MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE ET SUPERIEUR
--*-*-*-*-*

INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE
INTERDISCIPLINAIRES EN SANTE (IFRIS)
--*-*-*-*-*-*

SECTION SANTE MAÏEUTIQUES
ET SANTE DE LA REPRODUCTION
--*-*-*-*-*-*

BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE DE MASTER

en vue de l'obtention du diplôme de Master II en santé Maïeutique et Santé de la Reproduction

Humanisation de l'accouchement :
Une évaluation de l'environnement de travail et des pratiques relationnelles des prestataires dans une maternité d'un hôpital de district de la commune de Ouagadougou

Présenté par :

KIENTIGA BAYALA Athanase

Sous la direction de :

Pr R. Marie Charlemagne OUEDRAOGO

Maître de Conférences

Agrégé en gynécologie obstétrique des universités

Consultant international en santé de la Reproduction

Jury :

Président : **Pr K. Maxime DRABO**
Directeur de mémoire : **Pr R. Marie Charlemagne OUEDRAOGO**
Rapporteur : **Dr Félicité NANA**

ANNEE ACADEMIQUE 2015-2017

TABLE DES MATIERES

DEDICACES V
REMERCIEMENTS VI
LISTE DES FIGURES VII
LISTE DES TABLEAUX VII
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS VIII
RESUME IX
INTRODUCTION 1
CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE 5
1-1-PROBLEMATIQUE 6
1-2- RECENSION DES ECRITS 10
1-2-1-Définition des concepts 10
1-2-2-Cadre conceptuel de l'étude 13
1-2-2-2- l'historique de l'humanisation de l'accouchement 15
1-2-2-3-Expériences de l'humanisation de l'accouchement en Afrique de l'Ouest 16
1-2-2-4-Environnement et humanisation de l'accouchement 16
1-2-2-5-Respect des droits des parturientes et humanisation de l'accouchement 17
1-2-2-6-Les facteurs influençant l'humanisation de l'accouchement 20
1-3-LES VARIABLES DE L'ETUDE 23
1-4. PROPOSITIONS THEORIQUES 23
CHAPITRE II : CONTEXTE ET METHODOLOGIE 25
2-1-CONTEXTE 26
2.1.1. Cadre d'étude 26
2-1-2-Champs d'étude 27
2-2-METHODOLOGIE 28
2-2-1-Dévis de recherche 28
2-2-2-Population et échantillonnage 29
2-2-2-1-Population d'étude 29
2-2-2-2-Echantillonnage 29
2-2-2-3-Echantillon 29
2-2-3-Le cas à l'étude et l'unité d'analyse 30
2-2-4- Outils et sources de données 30
2-2-5- Méthodes d'enquêtes. 31

2-2-5-1-Entretiens 31
2-2-5-2-Observations 31
2-2-5-1-Revue documentaire 31
2-2-6- Méthode d'analyse 31
2-2-7- Considérations éthiques 34
CHAPITRE III : RESULTATS 36
3-1-CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES AU COURS DE L'ETUDE. 37
3-2-ENVIRONNEMENT/CONTEXTE DE TRAVAIL 38
3-2-1-Du point de vue des prestataires 38
3-2-1-1- Charge de travail 38
3-2-1-2- Description de poste 39
3-2-1-3- Perception des prestataires de l'environnement de travail 39
a. De la satisfaction des prestataires de leur emploi 39
b. Perception des prestataires de leurs rôles dans le service et leur participation à la prise de décision 40
3-2-1-4- Qualité des relations au travail 40
3-2-1-5- Habitude de communication 41
c. Des habitudes de communication entre les prestataires 41
d. Des habitudes de communication entre les prestataires et leurs supérieurs hiérarchiques 41
3-3- RELATION PRESTATAIRE-PARTURIENTE/ACCOUCHEE 43
3-3-1-Du point de vue des prestataires 43
3-3-1-2- l'importance de l'établissement d'une bonne relation entre prestataire et parturiente/accouchée. 43
3-3-1-3-Principes de base de la relation soignant/soigné 44
3-3-1-4-Du tutoiement des parturientes et accouchées 44
3-3-1-5-Opinion des prestataires de la qualité des relations avec les parturientes/ accouchées et leurs accompagnantes. 44
3-3-1-6-Propositions des prestataires, pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux les et les parturientes/accouchées. 45
3-3-2-Du point de vue des accouchées 47
3-3-2-1-Satisfaction de l'ambiance et des soins reçus 47
3-3-2-2- Respect des droits de la parturiente 47

3-4-PRATIQUES RELATIONNELLES ET INTERACTIONS PRESTATAIRE-PARTURIENTE/ACCOUCHEE 48
3-5- SYNTHESE DES RESULTATS 53
CHAPITRE IV : DISCUSSION ET 59
SYNTHESE DES RESULTATS 59
4-1-DIFFICULTES 60
4-2-LIMITE DE L'ETUDE 60
4-3-DISCUSSION 61
4-3-1-Environnement ou Contexte de travail 61
4-3-1-1-Charge de travail et description des postes 61
4-3-1-2- Perception des prestataires de l'environnement de travail 62
a. De la satisfaction des prestataires de leur emploi 62
b. b-Perception des prestataires de leurs rôles dans le service et leur participation à la prise de décision 62
4-3-1-3- Qualité des relations au travail 63
4-3-1-4- Habitude de communication 63
a. Des habitudes de communication entre les prestataires 63
b. Des habitudes de communication entre les prestataires et leurs supérieurs hiérarchiques 63
4-3-2-De la relation prestataire-parturiente/accouchée dans la salle d'accouchement 65
4-3-2-1 - Entretiens avec les prestataires sur la relation soignant-soigné et sur l'environnement de travail 65
a. Considération des parturientes à charge par les prestataires. 65
b. De l'importance de l'établissement d'une bonne relation entre prestataire et parturiente/accouchées. 65
4-3-2-2-Principes de base de la relation soignant/soigné 65
4-3-2-3- Du tutoiement des parturientes et accouchées 66
4-3-2-4-Opinion des prestataires de la qualité des relations avec les parturientes/ accouchées et leurs accompagnantes. 66
4-3-2-5-Propositions des prestataires, pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux les et les parturientes/accouchées. 66
4-3-3-Des pratiques relationnelles et le phénomène interactionnel 67
4-3-3-2-Confidentialité, vie privée et intimité. 69

4-3-3-3-Du droit de conservation de l'intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements : proscription de la violence physique et verbale, respect de la dignité. 70
4-3-3-4-De l'égalité, de l'absence de discrimination et des soins équitables. 72
4-3-3-5-Du droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible : absence d'abandon, de refus de soins (par le personnel). 73
4-3-6-7- -Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit : pas de détention dans les centres de santé. 73
4-3-4-Entretien avec les accouchées 73
4-3-5-Synthèse générale de l'étude. 74
4-3-6-Vérification des propositions théoriques 80
RECOMMANDATIONS/ SUGGESTIONS 81
CONCLUSION 81
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 81
ANNEXES LXXXI

DEDICACES

Je dédie ce mémoire:

A toutes les femmes du monde en général, et à celles du Burkina Faso, en particulier, qui chaque jour, risque leurs vies, dans des conditions pas toujours favorables, pour la perpétuation de l'espèce humaine. Soyez infiniment honorées.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements:

_ A mon directeur de mémoire, Pr. R. Marie Charlemagne OUEDRAOGO. Malgré vos multiples occupations, vous nous avez guidés tout au long de notre entreprise. Vous avez fait de l'aboutissement de cette œuvre, une de vos préoccupations majeures. Recevez ici ma profonde gratitude. Que la santé et la prospérité soit le quotidien de votre existence.

_ A Monsieur le Président du jury, pour l'honneur que vous nous avez accordé en acceptant présider ce jury malgré vos différentes occupations.

_ A tous les membres du jury pour cette disponibilité inestimable que vous nous accordez.

_ A Monsieur le Directeur Régional de la Santé du Centre pour m'avoir autorisé à mener l'étude dans son aire de responsabilité sanitaire.

_ A Madame la directrice de l'hôpital de district de Bogodogo pour son accord, à mener l'étude dans la maternité de son hôpital.

_ A Monsieur le Médecin-chef du district sanitaire de Bogodogo et son personnel pour leurs soutiens pour m'avoir permis de tester mes questionnaires au Centre de santé et de Promotion Social de la Trame d'accueil du secteur 30.

_ Particulièrement, au personnel de la salle d'accouchement de la maternité de l'hôpital de Bogodogo. Malgré les nombreuse sollicitudes et fatigues, en salle d'accouchement, vous avez accepté de me consacrer un peu de votre temps pour les entretiens. Grandement merci et courage à vous.

_ A monsieur NANA Gustave, exceptionnellement, merci pour votre appui. Vous le recevrez en retour au centuple.

_ Au corps professoral national de l'IFRISSE à travers son directeur Dr SOUBEIGA Dieudonné pour l'encadrement tout au long de la formation.

_ Au corps professoral venu du Canada, Université de Montréal: Pr BILTHERIS et Dr E. THOUACKET pour leurs expertises en santé maïeutique et santé de la reproduction.

_ A mon épouse BAKO Cécile et à mes enfants Flore Andréa, Jean Apollinaire et Grâce Delphine, qui n'ont pas pu bénéficier de toute l'attention dont ils avaient besoin, soyez rassuré que vous êtes ma raison de vivre.

_ A tous ceux ou celles qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette œuvre, grandement merci.

LISTE DES FIGURES

Figure I: Composantes de l'Analyse des données : Modèle Interactif d'après Huberman & Miles (1991) (66). 32
Figure II : Modèle conceptuel de l'humanisation des soins au cours de l'accouchement 57

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I- Modèle conceptuel de la qualité des soins de A. Donabédian 20
Tableau II: Les sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance 21
Tableau III : Sources de stress au travail répertoriés par le CCHST (Centre Canadien pour l'Hygiène et la Sécurité au Travail) 22
Tableau IV-Données sur les accouchements des trois dernières années à la maternité de de l'hôpital de district de Bogodogo 28
Tableau V : Codage des prestataires devant participer à l'étude 34
Tableau VI : Codage des accouchées devant participer à l'étude 35
Tableau VII: caractéristiques sociodémographique des prestataires enquêtés 37
Tableau VIII : Caractéristiques sociodémographique des accouchées enquêtées 37

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

AFAR- CIANE	Alliance Francophone pour l'Accouchement Respecté et le Inter-associatif Autour de la Naissance
AI	Amnesty international
AQUASOU	Amélioration de la Qualité et de l'Accès aux Soins Obstétricaux d'Urgence
AP-HP	Assistance Publique Hôpitaux de Paris
CEDAW	Convention sur l'Elimination de toutes les Formes de Discrimination à l'égard des Femmes
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHUYO	Hospitalier Universitaire Yalgado Ouedraogo
CMA	Centre Médical avec Antenne Chirurgicale
CRC	Convention relative aux droits de l'enfant
CSPS	Centre de santé et de Promotion Sociale
ENSP	Ecole Nationale de Santé Publique
FCI	Family Care International
FIDH	Fédération Internationale des Droits de l'Homme
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et obstétrique
GEU	Grossesse Extra Utérine
GEUR	Grossesse Extra Utérine Rompue
HDB	Hôpital de district de Bogodogo
JICA	Japan International Development Agency
MBFBF	Mother and Baby Friendly Birth Facility Initiative.
PRESSMN	Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale
SFE/ME	Sage-Femme d'Etat/Maïeuticien d'Etat
RISSE	Responsable de l'Information et Sanitaire et de la Surveillance Epidémiologique
SOGOB	Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina Faso
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'urgence
SUS	Surveillant d'Unité de Soins
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

RESUME

Contexte et justification: La Sage-Femme et Maïeuticien d'Etat doit toujours agir avec respect envers les clientes et se montrer humain (e) et compatissant(e) envers elles comme le stipule le code de déontologie de la profession. Cependant, la salle d'accouchement fait partie des lieux où le respect des droits des accouchées est souvent violé, ce qui pourrait porter des atteintes à la qualité des soins, par dégradation du climat relationnel prestataires- accouchées.

Objectifs: L'objectif général de l'étude est d'évaluer l'environnement de travail et la qualité relationnelle entre les prestataires et les accouchées dans nos salles d'accouchements. Il s'agit spécifiquement, dans un premier temps, de décrire l'environnement de travail et les pratiques des prestataires en matière de respect des droits des femmes au cours de l'accouchement. Et dans un deuxième temps, porter un jugement sur ce champ unitaire environnement de travail et pratiques relationnelle, afin de proposer des actions dans l'optique de l'humanisation de l'accouchement.

Méthodologie: L'étude, évaluative de type qualitatif, à travers des grilles d'observations, des guides d'entretiens, et la revue documentaire, décrit l'environnement et les pratiques relationnelles en rapport avec le respect des droits des femmes enceintes/accouchées. Les participants composés de prestataires et d'accouchées ont été recrutés par choix raisonné dans la maternité de l'hôpital de district de Bogodogo, de la ville de Ouagadougou.

Résultats: Le non-respect des droits de ces dernières, visibles ou insidieuses, reste fortement lié au contexte de soins et aux pratiques relationnelles. Des facteurs influençant négativement le respect de ces droits liés au contexte, nous évoquons le cadre physique inadapté et l'organisation des soins, la charge de travail, l'insuffisance en matériel médicotechnique, les ruptures en médicaments et produits sanguins. Quant à ceux liés aux participants en jeux dans la relation y compris les accompagnants, ce sont les pratiques des prestataires en matière de communication, les attitudes/comportements et pratiques des prestataires pendant l'accouchement, la nature de la relation entre les prestataires et avec la hiérarchie et la personnalité propre des parties dans la relation.

Conclusion: L'humanisation de l'accouchement par le respect des droits des parturientes et accouchées nécessite une amélioration du plateau technique, la mise en place de processus participatifs inclusifs et l'amélioration de l'environnement psychosocial du travail.

Mots clés *: Qualité des soins, Humanisation, accouchement, évaluation, environnement de travail, droits, pratiques relationnelles, violences obstétricales.*

ABSTRACT

Background: The Midwife and State Maid must always act with respect towards clients and be philanthropic. They need to be compassionate towards them as stipulated in the professional ethic code. However, the delivery room is set where the respect of the mothers' rights is often violated, which could lead to abnormal quality of care, a deterioration in the relationship between care providers and mothers.

Objectives: The general objective of this study is to evaluate the work environment and the quality of relationship between the care providers and the delivered ones in our delivery rooms. Specifically, the first step is to describe the work environment and practices of care providers regarding to the respect of women's rights during childbirth. The second step is to give judgment of this work environment and practices' relationship, so that to propose action on the prospect of the delivery's humanization.

Methodology: This is a qualitative study framed as an evaluative research. It is carried out through observations, interviews, and the folds review. It describes the environment and the practices 'relationship related to the respect of the pregnant women's' rights as well as the birth givers. Participants among care providers and the birth givers were recruited by rational choice in the birthing ward of the Bogodogo district hospital's maternity in Ouagadougou city.

Results: visible or insidious non-respect of the latter's rights,, remains strongly linked to the care context and practices' relationship. the rights 'respect are influenced negatively by the factors related to the context and we point the inadequate physical framework and the care organization, the workload, the less medico-technical equipment, drugs and blood products shortage out. To the factors related to the participants relationship, we include the accompanied persons acting way linked to the care providers' communication practices,, their attitudes / behaviors and practices during childbirth, the nature of the parturient relationship with the care providers regarding to their hierarchy and personality in the interaction..

Conclusion: The childbirth 's humanization through women rights respect , those who give birth and are mothers, requires the technical platform improvement , the inclusive participatory implementation process and the improvement of the work psychosocial environment.

Keywords: *Quality of care, Humanization of childbirth, evaluation, work environment, of rights' respect, practices' relationship, obstetric violence.*

INTRODUCTION

La qualité des soins reste une quête permanente et un défi pour les structures de santé. Elle est d'une certaine complexité tant elle met en jeu, deux composantes essentielles, à savoir, une clinique et une autre relationnelle. En effet, la dispensation des soins cliniques ne saurait se départir de celle relationnelle, sinon, la qualité des soins n'aura pas de sens. C'est cette considération qui fait dire **M. Phaneuf** cité par **E. Blanchard (1)** en **2014** que : « *Les aspects techniques et les aspects relationnels sont comme les deux faces d'une même médaille. Mais les seconds donnent leur plein sens à l'expression « prendre soin », qui renvoie à une image forte de rencontre humaine d'accompagnement et d'intérêt particulier pour l'être souffrant,…. » Page 16.* Dans ce même ordre d'idée, **A. Bioy et coll. (2)** dans ''*construire la communication thérapeutique avec l'hypnose''* résumaient que la médecine est une technique et que c'est la relation avec le patient qui la transforme en art. Ils poursuivent que la réussite d'un traitement dépend en grande partie de la relation avec le thérapeute. C'est reconnaitre alors la place centrale qu'occuperait, la relation au cours d'un accouchement. En effet, selon plusieurs auteurs, dont Family Care International **(FCI) (3) en 2003,** les compétences essentielles pour un accoucheur(e) qualifié(e) doivent être cliniques, cognitives et relationnelles. Pour eux, la question communicationnelle devient prépondérante dans les relations interpersonnelles pour une maternité sans risque. Sa prise ne compte a même été considérée comme une question de justice sociale, étroitement liée au statut et pouvoir de la femme. En plus, le respect des droits des femmes enceintes et celles qui accouchent est un droit reconnu et garanti par de textes nationaux et internationaux. L'organisation **White Ribbon Alliance (4) en 2012**, à ce sujet, préconise que : « il convient d'étendre la notion de maternité a moindre risque au-delà de la prevention de la morbidité et de la mortalité pour englober la question du respect des droits civils fondamentaux des femmes et, notamment, le respect de leur autonomie, de leur dignité,(…) pendant ces évènements importants » (page 1). Alors, le concept d'humanisation des soins prend ici tout son sens, car le respect des droits des femmes enceintes et celles qui accouchent supposent qu'elles soient traitées avec respect et amabilité.

Pourtant, la qualité des échanges entre les prestataires de soins et les femmes sont souvent médiocres, les femmes étant souvent traitées de haut, sans respect ou même humiliées. Nous assistons alors, de plus en plus, dans nos centres de santé, et particulièrement dans les maternités, à des plaintes des usagers devenus de plus en plus exigeants. Ces plaintes seraient dues à des soins non respectueux dans les maternités. La littérature scientifique dans

le monde, fait état de ces violations des droits des femmes au cours de leurs accouchements **(5)**. Notre pays n'est pas en marge de ces violations. Les conséquences de ces actes jugés non acceptables sont souvent des agressions de prestataires par les accompagnants, pouvant atteindre des cas extrêmes comme par exemple, la destruction des structures de santé. Des cas d'agressions de prestataires de maternité ont défrayés l'actualité et nous en citons quelques-uns. Il s'agit entre autres, des cas survenus à Kombissiri en 2015 et à Nouna en 2016. Le cas le plus culminant dans notre pays relayé dans le journal Sidwaya du 17-11- 2014 **(6)** fut l'incendie de la maternité de *Colsama* à Bobo Dioulasso, en 2011 par la population, suite au décès d'une parturiente, les accompagnants accusant les prestataires de négligence et de mépris délibéré envers les parturientes. Cet incident a même inspiré une étude par **N. MEDA et coll en 2013 (7)** pour évaluer la perception de la qualité de l'accueil dans les maternités de la ville de Bobo Dioulasso.

Dans notre pays, bien que la littérature abonde sur la recherche en santé, le constat est que celle sur la relation soignant-soignée dans les maternités en général et sur le respect des droits des femmes qui accouchent semble rare. Cela a même été évoqué par **Bohren et coll (8) en 2014**. Reconnaissant qu'il y a une abondance de rapports sur des soins non respectueux ou maltraitants dans les maternités, ils estimaient par contre que la littérature sur le sujet était rare dans la plupart des pays en développement et en appelaient à une orientation de la recherche vers des soins obstétriques respectueux, non violents et de bonne qualité. C'est la raison pour laquelle, les rapports entre le personnel de santé et les patients en général, et entre le personnel des maternités et les parturientes en particulier, mérite une attention particulière.

Malgré l'importance et la complexité de la question, elle semble ne pas très préoccuper les différents acteurs de la santé dans notre pays. En effet, dans la littérature, le constat est que la question des droits des femmes en périnatalité n'est pas explicitement prise en compte dans les termes de références des évaluations dans le système de santé. Il est aussi clair que l'humanisation des soins n'est pas très bien développée car il y a peu d'étude en la matière.

On note par ailleurs qu'à la faveur de l'instruction, les usagers des centres de santé connaissent de plus en plus leurs droits et deviennent de plus en plus exigeants vis-à-vis de la qualité des soins qu'ils reçoivent. Aussi, le respect des droits de l'homme en général et celles des parturientes et accouchées est un droit prescrit par les textes internationaux.

Au vu de cette situation, nous nous proposons d'apporter notre contribution à l'amélioration de la qualité des soins en maternité en général et des soins en périnatalité en particulier. Les résultats de cette étude pourront servir de pistes aux décideurs qui disposeront d'informations valides leur permettant de réorienter les politiques en matières d'amélioration de l'environnement de travail des prestataires et de conduite de l'accouchement dans ses aspects relationnels pour une humanisation des soins. Par ailleurs, les résultats pourraient permettre le renforcement des compétences des prestataires en matière de compétences relationnelles, éthique professionnelle et en psycho-anthropologie sur le terrain.

Ainsi, pour une promotion du respect des droits des femmes en périnatalité, nous en ferons un portrait en évaluant l'environnement de travail et la qualité relationnelle des prestataires au cours de l'accouchement.

Dans cette étude, nous aborderons d'abord le cadre théorique en exposant la problématique, le cadre théorique et les propositions théoriques, ensuite suivra le contexte d'étude, la méthodologie, les résultats, et enfin une conclusion suivi de recommandations/suggestions à l'endroit des potentiels intervenants pour une humanisation de l'accouchement.

CHAPITRE I: CADRE THEORIQUE

1-1-Problématique

La présente problématique décrit le cadre de travail et aborde les rapports entre les prestataires et les parturientes dans leurs aspects relationnelles, tant ils permettent de garantir une sécurité complémentaire au cours de l'accouchement. En effet, la compétence médicale assure la sécurité physique de la parturiente, mais il faut aussi assurer sa sécurité psychologique, car la grossesse entraine des bouleversements affectifs et la femme envoie des messages, verbaux ou non, à ce sujet **(9).** C'est dire ici que le prestataire doit faire preuve de compétence dans le savoir être.

Le sujet, objet de notre étude mérite qu'on y prête attention, car il touche une dimension profondément humaine: le respect des droits des parturientes au cours de l'accouchement. En effet, le code la déontologie des Sages-femmes et Maïeuticiens du Burkina Faso du 31 décembre 2013, dans son article R4127-302 stipule que « la sage-femme exerce sa mission dans le respect de la vie et de la personne humaine » **(10)** et que c'est auprès de laquelle que les futurs parents seront en de bonnes mains **(11).**

Pourtant, dans les maternités, lieux par excellence où elles devraient accoucher, les femmes y voient leurs droits souvent violés. A titre illustratif, **S Kujawski** et **coll. (12),** dans leur étude réalisée en Tanzanie en 2015, ont abouti au fait que les femmes qui disent avoir subi des maltraitances et des manques de respect pendant l'accouchement ont une moins bonne satisfaction, une moins bonne perception de la qualité des soins ; et ont deux fois moins l'intention de revenir accoucher au même endroit**.**

C'est en cela que la présente étude se justifie et non seulement par les éléments cités ci-dessus, mais également par sa pertinence sociale et scientifique. En effet, la recherche scientifique révèle l'existence de manque de respect et de mauvais traitements. En 2010, un rapport, réalisé par **Bowser et Hill (13),** résume les connaissances et données disponibles sur ce sujet**.** En effet, 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 (14) **.** Toutefois, le non-respect des droits des femmes/accouchées n'est toujours pas le fait des attitudes et comportements prémédités des prestataires, ils sont parfois ignorés par ces derniers. **H. Vadeboncoeur**, en **2003 (5)**, Page 26 disait à ce sujet « ce ne sont pas forcément des formes de violences intentionnelles ou volontaires, mais il peut arriver qu'elles le soient ».

L'accouchement est avant tout un fait social, car il est attendu, un nouveau membre de la société. Les prestataires Sages-femmes/ Maïeuticiens d'Etats, même s'ils constituent un personnel médical, ont conscience de ce fait social, qu'ils prennent en considération dans leurs pratiques **(15).** Aussi, la période de l'accouchement est un moment de risque, de peur, et doit judicieusement être gérée, c'est-à-dire surveillée et surtout accompagnée tout en retournant à la notion d'accouchement vécu comme un moment naturel, avec ses complications **(16).** Les femmes recherchent des soins prodigués de manière respectueuse par un personnel digne de confiance, empathique et bienveillant. En particulier, les femmes souhaitaient rencontrer des professionnels de santé sachant allier des connaissances et un savoir-faire cliniques à des compétences interpersonnelles et culturelles **(17).** En plus, tout être en général, et les patients en particulier aspirent à des soins respectant leurs droits les plus fondamentaux comme le leurs confères les textes internationaux**.** Les droits de la personne sont des droits civils fondamentaux que possèdent tous les êtres humains et qui sont reconnus par des sociétés et gouvernements et consacrés dans les déclarations et conventions internationales **(13).**

Les mauvais traitements, la négligence ou le manque de respect, lors d'un accouchement, peuvent équivaloir à une violation des droits civils fondamentaux des femmes, tels que définis dans les standards et les principes des traités internationaux relatifs aux droits de la personne **(18).** Cela constituent d'ailleurs un problème urgent et préoccupent de plus en plus pour des gens et d'organisations dans des domaines aussi variés que la recherche, la qualité des soins, l'éducation, les droits de la personne, et la défense des droits **(13).**

Cependant, le manque de respect ou les violences obstétricales ne surviennent généralement que dans un environnement empreint de catégories de contraintes professionnelles. **S. Harvey** et **coll**. en **2006 (19)** ont considérés comme contraintes professionnelles, les facteurs uniques à l'emploi tel que la charge de travail, c'est à dire surcharge et charge insuffisante. A cela s'ajoute les rôles ambigus du prestataire dans l'organisation, à savoir, le manque de transparence au sujet des responsabilités, des attentes, la satisfaction liée à l'emploi, les relations interpersonnelles au travail et le climat organisationnel comme les habitudes de communication**.** Ce sont autant d'éléments qui peuvent conduire au stress et par conséquence à des difficultés relationnelles.

Des écrits sur la question mentionnent aussi qu'en dépits du fait que les Sages-Femmes offrent des services pour la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, elles font

l'objet de plusieurs incriminations dans les formations sanitaires publiques. Mauvais accueil, injures, maltraitance, sont, entre autres, des faits qui leurs sont reprochés **(6)**. Les écrits **Bowser** et **Hill (20)** en **2010** font émerger sept catégories principales de manque de respect et de mauvais traitements vécus par les femmes lorsqu'elles reçoivent des soins de maternité. Ces catégories ne se manifestent pas isolement. En effet, ces mêmes auteurs soutiennent que ces différentes catégories de manque de respect s'entremêlent et se manifestent tout au long des soins allant d'une humiliation et d'un manque de respect voilés, à une violence. Ce sont la violence physique, les soins cliniques réalisés sans consentement, les soins ne bénéficiant pas du sceau de la confidentialité, les soins ne respectant pas la dignité de la personne (la violence verbale y compris), la discrimination fondée sur des attributs spécifiques de la femme (patiente), l'abandon ou le refus de soins et la détention dans les centres de soins **(21)**. Dans ce même ordre d'idée, les conclusions des travaux de la mise en œuvre du projet **AQUASOU** entre **2003** et **2006**, au district sanitaire de Bogodogo à Ouagadougou, mentionnaient une qualité insatisfaisante de l'accueil reçu par les accouchées de la part des prestataires **(22).**

Dans notre contexte du Burkina Faso, bien que le sujet soit d'actualité, peu d'études validées scientifiquement ont évalué l'environnement de travail et les pratiques des Sages-Femmes en matière de respect des droits des femmes lors de l'accouchement. ainsi que leurs perceptions des soins offerts. Néanmoins, les rares études réalisées sur le sujet n'abordaient pas spécifiquement le respect des règles éthiques et déontologiques en matière des droits des femmes lors de l'accouchement dans leurs aspects descriptifs. En effet, **L. Belaid,** en **2008**, s'est intéressée au sujet et a réalisé une étude ethnographique, mais cette étude a été menée dans une maternité d'un centre de santé et de promotion sociale (CSPS) de la commune de Ouagadougou et avait pour but de chercher à comprendre l'expérience de la maternité telle que la vivent les femmes dans le contexte d'un service public et, également, de l'activité de soins des intervenants en santé autour de l'évènement de la naissance **(23)**. Aussi, les travaux de **N. MEDA** et **coll.** en **2013 (7)** réalisés dans des maternité de la ville de Bobo Dioulasso, ont plus porté sur la perception de la qualité de l'accueil dans les maternités. Egalement, **Ouedraogo** et **coll.** en **2014 (24),** au compte de la SOGOB ont réalisé une étude sur les soins de maternité, respectant les droits des bénéficiaires, et qui consistait en une auto-évaluation des prestataires. Ces derniers, au cours de cette étude ont reconnus leurs propres responsabilités dans la qualité des soins**.** Sur le sujet, **M. L. Friderich (25)** sur la perception des professionnels et des patients dans *la relation soignant-soigné au Burkina Faso* en 2008

soutient que les conditions de travail des soignants sont un obstacle à la relation soignant-soigné. En effet, au cours de l'étude réalisée non pas spécifiquement au cours d'accouchements, la quasi-totalité des professionnels interrogés quel que soit le lieu de travail, urbaine ou rural, déplorent le manque de matériel médicotechnique, le manque de personnel, la fatigue par surcharge de travail, le manque de temps nécessaire à un bon accueil.

Le résumé succinct de la littérature sur le sujet évoqué plus haut, dans notre pays montre qu'à notre connaissance, les études précédentes se sont plus intéressées aux perceptions des prestataires et des bénéficiaires sur la qualité des soins de maternité. Notre étude, en plus décrit comment les soins sont dispensés, les interactions, ainsi que l'environnement dans lequel ils sont fournis.

Ainsi donc, plus d'une décennie après la mise en œuvre du projet AQUASOU, et au vu de l'adoption de textes et politiques (CEDAW 1984 , CRC 1999, Protocole de Maputo 2003) visant à garantir les droits des femmes et à rendre l'environnement de travail qualifiant, quelle est la situation du cadre de travail et celle de la qualité des pratiques relationnelle entre prestataires et accouchées dans nos salles d'accouchement en générale et au niveau celle de la maternité de l'hôpital de district de Bogodogo en particulier ?

Pour tenter de répondre à ce questionnement, notre étude se veut d'évaluer l'environnement de travail et les pratiques relationnelles des prestataires au cours de la dispensation des soins d'accouchement, dans le cadre de l'humanisation des soins. Plus spécifiquement, Il s'agit, de décrire l'environnement de travail et les pratiques relationnelles des prestataires (compétences relationnelles) en matière de respect des droits des femmes au cours de, pour en déduire les facteurs qui influencent l'humanisation des soins d'accouchement. Car, si cette problématique n'est pas cerner, , il sera difficile de prévenir les désagréments tels que les dégradations des climats qui surviennent souvent lors ou après l'accouchement.

Plusieurs raisons ont guidés le choix de ce terrain pour l'étude. C'est d'abord un hôpital, car d'une manière générale, il est reconnu que, plus l'on monte dans la pyramide sanitaire des soins, plus les relations humaines diminuent au profit des aspects techniques cliniques, c'est-à-dire d'une hyper médicalisation des soins. A ce sujet, **A. Vegas (26)** soutenait que la déshumanisation des relations professionnelles des grands centres hospitaliers (pas ou peu de contacts directs) est souvent toujours rapportée à la taille des structures (CHU/petits hôpitaux), et qu'elle est renforcée par leurs implantations (opposition rural/urbain). Elle poursuit que les effets sont représentés par l'absence des relations soignants/soignés (sentiments d'anonymat souvent rapportés par les patients dans les grandes

unités publiques hospitalières), voire leurs violences. C'est comprendre ici qu'on s'intéresse souvent plus à la maladie qu'au malade lui-même dans sa dimension holistique.

Ensuite, c'est un hôpital de troisième niveau où l'on a toujours pensé que les soins sont hyper médicalisés au détriment de la dimension relationnelle. Enfin, c'est l'un des hôpitaux de district de la commune de Ouagadougou ayant un nombre élevé d'accouchements et qui a fait partie des sites pilotes pour la mise en œuvre du projet **AQUASOU (22)** entre 2003 et 2006, au district sanitaire de Bogodogo à Ouagadougou, et où les accouchées mentionnaient une qualité insatisfaisante de l'accueil par les prestataires.

1-2- Recension des écrits

La recension des écrits sur la thématique s'articule autour des définitions de concepts clés et du modèle conceptuel.

1-2-1-Définition des concepts

- **Accouchement**: L'accouchement est l'ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus, parvenus à maturité ou à l'âge de la viabilité **(27).**
- **Humanisation:** Selon l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (**AP-HP**), le terme "*humanisation*" appliqué à l'hôpital désigne l'effort fourni par l'institution afin de s'adapter aux évolutions de la société, notamment en ce qui concerne les modes de vie. Cet effort comporte deux dimensions :

- **Une dimension matérielle**, visant à améliorer le cadre de vie hospitalier.
- **Une dimension relationnelle**, visant à instaurer de nouvelles façons de considérer le patient **(28)**.

- **Humanisation des soins** selon **H. Vadeboncoeur** en **2004 (29)**, signifie des soins fondés sur le respect des besoins, des valeurs et des croyances des femmes ainsi que sur le respect de l'accouchement comme processus physiologique**.**
- **L'accouchement humanisé**, Selon la *Japan International Development Agency* **(JICA**) c'est "un ensemble de conditions qui permettent à la femme d'être à l'aise et de vivre l'accouchement comme un évènement heureux **(30).**
- **Evaluation :** selon **A. Brouselle, 2005 (31)** , évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir et d'interpréter des

informations scientifiquement valides et socialement légitimes de façon à ce que les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions. Ce jugement peut résulter de la comparaison entre des observations empiriques et des normes (approche normative) ou s'élaborer en investiguant les liens entre diverses composantes de l'intervention (approche relationnelle).

- **Compétences/ pratiques relationnelles :**

Le concept de compétence relationnelle est polysémique en fonction du contexte, mais d'une manière générale, la compétence relationnelle est selon **O. Camus** en **2011 (32)**, citant **M. Radecki,** la capacité de développer l'aptitude à aborder les autres de manière ouverte, à entrer en relation avec eux de manière flexible**.** La même auteure poursuit dans son même ouvrage inspiré ci-dessus, « la compétence relationnelle est la capacité d'entrer en contact, d'adopter et d'adapter, vis-à-vis d'autrui et en fonction des buts que nous nous sommes fixés, des comportements, aptitudes et attitudes efficaces (…) afin d'entretenir des échanges satisfaisants et fructueux dans un contexte professionnel ». Cette communication peut être verbale ou non verbale. Pour **E. Blanchard**, en **2014 (1)**, la communication verbale constitue le fond du discours, et celle non verbale, la forme. La communication verbale concerne le choix des mots et véhicule les données d'information. La communication non verbale, quant à elle constitue la forme du discours. Elle est basée sur les modulations de la voix, son intensité et le débit des paroles, mais également sur la façon de positionner le corps et de le déplacer. Elle véhicule davantage la relation**.** Donc, il s'agira dans notre étude, de la capacité d'adaptation des prestataires à entrer en relation d'aide basée sur l'empathie, d'adopter et adapter des comportement (respect des droits des parturientes) tout en visant une qualité de l'accouchement dans un climat convivial.

- **Respect des droits**

Dans la présente étude, il est question du respect des droits des femmes enceintes et des accouchées tel que prescrit par la charte des droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance. Ces droits, défendus par des organisations internationales philanthropiques dont **l'*Alliance du Ruban Blanc et le mouvement Respectful Maternity Care*** sont les suivants **(20):**

- Le droit de conserver son intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements : sont proscrits, la violence physique
- Le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s).
- Confidentialité, vie privée et intimité.
- Dignité, respect : pas de violence verbale comprise
- Égalité, absence de discrimination, soins équitables.
- Le droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible : absence d'abandon, de refus de soins (par le personnel).
- Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit : pas de détention dans les centres de santé.

❖ **Violation des droits des accouchées**

Ce terme est aussi qualifié de violences obstétricales. **H. Vadeboncoeur** en **2003 (5)**, la définie en ces termes : « *la violence obstétricale est une forme de violence systémique ou institutionnelle, qui consiste en une intervention (…) la contrainte, ou des dimensions psychologiques: la menace de force, l'intimidation, le dénigrement, l'hostilité, ou un geste posé sans son consentement libre et éclairé et explicite* »**.**

❖ **Environnement de travail/organisation de travail :**

L'organisation du travail recouvre un vaste ensemble d'éléments se trouvant en interaction, regroupés au sein d'une structure régulée, disposant d'un système de communication pour faciliter la circulation de l'information, dans le but présumé de répondre à des besoins et/ou d'atteindre des objectifs déterminés **(33).**

L'on comprend alors que c'est un champ unitaire où le cadre physique est indissociable des événements, des acteurs et des significations qui s'y inscrivent. C'est ce que **Cosnier** et **coll**. appellent le ''*contexte*''. Il s'agit alors dans le cadre de notre étude, des composantes contextuelles suivantes inspiré de ce dernier **(34)** :

- Le cadre qui est caractérisé par l'aménagement spatiale et temporel du site, par les scripts (rôles sociaux prévus dans le cadre qui s'organisent selon les règles de cadrage) et par sa finalité.

- Les partenaires de l'interaction eux-mêmes avec leurs caractères personnels et sociaux ainsi que le type de relation qui sous-tend la rencontre.
- La relation. C'est la relation de service qui vise l'accompagnement des parturientes au cours de leurs accouchements.
- La plateforme communicative commune, constituée par les savoirs partagés et c'est elle qui fournit les présupposés nécessaires au fonctionnement économique de l'interaction. Ce sont ici les antécédents, l'histoire de l'accouchement et celle de la relation prestataire-parturiente.

De façon explicite, c'est l'espace de travail, la charge de travail, la répartition des rôles, la satisfaction des prestataires de leur milieu de travail, la qualité des relations au travail ainsi que la nature de la communication dans le service.

1-2-2-Cadre conceptuel de l'étude

Les caractéristiques des soins offerts aux femmes et les aspects ayant un lien avec elles, ont toujours portés l'attention du monde scientifique. La littérature scientifique en fait cas. En effet, dans une étude, **Raisler,** en **2000 (35)**, dans une recension exhaustive des recherches faites aux États-Unis sur une période de 15 ans (1984-1998), répertorie 161 articles sur les caractéristiques des soins offerts par les sages-femmes**.** Ses travaux ont porté sur six principaux domaines d'intérêt que sont: la gestion des sages-femmes, la structure des soins, la pratique des sages-femmes, les comparaisons des sages-femmes, le lieu de naissance et les soins aux populations vulnérables.

Le présent cadre conceptuel de l'étude fait état d'une revue sur les violences dans les salles d'accouchements, sur l'historique de l'humanisation de l'accouchement, et donne un aperçu sur quelques expériences de l'humanisation de l'accouchement en Afrique de l'Ouest. Il évoque également, le lien entre environnement et humanisation de l'accouchement, ressort quelques textes règlementaires pour l'humanisation de l'accouchement, ainsi que quelques mouvements, organisations et expériences pour le respect des droits des femmes en général et des femmes enceintes en particulier, sans oublier d'exposer des facteurs qui influenceraient l'humanisation de l'accouchement.

1-2-2-1- La violence obstétricale dans les salles de naissances

Les violations des droits des femmes enceintes et des accouchées est une réalité dans les salles d'accouchement et la littérature scientifique abonde dans ce sens **(36) (37) (26)** à travers les journaux **AFAR, CIANE** .

En effet, dans son mémoire intitulé *la violence obstétricale, une violence systémique ?* **M. Labrecque (38)** affirmait que: « des pratiques obstétricales courantes dans les hôpitaux du Québec contreviennent aux guides de pratique des associations professionnelles, aux preuves scientifiques, au code de déontologie de la médecine, à l'éthique médicale, et même au Code civil »**.**

Le phénomène de violence obstétricale devient récurent au regard des multiples plaintes et désagréments constatés entre prestataires et usagers dans les centres de santé en général, et dans les maternités, en particulier. En 2003**, O. Sardan** et **Jaffre (39)** soulignent que le phénomène prend un caractère systémique en Afrique. En effet, ils affirment que, « les Sages-femmes et Accoucheuses exerceraient une violence verbale et physique à l'égard des parturientes et feraient preuve d'une importante négligence professionnelle »**.** En 2001, **O. Sardan (40)** avait déjà martelé que toutes leurs enquêtes montrent qu'à l'instar des autres centres de santé, les maternités étaient plus perçues comme des lieux de corruption au sens large du terme et qu' on retrouvait autour de l'accouchement, l'ensemble des dysfonctionnements relevés quotidiennement dans les centres de santé, mais quasiment en pire**.**

Au Burkina Faso, le rapport final du projet **AQUASOU (22),** en 2003 mentionnait que les femmes interrogées sur leurs perceptions des soignants dans les structures de santé publiques, citaient d'emblée, le mauvais accueil**.** La violence obstétricale serait en partie responsable de la persistance des accouchements à domicile. En effet, pendant le même projet AQUASOU, il est ressorti que les femmes qui n'ont pas suivi la consultation prénatale accouchent à domicile à cause de la crainte de se faire réprimander par les sages-femmes le jour de l'accouchement. Aussi, à la suite de l'incendie de la maternité de Colsama à Bobo Dioulasso, **N. Meda** et **coll. (7)** ont conduit une étude, en 2013 pour cerner la perception de la qualité de l'accueil dans les maternités de la ville de Bobo Dioulasso. Bien que la majorité des accouchées aient appréciées positivement leurs rapports avec les prestataires, les associations féminines, quant à elles ont évoquées l'insuffisance dans l'accueil du personnel qui a culminé par l'incendie de la maternité. De même, de l'interview de **H. Wara**, au

Burkina Faso, mentionné dans le quotidien Sidwaya du 17-11- 2014 **(6),** le témoignage des Sages-Femmes et des accouchés aboutit au constat que, chaque partie accuse l'autre de rapports difficiles.

Bien que le sujet soit préoccupant, peu d'importance lui est accordée dans notre contexte burkinabé. En effet, la faiblesse/absence de normes et de leadership/supervision pour le respect et la non-violence au cours de l'accouchement ne permet pas de faire la promotion de l'humanisation des soins, l'accent étant mis sur les normes de soins cliniques **(41)**.

1-2-2-2- l'historique de l'humanisation de l'accouchement

Le concept d'humanisation des soins en général et celui de l'accouchement se sont intégré progressivement dans le monde des soins.

Aussi, selon **M. Phaneuf** en **2012(42)**, l'approche humaniste a fortement influencé la profession infirmière, principalement à travers les enseignements de Carl Rogers qui a fait connaître la relation d'aide**.** Dans le domaine de la maternité, l'histoire de l'accouchement est longtemps restée l'apanage des femmes. En effet, les femmes ont historiquement été assistées et soutenu par d'autres femmes pendant le travail **(43).**

Au XIX^{e} siècle fut introduite l'anesthésie dans les salles d'accouchement pour rendre supportable les douleurs liés l'accouchement lui conférant un caractère plus médical. La parturiente était alors anesthésiée au chloroforme mais cela compliquait et rendait parfois impossible l'accouchement. Progressivement, vers le début du XX^{e} siècle, les sages-femmes furent éclipsées par les médecins du domaine de l'obstétrique avec la prise en charge des complications (utilisation du forceps et de la craniotomie) présentations vicieuses et avortement tardifs, par les instruments tels que le forceps. Par la suite, l'idée s'est de nouveau imposée qu'une naissance naturelle et sans complications ne réclamait pas d'intervention médicale. Face à cette déshumanisation des naissances, des voies de femmes ont fait appels pour un retour à un soutien continu par les femmes pendant le travail**.** Ainsi, depuis ces dernières décennies, l'obstétrique n'est plus considérée comme un des secteurs de la chirurgie, et on a vu apparaître le slogan de la « naissance sans violence » ou un accouchement « normal » **(44).**

L'idée de « *l'accouchement sans douleurs* », voit le jour avec les méthodes soviétiques et françaises. « *C'est un ensemble de techniques visant à supprimer l'angoisse et les douleurs de*

l'accouchement (…) création d'un rapport de confiance et de collaboration entre l'équipe médicale et la mère ». Ces techniques ont été ensuite, développées principalement au Royaume-Uni et en URSS au milieu du XX^{e} siècle **(44).**

L'accouchement sans douleur, dans sa compréhension ancienne, serait l'ancêtre du concept d'humanisation de l'accouchement, dont le japon reste l'un des premiers pays à faire sa promotion. Mais, depuis des décennies, ce concept d'humanisation des soins de maternité connait un essor considérable au Québec, sous l'impulsion de personnes très engagées pour le droits des femmes comme **H. Vadeboncoeur (45)** et **Stéphanie ST-Amant (46)** tous deux Chercheuses – Consultantes expertes en périnatalité.

1-2-2-3-Expériences de l'humanisation de l'accouchement en Afrique de l'Ouest

L'humanisation de l'accouchement a été expérimentée au Sénégal, dans les districts sanitaires de Tambacounda et Kédougou *à travers le Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (**Pressmn**)* mis en avant par le Ministère de la santé et de l'action sociale, en collaboration avec l'Agence de coopération internationale du Japon. Les résultats ont été jugés satisfaisants et que les parturientes sénégalaises ont salué cette initiative où leur bien-être global est au cœur de la prise en soin par les professionnels de la santé **(47).**

Au Burkina Faso, la Société des Gynécologues et Obstétriciens du Burkina Faso (SOGOB) en 2014, a mis en œuvre un projet visant à renforcer les compétences dans le respect des soins de maternité entre ses membres et les travailleurs de la santé dans trois établissements. Dans ce cadre, les travaux de **A. Ouedraogo** et **coll. (48)**, portant sur les travailleurs de la santé de leurs auto-évaluations sur la qualité des soins dispensés, y ont reconnus leurs propres responsabilités. Pour améliorer cette qualité des soins, des engagements ont été pris. Elles vont d'une bonne réception; d'un examen clinique humaniste; d'une écoute attentive et à la réactivité aux besoins des patients; de la vie privée, de la discrétion et la confidentialité; et d'une disponibilité au confort**.**

1-2-2-4-Environnement et humanisation de l'accouchement

est reconnu que le lieu de travail influence les comportements des hommes. En effet, en 2013, **E. Grosbois (49)** soutenait dans sa thèse intitulé *L'environnement de naissance : Saisir l'expérience d'accouchement en maison de naissance* en ces termes: « l'environnement de travail dans les salles d'accouchements affecte la qualité de

l'accouchement dans une certaine mesure ». C'est pour cela qu'il a été préconisé que dans la mise en œuvre du *Projet de renforcement des soins de santé maternelle et néonatale (***PRESSMN***)* au Sénégal , en collaboration avec l'Agence de coopération internationale du Japon (**JICA)**, pour l'humanisation de l'accouchement au Sénégal, devait être accompagnée de politiques d'application visant à l'aménagement de la salle d'accouchement pour favoriser un environnement de détente pour la femme **(47).**

Aussi, l'organisation des services ayant un impact sur l'environnement ou le climat de travail influence la qualité des rapports entre les usagers des services et de par-là, la qualité de l'accouchement comme mentionné par **E. Grosbois (49)**. Cette situation est décrite en 1987 par **Piche (50),** comme un processus dynamique et interactif par lequel l'action forge l'environnement et est façonnée par lui. Sous cet angle, l'influence du milieu sur les comportements est réalisée à travers l'expérience qu'en font les usagers, l'environnement se définissant alors « comme un champ unitaire où le cadre physique est indissociable des événements, des acteurs et des significations qui s'y inscrivent ».

1-2-2-5-Respect des droits des parturientes et humanisation de l'accouchement

- **Des textes règlementaires pour l'humanisation de l'accouchement**

R. Behruzi a conclu en 2011, que l'humanisation des soins de naissance dans un l'hôpital hautement spécialisé devrait répondre à tous les aspects physiologiques et psychologiques des soins périnatals dont le respect des craintes, des croyances et des valeurs et besoins des femmes et de leur famille**.** En connaissance de cela, partout, dans le monde, et au Québec en particulier, la question de la violence obstétricale vécue lors de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum a constitué une préoccupation à tel point des que les femmes s'en ont approprié pour revendiquer leurs droits à la dignité, à l'humanisation lors de leurs séjour dans les maternités **(46).**

La reconnaissance juridique du respect des droits des femmes lors de l'accouchement s'est faite au bout de nombreux efforts. Ainsi, l'humanisation des soins en général et celui de l'accouchement en particulier, a été adossée à des normes juridiques, légales ou règlementaires et à des recommandations ou des chartes. Un cadre théorique, voulu par le législateur du 4 mars 2002 repartie le droit en deux partie : les droits individuels (droit d'accès au dossier, droit au consentement, droit à l'information, droit à la réparation des

conséquences dommageables des dysfonctionnements du système de soin) et droits collectifs (droit de représentation, droit à la participation) **(51).**

La reconnaissance de ces droits pour une humanisation a été épousée par les Autorités de la quasi-totalité des pays. Au Burkina Faso, cela s'est traduit par la ratification de plusieurs textes dont la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) le 8 novembre 1984 **(52),** la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC) en 1999 **(53)** et le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (le Protocole de Maputo) du 10 juillet 2003 **(35).**

Au Burkina Faso, la *loi n° 049-2005/an portant sante de la reproduction* **(54)** dans ses articles 12 et 13 du chapitre II confère des droits aux groupes vulnérables dont fait partie intégrante, les femmes enceintes/accouchées. Il y est stipulé que :

- Article 12 : Tout individu, tout couple a le droit de bénéficier des soins de santé de la meilleure qualité possible et de ne pas être exposé à des pratiques qui nuisent à sa santé. Tout individu, tout couple a le droit d'accéder à des services de qualité et de proximité, sûrs, efficaces, abordables et acceptables.

Toute femme a droit à un accouchement assisté par un personnel de santé qualifié.

- Article 13 : Tout individu, y compris les adolescents et les enfants, a le droit d'être protégé contre la torture et les traitements cruels, inhumains ou dégradants sur son corps en général et sur ses organes de reproduction en particulier.

Toutes les formes de violences et de sévices sexuels sur la personne humaine notamment les enfants et les adolescents sont interdites, sous peine des sanctions prévues par le code pénal.

- **Quelques mouvements, organisations et expériences pour le respect des droits des femmes en général et des femmes enceintes en particulier**

  - Amnesty international **(AI)** luttent pour mettre fin aux atteintes graves aux droits humains. La vision d'Amnesty international est celle d'un monde où chacun peut se prévaloir de tous les droits énoncés dans la déclaration universelle des droits de l'homme et dans d'autres textes internationaux relatifs aux droits humains. Dans son rapport « *La mortalité maternelle : Donner la vie sans risquer la mort* » sur le Burkina Faso **(55),** AI a demandé au gouvernement, à la communauté internationale et aux bailleurs de fonds visant à consolider les progrès déjà accomplis, à faire en sorte que :

- la lutte contre la mortalité maternelle soit poursuivie avec une cohérence accrue et que le respect des droits des femmes soit renforcé.

- que soient améliorés l'information et l'accès à la santé et aux services concernant la sexualité et la reproduction ;

- que les obstacles financiers, particulièrement pour les plus pauvres, soient levés ;

et que la qualité des soins et la formation du personnel médical soient renforcées afin que le droit des femmes à la santé soit pleinement respecté.

- La Fédération Internationale des Droits de l'Homme (**FIDH**), lors de son 35èm congrès de Quito en 2004, poursuivait cinq objectifs essentiels **(56**). Ce sont :
  - Protéger les hommes et les femmes défendant les droits humains
  - contre toute forme d'impunité
  - Œuvrer à l'avènement d'une mondialisation respectueuse des droits humains
  - Garantir le respect des droits des femmes en tant que droits fondamentaux
  - Préserver les droits de l'homme dans le cadre de la lutte antiterroriste
- Le mouvement ruban blanc (White Rubbon Alliance) **(20)**

Ce mouvement s'évertue pour un respect de la Charte sur les droits sexuels et reproducteurs de l'*International Planned Parenthood Federation*, 1996 qui est de lutter contre le manque de respect et les mauvais traitements (les sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance).

- La Fédération internationale de gynécologie et obstétrique (**FIGO**), dans sa revue de 2005 **(28)**, donne les preuves de l'existence de mauvais traitements pendant l'accouchement. Des stratégies d'intervention, et une présentation de l'initiative MBFBF qui reprend l'initiative hôpital ami des bébés, en y ajoutant "la mère" : the Mother and Baby Friendly Birth Facility Initiative. Des critères furent déclinés en faveurs du respect des droits de la femme qui accouche. Ce sont:
  - Positions libres, possibilité de boire et manger
  - Pas de discrimination (VIH, planification familiale, jeunes)
  - Intimité
  - Choix de l'accompagnant
  - Culture de la compétence dans les soins
  - Pas de maltraitance physique, verbale, émotionnelle
  - Soins abordables ou gratuites
  - Pas de pratiques de routine

- Soulagement de la douleur non-pharmacologique et pharmacologique
- Soins peau-à-peau, allaitement.

- L'ordre des Sages-Femmes et maïeuticiens d'Etats à travers le code de déontologie de la profession de Sages-femmes et Maïeuticiens d'Etats, dans ses articles 5 et 27 des statuts du 31 décembre 2013 prônent le respect de la personne en générale et celles des clientes en particulier.

1-2-2-6-Les facteurs influençant l'humanisation de l'accouchement

Au vue de la literature qui abonde dans ce sens, l'humanisation de l'accouchement, via le respect des droits des femmes enceintes et de celles qui accouchent serait fortement tributaire de l'environnement ou cadre de travail des prestataires. Ainsi, un cadre agréable de travail favorise l'épanouissement des travailleurs qui à leur tour donne des soins humaniste. Le présent cadre conceptuel s'inspire des cadres et chartes ci-dessous, que sont : la *Charte des droits des femmes enceintes et des femmes qui accouchent de White Ruban Alliance de 2012* ***(4),*** le cadre Adapté *de* **Murph, L**. ***1995*** **(57)** *connecté au cadre conceptuel de* ***A. Donabedian*** **(58)**.

Tableau I- Modèle conceptuel de la qualité des soins de A. Donabédian

	Indicateurs de « Structure »	**Indicateurs de « Processus »**	**Indicateurs de « Résultat »**
	Avons-nous les moyens de bien faire ?	*Faisons-nous comme il faut faire ?*	*Avons-nous de bons résultats ?*
Définitions	Il s'agit de tous les indicateurs en lien avec le contexte dans lequel les soins sont dispensés aux patients. Cela correspond donc à toutes les **ressources matérielles et humaines** mises à disposition pour les soins.	Il s'agit de tous les indicateurs en lien avec les transactions effectuées entre le patient et les fournisseurs de soins, tout au long de leur prestation de soins. Cela **correspond donc à l'organisation des soins et aux pratiques professionnelles** : soins fournis aux patients; conformité aux bonnes pratiques professionnelles.	Il s'agit de tous les indicateurs en lien avec les effets du système de sur les patients et la population. Cela correspond donc à la **satisfaction des patients** et leur état de santé, survie, qualité de vie, survenue de complications.

Adapté du modèle conceptuel de Donabedian : « définitions et exemples des trois catégories d'indicateurs » par G Layani - 2015

Le présent tableau II, présentant la charte des sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance, est la base du modèle conceptuel autour duquel se construisent nos observations des pratiques relationnelles ainsi que les interactions au cours de l'accouchement.

Tableau II: Les sept droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance

Catégories de manque de respect et de mauvais traitements	**Droit correspondant**
1. Violence physique	Le droit de conserver son intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements
2. Soins administres sans consentement	Le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s) (famille, amis,…)
3. Non-confidentialité des soins	Confidentialité vie privée et intimité
4. Soins ne respectant pas la dignité (la violence verbale comprise)	Dignité, respect
5. Discrimination fondée sur des attributs spécifiques	Egalite, absence de discrimination, soins équitables
6. Abandon, refus de soins (par le personnel)	Le droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de sante possible
7. Détention dans les centres	Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée a quoi que ce soit

La Charte droits des femmes enceintes et des femmes qui donnent naissance de WhiteRubbon Alliance de 2012.

Tableau III : Sources de stress au travail répertoriés par le CCHST (Centre Canadien pour l'Hygiène et la Sécurité au Travail)

Catégories de contraintes professionnelles	Exemples
Facteurs uniques à l'emploi	• charge de travail (surcharge et charge insuffisante) • rythme / variété / travail n'ayant pas de sens • autonomie (p. ex. la capacité de prendre ses propres décisions au sujet de son propre emploi ou de tâches précises) • travail par équipes / heures de travail • milieu physique (bruit, qualité de l'air, etc.) • isolement au travail (émotionnel ou travail solitaire)
Rôle dans l'organisation	• conflit de rôles (demandes contradictoires liées à l'emploi, nombreux superviseurs/gestionnaires) • ambiguïté d'un rôle (manque de transparence au sujet des responsabilités, des attentes) • niveau de responsabilité
Perfectionnement professionnel	• aucune chance de promotion/trop de promotion • sécurité d'emploi (peur de l'excédent de personnel, que ce soit en raison de l'économie ou d'un manque de travail) • possibilités de perfectionnement professionnel • satisfaction liée à l'emploi en général
Relations au travail (interpersonnelles)	• superviseurs • collègues • subalternes • menaces de violence, harcèlement, etc. (menace à la sécurité personnelle)
Structure/climat organisationnel	• participation (ou non-participation) à la prise de décision • style de gestion • habitudes de communication

(Adapté de : *Murph, L. R. Occupational Stress Management: Current Status and Future Direction in Trends in Organizational Behavior, 1995, Vol 2., pp 1-14*) (http://www.cchst.ca/reponsessst/psychosocial/stress.html)

Le tableau ci-dessus est. connecté au modèle de soins de A. Donabédian (tableau I) pour décrire l'organisation des soins et les pratiques professionnelles. Plus explicitement, il contient les éléments de base pour la description de l'environnement de travail.

1-3-Les variables de l'étude

Dans cette rubrique, nous présentons les variables d'intérêt de l'étude.

Notre variable dépendante est « Humanisation de l'accouchement : traduit par le comportement (positif ou négatif) des parturientes/accouchée lors de l'accouchement ».

Comme le souligne **M. Grawitz (59),** *dans Méthodes des sciences sociales,* « *la variable* ***dépendante*** *est celle dont le chercheur essaie d'expliquer les variations, (…). La variable* ***indépendante*** *est celle dont on essaie de mesurer et de comprendre l'influence sur la variable dépendante* ». Nos variables indépendantes sont :

1- les caractéristiques sociodémographiques des prestataires,

2- les caractéristiques de l'environnement ou contexte de travail,

3- les comportements et pratiques relationnelles des prestataires au cours de l'accouchement y compris les interactions prestataires-parturientes/accouchées induites

1-4. Propositions théoriques

L'environnement ou le contexte de travail influencerait fortement la qualité des soins offerte aux usagers en général et celle offerte aux parturientes/accouchées en particulier. En Effet, le modèle conceptuel de **A. Donabedian (58)** , montre que la qualité des soins est le résultat d'un tout, contenant trois niveaux, le deuxième s'intéressant aux indicateurs de processus, traite de l'organisation des soins (cadre de travail) et des pratiques professionnelles**.**

Les pratiques relationnelles influencent le respect des droits des parturientes et accouchées, donc l'humanisation de l'accouchement à travers un processus interactif par lequel l'action forge l'environnement et est façonnée par lui. Dans ce même ordre d'idée, **G. Roch, (60),** dans sa thèse de 2008 affirmait que les pratiques relationnelles occupaient une place centrale au niveau de la promotion des normes et valeurs professionnelles, mais elles sont souvent plombées par les milieux de travail défavorables**.** Selon la même auteure, des facteurs expliquent comment le climat organisationnel façonne les pratiques relationnelles de soins. Elle en cite comme facteurs, l'intensité de la charge de travail, l'approche d'équipe et la perception des prestataires, la perception du supérieur de l'organisation, les caractéristiques propres aux parents/familles et au prestataire**.**

Au vu de ce qui précède, les comportements/pratiques relationnelles des prestataires au cours de l'accouchement et l'environnement de travail sont indissociables. C'est en cela que selon **Piche (50)**, 1987, l'environnement est être qualifié comme un champ unitaire où le

cadre physique est indissociable des événements, des acteurs et des significations qui s'y inscrivent**.** En conséquence, de bonnes pratiques relationnelles basées sur les règles déontologiques lors de l'administration des soins au cours de l'accouchement conduirait à une humanisation de celle-ci.

CHAPITRE II : CONTEXTE ET METHODOLOGIE

2-1-CONTEXTE

2.1.1. Cadre d'étude

Présentation générale de l'hôpital de district de Bogodogo (61)

L'hôpital du district de Bogodogo constitue notre cadre d'étude. C'est un hôpital de référence de troisième niveau, dans la pyramide sanitaire nationale du Burkina Faso. Il est situé dans la région sanitaire du centre, dans le district sanitaire de Bogodogo. Il a été créé par le décret n°2016-1058/PRES/PM/MINEFID/MS du 14 novembre 2016, a absorbé l'ancien Centre Médical avec antenne chirurgicale (CMA) du secteur 30 et ses statuts particuliers ont été adoptés par le décret n°2017-1196/PRES/PM/MS/MESRI/MINEFID du 30 décembre 2016. L'hôpital a pour objectif principal d'assurer les prestations de services de santé de qualité conformément à la science médicale et aux exigences du service public.

L'Hôpital de district de Bogodogo, a une capacité d'accueil de trois cents (300) lits répartis dans les services cliniques dont fait partie le service de Gynécologie, d'Obstétrique et de santé de la reproduction où se trouve la maternité, notre champ d'étude. Nous avons dans l'hôpital:

- **La direction administrative**
- **les services médicaux**

- l'Anesthésie-Réanimation
- la Cardiologie
- la Chirurgie dentaire
- les Consultations externes
- la Gynécologie obstétrique et Médecine de reproduction
- la Médecine interne, Endocrinologie et Maladies métaboliques
- la Néphrologie-Hémodialyse
- la Neurologie
- l'Oncologie et Hématologie clinique
- l'Ophtalmologie et exploration visuelle
- l'Oto-Rhino-Laryngologie et Chirurgie Cervico Faciale
- l'Orthopédie et Traumatologie
- la Pédiatrie
- la Médecine physique et de Réadaptation

- la Rhumatologie
- la Stomatologie, Chirurgie maxillo-faciale et Chirurgie plastique
- les Urgences chirurgicales
- les urgences médicales.

➢ **Et les services techniques** que sont :

- L'Anatomie et cytologie pathologiques
- L'Histologie-Embryologie-Cytogénétique et Biologie de reproduction
- L'Imagerie médicale et Radiologie interventionnelle
- Le Laboratoire
- La Médecine légale
- La Pharmacie hospitalière.

Le personnel se chiffre à 327 agents toutes catégories confondues. De l'organisation des soins, pour la qualité des soins, l'hôpital dispose d'une direction de la qualité qui a pour mission, la promotion de l'assurance qualité des soins et des services et l'élaboration et la mise en œuvre des programmes de qualité. Les soins sont organisés dans des services médicaux et des services techniques et en partenariat avec d'autres structures et organismes, chacun dans son domaine d'intervention.

L'hôpital abrite deux sites. Le site A abrite les nouvelles infrastructures et le site B l'ex CMA du secteur 30. Les infrastructures du site B où se trouve la maternité, sont la plupart en désuétude justifiant ainsi un besoin de réhabilitation.

2-1-2-Champs d'étude

Notre terrain d'étude, la maternité est située dans le site B qui abrite les infrastructures de l'ex CMA du secteur 30. La maternité de l'hôpital est composée de quatre bâtiments. La salle d'accouchement, lieu où se déroule notre étude, se trouve dans l'un des bâtiments et possède cinq pièces : la salle d'accouchement d'environ 50 mètres carré où se trouvent un bureau pour les prestataires et trois tables d'accouchements, une salle de suites de couches avec 42 lits en état passable, deux salles de gardes, et un hall aussi occupé par les accouchées. Y travail, dix Gynécologues, soixante-neuf Sages-femmes dont vingt-cinq en salle d'accouchement et six Garçons et filles de salle. Le service est organisé en matinée, permanence et garde avec des relais de huit de temps. Les autres sous-unités de la maternité sont les suites de couches, le post opéré et le bloc opératoire conjoint avec le service de chirurgie.

Les équipements dans la salle d'accouchement sont insuffisants et vétuste. En effet, il n'y a que trois tables d'accouchements en état passable, une seule table de réanimation en état passable, un climatiseur non fonctionnel, un ventilateur en état passable, Un bureau moyen, surchargé par les documents.

Le tableau ci-dessous donne le nombre d'accouchements réalisés dans la maternité de l'hôpital au cours des trois dernières années.

Tableau IV-**Données sur les accouchements des trois dernières années à la maternité de de l'hôpital de district de Bogodogo**

Accouchement	Année		
	2014	2015	2016
Eutociques	825	811	897
Dystociques	2449	2814	2968
Césariennes	1006	1216	1002
Total	4310	4841	4865

RISSE Hôpital de district de Bogodogo 2017

2-2-Méthodologie

2-2-1-Dévis de recherche

Notre recherche est de type qualitatif. Nous adoptons la théorie d'interactionnisme symbolique à variante empiriste de **Park et de Burgess (62)** qui permet d'avoir accès à ce que les acteurs font, disent et pensent. Le premier auteur considérait que la meilleure façon de connaître les réalités sociales était de s'en imprégner**.**

C'est une approche qui vise à étudier le respect des droits des accouchées et à cerner les manifestations de phénomènes sociaux avec un souci d'authenticité, de compréhension et de rigueur méthodologique. En outre, elle permet de saisir de façon détaillée un phénomène en se basant sur la perspective des participants, obtenue par la collecte des récits tout en utilisant un cadre de recherche flexible.

L'étude s'inscrit dans une démarche évaluative de l'application des règles déontologiques dans l'hôpital de district de Bogodogo. Le point de vue est émic, c'est-à-dire, celui produit par les femmes et les prestataires**) (63).** C'est pour cela que notre démarche, par l'observation

des pratiques, les entretiens avec les prestataires et les bénéficiaires (accouchées) et la revue des documents, s'intéresse aux normes et à la signification construite au fil des interactions sociales du point de vue des femmes, groupe vulnérables, au cours de l'accouchement et de celui des prestataires lors de l'accompagnement des accouchées ; ces significations apparaissant comme nécessaires à la compréhension et à l'explication de leurs comportements.

2-2-2-Population et échantillonnage

2-2-2-1-Population d'étude

La population d'étude se compose :

- des prestataires Sages-Femmes et Maïeuticiens d'Etats (SFE/ME) en service dans la salle d'accouchement de la maternité de l'hôpital de district de Bogodogo
- des parturientes/accouchées de ladite maternité.

2-2-2-2-Echantillonnage

Comme stratégie, nous avons recouru à un échantillonnage raisonné aussi bien pour les prestataires SFE/ME pour les observations et entretiens, que pour les accouchées pour les entretiens. Ces choix se motivent parce qu'ils sont plus adaptés au devis de notre recherche, et ils visent à diversifier les sources de données, c'est à dire, les points de vue des parties en interaction. Compte tenu du caractère qualitatif de l'étude, nous avons opté d'appliquer le principe de saturation des informations à travers aussi, la variété des sources de données.

2-2-2-3-Echantillon

Le recrutement des participants à l'étude s'est faite progressivement jusqu'à saturation des informations. De la saturation des données, **F. Guillemette (64)** citait **Glaser** et **Strauss** ,en 2006 : «*le point de saturation théorique est atteint lorsque, de la collecte des données, n'émerge plus rien de vraiment nouveau ni de vraiment consistant* »**.** Nous avons ainsi saturé nos informations après douze [12] observations des pratiques de prestataires, dix [10] entretiens avec les prestataires et cinq [5] entretiens avec les accouchées.

Nous avons recouru à une diversification interne et externe. La diversification interne (intragroupe) consiste à donner un portrait global d'individus homogène à l'intérieur d'un groupe. Ici, il s'agit du groupe de prestataires Sage-Femme/Maïeuticien d'Etat dans lequel le

sexe, l'âge et l'année d'expérience a permis de diversifier les prestataires et celui des accouchées dans lequel la diversification a été faite par l'âge et la gestité/parité. Quant à la diversification externe (intergroupe) ou de contraste, il s'est agi de croiser les points de vu des prestataires SFE/ME avec celui des accouchées.

Critère d'inclusion

Font partie de l'étude,

- les prestataires qui respectent les conditions suivantes :
  - exercer dans le site de l'étude, c'est-à-dire dans la maternité de l'hôpital.
  - être présent au moment de l'étude ; et accepter de participer à l'étude.
- les parturientes et accouchées de la maternité, présentent au moment de l'étude et qui acceptent participer à l'étude.

2-2-3-Le cas à l'étude et l'unité d'analyse

Notre étude se déroule dans l'hôpital de district de Bogodogo de la commune de Ouagadougou. L'unité d'analyse est le respect des droits des accouchées dans l'environnement de travail où se déroule l'accouchement, c'est-à-dire, à la maternité de l'hôpital de district de l'arrondissement de Bogododgo.

2-2-4- Outils et sources de données

La collecte de données a été réalisée dans la salle d'accouchements et dans les salles de suites de couches. Pour les prestataires, elle est faite à l'aide d'une grille d'observation élaboré en tenant compte de deux critères pour juger de la validité de l'instrument : la capacité de l'instrument à fournir le maximum d'informations sur le sujet à l'étude et l'efficacité de l'instrument, d'un guide d'entretien et du matériel d'enregistrement pour l'appréciation du respect des droits de la femme au cours de l'accouchement.

Pour les accouchées, aussi, un guide d'entretien et du matériel d'enregistrement a été utilisé pour recueillir leurs perceptions des soins reçus. La même grille d'observation des pratiques des prestataires permet aussi d'observer les réactions des parturientes lors de la réception des soins.

Aussi, la revue documentaire a concerné le plan d'action de l'hôpital, les dossiers cliniques des accouchées, les documents relatifs à la l'organisation du service.

2-2-5- Méthodes d'enquêtes.

2-2-5-1-Entretiens

Pour notre étude, l'entretien semi-structuré nous parait la technique de collecte de données la mieux adapté. En effet, L'entretien semi-directif est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien. Les entretiens sont animés par des relances au cas où les enquêtés éprouvent de la difficulté à répondre ou s'ils s'écartent du sujet, objet de l'entretien. Cela se fait par des explications ou par des recadrages du sujet à discussion. Aussi, en cas de non précision des réponses, un résumé des propos de l'enquêté lui est communiqué pour obtenir sa validation, afin de s'assurer du point de vue réelle. L'entretien semi-structuré favorise la spontanéité et permet de tenir compte du langage non-verbal de l'interviewé. Notre guide est construit à partir de la revue de la littérature et a été adapté à l'issu de la pré-enquête réalisée dans la maternité du CSPS de la Trame d'accueil du secteur 30 dans la ville de Ouagadougou.

2-2-5-2-Observations

L'observation permet d'observer les pratiques, en temps réel des prestataires, par rapport aux normes en matière de droits des accouchées et aussi des réponses des accouchés face à leurs vécus ainsi que, l'environnement de travail dans lequel se déroule les accouchements. Cela nous a permis aussi de décrire la communication verbale et non verbale entre les prestataires et les bénéficiaires du service, pour en analyser et interpréter la nature de la relation. Nous avons recouru à l'observation participante périphérique qui donne une implication plus modérée du chercheur à l'action

2-2-5-1-Revue documentaire

Au cours de cette activité, l'organisation du travail dans l'unité, la description de poste, la répartition des taches a été recueillie. Les informations ont été complétées par un journal de bord pour les comportements non verbaux et des notes terrains.

2-2-6- Méthode d'analyse

Une pré-enquête est réalisée pour adapter nos instruments de collecte de données, afin d'assurer une validité interne à nos informations.

Par soucis de triangulation, et également par soucis d'exhaustivité, nous avons utilisé plusieurs sources de données que sont :

- les données des observations de l'environnement de travail et des pratiques relationnelles au cours des accouchements
- les données recueillis à l'aide d'entretiens, auprès des prestataires et des accouchées
- Les données issues de la revue documentaire (Plan d'action de l'hôpital, documents de programmation des activités au sein de la maternité, dossiers cliniques des accouchées).

Et nous avons fait valider les résultats par les enquêtés en leurs restituant la synthèse des résultats de l'étude à travers des rencontres individuels. Nous avons ainsi assurer la validation des données et des résultats par le respect d'une rigueur méthodologique (triangulation théorique et celle méthodologique) tel que définie par **Letrilliart** et **coll** en **2009 (65)**.

L'analyse des données a concernés les « verbatim » issues des entretiens, les faits observés et des données issues de la revue documentaire. Elle est faite selon trois flux d'activités à savoir :

a- la condensation des données
b- la présentation des données
c- l'élaboration/vérification des conclusions

qui sont tous précédées du recueil des données selon le modèle interactif de *Huberman & Miles* illustré par le schéma suivant:

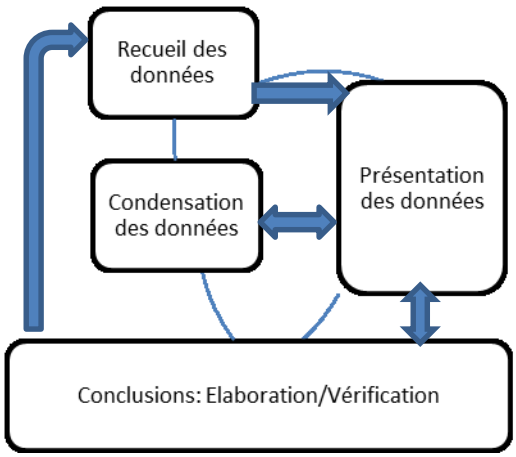


Figure I: Composantes de l'Analyse des données : Modèle Interactif d'après Huberman & Miles (1991) *(66)*.

La codification pour la réduction des données s'est effectuée selon la démarche de l'analyse inductive dont les étapes sont les suivantes **(67)** :

1-Préparation des données brutes

2-Lecture attentive et approfondie

3-Identification et description des premières catégories

4-Poursuite de la révision et le raffinement des catégories

En début d'analyse des résultats, nous avons procédé à la transcription écrite des enregistrements après les avoir écouté en prenant soins d'identifier chaque enquêté en lui attribuant sa parole par sa voix. Ensuite, nous avons transformé les données brutes en matériel analysable. Pour cela, nous nous somme servi de tableaux comme matrice pour résumer les données des observations et des entretiens par thèmes.

Notre analyse s'est réalisée sous l'angle interactionniste. Elle s'inspire de la vision décrite par **J. Cosnier** et **coll.(68)**. Selon ces auteurs, l'administration des soins concerne un éventail très vaste d'activités tels que les paroles, le toucher corporel, l'intrusion corporelle, l'introduction de molécules, etc…Ils affirment que toute étude d'interaction concrète doit s'appuyer une analyse contextuelle et en définissent quatre composantes pour le ***contexte.*** Il s'agit du cadre (aménagement spatiale), des partenaires de la relation et de la plate-forme communicative commune.

Notre choix pour cette approche se justifie par la similarité des éléments du contexte décrite ci-dessus. Dans notre étude, le cadre représente la salle d'accouchement, les partenaires sont représentés par le couple prestataire-parturiente et accompagnants, avec pour objet, l'accouchement autour de laquelle se passe un processus communicationnelle. Ce type d'analyse été utilisé par **L. Boulaid** en **2009 (23)** dans une étude ethnographique au Burkina Faso mais , sous la plume Goffmanienne et selon les interactions sous l'angle de Bourdieu. Goffman accordent une importance à la dimension sociale parce que les interactions mettent en scène l'individu et montre comment ce dernier se donne à voir sur la scène, face aux autres. Quant à l'approche sous l'angle de la sociologie de Bourdieu, elle est basée sur la théorie de l'espace qui développe une approche dynamique des rapports sociaux. Bourdieu observe les pratiques sous l'angle des relations différentielles et inégales **(69).**

Aussi, l'analyse des comportements (communications) s'est faite en s'intéressant au lien entre la communication verbale et celle non verbale. Comme le dit Cosnier et coll. en 1993 dans *Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins*: « *Dépassant le simple constat du lien entre comportement verbal et non verbal, les chercheurs en analyse de conversation ont produit des analyses détaillées de configurations séquentielles où signes vocaux et visuels sont intégrés à la communication »* **(68).** C'est comprendre donc, pourquoi

le langage verbal et celui non verbal doivent être analysés tout en ne perdant pas de vue une corrélation entre eux. C'est ainsi que pendant les accouchements, nous avons observé la nature des relations ainsi que les réponses induites aussi bien, au niveau des parturientes et accouchées et des prestataires. Ce sont les réactions d'accord et de désaccord, de douceur et d'agressivité et les langages d'amabilité.

2-2-7- Considérations éthiques

D'une part, la présente étude a reçu l'autorisation de la direction régionale de la santé du centre, du district sanitaire de Bogodogo et de la direction de l'hôpital de district de Bogodogo. D'autre part, elle s'est déroulée, après approbation du comité d'éthique pour la recherche en santé **N° 2017-6-070** du Ministère de la santé du Burkina Faso et un consentement volontaire signé des participants. Aussi, l'octroi de codes aux participants a permis d'assurer l'anonymat et les informations recueillies rendues confidentielles.

Pour assurer l'anonymat des enquêtés, nous avons procédé au codage des identités de ceux-ci de la manière suivante :

Tableau V : Codage des prestataires[1] devant participer à l'étude

Prestataire	Code
1er Prestataire	P 1
2ème prestataire	P 2
3ème prestataire	P 3
-	-
-	-
-	-
nième prestataire	Pn

[1] Le terme générique ***prestataire*** désigne aussi bien les Sages-Femmes et les Maïeuticiens d'Etats

Tableau VI : Codage des accouchées devant participer à l'étude

Accouchée	Code
ère accouchée	Acc 1
2ème accouchée	Acc 2
3ème accouchée	Acc 3
-	-
-	-
-	-
nème accouchée	Acc n

CHAPITRE III : RESULTATS

La collecte des données s'est déroulée du 17 juin au 15 juillet 2017 et l'analyse a abouti aux résultats ci-dessous présentés point par point avec ensuite une synthèse des principaux résultats.

3-1-Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés au cours de l'étude.

Tableau VII**: caractéristiques sociodémographique des prestataires enquêtés**

Entretien	***sexe***	***Age (en année)***	***Années d'expérience***	***Zones d'exercice de la profession***	
				Rurale	***Urbaine***
P 1	H,	39	Infirmier depuis 2001 mais 3 ans Maïeuticien	X	X
P 2	H	42	10	X	X
P 3	F	28	3	X	X
P 4	F	43	3	X	X
P 5	F	39	8		X
P 6	F	30	6	X	X
P 7	F	36	8	X	X
P 8	F	42	Auparavant IB puis 3 ans SFE mais 3 mois dans le site	X	X
P 9	F	38	10		X
P 10	H	40	7	X	X
P11	H	31	5		X
P12	F	28	4	X	X

Les prestataires P11 et P12 observés n'ont pas été interviewés car la saturation des données ayant intervenue à P10.

Tableau VIII **: Caractéristiques sociodémographique des accouchées enquêtées**

Accouchée	***Age (en année)***	***Gestité-Parité Enfants vivants***	***Profession***	***Zones d'habitation***	
				Rurale	***Urbaine***
Acc 1	20	G_1P_1 1 EV	Femme au foyer		X
Acc 2	23	G_1P_1 1 EV	Femme au foyer		X
Acc 3	20	G1P1 1 EV	Femme au foyer		X
Acc 4	26	G2P2 2 EV	Infirmière non en activité		X
Acc 5	34	G3P3 3 EV	Femme au Foyer		X

La saturation des données a intervenue à Acc 5.

3-2-Environnement/contexte de travail

3-2-1-Du point de vue des prestataires

3-2-1-1- Charge de travail

De nos entretiens avec les prestataires, il ressort que les avis sont partagés sur question de la *charge de travail*.
D'une part, certains se disent trop chargé et en voici l'un des récits. Ils en donnent les raisons qui vont du nombre élevé d'accouchements réalisés aux multiples supports à remplir, à chaque accouchement.
Du nombre d'accouchement jugé trop important, voici le récit de l'un des prestataires.

> « *Ici, on est trop chargé, parce que, c'est un centre de référence. En plus de cela, d'autres patients viennent d'elles-mêmes. Au cours de nos 24 h, intercalés de 8 h de temps à 4 h, nous pouvons accoucher 25 femmes en moyenne. Il est donc difficile de parler de globalisation des soins » P1*

Quant à ceux qui soutiennent la multitude de supports à remplir augmentant la charge de travail, nous retenons les propos de ce prestataire qui dit en ces termes :

> *« Nous sommes trop chargés. ……..il ne suffit pas seulement d'accoucher, il faut remplir les supports, environ 5 par patientes ». P 2*

D'autres, par contre estiment que leur charge de travail est acceptable. C'est ce qui ressort des entretiens d'autres prestataires dont nous choisissons le suivant récit illustratif :

> *« La charge de travail est acceptable. Il y a beaucoup d'accouchement, mais comme nous sommes nombreux, on arrive à gérer. Des fois, il y a des femmes qui sont couchées à terre par manque de lit. Mais le problème est en train d'être résolu ». P 7*

Mais pendant la période de l'étude, Nous avons fait le constat d'une salle d'accouchement bondé de femmes enceintes, des évacuées et des références, ce qui n'a pas facilité nos entretiens, par insuffisance de temps matériel.

3-2-1-2- Description de poste

Des observations, nous n'avons pas trouvé un organigramme, ni une description de poste/répartition des taches affichées dans a salle d'accouchement, ni dans le service. Par contre, il est affiché, les tableaux de répartition des équipes pour la matinée, les permanences et les gardes. Néanmoins, la majorité des prestataires, arrivent à donner une description globaliste de leurs rôles. Nous choisissons d'évoquer ici les propos de l'un d'entre eux à ce sujet :

> *« Je connais mon rôle, (interruption par d'un collègue qui est reparti). C'est d'aider les femmes à accoucher, procurer des soins au nouveau-nés et à la maman. Enseigner la femme sur les signes de danger, faire le counseling pour la planification familiale et donner un rendez-vous pour la consultation post natale ». P7*

3-2-1-3- Perception des prestataires de l'environnement de travail

a. De la satisfaction des prestataires de leur emploi

Les prestataires, dans la grande majorité, se disent satisfait de leur emploi. A ce sujet, nous retenons les déclarations de l'un d'entre eux qui dit :

> *« Je suis satisfait de mon emploi. C'est un métier très noble, parce qu'imaginez-vous qu'une femme qui conçoit et qui doit accoucher. Vous êtes la première personne qui touche à son enfant avant son mari. Et les remerciements. S'il y avait à reprendre, je choisirai encore ce métier* ». (*On sentait de l'enthousiasme en lui. Il parlait avec passion) P 2*

Et se disent compatissant quand survient des situations dramatiques telles que les décès.

> *« Je suis satisfaite de mon emploi. Les raisons sont que quand j'aide les femmes à avoir leurs enfants et que le parcours se passe bien, cela me donne la satisfaction. Mais si ça se passe mal, on compatit avec la maman, l'annonce est souvent difficile ». P 4*

Bien que les prestataires déclarent être satisfaits de leur emploi, il déplore cependant être victime de mauvais traitements et de manque de soutien la part de leurs hiérarchies professionnelles. Ils poursuivent que malgré l'insuffisance du plateau technique qui ne leurs permettent pas de donner des soins optimum aux accouchées, ils sont victime de traitement qui les frustrent. Voici deux récits de prestataires qui étayent cela.

« Je suis satisfaite d'une part. Au départ, j'ai toujours aimé le métier de SFE, avant de faire le concours. Je peux dire que j'ai réalisé mon rêve. D'autre part, façon qu'on traite les SFE, ça laisse à désirer. Avec les petits moyens à notre disposition, quand un problème survient, on ne voit plus cela. C'est frustrant ». P 9

Des propos jugés dévalorisants, ce prestataire dit :

« *Tu n'as jamais vu et entendu ici ? Un Gynécologues a dit à une SFE. Tu ne mérites pas ton salaire. C'est quelle SF ? P 6*

Toutefois, pendant notre bref séjour dans la salle d'accouchement, nous n'avons pas constaté ces scènes de traitement frustrant évoqué, de la part de la hiérarchie professionnelle à l'endroit des prestataires Sages-femmes et Maïeuticiens d'Etat.

b. Perception des prestataires de leurs rôles dans le service et leur participation à la prise de décision

Bien qu'il n'y ait pas de description de poste/répartition de taches affichées, les prestataires disent connaitre leurs rôles et en sont d'ailleurs satisfaits. En plus, ils/elles déclarent être satisfait de leur emploi de SFE/ME. A ce sujet, voici une des déclarations des certains des prestataires :

« Je suis satisfaite de mon rôle. Tout ce que je fais, c'est le rôle de la SFE. On ne m'a pas imposé un autre travail autre que celui de SFE ». P8

Cependant, ils disent ne pas participer aux prises de décision. Leurs points de vue se limitent dans leurs équipes. A ce sujet, de l'entretien 8, il ressort cette déclaration:

«Non, je ne participe pas à la prise de décision. Depuis que je suis là, on n'a jamais eu de rencontre avec nos supérieurs. On ne les connait même pas, sauf la SUS qui passe de temps en temps. Si c'est dans l'équipe, on se donne les points de vue » P8

3-2-1-4- Qualité des relations au travail

Du point de vue de certains prestataires, leurs relations au travail se trouvent au beau fixe. En témoigne la déclaration suivante d'un des prestataires à ce sujet :

« La qualité de nos relations au travail est bonne. On essaye de se compléter et de se comprendre pour les examens cliniques. Les retards et les absences sont signaler et excusés entre nous, ce qui permet aux autres de se préparer psychologiquement pour le travail ». P 1

D'autres par contre évoque et nuance sur la qualité de ces relations. Voici ce qu'en dit un autre, des prestataires :

« (Rire). La qualité de nos relations au travail est moyenne. Je viens d'arriver et deux mois ne suffissent pas pour trop juger. Parce qu'entre nous femmes, ce n'est pas facile ». P 3

3-2-1-5- Habitude de communication

c. Des habitudes de communication entre les prestataires

Des habitudes de communications, ils y a ceux qui estiment entretenir de bonnes relations et de ces bonnes relations, voici ce que déclare l'un des prestataires :

«On se parle avec respect et amabilité. On se taquine, on se surnomme, on devient des amis. On le fait pour avoir l'ambiance. S'i y a l'ambiance, le travail se passe bien. Cela entraine une collaboration pour pouvoir mieux faire le travail et atteindre les objectifs ». P 6

Mais, il est aussi ressorti des entretiens que, dans l'ensemble, bien que les relations soit bonnes, il survient des fois des conflits. En témoigne les dires d'un des prestataires :

«On se parle avec respect et amabilité. Mais, les gens ne peuvent pas se ressembler. Parfois, il y a des chocs ». P 5

Nous constatons alors que les avis sont partagés. Mais tout compte fait, nous en déduisons que parfois, les relations conflictuelles surviennent.

d. Des habitudes de communication entre les prestataires et leurs supérieurs hiérarchiques

Des habitudes de communication en salles d'accouchement, nous avons observé, dans l'ensemble, un climat bon ambiance entre les prestataires. Cela va des vouvoiements à la plaisanterie. Ce climat aimable a aussi été observé entre les Gynécologues et les Sages-Femmes/Maïeuticiens d'Etat. Voici un des quelques faits observés et entendus :

> *« S'il te plait, peux-tu me donner le dossier de Mm (omission express du nom de la patiente, confidentialité oblige) venu du CSPS du 30 ? »* (Propos d'un Gynécologue à une Sage-Femme).

Des entretiens, la majorité des prestataires disent se parler amicalement et sur une base de respect mutuel quel que soit la position de chaque personne. Un des prestataires dit cela à ce propos :

> *« On se parle avec respect et amabilité. Comme je l'ai déjà dit, nous recherchons la bonne collaboration. Comme nous devons travailler ensemble, il faut d'abord qu'on s'entende. Cela pour le bien de la patiente ». P7*

L'importance d'établir de telles relations entre les prestataires entre eux et avec les parturientes a été souligné par les prestataires, à travers les entretiens dont voici un exemple:

> *« Les supérieures hiérarchiques et nous, nous parlons avec respect. C'est pour pouvoir améliorer ensemble la qualité des soins des parturientes. Souvent, les médecins viennent en terme courtois, demander s'il n'y a rien pour eux (des cas de complications, rires…)». P1*

Bien que dans la majorité des cas, les prestataires aient soulignés que les relations sont empreintes de respect, d'autres par contre évoquent des communications dépourvues de considérations, de la part de la hiérarchie professionnelle. En voici l'un des récits de prestataires qui étaye cela :

> *« Les supérieurs hiérarchiques et les prestataires se parlent généralement avec respect. Sinon, il y a n'a qui sont très gentils, mais d'autres, quand ils te parlent, tu regrettes d'avoir fait le cycle court » P6*

Le même prestataire, à ses collègues, à propos de paroles dévalorisantes des professionnelles hiérarchiques, dit ceci :

> « *Tu n'as jamais vu et entendu ici ? Un Gynécologues a dit à une SFE, tu ne mérites pas ton salaire. C'est quelle Sage-Femme ça? Cela s'est passé après un décès maternel ».* ***P6*** **(**Propos après enregistrement)

D'autres encore, abondent dans le même sens au sujet de cette qualité des relations jugée insuffisance. A titre illustratif, voici encore les propos de l'un des prestataires.

> *« Les supérieurs hiérarchiques et les prestataires ne se parlent pas toujours avec respect. Il y a des supérieurs qui ne respectent pas. Quand tu ne respectes pas, tu ne peux pas respecter les autres. Il y a n'a qui ont des aires de supérieur. On veut forcement faire comprendre que c'est moi le chef ». P5*

3-3- Relation prestataire-parturiente/accouchée

3-3-1-Du point de vue des prestataires

3-3-1-1-Considération des parturientes à charge par les prestataires

Tous les prestataires, dans leurs déclarations affirment considérer les parturientes comme les leurs. Certains ont même dit les considérer comme leurs sœurs.

3-3-1-2- l'importance de l'établissement d'une bonne relation entre prestataire et parturiente/accouchée.

Les prestataires soutiennent qu'il est très important d'instaurer une bonne relation avec les parturientes, c'est-à-dire, respecter les droits de la parturiente ou s'adapter à leurs réactions.

Voici ce que dit un prestataire Sage-Femme et elle en donne les raisons:

> *« C'est très important. Si une femme se présente devant nous, souvent, elle est souffrante, donc on doit supporter et comprendre ses caprices et l'aider. Cela est important parce que cela va me permettre de la prendre en charge. Sinon elle peut refuser de collaborer par manque de confiance ». P3*

Un autre prestataire ajoute :

> *« C'est très important de respecter les droits de la parturiente. Selon moi, une femme qui vient vers un (e) accoucheur (se), c'est parce qu'elle pense que vous pouvez l'aider. Si on ne respecte pas leurs droits, on risque d'enregistrer encore des accouchements à domicile. Donc on doit respecter les droits des parturientes comme tout malade ». P6*

Certes, l'établissement de bonne relation est unanimement partagé par l'ensemble des prestataires, certains reconnaissent que son établissement n'est toujours pas évident.
D'une part, des parturientes dites capricieuses ne facilitent pas cela. Voici les propos de l'un d'entre eux :

> *« C'est très important. Cela permet à la femme de s'extérioriser, mais il y a certains caprices qu'on ne doit pas accepter, car cela ne l'arrange pas. Exemple, une qui refuse de pousser. Mais on doit l'expliquer ». P8*

A cela s'ajoute des propos désobligeants de certaines parturientes et accouchées qui conduisent à des relations conflictuelles selon un autre prestataire qui propose une solution pour éviter ces conflits :

«Je souhaiterai qu'on sensibilise la population. Certaines femmes et parturientes tiennent des langages tel que « c'est ton travail, ce sont mes droits…. ». P3

Et d'autre part, cela est le fait de certains prestataires selon eux. A ce propos, le même prestataire reconnait en ces termes que :

« Je souhaiterai ……. Il faut aussi sensibiliser les agents de santé car certains d'entre nous ne se comportent pas bien ». P3

Voilà pourquoi, dans l'un des entretiens, un prestataire soutient que :

« C'est très important. La patiente vient avec des angoisses. Il faut la mettre en confiance. C'est une humaine comme moi. Respect de la personne pour une confiance, ce qui entraine une collaboration. C'est une question de déontologie » P4

3-3-1-3-Principes de base de la relation soignant/soigné

Pour évaluer les aptitudes des prestataires à l'établissement de bonnes relations avec les parturientes, la question suivante leur a été posée :

Pour vous, la relation soignant/soigné est principalement basée sur quoi ?

Des réponses obtenus, il ressort des propos d'un prestataire que :

« Pour moi, (Réflexion, hésitation), la relation soignant/soigné est basée sur l'écoute-la communication-l 'empathie-le respect-la confiance-la sympathie ». P1

3-3-1-4-Du tutoiement des parturientes et accouchées

Au cours des entretiens, les prestataires soutiennent que le tutoiement ou le vouvoiement n'est pas forcément des signes de respect ou de non-respect. Comme exemple à ce sujet, de l'entretien 3, il ressort que : *« Cela dépend de la culture de chacun ».P3*

3-3-1-5-Opinion des prestataires de la qualité des relations avec les parturientes/ accouchées et leurs accompagnantes.

Selon les prestataires, leurs relations avec les parturientes sont bonnes, mais c'est avec les accompagnants que le problème se pose. De ce sujet, voici ce que dit l'un des prestataires lors des entretiens :

« Je les vois bonnes. Mais il arrive parfois de petits manquements avec les accompagnants et cela surtout à Ouaga, mais pas avec les accouchées.... » .P6

Et le même prestataire de reconnaitre que cela viendrait d'une insuffisance de communication de leurs part. Il dit ceci :

« La communication pose des fois des problèmes. Souvent, la communication n'est pas bien faite, l'explication de la situation n'est pas faite. Donc si un problème survient, cela entraine des manquements ». P6

Ils estiment que généralement, c'est avec les accompagnants qu'ils rencontrent des difficultés. Cela est étayé par le discours de ce présent prestataire qui dit, à propos des relations :

« Je les vois bonnes. Avec les parturientes, généralement, les relations sont bonnes, mais c'est avec les accompagnants que le problème se pose. Les accompagnants ne comprennent pas le processus de l'accouchement, donc, cela entraine parfois des incompréhensions » P2.

Un autre prestataire donne une autre explication de causes de ses conflits avec les accompagnants qui les amènent à parfois s'emporter. Il parle de la salle d'accouchement et donc évoque ici les conditions de travail. Voilà ce qu'il dit :

« Nous avons des relations parfois difficiles. Des fois, on est obligé d'élever un peu la voie avec les accompagnants à cause de l'engorgement de la salle. Donc, on nous trouve parfois méchantes ». P4

3-3-1-6-Propositions des prestataires, pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux les et les parturientes/accouchées.

Fort des relations conflictuelles qui surviennent lors des accouchements, les prestataires proposent une multitude de solutions, pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux et les accouchées. La liste n'est pas exhaustive mais on peut ici retenir les suivantes :

« Pour améliorer la qualité des relations entre nous et les accouchées, je pense qu'il faut
- premièrement, améliorer les locaux. Par exemple, nous avons des tables d'accouchements qui sont alignées. Parfois, il y a des gens qui veulent assister.

- éviter les ruptures dans la gratuité des soins. Je pense que les SONU ont battu la gratuité. Vous-même êtes témoin du cas de GEU rompu qui tarde par manque de sang.
Par exemple, un accompagnant ne peut pas comprendre ce retard alors qu'on dit que c'est une urgence. Si cette dama meurt, c'est la guerre.
- Revoir les conditions de vie du personnel car souvent, on pense à nos problèmes.
-Améliorer la disponibilité du matériel médicotechnique car recours souvent à la pédiatrie pour réanimer les nouveau-nés et après, comment expliquer ça à un accompagnant »? P6

Un autre propose des solutions en amont.

« Je propose que pendant la consultation prénatale, on prépare les femmes à l'accouchement. Cela peut permettre de comprendre le minimum du déroulement de l'accouchement. Sensibiliser pour amener à bien comprendre ». P8

Ce dernier propose aux prestataires de faire preuve d'indulgence et d'instaurer le dialogue avec les parturientes et leurs accompagnants.

« Je propose le dialogue, la communication. Il faut être indulgent quand les patients et les accompagnants viennent. Ils sont inquiets. Donc, on doit les rassurer en leurs expliquant la situation et ce qui doit être fait ». P 9

Nous résumons ici ce que les prestataires proposent l'amélioration de la qualité des relations entre prestataires et les parturientes, accouchées et leurs accompagnants.

- Améliorer la qualité de la communication avec les parturientes/accouchée en leur donnant les résultats des examens et en les comprenant (s'adapter à elles)
- préparer les femmes enceintes à l'accouchement, pendant les consultations prénatales
- améliorer leurs espaces de travail
- rendre disponible le matériel médicotechnique
- rendre disponible et de manière pérenne les médicaments pour la gratuité

3-3-2-Du point de vue des accouchées

3-3-2-1-Satisfaction de l'ambiance et des soins reçus

Des entretiens avec les accouchées, il ressort deux positions sur l'ambiance et la qualité des soins reçus. L'une des parties s'estime satisfaite. Voici le récit d'une d'entre elles :

> *« Oui, je suis satisfaite des soins reçus. (Hésitation environ 2 mn, relance). Ah bon, au niveau de l'accouchement, avec les Sages-femmes, elles n'étaient pas très sévères avec moi, puisque y a d'autres qui disent que quand elles viennent, y a d'autres Sages-femmes qui crient sur elles. Mais, pour moi, elles n'ont pas criées sur moi. Au niveau des soins, elles m'ont données les produits nécessaires ». Acc 3*

Alors que l'autre partie trouve qu'elle n'est pas de bonne qualité voici ce que dit l'une d'entre elle à ce sujet :

> *« Oui, je suis satisfaite des soins reçu. Pendant l'accouchement, y a pas eu de problème. Quand je suis arrivée, j'ai été d'abord dans l'ancienne maternité. Je n'ai pas été bien reçu. Et on m'a envoyé dans le nouveau bâtiment. Bon au fait quand je suis arrivée, je les trouvé en train de causer (les prestataires). Premièrement, il me dit, il faut aller te coucher sur la table. Elles ont pris à peu près quinze minutes comme ça, avant de me regarder. Après, un homme est venu et m'a demandé. Où est ce que tu es quitté ? Regarde tes chaussures, c'est plein de boue. Tu viens Tu viens salir notre maison. Mes chaussures avaient de la boue. Je lui dis que je voulais me soulager, donc je suis passé dans la toilette. Il me dit, tu ne sais pas qu'on nettoie ça? Je pense que ce n'est pas ça qui doit être sa première préoccupation. Je pense qu'on peut nettoyer la salle… » Acc 5.*

3-3-2-2- Respect des droits de la parturiente

Des entretiens avec les accouchées, deux positions se dégagent. Celle estimant que leurs droits ont été respectés et celle qui estime le contraire. De celle qui estime être satisfaite, nous retenons la déclaration suivante:

> *« Je pense qu'on a respecté mes droits et ma dignité. Aah (silence puis rires). Moi, pour moi, c'est le secret. Ils ont respecté tout ce qui est en moi, même le bébé. Puisque quand j'ai accouché, mon mari n'était pas là. Ils ont tout assuré. c''est la fille de salle qui est même allé chercher les médicaments au dépôt ». Acc 4*

Et de celles estimant que leurs droits n'ont pas été respectés, voici les dires de l'une d'entre elles :

> *« Ah, moi, je ne connais pas le droit, mais je pense qu'on n'a pas respecté mes droits. Dans l'ancien bâtiment, on a mis du temps avant de venir me voir. Puis on s'est plaint avant de me toucher. Je pense que c'est pas normal. Mais dans le nouveau bâtiment, y a pas eu de problèmes, j'ai été bien accueillie ». Acc.5*

Donc, nous déduisons de leurs déclarations, que des situations non souhaitables, c'est-à-dire des violations des droits de certaines accouchées existent.

3-4-Pratiques relationnelles et interactions prestataire-parturiente/accouchée

Au cours des observations, réalisées pendant les matinées, les permanences et les gardes, nous avons noté l'ambiance, les pratiques et les comportements des prestataires et des parturientes/accouchées ainsi que les interactions au niveau de la salle d'accouchement. Nous avons aussi comparé quelques discours des prestataires à leurs pratiques et ceux des accouchées.

- **Le droit de conserver son intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements :**

sont proscrits, la violence physique

Les violences physiques, bien que décriées par les populations, semble rares au cours des accouchements. En effet, dans la majorité des cas, nous n'avons pas observé des cas de violences physiques mais celles verbales sont souvent rencontrées. Néanmoins, quelques cas ont été observés. En témoigne une scène de lutte, lors d'une extraction placentaire sans préparation médicale, ni psychologiques. Pendant la dispensation des soins, la patiente ne collaborait pas et tente de se soustraire en remontant la table et en se plaignant en ces termes :

> *« Il faut laisser, il faut laisser. Ça fait mal ». Obs. 9*

Gémissement et cris sont la réaction de l'accouchée aux soins d'extraction placentaire. Le visage de la patiente était crispé témoignant de la douleur et d'une angoisse.

En réaction, le prestataire sur un ton violent dit :

> *« Madame, laisse-toi faire. Regarde comment tu fais. Je vais faire comment ? »*

Et pourtant, la Sage-femme me prend à témoin pour dénoncer la non collaboration de l'accouchée. S'adressant à moi, elle me dit : «vous voyez? C'est pas facile»

Et pourtant, la même Sage-Femme, lors des entretiens au sujet du respect des droits des parturientes et accouchées déclarait :

> *« C'est très important. Cela, parce que la personne humaine est venue se confier à nous. La personne est dans la souffrance, donc tu dois te mettre à sa place ».P5*

Il y a donc une contradiction entre ce qu'elle a déclaré et ce qu'elle a fait dans la pratique.

- **Du droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s).**

Au cours des observations, l'on constate dans la quasi-totalité des cas, que les parturientes et accouchées ne reçoivent pas les informations sur les soins qu'elles reçoivent. A ce sujet, comme exemples, nous avons noté qu'au cours de l'observation 1, les gestes sont exécutés sans explication. Autre exemple, les touchées vaginales sont fait sans explication, ni information. De même, à l'observation 9, nous avons remarqué qu'un antidouleur n'a pas été administré et les soins ne sont pas expliqués. La préparation psychologique avant l'extraction placentaire n'a pas été faite. Toutefois, celles qui en bénéficient ne reçoivent que des informations partielles. De ce fait, leurs consentements éclairés à recevoir ces soins ne sont pas obtenus avant l'administration des soins.

Concernant les choix de la parturiente/accouchée pour les soins (position de repos, position d'accouchement…), certes cela n'est pas explicitement demandé, mais aucune disposition par rapport à leurs choix ne leurs est imposées.

Quant aux accompagnantes, ils (elles) ne sont acceptés que soit, pour des sollicitations ponctuelles de la part des prestataires pour les courses à la caisse, en pharmacie et autres services spécialisés ou à la demande expresse des parturientes pour un besoin ponctuel. Les hommes (conjoints) ne sont pas admis dans la salle d'accouchement.

D'une manière générale, les soins sont administré sans explication, ni information et cela de même pour les résultats des examens surtout cliniques. Il n'y a pas de communication, dans le vrai sens du terme, entre les prestataires et les parturientes/accouchées.

Un consentement éclairé n'est par conséquent, pas obtenu avant l'administration des soins. Aussi, la présence des accompagnants des parturientes est conditionnée par des demandes ponctuelles, sinon, elles n'assistent pas leurs parturientes dans la salle d'accouchement.

- **Confidentialité, vie privée et intimité**.

Dans la majorité des cas, l'intimité des parturientes se trouve violée, la pudeur des parturientes et accouchées n'étant pas respectée. Les parturientes dévêtues pour les examens ne sont pas revêtues après les actes. En réponses (réactions), les parturientes envoient des signaux non verbaux. En termes illustratifs, de l'observation 1, *après l'examen clinique, le prestataire n'ayant pas revêtue la parturiente et que la situation de nudité perdurait dans la salle où, ils y avaient sept personnes, celle-ci a fixé du regard, le prestataire. Puis, il s'en est suivi un froncement, un camouflage et un détournement du visage***.** Cela traduit de la gêne car il y a intrusion dans son intimité. Certaines sursautent en étant couchées, geste d'évitement instinctif. C'est le cas dans l'observation 6**.** La même gêne a aussi été constatée lors des soins dispensés pendant l'observation 2**.** Le prestataire n'ayant pas revêtue la parturiente après un touché vaginal, cette dernière a *regardé à gauche et à droite et a tiré son pagne pour se recouvrir les parties intimes*.

D'une manière générale, les parturientes dont les examens vaginaux n'ont pas été négociés éprouvaient de la gêne (évitement par sursaut, regard terne, camouflage et détournement du visage…).

En plus, les informations recueillies, même si elles ne sont pas expressément divulguées sont entendues par les tiers, c'est-à-dire, par l'ensemble des personnes présentent dans la salle d'accouchement. En effet, la salle d'accouchement, exiguë, fait aussi office de salle d'urgence gynéco-obstétriques. Les parturientes, les évacuées et les références y sont reçus par le même personnel. Cela pose un problème de confidentialité, de vie privée et d'intimité. Tandis que certaines parturientes sont sur les tables d'accouchement au nombre de trois (3), et dans la majorité des cas, les parties intimes non couvertes, les autres cas (avortements, GEU, saignements sur grossesse…) sont reçu sur le même bureau situé dans la même salle. Cet état de fait expose non seulement, à un manque de confidentialité des informations et de vie privé, mais aussi à un manque d'intimité. A ce sujet, un prestataire disait :

> « *… je propose d'améliorer l'espace de travail car la salle est exiguë. Nous trouver une grande salle. Je propose l'instauration d'une parturiente une accompagnante » P4*

Nous retenons ici qu'il y a une insuffisance dans le respect de la confidentialité, de la vie privée et de l'intimité des parturientes et accouchée.

- **Dignité, respect : pas de violence verbale comprise**

Biens que, dans la majorité des cas, les accouchements se soient déroulés dans un climat amical, les jugements et moralisations sont des faits qui ont aussi été observés au cours de certains accouchements. En réponse à ces jugements et moralisations, les parturientes ou accouchées froncent la mine, entre dans un silence et exécutent les gestes avec lenteur et froideur. L'esprit coopératif se détériore de la part de la parturiente/accouchée. Cela entraine parfois des impatiences, voir des énervements de la part des prestataires. Voici un exemple d'impatience et de ton empreint de colère observé au niveau d'une Sage-Femme:

> « *Eh madame, fait vite. Tu crois que tu es la seule ? Y a d'autres qui attendent. Nous on n'a pas assez de tables* ».
> Propos de *P8* pendant l'observation 5.

Au cours des entretiens, la même Sage-Femme déclarait au sujet de la nature des relations avec les femmes qu'elles accouchent :

> *« Les relations sont bonnes. Souvent, elles ont des caprices, mais c'est pas parce qu'elles le veulent. C'est à cause de la douleur. Souvent, d'autres le font expressément. Elles ne veulent pas écouter, même après les douleurs. Cela dépend de chaque personne ».P8*

Comme autre exemple, pendant l'observation 3 : une accouchée qui auparavant fut bien traité pendant son accouchement a reçu les paroles suivantes en suite de couches immédiates, parce que son accompagnant de mari n'était pas présent pour les formalités de la gratuité (acheminement des fiches en pharmacie et caisse). « *Où est ton accompagnant* ? » demande le prestataire. L'accouchée répond que son mari est rentré voir les enfants. Le prestataire rétorque en ces termes : « *Comment peut-il te laisser seul ici ? L'accouchement est plus grave que aller voir les enfants. Il aurait pu trouver une femme pour t'accompagner. Y a pas de femme dans votre entourage ? Quand même* ». L'accouchée s'est alors retournée et a tourné le visage du côté opposé du prestataire et ne répondait plus aux questions. Cette moralisation n'a pas plu à l'accouchée.

De la violence verbale, il est aussi ressorti des discours des accouchées qu'elle existe et qu'elles en sont victime.

> *« Ah, moi, je ne connais pas le droit, mais je pense qu'on n'a pas respecté mes droits. Dans l'ancien bâtiment, on a mis du temps avant de venir me voir. Puis on s'est plaint avant de me toucher. Je pense que c'est pas normal. Mais dans le nouveau*

bâtiment, y a pas eu de problèmes, j'ai été bien accueillie ».
Acc.5

En dépits de ces situations non souhaitables, la majorité des accouchements observés se sont déroulés dans un climat amical, empreint de courtoisie. Des accouchées et accompagnants ont même remerciés des prestataires pour les soins prodigués.

La violence verbale est parfois présente et perceptible dans la manière à laquelle, certains prestataires s'adressent aux parturientes/accouchées et accompagnants. Ces violences vont des moralisations aux remontrances.

- **De l'égalité, de l'absence de discrimination et des soins équitables.**

Toutes les parturientes et accouchées au cours de notre séjour ont bénéficié des mêmes soins. Nous n'avons à aucun moment remarquer de scène de discrimination. Aucune n'était privilégiée par rapport aux autres.

- **Du droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible : absence d'abandon, de refus de soins (par le personnel).**

Bien que nous n'ayons pas observé des cas d'abandon, nous avons cependant assisté à des cas de retards dans la prise en charge. Les causes des retards sont multiples, allant de l'insuffisance de matériel médicotechnique, de la disponibilité des produits et médicaments, à la négligence. Des retards dans la prise en charge, et comme exemple, une jeune femme, environ la trentaine, porteuse d'une GEUR, attend depuis 4 heures de temps, les soins salvateurs, c'est-à-dire une intervention chirurgicale. Renseignements pris, pour connaitre les raisons de ce retard, les prestataires en salle, disent que c'est par manque de sang. Ils s'en suivent des discussions entre eux au sujet du retard. Certains disaient qu'il était mieux de l'évacuer au CHU-YO. Un autre soutenait qu'elle devrait bénéficier de l'intervention chirurgicale sans attendre. Ils se résignent enfin en disant : « comme ce sont les consignes, on suit ». Les accompagnants venaient à maintes reprises demander quand est-ce qu'on prendra leur femme. L'angoisse était perceptible sur le visage de la patiente ainsi que sur celles des accompagnants dont l'un est un agent de santé de l'hôpital. Quant au conjoint, c'est plutôt de la colère qui était visible. L'ambulance solliciter pour aller chercher le sang au CHU-YO était en évacuation. Finalement, le parent, agent de santé s'est proposé d'aller lui-même chercher le sang. *Obs. 11***.** Des ruptures des médicaments, voici la proposition de l'un des prestataires qui en parle :

« Souvent, avec les accompagnants, les ruptures de produits ne sont pas comprises. Il faut rendre disponible, les produits pour la gratuité » P7

Une autre dame d'environ, la vingtaine a dû attendre 6 heures de temps avant d'être réexaminée, car elle n'avait pas été passée à l'équipe de garde pendant la relève, mais il semblerait qu'il s'agisse d'un cas d'oubli. Obs. 12.

Quant à la négligence, comme signalé plus haut, nous avons suivi cette scène que nous relatons en ces lignes : une parturiente sur la table, sollicite le prestataire. Elle l'appelle, mais attendra une dizaine de minutes avant d'être vu. Arrivée à son niveau, le prestataire demande :

« *Oui, qu'est-ce que tu veux* ? » (Silence pendant trois seconde)**,** « *appelez ma tante pour moi* » répondît-elle.

De ce qui précède, des cas de troisième retard existent, dû au manque de produits sanguin, à des problèmes de prise de décision, des cas d'oubli et de la négligence.

- **Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit : pas de détention dans les centres de santé.**

Au cours de notre séjour dans la maternité, nous n'avons pas observé de cas de restriction de liberté ni de cas de détention. Quand l'accouchée est jugée dans un état de suites de couches simples, elle est libérée dans des délais raisonnables.

3-5- Synthèse des résultats

De l'observation des pratiques relationnelles au cours de l'accouchement, l'étude a abouti aux principaux résultats suivants :

- Il existe de la violence physique faite des soins violents, sans préparation, aux antidouleurs, ni psychologique et celle verbale faite de remontrances, de moralisation etc…ce qui entrainent des réactions de désaccords traduites par des froncement de visages, une nonchalance dans l'exécution des gestes demandés par les prestataires et souvent par un silence évocateur de mécontentement.

- Il existe une insuffisance dans la communication interpersonnelle prestataire-parturiente/accouchée et avec les accompagnants. Les soins ne sont pas expliqués, sont prodigués sans consentement express.
- Il y a violation de l'intimité, de la vie privée et de la confidentialité. Les réponses des parturientes/accouchées sont la gêne, regards scrutant les alentours, des gestes d'évitement, des sursauts.
- Tous les soins ne sont pas reçus en temps opportun (troisième retard) entrainant de l'angoisse aussi bien chez les parturientes/accouchées que chez leurs accompagnants.

Le rapprochement des données issues des observations, de la revue documentaire à celles des *verbatim* issues des entretiens avec les prestataires et avec les accouchées permettent de déduire que, dans notre contexte, les facteurs suivant pourraient influencer l'humanisation de l'accouchement.

❖ Le contexte des soins ou environnement de travail

- **Le cadre physique et l'organisation des soins.**

Des observations, des entretiens réalisés et des conversations quotidiennes des prestataires, il ressort que la salle d'accouchement est inadaptée et ne facilite pas l'administration des soins respectant les normes en qualité de soins. C'est une salle exiguë où se rencontrent aussi bien les parturientes, les évacuées, les références et les accompagnantes. Cette promiscuité expose à la violation de l'intimité, de la vie privée et de la confidentialité des parturientes et accouchées, dont les réponses observées sont entre autres, les réactions de gêne. Aussi, un tel cadre ne permet pas l'assistance des parturientes par leurs accompagnants, laquelle disposition constitue aussi l'un de leurs pendant l'accouchement.

- **La disponibilité du matériel médicotechnique, des médicaments et des consommables**

L'insuffisance de matériel médicotechnique et la rupture en médicaments dans les kits d'accouchement et kits opératoires, ainsi que des produits sanguins constaté lors des observations et confirmé par les entretiens avec les prestataires. Cela a retardé la prise charge de certaines parturientes constituant le troisième retard. Les effets constatés sont l'inconfort psychologique avec perte de patience de la part, aussi bien chez les parturientes/accouchées,

leurs accompagnants et les prestataires. Le droit de recevoir des soins en temps opportun se trouve ainsi violé.

- **La charge de travail**

Des discours des prestataires, il est ressorti qu'ils sont trop chargés, ce qui ne leur permet pas de respecter les normes en matière de soins à donner aux parturientes et accouchées.

❖ Les pratiques relationnelles des parties mise en jeu dans la relation (les participants)

- **Les pratiques des prestataires en matière de communication**

Les soins sont donnés sans information, sans explication, voir sans consentement éclairé, ce qui constitue une violation des droits des parturientes et accouchées. Elles se résignent souvent à recevoir ces soins, mais en garde de mauvais souvenirs.

- **Les attitudes/comportements et pratiques des prestataires pendant l'accouchement**

Qu'elles soient volontaires ou pas, les violences physiques ou verbales, faites de soins violents, de cris, de remontrances ou de jugements constatées, frustrent les parturientes et accouchées, et de ce fait, dégrade leurs collaborations à faciliter leurs prises en charge. Les réactions vont des mimiques, des froncements des visages, aux silences et parfois à des lenteur dans la collaboration à exécuter les gestes demandés. Aussi, l'absence de reflexe de revêtir les parturientes et accouchées après les examens expose leurs nudités au vu de tous ceux qui sont présent dans la salle d'accouchement. Le non-respect de leur intimité et de leur confidentialité constitue une violation de leurs droits.

- **La nature de la relation entre les prestataires et avec la hiérarchie**

Des attitudes et traitements dévalorisantes de la part de la hiérarchie, évoqués lors des entretiens entrainent selon les prestataires, des sentiments de frustrations qui affecte la qualité relationnelle avec les parturientes et leurs accompagnants.

- **La personnalité propre des parties dans la relation**

Les violations des droits sont dues aussi aux personnalités propre des partie prenantes la relation : prestataires difficiles, parturientes/accouchées difficiles, accompagnants difficiles évoqué par les prestataires et les accouchées.

En définitive, le contexte des soins influencerait fortement la qualité des soins offert aux usagers.

- l'environnement ou le cadre de travail influence le respect des droits des parturientes et accouchées.
- Les comportements et pratiques relationnelles au cours de l'accouchement influence le respect des droits des parturientes et accouchées.

En effet, le modèle conceptuel de **A. Donabedian (58)** , montre que la qualité des soins est le résultat d'un tout, contenant trois niveaux. Le premier étant le contexte et organisation des soins, le deuxième correspond à l'organisation des soins et aux pratiques des professionnels et le troisième, la satisfaction des clientes.

En conséquence, de bonnes pratiques relationnelles basées sur les règles déontologiques lors de l'administration des soins au cours de l'accouchement dans un contexte de soins adéquat conduirait à une humanisation de celle-ci. Nos propositions théoriques se trouvent ainsi vérifiées et validées.

Modélisation de l'humanisation de l'accouchement

Au vu des résultats de notre étude, le modèle suivant d'humanisation de l'accouchement peut être appliqué.

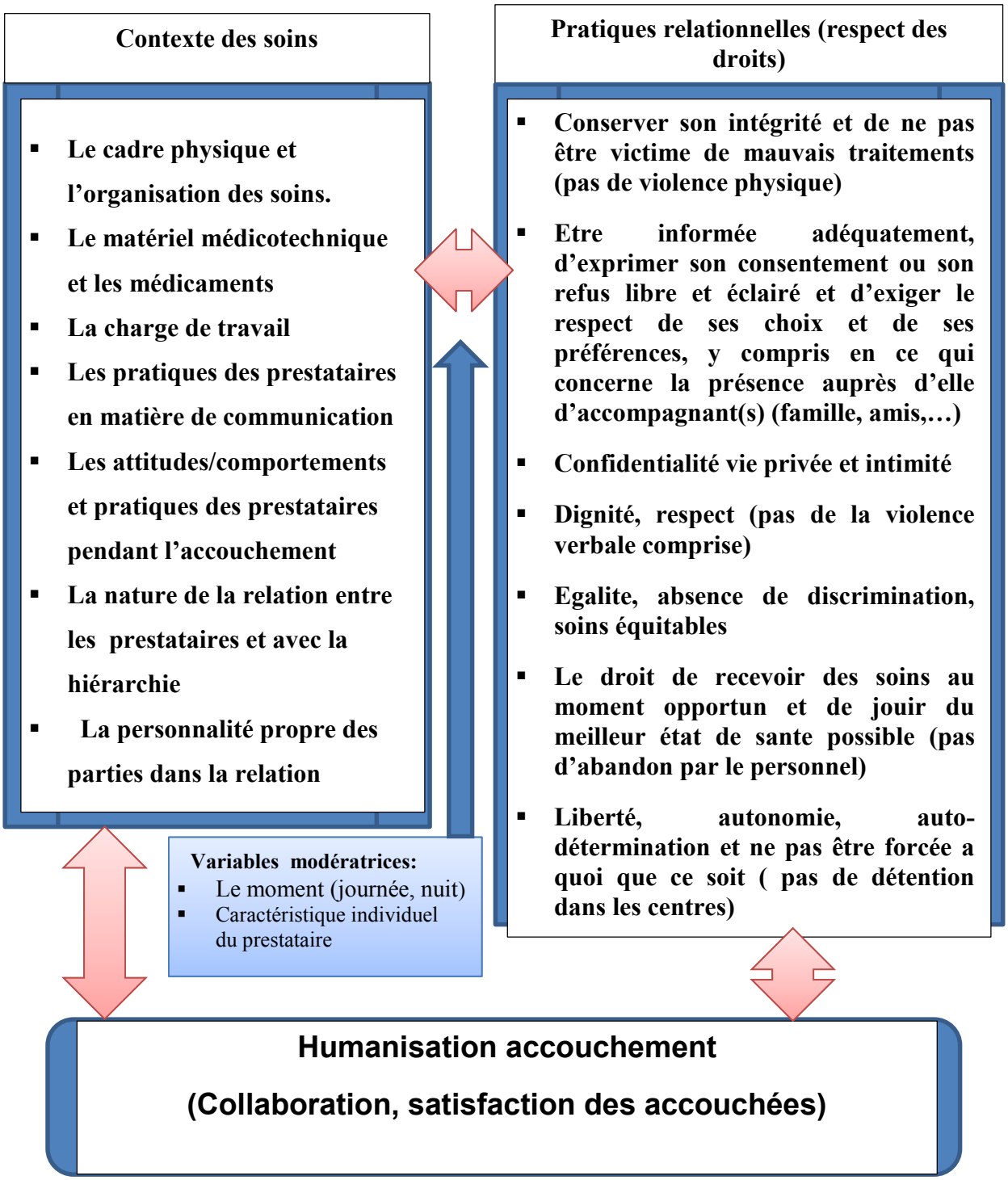


Figure II : Modèle conceptuel de l'humanisation des soins au cours de l'accouchement

Ce présent modèle conceptuel s'inspirant du cadre conceptuel de A. DONABEDIAN est explicité par :

- **Contexte et organisation des soins (Indicateurs de Structure et processus)**

Il s'agit de tous les indicateurs en lien avec le contexte dans lequel les soins sont dispensés aux patients. Cela correspond donc au cadre de travail, au matériel médicotechnique, aux médicaments et consommables et personnel (**ressources matérielles et humaines)** mises à disposition pour les soins.

- **Pratiques relationnelles (indicateurs de processus)**

Il s'agit de tous les indicateurs en lien avec les transactions effectuées entre le patient et les fournisseurs de soins, tout au long de leur prestation de soins. Cela **correspond donc à l'organisation des soins et aux pratiques professionnelles es prestataires au cours de l'accouchement** : soins fournis aux patients; conformité aux bonnes pratiques professionnelles

- **Humanisation d l'accouchement par le respect des droits (Indicateurs de Résultat)**

Ce sont les indicateurs en lien avec les effets du système sur les patients et la population.
Cela correspond donc à la **satisfaction des parturientes et accouchées.**

CHAPITRE IV : DISCUSSION ET SYNTHESE DES RESULTATS

4-1-Difficultés

- **La disponibilité des prestataires.**

L'affluence dans la salle d'accouchement a quelque peu rendu difficile la réalisation des entretiens, tant, les prestataires étaient occupés à la prise en charge des urgences obstétricales, et des accouchements.

- **La méfiance et refus des accouchées à participer à l'étude.**

Malgré les explications détaillées sur l'étude et l'assurance d'une confidentialité, certaines accouchées refusaient la signature du document de consentement éclairé écrit et l'enregistrement de l'entretien.

4-2-Limite de l'étude

- Il se peut que notre présence (œil extérieur au service) ai altérée ce que nous avons observé, mais les résultats peuvent être acceptés comme le soutien **I. Quentin** en **2013** dans *Méthodes de l'observation participante* que : « On tient pour acquis que le chercheur altère ce qu'il observe et que ces altérations font partie de l'objet de l'étude. Le chercheur est source de résultats ».

- Aussi, la sincérité des déclarations des enquêtés peut comporter des doutes du fait de la désirabilité sociale. Ils peuvent avoir parlé dans le sens idéale voulu ou par peur de représailles malgré l'assurance de la confidentialité des informations, ou avoir exagéré certains faits pour s'attirer de l'empathie.

-Les données des entretiens sur les pratiques relationnelles n'ont pas pu être comparées avec des données de la revue documentaire par absence de documents de recueil d'information sur cette dimension

Notre étude n'a pas la prétention de cerner la totalité des questions d'humanisation de l'accouchement, ni celles relationnelles dans les maternités..

Pour cela, la présente étude pourrai être compléter par d'autres études comme les suivantes :

- Etude quantitative multi-sites pour évaluer le respect des sept droits des parturientes et accouchées selon la charte de White Rubbon Alliance de 2012

- Etude évaluative des curricula de formation des prestataires de maternité sur l'humanisation de l'accouchement

4-3-Discussion

4-3-1-Environnement ou Contexte de travail

4-3-1-1-Charge de travail et description des postes

Des entretiens avec les prestataires, nous retenons des avis partagés au sujet de leurs appréciations de la charge de travail bien qu'ils soient tous soumit au même rythme de travail et dans les mêmes conditions. Les uns s'estiment trop chargé et les autres trouvent la charge de travail acceptable. Pourtant, les prestataires sont tous soumis au même rythme de travail. Ceux s'estimant chargé soutiennent que cette charge influence négativement la dispensation de soins respectant les normes.

De la revue documentaire dans le service **RISSE**, il ressort qu'en 2016, 4865 accouchements ont été réalisés dans la maternité, soit en moyenne 14 accouchements par jour faite par trois équipes de quatre prestataires, se relayant à intervalle de huit heures de temps.
Nous pouvons, à la base de ces chiffres admettre que la charge est acceptable, comme l'avaient déclaré une partie des prestataires.
Mais, qu'est ce qui peut alors entrainer ce sentiment de surcharge de travail?

De la conversation des prestataires pendant la dispensation des soins, en salle d'accouchement, ils ressortaient constamment des plaintes concernant la salle, les ruptures de médicaments et consommables dans les kits et de traitements jugés dévalorisants de la part de la hiérarchie, à leurs endroits. Il nous semble que les prestataires sont victimes de stress dû à la pression psychologique permanente dans la salle d'accouchement, à l'usure dans le poste de travail, à l'insuffisance de matériel médicotechnique, au cadre de travail exiguë et au traitement à leurs réservé par la hiérarchie professionnelle.
Nos propos sont étayés par les discours de certains prestataires. De l'usure dans le poste, les prestataires ayant passé un certain temps dans la salle, semble désirer aller dans les autres services de la maternité jugés plus relaxes.
Aussi, le sentiment d'être chargé, semble aussi lié aux difficultés rencontrées dans la dispensation des soins par insuffisance de matériel médicotechnique.

M. L. Friderich, en **2008 (25)** soutenait, comme le cas, dans notre étude, que les conditions de travail des soignants sont un obstacle à la relation soignant-soigné car la quasi-totalité des professionnels interrogés (…) déplorent le manque de matériel médicotechnique, le manque de personnel, la fatigue par surcharge de travail, le manque de temps nécessaire à un bon accueil. Ceci est confirmé par la proposition de **G. Roch (60)** en 2008 qui reconnaissait la place centrale qu'occupaient les pratiques relationnelles dans la promotion des normes et valeurs professionnelles, mais qu'elles étaient souvent plombées par les milieux de travail défavorable.

4-3-1-2- Perception des prestataires de l'environnement de travail

a. De la satisfaction des prestataires de leur emploi

Les prestataires, dans la grande majorité, se disent satisfait de leur emploi. Cependant, ils sembles évoquer un manque de soutien de la part de leurs supérieurs en cas de problèmes, même quand les causes de ces derniers, restent liées à l'organisation et à la gestion du service, taches à laquelle ils ne sont pas responsables. En outre, ils déplorent les conditions de travail difficiles qui ne leurs permettent pas de donner des soins optimum aux accouchées et du traitement empreint de manque de considération et dévalorisant réservé au SFE/ME.

b. b-Perception des prestataires de leurs rôles dans le service et leur participation à la prise de décision

Bien qu'il n'y ait pas de description de poste/répartition de taches affichées, les prestataires disent connaitre leurs rôles et en sont d'ailleurs satisfaits. En plus, ils déclarent être satisfait de leur emploi de SFE/ME. Alors, ils semblent en avoir tous une bonne perception.

La quasi-totalité déclare participer à la prise de décision, mais cela semble se résumer seulement à des points de vue entre membres des équipes de travail sur la gestion des cas. En effet, de l'analyse des discours des prestataires, il ressort qu'ils ne donnent leurs avis que dans leurs équipes au sujet des cas, avant l'arrivée de la hiérarchie professionnelle.

Pourtant**, L. Trembley (70)** soutenait en 2002 que les soignants veulent participer et croire à l'amélioration de l'environnement de travail car ils ont à cœur la santé des patients. Ainsi leur

implication dans les prises de décision pourrait renforcer leurs sentiments d'appartenance à l'hôpital.

4-3-1-3- Qualité des relations au travail

La qualité des relations au travail est l'un des éléments déterminant pour l'instauration de bonne relation au travail. En effet, l'équilibre psychologique permet d'être dans de bonnes dispositions pour donner des soins humanistes, c'est dire marqué du sceau d'empathie, de courtoisie. Du point de vue de certains prestataires, leurs relations au travail se trouvent au beau fixe. Toutefois, des déclarations d'autres, l'on pourrait penser à l'existence de relations parfois difficiles

4-3-1-4- Habitude de communication

a. Des habitudes de communication entre les prestataires

De bonnes habitudes de communications entre les prestataires engendrent un climat propice de travail, où les prestataires s'épanouissent dans l'exercice de leurs taches. De nos entretiens et observations, il semble que c'est ce type de climat qui règne dans la salle d'accouchement.
Mais des habitudes de communications, les avis sont partagés. Ils y ceux qui estiment entretenir de bonnes relations et ceux qui pensent le contraire.
Mais, il est aussi ressorti des entretiens que, dans l'ensemble, bien que les relations soit bonnes, il survient parfois, des relations conflictuelles.

b. Des habitudes de communication entre les prestataires et leurs supérieurs hiérarchiques

Des habitudes de communication en salles d'accouchement, nous avons observé, dans l'ensemble, un climat bon ambiance entre les prestataires. Cela va des vouvoiements à la plaisanterie. Ce climat aimable a aussi été observé entre les Gynécologues et les Sages-Femmes/Maïeuticiens d'Etat. Le respect mutuel quel que soit la qualification du prestataire semble être un principe de base respecter par tous. Cela a été aussi été évoqué lors des entretiens, pendant lesquels la majorité des prestataires disent se parler amicalement et sur une base de respect mutuel quel que soit la position de chaque personne.

L'importance d'établir de telles relations entre les prestataires entre eux et avec les parturientes a été souligné par les prestataires qui en donnent les raisons. Selon eux, l'instauration d'un climat convivial permet d'oublier leurs problèmes, et permet la bonne marche du travail. De leurs discours, il semble que les prestataires sont victimes de stress au travail pouvant aboutir au syndrome d'épuisement professionnel ou *burn out*, ce qui ne leur permet pas de dispenser des soins de qualité. En effet, de cette problématique, une étude quantitative réalisée en 2013, dans quatre hôpitaux universitaires marocains, par **N. Doghmi** et **coll. (71).** Ils ont trouvé que les conséquences du syndrome d'épuisement professionnel était marqué par une irritabilité, un sentiment d'insatisfaction et de la colère et que cela avait un retentissement sur leur relation avec leur entourage.

Les origines de ce stress pourraient venir, non seulement de la charge de travail, mais aussi de la qualité des relations entre les prestataires et leurs hiérarchies. En effet, bien que, les prestataires aient soulignés que les relations sont empreintes de respect, certains ont évoqué des communications dépourvues de considérations, et des propos dévalorisantes de la part de la hiérarchie professionnelle.

De l'analyse de cette section, l'on pourrait avancer qu'autant, des parturientes semble être victimes de violences, surtout verbale dans la salle d'accouchement, des violences psychologiques insidieuses entre les prestataires et leurs hiérarchiques professionnelles, semblent couver dans le service. Des relations difficiles entre les prestataires des maternités et leurs supérieurs, les résultats d'une étude anthropologiques de **P. Vasseur** et **coll.** en **2010 (72)** sur les facteurs compliquant la prise en charge des parturientes au Sénégal, ont aussi révélées des tensions au sein de l'équipe et avec la hiérarchie sur lesquelles les professionnels se sont penchés. Cette situation pourrait engendrer du stress, qui à son tour pourrait avoir des implications négatives sur l'instauration de bonnes relations avec les parturientes et accouchées. De bonnes habitudes de communications entre les prestataires engendrent un climat propice de travail, où les prestataires s'épanouissent dans l'exercice de leurs taches.

Pour cela, un soutien moral aux prestataires est alors nécessaire pour leur permettre de continuer à donner des soins empreint d'humanisme, sinon, l'on court vers des multiplications des cas de violences de la part de ces prestataires sur les parturientes et accouchées. Ce point de vue est aussi partagé par **Honikman** et **all** en **2004 (73)** Ils proposaient une expérience de formation et de soutien émotionnel des soignants en maternité en Afrique du Sud.

4-3-2-De la relation prestataire-parturiente/accouchée dans la salle d'accouchement

4-3-2-1 - Entretiens avec les prestataires sur la relation soignant-soigné et sur l'environnement de travail

a. Considération des parturientes à charge par les prestataires.

Les prestataires, dans leurs déclarations affirment considérer les parturientes comme les leurs. Certains ont même dit les considérer comme leurs sœurs.

b. De l'importance de l'établissement d'une bonne relation entre prestataire et parturiente/accouchées.

Les prestataires soutiennent qu'il est très important d'instaurer une bonne relation avec les parturientes, c'est-à-dire, respecter les droits de la parturiente ou s'adapter à leurs réactions. Les raisons qu'ils en donnent semblent montrer qu'ils sont convaincus de la nécessité d'établir ces bonnes relations car ils avancent rechercher la confiance et la collaboration de la part des parturientes et accouchées.

Mais, cette collaboration recherchée est de fois entravée par des comportements de parturientes qualifiées de *difficiles* ne rendent pas facile l'établissement de ces bonnes relations. Ces comportements ou réactions sont d'une part, la conséquence d'une relation mal établi par les partenaires, violences verbales, négligence, soins inappropriés et d'autre part, relevé des comportements des parturientes et leurs accompagnants.

Mais tout compte fait, pour préserver de bons climats lors des accouchements, le prestataire doit rester professionnel, faire preuve de grandeur d'esprit en domptant la colère qui peut naitre des comportements des parturientes, jugés inacceptables. C'est alors, rechercher chez le prestataire, des valeurs humaines telles que l'empathie.

C'est en cela qu'il reste unanime qu'instaurer une bonne relation par le respect des droits des parturientes et accouchées pourrait améliorer l'utilisation des services de santé en général et celles des maternités, en particulier.

4-3-2-2-Principes de base de la relation soignant/soigné

Pour établir de bonnes relations avec les parturientes, les prestataires doivent être doté

d'aptitude et de compétence en matière de savoir, de savoir-être et de savoir-faire.
Les réponses obtenues des prestataires, sur les principes de base de la relation soignant-soigné montrent qu'ils savent dans la majorité, ce qui doit être fait pour établir de bonnes relations.

4-3-2-3- Du tutoiement des parturientes et accouchées

Le tutoiement ou le vouvoiement n'est pas forcément des signes de respect ou de non-respect selon les enquêtés. Comme exemple à ce sujet, de l'entretien 3, il ressort que : « Cela dépend de la culture de chacun ». On comprend alors que cette question a des connotations qui peuvent induire des jugements et donc des réactions différentes (favorables ou défavorables) chez les parturientes/accouchées.

4-3-2-4-Opinion des prestataires de la qualité des relations avec les parturientes/ accouchées et leurs accompagnantes.

Selon les prestataires, leurs relations avec les parturientes sont bonnes, mais c'est avec les accompagnants que le problème se pose. Cela est en grande partie dû à l'insuffisance de la qualité de la communication entre les prestataires et les accompagnants. Ils ne reçoivent pas les informations sur l'état de leurs patientes et ne sont pas rassurés. Cette insuffisance est corroborée par les données des observations. Aussi, malgré que les prestataires aient déclaré qu'ils entretiennent de bonne relation avec les parturientes et accouchées, elles ne reçoivent tout comme les accompagnants, les informations sur leurs situations cliniques. Nos résultats se rapprochent de ceux de **N. Meda** et **coll.(7)** en 2011. En effet, les conclusions de leurs travaux montraient que les accouchées avaient perception des soins de maternité, mais que ce sont les associations féminines qui avaient une perception contraire.

4-3-2-5-Propositions des prestataires, pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux les et les parturientes/accouchées.

La qualité des relations prestataires parturiente/accouchées se trouve fortement influencée par des situations au nombre desquelles on peut compter, l'espace de travail, la qualité des relations entre professionnels de santé, la disponibilité du matériel médicotechnique et des médicaments. Fort des relations conflictuelles qui surviennent lors des

accouchements, les prestataires proposent une multitude de solutions, pour l'amélioration de la qualité des relations entre eux et les accouchées. Ces propositions se résumant autour de l'amélioration de l'espace de travail, de la qualité des relations viennent ici confirmer la proposition théorique partagée **par G. Roch (60)** qui soutient que le climat organisationnel influence fortement les pratiques des professionnels.

4-3-3-Des pratiques relationnelles et le phénomène interactionnel

4-3-3-1-Du droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnant(s).

D'une manière générale, les actes, lors des accouchements sont effectués dans un contexte de consentement faible. Les soins étant administré sans explication, ni information et cela, de même pour les résultats des examens cliniques, l'on pourrait en déduire qu'il n'y a pas de communication véritable, entre les prestataires et les parturientes/accouchées. Les soins sont plus clinique, médicaux que relationnelle.

A observer les prestataires dans les actes, il semble que ce déficit de communication soit renter dans la routine et que les prestataires semble ne pas en prendre conscience.

Nous nous situons ici dans une relation asymétrique où les parturientes restent dans une position de dominée par rapport aux prestataires. Elles semblent, soit, subir les soins avec résignation sans en comprendre les sens, soit, ignorer ce droit fondamental d'être adéquatement informées qui en est la leur. Cet avis est partagé par **H. Vadeboncoeur** et voici ce qu'elle en conclu dans son étude ethnographique **(45)** sur la question: *«….l'analyse des observations et des entrevues révèle que ce choix n'est pas nécessairement éclairé et est parfois modulé par les préférences des médecins ou des infirmières. Et en ce qui concerne la gestion de l'accouchement, les décisions demeurent entre les mains des intervenants. Il arrive, par exemple, qu'on impose une intervention non désirée».*

Aussi, la présence des accompagnants nécessaire la sécurité psychologique des parturientes est conditionnée par des demandes ponctuelles, sinon, elles n'assistent pas leurs parturientes dans la salle d'accouchement. Pourtant, nous pensons que la présence continue d'accompagnantes pendant la prise en charge des parturientes revêt plusieurs avantages. Non seulement, elles deviennent les témoins privilégiées de la prise en charge de leurs parentes, ce

qui permettra de rassurer les femmes et leurs familles, mais aussi, elles seraient les relais, dans les communautés, des informations justes sur le déroulement des accouchements.

Notre point de vue est aussi partagé par **S. Honikman** en **2015 (73).** Elle affirme ceci «Une pratique de soins de maternité pour laquelle il existe des preuves considérables d'avantages est celle de fournir des compagnons et un soutien émotionnel aux femmes en milieu de travail. Cela peut être sous la forme d'un compagnon personnel (partenaire, mère, tante, etc.), ou un partisan laïc ou «doula» (une femme qui s'occupe d'autres femmes)». Elle poursuit que selon, une revue Cochrane en 2011 de 22 essais contrôlés, les femmes bénéficiant d'une assistance de leurs accompagnants lors de leurs accouchements étaient plus susceptibles d'avoir une naissance spontanée, moins susceptible d'avoir besoin d'analgésie intrapartum et moins susceptible de signaler l'insatisfaction....

En outre, le déficit de communication mentionné plus haut, constitue l'une des causes principales des incompréhensions, aboutissant parfois aux conflits entre prestataires et parturientes/accouchées, mais surtout avec les accompagnants.

L'accouchement est un moment de stress pour les parturientes et aussi pour leurs familles. Une communication permanente avec eux pourrait dissiper les craintes et du même coup, favoriser une collaboration soignant/soignée et accompagnants, et par conséquent, un climat conviviale dans les maternités. De la communication comme outils essentiel pour établir de bonne relations avec les soignés. **M. Phaneuf,** en **2011 (74)** explique que « la relation avec la personne fait intimement partie des soins. Soigner renvoie à la préoccupation pour le corps et ses besoins, et ce, selon des exigences de bienveillance et d'humanité qui s'appuient sur une communication efficace et chaleureuse ».

Au vue les résultats de notre étude, l'instauration de cette communication constitue un défi majeur pour les prestataires car ils semblent ne pas lui accorder toute l'importance qui sied. A ce sujet, dans la conclusion de leurs travaux, **Denis et coll. (75)** , en 2011 reconnaissaient que : *« les professionnels de périnatalité ont une responsabilité de plus: fournir une information claire et détaillée aux futures mères. En plus d'aider les femmes à anticiper l'accouchement, y compris le moyen de gérer la douleur, il est aussi important d'aider les femmes à comprendre clairement les raisons des transferts de soins… »*

A travers cette déclaration, l'on comprend aisément que les prestataires, dans les salles d'accouchement ne doivent plus seulement se contenter de donner les soins, mais également, devraient intégrer les aspects communicationnelles, à l'endroit des parturientes et accouchées, basés sur les informations claires et détaillées sur leurs états, sur le déroulement du travail et

sur les soins qu'elles reçoivent. Une communication permanente tout au long du continuum de soins au cours de l'accouchement permettra d'établir une relation de confiance entre les prestataires, les parturientes et accouchées ainsi qu'au niveau des familles. Cette assertion est aussi reconnue par des prestataires au cours de l'étude. De plus, d'autres auteurs comme **M. Perreault et coll** en **1998,** le soutiennent en ces termes : « *L'établissement d'une relation de confiance apparaît comme l'élément-clé dans la perception du soutien apporté par l'intervenante. Cette relation de confiance devient nécessaire au développement d'une intimité plus grande et à la perception d'un soutien plus intense* » **(76)** .

4-3-3-2-Confidentialité, vie privée et intimité.

Nous retenons ici qu'il y a une insuffisance dans le respect de la confidentialité, de la vie privée et de l'intimité des parturientes et accouchée. Cette insuffisance est exacerbée par l'insuffisance de paravent, avec des tables d'accouchements disposé de sorte que toute personne qui entre dans la salle d'accouchement aperçoit les femmes sur les tables. De plus, Les parturientes dévêtues pour les examens cliniques ne sont pas toujours revêtues, les parties intimes étant alors exposées. De cette situation décrite, l'on peut en en déduire des violations de la pudeur, voire, de l'intimité dont seront victimes ces femmes. De plus, si les gestes ne sont pas expliqués, cela accentue le mal être de la parturiente. En effet, au cours de notre étude, les parturientes dont les examens vaginaux n'ont pas été négociés éprouvaient de la gêne (évitement par sursaut, regard terne, camouflage et détournement du visage…). Cette insuffisance dans la qualité des soins au cours de l'accouchement constaté dans notre étude avait aussi été notifiée par **C. Salvaggio** en **2015**. Elle a conclu, dans son étude, quoiqu'à devis quantitatif, trouvait que le fait de réaliser un touché vaginal, sans qu'aucune explication ne soit donnée avant ou après l'avoir réalisé ni consentement demandé au préalable, peut accroitre la gêne des patientes, l'intrusion dans leur intimité. De ses résultats, il ressort qu'en moyenne par patiente, sur deux heures, 64% du personnel hospitalier frappait à la porte avant d'entrer. Celle-ci a été ouverte 15,4 fois pour une durée de 10,8 secondes à chaque ouverture. Il y avait 1,4 personne présente dans la salle durant les examens gynécologiques, 2,1 TV ont été réalisés, par 1,4 personne différente. Les patientes restaient dévêtues 391 secondes **(77)** .

Dans notre étude, il semble que la majorité de ces violations sont faite d'une manière inconsciente et lié au cadre exiguë de la salle qui fut d'ailleurs décrié par la majorité des enquêtés au cours des entretiens.

Nous rejoignons ici **H. Vadeboncoeur** en **2003 (7)** qui soutenait *« ce ne sont pas forcément des formes violences intentionnelles ou volontaires, mais il peut arriver qu'elles le soient ».* Il nous semble que la situation décrite serai dû, d'une part, à l'exiguïté de la salle d'accouchement, donc non adapté, avec des prestataires débordé par les nombreuses sollicitudes, et d'autre part, à un manque de vigilance, voir négligence de la part de certains prestataires.

Pendant notre séjour dans la salle d'accouchement, les prestataires n'ont eu de cesse de dénoncer les conditions de travail difficiles dans un cadre jugé exiguë. En effet, la salle d'accouchement d'environ 50 mètres carrés et ne contenant que trois tables d'accouchements est souvent débordée, entrainant parfois des accouchements à même le sol.

Le constat avait aussi été évoqué au cours de l'étude de **A. Ouedraogo** et **coll, (78)** réalisée à en 2014. Au cours de cette étude, les prestataires interviewés ont mentionné que les conditions de travail difficiles ne favorisaient pas la dispensation des soins de qualité. Ces auteurs ont donc convenus que *: « les mauvaises conditions de travail ont eu un impact négatif sur la qualité des soins.(….), les dysfonctionnements techniques fréquents et l'infrastructure inadéquate ont été identifiés comme des questions qui nécessitent une attention future afin d'améliorer l'amélioration de la qualité des soins »* **(24)** .La présente étude, en plus des entretiens utilisés pour la collecte des données a aussi observée le cadre de travail et les pratiques des prestataires dans ledit cadre. Après rapprochement des données d'observations et d'entretiens, nous avons abouti au fait qu'effectivement, un cadre de travail inadapté ne favorise pas un respect de la confidentialité et de la dignité des parturientes et accouchées. Et pour cela, des prestataires ont même proposé des solutions qui vont de l'amélioration du cadre de travail à celle de la disponibilité des médicaments.

4-3-3-3-Du droit de conservation de l'intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements : proscription de la violence physique et verbale, respect de la dignité.

Bien que rare au cours des accouchements observés, il nous semble que la violence physique intentionnelle est quasi-inexistante dans la salle d'accouchement. Toutefois, parfois, la préparation psychologique à l'accouchement (technique de relaxation, de poussée ….), ne sont pas enseigné ni les moyens médicamenteux ne sont utilisés pour gérer la douleur, afin de favoriser la collaboration et faciliter l'accouchement. Ce qui entraine des soins donnés dans la violence, même si certaines ne sont pas préméditées. A ce sujet, lors de l'extraction placentaire sans préparation médicale, ni psychologique, et que l'accouchée ne

collaborait pas en tentant de se soustraire, le fait que la Sage-femme m'ai prise à témoin pour dénoncer la non collaboration pourrait signifier qu'elle ne se rend même pas compte que son acte constituait un cas de violation des droits de l'accouchée. Cet avis est aussi partagé par H. **Vadeboncoeur (5)**, en 2003, qui affirmait : « *Ce ne sont pas forcément des formes de violences intentionnelles ou volontaires, mais il peut arriver qu'elles le soient* ».

Quant à la violence verbale, elle se rencontre plus fréquemment et est perceptible dans la manière à laquelle, certains prestataires s'adressent aux parturientes/accouchées et aux accompagnants. Ces violences vont des moralisations aux remontrances. Mais il nous semble que la plupart ont pour source, d'une part, au stress des prestataires face aux nombreuses sollicitudes, aux manque de matériaux médicotechnique et d'autre part, aux comportements ou réactions des accouchées. Il n'est pas aussi exclu, la personnalité difficile, propre de certains prestataires. En effet, parlant de stress, nous avons assisté à des situations où les prestataires étaient sollicités de tous part, simultanément par les femmes en travail sur les tables d'accouchement, les femmes évacuées et celles référées. La tension restait perceptible et quelques fois des énervements survenaient au niveau des prestataires.

Il nous semble que la situation de violences a significativement évolué positivement, comparativement aux résultats du rapport final du projet **AQUASOU en 2003**. En effet, au cours de ce projet, les femmes interrogées n'étaient pas satisfaite de l'accueil dans les structures de santé publique **(22**) dans le même district dont fait partie notre terrain d'étude. De l'opinion des accouchées, sur les soins, au cours de notre étude, la majorité se dit satisfaite, ce qui reflète en partie les pratiques que nous avons observées, la totalité des cinq équipes programmées en salles d'accouchement ayant été concernée par les observations. Néanmoins, certaines accouchées ont signalées des scènes de violences verbales telles que les remontrances, dont elles ont fait l'objet au cours de leurs travails. Cela pourrait confirmer l'existence de violation des droits de ces accouchées.

Ces cas de violences sont relayés dans la société, ce qui entraine des spéculations et des présuppositions (….) de la part des usagers des maternités à l'endroit des prestataires

C'est probablement ce que mentionnait **P. Cesbron (79)**, en 2001, dans le quatorzième volume du journal de pédiatrie et puériculture. Il disait en ces termes: « *L'observation de nos consultations, des plus simples aux plus spécialisées, incite à l'interrogation. Incompréhension, défiance, hostilité parfois, s'infiltrent insidieusement dans les lieux d'accueil du nouveau-né et de ses parents* »**.** Cela entretient des rumeurs et préjugés qui entrainent à leurs tours, une méfiance de la part des parturientes et leurs familles vis-à-vis

des services de santé en général, et des maternités en particulier. C'est en cela que, étant sur la défensive, les moindres manquements, quoique non intentionnelles, se sont plus tolérés par eux. Les cas sont légions. C'est ce qui avait motivé la réalisation d'une étude **par N. Meda** et **coll** en **2011 (7),** sur la perception de l'accueil en maternité, par les femmes à Bobo Dioulasso. Il est ressorti de ladite étude que, bien que dans la majorité, les accouchées appréciaient positivement la qualité de l'accueil, les associations féminines, quant à elles trouvaient que rien n'avait changé sur l'accueil. Par conséquent, l'utilisation des services de maternité serrait entravée et cet effet, **Honikman et Coll** en **2004 (73)** disait : « Les mauvais traitements en maternité sont vus à la fois comme une violation des droits des femmes et un obstacle à l'utilisation par les femmes des services de maternité ».

De la revue documentaire, nous constatons qu'il n'existe pas de disposition spécifique garantissant le respect des droits des usagers de la maternité. En effet, nous n'avons pas observé l'existence de documents pour la gestion des plaintes des accouchées, ni de standards et affiches faisant la promotion du respect des droits des femmes enceintes et accouchées. Cette insuffisance a d'ailleurs été relevée dans le plan d'action 2017 de l'hôpital. Au titre des mécanismes de prise en compte des plaintes des usagers, il est noté que l'hôpital ne dispose pas pour le moment d'un système de recueil et de traitement des plaintes des usagers **(61)** . Cette situation se rencontre un peu partout et a d'ailleurs été mentionnée par d'autres auteurs tel que par **Vacaflor et coll. (5)** en 2015**.** Ils estiment qu'il y a un trajet à parcourir entre des standards nationaux ou internationaux et la réelle diffusion des pratiques dans les maternités.

4-3-3-4-De l'égalité, de l'absence de discrimination et des soins équitables.

Les parturientes au cours de notre séjour ont bénéficié des mêmes soins. Nous n'avons à aucun moment senti une discrimination, aucune n'étant privilégiée par rapport aux autres. Des entretiens avec les accouchées, il n'est aussi pas ressorti des sentiments de différence dans les traitements. L'on pourrait alors en déduire qu'il y a une égalité de traitement des parturientes et accouchées. Pourtant**, L Frederich, 2008**, page 88 affirmait que : « les patients ont des préoccupations centrées (….) sur le sentiment de discrimination, que les soignants, et les décideurs, ne perçoivent pas ». Mais, avec la politique de gratuité des soins en maternité en vigueur, et sans avoir des opinions récriminatoires à l'endroit des prestataires, l'on est amené à se demander si ce n'est pas cette gratuité qui est la cause de ce traitement équitable constaté lors de notre étude. Si tel serai le cas, la politique de gratuité devrait être renforcée et pérennisée.

4-3-3-5-Du droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de santé possible : absence d'abandon, de refus de soins (par le personnel).

Des cas de troisième retard, ils en existent, dû, essentiellement au manque de matériel médicotechnique, de médicaments, de produits sanguins, à des problèmes de prise de décision et aussi à des cas d'oubli qui frise avec la négligence. Cela est corroboré par les déclarations des accouchées. En effet, certains prestataires trainent à donner les soins aux parturientes.

4-3-6-7- -Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée à quoi que ce soit : pas de détention dans les centres de santé.

Au cours de notre séjour dans la maternité, nous n'avons pas observé de cas de restriction de liberté ni de cas de détention. Quand l'accouchée est jugée dans un état de suites de couches simples, elle est libérée dans des délais raisonnables. Cela est probablement dû aux soins devenus gratuit grâce à la politique de gratuité pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en vigueur dans notre pays. Sinon, ce sont des pratiques qui existent dans les maternités. Et voici ce qu'en dit **H. Vadebocoeur (80)**en 2012 : *« Dans certains pays où les soins ne sont pas gratuits, on empêche les femmes de retourner chez elles tant qu'elles n'ont pas payé, ou encore on garde leur bébé ».* Par conséquent, l'on gagnera à pérenniser cette gratuité des soins en maternité pour contribuer à garantir le respect des droits des femmes enceintes et celles qui accouchent.

De ce qui précède comme descriptif, nous pouvons déclarer que se côtoient aussi bien la macro-maltraitance, évidente, physique ou psychologique, faite de violences actives, d'agressions physiques ou verbales et la micro-maltraitance insidieuse, quotidienne, d'une certaine façon perverse, car souvent inconsciente.

4-3-4-Entretien avec les accouchées

Des entretiens avec les accouchées, il n'est pas ressorti une violation de leurs intimités et confidentialité malgré qu'elle soit quasi permanente remarquée lors des observations. Il semble que les accouchées jeunes semblent bien apprécier les soins reçus mais dans la plus part des cas, après hésitation et des regards d'inquiétudes lors des entretiens. Les plus âgées semblent plus enclines à s'ouvrir franchement. Tout compte fait, des accouchées ont déclarée être victime de mauvais traitements, violence verbale, négligence sont les fait reprochés aux prestataires.

Des pareilles situations aussi constaté lors des observations confirment avec les entretiens l'existence de violation des droits de ces femmes. En effet, **O. Sardan et Jaffre** en 2003, avaient souligné que le phénomène prenait un caractère systémique en Afrique. Il affirmait que, « les Sages-femmes et Accoucheuses exerceraient une violence verbale et physique à l'égard des parturientes et feraient preuve d'une importante négligence professionnelle » **(39).** Aussi, il nous semble, au dire des accouchées que le problème d'intimité ne constitue pas une préoccupation pour elles. La majorité des accouchées n'évoque pas les violences dont elles sont victime.

Mais **A. J. Brüggemann** et **coll**. attirent l'attention que le fait qu'elles en gardent le silence ne doit pas être automatiquement interprété comme l'expression d'une satisfaction de leur part **(81).** Elles semblent soit, s'accommoder à cet environnement, soit résignée à ne pas en parler. Est-ce par peur de représailles de la part des institutions sanitaires ? Ou, ne savent-elles pas que l'intimité fait partie de leurs droits à respecter ? Alors que de nos observations, il nous semble qu'elles éprouvaient de la gêne exprimée en langage non verbale lorsqu'elles étaient dévêtues et non revêtues sur les tables, en présence de plusieurs personnes dans la salle. Voici en partie, le commentaire fait par AFAR, CIANE en mars 2016 **(5)** de la thèse de doctorat *de Brüggemann, A. Jelmer de 2012* **(82).** Cette institution mentionne que l'étude a : *« mise en évidence que, dans 60% des cas, une patiente confrontée à une maltraitance garde le silence vis-à-vis de l'institution; les patientes qui gardent le plus le silence sont plus jeunes, et évaluent avoir une moins bonne connaissance de leurs droits. L'auteur alerte sur le fait que le silence des patients est un problème car cela ne permet pas au système d'évoluer ».*

4-3-5-Synthèse générale de l'étude.

L'étude révèle l'existence de violations des droits des parturientes/accouchées, et surtout, la micro violence, plus insidieuse mais aussi préjudiciable à l'humanisation de l'accouchement.

Dans notre contexte, et de notre étude, nous pensons que, les facteurs suivant influenceraient fortement, le respect des droits des parturientes et accouchées et donc l'humanisation de l'accouchement.

- **<u>Le contexte des soins</u>**

Les insuffisances dans l'organisation des soins : les dispositions de la salle d'accouchement favorisent les violations de l'intimité, de la confidentialité des parturientes accouchées.

- **Le cadre physique**

Par rapport au cadre physique de travail, il est reconnu aussi bien par les prestataires que par l'enquêteur qu'il est inadapté par exiguïté de la salle d'accouchement et de l'organisation spatiale inadéquate. Cela, favorisant une promiscuité, expose à la violation des droits des parturientes et accouchées en matière d'intimité, de confidentialité et d'assistance par une accompagnante. Aussi, une tache exécutée dans un espace confiné, mal organisé serait source de stress pour les prestataires. En effet, les milieux de travail défavorables impactent profondément la qualité des soins. Cette assertion est confirmée par la proposition de **G. Roch (60)**, en 2008. Reconnaissant la place centrale qu'occupaient les pratiques relationnelles dans la promotion des normes et valeurs professionnelles, elle affirmait qu'elles sont cependant souvent plombées par les milieux de travail défavorables.

Dans cet même ordre d'idée, l'étude de **A. Ouedraogo et coll.** en **2014 (48)**, ayant étendu leur étude à tous les unités de la maternité, avaient conclu que les mauvaises conditions de travail ont eu un impact négatif sur la qualité des soins évoquée lors des entretiens avec les prestataires, les accouchées et des focus-groupes avec les associations féminines. Ils pointent ici du doigt comme dans notre étude, les dysfonctionnements techniques fréquents et les infrastructures qui sont inadéquates.

- **La disponibilité du matériel médicotechnique, des médicaments et des consommables**

L'étude révèle des dysfonctionnements dans la salle d'accouchement. Ici, nous faisons allusions aux insuffisances de matériels médicotechniques, aux ruptures de médicaments et consommables et aussi des produits sanguins. Le matériel médicotechnique et les médicaments sont, à côté de l'examen clinique, des éléments essentiels pour les soins. Leur disponibilité permet de prendre efficacement en charge et dans des délais raisonnables, les parturientes. C'est dire ici que cela permet de réduire de façon significative le troisième retard, c'est-à-dire les retards se soins dans les centres de santé, souvent sources de griefs des

accompagnants contre les prestataires. Aussi, la disponibilité de matériel médicotechnique permet aux prestataires de donner aisément les soins, ce qui permet d'augmenter leurs satisfactions au travail. Ils auront une bonne perception de leurs services et alors seront dans de bonnes dispositions pour donner des soins à coloration humaniste.

- **La charge de travail**

La charge de travail est souvent diversement appréciée au cours de l'étude, mais tout compte fait, une charge excessive et continu de travail conduit inéluctablement, non seulement à la fatigue physique, mais insidieusement vers le syndrome d'épuisement professionnel. Les conséquences chez le prestataire stressé sont entre autres, la nervosité, l'anxiété, la démotivation. Son rendement se trouve ainsi réduit et celui-ci, éprouvera des difficultés à établir de bonnes relations avec son entourage. L'on en déduit que, le prestataire, en salle d'accouchement victime de ce syndrome suscité aura du mal à respecter les droits des parturientes et accouchées dont il a la charge. Il en sera de même avec ses collègues de service. C'est ce que disait **M. O. P. Tavares en 2009 (83)** page 7, au sujet du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out que c'est un état de détresse. Reprenant Maslach (1998), elle la défini comme : « un syndrome d'épuisement physique et émotionnel, qui conduit au développement d'une image de soi inadéquate, d'attitudes négatives au travail avec perte d'intérêts et de sentiments pour les patients »

❖ Les parties mise en jeu dans la relation (les participants)

- **Les pratiques des prestataires en matière de communication**

Notre étude révèle une communication interpersonnelle insuffisante lors du travail et de l'accouchement. Les soins, dans la plupart des cas, sont prodigués sans explications, ni informations. Il en résulte une absence de consentement éclairé des bénéficiaires. Aussi, la garantie de la confidentialité et de l'intimité reste un défi majeur pour la sécurité psychologique des parturientes/accouchées. Les droits des parturientes et accouchées en matière d'information et d'accompagnement par une proche se trouvent ainsi violés .Cela a été très perceptible lors des observations et reconnu par les prestataires eux-mêmes. L'accouchement est un évènement exceptionnel qui devrait être entouré d'une attention particulière. Bien qu'il ne soit pas une situation pathologique, il constitue cependant un moment de stress pour les femmes enceintes et leurs familles. C'est pour cela qu'une

explication des gestes, de la situation clinique permettra non seulement de rassurer les parturientes, mais également, favoriserait leurs collaborations au cours des accouchements. Une communication permanente avec les accompagnantes pourrait aussi dissiper les craintes et les présuppositions négatives, les préjugés, les stéréotypes des populations à l'endroit des prestataires.

A ce sujet, **A. Vega,** en **2005 (26)**, affirmait que : « *A y regarder de plus près, les situations de tensions avec les patients seraient liées à d'autres incompréhensions récurrentes (...).Ainsi, la plupart des critiques, colères, voire attaques de patients et de proches recensés pour cette enquête sont liés d'abord à l'absence d'explications médicales concernant la maladie ..... »*

Au Burkina Faso*,* **N. Meda et coll (7)** , en 2001, dans leur étude ont conclu que les organisations féminines donnaient une mauvaise appréciation des soins reçus en maternité à Bobo Dioulasso**.** Cela relance le débat sur la présence ou non d'accompagnants des parturientes en salle, lors de l'accouchement. Et par ricochet, la question de l'organisation spatiale des salles d'accouchements, pour en même temps, garantir l'intimité et la confidentialité des parturientes et accouchées tout en permettant à chacune d'elle d'être aussi assistée par son accompagnante.

- **Les attitudes/comportements et pratiques des prestataires pendant l'accouchement**

Des attitudes, comportements et pratiques au cours de l'accouchement, qui violent les droits des parturientes et accouchées, nous retenons la violence physique, verbale qu'elles soient volontaires ou pas. A cet effet, ces dernières envoient des signaux verbaux ou non verbaux. Aussi, les violations de l'intimité et de la confidentialité sont de nature à entrainer de la gêne, souvent exprimée par le langage non verbale. Mais les prestataires semblent ne pas faire attention à cela. Les frustrations s'en suivent et aboutissent à la dégradation du climat, donc à une rupture de la relation amicale nécessaire à la collaboration des parturientes. Elles peuvent alors être taxées de difficiles. Nous rentrons alors dans un cercle où, en victime, elles seront qualifiées de difficile. L'intrusion quasi constante dans l'intimité des femmes que nous avons constatées dans notre étude, a aussi été évoquée par **C. Salvaggio** en **2015 (84)** . Elle a trouvé que la pudeur des femmes était constamment violée lors de l'accouchement à l'hôpital couple mère enfant de Grenoble. Aussi, les informations sur les parturientes sont

entendues par tous ceux qui sont dans la salle d'accouchement (autres prestataires, autres parturientes et accompagnantes présentes).

- **La nature de la relation entre les prestataires et avec la hiérarchie**

De l'implication dans les prises de décision, les prestataires ont déclaré y participer, mais jusqu'à quel niveau ? Il ressort que leurs participations ne se limitent seulement qu'aux échanges entre collègues, dans l'équipe, pour la prise en charge des cas et il semble que ce sont les supérieurs qui décident dans la réalité. Cela peut entrainer une baisse de la motivation des prestataires, un désintéressement au service, affectant du même coup, la qualité relationnelle avec les parturientes et leurs accompagnants. Aussi, de notre analyse, il semble ressortir qu'autant, des parturientes sont victimes de violences surtout verbale, autant, des violences psychologiques insidieuses subies par les prestataires de la part de leurs hiérarchies professionnelles, semblent couver dans le service. En effet, des discours des prestataires, il est estiment que les relations sont parfois difficiles, surtout avec la hiérarchie professionnelle, les récriminations à leurs endroits étant le manque de considération, les remontrances, les humiliations et les blâmes. Cette situation pourrait engendrer du stress, qui à son tour pourrait avoir des implications négatives sur l'instauration de bonnes relations avec les parturientes et accouchées. Ces traitements dévalorisants peuvent entrainer des maladies psychosomatiques (stress, démotivation, manque d'estime de soi,…) ou des réactions qui peuvent venir de sentiment de déception ou de la révolte contre le système organisationnel du service. Ces sentiments peuvent aboutir à des maladies dépressives telles que les névroses qui peuvent constituer un cocktail détonant pouvant se retourner contre les parturientes par un processus de transfert. Cela peut aussi entrainer une baisse de la motivation des prestataires, un désintéressement au service, affectant du même coup, la qualité relationnelle avec les parturientes et leurs accompagnants. Voilà pourquoi, **R. Frances en 1995 (85)** soutenait qu'on ne peut pas être satisfait si on n'est pas motivé pour tel ou tel aspect du travail, c'est-à-dire si l'on n'en attend pas tel ou tel résultat, financier, de considération, d'investissement concret de ses capacités, en y attachant de l'importance ou de la désirabilité... Et M. L **Friderich en 2009 (20)** d'affirmer que le manque de motivation et de vocation chez les soignants peut être un obstacle à la relation soignant-soigné. **Honickman et coll.2015 (73)** quant à eux, à ce sujet mentionnaient que les environnements de travail des travailleurs de la santé sont influencés par des facteurs physiques, sociaux et psychologiques qui entraînent une gamme de facteurs de stress professionnels et affectent la relation entre le personnel et le patient et la qualité des soins dispensés.

- **La personnalité propre des parties dans la relation**

Les violations des droits sont dues aussi aux personnalités propres des parties prenantes la relation : prestataires difficiles, parturientes/accouchées difficiles, accompagnants difficiles évoqué par les prestataires et les accouchées.

- **De la personnalité du prestataire**

Il n'est pas sans ignorer que certaines violations des droits relèvent de la personnalité propre (tempérament) du prestataire qui n'arrive pas à s'adapter aux comportements/réactions des parturientes/accouchées et des accompagnants parfois jugés difficiles. Il s'agit ici de la capacité d'adaptation des prestataires face aux nombreuses sollicitudes des parturientes comme reconnu par certains prestataires au cours des entretiens.

Pourtant, il reste nécessaire que les prestataires se comportent en professionnel en faisant un dépassement de soi pour fournir autant que possible des soins de qualité avec une coloration humaniste. De cette problématique, **M. L Friderich en 2009 (25)** évoquait que grand nombre de professionnels pensent que certains soignants sont désagréables par nature, ou par mauvaise éducation, et que leur comportement nuit à l'image de tout le secteur de la santé. Ils ont ajouté que le caractère dépendait de l'histoire personnelle et de l'éducation de chacun, et qu'il était difficile d'avoir prise là-dessus.

- **Des parturientes/accouchées et accompagnants difficiles**

Les relations conflictuelles peuvent aussi relever des comportements des parturientes et accompagnants, et à ce sujet, des prestataires proposent qu'on sensibilise les populations si on veut éviter les conflits.

Mais tout compte fait, pour préserver de bons climats lors des accouchements, le prestataire doit rester professionnel. Il doit faire preuve de grandeur d'esprit en domptant la colère qui peut naitre des comportements des parturientes, jugés inacceptables. Il doit donc être empathique.

Ainsi, l'environnement ou le contexte de travail influencerait alors fortement la qualité des soins offert aux usagers comme annoncé dans les propositions théoriques et donc le respect des droits des parturientes et accouchées.

4-3-6-Vérification des propositions théoriques

Nous avions émis deux propositions théoriques au début de ce travail de recherche qui sont les suivantes :

- L'environnement ou le contexte de travail influencerait fortement la qualité des soins offerte aux usagers en général et celle offerte aux parturientes/accouchées en particulier.
  - L'étude révèle que le cadre de la salle d'accouchement, inadapté par exiguïté et l'insuffisance de l'organisation spatiale favorise une violation de l'intimité intimité, de la confidentialité et ne favorise pas une assistance des parturientes/accouchées par leurs accompagnantes. Les réponses à ces violations se sont traduites entre autres, par des réactions de gênes.
  - Les ruptures en médicaments et consommables entrainent le troisième retard (retard dans la prise en charge des parturientes/accouchées), ce qui constitue une violation des droits des parturientes/accouchées à recevoir les soins en temps opportun.
- Les pratiques relationnelles influencent le respect des droits des parturientes et accouchées, donc l'humanisation de l'accouchement, à travers un processus interactif. par lequel l'action forge l'environnement et est façonnée par lui.
  - La communication interpersonnelle insuffisante lors du travail et de l'accouchement, imputable aux prestataires entraine des tensions prestataires/accouchées et accompagnants en interaction. Par ricochet, cette situation influence négativement l'établissement de bonnes relations au cours de l'accouchement.
  - la violence physique et verbale qu'elles soient volontaires ou pas, ont entrainé des frustrations, de la colère au niveau des parturientes/accouchées. Ces actes de violences constituent une violation des droits des parturientes/accouchées. En réponse, ces dernières envoient des signaux verbaux ou non verbaux
  - Les relations empreintes de dévalorisation latentes, insidieuse avec la hiérarchie professionnelle, entrainent une démotivation des prestataires, ce qui ne favorise pas l'instauration d'une de bonne relation avec les parturientes/accouchées

Nous pensons au vu de ces résultats que nous avons vérifié les propositions théoriques énoncées dans l'étude.

RECOMMANDATIONS/ SUGGESTIONS

Fort des résultats de l'étude qui mettent en exergue des insuffisances dans la dispensation des soins d'accouchement à coloration humaniste et dont des facteurs ont été appréhendés, nous formulons les recommandations suivantes:

- A l'endroit du Ministère de la Santé/Direction centrale
  - Faire naitre une volonté politique d'humanisation des soins de maternité (vision).
  - Adopter des normes de construction des maternités garantissant l'intimité et la confidentialité des femmes au cours de l'accouchement (box murale fixe).
  - Prendre des mesures incitatives visant à intensifier les formations en psychologie sociale, en psycho-communication et en éthique médicale dans les différents établissements formation en santé
  - Renforcer la stratégie de la gratuité des soins de maternité

- A l'endroit des ordres professionnels (SFE/ME et Médecins)
  - Renforcer le suivi de l'application des règles déontologiques par leurs membres, dans les maternités.

- A l'endroit des gestionnaires structures de santé
  - Renforcer de manière pérenne, les plateaux techniques des maternités.
  - Améliorer environnement psychosocial de travail en mettent en place des cellules de gestion des plaintes et des cellules psychosociales.
  - Améliorer la communication interne et externe par la dynamisation des cadres de concertations dans les structures de santé.

- A l'endroit des prestataires
  - Instaurer une communication véritable avec les parturientes/accouchées et familles au cours de l'accouchement.
  - Adopter une culture de l'intimité et de confidentialité au cours de l'accouchement.
  - Mettre en œuvre le plan d'accouchement lors des CPN.

CONCLUSION

En définitive, nous consentons à l'existence de violation des droits des parturientes et accouchées au cours de l'accouchement. Le non-respect des droits de ces dernières, qu'il soit visible ou insidieux trouve ses causes ayant un lien avec le contexte de soins. Ainsi donc, la satisfaction professionnelle des prestataires et leur prédisposition à être humaniste au cours de l'accouchement restent fortement liées aux conditions de travail et à l'environnement psychosocial en maternité. Parmi les facteurs qui influencent négativement l'humanisation de l'accouchement, nous appréhendons principalement le cadre physique de travail inadapté qui entrave le respect de l'intimité et de la confidentialité des parturientes/accouchées, le comportement des participants à la relation, c'est-à-dire les pratiques des prestataires et les comportements des parturientes/accouchées ainsi que leurs accompagnants. L'insuffisance d'une culture de respect de l'intimité et de confidentialité, l'insuffisance dans la communication interpersonnelle de la part des prestataires ainsi que les relations empreintes de manque de considérations à tous les niveaux sont de nature à influencer négativement l'instauration de bonne relation dans les salles d'accouchement pour le respect des droits des femmes qui accouchent. Les causes sont alors, d'abord liées au système d'organisation des soins, puis liées à des particularités individuelles intéressant aussi bien les prestataires, la hiérarchie, les parturientes/ accouchées et leurs accompagnants. C'est en cherchant des solutions dans l'insuffisance de la gouvernance (amélioration des plateaux techniques des structures sanitaires et motivation des prestataires : reconnaissance, considération et valorisation) et en accordant aux parturientes et à leurs accompagnant une place centrale dans le processus de l'accouchement que nous pouvons améliorer la qualité relationnelle lors de l'accouchement. Par conséquent, il sera respectés, les droits des femmes enceintes et celle qui accouchent tel que prescrit par la Charte du respect des droits des femmes enceintes et celles qui accouchent de *White Ribbon Alliance* de 2012. Ainsi donc, l'amélioration des conditions de travail (cadre approprié avec du matériel médicotechnique et médicaments disponibles) dans un espace sécuritaire psychologique (considération, valorisation des prestataires) pourrait permettre de fournir des soins respectant la personne humaine en général dans nos centres de santé et des parturientes/accouchées en particulier dans nos salles d'accouchements.

Comme pour emprunter à **JL. Deshaies** dans *"Briser l'omerta"* : "Seul un professionnel bien traité peut être bien traitant**" (86)** car les prestataires, souvent victime de charge émotionnelle permanente dans les salles, peuvent être sujet au syndrome d'épuisement psychologique . Quant aux cas de violation des droits liés à la personnalité des prestataires,

une intensification des formations en psychologie sociale et en éthique, et un management ciblé prenant aussi en compte les spécificités individuelles pourrait être une alternative.

Il s'agira ici de déconstruire le paradigme de l'accouchement hyper-médicalisé pour lui donner un visage plus humaniste centré sur la femme enceinte sans en oublier aussi les dispensateurs de ces soins. Il faut alors une synergie d'actions des différents partenaires en l'occurrence, les administrations sanitaires, les établissements de formations et les différents ordres professionnelles (médecins et sages-femmes). Pour cela, la mise en œuvre effective des plans d'accouchement lors des consultations prénatales, des sensibilisations par des journées portes ouvertes et des causeries éducatives pourraient mettre les femmes et leurs familles à des niveaux d'informations leurs permettant d'être des partenaires des prestataires, pour aboutir à l'humanisation de l'accouchement. Il faudra aussi mettre en place, un mécanisme de gestions des plaintes des usagers de l'hôpital qui est très capital, améliorer la communication interne et externe dans l'hôpital et prévoir un espace d'écoute pour prévenir les dérapages. Pour cette dernière, il serait nécessaire de mettre en place, une cellule psychologique chargée d'accompagner les prestataires. Nous terminons nos propos en empruntant encore à J. L. DESHAIES, sa déclaration suivante: **"Seul un professionnel bien traité peut être bien traitant"**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Blanchard E. Le soin relationnel dans l'urgence pré-hospitalière. [cité 21 mars 2017]; Disponible sur: http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-emmanuel-blanchard.pdf

2. Bioy A, Servillat T. Construire la communication thérapeutique avec l'hypnose. Malakoff: Dunod; 2017.

3. Family Care International. SOINS QUALIFIES LORS DE L'ACCOUCHEMENT LIVRET D'INFORMATION [Internet]. Family Care International 588 Broadway, Suite 503 New York, NY 10012 USA; 2003.

smi@familycareintl.org Courrier électronique http://www.safemotherhood.org Site web

4. White Ribbon Alliance. RespectfulCareCharterFrench le respect dans les soins de maternité - White Ribbon Alliance whiteribbonalliance.orgwp-contentuploads2015...RespectfulCareCharterFrench.pd....pdf [Internet]. 2015.

Alliance whiteribbonalliance.orgwp-contentuploads2015...RespectfulCareCharterFrench.pd....pdf

5. Auteur AFAR, CIANE, Hélène Vadeboncoeur. Bibliographie-violenceobs-2016; Les gestes obstétricaux violents. Les dossiers de l'obstétrique N°317 juin 2003, pages 26-29 r. CIANE. mars 2016;29.

6. Habibata WARA, « Métier de sage-femme : un sacerdoce souvent incompris » Sydwaya BF du 17/11/2014 - Recherche Google [Internet]. [cité 13 févr 2017].

https://www.google.fr/search?hl=fr&q=Habibata+WARA,+%C2%AB+M%C3%A9tier+de+sage-femme+:+un+sacerdoce+souvent+incompris+%C2%BB+Sydwaya++BF+du+17/11/2014

7. MEDA NICOLAS; SANOU ADAMA; DIALLO ABDOULAYE HAMA; SOME D. TELESPHORE; BICABA ABEL Perception de la qualité de l'accueil dans les maternités de la ville de Bobo Dioulasso au Burkina Faso, 2013

https://www.google.fr/search?hl=fr&q=MEDA+NICOLAS%3B+SANOU+ADAMA%3B+DIALLO+ABDOULAYE+HAMA%3B+SOME+

8. Bohren, A Meghan, Erin C Hunter, Heather M, Munthe-Kaas, João Paulo Souza, Joshua P Vogel, et al. Facilitators and barriers to facility-based delivery in low- and middle-income countries: a qualitative evidence synthesis •. Reprod Health. janv 2014;

9. Marianne Caron-Leulliz et coll ; L'accouchement sans douleur, histoire d'une révolution oubliée - Google Scholar

https://scholar.google.fr/scholar?q=Marianne+Caron-Leulliz+et+coll+%3B++L%E2%80%99accouchement+sans+douleur%2C+histoire+d%E2%80%99u

10. Code de déontologie des Sages-femmes et Maïeuticiens du Burkina Faso 2013.

11. Conseil national des accoucheuses; 2006; profil professionnel de la sage_femme en belgique, ;Réunion plénière du 18/12/2006 CNAC/2006/AVIS -

https://www.google.fr/search?tbm=bks&hl=fr&q=Conseil+national+des+accoucheuses%3B+2006%3B+profil+professionnel+de+la+sage_femme+en+Belgique

12. S Kujawski, G Mbaruku, LP Freedman. Association Between Disrespect and Abuse During Childbirth and Women's Confidence in Health Facilities in Tanzania - Maternal and Child Health Journal - Vol. 19, 10 - ISBN: 1092-7875, 1573-6628 - p.2243-2250. Kujawski, Stephanie; Mbaruku, Godfrey; Freedm -

https://scholar.google.fr/scholar?q=Association+Between+Disrespect+and+Abuse+During+Childbirth+and+Women%E2%80%99s+Confidence+in+Health+Facilities+in+Tanzania+-

13. Koblinsky M et all. ; groupe de pilotage Lancet maternally Survival Series ;Going to scale with professional skilled care. - Google Scholar [Internet]. [cité 13 févr 2017].

https://scholar.google.fr/scholar?q=Koblinsky+M+et+all.+%3B+groupe+de+pilotage+Lancet+maternally+Survival+Series+%3BGoing+to+scale+with+professional+skilled+care.+&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5

14. OMS ; La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins, revue hrp_2014 -

https://scholar.google.fr/scholar?q=OMS+%3B++La+pr%C3%A9vention+et+l%E2%80%99%C3%A9limination+du+manque+de+respect+et+des+mauvais+traitements+lors+de+l%E2%80%99accouche

15. Céline Lemay, L'accouchement à la maison au Québec : les voix du dedans Mémoire ;Université de Montréal 1997 - Google Scholar

https://scholar.google.fr/scholar?q=C%C3%A9line+Lemay%2C+L%27accouchement+%C3%A0+la+maison+au+Qu%C3%A9bec+%3A+les+voix+du+dedans++M%C3%A9moire+%3BUniversit%C3%A9+

16. Vania Jimenez, Association pour la Santé publique du Québec, 2005, - Google Scholar

https://scholar.google.fr/scholar?q=Vania+Jimenez%2C+Association+pour+la+Sant%C3%A9+publique+du+Qu%C3%A9bec%2C+2005%2C+&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5

17. The Lancet ; Maïeutique; Résumé analytique de la série du Lancet ; juin 2014 -

https://www.google.fr/search?tbm=bks&hl=fr&q=Conseil+national+des+accoucheuses%3B+2006%3B+profil+professionnel+de+la+sage_femme+en+belgique%2Cjuin+2014+

18. MARLENE BAKER, Représentations des sages-femmes québécoises de leur pratique envers les pères, thèse présentée à l'université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES novembre 2007 -

https://scholar.google.fr/scholar?q=MARLENE+BAKER%2C+Repr%C3%A9sentations+des+sages-femmes+qu%C3%A9b%C3%A9coises+de+leur+pratique+envers+les+p%C3%A8res%2C+th%C3%

19. Steve Harvey, Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail. Une synthèse des approches au niveau international -

https://www.google.com/search?q=Steve+Harvey%2C++Interventions+organisationnelles+et+sant%C3%A9+psychologique+au+travail.

20. RespectfulCareCharterFrench(3).pdf.

21. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth. Boston USAID-Tract Proj Harv Sch Public Health

http://www.tractionproject.org/sites/default/files/Respectful_Care_at_Birth_9-20-101_Final.pdf

22. Programme d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins obstétricaux d'urgence dans les pays en développement (AQUASOU) Projet FSP 2001-149 – MAE-F Composante 2 – Burkina Faso ; Rapport final d'activités P 47 1er janvier 2003 au 31 m -

https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&q=Programme+d%E2%80%99am%C3%A9lioration+de+la+qualit%C3%A9+et+de+l%E2%80%99acc%C3%A8s+aux+soins+obst%C3%A9tricaux+d%E2%80%99u

23. belaid_loubna_2009_memoire.pdf

http://www.giersa.ulaval.ca/sites/giersa.ulaval.ca/files/memoires/belaid_loubna_2009_memoire.pdf

24. Ouédraogo A, Kiemtoré S, Zamané H, Bonané BT, Akotionga M, Lankoande J. Respectful maternity care in three health facilities in Burkina Faso: The experience of the Society of Gynaecologists and Obstetricians of Burkina Faso. Int J Gynecol Obstet. oct 2014;127:S40‑2.

25. Marie Lorraine FRIDERICH. LA RELATION SOIGNANT-SOIGNE AU BURKINA FASO EN 2008. Comment les professionnels et les patients la perçoivent-ils? 2009.

26. VEGA Anne. Post-enquête « Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé » [Internet]. MINISTÈRE DE L'EMPLOI, DE LA COHÉSION SOCIALE ET DU LOGEMENT MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS;Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES; 2005 juin. (Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé). Report No.: N 51.

drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud51.pd

27. Pratique médico-chirurgicale, 1953 - Google Scholar

https://scholar.google.fr/scholar?q=Pratique+m%C3%A9dicochirurgicale%2C+1953&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5

28. Christian SAOUT; L'humanisation de l'hôpital : de l'accueil des pauvres à la démocratie sanitaire ,Musée de l'AP-HP ; 2010 - Recherche Google

https://www.google.fr/search?hl=fr&q=Christian+SAOUT%3B+L%27humanisation+de+l%27h%C3%B4pital+:+ 2010

29. Vadeboncoeur H. La naissance au Québec à l'aube du troisième millénaire: de quelle humanisation parle-t-on? [Internet]. Université de Montréal; 2004 [

http://www.academia.edu/download/36246319/These_Helene_Vadeboncoeur_-_2004.pdf

30. Japan International Development Agency.

http://www.jica.go.jp/senegal/french/office/activities/sante03.html

31. Astrid Brousselle. Méthodes d'évaluation, ASA 6178. Département d'administration de la santé Universitéde Montréal; 2005.

32. Camus O. La notion de compétences relationnelles : une conception utilitariste de la relation à l'autre. Commun Organ. 3 janv 2013;(40):127‑40.

33. Organisation du travail — Wikipédia [Internet].

https://fr.wikipedia.org/wiki/Organisation_du_travail. [cité 5 avr 2017]. Disponible sur: https://www.google.bf/?gws_

34. Cosnier J, Grosjean M, Lacoste M, éditeurs. Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins. Bron : Lyon: ARCI ; Presses universitaires de Lyon; 1993. 227 p. (Collection Ethologie et psychologie des communications).

35. raisler 2000 midwifery care - Google Scholar [Internet]. [cité 26 févr 2017]. Disponible sur:

https://scholar.google.fr/scholar?q=raisler+2000+midwifery+care&hl=fr&as_sdt=0%2C5&oq=Raisler++2000

36. Swahnberg K, Wijma B. Staff's perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study. BMJ Open. 2012;2(5):e001111.

37. Schroll A-M, Kjærgaard H, Midtgaard J. Encountering abuse in health care; lifetime experiences in postnatal women - a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. déc 2013 [

http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-74

38. Mariane Labrecque. La violence obstétricale, une violence systémique ? Mémoire_. Université de Montréal; 2016.

39. Jaffré, Y., and J.-P. O. De Sardan. 2003. Une médecine inhospitalière les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Paris: AP AD Karthala -

https://scholar.google.fr/scholar?q=Jaffr%C3%A9%2C+Y.%2C+and+J.-P.+O.+De+Sardan.+2003.+Une+m%C3%A9decine+inhospitali%C3%A8re+les+difficiles+++relatio

40. De Sardan, O. 2001. La sage femme et le douanier: Cultures Professionnelles et Culture Bureaucratique privatisée en Afrique de l'ouest Autrepart 20:61-

https://scholar.google.fr/scholar?q=De+Sardan%2C+O.+2001.+La+sage+femme+et+le+douanier%3A+Cultures+Professionnelles+et+Culture+Bureaucratique+privatis%C3%A9e+en+Afrique+de+l%2

41. Bowser, D., et K. Hill. 2010. Exploring Evidence for Disrespect and Abuse in Facility-based Childbirth: Report of a Landscape Analysis. Bethesda, MD: USAIDTRAction Project, University Research Corporation, LLC, et Harvard School of Public Health -

https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&q=Bowser%2C+D.%2C+et+K.+Hill.+2010.+Exploring+Evidence+for+Disrespect+and+Abuse+in+Facility%E2%80%90based+Childbirth%3A+Report+of+a+Landsc

42. Margot Phaneuf, Inf., PhD. L'approche humaniste : une influence en soins infirmiers psychiatriques. 2012.

43. Hodnett ED Gates S et coll ; 2007 ; Soutien continu aux femmes pendant l' accouchement (Review) . Cochrane Database of Systematic; Avis 2007, Numéro 3.

https://scholar.google.fr/scholar?start=10&q=Hodnett+ED+Gates+S+et+coll+%3B+2007+%3B+Soutien+continu+aux+femmes+pendant++l%27+accouchement+(Review)+.+Cochrane+Database+of+S

44. Accouchement sans douleur.docx.

45. Hélène Vadeboncoeur. L'humanisation des pratiques entourant l'accouchement est-elle limitée ? [Internet]. Le Médecin du Québec; 2005. Disponible sur: 077-086Documentation0705

httpsfmoq-legacy.s3.amazonaws.comfr...077-086Documentation0705.pdf.pdf

46. Stéphanie Saint Armant,Sylvie Lévesque et Manon Bergeron. Violence obstétricale : qu'en disent les chercheuses au Québec ? Dans le cadre de la Semaine mondiale pour l'accouchement respecté (SMAR) 2016 : conférence sur la violence obstétricale. 2016.

47. Fatou Ndiaye. Sénégal: Santé maternelle - Plaidoyer en faveur d' «un accouchementhumanisé». 9 janv 2014;

48. OUEDRAOGO A. et Coll. Soins de maternité respectueux dans trois établissements de santé au Burkina Faso: l'expérience de la Société des gynécologues et obstétriciens du Burkina Faso. 2014;

PubMed http://www.ijgo.org/article/S0020-7292 (14)00368-3/pdf

49. Eve de Grosbois ; L'environnement de naissance : Saisir l'expérience d'accouchement en maison de naissance, Thèse Université de Montréal ; Faculté de l'aménagement, Mai 2013,

https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/.../deGrosbois_Eve - Google Scholar [Internet].

https://scholar.google.fr/scholar?q=Eve+de+Grosbois+%3B+L%E2%80%99environnement+de+naissance+%3A+Saisir+l%E2%80%99exp%C3%A9rience+d%E2%80%99accouchement+en+maison+de

50. Piché, Denise.1987. "Le lieu de l'accouchement: passé, présent et avenir" dans Accoucher Autrement : Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec, sous la dir. De Francine Saillant et Michel O'Neil -

https://scholar.google.fr/scholar?q=Pich%C3%A9%2C+Denise.1987.+%E2%80%9CLe+lieu+de+l

51. Christian SAOUT; L'humanisation de l'hôpital. MODE D'EMPLOI ; Une exposition du Musée de l'AP-HP 21 octobre 2009 - 20 juin

2010+de+la+Semaine+mondiale+pour+l'accouchement+respecté+(SMAR)+2016+vendredi+20+mai+2016%3A+conférence+sur+la+violence+obstétricale+Sylvie+Lévesque -SAOUT

52. burkinafaso_cedaw_c_bfa_4_5_2003.doc [Internet]. [cité 15 mars 2017]. Disponible sur: http://66.36.242.93/reports/burkinafaso_cedaw_c_bfa_4_5_2003.doc

53. A Ayissi, C Maia, J Ayissi - Etudes. Droits et misères de l'enfant en Afrique. cairn.info [Internet]. 2002

https://scholar.google.fr/scholar?q=Convention+relative+aux+droits+de+l%E2%80%99enfant+%28CRC%29+au++Burkina+Faso+&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5

54. Droits en SR Burkina.pdf.

55. Amnesty International. DONNER LA VIE, RISQUER LA MORT. :6‑7.

56. Bethoux C. La promotion des normes internationales des droits humains: le rôle de la Fédération internationale des droits de l'homme (FIDH), Page 13 [Internet]. Paris: Éditions des archives contemporaines : Agence universitaire de la francophonie; 2012. 138 p. (Savoirs francophones).

: www.archivescomtemporaines.com

57. Harvey S, IRSST (Québec). Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail: une synthèse des approches au niveau international [Internet]. Montréal, Québec: IRSST, Direction des communications; 2006

http://site.ebrary.com/id/10390870

58. Layani G. Évaluation de la qualité des soins dans les unités d'urgence rurales du Québec [Internet]. Université Laval; 2015 [cité 18 mars 2017]. Disponible sur:

http://www.theses.ulaval.ca/2015/31584/31584.pdf

59. Grawitz M. (2001). Méthodes des sciences sociales. Dalloz -

https://scholar.google.fr/scholar?q=Grawitz+M.+%282001%29.+M%C3%A9thodes+des+sciences+sociales.+Dalloz&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5

60. G Roch. Impact du climat organisationnel sur le façonnement des pratiques relationnelles de soin et la satisfaction professionnelle d'infirmières soignantes en milieu … [Internet]. papyrus.bib.umontreal.ca. 2008

: zotero://attachment/417/

61. PA 2017 HDB vf.docx.

62. J Poupart. Tradition de Chicago et interactionnisme: des méthodes qualitatives à la sociologie de la déviance, - Recherches qualitatives, 2011

zotero://attachment/437/

63. Santiago D., Rouan M. et al. Les méthodes qualitatives en psychologie, Dunod,. 2001;

64. F Guillemette. L'approche de la Grounded Theory; pour innover; Recherches qualitatives, 2006 [Internet]. lar.univ-paris-diderot.fr. 2006

https://scholar.google.fr/scholar?q=Collecte+des+donn%C3%A9es+et+saturation&btnG=&hl=fr&as_sdt=0%2C5

65. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deux Partie «Maladie» À «Verbatim» Exerc. 2009;88(20):106–12.

66. Corinne Saubesty – Vallier, ATER à l'IUT de Perpignan,, laboratoire DMSP. Quels apports du codage des données qualitatives - Stratégique (AIMS) [Internet]. 2006

www.strategie-aims.com/events/conferences/8-xveme...de-l...du.../download

67. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes - Google Scholar [Internet]. [cité 30 juin 2017].

: https://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&q=L%27analyse+inductive+g%C3%A9n%C3%A9rale%3A

68. Cosnier J, Grosjean M, Lacoste M, éditeurs. Soins et communication: approche interactionniste des relations de soins. Bron : Lyon: ARCI ; Presses universitaires de Lyon; 1993. 227 p. (Collection Ethologie et psychologie des communications).

69. Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste - Pierre Bourdieu - Google Livres

https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=&id=nVaS6gS9Jz4C&oi=fnd&pg=PR12&dq=Bourdieu+1984&

70. Lavoie-Tremblay. Améliorer_l'environnement_du_travail.pdf. 2002;

71. Doghmi N, Massou S, Balkhi H, Haimeur C, Drissi Kamili N. Le burn out, conséquences et solutions : enquête chez les personnels d'anesthésie–réanimation de quatre hôpitaux universitaires marocains. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. déc 2013;171(10):700‑4.

72. Patricia Vasseur, Laurent Vidal. rencontre miroir revue autrepart.pdf .Le soignant en son miroir Accompagnement anthropologique d'une intervention en santé maternelle (Sénégal). 2010.

73. Honikman S, Fawcus S, Meintjes I. Abuse in South African maternity settings is a disgrace: Potential solutions to the problem. S Afr Med J. 10 mars 2015;105(4):284.

74. Phaneuf M. La relation soignant-soigné: rencontre et accompagnement: vers l'utilisation thérapeutique de soi. Chenelière éducation; 2011.

75. Denis A, Parant O, Callahan S. Post-traumatic stress disorder related to birth: a prospective longitudinal study in a French population. J Reprod Infant Psychol. avr 2011;29(2):125‑35.

76. Perreault M, Trempe-Masson C, Gastaldo D, Boyer G, Colin C. Le soutien social de l'intervenante tel que perçu par les participantes d'un programme de prévention en périnatalité en milieu d'extrême pauvreté. Santé Ment Au Qué. 1998;23(1):163.

77. MS15_15_salvaggio_chloe(1)(D) Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l ... dumas.ccsd.cnrs.frdumas-01176516document.pdf.

78. Ouédraogo A, Kiemtoré S, Zamané H, Bonané BT, Akotionga M, Lankoande J. Respectful maternity care in three health facilities in Burkina Faso: the experience of the Society of Gynaecologists and Obstetricians of Burkina Faso. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. oct 2014;127 Suppl 1:S40-42.

79. Cesbron P. plaidoyer pour une bientraitance obstétricale. J Pédiatrie Puériculture. sept 2001;14(6):341‑6.

80. Vadeboncoeur H. Une autre césarienne ou un AVAC?: s'informer pour mieux décider [Internet]. Anjou: Fides; 2012

http://banq.pretnumerique.ca/accueil/isbn/9782762134131

81. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. Nurs Ethics. nov 2012;19(6):750‑63.

82. Brüggemann AJ, Universitetet i Linköping, Hälsouniversitetet, Universitetet i Linköping, Division of Gender & Medicine. Toward an understanding of abuse in health care: a female patient perspective. Linköping: Linköping University, Faculty of Health Sciences; 2012.

83. Marlisa Orquidia Pereira Tavares. LE BURNOUT CHEZ LES SOIGNANTS : FACTEURS PRÉDISPOSANTS ET MOYENS DE PRÉVENTION. Haute école de santé, Fribourg, Filière soins infirmiers; 2009.

84. MS15_15_salvaggio_chloe(1)(D) Respect de la pudeur de la patiente en salle d'accouchement à l ... dumas.ccsd.cnrs.frdumas-01176516document.pdf.

85. Francès R. Motivation et efficience au travail. Liège: Mardaga; 1995. 168 p. (Psychologie et sciences humaines).

86. Jean-Louis Deshaies Seul un professionnel bien traité peut être bien ....docx.

ANNEXES

Annexes 1

Guide d'entretien humanisation des soins de maternité auprès des prestataires d'accouchement en maternité

Nom de l'enquêteur ……..Date…… N° de fiche :……..

Nous voulons nous entretenir avec vous au sujet de l'humanisation de l'accouchement.
Il s'agit spécifiquement de la qualité des relations entre vous et les femmes que vous accouchez ainsi que du cadre de travail dans lequel se déroule l'accouchement. Ici, le cadre de travail représente le climat organisationnel ou l'environnement dans lequel vous travailler. L'étude vise à tendre vers des soins de qualité au profit des accouchées, d'améliorer l'interface (rapports) entre vous et les femmes qui accouchent, pour un climat convivial dans les maternités. Pour cela, nous allons vous posez certaines questions et nous allons aussi enregistrer si vous le permettez.
Pour cela, nous vous demandons de répondre avec sincérité à nos questions. Soyez rassuré que les informations que vous donnerez ici sont anonymes et seront tenues confidentielles. Vous avez la possibilité de vous retirer de l'enquête à tout moment où vous le voulez.
L'entretien durera environ 30 mn. Merci d'avoir accepté l'entretien. Pouvons-nous commencer ?

NB : Observer et noter : Langage non verbal, lieu, incidents, interaction

Partie 1 : Présentation de l'enquêté

Question 1. Sexe (genre)? : (cocher sans demander)
Homme /____/ femme /____/

Question 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? :

21 ans à 35 ans /____/ entre 36 et 49 ans /____/ + de 50 ans /____/

Question 3. Depuis combien d'années exercez-vous en maternité ?

– d'un an /____/ entre 1 an et 3 ans /____/ entre 4 ans et 10 ans /____/ + de 10 ans /____/

Question 4. Quelle sont les zones dans lesquelles vous avez exercé(e)

Rural /____/ Urbain /____/

Partie 2 : Vous et la relation soignant/soignée

Question 5. Comment considérez-vous les parturientes que vous prenez en charge ?

Des patients /____/ Vos patients /____/ Cela dépend /____/
autres /____/ à préciser……..

Question 6. Relation soignant/soigné
a) Pour vous, est-il important d'instaurer une bonne relation avec les parturientes (c'est-à-dire respecter les droits de la parturiente ou s'adapter aux réactions de la parturiente) ?

Pas important /____/ Peu important /____/ Important /____/ Très important /____/
b) justifier votre réponse?

……
……
……
……
……
……
……
……
c) Pour vous, est -il important de respecter les droits des parturientes ?
Pas important /____/ Peu important /____/ Important /____/ Très important /____/
D) Justifiez votre réponse
……
……
……
……
……
……
Question 7. Pour vous, la relation soignant/soigné est principalement basée sur quoi ?
() *L'écoute, Le respect, L'empathie, La sympathie, La communication, La confiance)*

Question 8. Tutoiement
a) ***Vous arrive-t-il de tutoyer les parturientes/accouchées ?***

Jamais/____/ Parfois/____/ Souvent/____/ Tout le temps /____/
b) Si « souvent », « parfois » ou « tout le temps », pour quelles raisons ?
……
……
……

Question 8. Comment voyez –vous vos relations avec les femmes que vous accouchez et avec leurs accompagnants ?
Bonnes /___/ ; Difficiles /___/
Pourquoi ? Pouvez-vous en parler ?
……
……
……
……
……
……
……
….

Question 9. Que proposez-vous pour améliorer la qualité des relations entre vous et les accouchées ?

……
……
……
……
……
……
……
…

Environnement/cadre de travail

1-Absence de surcharge de travail

a- Que pensez-vous de votre charge de travail dans votre service

- *Relaxe /___/ Charge acceptable /____/ trop chargé /___/*
- *Pourquoi ?*

……
……
……
……

2- Description de poste (absence d'ambiguïté de rôle)

a-Connaissez-vous votre rôle dans le service ? (vérifiez l'existence d'une description de poste/répartition des taches)

-Je connais mon rôle /___/ Je ne connais mon rôle /___/

Pouvez-vous le décrire?

……
……
……
……
……
……

3- Perception de l'emploi (satisfaction)

a- Etes-vous satisfaite de votre emploi ?

Je suis satisfait(e) /___/ Je ne suis satisfait(e) /___/

Pouvez-vous donner les raisons ?

……
……
……
……

b- Etes-vous satisfaite de votre rôle dans le service ?

Je suis satisfait(e) /___/ Je ne suis satisfait(e) /___/

Pouvez-vous donner les raisons ?

……
……
……

……
……

c- *Participez-vous à la prise de décision ?*
je participe à la prise de décision /___/ je ne participe à la prise de décision /___/
Si oui,
comment?.....
.....
.....
.....
.....

4- Relation saine au travail

a- *Quelle est la qualité de vos relations au travail ?*
Mauvaise /___/ moyenne /___/ bonne /___/
Pouvez-vous nous expliquer pourquoi ?
……
……
……
……
……

5- Bonne habitude de communication

a- *Comment les prestataires se parlent-ils ?*
les prestataires se parlent avec respect et amabilité /___/
les prestataires ne se parlent avec respect et amabilité /___/
Selonvous,pourquoi ?.....
.....
.....
.....
.....

b- *Comment les supérieures hiérarchiques et les prestataires se parlent-ils ?*
Les supérieures hiérarchiques et les prestataires se parlent avec respect et amabilité /___/
Les supérieures hiérarchiques et les prestataires ne se parlent avec respect et amabilité /___/
Selon vous, pourquoi cette situation?.....
.....
.....
.....
.....

Annexes 2

Grille d'observation du respect des droits des accouchées lors de l'accouchement en maternité pour une humanisation des soins de maternité

Observation des pratiques relationnelle en salle d'accouchement

Droits des femmes enceintes et de celles qui accouchent

1- ***Le droit de conserver son intégrité et de ne pas être victime de mauvais traitements***

a- La parturiente est victime de violence physique ? Oui /____/ Non /____/

Nature de la violence physique……

2- ***Le droit d'être informée adéquatement, d'exprimer son consentement ou son refus libre et éclairé et d'exiger le respect de ses choix et de ses préférences, y compris en ce qui concerne la présence auprès d'elle d'accompagnants(es)*** *(famille, amis,…)*

a- La parturiente/accouchée est bien informée des soins qu'elle reçoit.

Oui /____/ Non /____/

Comment, cela se fait-il ?

……

……

……

……

b- La parturiente/accouchée donne son consentement éclairé avant de recevoir les soins

Oui /____/ Non /____/

Si oui, Comment cela se fait-il ?

……

……

c- Les choix de la parturiente/accouchée pour les soins (position de repos, position d'accouchement…) sont respectés. Oui /____/ Non /____/

d- Une accompagnante de la parturiente est acceptée dans la salle d'accouchement. Oui /____/ Non /____/

3- ***Confidentialité vie privée et intimité***

a- les parties intimes de la parturiente sont couvertes. Oui /____/ Non /____/

b- Les informations recueillies sur la parturiente/accouchée sont ténues confidentielles (non divulgations à un tiers sans son consentement). Oui /____/ Non /____/

4- ***Dignité, respect*** *(pas de violence verbale)*

a- Les prestataires parlent à la parturiente/accouchée avec amabilité. Oui /____/ Non /____/ Autres……

Comment ?

……
……
……
……
……

5- Egalite, absence de discrimination, soins équitables

a- La parturiente/accouchée reçoit des soins égalitaire Oui /____/ Non /____/.

b- La parturiente/accouchée reçoit des soins sans discrimination. Oui /____/ Non /____/.

c- La parturiente/accouchée reçoit des soins équitables. Oui /____/ Non /____/.

6- ***Le droit de recevoir des soins au moment opportun et de jouir du meilleur état de sante possible****.*

a- La parturiente/accouchée reçoit les soins au moment opportun : respect des normes de soins/traitements ou sur demande. Oui /____/ Non /____/.

7- ***Liberté, autonomie, auto-détermination et ne pas être forcée a quoi que ce soit****.*

a- La parturiente/accouchée n'est pas retenue dans le centre. Oui /____/ Non /____/

b- La parturiente/accouchée n'est pas contrainte à quoi que ce soit pendant son séjour à la maternité. Oui /____/ Non /____/

Annexe 3

Guide d'entretien humanisation des soins de maternité (respect des droits) auprès des accouchées en maternité

Nom de l'enquêteur ……..Date…… N° de fiche :……..

Nous voulons nous entretenir avec vous au sujet de l'humanisation de l'accouchement. Il s'agit spécifiquement de la qualité des relations entre vous et les agents de santé qui vous aident à accoucher. L'étude vise à améliorer les rapports entre vous et les agents de santé, pour un climat convivial dans les maternités. Pour cela, nous allons vous posez certaines questions, nous allons aussi enregistrer si vous le permettez.
Pour cela, nous vous demandons de répondre avec sincérité à nos questions. Soyez rassuré que les informations que vous donnerez ici sont anonymes et seront tenues confidentielles. Vous avez la possibilité de vous retirer de l'enquête à tout moment où vous le voulez.
L'entretien durera environ 15 mn. Merci d'avoir accepté l'entretien. Pouvons-nous commencer ?

NB : Observer et noter : Langage non verbal, lieu, incidents, interaction

Partie 1 : Présentation de l'enquêté

Question 1. Sexe: (Cocher sans demander)
Femme /____/

Question 2. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? :

Entre 15 ans et 20 ans /____/ entre 21 ans et 35 ans /____/ entre 36 et 49 ans /____/ + de 50 ans /____/

Question 3. Combien de grossesse avez-vous eu et combien d'enfant avez-vous ?
……..

Partie 2 : Vous et la relation soignant/soignée

Question 4. Que pensez-vous de l'ambiance dans lequel vous avez accouché et des soins que vous avez reçus ?

Oui, Je suis satisfaite des soins reçu /____/ Non Je ne suis satisfaite des soins reçu /____/
Pourquoi (éléments de satisfaction/insatisfaction)
……
……
……
……
……

……
……
.

Question 5. Respect des droits de la parturiente

a) Pensez-vous qu'on a respecté vos droits ou votre dignité pendant votre accouchement ?

Je pense qu'on a respecté mes droits et ma dignité /____/

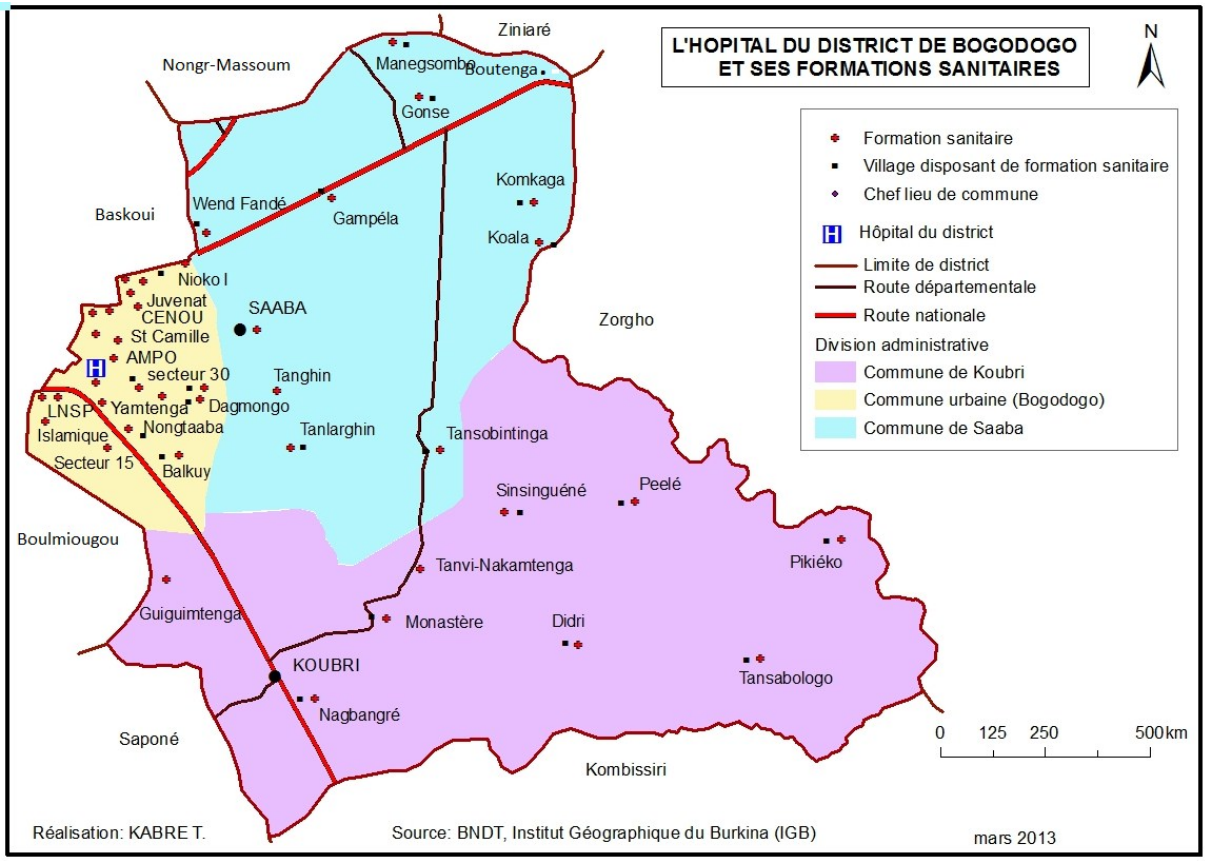
Je pense qu'on n'a pas respecté mes droits et ma dignité /____/

Pourquoi (éléments de satisfaction/insatisfaction) dites –vous cela ? Racontez-nous.

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Merci de nous avoir accordé de votre temps !

Annexe 4 : Cartographie du district sanitaire de Bogodogo



Annexe 5

MINISTERE DE LA SANTE
-=-=-=-=-
REGION DU CENTRE
-=-=-=-=-
DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
DU CENTRE

BURKINA FASO
UNITE-PROGRES-JUSTICE
-=-=-=-=-

Ouagadougou, le 02 MAI 2017

N°2017-_____/MS/RCEN/DRSC

AUTORISATION D'ENQUETE

Je soussigné, Directeur Régional de la Santé du Centre, autorise **M. KIENTIGA BAYALA Athanase**, Etudiant en Master 2 Sciences Maïeutiques et Santé de la Reproduction à l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaire en Santé (IFRIS), à collecter des données à la maternité l'hôpital de District de Bogodogo et au CSPS de la Trame d'accueil du secteur 30 dans le cadre de la rédaction de son mémoire de fin d'études dont le thème est «***Humanisation de l'accouchement : une évaluation de l'environnement et des pratiques relationnelles des prestataires dans une maternité d'un hôpital de district de la ville de Ouagadougou***».

Par ailleurs, je vous invite à déposer un exemplaire du rapport de collecte de données à la Direction régionale de la santé du Centre.

Aussi, le document final validé pour l'instance pédagogique de votre institution nous sera-t-il indispensable pour le service de documentation de notre structure.

La présente autorisation est délivrée sur la demande du Pr R. Marie Charlemagne OUEDRAOGO.

P/Le Directeur Régional de la Santé du Centre P.I.

Direction Régionale de la Santé du Centre * Le Directeur * BURKINA FASO

Dr ZOURE Marie Emmanuelle L.
Médecin de santé publique

Ampliations :
- District sanitaire Bogodogo
- Hôpital de district de Bogodogo
- IFRIS
- Intéressé
- Archives/chrono

Annexe 6

MINISTERE DE LA SANTE

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION

COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE

BURKINA FASO

Unité – Progrès –Justice

DELIBERATION N° 2017-6-070

1. TITRE DE LA RECHERCHE

«Humanisation de l'accouchement : Une évaluation de l'environnement et des pratiques relationnelle des prestataires dans une maternité d'un hôpital de district de la ville de Ouagadougou»

2. REFERENCE DU PROTOCOLE

Année académique 2016-2017

3. DOCUMENTATION

Protocole de recherche resoumis

4. REFERENCE DU DEMANDEUR

Directeur de mémoire : Pr R. Marie Charlemagne OUEDRAOGO
Etudiant : KIENTIGA BAYALA Athanase

5. SITE DE LA RECHERCHE

Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION

07 juin 2017

7. ELEMENTS EXAMINES

Conception scientifique et conduite de la recherche ;
Soins et protection des participants à la recherche ;
Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
Processus de consentement éclairé et note d'information;
Budget de la recherche ;
CVs

8. OBSERVATIONS

RAS

9. MEMBRES AYANT SIEGE

Dr Séni KOUANDA ;
Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE;
Mr Mathias SAM;
Dr R. Frank Edgard Zongo
Dr. Maminata TRAORE
Dr Dieu-donné OUEDRAOGO
Dr. W. Pierre YAMEOGO
Dr FLA Koueta
Dr Clotaire NANGA

10. AVIS DU COMITE

Favorable

11. RESERVES

12. RECOMMANDATIONS

Ouagadougou, le 07 juin 2017

Le Rapporteur

Dr Germaine MINOUNGOU/COMPAORE

Le Président

Pr Séni KOUANDA, Directeur de recherche
Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques