

Expérience Vécue Et Attente Des Mentorés Sur L'Apport Du Mentorat Clinique Dans La Zone De Santé De Kenge, Province Du Kwango En RDC

MAYAMBA KILELA Judith ¹, OMANYONDO OHAMBE Marie Claire ², TSHITADI MAKANGU Augustin³, SHONGO ONASAKA Léon⁴, SCHEPERS GEGELEZO Judith⁵, MAYAMBA MUNGWELA Mado⁶

¹Assistante_2 à l'ISTM-MRP KENGE/RDC; judithmayamba@gmail.com

^{2,3}Professeur à l'ISTM-KINSHASA; claireoma30@yahoo.com

⁴Assistant à l'ISTM-KARAWA/RDC; shongoleon225@gmail.com

⁵Assistante à l'ISTM-KINSHASA/RDC; schepers_j@yahoo.com

⁶Assistante à l'ISTM-MRP KENGE/RDC



Résumé – actuellement, la mortalité maternelle et la mortalité néonatale est une tragédie dans les pays en développement. Nous avons vécu l'implémentation du projet Mentorat Clinique dans la province du Kwango et afin de mieux comprendre en profondeur, l'expérience des mentorés sur l'apport du mentorat dans la Zone de Kenge, nous avons mené cette étude. Cette étude est un descriptif de type phénoménologique dans la démarche inductive menée dans quatre centre de santé de la Zone de Santé de Kenge et dans chaque centre a été tiré au sort au moins 5 Mentorés ont été interviewés. Après collecte, nous avons utilisé le logiciel ATLAS-Ti pour analyser les données. En ce qui concerne l'expérience vécue des prestataires vis-à-vis du mentorat clinique, dans sa catégorie "expériences vécues", les prestataires confirment qu'ils sont désormais capables, d'accompagner d'autres structures et prestataires non formés et après la mise en place du projet de tutorat clinique, la conclusion est qu'il y a une réduction de la mortalité maternelle.

Mots clés – Expérience ; Mentorés ; Mentorat clinique ; Zone de Santé ; Kenge

Abstract – currently, maternal mortality and neonatal mortality is a tragedy in developing countries. We had experienced the implementation of the Clinical Mentoring project in the province of Kwango and in order to better understand in depth the experience of mentees on the contribution of mentoring in the Kenge Zone, we conducted this study. This study is a description of the phenomenological type in the inductive approach carried out in four health centers in the Kenge Health Zone and in each center at least 5 Mentees were randomly selected and interviewed. After collection, we used ATLAS-Ti software to analyze the data. With regard to the lived experience of providers vis-à-vis clinical mentoring, in its "lived experiences" category, providers confirm that they are now able to support other structures and providers who have not been trained and after the implementation of the clinical tutoring project, the conclusion is that there is a reduction in maternal mortality.

Keywords – Experience; Mentees; Clinical mentorship; Health Zone; Kenge

I. INTRODUCTION

La mortalité maternelle et la mortalité néonatale, constituent une tragédie pour la famille et la communauté» [1].

Le Mentorat clinique en santé de la reproduction maternelle, néonatale, infantile et nutritionnelle (SRMNIN) est une stratégie innovante qui contribue à l'amélioration des indicateurs de la SR en République Démocratique du Congo. Mise en œuvre

depuis 2013, il reste une opportunité pour le renforcement des compétences des sages-femmes, maïeuticiens et autres personnel travaillant dans le domaine de l'obstétrique pour fournir des soins de qualité [2].

Le mentorat permet à des professionnels plus expérimentés et aguerris d'accompagner leurs collègues nouvellement sortis des écoles de formation qui rencontrent des difficultés sur le terrain quant à la mise en pratique des gestes qui peuvent sauver la mère et l'enfant pendant et après un accouchement [3].

Le partage de compétences porte également sur les valeurs humaines indispensables et l'environnement adéquats pour la prise en charge des femmes et des nouveaux nés [4].

Cette stratégie novatrice est une approche expérimentée par le gouvernement de la RDC grâce à l'appui financier et technique du Fonds des Nations Unies pour la population et sous la coordination du Ministère de la santé, malgré tout, il y a eu des problèmes qui doivent être résolus dans cette stratégie [5].

Des formations dans le but de renforcer les compétences des agents de santé (dont les médecins, les infirmières, les sages-femmes) dans la prise en charge des femmes enceintes ou de celles en accouchement ont été réalisées [6].

D'où une forme de surveillance continue établissant une passerelle entre le système d'information sanitaire et les processus d'amélioration de la qualité des soins du niveau local au niveau national [7]. Dans la Division Provinciale du Kwango, cette stratégie novatrice appelée *mentorat clinique* a été mise œuvre, c'est dans cette optique, que nous menons cette étude afin de comprendre l'expérience des mentorés dans les maternités de Zone de Santé de Kenge, la Division Provinciale du Kwango. Ce dans cette optique que nous avons mené cette étude afin de répondre à la question de savoir : « Quelle est l'expérience vécue et attenante des mentorés sur l'apport du mentorat clinique dans la Zone de Santé de Kenge, Province du Kwango en RDC ? ».

II. MÉTHODOLOGIE

Le devis de cette étude est qualitatif et descriptif où nous exposons la méthode interactive de la phénoménologie pour un mentorat clinique opérationnel.

Le devis est conçu en vue d'obtenir des réponses aux questions de l'étude, il indique comment elle doit être conduite, comment les groupes doivent être constitués, quels types de données à recueillir dans la recherche qualitative et de quelle manière les obtenir. Ce devis a des caractéristiques suivantes :

- Vise l'exploitation, la description, la compréhension en profondeur des comportements et des interactions ;
- Se déroule dans la salle de travail, salle d'accouchement et en post partum dans nos maternités où il y a plusieurs interactions ;
- Permet de montrer un modèle conceptuel d'interaction et le théoriser pour les acteurs à venir ;
- Peut utiliser plusieurs méthodes de collecte des données dont la triangulation.

La Méthode de collecte des données a été opérationnalisée par la technique d'interview en profondeur semi-dirigée, avec des questions ouvertes en se focalisant sur l'échantillonnage non probabiliste de type théorique; en recherchant la signification qui se réfère aux aspects sur la perception et l'expérience du Mentorat clinique auprès des Mentorés.

Le critère retenu pour la taille de l'échantillon est la redondance ou saturation des verbatim soit par répétition des énoncés relatifs au phénomène Mentorat clinique.

La collecte des données s'est basée sur le système d'organisation des services de santé à la maternité, plus précisément en la salle de travail, salle d'accouchement et en post partum dans nos maternités ; ainsi pour entrer en contact avec les unités à enquêter, nous nous sommes référés au système sanitaire à travers le programme de la Santé de la mère et du nouveau-né (SMNE) de la République Démocratique du Congo.

Le système sanitaire de la République Démocratique du Congo est organisé à différents niveaux selon la pyramide sanitaire suivante :

1. **Le niveau central** : niveau stratégique et normatif qui définit les orientations, les normes et directives ainsi que la politique sanitaire ;

2. **Le niveau intermédiaire** : est composé de la Division provinciale de la santé incluant les programmes spécialisés et de l'Inspection provinciale de la santé. La Division Provinciale de la Santé a pour mission d'assurer les formations, le coaching et l'encadrement technique et logistique aux ECZ. Aussi, en tant que niveau intermédiaire, de traduire les directives nationales en instructions à faire appliquer par les zones de santé.

3. **Le niveau périphérique** : ce niveau est celui de l'opérationnalisation de la politique nationale en matière de santé. Il est constitué de la Zone de Santé, des Aires de Santé ou Centre de Santé, Hôpital Général de Référence et des Postes de Santé.

A la fin de cette étude, nous avons obtenu la saturation des informations à partir de 15ème enquêtes pour être sûre qu'il n'y a plus d'informations de nouveau sous thème ou nouvelle catégorie.

Les enregistrements et notes prises pour chaque fait sens pour le participant, identifiés de façon unique en générant aléatoirement pour chaque interviewé. Les notes ont été enregistrées au format RTF et les enregistrements avec l'iPhone qui sont compatibles avec Atlas Ti. Toutes les données recueillies ont été conservées en version électronique verrouillée avant d'être supprimées et seul l'investigateur et l'équipe de la recherche auront accès.

Le logiciel d'analyse de données qualitatives ATLAS-Ti v7 (ATLAS. Ti Scientific Software Development Gmbh, Berlin, Germany) a facilité une double analyse à différentes étapes qui ont été effectuées.

Les contenus de toutes les interviews ont été analysés sous forme d'analyse thématique. Dans le souci d'émerger différents thèmes et idées non anticipés, une approche inductive a été adoptée. Cette approche ne s'intéresse pas à l'application des procédés, mais de l'intention et de l'habitude générale de faire agir, de laisser agir l'esprit de quelqu'un avec les instincts de l'esprit.

III. RÉSULTATS

III.1 caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

répondant	Age	Sexe	Institution de prestation	Service	Fonction	Filière suivie durant les études	Niveau d'étude	Ancienneté au travail	Etat matrimonial	Tribut d'origine	Province d'origine	Nationalité
Rép (1,3-5)	18-30 ans	F	CS/BARRIERE	Maternité	Chef de service et SF	Sage-femme	A1	5 à 10 ans	Mariées	YAKA & TSHOKWE	KWANGO	Congolaise
Rép (2,7-9)	31-45 ans	F	HGR/KENGE	Maternité	Médecin chef de staff ; Chef de service et SF	Médecine générale et Sage-femme	L2 & A1	10 à 20 ans	Mariées et célibataire	YAKA	KWANGO	Congolaise
Rép (6,10-15)	46-58 ans	F	CS/BARRIERE et HGR/KENGE	Maternité	Chef de service, chef de service adjointe et SF	Sage-femme	A1	11 à 30 ans	Mariées et veuve	YAKA & SUKU	KWANGO	Congolaise

Commentaires : comme nous montre l'encadré 1, les répondants ayant 46 à 58 ans sont beaucoup plus représentés. Ils sont tous issus de deux institutions de prestation, notamment le Centre de santé BARRIERE et l'HGR/KENGE ; parmi lesquels nous trouvons des chefs de service titulaires et adjointes, un médecin chef de staff et des sages-femmes. Par rapport à la filière suivie durant les études, la majorité a suivi la filière sage-femme avec un niveau d'étude A1. L'ancienneté au travail varie selon chaque prestataire, soit de 5 à 30 ans. La majorité est mariée issue des tributs YAKA, SUKU et TSHOKWE ; originaire de la province du KWANGO et de nationalité Congolaise.

Encadré 1 : durée, lieu de la formation et fonction des formateurs sur le projet mentorat clinique

Sous-thème	Catégorie	Verbatim
Durée de la formation	5 à 10 jours	R1_15: quand on nous avait formés, la formation avait durée 5 à 10 jours. Oui....c'était une formation de 5 à 10 jours! C'était vraiment 5 à 10 ans.
Lieu de la formation	KENGE & POPOKABAKA	R1_15: Nous étions formées à KENGE durant toute la période de notre première formation.mais aussi à POPOKABAKA, juste pour le cas de notre première formation sur le mentorat clinique.
Fonction des formateurs	Supers mentors : *Médecins *Sages-femmes	R2, 4, 8-15: Nous étions formées par des Médecins, des sages-femmes durant toute la formation. Oui,.....il y'avait des supers mentors venus de Kinshasa du programme de PNSR, c'est-à-dire des formateurs du niveau national et des médecins et sages-femmes de la DPS KWANGO, au niveau provincial. C'était des formateurs du niveau national de notre pays et provincial.

Commentaire : comme illustre cet encadré, nous retenons que par rapport à la durée de la formation, les prestataires ont été formés sur le mentorat clinique 5 à 10 jours dans leurs ensembles. Nous retenons également, que par rapport au lieu de la formation, les prestataires ont été formés sur le mentorat clinique dans la ville de KENGE et dans le territoire de POPOKABAKA. Par rapport à la fonction des formateurs, ils étaient tous des « supers mentors » qui étaient constitués des Médecins et des Sages-femmes.

Encadré 2 : Expérience vécue des mentorés vis-à-vis du projet sur le mentorat clinique

Sous-thème	Catégorie	Verbatim
Expériences vécues	Nous sommes maintenant aptes ; Accompagnement des autres structures ; Les prestataires non formés deviennent aussi aptes.	R6-13,15: l'expérience que nous avons eu dans le mentorat clinique est que nous sommes maintenant aptes, oui.....mais nous accompagnons aussi d'autre structures, même les prestataires qui n'étaient pas former sont devenus aptes..... Plusieurs structures n'étaient pas concernées dans ce projet sur le mentorat clinique, mais après cette formation.....ce que nous vivons ici au quotidien, on remarque que les prestataires non formés en mentorat clinique deviennent également aptes car les mentorés formés, nous leurs formons !toujours dans le cadre de formation continue. Ils sont maintenant aptes vraiment.

Commentaire : comme illustre cet encadré, nous retenons que par rapport au vécu des mentorés vis-à-vis du mentorat clinique, 1 sous-thème et 3 sous catégories :

Sous-thème 1. Expériences vécue :

- les prestataires confirment qu'ils sont maintenant aptes ;

- accompagnement des autres structures ;
- les prestataires non formés deviennent aussi aptes.

Encadré 3 : attentes des mentorés vis-à-vis du projet mentorat clinique

Sous-thème	Catégorie	Verbatim
Attente des mentorés	Elargir les activités dans d'autres structures.	R2,5-15: nos attentes sont nombreuses.....! Peut-être nous allons proposer plusieurs recommandations dans ce cadre, comme le mentorat clinique est bon projet, nous avons dit ça,.... ! nous attendons de ce projet de mentorat clinique,.....bon, que le projet puisse élargir ces activités dans les structures qui n'étaient pas formées à mentorat clinique. Ça serait plus bénéfique....vraiment! Ça serait bénéfique car nous sommes appelées à sauver la vie de la mère et de l'enfant, et avec cette formation, si les activités sont vraiment élargies dans d'autres structures,nous tous étant prestataires poserons des gestes adéquats pour prévenir la mort d'une femme enceinte. Eehhhh ehhhh, bon, vous comprenez que les activités doivent être élargies dans d'autres structures ! nous attendons voir ça.

Commentaire : comme illustre cet encadré, nous retenons que par rapport aux attentes des mentorés, ils veulent voir élargir les activités dans d'autres structures.

4 : Difficultés rencontrés dans la mise en œuvre du projet sur le mentorat clinique et comportement des mentorés face aux difficultés

Sous-thème	Catégorie	Verbatim
Défis rencontré	Rupture des médicaments	R1-15:les difficultés que nous avons rencontré c'était juste quelque rupture des quelques médicament essentiels tels que le chlorixydine pour le soin du cordon du nouveau-né, nous étions aussi en rupture de sulfate de magnésium pour la prise en charge des éclampsies. Le projet marchait bien, le début était vraiment bien, mais au fil du temps nous avons observé la rupture des médicaments essentiels de temps à autre.....
Alternative pour sauver de vie des mères	Prestation de soins selon les possibilités du milieu	R1,8-15: Nous nous sommes adaptés par exemple pour l'éclampsie on donnait le diazépam pour sauver la dame et on donnait seulement le providonne pour les soins du cordon, c'est ce que nous utilisons souvent selon les possibilités du milieu.

Commentaire : comme illustre cet encadré, nous retenons que par rapport aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du mentorat clinique, dans catégorie « défis rencontré », les prestataires signalent qu'il y'a rupture des médicaments. Par rapport au comportement des prestataires face aux difficultés rencontrées, dans sa catégorie « alternance pour sauver de vie des mères », les prestataires affirment avoir presté les soins selon les possibilités du milieu.

Encadré 5 : stratégies proposées par les mentorés pour améliorer le mentorat clinique

Sous-thème	Catégorie	Verbatim
Solutions proposées par les mentorés	Accompagnement permanent des prestataires	R2, 10-14: Nous proposons que l'accompagnement des prestataires soit permanent dans la Zone de santé..... Ce vraiment très utile pour sauver de vie de couple mère-nouveau-né. Mais aussi que le projet puisse continuer. Egalement renforcer notre motivation financière. Voilà, ce que nous pensons.....bon, c'est ce que nous essayons de proposer car ces éléments-là peuvent améliorer la qualité du travail que nous allons offrir dans notre milieu, nous allons améliorer notre façon de travailler et donner des soins de qualité.....eeehhh ! si on a tous ces éléments-là proposé comme solution, nous allons garantir la santé de la mère de l'enfant.
	Que le projet puisse continuer	
	Motivation financière.	

Commentaire : comme illustre cet encadré, nous retenons que par rapport aux stratégies proposées pour améliorer le mentorat clinique, 1 sous-thème et 3 catégories :

Sous-thème 1. Solution proposées par les mentorés :

- Accompagnement permanent des prestataires
- Que le projet puisse continuer
- Motivation financière

IV. DISCUSSIONS

Les résultats de cette étude montre que, par rapport à l'expérience vécue des prestataires vis-à-vis du mentorat clinique, dans sa catégorie « expériences vécues », les prestataires confirment qu'ils sont maintenant aptes, ils accompagnent les autres structures et les prestataires non formés deviennent aussi aptes». Les résultats de cette étude sont similaires à ceux du rapport de PNSR (2010) qui relatent que la capacité institutionnelle de plusieurs formations sanitaire a été renforcée soit par la construction ou réhabilitation. D'autres institutions sont équipées en mobiliers des bureaux, dotées en Kit informatique, en matériel roulant, en groupe électrogène, certaines d'autres ont acquis le statut et sont élevées au rang des structures de référence et d'autres encore sont appuyées financièrement suivant les performances et enfin les formations sanitaires sont équipées en médicaments, approvisionnées en commodités de santé de la reproduction et d'autres.

Oui, les efforts sont fournis mais il existe encore un écart important entre les conditions de travail à la maternité et les normes sanitaires en matière d'infrastructures et équipements de travail par rapport aux critères de qualité ainsi qu'à un environnement favorable concernant l'offre des services et les soins de qualité car les systèmes de maintenance sont inexistantes, les matériels roulants et de communications insuffisants, la difficulté liée à la manipulation des nouveaux équipements modernes, l'inexistence d'un plan d'approvisionnement, la multiplicité des circuits d'approvisionnement des outils de gestion entretenant les problèmes de ruptures de stock et la difficulté de la prévision liée à l'absence de données de consommation des produits.

«Par rapport aux attentes des prestataires, ils veulent voir élargir les activités dans d'autres structures.

Par rapport aux difficultés rencontrées dans la mise en œuvre du mentorat clinique, dans catégorie « défis », les prestataires signalent qu'il y'a rupture des médicaments.

Par rapport au comportement des prestataires face aux difficultés rencontrées, dans sa catégorie « alternance pour sauver de vie des mères », les prestataires affirment avoir presté les soins selon les possibilités du milieu.

Dans différentes zones de santé et surtout les zones de santé appuyées mais la motivation de ces personnels laisse encore couler de l'encre au moment où nul n'est censé ignorer que le cadre de l'accélération des objectifs du millénaire utilise le renforcement des capacités des personnels par la formation en cours d'emploi et la motivation de ces derniers comme pilier majeur mais sur le terrain, la formation du personnel est privilégiée au détriment de sa motivation.

Par rapport aux stratégies proposées pour améliorer le mentorat clinique, dans sa catégorie « solutions proposées par les prestataires », les prestataires proposent : l'accompagnement permanent des prestataires, que le projet puisse toujours continuer, ainsi que la motivation financière. Ces propositions vont dans la même direction que celles de l'OMS. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait des recommandations ciblant principalement : i) le domaine de la formation, avec des politiques de recrutement des étudiants issus des zones rurales, des écoles de formations dans les zones rurales et l'adaptation des programmes de formation en mettant un accent sur la santé communautaire; ii) la réglementation des champs de pratique élargis dans les zones rurales ou reculées, le service obligatoire dans ces zones assorti de mesures incitatives et de soutiens appropriés; iii) la motivation du personnel par des incitations financières viables au plan budgétaire, suffisantes pour compenser les coûts d'opportunité associés au travail en zone rurale et iv) le soutien personnel et professionnel consistant à améliorer les conditions de vie professionnelle et familiale des personnels de santé et investir dans les infrastructures et les services sociaux de base et assurer leurs promotions au niveau local (WHO, 2010). Toutes ces différentes stratégies ont montré des effets positifs surtout dans le recrutement et le déploiement dans les zones rurales de plusieurs pays à travers le monde mais des évaluations n'ont pas été faites pour apprécier l'efficacité sur le long terme dans la plupart de ces pays (Dussault & Franceschini, 2006; Grobler et al., 2009; Dolea, Stormont, & Braichet, 2010; Morell, Kiem, Millstead, & Pollice, 2014).

V. CONCLUSION

Cette étude qualitative a voulu comprendre l'expérience des mentorés sur l'apport du mentorat clinique dans les maternités de la zone de santé de KENGE, province du KWANGO. Le devis de cette recherche est descriptif de type phénoménologique dans l'approche inductif.

Nous avons expérimenté le phénomène Mentorat clinique afin de mieux le comprendre en profondeur, la signification de l'expérience tel que vécu et aperçu chez les Mentorés qui ont implémenté cet approche dans la salle de travail, salle d'accouchement et en post partum dans nos maternités de la Zone de Santé de Kenge dans la DPS Kwango ; donc la description soignée et systématique de l'expérience et vécue des Mentorés.

Les prestataires affirment que le mentorat clinique est un bon projet, ils ont reçu des matériels (don des matériels) et le projet a amélioré leur façon de travailler. Par rapport à l'expérience vécue des prestataires vis-à-vis du mentorat clinique, dans sa catégorie « expériences vécues », les prestataires confirment qu'ils sont maintenant aptes, ils accompagnent les autres structures et les prestataires non formés deviennent aussi aptes et après la mise en œuvre de ce projet sur terrain, les prestataires affirment observer une réduction de la mortalité maternelle après la mise en œuvre du projet mentorat clinique et d'après notre étude nous disons que le Mentorat clinique reste une stratégie de base pour bien former les Mentorés dans la lutte contre le décès maternel. Ainsi, nous recommandons à l'UNICEF de continuer à étendre le projet Mentorat clinique dans toutes les Zones de Santé de la division provinciale de Kwango et Au ministère de la santé publique, hygiène et prévention d'assurer une bonne motivation financière et un plateau technique complet aux prestataires de soins.

RÉFÉRENCES

- | | |
|--------------------|---|
| 1) Brouwere (2017) | <i>Rapport national des décès maternels au Gabon (2014-2017). Gabon</i> |
| 2) Courrier (2002) | <i>Comment améliorer la qualité de la césarienne dans les pays d'Afrique subsaharienne ? Université Pierre et Marie Curie, Paris.</i> |

- 3) EDS (2013) *Statistiques sanitaires mondiales de l'évaluation de la mortalité maternelle, Rapport final, Genève 2013.*
- 4) FORTNEY, J. A et al. (2005) *Enquête sur les Indicateurs du Sida, rapport de stage de fin de cycle, Côte d'Ivoire 2005.*
- 5) Gani et Moussaoui (2017) *Mentorat clinique des sages-femmes et maïeuticiens : vers la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 2020.*
- 6) Hafyane (2014) *Stratégie de réduction de la mortalité maternelle dans l'est du Bénin.*
- 7) Kaboré (2018) *« L'étude de cas », Recherche sociale de la problématique à la collecte de données, sous la direction de Benoit Gauthier, Presses de l'Université Laval, pp. 199-225.*