tendance pourrait également refléter une forme d'adaptation culturelle où la primiparité et l'absence d'antécédents obstétricaux défavorables pourraient renforcer la confiance en un accouchement par voie basse, sans intervention chirurgicale, tant que la grossesse évolue normalement.

Le taux de césarienne antérieure (8,3 %) reste relativement faible par rapport aux fréquences de césarienne en Afrique subsaharienne (moyenne : 6,2 %, variation : 4,1–16,8 %) tout comme le taux d'issues défavorables (11,7 %) s'inscrit dans la fourchette rapportée dans d'autres pays de la région (≈ 7–15 %) [17]. Ces données suggèrent une confiance relative dans le déroulement spontané de l'accouchement, en l'absence de complications majeures.

#### **Lieu d'accouchement**

En ce qui concerne le lieu d'accouchement, 60 % des femmes préféraient les centres de santé autres que les hôpitaux pour des raisons de proximité, de coût et de qualité perçue de la relation avec le personnel. Cette préférence est corroborée par les résultats d'une étude conduite en Tanzanie qui a montré que, bien que les aspects structurels (équipements, propreté) soient importants, la gentillesse et la compétence des prestataires étaient les facteurs déterminants pour le choix des femmes en faveur des établissements de santé[18].

De même, une revue systématique a mis en évidence que la proximité, le coût abordable et l'attitude respectueuse du personnel influencent fortement la décision du lieu d'accouchement [16].

A contrario, 28,3 % des femmes préféraient les hôpitaux, mettant en avant la présence de médecins spécialistes et d'équipements en cas de complications. Cette recherche de sécurité est cohérente avec les résultats de Kruk et al. qui ont souligné l'importance de l'offre technique dans les préférences obstétricales[18].

## **Choix de la voie d'accouchement**

Dans notre série, 98,3 % des femmes préféraient la voie basse. Elles invoquaient notamment la peur des douleurs postopératoires, ainsi que les restrictions physiques et alimentaires post-césarienne. Ces perceptions sont en parfaite adéquation avec les conclusions de plusieurs études qui soulignent que la césarienne est souvent considérée comme traumatisante, associée à des limites fonctionnelles prolongées et une récupération plus contraignante, et que les femmes expriment une préférence marquée pour la voie basse à cause du confort physique et de la liberté retrouvée après l'accouchement [19]. A propos du libre choix sur le mode d'accouchement, une majorité des femmes préférait s'en remettre aux professionnels de santé, exprimant un manque de connaissances sur le sujet. En revanche, un petit groupe revendiquait le droit de choisir, pour des raisons d'autonomie corporelle et de bien-être psychologique. Ces résultats corroborent les recommandations des auteurs, qui plaident pour le respect des droits et de l'autonomie des femmes dans la prise de décision concernant l'accouchement, dans une approche de soins maternels fondée sur la dignité et le consentement éclairé [10].

La gestion de la douleur était également un aspect saillant dans notre étude. Si 85 % des femmes souhaitaient l'éviter, 15 % y attribuaient une valeur éducative ou affective, comme en témoignent plusieurs déclarations de notre étude. Ces représentations rejoignent celles rapportées par certains auteurs qui soulignent que la douleur de l'accouchement peut être culturalisée et valorisée, représentant parfois un rite de passage, une épreuve symbolique ou une source de légitimation du statut maternel, selon les normes sociales du groupe [20].

## **Sexe et qualification du personnel accoucheur**

Nos résultats montrent que 46,7 % des femmes préféraient accoucher avec une femme, invoquant la pudeur et une meilleure identification. D'autres évoquaient la compétence perçue tandis que 16,7 % préféraient un homme, souvent perçu comme plus doux et patient. Cette ambivalence est également décrite par Moyer et al. au Ghana, où des femmes associaient la présence féminine à une meilleure compréhension du vécu corporel, mais reconnaissaient parfois aux hommes une approche plus respectueuse et moins autoritaire des soins

## **Nombre de personnel et position d'accouchement**

Concernant le nombre de soignants présents, 43,3 % des femmes préféraient qu'une seule personne dirige leur accouchement, par peur de jugement ou d'attitudes néfastes. À l'inverse, 30 % préféraient être assistées par plusieurs soignants pour une

prise en charge rapide en cas de complication. Ces préférences contrastées reflètent des dimensions complexes des expériences des femmes lors de l'accouchement, mêlant besoins psychologiques, culturels et médicaux. Comme le souligne Bohren et al. dans leur synthèse qualitative sur les facteurs influençant l'accouchement en établissement dans les pays à revenu faible et intermédiaire, la peur du jugement social, la perte d'intimité et le stress lié à la présence d'un grand nombre de soignants sont des barrières fréquentes à une expérience positive de l'accouchement [22]. Par ailleurs, ces auteurs montrent aussi que, dans certains contextes, les femmes reconnaissent aussi l'importance d'avoir suffisamment de personnel qualifié pour réagir rapidement face à des complications ; ce qui rejoint le désir exprimé par certaines participantes dans notre étude. Ainsi, la gestion du nombre de soignants présents pendant le travail doit être adaptée aux préférences individuelles, en tenant compte à la fois des besoins émotionnels de la femme et des impératifs médicaux afin d'assurer une prise en charge respectueuse et centrée sur la patiente.

Le choix de la position lors de l'accouchement montre une nette préférence pour la position couchée en lithotomie, jugée plus confortable, moins douloureuse et plus sécuritaire. Ces préférences, bien qu'alignées sur la pratique médicale dominante, contrastent avec les données scientifiques. En effet, plusieurs études, notamment la revue systématique de Gupta et al., suggèrent que les positions alternatives pendant le deuxième stade du travail peuvent présenter des avantages, tels que la réduction de la durée du travail et une meilleure gestion de la douleur, sans augmenter les risques pour la mère ou l'enfant [23]. Cette dynamique est également observée en Afrique subsaharienne, où les préférences des femmes évoluent lentement sous l'effet de divers facteurs culturels, économiques et contextuels. La transition de la fécondité reste souvent marquée par une incertitude dans les intentions reproductives et des attitudes contrastées face à la procréation.

Dans notre étude, ceci est illustré par les témoignages recueillis, certains exprimant la joie et la valeur d'avoir de nombreux enfants tandis que d'autres évoquent les difficultés et le stress liés à la grossesse, notamment en l'absence de soutien adéquat.

## **Accompagnement et durée de séjour post-partum**

Le désir d'être accompagné pendant l'accouchement a également émergé, plus des deux tiers des femmes souhaitaient la présence du mari, principalement pour un soutien psychologique ou émotionnel. Cette restriction considérable des accompagnateurs est surtout attribuée à une question de discrétions, mais aussi au soutien psychologique que pourrait leur apporter l'homme de leur vie. Ce besoin d'intimité

et de soutien correspond aux recommandations de l'OMS, qui souligne le rôle bénéfique du compagnon de choix pour améliorer la qualité de l'expérience de l'accouchement et le bien-être émotionnel des femmes [24]. Sur le temps d'observation post-partum, trois quarts des femmes souhaitaient rester quelques heures seulement, motivées certainement par l'inconfort du milieu hospitalier. D'autres préféraient rester plus longtemps, par prudence. Ces résultats sont cohérents avec des études qui montrent que les perceptions liées au confort, à la sécurité et qualité des soins influencent fortement la durée du séjour post-partum [25].

## CONCLUSION

Ces résultats soulignent l'importance d'adopter une approche obstétricale centrée sur la femme, respectant ses préférences et son choix éclairé, afin d'améliorer son expérience, renforcer la confiance envers les structures de santé et contribuer à de meilleurs indicateurs de santé maternelle en Guinée

## REFERENCES

- Vercoustre L.** « Choisir sa voie d'accouchement » : choisir, vous avez dit choisir ? *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2014;43:409–10. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.04.005>.
- WHO recommendations:** intrapartum care for a positive childbirth experience n.d. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215> (accessed July 12, 2025).
- Mahdi SS, Habib OS.** A study on preference and practices of women regarding place of delivery. *East Mediterr Health J* 2010;16:874–8.
- Hodnett ED.** Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:S160–172. <https://doi.org/10.1067/mob.2002.121141>.
- Schoorel ENC, Vankan E, Scheepers HCJ, Augustijn BCC, Dirksen CD, de Koning M,** et al. Involving women in personalised decision-making on mode of delivery after caesarean section: the development and pilot testing of a patient decision aid. *BJOG* 2014;121:202–9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12516>.
- Dimassi K, Melki M, Chebbi A, Rafrafi R.** Le libre choix de la voie d'accouchement : Enquête auprès de femmes tunisiennes. *Tunis Med* 2021;99:903–10.
- Betrán A, Ye J, Moller A-B, Zhang J, Gülmezoglu A, Torloni M.** The Increasing Trend in Caesarean Section Rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014. *PLoS One* 2016;11:e0148343. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148343>.
- Bracken JN, Dryfhout VL, Goldenhar LM, Pauls RN.** Preferences and concerns for delivery: an antepartum survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008;19:1527–31. <https://doi.org/10.1007/s00192-008-0680-1>.
- Schantz C, Lhotte M, Pantelias A-C.** Dépasser la tension éthique de la césarienne sur demande maternelle. *Sante Publique* 2021;32:497–505. <https://doi.org/10.3917/spub.205.0497>.
- Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D,** et al. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *Lancet* 2016;388:2176–92. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6).
- Bailit JL, Love TE, Mercer B.** Rising cesarean rates: are patients sicker? *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:800–3. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.01.051>.
- Gallagher F, Bell L, Waddell G, Benoît A, Côté N.** Requesting cesareans without medical indications: an option being considered by young canadian women. *Birth* 2012;39:39–47. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2011.00511.x>.
- Dumont A, de Loenzien M, Nhu HM, Dugas M, Kabore C, Lumbiganon P,** et al. Caesarean section or vaginal delivery for low-risk pregnancy? Helping women make an informed choice in low- and middle-income countries. *PLOS Glob Public Health* 2022;2:e0001264. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001264>.
- hoobMasjedi SG, Hasani J, Khorsandi M, Ghobadzadeh M.** Cognitive factors related to childbirth and their effect on women's delivery preference: a comparison between a private and public hospital in Tehran. *East Mediterr Health J* 2012;18:1127–33. <https://doi.org/10.26719/2012.18.11.1127>.
- Ghosh R, Konipo A (Nene), Treleaven E, Rozenshteyn S, Beckerman J, Whidden C,** et al. Factors influencing pregnancy care and institutional delivery in rural Mali: a secondary baseline analysis of a cluster-randomised trial. *BMJ Open* 2024;14:e084315. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084315>.
- Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP,** et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 2015;12:e1001847; discussion e1001847. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001847>.
- Trends in maternal mortality 2000 to 2020:** estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division n.d. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759> (accessed July 12, 2025).

18. **Kruk ME, Leslie HH, Verguet S, Mbaruku GM, Adanu RMK, Langer A.** Quality of basic maternal care functions in health facilities of five African countries: an analysis of national health system surveys. *Lancet Glob Health* 2016;4:e845–55. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30180-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30180-2).
19. **Dumont A, de Loenzien M, Nhu HMQ, Dugas M, Kabore C, Lumbiganon P, et al.** Caesarean section or vaginal delivery for low-risk pregnancy? Helping women make an informed choice in low- and middle-income countries. *PLOS Glob Public Health* 2022;2:e0001264. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001264>.
20. **Whitburn LY, Jones LE, Davey M-A, Small R.** The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women’s experiences. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17:157. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1343-3>.
21. **Moyer CA, Adongo PB, Aborigo RA, Hodgson A, Engmann CM.** “They treat you like you are not a human being”: maltreatment during labour and delivery in rural northern Ghana. *Midwifery* 2014;30:262–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.05.006>.
22. **Bohren MA, Hunter EC, Munthe-Kaas HM, Souza JP, Vogel JP, Gülmezoglu AM.** Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis. *Reprod Health* 2014;11:71. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-71>.
23. **Lawrence A, Lewis L, Hofmeyr GJ, Styles C.** Maternal positions and mobility during first stage labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003934.pub3>.
24. **Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care n.d.** <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-SRH-20.13> (accessed July 12, 2025).
25. **Titaley CR, Hunter CL, Dibley MJ, Heywood P.** Why do some women still prefer traditional birth attendants and home delivery?: a qualitative study on delivery care services in West Java Province, Indonesia. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2010;10:43. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-43>.