



Qualité des soins dans le cadre du projet MSL

Enquête à mi-parcours

Mise en œuvre par Monsieur Youssouf Souguez

Conseiller en Suivi et Évaluation Recherche-Analyse
et Gestion de données

CUSO International – Kinshasa RD Congo
"Midwives save lives" MSL/RDC Société Congolaise
des sages-femmes (SCOSAF)

TABLE DES MATIERES

ACRONYMES.....	2
RESUME EXECUTIF	3
INTRODUCTION	6
II. MÉTHODOLOGIE	8
2.1. MILIEU DE L'ETUDE.....	8
2.2. ETUDES ET TECHNIQUES DE COLLECTE DES DONNEES.....	8
2.3. GESTION ET ANALYSE DES DONNEES	10
2.4. CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	11
3.1. DONNEES GENERALES	12
3.2. PERFORMANCES DES SAGES-FEMMES APRES LES FORMATIONS PAR LE PROJET MSL	13
3.2.1. PROFIL DES FORMATIONS SANITAIRES ET SAGEFEMMES INCLUS DANS L'ETUDE.....	13
3.2.2. SOINS RESPECTUEUX DANS LES MATERNITES DE FORMATIONS SANITAIRES CIBLES.....	14
3.2.3. PRATIQUE DE LA REFERENCE DANS LES MATERNITES DE FORMATIONS SANITAIRES CIBLES	15
3.2.4. UTILISATION DU PARTOGRAMME DANS LES MATERNITES DE FORMATIONS SANITAIRES CIBLES.....	16
3.3. SATISFACTION DES FEMMES QUI ONT BENEFICIE DES PRESTATIONS DES SF FORMEES DANS LE CADRE DU PROJET MSL.....	18
3.3.1. PROFIL DES FEMMES INCLUSES DANS L'ETUDE DE LA SATISFACTION.....	18
3.3.2. SATISFACTION DES FEMMES SUR LES SOINS REÇUS AU COURS DE LA GROSSESSE, PENDANT L'ACCOUCHEMENT ET AU COURS DE LA PERIODE POSTNATALE	23
3.4. CONNAISSANCE DES ENQUETES SUR LES SIGNES DE DANGER AU COURS DE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POSTPARTUM, ET LES PRECAUTIONS A PRENDRE POUR LA PRISE EN CHARGE	26
3.4.1. PROFIL DES ENQUETES RECRUTES DANS LES MENAGES	26
3.4.2. CONNAISSANCE DES SIGNES DE DANGER AU COURS DE LA GROSSESSE	28
3.4.3. CONNAISSANCES DES SIGNES DE DANGER MATERNELS AU COURS DE L'ACCOUCHEMENT ET DANS LE POSTPARTUM....	29
3.4.4. CONNAISSANCE DES PRECAUTIONS A PRENDRE POUR FACILITER LA PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET LE POSTPARTUM	30
3.4.5. PRECAUTIONS LES PLUS CITEES, A PRENDRE EN CAS DE COMPLICATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE, L'ACCOUCHEMENT ET EN POSTPARTUM.....	31
3.5. CONDITIONS SOCIALES, ÉCONOMIQUES ET PROFESSIONNELLES DU TRAVAIL DES SAGES-FEMMES	32

ACRONYMES

ACSF	Association canadienne des sages-femmes
AS	Aire de santé
CODESA	Comité de santé
CPN	Consultation Prénatale
DIU	Dispositif Intra Utérin
FOSA	Formation sanitaire
MSL	Midwives Save Lives
SF	Sage-femme
SMNE	Santé des mères, des nouveau-nés et des enfants
SMNI	Santé maternelle, néonatale et infantile
SONUB	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SRMNIA	Santé de la reproduction, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent
ZS	Zone Sanitaire

RESUME EXECUTIF

Le premier avril 2016, Cuso International, en partenariat avec l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), a démarré, en République Démocratique du Congo, la mise en œuvre d'un projet en santé de la reproduction intitulé « *Les Sages-femmes sauvent des vies ou Midewives save lives (MSL)* » en anglais. Cette initiative de développement est financée par le gouvernement du Canada par l'entremise du Ministère des Affaires mondiales Canada. Les objectifs de ce projet consistent à: i) améliorer la prestation de services de santé essentiels de qualité pour les femmes; ii) améliorer l'utilisation des services de santé essentiels de qualité par les femmes et leur communauté; iii) renforcer l'influence et la responsabilisation des associations des sages-femmes (SF), leur capacité à répondre aux besoins des membres et à augmenter la reconnaissance de la profession des SF comme un moyen efficient pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant (SMNE). En RDC, le projet est mis en œuvre dans neuf ZSs — Binza Météo, Bumbu, Kinhasa, Kitambo, Kisenso, Lemba, Limete, Matete et Selembao— qui regroupent un ensemble de 62 FOSAs.

Pour atteindre ses objectifs, le projet MSL met en œuvre les activités de formation en cours d'emploi des SF, instructrices (teurs) des SF et aux administratrices (teurs) des services de santé. Il appuie également les agents communautaires et les ONGs locales dans l'organisation des campagnes de sensibilisation et des ateliers au profit des communautés vivant dans les zones cibles du projet. Le projet fournit également un soutien technique aux associations nationales de SF concernant la formation, la réglementation, l'octroi de licences et le développement organisationnel. Enfin, il réalise aussi des sensibilisations réunissant les différents détenteurs d'enjeux dans le domaine de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant (SMNE) afin de partager les connaissances, de promouvoir la coordination, la collaboration et le dialogue social et de discuter des leçons apprises et des meilleures pratiques. Dans la logique de gestion de ce projet, il était prévu une évaluation à mi-parcours des activités mises en œuvre dans les zones d'intervention. Dans ce rapport, nous présentons les résultats de l'enquête à mi-parcours de ce projet.

Menée du 12 au 26 septembre 2018, dans toutes les zones de santé appuyées par le projet, cette enquête a combiné des études transversale et phénoménologique. L'étude transversale a permis: d'évaluer les connaissances des SF sur les soins respectueux, le protocole de référence et l'utilisation du partogramme; de déterminer le niveau de satisfaction des femmes qui avaient reçu les soins de santé dans les FOSAs où les SF ont été formées dans le cadre du projet MSL; évalué les connaissances des hommes et femmes en communauté, sur le plan d'accouchement, les complications pendant la grossesse et l'accouchement et la participation aux activités communautaires de santé. Le volet qualitatif a concerné les conditions de travail des SF, afin de comprendre les éléments qui contribuent à garantir un environnement propice, lequel permettrait à la SF d'exercer, de façon optimale, les compétences de son champ de pratique et être en mesure de fournir les soins de qualité

aux femmes en besoin. Nous avons collecté les données grâce à l'interview structurée, l'interview semi-structurée individuelle et l'analyse documentaire.

Après collecte et analyse des données, les observations faites à mi-parcours de la mise en œuvre du projet MSL sont les suivantes :

- 55,6% des SF formées, dans les FOSAs cibles, étaient capables de citer spontanément au moins trois éléments des soins respectueux de la santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et des adolescents (SRMNIA) ;
- 70,4% des SF dans les FOSAs cibles connaissaient le protocole de référence ;
- 64,8% des SF dans ces FOSAs étaient capables d'identifier spontanément trois cas qui requièrent une référence au niveau supérieur ;
- 50,0% des FOSA avaient utilisé les partogrammes dans les 9 mois qui avaient précédé l'enquête et 65,4% des SFs (FOSA) qui avaient utilisé les partogrammes, les avaient correctement remplis ;
- 59,3% des femmes avaient réalisé au moins quatre visites prénatales dans les FOSAs cibles ;
- 90,6% des femmes ayant été assisté par les SF dans les FOSAs cibles, avaient rapporté être satisfaites de services reçus dans la FOSA ;
- 87,6% des mères et leurs nouveau-nés, dans les FOSAs cibles, avaient reçu les soins postnataux dans les trois premiers jours postpartum ;
- 75,7% des nouveau-nés, dans les FOSAs cibles, étaient mis au sein (allaités) dans la première heure suivant leur naissance ;
- 31,7% de femmes avaient participé aux séances de planning familial dans les FOSAs cibles ;
- 62,0% d'hommes contre 59,2% de femmes dans la zone du projet connaissaient au moins trois signes de danger pendant la grossesse ;
- 18,8% d'hommes contre 19,3% de femmes dans les communautés cibles étaient capables d'identifier au moins trois éléments du plan d'accouchement (y compris des dispositions en cas de complications) ;
- 6,5% d'hommes contre 13,3% de femmes en communauté cible étaient capables d'identifier le rôle du comité de santé.

Dans l'exercice de leur fonction, les SF sont souvent confrontées à des obstacles importants qui peuvent les empêcher de fournir des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés. Sur le plan économique, même si les SF ont été formées pour offrir les soins de bonne qualité, aucun facteur ne permet actuellement de vérifier si elles ont la motivation nécessaire pour offrir les soins avec un grand dévouement, parce que toute seule, la formation ne les a pas permis de s'affranchir de la charge que représente le coût de la vie. Nous « *sommes mal rémunéré* » est le maître mot qui témoigne de l'obstacle économique que représente le fait de se consacrer uniquement à ses responsabilités en tant que SF.

Au point de vue social, dans un environnement où le coût des soins maternels, néonataux et infantiles est entièrement à la charge des ménages, la bonne qualité des soins est aussi un résultat d'une interaction efficace entre les SF et les femmes. Dans cette interaction, les femmes doivent avoir l'argent pour payer toutes les charges à la maternité et les FOSAs doivent avoir, en plus de SF compétentes, un matériel approprié pour assurer cette prise en charge. Pourtant, en pratique cela n'est pas le cas. Souvent, les femmes arrivent à la maternité sans savoir combien d'argent elles devront payer ou de quels matériels les FOSAs auront besoin. Des telles situations aboutissent souvent à une prise en charge tardive ou lorsque celle-ci a été réalisée, à des cas de détention à la maternité, pendant des longues durées et aussi, à la détérioration des relations entre le personnel et la femme.

Au point de vue professionnel, les SF reconnaissent le bien-fondé des formations. Mais, elles ont insisté sur le fait que, dans leurs conditions de travail actuel, le manque du matériel, équipement et médicaments pouvant permettre de donner les soins appropriés, le nombre limité des SF formés dans leurs FOSAs et la surcharge du travail, constituent des contraintes à l'exercice correct de leur responsabilité.

INTRODUCTION

Le premier avril 2016, Cuso International, en partenariat avec l'Association canadienne des sages-femmes (ACSF), a démarré la mise en œuvre d'un projet en santé de la reproduction couvrant quatre pays; le Bénin, l'Éthiopie, la République Démocratique du Congo (RDC) et la Tanzanie. Intitulé « *Les Sages-femmes sauvent des vies ou Midewives save lives (MSL)* » en anglais, cette initiative de développement est financée par le gouvernement du Canada par l'entremise du Ministère des Affaires mondiales Canada. Dans son but final, le projet devra contribuer à la réduction de la morbidité et mortalité maternelles et néonatales en renforçant la disponibilité, l'acceptabilité, l'utilisation et la qualité des services de santé génésique, maternels et néonataux dispensés par les Sages-femmes (SF) dans les quatre pays cibles. Ses objectifs spécifiques consistent à: i) améliorer la prestation de services de santé essentiels de qualité pour les femmes; ii) améliorer l'utilisation des services de santé essentiels de qualité par les femmes et leur communauté; iii) renforcer l'influence et la responsabilisation des associations des SF, leur capacité à répondre aux besoins des membres et à augmenter la reconnaissance de la profession des SF comme un moyen efficient pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant (SMNE).

Au centre de ce projet se trouve le droit universel de toutes les femmes à être traitées avec dignité et respect. Ainsi cette initiative s'appuie-t-elle sur le modèle canadien unique des SF, qui les aide à travailler de façon autonome et dans des milieux éloignés, ainsi que sur des ressources techniques supplémentaires disponibles par l'entremise de la Confédération internationale des SF. Les résultats du projet comprennent: i) l'accroissement des compétences des SF pour fournir en temps opportun des soins de qualité et respectueux de SMNI, y compris les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB); ii) l'accroissement des compétences des SF travaillant dans les formations sanitaires (FOSA) de première ligne, à référer en temps opportun, vers les services appropriés de seconde et troisième lignes, les femmes ayant de complications pendant la grossesse et l'accouchement; iii) l'amélioration de l'information chez les hommes et femmes adultes ainsi que chez les jeunes, sur les besoins de santé des femmes en âge de procréer, mères, femmes enceintes et nouveau-nés; iv) l'augmentation de la capacité des hommes et femmes à participer à l'évaluation de la qualité des services locaux offrant des soins de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile; v) l'augmentation de la capacité des associations des SF à collaborer avec les principales parties prenantes pour renforcer les programmes d'études et les directives de pratique clinique; vi) l'amélioration de la capacité des associations des SF à contribuer au renforcement de l'infrastructure requise pour encadrer la profession (formation, réglementation et accréditation); enfin vii) l'augmentation de la capacité des associations des SF à exercer un leadership dans le secteur de la santé et à défendre les intérêts professionnels des SF qu'elles représentent.

Pour atteindre les objectifs cités plus-haut, depuis 2016, Cuso International appuie chaque pays cible dans la mise en œuvre des activités de formation en cours d'emploi des SF, instructrices (teurs) des SF et aux administratrices (teurs) des services de santé. Parallèlement, des campagnes de sensibilisation et des ateliers organisés par les agents communautaires et des ONGs locales sont menés au profit des communautés vivant dans les zones cibles du projet. Le projet fournit également un soutien technique aux associations nationales de SF concernant la formation, la réglementation, l'octroi de licences et le développement organisationnel. Par ailleurs, par l'entremise de MSL, Cuso International réalise également des sensibilisations réunissant les différents détenteurs d'enjeux dans le domaine

de la SMNE afin de partager les connaissances, de promouvoir la coordination, la collaboration et le dialogue social et de discuter des leçons apprises et des meilleures pratiques. En RDC, le projet est mis en œuvre dans neuf ZSs —Binza Méteo, Bumbu, Kinshasa, Kitambo, Kisenso, Lemba, Limete, Matete et Selembao— qui regroupent un ensemble de 62 FOSAs.

Dans la logique de gestion de ce projet, il était prévu une évaluation à mi-parcours des activités mises en œuvre dans les zones d'intervention. Ce rapport présente les résultats de l'évaluation à mi-parcours de ce projet. Cette évaluation est ainsi axée sur : i) le niveau d'atteinte des indicateurs du projet MSL ; ii) la satisfaction des femmes, de soins reçus dans les FOSAs où les SF ont été formées en SONU et en soins respectueux dans le cadre du projet MSL et iii) les performances —dans l'utilisation du partogramme, la connaissance du protocole de référence et sur les soins respectueux— des SF après ces formations offertes dans le cadre du projet MSL.

Outre cette introduction, ce rapport est structuré en une partie méthodologique ainsi que les résultats principaux des grandes observations faites au cours de la mise en œuvre de ce projet. Un résumé exécutif donne la synthèse du rapport en fonction des indicateurs principaux de cette évaluation.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. Milieu de l'étude

Nous avons réalisé cette enquête dans neuf ZSs du projet MSL. Dans la figure 1, nous notons toutes les zones de santé de mise en œuvre du projet MSL. D'après cette figure, il apparaît que ce projet couvre les ZSs de Kitambo, Limete, Matete, Lemba, Kisenso, Selembao, Bumbu, Kinshasa et Binza Météo. L'annexe_A présente la liste de 62 FOSAs —aires de santé— réparties par chacune des ZSs couvertes par le projet MSL.

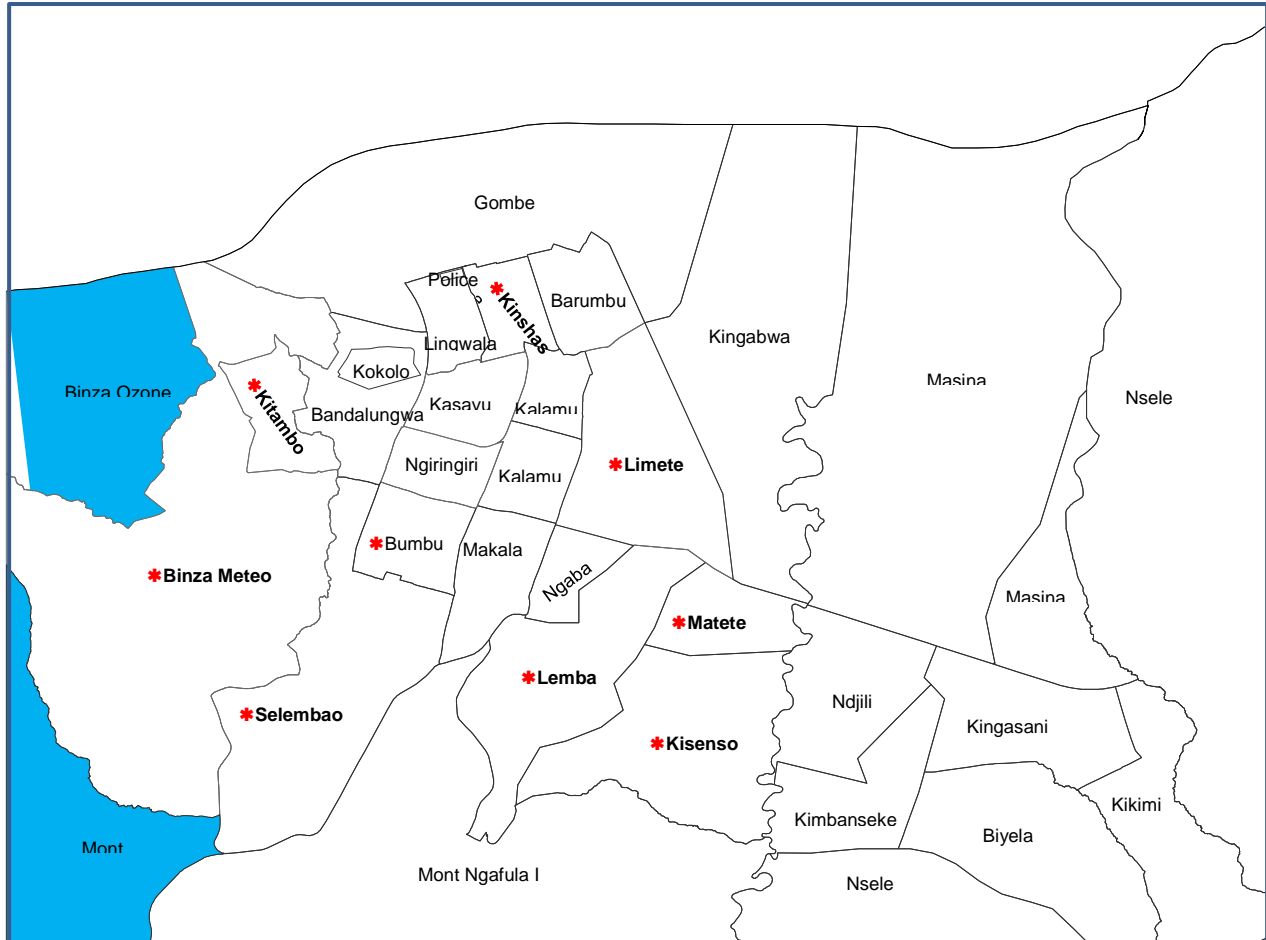


Figure 1. Cartes des Zones de santé de Kinshasa (* : Zones de santé cibles du projet MSL)

2.2. Etudes et techniques de collecte des données

Cette enquête est une combinaison des études transversale et qualitative —phénoménologique. L'étude transversale a concerné les Sages-femmes, les accouchées en séjour dans la maternité et les hommes et femmes dans les ménages. Chez les Sages-femmes, elle a permis d'évaluer leurs connaissances sur les soins respectueux, le protocole de référence et l'utilisation du partogramme. Chez les accouchées, elle a permis de déterminer le niveau de satisfaction des femmes qui avaient reçu les soins de santé dans les FOSAs où les SF ont été formées dans le cadre du projet MSL ; tandis que chez les hommes et femmes en communauté, cette étude a évalué leurs connaissances concernant le plan d'accouchement, les complications pendant la grossesse et l'accouchement et la participation aux

activités communautaires de santé. Le volet qualitatif a concerné les conditions de travail des SF, afin de comprendre les éléments qui contribuent à garantir un environnement propice, lequel permettrait à la SF d'exercer, de façon optimale, les compétences de son champ de pratique et être en mesure de fournir les soins de qualité aux femmes en besoin.

Les critères d'inclusion des sujets dans l'étude ont varié en fonction de chaque cible. Concernant les accouchées, seules les femmes qui avaient accouché dans les FOSAs partenaires du projet, dans lesquelles les SF ont été formées, ont été incluses dans l'étude. Pour les SF, seules celles qui ont été formées, étaient incluses dans cette étude. Même si « Sagefemme » est une profession à part entière, dans cette enquête, ce concept inclut tout personnel —Sagefemme ou infirmière— identifié comme tel par le projet, formé dans le cadre de celui-ci et offrant actuellement les soins mère-enfant dans les FOSAs cibles. Dans les ménages, seuls les hommes qui ont été auteur d'une grossesse et les femmes qui ont porté la grossesse depuis le début de l'année 2017, ont été inclus dans l'étude.

Au départ basée sur la méthode LQAS, la collecte des données a été modifiée afin de l'adapter à la aux effectifs des cibles disponibles dans les FOSAs et en communauté. Dans les FOSAs, nous avons collecté les données chez toutes les accouchées disponibles le jour de l'enquête sans dépasser six par FOSA ; chez une SF disponible le jour de l'enquête —de préférence la responsable de la maternité— et en communauté, nous avons collecté les données (≈ 10 ménages) d'une manière aléatoire systématique dans un rayon de 200 m autour de la FOSA jusqu'à concurrence d'un nombre minimum de 195 ménages-Hommes et 195 ménages-femmes pour l'ensemble de la zone d'intervention.

Nous avons collecté les données, du 12 au 26 septembre 2018, grâce à l'interview structurée (évaluation des connaissances des SF sur les soins respectueux, le protocole de référence et l'utilisation du partogramme ; du niveau de satisfaction des femmes qui avaient reçu les soins de santé dans les FOSAs où les SF ont été formées dans le cadre du projet MSL et les connaissances de la communauté concernant le plan d'accouchement, les complications pendant la grossesse et l'accouchement et la participation aux activités communautaires de santé), l'interview semi-structurée individuelle (comprendre les conditions de travail des SF) et l'analyse documentaire (revue des partogrammes). Nous avons réalisé ces interviews en français ou en langue locale —Lingala, Swahili, Tshiluba et Kikongo— souhaitée par l'enquête. Le tableau I présente les cibles de l'enquête, la technique et l'outil utilisés pour collecter les données.

Tableau I. Cibles d'enquête, techniques et outils de collecte des données

Aspects	Évaluation de la Satisfaction	Offre des soins par les SF	Volet communautaire
Cible	Accouchée dans les FOSAs cibles du MSL	SF en maternité formés dans le cadre du projet MSL	Hommes ≥ 18 ans et Femmes > 15 ans ayant eu au moins une grossesse quelle que soit l'issue
Technique de collecte	IS individuelle avec les accouchées en séjour à la maternité	Interview des SF & Revue d'un échantillon de partogramme	Enquête ménage
Outil de collecte	Questionnaire structuré	Questionnaire & grille d'entretien	Questionnaire structuré

2.3. Gestion et analyse des données

Les données collectées ont été stockées sur les suites Excel et World. Nous avons analysé les données quantitatives avec le logiciel Stata 13 et les narrations, avec le logiciel Atlati. Les principaux indicateurs recherchés lors de cette analyse sont présentés dans l'encadré¹. Nous avons défini la satisfaction du client comme l'écart entre le service attendu et l'expérience de service, du point de vue du client.

L'évaluation de la satisfaction a permis d'apprécier la qualité des services offerts aux femmes. Nous avons utilisé l'échelle de satisfaction sur les soins maternels centrés sur la personne¹. Cette échelle évalue la satisfaction à travers les variables : dignité et respect, intimité et confidentialité, autonomie (pouvoir de décision), communication, support social, soins reçus, stigmatisation et discrimination, confiance et équipement. Les items constitutifs de ces variables sont bâtis sur une échelle à 5 points, allant du « totalement satisfait » à « totalement insatisfait ».

Concernant la qualité des soins offerts par les SF, nous l'avons évalué en termes de leurs performances concernant l'utilisation du partogramme (deux sélectionnés par FOSA pour les accouchements du mois qui avaient précédé l'enquête), la qualité du remplissage, sur ce partogramme, des données relatives au déroulement de l'accouchement; la pertinence des décisions prises par les SF à partir du partogramme lorsque la ligne d'alerte est franchie; les connaissances et le respect du protocole de référence et celui des soins respectueux.

I#1. Pourcentage de nouveau-nés, dans les FOSAs ciblées, mis au sein (allaités) dans la première heure suivant leur naissance.

I#2. Pourcentage de femmes, ayant été assisté par les SF dans les FOSAs ciblées, qui ont rapporté d'être satisfaites avec des services rendus

I#3. Pourcentage de mères et leurs nouveau-nés, dans les FOSAs ciblées, recevant des soins postnataux dans les trois premiers jours postpartum et des visites subséquentes

I#4. Pourcentage de femmes qui ont visité les FOSAs ciblées pour les services de planning familial

I#5. Pourcentage de femmes ayant assisté à au moins quatre visites prénatales dans les FOSAs ciblées

I#6. Pourcentage des partogrammes correctement remplis par des SF dans la zone du projet

I#7. Pourcentage des SF formées, dans les FOSAs ciblées qui peuvent citer spontanément trois éléments des soins respectueux de SRMNIA

I#8. Pourcentage des SF dans les FOSAs ciblées qui connaissent le protocole de référence

I#9. Pourcentage des SF qui identifient spontanément trois cas qui requièrent une référence au niveau supérieur

I#10. Pourcentage d'hommes et de femmes dans la zone du projet qui connaissent trois signes de danger pendant la grossesse

I#11. Pourcentage d'hommes et de femmes dans les communautés ciblées identifiant au moins trois éléments du plan d'accouchement (y compris des dispositions en cas de complications)

I#12. Pourcentage de personnes (F/H) des communautés ciblées qui peuvent identifier le rôle du comité de santé

¹ Development of a tool to measure person-centered maternity care in developing settings: validation in a rural and urban Kenyan population : <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-017-0381-7>

2.4. Considérations éthiques

Cette étude a été autorisée par le comité d'éthique de l'Ecole de santé Publique de l'Université de Kinshasa. Tous les participants avaient librement consenti à y participer. Les données collectées étaient anonymes et seront utilisées uniquement aux fins de cette évaluation et, le cas échéant, pour une publication scientifique. Aucun autre usage ne pourra en être fait, durant ou après publication des résultats de cette enquête.

III. RESULTATS

3.1. Données générales

Sur l'ensemble de 62 FOSAs attendues, nous avons collecté les données dans 54 (87,1%). Nous avons exclu huit FOSAs ; soit parce que les SF n'y avaient pas encore été formées (6 FOSAs), soit parce que celles qui l'ont été, les ont quittées. Par ZS, les FOSAs incluses dans la collecte des données étaient réparties de la manière suivante : Limete (8), Selembao (7) ; Binza Météo (7) ; Kisenso (7); Kinshasa (6); Bumbu (5); Matete (5) ; Lemba (5) et Kitambo (4) (voir figure 2).

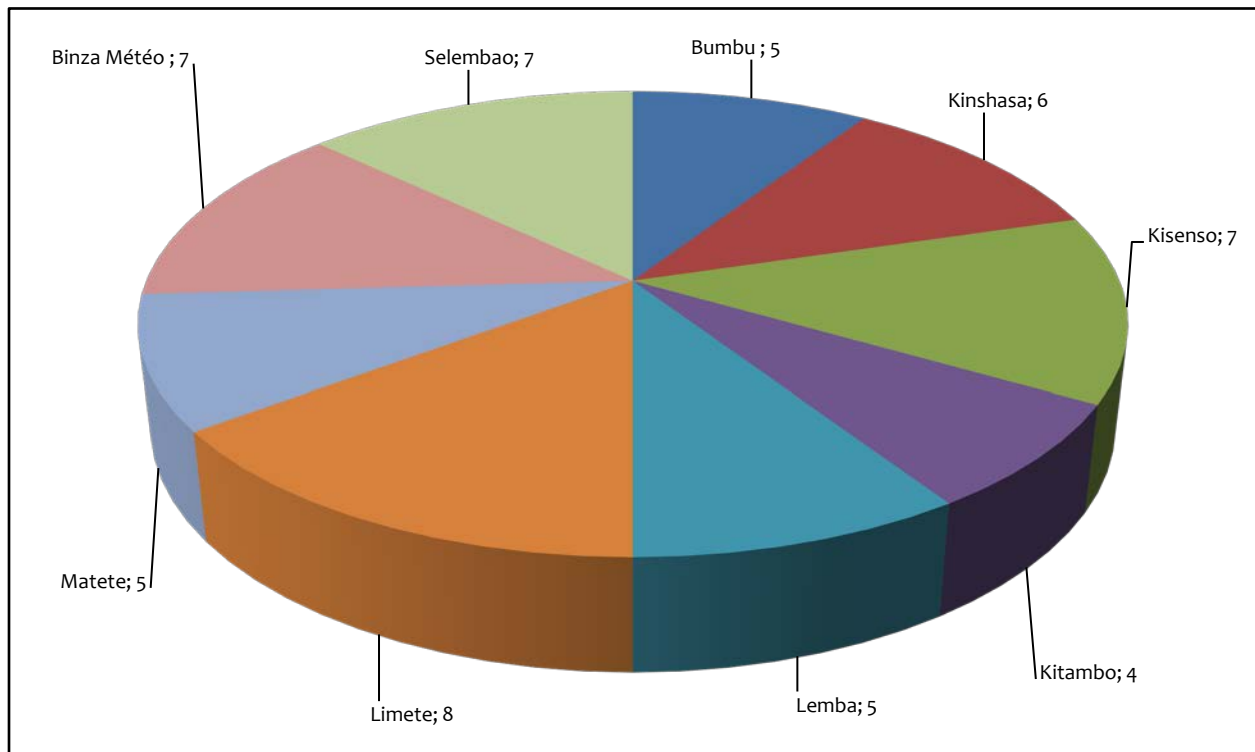


Figure 2. FOSAs incluses dans la collecte des données par Zone de santé

Chaque FOSA était représentée par une SF. Dans ces FOSAs incluses dans cette étude, nous avons recruté 181 accouchées qui étaient en séjour à la maternité les jours de l'enquête. Dans la communauté, nous avons recruté 223 hommes auteurs d'une grossesse au cours de deux ans qui avaient précédé l'enquête et 259 femmes qui avaient porté la grossesse dans les deux ans avant l'enquête. Dans la figure 2, nous avons présenté le nombre de FOSAs enquêtées par ZS du projet.

3.2. Performances des sages-femmes après les formations par le projet MSL

3.2.1. Profil des formations sanitaires et sagefemmes inclus dans l'étude

Tableau II. Caractéristiques des sagefemmes inclus dans l'enquête

Caractéristiques des sagefemmes	Effectif (n=54)	Pourcentage
Type de formation sanitaire		
Hôpital	18	33,3
Centre de santé	36	66,7
Sexe des sagefemmes		
Femmes	48	88,9
Hommes	6	11,1
Qualification des répondants		
Sagefemme	38	70,4
Infirmière	15	27,8
Aide-soignant	1	1,9
Age des prestataires à la maternité (années)		
<30	3	5,6
30—40	10	18,5
41—49	16	29,6
≥50	25	46,3
Experience professionnelle (années)		
<5	6	11,1
5—9	13	24,1
10—14	7	13,0
15—19	11	20,4
≥20	17	31,5

Dans le tableau II, on note que deux tiers (66,7%) des FOSAs enquêtées étaient les centres de santé, tandis que le tiers (33,3%) restant était représenté par les hôpitaux. Dans ces FOSAs, la majorité de SF étaient les femmes (88,9%). Concernant la profession de base, nous avons noté que près de trois quarts (70,4%) des prestataires à la maternité étaient des SF ; 27,8% étaient des infirmières, tandis qu'une de ces prestataires (1,9%) était une aide-soignante. L'âge moyen de ces prestataires était de 48 ans (± 10 ans). Par ordre de fréquence, la majorité (46,3%) avait au moins 50 ans. Les prestataires de 41 à 49 ans représentaient 29,6% ; ceux de 30 à 40 ans, 18,5%. Les prestataires de moins de 30 ans représentaient 5,6%. Concernant l'expérience professionnelle des SF, sa durée moyenne à la maternité était de 16 ans (± 10 ans). Cependant, nous avons noté que plus de la moitié de prestataires avaient au moins 15 ans d'expérience (31,5% pour ceux ayant au moins 20 ans et 20,4% pour ceux ayant 15 à 19 ans d'expérience) ; 24,1% avaient 5 à 9 ans d'expérience ; 13,0% avaient 10 à 14 ans tandis que ceux de moins de 5 ans représentaient seulement 11,1%.

3.2.2. Soins respectueux dans les maternités de formations sanitaires cibles

Parmi les SF interviewées, 55,6% dans les FOSAs ciblées, étaient capables de citer spontanément au moins trois éléments des soins respectueux de SRMNIA. Le tableau III présente les mauvais traitements que peuvent subir les femmes pendant la prise en charge de la grossesse et l'accouchement tels qu'ils ont été cités par les SF.

Tableau III. Connaissance des Sagefemmes sur les soins respectueux —les mauvais traitements que peuvent subir les femmes pendant la prise en charge de la grossesse et l'accouchement

Mauvais traitements et abus au cours de la grossesse et de l'accouchement	Que peuvent subir les femmes (n=54)	Qui sont les plus fréquents (n=54)
Violence verbale (Insultes)	77,8	28,1
Violence physique (gifles/coups)	59,3	4,8
Manque d'intimité	22,2	0,0
Abandon pendant le travail (la femme laissée seule ou sans soins)	20,4	0,0
Manque de confidentialité	20,4	0,0
Refus du choix de la position pendant l'accouchement	20,4	0,0
Absence du consentement de la patiente	13,0	0,0
Effectuer des pratiques nocives (examen abusif)	9,3	0,0
Détention de la femme pour non-paiement des frais	9,3	0,0
Absence d'information sur les soins reçus administrés	7,4	0,0
Refus à manger et à boire à la femme pendant le travail	7,4	0,0
Restreinte de la liberté de mouvements à la femme en travail	7,4	0,0
Discrimination basée sur l'ethnie, la religion ou autres	5,6	0,0
Utilisation abusive de médicaments et de technologie	5,6	0,0
Séparation non nécessaire de la mère et le nouveau-né	1,9	0,0

Dans l'éventail des mauvais traitements que peuvent subir les femmes lors de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, ceux les plus connus de prestataires enquêtés étaient, par ordre d'importance, les violences verbale (77,8%) et physique (59,3%). Pour certaines de ces prestataires (28,1%), la violence verbale était de tous les mauvais traitements, celui qui était le plus fréquents.

3.2.3. Pratique de la référence dans les maternités de formations sanitaires cibles

Tableau IV. Formation, connaissance et pratique de la référence et contre-référence dans les FOSAs cibles

Situation de la Référence et contre-référence	Effectif (n=54)	Pourcentage
Formation sur la référence et contre référence	39	72,2
<i>Année de formation</i>		
Avant 2016	4	10,2
2016	3	7,7
2017	19	48,7
2018	13	33,3
Disponibilité des directives sur la référence	38	70,4
Référence de la parturiente 9 mois avant l'enquête	43	79,6
Obtention du retour d'informations sur les parturientes référées	22	51,2
Nombre cité par les sagefemmes		
0	4	7,4
1	1	1,9
2	14	25,9
3	35	64,8

Dans les FOSAs enquêtées, seulement 72,2% (n=54) des SF étaient formées sur la référence et contre-référence. Parmi les prestataires formés (n=39), 89,8% l'étaient entre 2016 et 2018 ; 10,2% l'étaient avant cette période. Dans ces mêmes FOSAs (n=54), seules 70,2% avaient les directives sur la référence et contre référence des parturientes. Concernant la référence des parturientes, on notait que 79,6% des prestataires avaient, au moins une fois, référé les parturientes depuis le début de l'année 2018. Cependant, seule la moitié (51,2%) de ceux qui l'avaient fait, avaient reçu le feedback venant des structures de référence.

En termes de connaissance des situations pouvant entraîner la référence, près de deux tiers (64,8%) des prestataires avaient cité trois situations de référence, 25,9% avaient cité seulement deux situations; 1,9% seulement une situation, tandis que 7,4% des prestataires étaient incapables de citer ne fut ce qu'une situation de référence. Par ordre d'importance, les complications les plus citées étaient : l'hémorragie ante et postpartum (64,0%); l'éclampsie et la pré-éclampsie (54,0%) ; la dystocie —bassin rétréci & faibles contractions— (28,0%); l'anémie sévère (28,0%); les convulsions (16,0%); le placenta prævia (12,0%) et les présentations vicieuses (10,0%). Plusieurs autres complications étaient seulement citées par moins de 5% des prestataires.

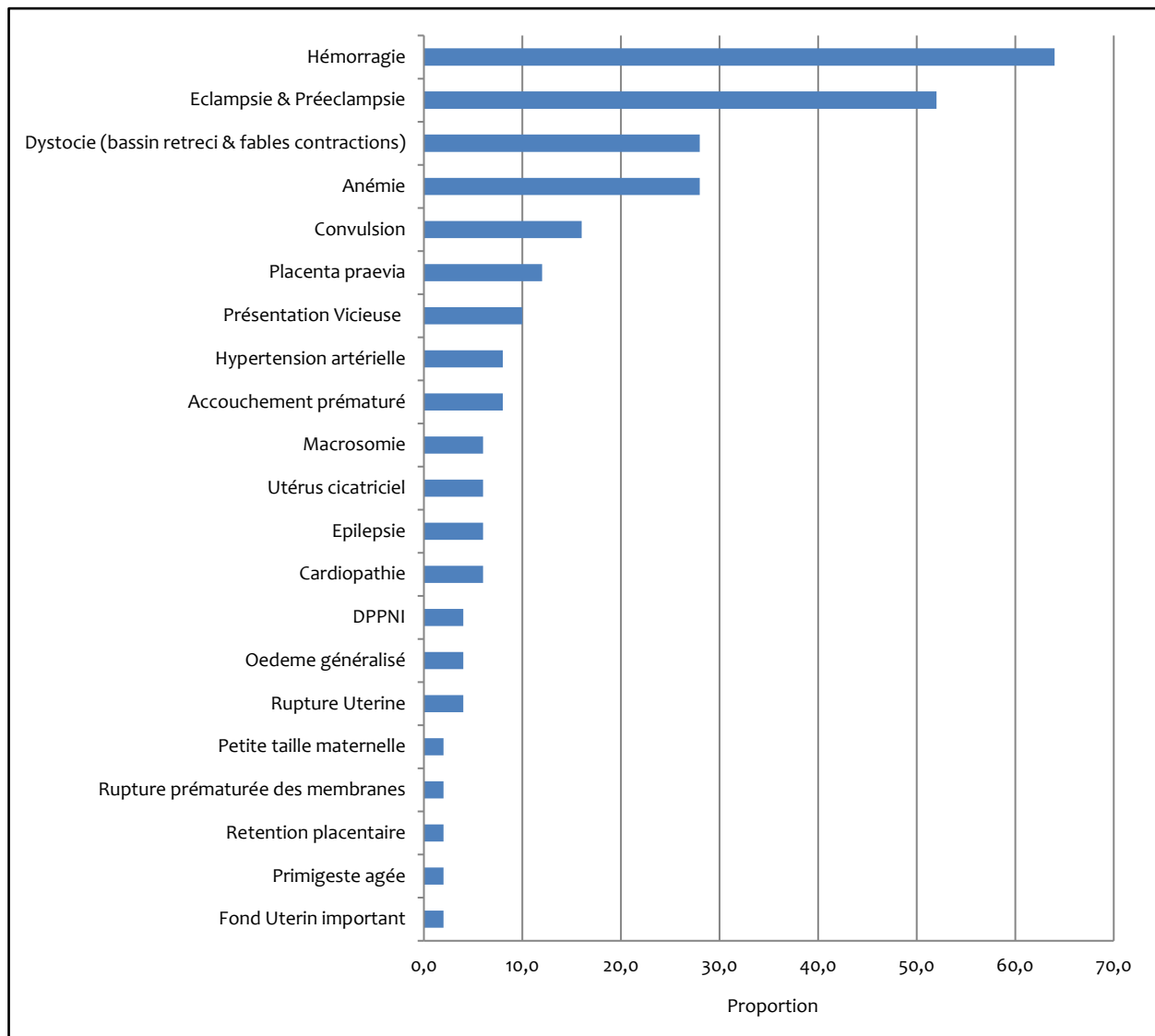


Figure 3. Connaissance des SF sur les complications de la grossesse et de l'accouchement devant justifier la référence de la femme

3.2.4. Utilisation du partogramme dans les maternités de formations sanitaires cibles

Parmi les FOSAs enquêtées, deux (3,7%) n'avaient pas eu d'accouchements au cours du mois qui avait précédé l'enquête. Bien que l'utilisation du partogramme dans la gestion du travail d'accouchement soit une pratique universellement recommandée, on notait dans les FOSAs qui avaient eu des accouchements (n=52) que le partogramme n'avait pas été utilisé pour toutes les parturientes ; seulement la moitié (26 FOSAs soit 52 partogrammes) des FOSAs l'avaient utilisé pour chacune des parturientes reçues au cours du mois qui avait précédé l'enquête. Pour 21,9% le *Ratio Partogramme utilisé/parturientes reçues* était de 50 à 75% ; pour 17,0% des FOSAs , il variait entre 25 à 49% tandis que pour 12,8%, il était inférieur à 25%.

Dans les partogrammes, l'heure d'accouchement (88,5%) et d'admission (82,7) ainsi que les informations prénatales (80,8%) étaient les informations fréquemment remplies. L'heure de la rupture des membranes était, de l'ensemble des informations, celles qui n'était pas fréquemment remplie (Figure 4).

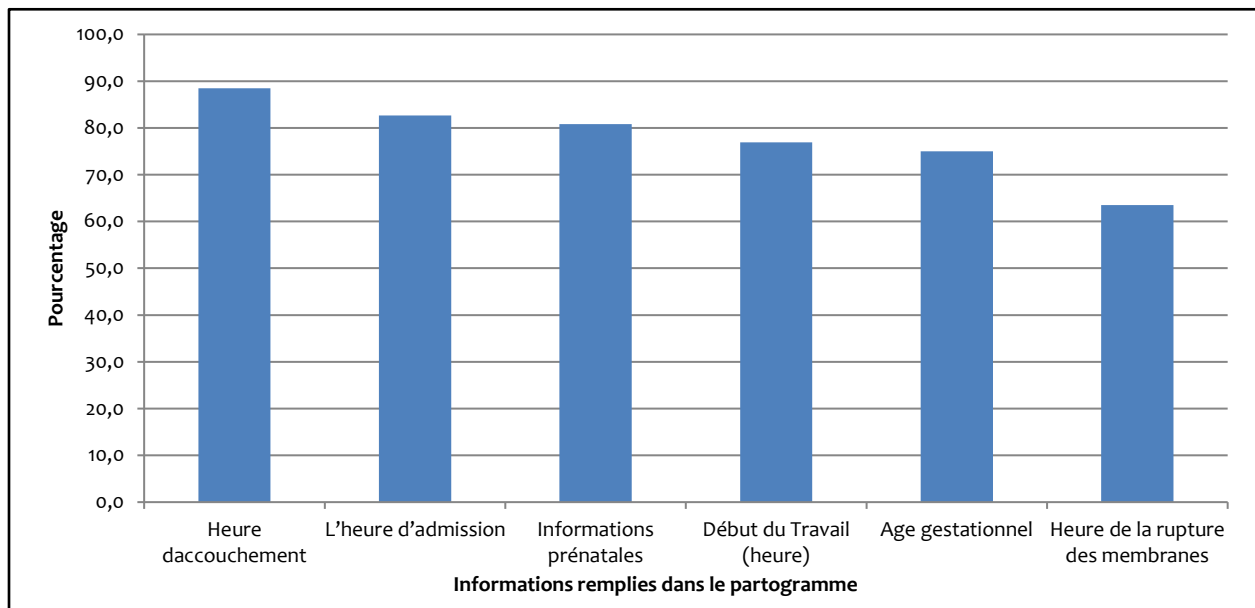


Figure 4. Remplissage des partogrammes dans les maternités de FOSAs cibles

Par rapport au rythme d'enregistrement des informations sur le partogramme, à peu près deux tiers de FOSAs enregistraient les informations selon le rythme recommandé. Le moulage (34,6%) et la descente (46,2%) de la présentation étaient les informations les moins enregistrées selon le rythme recommandé. La figure 5 présente ces informations selon leur rythme d'enregistrement.

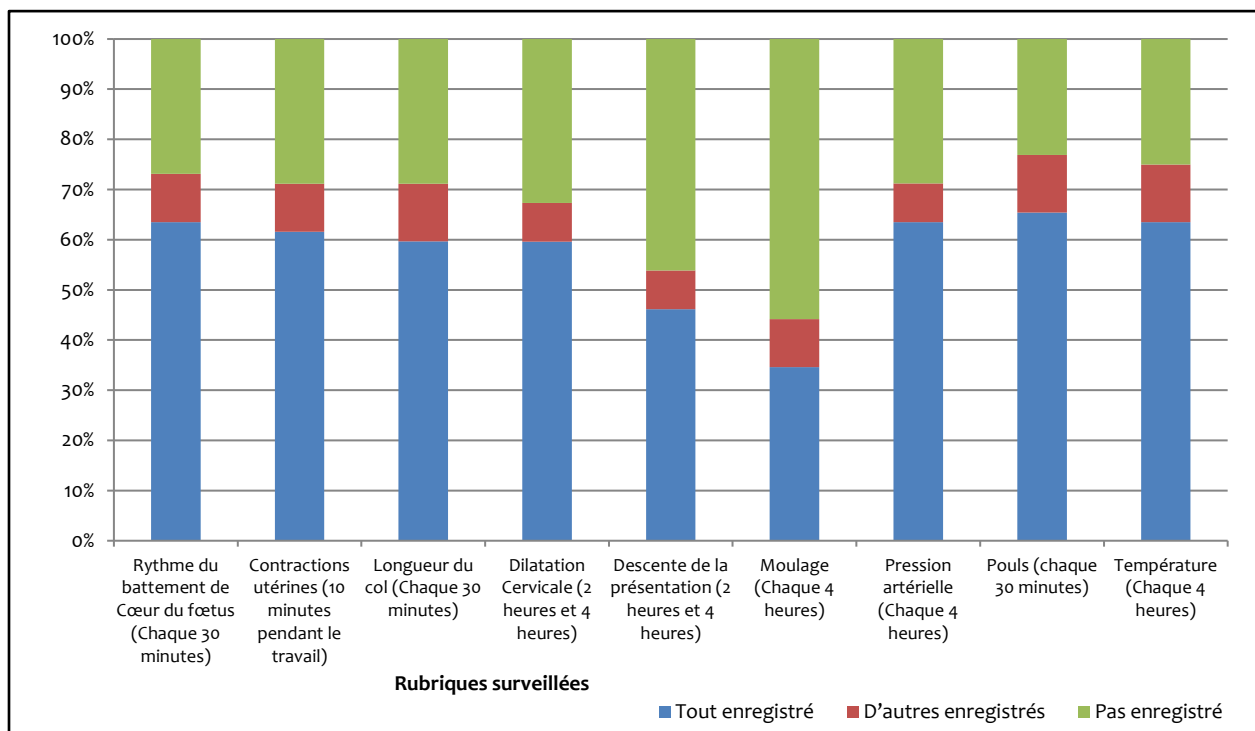


Figure 5. Rythme de remplissage des informations sur le partogramme

3.3. Satisfaction des femmes qui ont bénéficié des prestations des SF formées

3.3.1. Profil des femmes incluses dans l'étude de la satisfaction

Dans le but d'évaluer l'amélioration de la qualité des soins prénatals, à l'accouchement et les soins postnatals offerts dans les fosas appuyées par CUSO International, nous avons évalué la satisfaction des clientes actuellement en séjour de chacun de ces FOSAs. Dans les 54 FOSAs dont les FS étaient formées, nous avons recruté 181 accouchées qui séjournaient dans les maternités au cours de cette période d'enquête. Ce nombre des accouchées différait selon les ZSs. Par ordre de fréquence, les accouchées étaient réparties de la manière suivante dans ces ZSs: Limete (42), Bumbu (30); Binza Météo (29); Kisenso (16); Matete (16); Kinshasa (15); Selembao (14); Lemba (11) et Kitambo (8).

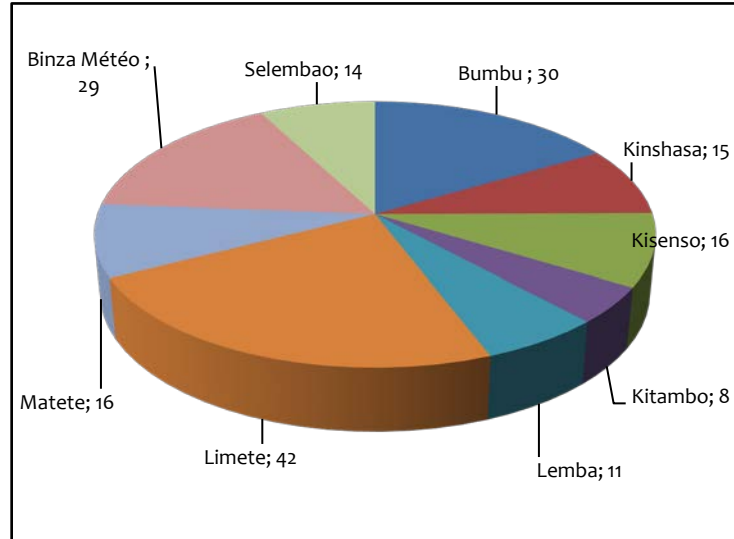


Figure 6. Nombre des accouchées recrutées par zone de santé

Tableau V. Caractéristiques des accouchées incluses dans l'étude dans les FOSAs cibles

Caractéristiques des accouchées	Effectif (n=181)	Pourcentage
Age (années)		
< 20	26	14,4
20 — 34	134	74,0
≥ 35	21	11,6
Age à la première grossesse (années)		
< 20	70	38,7
20 — 34	109	60,2
≥ 35	2	1,1
Fréquence d'accouchements		
1	73	40,3
≥ 2	108	59,7
Nombre d'enfants vivants		
1	76	42,0
2	48	26,5

3	24	13,3
4	12	6,6
≥5	21	11,7

Concernant le profil des accouchées, leur âge moyen était de 26 ans (± 6 ans). Trois quarts (74,0%) avaient entre 20 et 34 ans, 14,4% avaient moins de 20 ans tandis que 11,6% avaient au moins 35 ans. A la première grossesse, 38,7% avaient moins de 20 ans ; 60,2% avaient entre 20 à 34 et seulement 1,1% avaient eu leur première grossesse à plus de 35 ans. La majorité (59,7%) des femmes recrutées étaient à plus d'un accouchement ; 81,9% de ces femmes avaient entre un et 4 enfants ; 11,7% avaient 5 enfants ou plus.

Tableau VI. Caractéristiques des consultations prénatales chez les femmes ayant utilisé les FOSAs cibles

Consultation prénatale	Effectif (n=181)	Pourcentage
Utilisation	172	95,0
Formation sanitaire des CPN		
Actuelle	141	82,0
Autre	31	18,0
Age gestationnel à la CPN ₁ (SA)		
<16	63	36,6
16 — 24	82	47,7
≥ 25	27	15,7
Nombre des visites prénatales		
1	4	2,3
2	20	11,6
3	46	26,7
≥ 4	102	59,3
Personnel à la CPN		
Médecin	45	26,2
Sagefemme	100	58,1
Autres	24	14,0
Ne sais pas	3	1,7

Dans le tableau VI, on note que la quasi-totalité des femmes (95,0%) avaient suivi les consultations prénatales; 82,0% de ces femmes avaient suivi ces CPN dans l'actuelle FOSA d'accouchement tandis que 18,0% l'avaient fait ailleurs. L'âge gestationnel moyen à la première visite était de 21 SA (± 5 ans). Seulement 36,6% des femmes avaient démarré ces consultations avant 16 semaines d'aménorrhée. Près de la moitié des femmes (47,7%) les avaient démarré entre 16 et 24 SA, tandis que 15,7% l'ont fait après 24SA. La fréquence médiane des visites prénatales était de 4 (minimum=1 ; maximum=8). Elle était variable selon les femmes. La proportion des femmes qui avaient réalisé au moins 4 visites au cours de leur grossesse était de 59,3% ; 26,7% avaient réalisé trois visites;

11,6% avaient eu deux visites et seulement 2,3% avaient une visite prénatale. Au cours des consultations prénatales, les femmes étaient prises en charge par plusieurs catégories des prestataires. Par ordre de fréquence, les SF(58,1%), les médecins (26,2%) et les infirmières (14,0%) étaient les prestataires qui avaient assuré la prise en charge de ces femmes; 1,9% des femmes ne connaissaient pas la nature du personnel qui les avait prises en charge au cours des CPN. Pour les femmes qui n'avaient pas suivi les CPN (n=9), le manque d'argent (77,8%) et la longue distance entre le domicile et le FOSA (22,2%) étaient les raisons principales de ce non utilisation.

Tableau VII. Caractéristiques de l'accouchement chez les femmes ayant utilisé les maternités des FOSAs cibles

Assistance qualifiée à l'accouchement	Effectif (n=181)	Pourcentage
Lieu de l'accouchement		
Dans la FOSA	177	97,8
En route vers la FOSA	4	2,2
Accouchement dans la FOSA actuelle prévue	159	87,9
Mode d'accouchement		
Voie basse	157	86,7
Césarienne d'urgence	19	10,5
Césarienne programmée	5	2,8
Accompagnement à la maternité	160	88,4
Personne accompagnante		
Conjoint	53	33,1
Mère ou soeur de la femme	87	54,4
Mère du conjoint	12	7,5
Voisine	8	5,0
Souhait d'accompagnement		
Oui	11	52,4
Non	10	47,6
Total	21	100,0

Parmi les accouchées incluses dans cette étude, presque la quasi-totalité (97,8%) avait accouché dans une FOSA; 2,2% avaient accouché en route, sur le parcours entre leur domicile et la FOSA. Même si ces femmes avaient accouché dans les FOSAs cibles actuelles, seulement 87,9% d'entre elles avaient prévu d'y accoucher. La majorité des femmes (86,7%) avaient accouché par voie basse ; seulement 13,3% l'avaient fait par césarienne (10,5% par césarienne d'urgence et 2,8% par césarienne programmée). A la maternité, 88,4% des femmes étaient accompagnées par un proche. Par ordre d'importance, les personnes accompagnantes étaient : la mère ou la sœur de la femme (54,4%), le conjoint (33,1%); l'un des parents du conjoint (7,5%); 5,0% des femmes ont été accompagnées à la maternité par leur voisins. Pour les femmes qui n'étaient pas accompagnées (n=21), seulement 52,4% souffraient du manque avaient souffert de cette accompagnante.

Tableau VIII. Caractéristiques des soins postnatals chez les femmes ayant utilisé les FOSAs cibles

Soins postnatals	Effectif (n=181)	Pourcentage
Première boisson liquide donnée au bébé		
Lait maternel	159	87,9
Lait artificiel	9	5,0
Eau sucrée et autres	13	7,2
Délai de mise du bébé au sein après l'accouchement		
<30	115	63,5
30 — 60	22	12,2
≥60	44	24,3
Durée de séjour supérieur à 3 jours le jour de l'enquête	87	48,1
<i>Raisons du séjour prolongé à la maternité (> 3 jours)</i>		
Césarienne	16	18,4
Détention pour insolvabilité aux soins	49	56,3
Maladie de la mère	11	12,6
Maladie du bébé	11	12,6

Comme exigé, après l'accouchement, seulement 87,9% des femmes avaient directement donné le lait maternel à leur bébé. La proportion des femmes qui avaient donné une autre boisson —eau ou yaourt— ou le lait artificiel à leur bébé était respectivement de 7,2% et 5,0%. Le délai de mise au sein du bébé variait d'une femme à l'autre ; trois quarts des femmes (75,7%) avaient mis leur bébé au sein dans les 60 premières minutes après l'accouchement ; tandis que près du quart des femmes (24,3%) l'avaient fait après ce délai. Au moment de la collecte des données, 87 femmes (48,1%) avaient déjà dépassé la durée de séjour de 3 jours. Pour ces femmes, les raisons de ce séjour «prolongé » étaient, par ordre d'importance : la détention pour insolvabilité aux soins (56,3%) ; la suite du séjour pour les femmes qui avaient accouché par césarienne (18,4%) ; la maladie de la mère ou celle du bébé comptait chacune pour 12,6% des femmes en séjour prolongée dans les FOSAs cibles.

3.3.2. Satisfaction des femmes sur les soins reçus au cours de la grossesse, pendant l'accouchement et au cours de la période postnatale

Tableau IX. Satisfaction des femmes sur les soins reçus au cours de la grossesse dans les FOSAs cibles

Zone de santé	Total	Informations reçues sur la condition physique pendant la grossesse	Informations reçues sur la croissance du bébé	Informations reçues sur les différentes issues de la grossesse	Options pour soulager la douleur pendant l'accouchement	Soins reçus de la sagefemme pendant la grossesse	Sagefemmes qui vous ont accompagné pendant la grossesse à votre écoute	Sagefemmes pendant la grossesse prenaient assez de temps avec vous	Jours et heures de consultations vous étaient convenables	Informations reçues sur la période postnatale	Informations reçues sur le plan de l'accouchement
Bumbu	30	93,3	90,0	90,0	96,7	93,3	93,3	93,3	80,0	80,0	90,0
Kinshasa	14	78,6	64,3	85,7	78,6	64,3	85,7	85,7	92,9	92,9	71,4
Kisenso	15	80,0	80,0	73,3	80,0	80,0	73,3	73,3	73,3	86,7	80,0
Kitambo	6	100,0	100,0	83,3	100,0	100,0	100,0	100,0	83,3	100,0	83,3
Lemba	11	72,7	90,9	81,8	63,6	72,7	90,9	90,9	90,9	72,7	81,8
Limete	41	92,7	90,2	87,8	92,7	92,7	92,7	92,7	90,2	90,2	90,2
Matete	16	81,3	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	87,5	81,3	87,5	93,8
Binza Metéo	26	92,3	96,2	73,1	73,1	76,9	88,5	84,6	84,6	73,1	96,2
Selembao	13	84,6	61,5	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6	61,5	76,9	76,9
Toutes les ZS	172	87,8	86,0	83,7	85,5	84,9	88,4	88,4	83,1	83,7	87,2

Quelle que soit la composante en fonction de laquelle les Consultations prénatales positives ont été appréciées, on notait que, mises à part les informations reçues sur les différentes issues de la grossesse considérées satisfaisantes par 75,6%, pour le reste des composantes, plus de 80% des femmes en étaient satisfaites. La ZS de Kitambo était celle où presque la quasi-totalité des femmes étaient satisfaites des soins reçus. A Selembao, seulement près de deux tiers de femmes étaient satisfaites des informations reçues sur la croissance du bébé et du temps passé avec les Sages-femmes lors des CPN.

Tableau X. Satisfaction des femmes sur les soins reçus au cours de l'accouchement et en période postnatale dans les FOSAs cibles

Zones de santé	Total	Lieu d'accouchement	Accueil reçu à votre arrivée en salle d'accouchement	SF à votre disposition	Traitée avec politesse et respect	Informations reçues de SF sur le déroulement du travail	Façon dont les SF communiquait avec vous	Respect de vos décisions et points de vue	Respect de vos croyances et coutumes	Compétences des SF qui vous ont pris en charge	Prise en charge reçue contre la douleur	Soutien immédiat disponible après la naissance	Ensemble des soins reçus pendant la grossesse et l'accouchement
Bumbu	30	80,0	96,7	86,7	100,0	90,0	86,7	80,0	50,0	96,7	90,0	86,7	96,7
Kinshasa	15	80,0	100,0	80,0	86,7	80,0	66,7	53,3	33,3	86,7	73,3	86,7	86,7
Kisenso	16	87,5	93,8	93,8	93,8	93,8	87,5	81,3	56,3	87,5	87,5	87,5	87,5
Kitambo	8	75,0	100,0	87,5	75,0	87,5	87,5	75,0	50,0	100,0	62,5	87,5	75,0
Lemba	11	72,7	100,0	100,0	100,0	90,9	81,8	81,8	45,5	100,0	100,0	100,0	90,9
Limete	42	92,9	95,2	92,9	100,0	90,5	90,5	90,5	50,0	92,9	83,3	88,1	90,5
Matete	16	87,5	93,8	87,5	87,5	93,8	87,5	81,3	68,8	93,8	93,8	87,5	93,8
Binza Metéo	29	93,1	100,0	96,6	96,6	86,2	96,6	93,1	58,6	100,0	86,2	93,1	89,7
Selembao	14	71,4	92,9	92,9	100,0	92,9	92,9	92,9	71,4	92,9	85,7	78,6	92,9
Toutes les ZS	181	85,1	96,7	91,2	95,6	89,5	87,8	83,4	53,6	94,5	85,6	88,4	90,6

Comme pour les CPN, plus de 90% des femmes étaient satisfaites des soins reçus lors de l'accouchement. C'est dans la ZS de Bumbu que presque la quasi-totalité de femmes étaient satisfaites de ces soins. L'accueil lors de l'admission, le traitement de la femme avec politesse et respect ainsi que les compétences des sagefemmes, étaient les composantes des soins respectueux pour lesquelles les femmes étaient satisfaites. Pour toutes les ZS cibles, le respect des croyances et coutumes des femmes était la composante pour laquelle à peine la moitié (53,6%) des femmes était satisfaite. La ZS de Lemba était celle dans laquelle presque toutes les femmes étaient satisfaites de la majorité des composantes des soins respectueux. A Kisenso, à peine la moitié des femmes (53,3%) était satisfaites de la manière dont les sagefemmes respectaient leurs décisions et point de vue.

Tableau XI. Satisfaction des femmes sur les soins postpartum dans les FOSAs cibles

Zones de santé	Total	Assistance reçue pendant le séjour à l'hôpital	Soins et l'attention par le staff	Repos que vous avez eu	Visiteurs bien traités	Ensemble de soins reçus après l'accouchement
Bumbu	30	83,3	96,7	76,7	63,3	93,3
Kinshasa	15	93,3	93,3	73,3	66,7	93,3
Kisenso	16	81,3	93,8	100,0	81,3	93,8
Kitambo	8	100,0	87,5	87,5	100,0	100,0
Lemba	11	63,6	63,6	72,7	81,8	90,9
Limete	42	90,5	83,3	88,1	88,1	90,5
Matete	16	93,8	93,8	93,8	93,8	93,8
Binza Metéo	29	82,8	82,8	89,7	86,2	89,7
Selembao	14	85,7	92,9	92,9	92,9	100,0
Toutes les ZS	181	86,2	87,8	86,2	82,3	92,8

La quasi-totalité des femmes enquêtées étaient satisfaites des soins reçus au cours des consultations postnatales. Les ZSs Selembao et Kitambo étaient celles dans lesquelles toutes les femmes étaient satisfaites. A Lemba, seulement deux tiers de femmes étaient satisfaites de l'assistance reçue pendant leur séjour à la maternité (63,6%) et des soins attentifs donnés par les sagefemmes (63,6%). Dans cette même ZS (72,7%) et dans celle de Kinshasa (73,3%), seulement près du trois quarts des femmes étaient satisfaites de la manière dont elles se reposaient lors de leur séjour à la maternité. A Bumbu (63,3%) et à Kinshasa (66,7%), seulement deux tiers des femmes étaient satisfaites du traitement reçu par leurs visiteurs dans les FOSAs.

Tableau XII. Satisfaction des femmes sur le coût des soins reçus au cours du séjour à la maternité dans les FOSAs cibles

Zones de santé	Total	Frais payés pour l'accouchement	Frais payés pour la chambre	Frais payés pour les médicaments
Bumbu	30	43,3	20,0	63,3
Kinshasa	15	60,0	20,0	53,3
Kisenso	16	50,0	50,0	50,0
Kitambo	8	25,0	12,5	25,0
Lemba	11	54,5	45,5	63,6
Limete	42	64,3	35,7	64,3
Matete	16	75,0	56,3	75,0
Binza Metéo	29	44,8	24,1	27,6
Selembao	14	35,7	21,4	28,6
Toutes les ZS	181	52,5	31,5	52,5

De toutes les composantes de la prise en charge des femmes, le paiement des frais des soins en était une pour laquelle la majorité des femmes n'étaient pas satisfaites. Seule la moitié (52,5%) des

femmes était satisfaite de frais payés pour l'acte de l'accouchement ainsi que ceux payés pour les médicaments. Par contre, seul un tiers (31,5%) des femmes étaient satisfaites pour les frais payés pour la chambre dans laquelle elles étaient logées. Les ZSs de Limete et Matete étaient celles dans lesquelles plus du deux tiers des femmes étaient satisfaites des frais payés pour l'acte de l'accouchement ainsi que ceux des médicaments. Par ailleurs, c'est seulement dans les ZSs de Matete et Kisenso qu'au moins la moitié des femmes étaient satisfaites des frais payés pour la chambre. Kitambo était la ZS dans laquelle à peine le quart des femmes étaient satisfaites de tous les frais payés.

3.4. Connaissance des enquêtés sur les signes de danger au cours de la grossesse, l'accouchement et le postpartum, et les précautions à prendre pour la prise en charge

3.4.1. Profil des enquêtés recrutés dans les ménages

Tableau XIII. Caractéristiques des enquêtés en communauté des Zones de santé cibles du projet MSL

Caractéristiques	Hommes		Femmes		Total
	Effectif (n=223)	Pourcentage	Effectif (n=259)	Pourcentage	
Age (années)					
<20	1	0,4	27	10,4	28
20—34	97	43,5	176	68,0	273
35—50	123	57,2	54	20,8	177
>50	2	0,9	2	0,8	4
Statut matrimonial					
Marié	141	63,3	160	61,8	301
Non marié	82	36,7	99	38,2	181

Dans les ménages, nous avons inclus dans l'étude 223 hommes et 259 femmes. La répartition de ces enquêtés par ZS était différente. Par ordre d'importance, ils étaient repartis de la manière suivante: Limete (23,2%), Bumbu (16,6%); Binza Météo (16,0%); Kisenso et Matete (8,8% chacun); Kinshasa (8,3%); Selembao (7,7%); Lemba (6,1%) et Kitambo (4,4%). Leur âge moyen était de 29 ans (± 8 ans) chez les femmes vs 35 ans (± 9 ans) chez les hommes ; $p=0,001$. Les femmes étaient jeunes (78,4% avec moins de 35 ans) par rapport aux hommes (58,1% avec plus de 35 ans). Dix pourcent (10,8%) des femmes avaient moins de 20 ans tandis que cette proportion était de 0,4% chez les hommes. La proportion des enquêtés mariés versus non mariés était presque similaire chez les hommes (63,3% vs 38,2%) comparés aux femmes (61,8% vs 36,7%). Concernant les femmes, à la première grossesse, plus du quart (29,7%) avaient moins de 20 ans ; 66,8% avaient entre 20 et 34 ans et 3,5% avaient porté la première grossesse à au moins 35 ans.

Tableau XIV. Caractéristiques des consultations prénatales, l'accouchement et les soins postnataux chez les femmes recrutées dans les ménages des ZS cibles

Caractéristiques	Effectif (n=259)	Pourcentage
CPN à la dernière grossesse	239	92,3
<i>Nombre de visites prénatales</i>		
1	5	2,1
2	9	3,8
3	51	21,3
≥4	174	72,8
Lieu d'accouchement		
Formation sanitaire	251	96,9
Accoucheuse traditionnelle	2	0,8
A la maison	6	2,3
<i>Durée de séjour à la maternité (jours)</i>		
< 3	32	12,4
≥3	222	87,6
Consultations postnatales après sortie de la maternité	182	70,3
Seulement la mère	32	12,4
Seulement le bébé	101	39,0
Moi et le bébé	49	18,9
<i>Delai entre sortie de la maternité et CPON1 (semaines)</i>		
1	21	11,5
2—4	49	26,9
5—6	69	38,0
≥6	62	34,0
Première boisson liquide au bébé après la naissance		
Lait maternel	192	74,1
Autres laits	8	3,1
Eau et autres boissons	59	22,8
Participation aux séances de planification familiale	82	31,7
Accompagnement du conjoint lors de la séance de PF	34	41,5

Parmi les femmes recrutées dans le ménage, 92,3% avaient fréquenté les consultations prénatales lors de leur dernière grossesse. Au cours de ces consultations, 72,8% avaient réalisé au moins quatre visites ; 21,3% avaient réalisé trois visites ; 3,8% avaient réalisé deux visites, tandis que 2,1% des femmes avaient réalisé une visite. Pour le dernier accouchement, presque la quasi-totalité des femmes (96,9%) avait accouché dans une FOSA, 2,3% l'avaient fait à la maison et 0,8% chez l'accoucheuse traditionnelle. La proportion des femmes et nouveau-nés qui avaient reçu les soins prénataux dans les trois jours qui avaient suivi l'accouchement était de 87,6%. Cette proportion correspond aux femmes et

nouveau-nés qui avaient séjourné dans la maternité pendant au moins trois jours. Après la sortie de la maternité, seulement 182 (70,3%) femmes étaient revenues dans les FOSAs pour les consultations postnatales ; dont 12,4% pour le motif lié uniquement à la mère ; 39,0% pour un motif lié uniquement au bébé et 18,9% pour un motif lié aux deux —mère et enfant. En général, 66,0% de ces femmes avaient débuté ces consultations au plus tard dans les six semaines qui avaient suivi l'accouchement : 11,5% après une semaine ; 26,9% après 2 à 4 semaines et 38,0% après 5 à 6 semaines.

Après l'accouchement, 74,1% des femmes avaient donné le lait maternel à leur bébé comme première boisson liquide ; 22,8% avaient donné de l'eau ou une autre boisson, tandis que 3,1% des femmes avaient donné d'autres types de lait. Seulement 31,7% des femmes interviewées avaient participé à au moins une séance de planification familiale dans les jours qui avaient suivi l'accouchement. Seules 41,5% des femmes qui avaient suivi ces séances y avaient été accompagnées par leur partenaire masculin.

3.4.2. Connaissance des signes de danger au cours de la grossesse

Concernant la connaissance des signes de danger au cours de la grossesse, nous avons observé que 6,7% des hommes contre 7,3% des femmes ne connaissaient pas les signes de danger au cours de la grossesse, l'accouchement et dans le postpartum.

Dans la figure 7, nous notons que, indépendamment du sexe des enquêtés, la douleur abdominale, le saignement vaginal, la très forte fièvre, le vomissement excessif et la fatigue sévère, étaient les signes de danger les plus cités. Par contre, les pertes vaginales sans saignement étaient les signes le moins cités.

Bien que la proportion des signes connus ne soit pas globalement différente entre les deux sexes, on notait que la connaissance de saignement vaginal, la hausse de la pression artérielle, la rupture des membranes sans travail et la survenue des convulsions, comme signes de danger, était plus élevée chez les hommes que chez les femmes ($p=0,02$). Par contre, la connaissance des vomissements excessifs, l'œdème de mains et pieds et la difficulté respiratoire comme signes de danger, était plus élevée chez les femmes que chez les hommes ($p=0,01$). Concernant le nombre des signes de danger pendant la

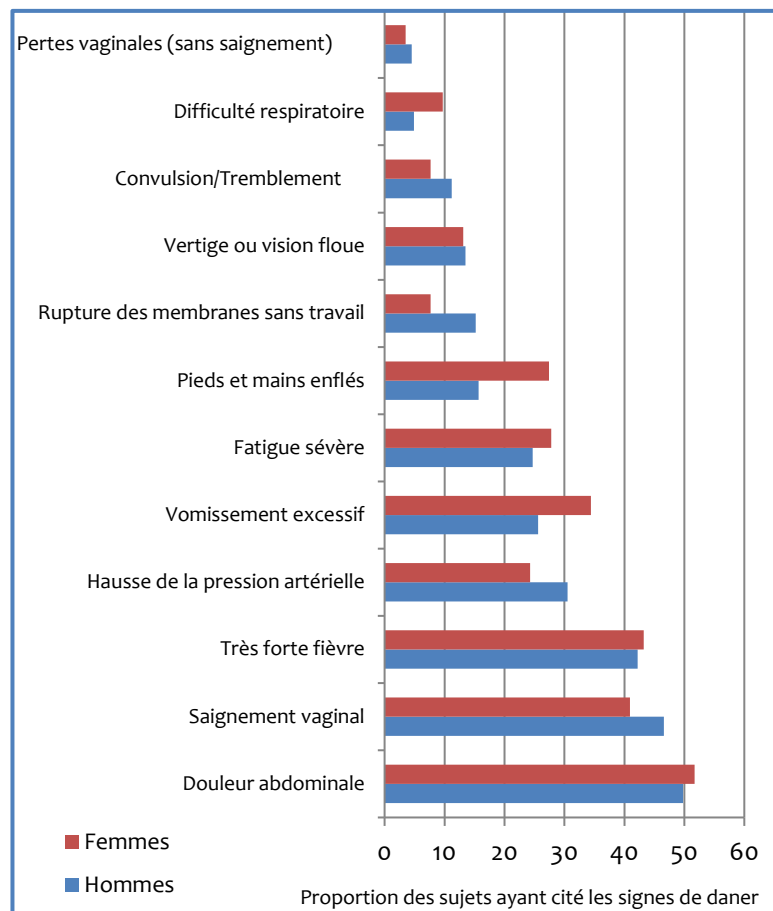


Figure 7. Connaissance des enquêtés sur les signes de danger au cours de la grossesse

grossesse cités par les enquêtés, dans la figure 8, on notait que seulement 56,0% avaient cité trois signes et plus. Cette proportion était de 62,0% chez les hommes contre 59,2% chez les femmes.

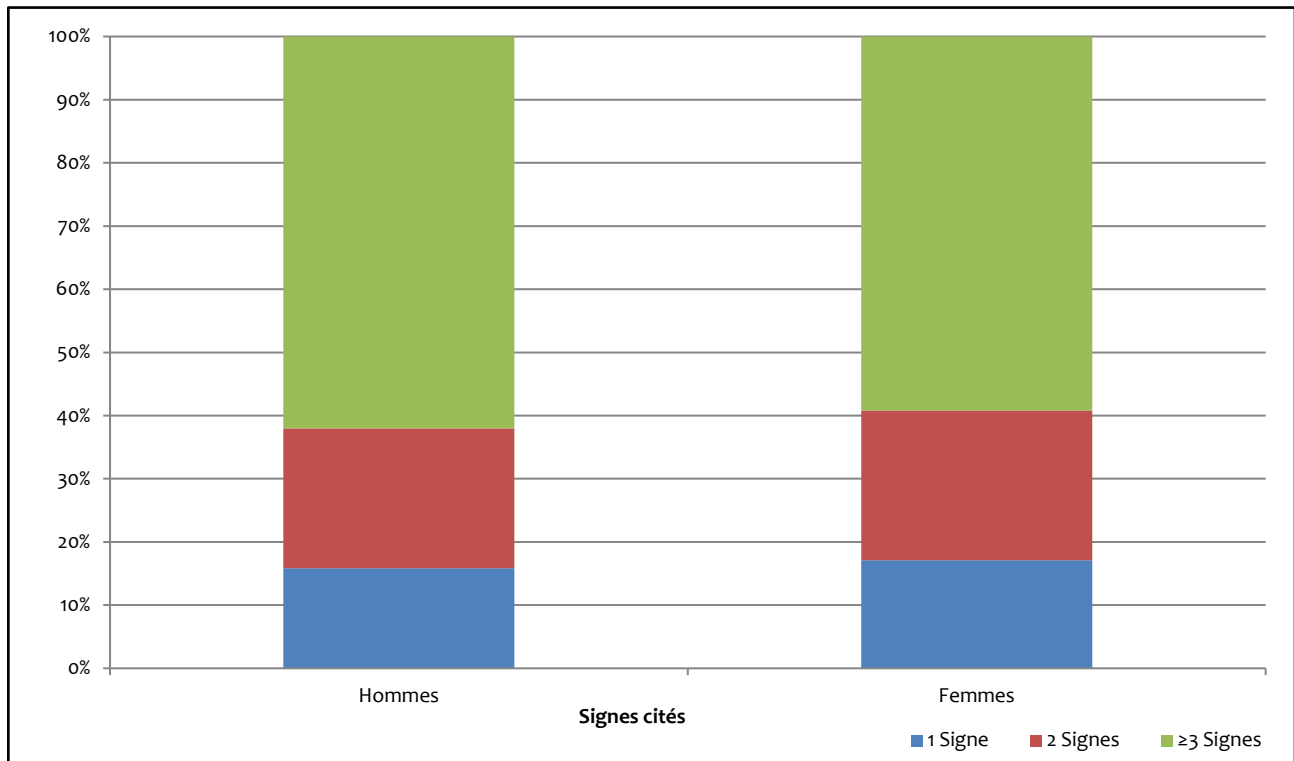


Figure 8. Nombre des signes de danger au cours de la grossesse cités par les hommes et les femmes

3.4.3. Connaissances des signes de danger maternels au cours de l'accouchement et dans le postpartum

D'après la figure 9, la connaissance des enquêtés sur les signes de danger au cours du travail d'accouchement et en période postnatale était moindre par rapport à celle que ces sujets avaient de signes de danger au cours de la grossesse. Indépendamment du sexe de l'enquêté, les signes de danger les plus cités au cours de l'accouchement et la période postnatale étaient le travail prolongé, la douleur abdominale, l'hémorragie ante, per et postpartum, la forte fièvre, la diminution ou l'absence des mouvements fœtaux et la hausse de la pression artérielle. Certains signes de danger, notamment : la diminution ou l'absence des mouvements fœtaux ; l'augmentation de la pression artérielle ; la convulsions ainsi que les vertiges ou la vision floue, étaient plus cités chez les hommes que chez les femmes ($p < 0,001$). La douleur abdominale et l'hémorragie ante, per et postpartum étaient plus cités chez les femmes que chez les hommes ($p < 0,001$).

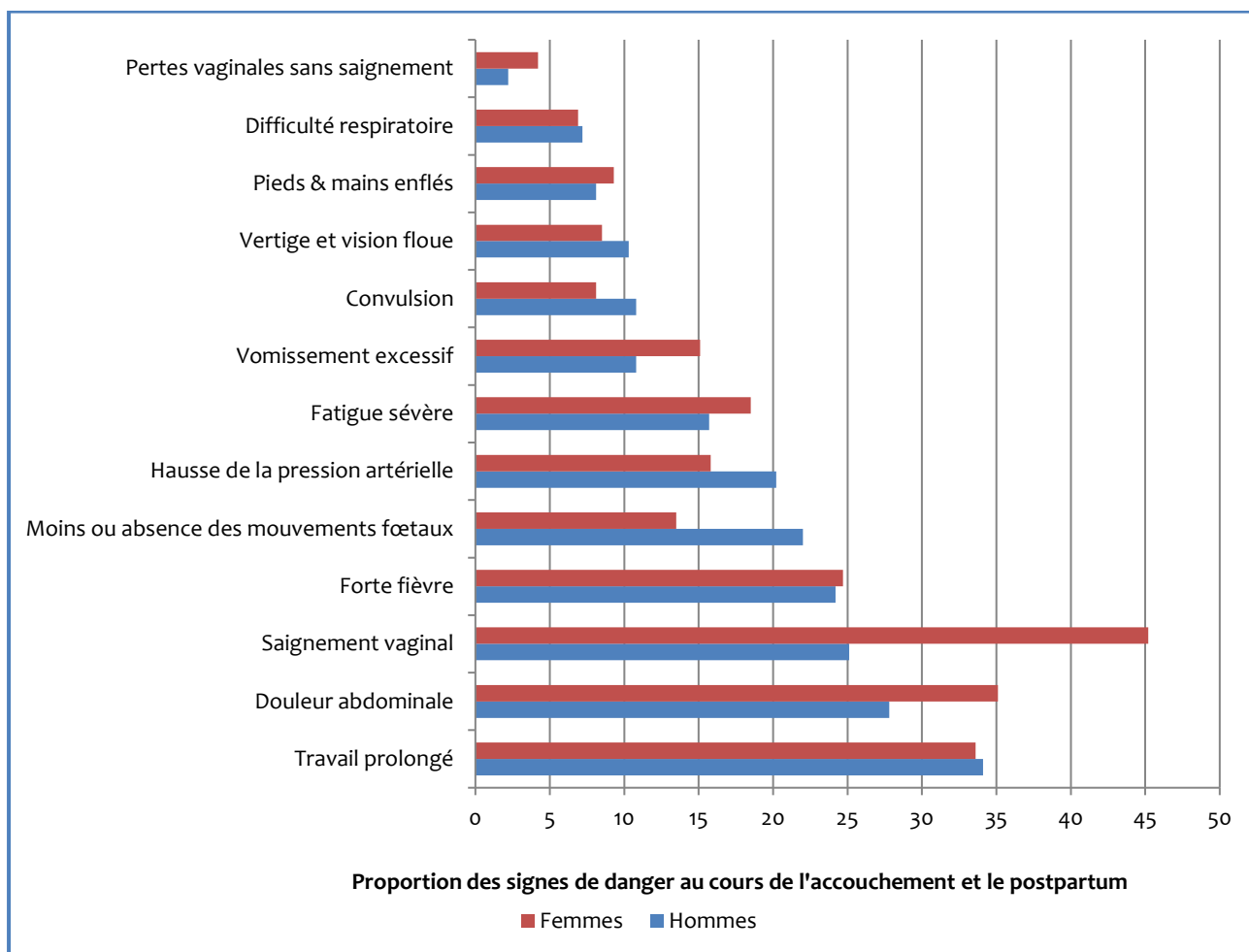


Figure 9. Connaissance des enquêtés sur les signes de danger au cours de la grossesse

3.4.4. Connaissance des précautions à prendre pour faciliter la prise en charge des complications au cours de la grossesse, l'accouchement et le postpartum

Concernant le plan d'accouchement, nous avons noté que 18,8% d'hommes contre 19,3% de femmes dans les communautés ciblées étaient capables d'identifier au moins trois éléments du plan d'accouchement (y compris des dispositions en cas de complications). Cette connaissance des précautions à prendre n'était pas différente entre les hommes et les femmes ($p=0,72$). Dans la figure 10, les éléments de ce plan les plus cités par les enquêtés étaient l'identification et la reconnaissance des signes de danger ainsi que l'économie de l'argent pour l'accouchement. Indépendamment du sexe, la prise des dispositions pour le transport et l'identification du donneur de sang étaient les mesures les moins citées par les enquêtés.

3.4.5. Précautions les plus citées, à prendre en cas de complications au cours de la grossesse, l'accouchement et en postpartum

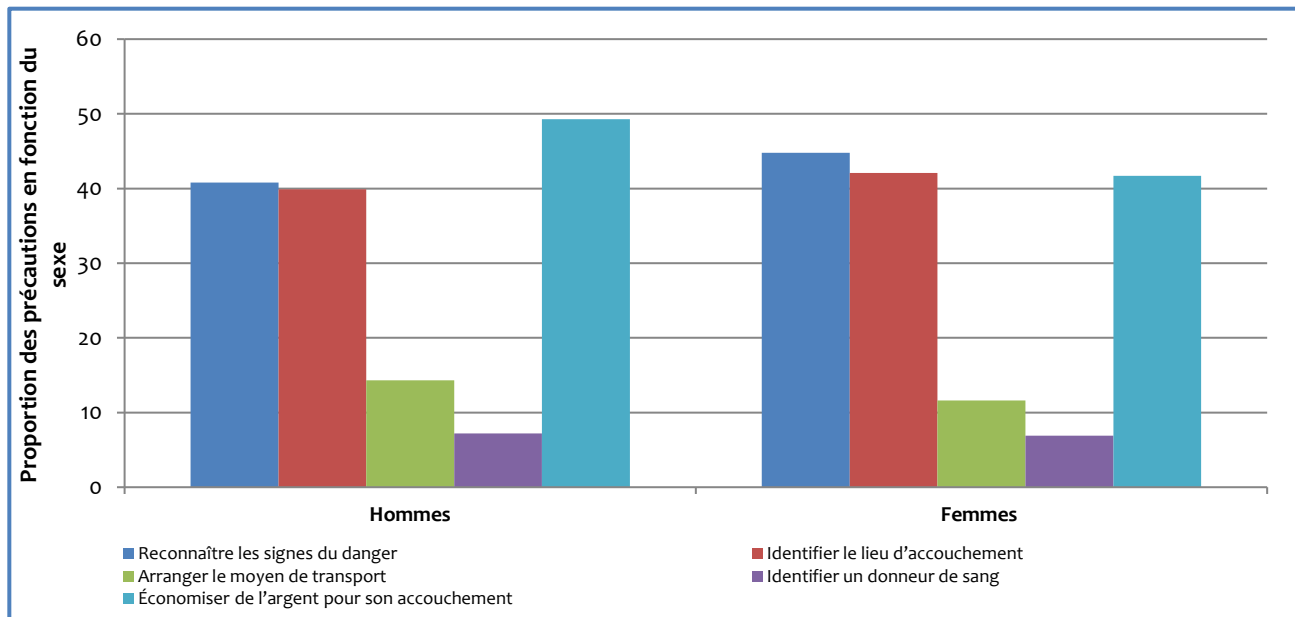
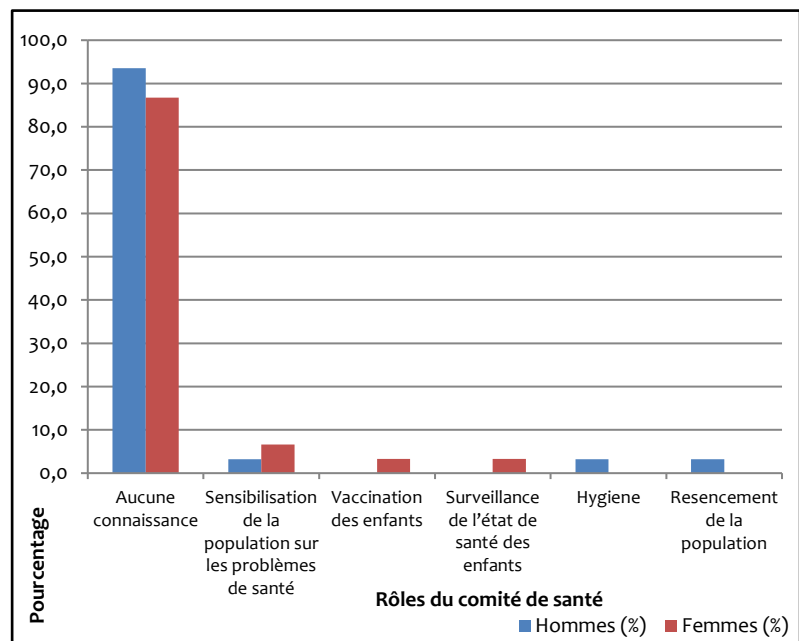


Figure 10. Précautions à prendre pour faciliter la prise en charge des complications

A propos de l'information sur le comité de santé, 13,9% des hommes contre 11,6% des avaient déjà entendu parler de ce comité. Dans la figure 11, nous avons noté que, bien qu'ayant déjà entendu parler du CODESA, 93,5% des hommes ne savaient pas quels en étaient le rôle ; cette proportion était de 86,7% chez les femmes.

Les rôles du CODESA cités par les enquêtés étaient : la sensibilisation de la population sur les problèmes de santé ; la vaccination des enfants ; la surveillance de l'état de santé des enfants, l'hygiène et le recensement de la population. Les hommes ont cité la sensibilisation (3,2%), l'hygiène (3,2%) et le recensement (3,2%) tandis les femmes ont cité la sensibilisation (6,6%), la vaccination (3,3%) et la surveillance de l'état de santé des enfants (3,3%). Aucune femme n'avait cité l'hygiène et le recensement de la population.

Figure 11. Différents rôles du comité de santé tels que cités par les enquêtés



3.5. Conditions sociales, économiques et professionnelles du travail des Sages-femmes

L'amélioration de la qualité des soins est un résultat complexe issu d'une synergie d'actions et approches. Certaines ont une influence directe sur les soins, tandis que les autres constituent l'environnement porteur favorisant l'obtention et le maintien de la qualité. Lorsque cet environnement devient un obstacle, la qualité des soins peut être compromise. Les obstacles récurrents à la prestation de soins obstétricaux de qualité sont divisés en trois catégories interdépendantes: sociaux, économiques et professionnels. Dans l'exercice de leur fonction, les SF sont souvent confrontées à des obstacles importants qui peuvent les empêcher de fournir des soins de qualité aux femmes et aux nouveau-nés. Dans le cadre de cette enquête, nous avons noté ce qui suit :

D'un point de vue économique

Même si les SF ont été formées pour offrir les soins de bonne qualité, aucun facteur ne permet actuellement de vérifier si elles ont la motivation nécessaire pour offrir les soins avec un grand dévouement, parce que toute seule, la formation ne les a pas permis de s'affranchir de la charge que représente le coût de la vie. Nous « *sommes mal rémunéré* » est le maître mot qui témoigne de l'obstacle économique que représente le fait de se consacrer uniquement à ses responsabilités en tant que SF (voir les propos ci-après). Ainsi, travaillent-ils dans un environnement de perte de motivation.

« *Nous sommes très mal rémunérés* ». « *Nous recevons la prime en fonction du nombre des personnes admises dans notre formation sanitaire* » (HK). « *Comme nous n'avons pas beaucoup de malades, nous n'avons pas aussi une bonne prime.* (KB) « ... en conséquence nous ne sommes pas motivés pour nous occuper uniquement à nos activités de maternité » (FSFS).

D'un point de vue social

Dans un environnement où le coût des soins maternels, néonataux et infantiles est entièrement à la charge des ménages, la bonne qualité des soins est aussi un résultat d'une interaction efficace entre les SF et les femmes. Dans cette interaction, les femmes doivent avoir l'argent pour payer toutes les charges à la maternité et les FOSAs doivent avoir, en plus de SF compétentes, un matériel approprié pour assurer cette prise en charge. Pourtant, en pratique cela n'est pas le cas. Souvent, les femmes arrivent à la maternité sans savoir combien d'argent elles devront payer ou de quels matériels les FOSAs auront besoin. Des telles situations aboutissent souvent à une prise en charge tardive ou lorsque celle-ci a été réalisée, à des cas de détention à la maternité, pendant des longues durées et aussi, à la détérioration des relations entre le personnel et la femme.

« *Souvent les femmes que nous prenons en charge n'ont pas d'argent et nous sommes obligés de les sauver sans savoir comment elles nous paieraient* » (SH). « *Il existe des femmes sans niveau, qui collaborent peu lorsqu'elles doivent payer... nous avons appris comment les gérer* » (OP). « *Dans notre communauté, les femmes n'ont pas de moyens ; elles n'ont pas de médicaments que nous demandons ; nous les leur donnons en espérant qu'elles remboursent. Pourtant à la fin du séjour, elles ne le font pas. En conséquence, il est toujours difficile de renouveler les trousses* » (KL)

« Nous sommes obligées de détenir beaucoup de femmes qui viennent accoucher et qui ne paient pas pour les soins reçus. Nous gardons les femmes pendant 2 voire 3 mois parce qu'elles ne payent pas à cause de la pauvreté » (YU).

D'un point de vue professionnel

Tout en reconnaissant le bien-fondé des formations reçues visant à améliorer la qualité des soins SMNE, les SF mettent l'accent sur les conditions matérielles du travail. Elles ont insisté sur le fait que, dans leurs conditions de travail actuel, le manque du matériel, équipement et médicaments pouvant permettre de donner les soins appropriés, le nombre limité des SF formés dans leurs FOSAs et la surcharge du travail, constituent des contraintes à l'exercice correct de leur responsabilité.

« Nous sommes à 4 et le nombre ne suffit, il y a beaucoup de femmes ». « Nous sommes de SF, mais nous sommes obligées de travailler même dans les autres services de la FOSA ; cela nous surcharge et ne nous permet pas de nous concentrer sur notre travail ». « Quand je dirige les dystocies, j'ai beaucoup de difficultés parce que je n'ai pas acquis des compétences suffisantes dans la gestion de toutes les complications ; parfois nous avons besoin d'être accompagnées ».

« Nous travaillons dans un contexte sans médicament, sans matériel et trousses d'urgence. Nous ne sommes pas appuyés. Nous travaillons dans un contexte de précarité sévère et les femmes nous posent de problèmes sévères et nous sommes obligés de nous adapter. Quand les femmes viennent sans médicaments et sans argent, nous sommes obligés de trouver ce qu'il faut faire ».

Nous avons reçu la formation, mais nous ne sommes pas dotés en matériel pour accomplir toutes les fonctions des SONUC que nous avons appris. Par exemple: la ventouse, les aspirateurs, les ambus. Comment améliorer la qualité des soins si on apprend que nous manquons le matériel approprié pour donner les soins recommandés (MM).

« Nous ne savons pas respecter l'intimité des femmes parce que la maternité n'a pas de séparateur. Parfois le manque de séparateur pose même le problème de respect de croyances et de la participation du conjoint à l'accouchement. Par exemple, une femme qui a connu une déchirure peut être suturée ici à la maternité. Mais par manque de séparateur, nous devons l'amener au bloc opératoire avec toutes les conséquences – anesthésie.... Le coût est très élevé par rapport à celui que les femmes paieraient si cette suture était faite dans la salle d'accouchement » (BB).

ANNEXE

Annexe_A. Zones et aires de santé couvertes par le projet MSL

N°	Zone De Santé	Formations sanitaires	Appartenance
1	Binza Méteo	CM BINZA Pigeon	Confessionnel
2	Binza Méteo	CS/CH SHALOM	Confessionnel
3	Binza Méteo	CS ECC	Confessionnel
4	Binza Méteo	CS CH KIKENDA	Confessionnel
5	Binza Méteo	CS CM MWINDA	Confessionnel
6	Binza Méteo	CS CM EDITH	Privé lucratif
7	Binza Méteo	CS KIALA	Privé lucratif
8	Binza Méteo	CH. LA BORNE	Privé lucratif
9	Binza Méteo	CS ASODEKI	Privé lucratif
10	Bumbu	CSR - CME BUMBU	Etatique
11	Bumbu	CS LAGRACE NGEBA	Privé lucratif
12	Bumbu	CS LIBONDI	Confessionnel
13	Bumbu	CS SILOE BDOM	Confessionnel
14	Bumbu	CS BAREL	Privé lucratif
15	Kinshasa	CSR - CME BARUMBU	Etatique
16	Kinshasa	CS MONGALA	Etatique
17	Kinshasa	CS NGBAKA	Etatique
18	Kinshasa	CS SAINT PIERRE	confessionnel
19	Kinshasa	CS DIAP	Privé lucratif
20	Kinshasa	CS ITAGA	confessionnel
21	Kiintambo	MATERNITE de KINTAMBO	Etatique
22	Kiintambo	CSR CBCO	Confessionnel
23	Kiintambo	CS LIBOTA	Confessionnel
24	Kiintambo	CS LUBUDI	Confessionnel
25	Kisenso	C.S SAINT ETIENNE	Confessionnel
26	Kisenso	CS REGIDESO	Etatique
27	Kisenso	CS REVOLUTION	Etatique
28	Kisenso	CS BIKANGA	Etatique
29	Kisenso	CS AMBA	confessionnel
30	Kisenso	CS MAYIKA (DINGI DINGI= AS)	Privé
31	Kisenso	CS Ste AMBROISE	confessionnel
32	Kisenso	CS DE LA PAIX	privé
33	Kisenso	CS LIBERATION	Etatique
34	Kisenso	CS BOLINGO	confessional

Annexe_B. Zones et aires de santé couvertes par le projet MSL (suite)

N°	Zone De Santé	Formations sanitaires	Appartenance
35	Lemba	CSR LISANGA	Confessionnel
36	Lemba	CSR SAINT GABRIEL	Privé intégré
37	Lemba	CH. BON BERGER	Privé lucratif
38	Lemba	CH. MoNT AMBA	Etatique
39	Lemba	CS SOPROP	Privé intégré
40	Lemba	CLINIQUE ELIKYA	Privé
41	Matete	HGR MATETE	Etatique
42	Matete	CS SAINT RAYMOND	confessionnel
43	Matete	CS MAZIBA	Etatique
44	Matete	CS BOLIA MEDICAL	confessionnel
45	Matete	CS LUNIONZO	Etatique
46	Limete	HGR SAINT JOSEPH	confessionnel
47	Limete	Clinique BONDEKO	confessionnel
48	Limete	CS MOSOSO	confessionnel
49	Limete	CS SAINT AMAND	confessionnel
50	Limete	CS LIBOKE	confessionnel
51	Limete	CS MOYI MWA NTONGO	confessionnel
52	Limete	CLINIQUE PROMEDIS	Privé
53	Limete	CS MIRIA	Privé intégré
54	Limete	CS SARA	Privé lucratif
55	Selembao	HGR MAKALA	Étatique
56	Selembao	CS DÉLIVRANCE	privé intégré
57	Selembao	CS ELONGA	Privé
58	Selembao	CS LISANGA	Privé lucratif
59	Selembao	CS RAPHA	Privé lucratif
60	Selembao	CS MIRADI II	Privé lucratif
61	Selembao	CSR KITOKIMOSI	Étatique
62	Selembao	CS SAREPTA	Confessionnel
63	Selembao	CS MARIE LA MISERICORDE	Privé