

L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal

Émilie Gélinas, Oumar Mallé Samb

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2021/5 (VOL. 33), PAGES 695 À 704
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.215.0695

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2021-5-page-695.htm>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...

Flashez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

DOSSIER

Violences gynécologiques et obstétricales : comprendre pour agir

L'impact d'une intervention d'humanisation des accouchements sur l'expérience de soins des femmes au Sénégal

The impact of a humanized childbirth intervention on women's experience of care in Senegal

Émilie Gélinas¹, Oumar Mallé Samb¹

➔ Résumé

Introduction : Les violences faites aux femmes lorsqu'elles accouchent dans une structure sanitaire constituent une violation de leurs droits fondamentaux et contribuent à la morbidité et la mortalité maternelles. Ces dernières années, plusieurs pays, dont le Sénégal, ont mis en œuvre des interventions visant à améliorer l'expérience d'accouchement des femmes par des soins humanisés.

But de l'étude : Cette étude a pour objectif d'analyser l'expérience d'accouchement des femmes qui ont bénéficié de l'intervention « L'accouchement humanisé » lors de leur dernière grossesse, au Sénégal. Pour ce faire, nous avons réalisé au printemps 2019 une recherche qualitative basée sur une étude de cas multiples. Trois méthodes de collecte ont été utilisées : l'observation directe, les entrevues individuelles et l'analyse documentaire. Les entrevues individuelles ont été réalisées auprès de 20 femmes accouchées et 8 sages-femmes. Les observations directes, basées sur le cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian, ont duré en moyenne 5 jours par structure sanitaire ($n = 20$).

Résultats : L'accueil adéquat et l'attitude respectueuse des professionnels ont été déterminants dans le niveau de satisfaction des femmes accouchées. D'autres facteurs ont aussi contribué à leur satisfaction, tels que les possibilités de boire et de manger durant le travail, d'être accompagnée par un proche et de choisir leur position à l'accouchement. Certaines difficultés ont été rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention : salle d'accouchement non fonctionnelle, insuffisance en ressources humaines qualifiées et méconnaissance de l'intervention. Pour ces raisons, peu de femmes ont bénéficié de l'ensemble de l'intervention.

Conclusions : Nos résultats suggèrent donc que l'amélioration de la qualité des soins à l'accouchement, pour un accouchement « humanisé » (ou naturel, respectueux), n'est vraiment possible que lorsque certaines conditions matérielles et médicales sont réunies et qu'elle se prépare en amont, lors de la période prénatale.

Mots-clés : Accouchement humanisé ; Soins respectueux ; Expérience de soins ; Qualité des soins ; Sénégal ; Étude de cas.

➔ Abstract

Introduction: Violence against women during institutional childbirth is recognized as a major barrier to the quality of care. In recent years, several countries have implemented interventions aimed at improving the childbirth experience of women through humanized care. However, the literature on the effectiveness of these interventions remains weak.

Purpose of research: The aim of this study is therefore to analyze the experience of care of women regarding the intervention of humanized childbirth in Senegal. Qualitative research based on a multiple case study was done. Three collection methods were used: observation, individual interview, and document analysis. Individual interview were carried out with 20 women.

Results: In general, women who gave birth following the intervention appreciated their experience due to changes such as the opportunity to eat and drink, to be accompanied by a trusted person and to choose their position during childbirth. However, it was the way in which women were received at the health facility and the attitude of health professionals that were decisive in their level of satisfaction with care. Few women benefited from all the components of the intervention. The difficulties encountered in the implementation such as non-functional delivery rooms, the lack of qualified human resources and the lack of awareness of the intervention explain this.

Conclusions: Our results therefore suggest that improving the quality of care at birth, for a "humanized" (or natural, respectful) birth, is only possible when certain materials and medical conditions are met and prepared in advance, during the prenatal period.

Keywords: Humanized childbirth; Experience of care; Quality of care; Senegal; Case Study.

¹ Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue – Rouyn-Noranda – Canada.

Correspondance : É. Gélinas
emilie.gelinas@uqat.ca

Réception : 17/11/2020 – Acceptation : 01/10/2021

Introduction

De nos jours, une littérature abondante dénonce le manque de respect à l'égard des femmes et les violences qu'elles subissent au moment de l'accouchement dans les structures sanitaires [1, 2]. Ces phénomènes observés à la fois dans les pays à faibles, moyens et hauts revenus se produisent le long d'un continuum allant de la discrimination subtile à la violence manifeste [3]. En plus d'aller à l'encontre des droits fondamentaux, cette violence obstétricale contribue à la morbidité et la mortalité maternelles [4]. Ces expériences traumatisantes peuvent également amener certaines femmes à ne pas consulter en cas de complication pendant la grossesse ou à favoriser l'accouchement à domicile sans assistance professionnelle ni plan d'accouchement en cas de complication [5].

Le manque de respect et les traitements médicaux inadéquats infligés aux femmes lors de l'accouchement dans les structures de santé peuvent prendre la forme d'une violence physique, de soins non consentis, d'absence de confidentialité, de non-respect de la dignité humaine, de discrimination fondée sur les attributs de la personne, d'abandon et de détention dans les établissements de santé [1]. De récentes études montrent que les causes sous-jacentes à la violence obstétricale sont multidimensionnelles [2]. Elles incluent les relations interpersonnelles conflictuelles, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées, les soins inadéquats, le non-respect des protocoles, les conditions de travail incorrectes et les problèmes d'infrastructures, de commodités et de produits essentiels [1, 2]. En ce sens, les interventions visant à lutter contre les violences obstétricales sont souvent complexes et impliquent des mesures prises à différents niveaux du système de la santé.

Parmi les interventions disponibles, on retrouve notamment celles qui s'inspirent du mouvement pour l'humanisation des naissances. Le concept d'« humanisation des naissances » fut introduit vers la fin des années 1970 en réponse aux dénonciations par des groupes féministes et des associations professionnelles des violences faites aux femmes lors de l'accouchement dans les structures de santé [6]. Les revendications étaient alors de permettre aux femmes de se réappropriier la grossesse et l'accouchement [6] et de réduire l'utilisation d'interventions obstétricales non fondées sur les preuves scientifiques, inefficaces et potentiellement nuisibles [7]. Les interventions pour l'humanisation des naissances font la promotion d'un modèle de soins orientés vers la femme où la prise de décision partagée avec les professionnels de santé est encouragée [8]. Elles visent à faire reconnaître la grossesse

et l'accouchement comme un processus physiologique tout en accordant une grande importance au respect, à la dignité, aux croyances, à la culture ainsi qu'à la participation active de la femme et de sa famille dans le processus de soin [9].

Ces dernières années, des études ont montré les avantages de l'humanisation des naissances sur la santé de la mère et du nouveau-né ainsi que sur la réduction du recours aux interventions obstétricales [10, 11]. En outre, les femmes ayant pu bénéficier de ce mode de naissance semblent éprouver un niveau de satisfaction plus élevé en comparaison avec celles qui accouchent selon le modèle biomédical [10, 12]. En Afrique subsaharienne, la littérature scientifique sur les interventions faisant la promotion du modèle de l'humanisation des naissances est faible [13, 14] et principalement orientée sur la perception des professionnels de santé [15] et les facteurs facilitants ou limitants son implantation dans les milieux de soins [16].

L'objectif de cette étude vise à analyser l'expérience d'accouchement des femmes qui ont bénéficié de l'intervention de l'accouchement humanisé lors de leur dernier accouchement au Sénégal.

Description de l'intervention

En 2009, le gouvernement du Sénégal, avec le concours de l'agence japonaise de coopération internationale (JICA), mit en œuvre son intervention intitulée « L'accouchement humanisé ». Cette intervention a pour objectif d'améliorer la qualité des soins et l'expérience d'accouchement des femmes par le développement d'un modèle de soins humanisé pour la mère et le nouveau-né [17]. Il s'agit d'une intervention complexe qui mobilise à la fois plusieurs acteurs (décideurs politiques, membres du comité local de développement, prestataires de soins et acteurs de santé communautaires) et différentes stratégies (communication avec les communautés, partage du concept dans les structures de santé, amélioration de l'environnement de travail, pratique des soins basés sur les données probantes et activités de soutien et de développement) [18]. Elle est accompagnée d'un réaménagement des structures de santé afin de disposer de salles d'accouchement nature, d'accessoires (tatamis, ballons, coussins, balançoires, escabeaux, paravents) et d'équipements essentiels (plateau technique pour un accouchement normal). Un renforcement des capacités du personnel de la santé par des formations (l'approche 5S/Kaizen¹, le concept et modèle du projet, la

¹ L'approche 5S/Kaizen est une approche de gestion de la qualité originaire du Japon. Le 5S vise l'amélioration de l'environnement de travail alors que le Kaizen est un processus dynamique, continu et participatif de résolution de problème.

médecine basée sur les données probantes, les normes de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour un accouchement normal, les soins recommandés aux nouveau-nés, l'accouchement naturel [appelé dans le contexte « accouchement à style libre »] et les soins de la mère et du nouveau-né en post-partum] a aussi été prévu avec l'intervention. Les conditions essentielles devant permettre aux femmes de bénéficier d'un accouchement humanisé sont : 1) un personnel de santé motivé, attentif et prévenant, 2) une dignité retrouvée pour la parturiente, 3) un choix libre de la position d'accouchement (dorsale, debout, à genoux, latérale, accroupie et assise), 4) une liberté de boire et manger pendant le travail, 5) des techniques non pharmacologiques de soulagement de la douleur par les massages et la relaxation et 6) un accompagnement par un proche [17].

Cadre conceptuel

L'analyse des effets perçus de l'accouchement humanisé sur l'expérience de soins et la satisfaction des femmes repose sur le cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian [19]. Selon Donabedian, l'évaluation de la qualité des soins s'opère en tenant compte des caractéristiques de trois aspects intrinsèquement liés : 1) la structure ; 2) les processus et 3) les résultats [19]. La structure concerne les attributs associés à l'environnement dans lequel les services sont dispensés tels que les ressources humaines et matérielles ainsi que l'organisation des services de santé. Le processus désigne tout ce qui est effectué dans la fourniture et la demande de soins alors que les résultats définissent les effets attribuables à l'intervention sur l'état de santé des patients et de la population en générale. Ce cadre d'analyse suppose qu'une bonne structure augmente les chances d'obtenir de bons processus, qui à leur tour devraient mener à de bons résultats. Il s'agit d'une des propositions théoriques les plus connues pour l'évaluation de la qualité des soins et de la performance des systèmes de la santé [20].

Dans cette étude, les trois dimensions du cadre conceptuel de Donabedian ont été utilisées. Ainsi, la composante « structure » a porté sur l'aménagement de la salle de naissance avec l'équipement fonctionnel, la disponibilité en ressources humaines qualifiées et la diffusion de l'information sur l'accouchement humanisé. Son analyse a permis d'étudier la mise en place de l'infrastructure nécessaire pour fournir des soins humanisés. La composante « processus » a concerné les modalités d'accouchement et la manière dont les soins ont été fournis dans le cadre de l'intervention en se référant aux dimensions proposées

par l'OMS pour une expérience d'accouchement positive (communication efficace, dignité et soins maternels respectueux et soutien émotionnel) [21]. Finalement, la composante « résultats » a consisté à apprécier l'impact de l'offre de l'accouchement humanisé sur l'expérience de soins des femmes.

Méthodologie

Dans cette étude, la stratégie méthodologique choisie est l'étude de cas. Ce type de recherche permet d'étudier un phénomène en profondeur et dans son contexte social [22]. Le devis de recherche adopté est celui de l'étude de cas multiples [22]. Les cas sont constitués de quatre structures de santé du district sanitaire Dakar Centre. Le critère d'inclusion principal est que l'accouchement humanisé y soit appliqué. Les critères d'inclusion secondaires sont la présence d'un comité de santé fonctionnel et d'une agence de santé communautaire pour faciliter le recrutement des participants.

La sélection des cas s'est fait de façon contrastée afin de produire des connaissances rendant compte de situations différentes [22]. Le contraste se situe dans l'offre de soins, soit un centre de santé de référence pouvant administrer les soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONUC), deux centres de santé et un poste de santé pouvant administrer les soins pour un accouchement normal. Dans toutes les structures sanitaires, les soins liés à l'accouchement étaient administrés par les sages-femmes.

Dans cette étude, plusieurs méthodes de collecte des données ont été utilisées, soit l'observation directe, l'entrevue individuelle et l'analyse documentaire, au cours d'une enquête de terrain qui a duré quatre mois, de janvier à mai 2019. Des observations directes basées sur le cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian ont été réalisées dans l'ensemble des structures sanitaires sélectionnées. Leur durée était en moyenne cinq jours par structure de santé ($n = 20$). Elles ont servi à décrire l'environnement physique des maternités, le processus de mise en œuvre de l'intervention et le processus de fourniture des soins.

Les entrevues individuelles semi-dirigées ont été effectuées auprès de 20 femmes accouchées sélectionnées dans les registres d'accouchement des structures de santé à partir de la méthode d'échantillonnage par choix raisonné. Dans un premier temps, les femmes identifiées par les

Tableau I : Caractéristiques des femmes accouchées (n = 20)

Femmes accouchées	Ethnie	Âge	Statut matrimonial	Niveau de scolarité	Occupation
F1	Sérère	18	Célibataire	Quatrième	Sans emploi
F2	Socé	35	Mariée	École coranique	Couturière
F3	Toukouleure	25	Célibataire	Non scolarisée	Sans emploi
F4	Lébou	36	Mariée	CM2	Sans emploi
F5	Toukouleure	23	Mariée	Cinquième	Sans emploi
F6	Nar	39	Mariée	Non scolarisée	Sans emploi
F7	Peulh	39	Mariée	CM2	Coiffeuse
F8	Toukouleure	28	Mariée	Inconnue	Couturière
F9	Toukouleure	30	Mariée	Troisième	Aide-maîtresse
F10	Socé	28	Mariée	Troisième	Informaticienne
F11	Bambara	36	Mariée	Inconnu	Sans emploi
F12	Lébou	26	Mariée	Troisième	Restauratrice
F13	Diola, Peulh	32	Mariée	CM2	Sans emploi
F14	Socé, Peulh	36	Mariée	Non scolarisée	Vendeuse
F15	Toukouleure	40	Mariée	Non scolarisée	Sans emploi
F16	Wolof	26	Mariée	CM2	Commerçante
F17	Sérère	32	Mariée	Inconnu	Commerçante
F18	Peulh	22	Mariée	École coranique	Sans emploi
F19	Diola	30	Mariée	Baccalauréat	Étudiante
F20	Manjack	34	Mariée	Terminale	Restauratrice

prestataires comme ayant accouché selon l'accouchement humanisé (accouchement sans médicament et sans instrument) étaient contactées par téléphone afin de les informer de l'étude et d'évaluer leur éligibilité. Puisqu'il nous était impossible d'identifier des femmes ayant accouché selon l'ensemble des composantes de l'intervention, un second critère d'inclusion était qu'elles devaient avoir bénéficié minimalement d'une de ses composantes. Les rencontres se sont déroulées au domicile des femmes entre une semaine et un mois après leur accouchement. Une interprète locale était présente, lorsque cela était nécessaire, pour la traduction des entretiens, mais également pour la validation du sens et de l'interprétation des propos. Comme les professionnels de santé sont les mieux placés pour discuter de la mise en œuvre de l'intervention, des entretiens individuelles semi-dirigées ont aussi été effectuées auprès de 8 sages-femmes sélectionnées dans les structures de santé. Le critère d'inclusion était le fait d'avoir été préalablement formée pour les différentes composantes de l'accouchement humanisé. Ces entretiens étaient enregistrés avec le consentement des participantes.

Enfin, l'analyse documentaire a servi à affiner notre connaissance du contexte et à mesurer l'adéquation entre ce qui a été prévu au niveau de l'intervention et ce qui a été réellement mis en œuvre. Elle a porté sur les rapports d'études, les documents de formation, les articles promotionnels et les articles de journaux.

Pour ce qui est de l'analyse des données (tableau I), nous avons tout d'abord procédé à la retranscription des entretiens en français et des notes de terrain. Pour assurer de la qualité des verbatim, chaque entrevue réalisée en Wolof ou en Pulaar a subi une double transcription en français. Les transcriptions des entretiens individuels et des notes d'observation ont constitué notre corpus théorique. Afin de nous assurer de la qualité du processus et de réorienter la collecte de données au besoin [23], nous avons procédé par analyse séquentielle qui consiste à alterner collecte et analyse des données. Nous avons opté pour la méthode d'analyse thématique afin de produire une description riche et détaillée des discours oraux [23]. À l'aide du logiciel QDA Miner[®], les données ont été codifiées et organisées selon une typologie correspondante aux trois dimensions

de notre cadre conceptuel. Les données issues de nos observations et de la revue documentaire ont servi de triangulation tout au long de notre processus d'analyse.

Cette recherche a été approuvée par le comité d'éthique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue et le comité d'éthique de la recherche du Sénégal.

Résultats

Les résultats seront présentés au regard des trois dimensions du cadre conceptuel de la qualité des soins de Donabedian, soit la structure, le processus et les résultats.

Structure de soins

L'analyse de la structure a porté sur les composantes essentielles de l'intervention devant permettre la production des effets attendus. Les points suivants ont été étudiés : salle aménagée avec équipements fonctionnels, disponibilité de ressources humaines qualifiées et diffusion de l'information.

Salle aménagée avec équipements fonctionnels

Toutes les structures disposaient d'au minimum une salle d'accouchement nature fonctionnelle, à l'exception de celle du CS2 qui était dépourvue d'électricité, et donc uniquement utilisée comme salle d'attente par les femmes et leurs accompagnateurs : « Si la femme vient en journée, elle peut utiliser la salle pendant le travail, mais pendant l'accouchement, comme il n'y a pas de lumière, elle est obligée d'aller dans l'autre salle. » (SF3-CS2)

Ces salles individualisées pour l'accouchement humanisé ont été valorisées par les femmes qui ont apprécié l'espace pouvant accueillir leur proche et leur intimité préservée : « Je salue ce geste, car avant on pouvait venir et tout le monde te regardait, mais aujourd'hui, tu restes seule et tu accouches normalement sans qu'on te regarde et sans être fatiguée. Si tu veux ton mari vient t'assister, tu auras la salle à toi toute seule. » (F5-CS1)

Un autre élément qui a été valorisé par la majorité des femmes concerne les efforts déployés pour maintenir l'environnement propre : « J'ai préféré l'asepsie aussi. La propreté des lieux par rapport aux autres centres. Ils prennent bien soin des lieux et c'est très important parce que quand c'est sale, ce n'est pas bon. » (F19-CS4)

Une femme ayant accouché au CS3 s'est toutefois plainte du manque d'hygiène : « Ils n'ont qu'à améliorer un peu l'hygiène parce que les ballons étaient poussiéreux. Peut-être aussi que les gens ne passent pas là-bas souvent, ça aussi ça joue. » (F9-CS3)

Au moment de la visite des lieux, toutes les structures sanitaires disposaient de l'ensemble des accessoires prévus dans l'intervention pour permettre un accouchement humanisé.

Disponibilité en ressources humaines qualifiées

Dans l'intervention, il était prévu des formations sur les composantes de l'accouchement humanisé au niveau du district sanitaire. Or les entretiens avec les sages-femmes ont mis en lumière les difficultés à maintenir à jour ces formations pour les nouvelles recrues : « Les sages-femmes étaient formées, mais il y a eu des départs et il y en a d'autres qui sont arrivées. Celles qui sont arrivées ne sont pas formées. » (SF3-CS2)

Selon certaines sages-femmes, cette insuffisance des ressources humaines qualifiées rendait difficilement réalisable le souhait d'assurer un soutien physique et émotionnel aux femmes comme recommandé avec l'intervention : « Nous aussi on doit le faire (soutenir la femme et lui faire des massages), mais comme il y a beaucoup de patientes, on ne peut pas sacrifier les autres pour rester avec une seule patiente. » (SF5-CS1) Ce que confirme une femme qui s'est présentée au centre de santé pendant la nuit : « Elles avaient une patiente qui accouchait. Je suis restée des heures et personne ne m'a accueillie. » (F1-CS2)

Diffusion de l'information

Bien que des campagnes promotionnelles pour faire connaître l'accouchement humanisé soient prévues avec l'intervention, peu de femmes en ont bénéficié. En effet, seulement la moitié des participantes ont confirmé avoir reçu l'information à ce sujet et la plupart venaient du CS3 et du CS4.

En outre, il est ressorti lors des entretiens que le choix de la position à l'accouchement et l'accompagnement par un proche étaient souvent utilisés pour désigner l'intervention : « Quand je suis venue, la dame m'a dit ici tu accouches comme tu veux. Si tu veux, tu peux être accompagnée par ton mari ou ta maman. » (F5-CS1) Cette stratégie était utilisée selon une sage-femme pour rendre le concept de l'accouchement humanisé plus facile à comprendre pour les femmes et leur famille : « On leur explique en wolof, sans parler "d'humaniser", ce qu'elles peuvent comprendre. » (SG8-CS3)

Pour certaines femmes, ces informations ont été rendues disponibles seulement le jour de l'accouchement, donc tardivement, ce qui a provoqué des difficultés de compréhension : « *Elles m'ont dit que ça dépendait de moi, que je pouvais choisir ma position d'accouchement. Elles m'ont montré les choses. À ce moment, j'avais tellement mal que je ne pensais à rien. Ce qui faisait que j'oubliais beaucoup de choses.* » (F4-CS3) Une autre femme ayant également été informée de l'intervention le jour même de son accouchement considère que la communication devrait être faite en amont au niveau des communautés : « *La sage-femme que tu vas trouver, si elle voit la personne qui est là avec ses souffrances, c'est possible qu'elle ne trouve pas le moyen de lui parler de l'accouchement humanisé. Mais si on obligeait les sages-femmes à venir en parler chez les gens, elle pourrait lui dire quoi faire.* » (F20-CS2)

Processus de soins

L'analyse des processus a porté sur les modalités de délivrance et la manière dont les soins ont été fournis. Les résultats sont articulés autour des thèmes suivants : communication efficace, dignité et soins maternels respectueux et soutien émotionnel.

Communication efficace

La communication entre les professionnels de santé et les femmes a été citée comme un élément important dans l'expérience de soins de la plupart des participantes à notre étude : « *C'est ça l'essentiel. Il faut expliquer d'abord avant de passer à l'acte parce qu'il y'a des gens qui ne comprennent même pas l'acte que tu fais. Ils vont se dire qu'on m'a fait ceci et cela sans savoir l'intérêt de ce qui est fait.* » (F19-CS4)

Des opinions divergentes ont été exprimées par les femmes concernant le partage de l'information sur leur état de santé, les procédures de soins requises ainsi que les risques et bénéfices associés. Alors qu'une femme au CS2 s'était dite satisfaite de la communication avec les professionnels de santé (« *Elles avaient pris leurs temps pour bien m'expliquer les choses.* » [F2-CS2]), une autre au CS3 pensait le contraire : « *Elles te disent d'attendre un peu ça reste, ce n'est pas encore le moment, mais à part ça rien.* » (F17-CS3) De plus, les informations données aux femmes étaient souvent limitées à mentionner le soin qu'elles allaient recevoir (« *Avant de faire quel que soit le soin, elle me disait on va vous faire ça.* » [F19-CS4]) sans demander leur consentement : « *Elle me l'a fait sans me le demander, elle m'a dit que c'est pour m'aider, car le saignement n'est pas bien pour moi.* » (F14-CS2)

Dignité et soins maternels respectueux

De manière générale, les participantes à notre étude ont apprécié la manière dont elles ont été reçues à leur arrivée dans les structures de santé : « *Ils m'ont bien accueillie et moi, c'est ça que j'aime dans cet hôpital.* » (F2-CS2) Une attitude respectueuse qui a été saluée par plusieurs femmes : « *Il y avait une sage-femme qui discutait avec moi. Si les contractions se répétaient, elle me disait soit forte, ça va bientôt se terminer. Quelqu'un qui fait ça pour toi c'est une bonne personne.* » (F16-CS1)

Une femme a toutefois jugé négative son expérience de soins en raison du sentiment d'abandon provoqué par le mauvais accueil et le manque d'empathie des sages-femmes : « *C'était dur la manière dont cet hôpital accueille les patientes. C'est très dur et ce n'est pas bon. Il faut qu'ils changent et mènent les choses à bien.* » (F1-CS2)

En outre, de façon générale, le degré de participation des femmes dans le processus de décision de soins offert a été faible. Parmi les femmes ayant accouché seules sur la table d'accouchement, certaines ont mentionné qu'elles auraient fait un choix différent si les sages-femmes leur avaient fait part des choix possibles : « *À ce moment-là, si on m'avait dit que je pouvais être accompagnée par quelqu'un, j'aurais accepté. Mon mari était dans la salle d'attente [...].* » (F13-CS1)

La liberté de boire et manger a été respectée dans la grande majorité des cas, mais pour certaines femmes, cette possibilité était offerte seulement après l'accouchement : « *Au moment où j'étais en travail, je n'avais rien mangé et elles ne m'ont rien proposé. Juste avant d'accoucher, elles m'ont dit d'acheter du lait pour que je puisse le boire après mon accouchement.* » (F7-CS4)

Bien que les techniques non pharmacologiques de gestion de la douleur telles que les massages et la relaxation soient au cœur de la stratégie, seules deux femmes ont mentionné en avoir bénéficié.

Soutien émotionnel

L'accompagnement par un proche pendant l'accouchement a été un élément important pour les femmes rencontrées : « *Comme on est venue là-bas, on était souffrante et désespérée. Donc on a besoin de quelqu'un qui nous reconforte et qui nous rassure parce que c'est très important surtout pour l'accouchement parce que l'accouchement c'est très sérieux.* » (F13-CS1)

Si plusieurs femmes ont bénéficié du soutien d'un proche au moment du travail (mère, belle-mère, belle-sœur et mari) (« *Mon mari m'a beaucoup soulagée, il était présent*

pendant tout le travail » [F11-CS4]), peu en ont bénéficié jusqu'à l'accouchement : « *J'étais venue avec ma belle-sœur et mon mari, mais ils ont refusé d'assister à l'accouchement. Ils n'avaient pas le courage de faire face à ça.* » (F20-CS2) Une situation fréquemment observée selon une sage-femme au CS4 : « *Il y a beaucoup d'hommes qui accompagnent leur femme en consultation prénatale, mais au moment de l'accouchement il y en a qui ont peur. Ils veulent bien, mais ils n'ont pas le courage de rentrer.* » (SF4-CS4)

Certaines femmes ont préféré l'assistance des sages-femmes à l'accouchement à la place d'une personne de leur famille par peur d'être exposées plus tard à des commérages (« *C'est ma belle-mère qui était là donc du coup elle n'est pas venue dans la salle. J'avais peur qu'elle se moque de moi après.* » [F10-CS3]), d'autres par honte (« *Si c'était mon mari, je n'allais pas avoir honte de ça, mais comme ce n'était pas mon mari, je ne voulais pas qu'elle m'assiste.* » [F5-CS1]) ou pour préserver leur intimité (« *Mon mari n'était pas là. Maintenant c'est le neveu qui m'a accompagnée. J'ai dit non ce n'est pas bon. J'aime mieux être accompagnée par la sage-femme.* » [F19-CS4])

Mise à part une femme au CS1 et une au CS2, toutes les femmes de notre étude ont été satisfaites du soutien émotionnel offert par les sages-femmes : « *Elles étaient gentilles. Elles me considéraient comme leur sœur. Elles étaient présentes pour moi.* » (F4-CS3)

Résultats

L'analyse des résultats a porté sur les effets de l'intervention sur l'expérience du vécu de l'accouchement par les femmes. De manière générale, les femmes rencontrées ont apprécié leur expérience avec l'accouchement humanisé : « *L'accouchement humanisé, c'est vraiment intéressant pour nous les femmes. Pour moi, j'ai adoré vraiment.* » (F13-CS1) Selon elles, l'aménagement des salles d'accouchement nature et les composantes de l'intervention ont permis d'améliorer leur expérience de soins : « *Maintenant, on te facilite la manière d'accoucher. Tu viens et tu accouches normalement sans problème.* » (F5-CS1) Ce qui s'est traduit pour plusieurs par un sentiment de bonheur : « *Ça m'a fait plaisir franchement.* » (F9-CS3)

De toutes les composantes de l'intervention, c'est le personnel de santé motivé, attentif et prévenant qui a été cité comme l'élément ayant le plus contribué à l'expérience positive d'accouchement des femmes : « *J'ai été bien accueillie. Elles ont été présentes pour moi. Je suis là en bonne santé. Elles m'ont bien soutenue. J'ai accouché en paix.* » (F16-CS1)

En plus de l'accueil chaleureux, plusieurs femmes ont apprécié l'attitude et le comportement respectueux des professionnels de santé tout au long de leur parcours de soins : « *Ça m'a permis de ne pas avoir peur du tout, d'avoir la conscience tranquille, de me mettre à l'aise, car si tu viens accoucher et qu'on te hurle dessus, te dire de faire ceci ou faire cela, tu n'auras pas la conscience tranquille.* » (F14-CS2)

Des effets positifs étaient aussi observés avec d'autres composantes de l'intervention. Par exemple, la possibilité de boire et manger a permis selon certaines femmes d'avoir plus d'énergie pour effectuer le travail d'accouchement : « *Le fait de pouvoir manger et boire m'a redonné des forces pour pouvoir pousser et faire sortir le bébé.* » (F5-CS1) Pour une participante, les massages offerts par la sage-femme l'avaient aidée à se sentir rassurée et auraient diminué sa douleur : « *Elles vont te masser pour que tu ne sois pas stressée et que tu ne ressentes plus la douleur.* » (F20-CS2) L'accompagnement par un proche a également été fortement apprécié par la majorité des femmes interrogées dans le cadre de notre étude pour son effet de réconfort, d'encouragement, de confiance en soi augmentée et de diminution de la douleur : « *Ça permet de diminuer beaucoup la douleur par rapport à ce qu'il ne soit pas là. Même si c'est difficile, il te soulage et il t'apaise en te disant d'être forte que ça va bientôt se terminer.* » (F8-CS2)

Cependant, peu de femmes ont adopté différentes positions à l'accouchement. Les raisons affichées étaient que la plupart des femmes préféraient l'accouchement dans la position gynécologique pour la perception de confort et de sécurité et puisqu'elle correspondrait davantage à leurs normes sociales : « *Pour nous, le fait d'être couchée nous rassure le plus parce qu'on ne connaît que ça et aussi on se sent à l'aise. La position couchée répond plus aux normes sociales du Sénégal.* » (F8-CS2)

Néanmoins, pour celles qui ont essayé les différentes positions, beaucoup ont aimé leur expérience pour la perception d'un sentiment de liberté : « *L'accouchement humanisé, c'est un accouchement qui est libre. Avant, si tu étais sur les tables, quand tu tournais tu pouvais tomber, mais cette fois-ci, tu as ta liberté comme on l'entend.* » (F9-CS3) Elles ont également trouvé que cette possibilité améliorerait le confort durant l'accouchement : « *À l'accouchement, j'étais en position dorsale. C'était bien parce que je m'étais dit que c'était plus confortable que là-bas sur la table. Là, tu as un coussin, c'est mieux comme ça.* » (F19-CS4)

Une femme au CS2 a toutefois eu l'impression que les positions alternatives à celle allongée sur le dos augmentaient les douleurs et le sentiment de fatigue : « *À cet instant, je ne pensais à rien mis à part ce qui était en moi et c'était*

tellement souffrant que je ne faisais pas attention à ce que les sages-femmes me disaient. C'est à cause de ça que j'ai choisi d'accoucher allongée sur la table. » (F20-CS2)

Discussion

Cette étude vise à mieux comprendre l'expérience vécue par des femmes ayant accouché selon l'accouchement humanisé au Sénégal. L'analyse des résultats montre que de façon générale, l'intervention a été perçue comme ayant un impact positif sur l'expérience d'accouchement des femmes. Les participantes à l'étude ont mis en exergue un certain nombre d'éléments particulièrement appréciés. Il s'agit de l'accueil adéquat et de l'attitude respectueuse des professionnels de santé.

Dans un contexte où les violences obstétricales sont largement répandues [24] avec des effets délétères sur la santé de la mère [25], il n'est pas étonnant de voir que les participantes accordent une grande importance aux interactions avec les professionnels de santé qui soient empreintes d'empathie, de respect et de dignité. Une revue de la littérature sur les déterminants de la satisfaction des soins maternels dans les pays en développement montre également que le comportement interpersonnel non abusif et courtois des professionnels de santé est le facteur le plus important pour les femmes [26]. Selon Bohren *et al.*, un accueil adéquat et une communication positive favorisent l'établissement d'un lien de confiance entre les professionnels de santé et les femmes, ce qui permet à ces dernières d'avoir le courage, la confiance en soi et la force nécessaire pour accoucher normalement [27]. Une étude analysant le lien entre la satisfaction des femmes à l'égard des services reçus dans les structures sanitaires et le choix de leur futur lieu d'accouchement, rapporte qu'au Sénégal, 22 % des femmes ayant déjà fait l'expérience d'un accouchement institutionnalisé avaient opté pour un accouchement à domicile pour leur dernière grossesse, et ce en dépit d'une politique de gratuité des accouchements [28]. L'insatisfaction quant à la manière dont ces femmes avaient été accueillies et soignées pendant leur accouchement antérieur était la principale raison à cela [28].

Au-delà de l'amélioration de l'interaction entre les femmes et les professionnels de santé, les participantes à notre étude ont apprécié l'intervention grâce au soutien émotionnel qu'elle apporte à travers l'accompagnement par un proche. En effet, l'accouchement est considéré dans le contexte africain comme une expérience difficile et

risquée pour la femme [29]. Par conséquent, les femmes accordaient une grande valeur au soutien émotionnel d'un proche ou d'un professionnel de santé pour les aider à se sentir rassurée, encouragée et plus en confiance pour gérer le processus de l'accouchement. Ce soutien était offert par différentes personnes dans le cadre de cette étude, incluant notamment le mari, la mère, la belle-mère, la belle-sœur ou les sages-femmes. Ces résultats sont corroborés dans la littérature par plusieurs écrits qui montrent un impact positif du soutien en continu d'une personne de confiance à l'accouchement pour les femmes [30]. En effet, une revue de synthèse réalisée par Hodnet *et al.* rapporte que les femmes bénéficiant d'un soutien en continu étaient plus susceptibles d'avoir un accouchement vaginal spontané, une expérience d'accouchement positive, une réduction de l'utilisation des analgésiques et une phase de travail plus courte [13].

Par ailleurs, l'analyse a montré que l'intervention avait prévu un certain nombre d'actions qui devraient renforcer son efficacité et améliorer la qualité des soins pendant l'accouchement. Or les résultats ont montré que des difficultés dans la mise en œuvre de l'intervention telles que la salle d'accouchement non fonctionnelle, l'insuffisance en ressources humaines qualifiées et la méconnaissance de l'accouchement humanisé ont atténué ces effets. Dans la littérature, le manque de matériel et de ressources humaines qualifiées et la violence institutionnelle vécue par le personnel sont fréquemment cités comme des éléments responsables de la faible qualité des soins et de la violence obstétricale dans les pays à revenu faible et intermédiaire [7]. En effet, cela peut conduire à un retard dans la prise en charge des soins, à de la négligence ou à une attitude négative des professionnels de santé [31]. Également, le manque d'information à l'égard de l'intervention a impacté négativement l'expérience de soins des femmes puisqu'elles n'étaient pas préparées à l'idée de pouvoir choisir leurs positions à l'accouchement. Dans le monde, les femmes sont souvent installées systématiquement en position gynécologique au moment de l'accouchement dans les structures de santé [32, 33]. Cette position semble être privilégiée par les professionnels de santé pour la perception d'une meilleure surveillance médicale et d'une pratique de soins facilitée [33]. Plusieurs études montrent que les recommandations provenant des professionnels de santé sont le facteur principal influençant le choix de la position à l'accouchement pour les femmes [32, 34]. Il est donc possible que cette préférence exprimée par les femmes pour la position gynécologique ait été influencée par le discours des sages-femmes qui considéraient cette position plus sécuritaire.

Cette étude n'est pas sans limites. Tout d'abord, il est possible que les entrevues réalisées dans le cadre d'un projet de développement aient produit un biais de désirabilité sociale. Pour en limiter l'impact, une mission d'information dans les milieux de l'étude pour informer le personnel de l'objectif de l'étude a précédé les séances d'observation et les entrevues. Aussi, les observations comme les entrevues se sont échelonnées sur une période de quatre mois afin que le personnel de la santé s'habitue à la présence de l'étudiante chercheuse. Pour nous dissocier de la structure de santé et de l'intervention, nous avons également fait le choix de réaliser les entrevues individuelles avec les femmes à leur domicile. Pour éviter que les premiers ressentiments de la mère d'avoir un bébé en santé les amène à être moins critique face à son expérience d'accouchement [35], nous avons aussi fait le choix de réaliser les entrevues une semaine voire un mois après leur accouchement. Aussi, l'étudiante chercheuse ne parlant pas les dialectes locaux, les résultats de cette étude peuvent comporter un double biais d'interprétation, soit au moment des entrevues et de l'interprétation des données. Pour assurer la crédibilité des résultats, chaque entrevue était suivie d'une discussion avec l'interprète pour valider le sens et l'interprétation des propos recueillis et toutes les entrevues ont subi une double transcription.

Conclusion

Cette étude contribue à l'état des connaissances relatives aux éléments de satisfaction des femmes au moment de l'accouchement et explore un sujet encore peu étudié, l'impact des interventions d'humanisation des naissances sur l'expérience de soins des femmes. De manière générale, l'analyse des résultats montre que l'intervention de l'accouchement humanisé a été appréciée par les femmes de notre étude pour les nouvelles possibilités offertes, telles que l'accompagnement par un proche, l'autorisation de boire et manger durant le travail de l'accouchement ainsi que le choix libre pour la position à l'accouchement. Principalement, ce sont les changements induits par l'intervention sur l'amélioration de l'accueil et de l'attitude des professionnels de santé qui ont été cités par les participantes comme les éléments favorables à une expérience d'accouchement positive.

Les résultats de cette recherche suggèrent donc que pour améliorer la qualité des soins de santé maternelle du point de vue des bénéficiaires, il est impératif d'intervenir sur les

attitudes et les comportements des professionnels de santé. À ce propos, plusieurs stratégies peuvent être déployées telles que l'ajout d'un volet sur les soins maternels respectueux dans les programmes d'éducation et de formation continue des sages-femmes, des formations sur le développement de la compétence en communication et l'amélioration des conditions de travail des professionnels [14].

Bien que la majorité des femmes de notre étude se soient dites satisfaites de leur expérience, on constate que peu d'entre elles ont pu réellement bénéficier de l'intervention dans son intégralité. Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de l'intervention expliquent ces résultats. Pour améliorer l'efficacité de l'accouchement humanisé, il serait important de revoir l'allocation des ressources humaines et matérielles ainsi que les moyens de communication pour faire connaître l'intervention et ainsi mieux préparer les femmes et leurs accompagnateurs pour le jour de l'accouchement.

Pour encourager les femmes à choisir la position qui leur convient le mieux lors de l'accouchement, nos résultats de recherche mettent en lumière l'importance de la préparation à l'accouchement. En termes de perspective de recherche, il serait donc pertinent d'étudier les effets de la préparation à l'accouchement et notamment de la reconnaissance des droits et des options de soins offertes aux femmes et leur famille lorsqu'ils sont à la structure de santé sur l'expérience d'accouchement des femmes.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Références

1. Bowser D, Hill K, Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: report of a landscape analysis, in USAID-TRAction Project, Washington, DC. 2010.
2. 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 Medicine*. 2015;12(6):e1001847.
3. White Ribbon Alliance. Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women. Maternal Health Task Force. 2011.
4. Organisation mondiale de la santé (OMS). La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins. Genève : OMS ; 2014.
5. Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother-baby friendly birthing facilities initiative. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;131(Suppl 1):S49-S52.

6. Grilo Diniz CS, Rattner D, Lucas d'Oliveira AFP, de Aguiar JM, Niy DY. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53): 19-35.
7. Sen G, Reddy B, Aditi I. Beyond measurement: the drivers of disrespect and abuse in obstetric care. *Reprod Health Matters*. 2018;26(53):6-18.
8. Wagner M. Fish can't see water: the need to humanize birth. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;75:S25-S37.
9. Behruzi R, Hatem M, Fraser W, Goulet L, Masako Ii, Misago C, Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10(1):25.
10. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;4(4):CD004667.
11. Johnson KC, Daviss BA. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. *BMJ*. 2005;330(7505):1416.
12. Conesa Ferrer MB, Canteras Jordana M, Ballesteros Meseguer C, Carrillo García C, Martínez Roche ME. Comparative study analysing women's childbirth satisfaction and obstetric outcomes across two different models of maternity care. *BMJ Open*. 2016;6(8):e011362.
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(7): CD003766.
14. Downe S, Lawrie TA, Finlayson K, Oladapo OT. Effectiveness of respectful care policies for women using routine intrapartum services: a systematic review. *Reprod Health*. 2018;15(1):23.
15. Horiuchi S, Shimpuku Y Iida M, Nagamatsu Y, Eto H, Leshabari S. Humanized childbirth awareness-raising program among Tanzanian midwives and nurses: a mixed-methods study. *Int J Africa Nurs Sci*. 2016;5:9-16.
16. Mselle LT, Kohi TW, Dol J. Barriers and facilitators to humanizing birth care in Tanzania: findings from semi-structured interviews with midwives and obstetricians. *Reprod Health*. 2018;15(1):137.
17. Ministère de la Santé et de l'Action sociale. Soins de santé maternelle et néonatale bases sur les preuves s.d.
18. Ministère de la Santé et de l'Action sociale (MSAS), Agence japonaise de coopération internationale (JICA) (Sénégal). Documentation du processus de mise en œuvre du modèle du projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (PRESSMN). 2018.
19. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
20. OMS. Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement [Internet]. Genève : OMS ; 2018. [Visité le 21/12/2021]. En ligne : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>.
21. Champagne F, Contandriopoulos AP, Picot-Touché J, Béland F, Nguyen H. Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de services de santé : le modèle ÉGIPSS (Évaluation globale et intégrée de la performance des systèmes de santé). Résumé du rapport technique. Montréal : Groupe de recherche interdisciplinaire en santé/Université de Montréal ; 2005.
22. Yin R. Case study research: Design and methods. 4th edition. Newbury Park (CA): Sage Publications, Inc; 2009.
23. PailléP, Mucchielli A. L'analyse thématique. *In* : L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris : Armand Colin ; 2012. p. 231-314.
24. Samb OM, Belaid L, Ridde V. Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? *Humanitaire. Enjeux, pratiques, débats*. 2013;(35):34-43.
25. Miller S, Abalos E, Chamillard M, Ciapponi A, Colaci D, Comandé D. Beyond too little, too late and too much, too soon: a pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. *The Lancet*. 2016;388(10056):2176-92.
26. Srivastava A, Avan BI, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC pregnancy and childbirth*. 2015;15(1):97.
27. Bohren MA, Titiloye MA, Kyaddondo D, Hunter EC, Oladapo OT, Tunçalp Ö. Defining quality of care during childbirth from the perspectives of Nigerian and Ugandan women: A qualitative study. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;139:4-16.
28. Faye A, Niane M, Ba I. Home birth in women who have given birth at least once in a health facility: contributory factors in a developing country. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(11):1239-43.
29. Amnesty International. Donner la mort, risquer la vie : La mortalité maternelle au Burkina Faso. 2009.
30. Kabakian-Khasholian T, El-Nemer A, Bashour H. Perceptions about labor companionship at public teaching hospitals in three Arab countries. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;129(3):223-6.
31. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLoS Medicine*. 2015;12(6): e1001847.
32. Zileni BD, Glover P, Jones M, Teoh KT, Zileni CW, Muller A. Malawi women's knowledge and use of labour and birthing positions: A cross-sectional descriptive survey. *Women Birth*. 2017;30(1):e1-e8.
33. Musie MR, Peu MD, Bhana-Pema V. Factors hindering midwives' utilisation of alternative birth positions during labour in a selected public hospital. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019;11(1):1-8.
34. De Jonge A, Lagro-Janssen AL. Birthing positions: A qualitative study into the views of women about various birthing positions. *J Psychosomatic Obstetrics Gynaecol*. 2004;25(1):47-55.
35. Larkin P, Begley CM, Devane D. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery*. 2009;25(2): e49-e59.