

Vécu Quotidien Des Acteurs Dans La Pratique Des Soins De Maternité Respectueux A Kinshasa

[Le Cas De L'hôpital Général De Référence Mère Et Enfant Barumbu]

Annie TSHIAMALA KABAMBI¹, Augustin TSHITADI MAKANGU², Jacques MUKEBA NKASHAMA³

¹Sage-femme enseignante et clinicienne, Présidente Nationale de l'association des sages-femmes de la RDC

²Professeur à l'ISTM/KINSHASA/RDC ;

³Chef de Travaux l'ISTM/KINSHASA/RDC

Auteur correspondant : Annie TSHIAMALA KABAMBI. E-mail : anniekabambi1@gmail.com



Résumé : cet article met en lumière les défis rencontrés dans la prestation des soins de maternité respectueux à l'Hôpital Général de Référence Mère-Enfant Barumbu. Malgré une prise de conscience partielle de l'importance de ces soins, des pratiques abusives et négligentes persistent. Les obstacles sont liés à des facteurs contextuels (comme le manque de ressources et d'infrastructures) et aux comportements des prestataires. Pour remédier à ces insuffisances et garantir des soins dignes et respectueux, des efforts doivent être faits, notamment par le biais de formations continues, d'une meilleure motivation des équipes et de la disponibilité des ressources nécessaires.

Mots clés : Soins de maternité respectueux, vécu quotidien, acteurs, Barumbu

Abstract: This article highlights the challenges faced in providing respectful maternity care at the General Referral Hospital Mother-Child Barumbu. Despite partial awareness of the importance of such care, abusive and negligent practices persist. The obstacles are linked to contextual factors (such as a lack of resources and infrastructure) and the behavior of care providers. To address these shortcomings and ensure dignified and respectful care, efforts must be made, including continuous training, improved staff motivation, and the availability of necessary resources.

Keywords: Respectful maternity care, daily experiences, actors, Barumbu.

I. Introduction

Il est primordial de participer à une réflexion générale sur les conditions dans lesquelles les femmes donnent naissance dans notre pays et plus particulièrement, sur les pratiques dans nos maternités. Les conditions dans lesquelles naissent les êtres humains devraient donc être une source de préoccupation pour toutes et tous.

Les femmes en âge de procréer méritent des soins respectueux et la protection de leur autonomie et de leurs droits, en particulier dans les périodes de vulnérabilité accrue telles que la grossesse et l'accouchement. Il a été démontré que le manque de respect et les abus lors de l'accouchement dans les établissements de santé et la mauvaise qualité des soins contribuent de manière significative à la mortalité maternelle évitable (Reis et al., 2012 ; Miller et al., 2015).

Les soins de maternité respectueux (SMR) sont une stratégie qui mérite une attention particulière, car ils touchent une dimension profondément humaine. En effet, le code de la déontologie des Accoucheuses/sages-femmes de la République Démocratique du Congo (RDC) modifié par le décret n°2012-887 du 17 Juillet 2012, dans son article R4127-302 du code de la santé publique stipule que « la sage –femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine » et que c'est de

celle-ci que les parturientes et leurs accompagnants seront en de bonnes mains. C'est ainsi que la RDC, a aussi souscrit au cadre de référence sur les SMR, c'est à ce titre que plusieurs formations continues ont été organisées dans les structures sanitaires sur cette thématique. C'est cela qui a motivé cette étude que nous avons choisie en vue de comprendre le vécu quotidien des acteurs dans la pratique de soins de maternité.

Nous sommes préoccupé par ce sujet parce que le vécu des femmes en matière de soins à l'accouchement dans les établissements de santé et de leurs familles est essentiel à leur expérience globale de l'accouchement et pour leur décision quant au lieu de l'accouchement. (Bohren et al. 2015, 2019). L'une des principales préoccupations liées aux soins de maternité irrespectueux et abusifs est qu'ils découragent les femmes de chercher à accoucher en établissement, exposant ainsi la mère et l'enfant à un risque accru de mauvais résultats obstétricaux et de mortalité (Kaphle et al., 2022 ; OMS, 2018).

Les recommandations de 2018, l'OMS déclare que les SMR consistent à assurer à toutes les femmes un accès à des soins de santé dédiés qui garantissent l'absence de préjudices et de mauvais traitements et leur permettent des choix éclairés et un soutien continu pendant le travail et l'accouchement.

Notre recherche se situe à cheval entre deux domaines, d'abord dans la santé de la reproduction d'une part et d'autre part dans le domaine de la pédagogie médicale ou didactique de la santé et traite du vécu quotidien des acteurs dans la pratique de soins de maternité respectueux. Cas du centre mère et enfant de Barumbu. Hormis l'introduction et la conclusion, le mémoire comprend quatre chapitres, notamment : le premier aborde la revue de littérature, le deuxième présente la méthodologie, le troisième présente les résultats et le quatrième discute des résultats.

1.1 Question de recherche

Comment les acteurs de la maternité vivent-ils au quotidien la pratique des soins de maternité respectueux à Kinshasa ; plus précisément au CMEB ?

1.2 But et objectifs spécifiques du travail

• But

Cette étude cherche à comprendre le vécu quotidien des acteurs de la maternité sur la pratique de soins de maternité respectueux en vue de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, ainsi que humaniser les soins à la maternité.

• Objectifs spécifiques

Pour atteindre le but évoqué ci-haut, nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques suivants :

- Décrire le profil des répondants ;
- Explorer la perception des acteurs sur la pratique de soins de maternité reçus ou offerts dans la maternité ;
- Dégager leur représentation sur la pratique de soins reçu ou offert à la maternité ;
- Identifier leur vécu pendant la pratique de soins à la maternité ;
- Relever leur attente sur la pratique de soins reçus/offerts à la maternité ;
- Proposer des pistes d'amélioration.

II. Méthodologie

II.1. Devis de recherche

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour un devis qualitatif car ce dernier nous permettra de comprendre le vécu quotidien des acteurs dans la pratique de soins en milieu naturel qui est "maternité".

Kohn, L et Christiaens, (2014) soulignent que l'un des points forts de la recherche qualitative est qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales. C'est pourquoi certaines méthodes de recherche qualitatives sont parfois qualifiées de « naturalistes ».

II.2. Type et domaine de recherche

Comme notre recherche tente de comprendre le vécu des acteurs du centre mère –enfant, elle s'inscrit dans un devis qualitatif. Il s'agit donc d'un devis descriptif qualitatif. Nous avons choisi cette recherche en fonction de la question de recherche et du but poursuivi par la présente recherche. Cette recherche est intéressante pour nous dans la mesure où elle permettra de comprendre le phénomène au près des sujets qui le vivent dans leur milieu naturel.

Jean et al.(2016) soutiennent la recherche phénoménologique, en disant qu'elle est par essence qualitative ; elle vise à comprendre un phénomène, à en saisir l'essence du point de vue des personnes qui en ont fait l'expérience. Ce type d'analyse va déboucher sur un récit compréhensif et non sur une démonstration. La phénoménologie suppose que l'être humain forme un tout avec son environnement, qui a un monde et une réalité qui lui sont propres, mais que ceux-ci ne peuvent être compris que dans leur contexte.

II.3. Milieu de recherche

Cette recherche est effectuée à l'hôpital de référence mère et enfant de Barumbu au centre mère-enfant de Barumbu dans la ville province Kinshasa. Nous avons choisi ce milieu (maternité) en fonction des critères de faisabilité et d'accessibilité aux données et de la disponibilité des participants à la recherche vue que c'est une structure alignée dans la gratuité des accouchements, et aussi un plus grand nombre des prestataires (sages-femmes).

En plus, nous avons porté le choix sur cette structure de santé car une bonne partie des sages-femmes avait reçu une formation continue en soins de maternité respectueux. En ce sens, nous devons nous rendre compte de l'applicabilité de ces soins dans leur pratique quotidienne.

II.4. Population et échantillonnage

1. Population cible

Muke, . (2020) définit la population comme étant un ensemble défini d'un groupe d'individu et d'objet auxquelles la recherche va s'intéresser. La population cible de la présente recherche comprend les acteurs du centre mère-enfant de Barumbu (Responsables, sages-femmes, parturientes/accouchées), la taille de cette population est de 20 acteurs.

2. Echantillonnage

Nous avons utilisés la méthode d'échantillonnage non probabiliste type participation volontaire. Ce type nous permettra d'enquêter que les sujets ayant donné leur consentement pour participer à l'étude. Nous avons choisi aussi cette méthode d'échantillonnage en fonction du type de recherche que nous avons mené.

- Critères d'inclusion.
 - Etre acteur (responsable, sage-femme) de la maternité choisie ;
 - Etre actrice (parturiente/accouchée) à la maternité choisie ;
 - Etre disponible pendant la période de collecte des données de l'étude;
 - Avoir consenti d'y participer;
 - Avoir au moins deux ans d'expérience professionnelle pour les (responsable et sages-femmes).
- Critères de non inclusion

Etaient exclu dans le cadre de cette étude :

Tous ceux qui ne remplissaient pas les critères ci hauts cités et les femmes incapables de communiquer efficacement en raison d'une maladie grave ou un travail d'accouchement intensif.

2.1. Taille de l'échantillon

Au total 20 acteurs (10 prestataires dont 3 responsables et 7 exécutantes et 10 accouchées) ayant répondu aux critères d'inclusion étaient retenus comme participants de notre recherche. Nous nous sommes arrêtés à ce nombre sur base de la redondance / saturation des réponses qui s'est observée à partir du 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} répondant.

II.5. Méthodes, techniques et instruments de collecte des données

1. Méthode de collecte

Nous avons porté le choix sur la méthode d'enquête qualitative à visée phénoménologique. Nous avons choisi cette méthode en fonction de la question de recherche et de l'objectif général poursuivi.

2. Techniques de collecte des données

Sachant que la recherche qualitative s'appuie sur une collecte de données qualitatives qui sont obtenues grâce à deux méthodes principales. Il s'agit des méthodes d'observation et d'entretien. Pour notre étude nous avons utilisé la technique d'entretien semi-directif. Cette technique nous a permis de nous entretenir face à face avec les participants de notre recherche et d'observer directement les interactions entre les prestataires et les bénéficiaires directs de soins de maternité.

3. Instrument de collecte des données

Pour la collecte des données de notre recherche, nous avons utilisé le guide d'entretien contenant des questions ouvertes. L'intérêt de ce choix pour nous s'attache plus au type de recherche que nous avons menée.

- **Origine de l'instrument**

Notre instrument de collecte des données était élaboré par nous-mêmes en collaboration avec l'équipe de recherche (Directeur principal, l'encadrant et le comité d'éthique de la recherche de l'ISTM-KIN. Notre guide d'entretien était construit en fonction de la langue parlée par les participants, préalablement en français et traduit en lingala pour faciliter la communication et compréhension par les autres participants (accouchées). Il était construit avec anonymat dont les codes suivants représentaient les noms de chaque participant (REP1, REP2, REP3, REP4, REP5, REP6, REP7, REP8... et REP20) pour identifier et différencier chaque participant lors des entretiens, analyse des données et discussion des résultats.

II.6. Déroulement de l'étude

II.6.1. Démarches préliminaires

- **Les accords préalables et les informations nécessaires**

Pour bien conduire notre enquête au sein de l'institution médicale choisie de la commune de Kinshasa, un certain nombre d'accords étaient sollicités au préalable. D'abord, l'attestation de recherche n° ATR/00277/023 décernée par le chef de section chargé de recherche à la section sciences infirmières de l'ISTM/Kinshasa nous avait permis de faire notre descente sur terrain d'enquête. Nous avons obtenu aussi l'avis favorable du comité de la recherche de l'ISTM-KIN N°0089/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 08/07/2024 qui, à son tour, avait attesté notre protocole de recherche, avant de descendre sur terrain pour mener l'enquête proprement dite chez la cible de cette recherche.

Après avoir rempli toutes les formalités institutionnelles, le Médecin Directeur et le coordonnateur de soins de l'hôpital général de référence Mère et Enfant de Barumbu étaient contactées en premier lieu et avaient pris connaissance de notre requête. Suite à ce premier contact, une information visant à présenter les objectifs de la recherche, la méthodologie (le type de recherche, la population cible c'est à dire les acteurs concernés par la recherche, la méthode d'échantillonnage, la méthode de recherche, la technique de collectes des données, l'instrument des collectes des données, le formulaire de consentement éclairé et libre des participants de la recherche, les moyens d'enregistrement des entretiens, le protocole d'anonymisation et information étaient donnés.

Par la même occasion, nous avons fixé ensemble avec le Coordonnateur de soins la date du début de l'enquête sur terrain et ce dernier nous avait mis en contact avec les autres acteurs concernés pour solliciter leur consentement éclairé et libre de participation à notre recherche.

- **Pré-test**

Avant de réaliser l'enquête proprement dite sur terrain, un prétest était effectué hors l'institution concerné par l'étude et l'instrument de collecte des données était testé auprès de 5 acteurs d'un autre établissement de soins de santé. Cela nous a permis d'apprécier la faisabilité et fiabilité de notre instrument de collecte des données dans le but de prévenir et de réduire les biais.

II.6.2 Enquête proprement dite ou collecte proprement dite des données

Lors de notre rencontre avec les acteurs de l'hôpital général Mère et Enfant de Barumbu concernés par notre recherche, nous avons expliqué à chaque acteur le motif de notre présence. Nous avons demandé leur participation libre et volontaire.

Nous avons présenté et expliqué clairement aux répondants le contenu de notre instrument de collecte des données (le but et objectifs spécifiques poursuivis pour notre étude). Et aussi chacun d'eux a reçu des informations nécessaires concernant les données à fournir et les stratégies à mettre en place pour la gestion correcte des données générées de la recherche.

Il convient de signaler aussi que l'enregistrement s'est fait par nous-mêmes dans un souci de vigilance à l'égard des sujets de la recherche pendant 20 minutes et afin de collecter le plus possible de réponses fiables. Cette façon de faire, nous a permis de garantir à la fois l'anonymat des réponses à travers le code (REP1, REP2, REP3, REP4, REP5 REP P6...) et d'instaurer un climat de confiance et augmenter ainsi la qualité de données.

II.6.3 Déroulement des entretiens

Les entretiens s'étaient déroulés dans : le bureau du coordonnateur de soins, dans le post partum immédiat et tardif. Il s'agissait des entretiens individualisés qui prenaient plus ou moins 20 minutes par acteur et en fonction de la disponibilité de chacun. Les entretiens étaient effectués qu'avec les acteurs disponibles sur terrain et qui avaient consenti de participer librement et volontairement à notre recherche.

II.7. Plan de traitement et d'analyse des données des entretiens

Pour le traitement et analyse des données de notre étude, nous nous sommes référés à l'analyse qualitative descriptive. Les données collectées sur terrain étaient analysées et traitées dans une équipe de recherche et saisies dans la machine par nous-mêmes aidé par un informaticien spécialiste. Le choix de cette méthode et technique d'analyse des données se justifie par ce qu'elles sont souvent indiquées dans des recherches qualitatives. Le traitement des données était fait chaque jour après entretien avec les répondants sur terrain pour apprécier la qualité d'enregistrement des données.

Pour l'analyse des données, nous avons utilisé une démarche individuelle. Il s'agissait d'une 'analyse individuelle en suivant les étapes ci-après: L'écoute et la réécoute de chaque enregistrement, la concentration et l'attention sur le discours des répondants, la transcription et la retranscription de l'enregistrement (mot-à-mot en français), l'immersion dans les données, la codification des unités de sens en codes (REP1, REP2, REP3, REP4... et REP20), la relecture des catégories avec leur verbatim, écriture de chaque résultat individuel sous forme des phrases avec leurs explicatives et le choix des verbatim qui appuient le résultat de chaque entretien individuel, et enfin l'analyse et l'ajustement du résultat individuel.

II.8 Critère de rigueur d'une recherche qualitative

Les auteurs dégagent cinq composantes à respecter dans une approche qualitative.

Il s'agit de : -la dépendance, la crédibilité, la transférabilité, la confirmation et l'authenticité.

Pour notre étude nous avons utilisés l'authenticité étant donné que c'est une spécificité des approches qualitatives. Elle correspond à une impartialité de la part du chercheur, la dépendance fait référence à la fiabilité et la crédibilité qui est semblable à la validité interne, en référence à la réalité.

II.9 Moyens utilisés pour contrôler les variables étrangères et les biais (contrôle des biais)

Pour prévenir et réduire les variables étrangères et les biais possibles dans le cadre de cette étude, nous avons travaillé en synergie avec l'équipe de recherche et la triangulation des résultats était faite par d'autres lecteurs. Notre instrument

de collecte de données était testé avant de le soumettre chez les participants de notre étude. Nous avons tenu compte des aspects comme la pertinence, la fidélité, la confidentialité et l'anonymat lors de l'analyse des résultats.

II.10. Considérations d'ordre éthique

Le protocole de notre recherche a été soumis pour avis au Comité d'éthique de recherche de l'ISTM- Kinshasa avant de débiter notre enquête. Après son analyse selon les lignes directives nationales d'éthique de la recherche traitant des sujets humains du Ministère de la Santé de la RDC, nous avons eu une approbation définitive pour mener notre enquête sur terrain dont la référence : N°0089/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2024 du 08/07/2024.

Il s'en suivi l'obtention de la lettre d'autorisation d'enquête (lettre de recherche) a été faite par le chargé de la recherche de l'ISTM avant notre descente sur terrain et nous avons aussi sollicité le terrain d'enquête auprès des autorités de l'hôpital général de référence Mère et Enfant de Barumbu.

Sur terrain d'enquête, nous avons aussi tenu compte des droits et libertés des sujets. La confidentialité et le consentement éclairé et libre des participants ont été respectés tout au long de la mise en œuvre de ce travail.

III. Résultats

III.1 Résultats sur le profil des participants

Caractéristiques sociodémographiques des prestataires

Pour cette étude, les prestataires du sexe féminin sont majoritaires (80%), nombreux se situent dans la tranche de 30 à 49 ans avec 50 %, les sages-femmes sont nombreuses que les Infirmiers avec 80 %, les exécutant représentent 50 % de l'ensemble et l'ancienneté de moins de dix ans est en tête avec 60 %.

Caractéristiques sociodémographiques des accouchées

50 % ont l'âge se trouvant entre 25 et 30 ans, les Diplômées d'Etat représentent 70 %, 80 % sont des femmes ménagères et 40 % ont déjà accouchée une seule fois.

III.2 Résultats thématiques

Le thème central est « vécu quotidien des acteurs dans la pratique des soins de maternité respectueux à l'hôpital général de référence Mère et Enfant de Barumbu à Kinshasa ».

De ce thème découlent cinq sous thèmes suivants : Perception des acteurs sur la pratique des soins effectués à la maternité de l'HGRME BARUMBU ; représentation de sages-femmes sur la pratique des soins effectués à la maternité de l'HGRME Barumbu ; vécu des acteurs sur la pratique des soins effectués à la maternité de l'HGRME Barumbu ; attentes des acteurs sur la pratique des soins effectués à la maternité de l'HGRME Barumbu ; et suggestions envisageables par les acteurs sur la pratique des soins effectués à la maternité de l'HGRME Barumbu.

Chaque sous-thèmes émerge deux catégories, cela est présenté dans les encadrés ci-après :

Encadré 1 : Perception des soins de maternité respectueux

Question : quelle est votre perception sur les soins de maternité respectueux pratiqués ici chez vous ?

SOUS THEME	CATEGORIES	VERBATIM	SIGNIFICATIONS
Perception des acteurs sur la pratique des soins de maternité respectueux	Perception des prestataires	<i>En tout cas pour être sincère avec moi-même nous pratiquons les soins en majorité qui sont irrespectueux, pour quelques cas seulement les soins peuvent changer selon les circonstances « REP 10 SF ».</i>	Soins dispensés ne sont pas respectueux

à HGRME Barumbu		<i>Je crois que vous avez observé vous-même la salle où sont placés les accouchées, cette salle de post partum n'est pas construite de manière à respecter l'intimité des accouchées « REP 12 SF »;</i> <i>la salle ne pas cloisonnée le médecin consulte une femme x pendant que la femme y est en train d'observer « REP 14 SF ».</i>	
		<i>Les sages-femmes n'ont pas vraiment le temps de s'occuper de chaque femme individuellement, elles ne communiquent pas suffisamment avec les femmes « REP 11 INF »;</i> <i>vu l'abondance de travail avec la gratuité de maternité, les sages-femmes sont submergées par le travail, et cette situation empêche sur l'application de soins de maternité respectueux « REP 12 SF ».</i> <i>Le volume de travail a augmenter mais la motivation très minime, les sages-femmes font que se plaindre « REP 13SF ».</i>	Manque de bonne communication
		<i>si je peux évaluer ce qui se fait ici chez nous ; je peux dire que nous sommes à la moyenne « REP 15 SF ».</i> <i>ici je peux signaler que le manque d'équipements et les consommables « REP13 SF ».</i>	Inefficacité des soins offerts
	Perception des accouchées	<i>La pratique de soins ici n'est pas au top, les sages-femmes voire même les médecins ne nous respectent pas. « REP 7 ACC ».</i>	Soins non respectueux

		<p><i>Ils font beaucoup de bruits, nous n'arrivons pas à nous reposer (dormir) pendant la journée. « REP 8 ACC»</i></p> <p><i>Les sages-femmes ne gardent pas le secret, je les ai entendus parler des autres femmes qui n'ont pas de moyen matériel suffisant, et elles critiquaient même leurs maris. Ça montre en suffisance que la dignité des clientes ne pas prise en compte par les sages-femmes « REP 9 ACC».</i></p>	
		<p><i>J'ai été bien reçu dès mon arrivée surtout que je n'avais pas accouchée ici j'étais ailleurs j'ai accouchée vers 19h et vers 00h j'ai été transféré pour cause d'hémorragie du post partum « REP 3 ACC».</i></p> <p><i>La sage-femme était polie et digne ; la sage-femme m'a traité de manière amicale et elle m'a fourni un soutien et un renforcement constructif pendant le travail et l'accouchement « REP 4 ACC».</i></p> <p><i>Chaque fois qu'elle venait pour me faire un toucher vaginal, elle ne permettait pas qu'il ait attroupement autour de moi « REP 8 ACC».</i></p>	<p>Bon accueil avec respect d'intimité</p>
		<p><i>Je me disais que les SF me reçoivent bien avec respect et communique bien avec moi mais malheureusement ça n'a été « REP 4 ACC».</i></p>	<p>Manque de communication</p>

		<p><i>si je peux évaluer ce qui se fait ici chez nous ; je peux dire que nous sommes à la moyenne « REP 2 ACC».</i></p> <p><i>je dirais oui avec réserve : parce que quand je n'ai pas payé le médicament je n'avais pas droit au soin et pourtant on nous parlait de la gratuité « REP 5 ACC».</i></p> <p><i>sans gants le bébé ne reçoit pas les soins de son cordon ombilical « REP 6 ACC ».</i></p> <p><i>Toutes les sages-femmes nous crient dessus... elles ne nous supportent pas quand nous n'avons pas les produits demandés au complet, particulièrement si nous sommes pauvres « REP 7 ACC».</i></p>	<p>Inaccessibilité de tous aux soins</p>
--	--	---	--

Les prestataires perçoivent que les soins sont irrespectueux, Inefficace et manque de bonne communication. Du côté des bénéficiaires : ils perçoivent les soins irrespectueux, le manque de communication, l'inaccessibilité de tous, mais un bon accueil avec respect d'intimité.

- **Représentation de soins de maternité respectueux**

Les prestataires trouvent que les soins ne sont pas de qualité suite à l'incompétence du personnel, à l'absence de matériels et d'innocuité alors que pour les accouchées les soins ne sont de qualité suite à la démotivation et l'incompétence des prestataires.

- **Pratique des soins de maternité respectueuse vécue au HGRME**

Les prestataires vivent les mauvaises conditions de travail et l'insécurité dans la prestation de soins ; les bénéficiaires eux ont vécu l'insécurité des patients, mais une bonne prise en charge.

- **Attente des acteurs sur la qualité les soins de maternité.**

Les prestataires s'attendent à l'amélioration des conditions de travail et à l'amélioration des compétences professionnelles. Les bénéficiaires (accouchées) s'attendent aux soins accessibles financièrement et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

- **Suggestions envisageables pour améliorer les soins de maternité**

Les prestataires suggèrent de bien motiver les prestataires des soins en améliorant la rémunération et les conditions de travail, puis organiser régulièrement la formation en cours d'emploi (formation continue). Les bénéficiaires suggèrent également de bien motiver financièrement les prestataires et améliorer l'hygiène hospitalière

IV. Discussion Des Résultats

Ce chapitre présente la discussion des résultats sur le profil et les résultats thématique. Nous allons effectuer la discussion des résultats tout en faisant un retour sur les études antérieures afin de les mettre en relation avec les résultats obtenus après les analyses.

Profil des répondants

Les résultats de l'encadré 1 montrent que les prestataires du sexe féminin sont majoritaires (80%), nombreux se situent dans la tranche de 30 à 49 ans avec 50 %, les sages-femmes sont nombreuses que les Infirmiers avec 80 %, les exécutant représentent 50 % de l'ensemble et l'ancienneté de moins de dix ans est en tête avec 60 %. Il est évident que la profession est une profession à caractère féminine, au XVIII^e siècle **Angélique Du Coudray** crée un mannequin et se déplace dans les provinces afin de diffuser auprès des sages-femmes les différentes techniques de manœuvres obstétricales. En 1984, la formation s'ouvre aux hommes, qui restent toutefois très minoritaires et représentent moins de 2% des sages-femmes actives. Et aussi la grande majorité que ça soit les hommes ou les femmes préfèrent être consultées par les femmes surtout en santé de la reproduction.

Dans l'encadré 2: 50 % ont l'âge se trouvant entre 25 et 30 ans, les diplômées d'Etat représentent 70 %, 80 % sont des femmes ménagères et 40 % ont déjà accouchée une seule fois. Les femmes qui ont déjà accouchée même une fois gardent les souvenirs de leur accouchement et ceci peut influencer négativement ou positivement la qualité de soins.

Le vécu des femmes en matière de soins à l'accouchement dans les établissements de santé et de leurs familles est essentielle à leur expérience globale de l'accouchement et pour leur décision quant au lieu de l'accouchement. L'accouchement est une expérience qui revêt une profonde signification personnelle et culturelle, et les femmes et les familles veulent, et ont le droit, de recevoir des soins respectueux et dignes pendant l'accouchement (Afulani et al., 2019).

Résultats thématiques et catégoriels

S'agissant de la perception : les prestataires perçoivent les soins irrespectueux, Inefficace et manque de bonne communication. Du côté des bénéficiaires : ils perçoivent les soins irrespectueux, le manque de communication, l'inaccessibilité de tous, mais un bon accueil avec respect d'intimité.

Les acteurs à tout le niveau ont signalé que les soins donnés à la maternité de l'hôpital général de référence de Barumbu sont irrespectueux

Selon les résultats, les mauvais traitements, notamment sous la forme de violence verbale, de négligence et de manque de soins de soutien, sont courants parmi les femmes qui utilisent cet établissement de soins de santé. Quelques femmes ont également été témoins de violences verbales de la part des sages-femmes, ainsi que d'un manque de communication, manque de respect et de sympathie. Cette constatation est cohérente avec les résultats d'études antérieures. Bohren *et al.* ont mené une étude approfondie en 2015 qui a fourni une typologie fondée sur des données probantes de ce qui constitue la maltraitance à l'accouchement, qui comprenait l'agression physique (frapper, donner des coups de pied, pincer), le harcèlement verbal, la stigmatisation et les préjugés, ainsi que les violences systémiques.

Pour le vécu : les prestataires vivent les mauvaises conditions de travail et l'insécurité dans la prestation de soins ; les bénéficiaires eux ont vécu l'insécurité des patients, mais une bonne prise en charge.

Quelques sages-femmes de notre étude avaient tendance à être conscientes de quelques aspects de SMR du point de vue des droits de la femme, tels que le respect de la dignité et de la vie privée. Ceci s'est fait remarquer par le fait d'avoir autant d'étudiantes dans les services mettait en danger la dignité des femmes et leur droit au consentement immédiat, ce qui aboutissait à des soins de qualité inférieure. Ce résultat est cohérent avec les études précédentes.

Chaque femme a le droit au meilleur état de santé possible, ce qui inclut le droit à recevoir des soins fondés sur le respect et la dignité (OMS, 2014). Raison pour laquelle les approches innovantes doivent être développées et testées pour intégrer les SMR en tant que composante de routine des programmes de soins maternels et néonataux de qualité.

Le vécu des femmes en matière de soins à l'accouchement dans les établissements de santé et de leurs familles est essentielle à leur expérience globale de l'accouchement et pour leur décision quant au lieu de l'accouchement. L'accouchement est

une expérience qui revêt une profonde signification personnelle et culturelle, et les femmes et les familles veulent, et ont le droit, de recevoir des soins respectueux et dignes pendant l'accouchement.(Afulani et al., 2019).

Une participante évoque ceci : « *La sage-femme a développé un lien positif avec les femmes en travail ; j'ai été traitée comme un être humain par la sage-femme, qui négocie avec moi en fonction de ses demandes ; pour développer une relation de confiance, la sage-femme m'a traité avec respect et courtoisie « REP 7 ACC ».*

En ce qui concerne l'attente : les prestataires s'attendent à l'amélioration des conditions de travail et à l'amélioration des compétences professionnelles. Les bénéficiaires s'attendent aux soins accessibles financièrement et à l'amélioration de la qualité de la prise en charge.

Nous avons constaté les questions d'agression verbale et physique, ainsi que le stress psychologique résultant de la négligence et du manque de soins de soutien, ont été abordés concernant les formes de mauvais traitements lors de l'accouchement. Certaines femmes se souviennent d'histoires de sages-femmes qui leur criaient dessus alors qu'elles s'apprêtaient à accoucher pendant la deuxième étape de l'accouchement. Pendant le travail et l'accouchement, les expériences des femmes ont révélé un stress psychologique résultant de la négligence, du manque de traitement et du manque de réponse des agents de santé à leurs besoins.

Et pourtant Alliance du Ruban Blanc, confirme que les soins de maternité respectueux (SMR) constituent le traitement humain et digne d'une femme enceinte tout au long de sa grossesse, de son accouchement et de la période suivant l'accouchement. Il fait référence aux soins organisés et fournis à toutes les femmes d'une manière qui préserve leur dignité, leur intimité et leur confidentialité et garantit le droit fondamental des femmes à faire des choix éclairés pendant le travail et l'accouchement (White Ribbon Alliance, 2021).

Et un auteur ajoute que ce qui compte pour les femmes lors de l'accouchement c'est avoir une expérience positive qui réponde à leurs croyances et attentes personnelles et socioculturelles préalables et même donner naissance à un enfant en bonne santé dans un environnement clinique et psychologique sûr, avec le soutien pratique et émotionnel continu d'un/-e accompagnant/e, et d'un personnel clinique bienveillant et compétent sur le plan technique. (Downe et al., 2018).

V. Conclusion

Nos résultats ont montré des niveaux élevés de soins de maternité non respectueux perçus par les femmes en post-partum. Il a signalé que la majorité des femmes qui ont été témoins ou victimes d'un manque de respect et de violences pendant le travail et l'accouchement étaient insatisfaites des soins de maternité prodigués pendant le travail et l'accouchement par les sages-femmes de cet établissement de soins de santé. Malgré les récits des sages-femmes montrant qu'elles étaient conscientes de l'importance de SMR, les bénéficiaires des soins sont confrontées à des violences verbales, à de la négligence et à un manque de traitement de soutien pendant le travail et l'accouchement. Les droits humains des clients ont été violés par des actes irrespectueux ou abusifs, qu'ils soient perpétrés ou observés.

Pour les sages-femmes des abus sont accidentels et découlent de failles du système de santé et besoin en personnel qualifié. Le gouvernement devrait embaucher un nombre approprié de sages-femmes dans les établissements de santé, résoudre le problème de la disponibilité des ressources et offrir aux sages-femmes une variété d'avantages, notamment l'augmentation de salaires, afin d'améliorer les soins de maternité et de faciliter l'accouchement dans les établissements de santé. Il est essentiel de s'attaquer aux problèmes structurels tels que la charge de travail des prestataires et à toutes les autres initiatives visant à améliorer les relations interpersonnelles des sages-femmes avec les femmes afin de fournir des soins de maternité pleins de compassion et de respect, centrés sur la bénéficiaire. La coopération (Association des sages-femmes), les organismes de santé et le gouvernement Congolais doivent jouer un rôle important pour assurer une formation initiale et continue de qualité dans le but d'améliorer les conditions de travail et rationaliser divers processus visant à promouvoir des soins respectueux des femmes pendant l'accouchement. En outre, la formation continue ainsi que les programmes de formation initiale des agents de santé doivent intégrer des compétences de conseil et de communication avec les femmes en travail.

REFERENCES

- [1]. Abuya T, Warren CE, Miller N et al (2015) Explorer la prévalence du manque de respect et des abus lors de l'accouchement au Kenya. *PLoS Un.* ; **10** (4):e0123606.
- [2]. Afulani P, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA.(2019) Soins de maternité centrés sur la personne dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire : analyse des données du Kenya, du Ghana et de Afulani PA, Diamond-Smith N, Golub G, Sudhinaraset M.(2017) Développement d'un outil pour mesurer les soins de maternité centrés sur la personne dans les contextes en développement : validation dans une population kenyane rurale et urbaine. *Santé de la reproduction* ;14(1) :118 :10.1186
- [3]. Alya H, Rana Islamiah Zahroh, Shahinoor Akter, Caroline SE Homer A. (2022) Points de vue des sages-femmes indonésiennes sur les changements dans la prestation de soins de maternité pendant la pandémie de COVID-19 : une étude qualitative, *Obstétrique*. mai 2022 ; 108 : 103291. Publié en ligne le 26 février 2022. doi : 10.1016/j.midw.2022.103291.
- [4]. Alliance du ruban blanc. *Soins de maternité respectueux : les droits universels des femmes enceintes*. Washington [District de Columbia] : Alliance du ruban blanc ; 2011. Disponible en ligne : <https://www.whiteribbonalliance.org/respectful-maternity-care-charter/> [Consulté le 3 Septembre 2020] [Google Scholar]
- [5]. Asefa A, Bekele D.(. 2015) Statut des soins respectueux et non abusifs lors de l'accouchement en établissement dans un hôpital et des centres de santé d'Addis-Abeba. *Santé de la reproduction en Éthiopie*; : 10.1186/s12978-015-0024-9.
- [6]. Bohren M, Vogel JP, Hunter EC et al.(2015) : . La maltraitance des femmes lors de l'accouchement dans les établissements de santé à l'échelle mondiale : une revue systématique à méthodes mixtes.*PLoS Med.* ;12(6) :10001841.
- [7]. Bohren MA, Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD. (2019) Comment les femmes sont traitées lors de l'accouchement en établissement dans quatre pays : une étude transversale avec des observations sur le travail et des enquêtes communautaires. *Lancette* ; **394** (10210):1750- 1763. est ce que je: 10.1016/S0140-6736(19)31992-0.
- [8]. Bowser D, Hill K.(2010) Exploration des preuves de manque de respect et d'abus lors des accouchements en établissement : rapport d'une analyse du paysage. Maryland : Projet USAID-TRAction, Harvard School of Public Health et University Research Corporation, LLC ; : Bethesda ; 2010.
- [9]. Brown H, Hofmeyr GJ, Nikodem VC, Smith H, Garner P.(2007) Promouvoir les compagnons d'accouchement en Afrique du Sud : une étude pilote randomisée. *Médecine Centrale BioMed.* : 5–7.
- [10]. Bryanton J, Gagon AJ, Johnston C, Hatem M. (2008) Prédicteurs de la perception qu'ont les femmes de l'expérience de l'accouchement. *J Obstet Gynecol Infirmières néonatales.* ; **37** : 24–34. doi : 10.1111/j.1552-6909.2007.00203.x.
- [11]. Butler MM, Fullerton J., Aman C.(2020) Compétences pour des soins de Maternité respectueux : identifier celles qui sont les plus importantes pour les sages-femmes du monde entier. . *Naissance.* ; 47 (4) : 346-356.
- [12]. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT.(2018) Efficacité des politiques de soins respectueux pour les femmes utilisant les services intrapartum de routine : une revue systématique. *Santé de la reproduction* ;15(1) : 23: 10.1186/s12978-018-0466-y.
- [13]. Organisation mondiale de la santé (OMS) *La prévention et l'élimination du manque de respect et des abus lors de l'accouchement en établissement : déclaration de l'OMS*. Genève : OMS ; 2014
- [14]. Organisation mondiale de la santé. Recommandations de l'OMS.(2018) Soins intrapartum pour une expérience d'accouchement positive. Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf>. 15 décembre 2021. [PubMed]
- [15]. Organisation mondiale de la santé. *La santé en 2015 : des OMD, Objectifs du Millénaire pour le développement aux ODD, Objectifs de développement durable*. Organisation mondiale de la santé (2015). Disponible en ligne sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/200009>
- [16]. Raj A, Dey A, Boyce S, Seth A, Bora S, Chandurkar D. (2017) Associations entre les mauvais traitements infligés par un prestataire lors de l'accouchement et les complications de santé maternelle dans l'Uttar Pradesh. *Santé maternelle et infantile en Inde J.* 2017 ; **21** (9) : 1821-1833. est ce que je: 10.1007/s10995-017-2298-8.