

**LA PRISE EN CHARGE ADEQUATE DE LA PARTURIENTE EST ELLE
UN IMPERATIF POUR L'ETABLISSEMENT PUBLIC HOSPITALIER ?
Cas de la maternité de Jijel.**

**Professeur Saadi Redjel ,Université d'Oum El Bouaghi
Doctorante Yeghni Samia ,Université de Jijel**

Résumé

L'objectif de cette étude est d'analyser certains problèmes visibles au niveau des structures hospitalières, notamment les problèmes qui entravent la qualité du suivi de grossesse : les mauvaises conditions d'accueil et de séjour de malades, les longues attentes au niveau des plateaux techniques, le manque d'information et d'écoute, la non prise de décision au moment opportun, autant d'éléments qui peuvent peut être expliqué le dysfonctionnement de la qualité des soins.

Dans cette étude, nous nous sommes parvenus à une description du processus du suivi de grossesse qui montre que la parturiante souffre encore d'énormes difficultés d'accès aux soins et que les prestataires ne répondent pas de manière satisfaisante à leurs besoins en matière d'hospitalisation, d'écoute ou encore d'information.

Mots clés : parturiante, sage femme, relation, communication, qualité, santé reproductive, maternité Jijel.

الملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تحليل بعض المشكلات الظاهرة للعيان على مستوى الهياكل الاستشفائية وخاصة ما تعلق منها بمتابعة المرأة الحامل، ومن بين المظاهر السلبية الملاحظة ، نذكر سوء إستقبال المرضى وطول مدة الإنتظار قبل التدخلات الطبية المستعجلة ونقص الاستماع لهم وعدم أخذ القرار في الوقت المناسب، الأمر الذي يؤدي لإحداث إختلالات كبيرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة.

توصلنا من خلال هذه الدراسة وبعد متابعة سيرورة المرأة الحامل في المستشفى بأنه ما تزال هناك صعوبات متعددة تواجه المرأة الحامل في الاستفادة من العلاج في المراكز الاستشفائية المتخصصة وأن مستوى الخدمات الصحية المقدمة غير مرضية ولا تلبي احتياجات المرضى.

Introduction

Au regard des résultats de différentes enquêtes nationales sur la santé de la mère et de l'enfant, la prise en charge de la parturiente continue à être le problème de santé publique en Algérie, ou le taux¹ de mortalité maternelle a atteint 92,6 décès pour 100.000 naissances vivantes en 2006, malgré le fait que 95,3% des accouchements se déroulent en milieu assisté.

Nous avons constaté que la prise en charge de la femme enceinte par les services de maternité se trouve confrontée à plusieurs contraintes, nous citons le manque d'encadrement spécialisé en santé reproductive, le mauvais accueil, les attentes trop longues, la carence du personnel paramédical, le manque du temps alloué à la parturiente, le manque de communication...etc, autant d'éléments qui peuvent peut être expliqué le comportement problématique de la parturiente.

Cependant, cette situation n'est pas spécifique à notre pays, partout dans le monde, le système de santé est confronté à de nombreux dysfonctionnements. L'OMS à bien souligné, même si la France dispose un meilleur système de santé au monde, elle est en retard sur l'étude de la qualité de soins.

L'Etat est conscient de ces difficultés qui affectent la qualité de prise en charge de la parturiente au niveau des maternités. Son objectif est de prendre le maximum de précaution pour satisfaire les besoins, assurer une qualité d'interaction thérapeutique et atteindre un taux² de 60 décès maternels d'ici 2015.

¹ OMD5 et mortalité maternelle: confluence et sommation croisées de toutes les inégalités
» OUCHTATI Mohamed. Algérie.

² [en ligne][référence du 04/09/2009]. Disponible sur le site :
www.undg.org/archive_docs/8522-algerie_ccannexes.pdf.

Plusieurs questions se posent :

Peut-on parler aujourd’hui de qualité de soins en Algérie ? Existe-t-il un modèle adéquat de prise en charge de la parturiente ? Quelles sont les mesures qui permettent d’identifier les besoins de la parturiente ? L’amélioration de l’interaction thérapeutique a-t-elle un effet significatif sur la qualité de soin ? Il n’est pas facile de répondre à ces questions, car nous n’avons jamais réfléchi sur le fonctionnement transversal de la maternité et le parcours des femmes enceintes dans les différents services de soins.

Notre question principale sera donc :

L’amélioration de la relation thérapeutique entre la parturiente et la sage femme a-t-elle un impact significatif sur la prise en charge de la parturiente ?

Hypothèse :

Si le personnel de santé est conscient de l’importance et de la nécessité d’améliorer la qualité de prise en charge de la parturiente au niveau de la maternité. Nous avons supposé que la prise en charge adéquate de la parturiente peut être constatée à travers une bonne relation thérapeutique entre la parturiente et la sage femme.

Notre travail est scindé en trois parties : La 1ère partie sera consacré à un bref rappel historique de l’évolution du système de santé Algérien. A la 2ème partie, nous clarifions le concept de qualité, puis nous étudions la qualité du vécu de grossesse à travers une approche communicationnelle. La 3ème partie traitera, une approche empirique de la prise en charge de la parturiente à la maternité de Jijel.

Une fois la parturiente est à la maternité, elle mérite de bénéficier d’un bon accueil, d’une bonne qualité de communication et de relation thérapeutique, et d’être hospitalisée dans de bonnes conditions, pour avoir une naissance en bonne santé.

Selon le rapport³ de la Journée mondiale de la santé, l'OMS a déclaré plus d'un demi million de femmes meurent chaque année pendant la grossesse ou l'accouchement.

Dans le contexte algérien, la maternité continue à être le problème de la santé publique. Si la situation sanitaire dans notre pays s'est dégradée depuis les années 1990, c'est en raison de l'inadaptation de son organisation et sa gestion hospitalière, face aux mutations socio-économiques qu'a connu notre pays. Et, la santé reproductive se trouve ainsi confrontée à de multiples contraintes qui altéreront son efficacité et ses performances.

Le suivi de grossesse est certes multiple, mais s'il y a un suivi qui pourrait assurer un vécu de grossesse harmonieux, c'est bien celui qui prend en considération la qualité de l'interaction thérapeutique entre parturiente et thérapeute.

Nous suggérons dans cette étude de faire un tour d'horizon de l'évolution du système de santé algérien pour comprendre les efforts consentis par l'Etat en matière de santé reproductive.

I. Un bref aperçu historique du système de santé Algérien :

Depuis l'indépendance, l'Algérie a consenti des efforts importants dans le domaine de la santé, notamment sur le plan d'infrastructure sanitaire, d'équipements médicaux ou de formation médicale et paramédicale. Cependant, le principe d'organisation du système de santé s'il était efficace en son temps, il semble aujourd'hui présenter des insuffisances dans son schéma organisationnel. Le système de santé a été caractérisé par un élan positif durant les années 70 et 80, puis une stagnation qui a coïncidé avec la crise économique des années 1990, et a poursuivis par une défaillance au cours des années 2000. Cette situation historique⁴ a permis de dégager plusieurs périodes essentielles.

³ La mortalité maternelle et infantile reste inquiétante en Afrique du Nord : Algérie, Tunisie et Maroc. samedi 9 avril 2005. [En ligne], [référence du 25/08/2009] Disponible sur le site www.Algerie.dz.com.

⁴ Yeghni S. Thèse de Magister. Démographie et fécondité en Algérie. Leur impact sur la situation socio économique. Université des sciences économiques Alger. Sous la direction Professeur INAL M. 1995-1996.

La période coloniale de 1830-1962 est caractérisée par une santé fortement inégalitaire à travers la localisation des hôpitaux dans les grandes villes où les soins sont orientés à une population essentiellement Européenne. A la fin de cette période, le système de santé s'est doté par des textes et des ordonnances visant à organiser le service de santé de manière égalitaire.

La période 1963-1972 est caractérisée⁵ par le départ massif du corps médical français, par l'insuffisance des infrastructures sanitaires, la carence du personnel médical dont la plupart sont concentrés au Nord Algérien. C'est une période de correction, qui consiste à réduire les disparités, intensifier la formation médicale et paramédicale et développer les infrastructures sanitaires de base.

La période⁶ 1973-1984 coïncide avec le choc pétrolier, et l'Algérie s'est lancée dans des investissements : construction des hôpitaux, polycliniques et centre de santé. En 1974, il y a eu l'institution de la Médecine gratuite dans le secteur public de soins. Cette gratuité des soins a eu pour conséquence, une forte amélioration d'accès aux soins et une augmentation des besoins en soins de santé publique. En 1980, l'Algérie a mis sur pied une politique de population axée sur le choix de la non-limitation de l'accroissement démographique. Mais, en raison de la guerre civile et la crise économique, le secteur sanitaire n'a pas pu satisfaire toute la population. Des disparités régionales dans l'accès aux soins ont pris de l'ampleur. En 1982, l'état a lancé non seulement un programme national de maîtrise de la croissance démographique (PNMCD), qui s'articule sur le renforcement des unités de prestation de service pour l'espacement des naissances, mais également

⁵Débbiche A. et Behiah S. « étude analytique sur le service de santé en Algérie » Mémoire d'ingénieur d'état en statistique et planification. Option statistique. Sous la direction Benamirouche R. Institut national de la planification et de la statistique Alger. 2003-2004. P22-25.

⁶Kaid N., « le système de santé Algérien entre efficacité et équité » essaie d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat en sciences économiques. Sous la direction Professeur Mohamed Yassine Ferfara. Université Alger. P162.

l'élaboration d'un programme d'I.E.C. En 1988, l'évaluation du programme a mis l'accent sur l'insuffisance du concept de « communication » qui n'a pas été développé en raison de l'absence d'une structure de coordination entre les différents intervenants.

La période 1985-1993 est marquée par la réussite du programme de planification familiale. A ce propos la pratique contraceptive qui concernait 40.6% de femmes mariées en 1990 est passée à environ de 50% en 1993. Cette période est marquée aussi par la création⁷ des CHU et des EHS, l'augmentation d'installation des professionnels de santé dans le secteur sanitaire privé et surtout la réapparition des conditions de vie très précaires. C'est une période qui a aggravé encore plus le problème de santé, et de ce fait la couverture sanitaire est devenue insuffisante et de moindre qualité.

La période 1994-1999 est caractérisée par la le lancement d'une véritable politique de population⁸, qui a pris en compte les variables démographiques, économiques, sociales et culturelles, dans le but de réduire certains indicateurs⁹ le taux de mortalité maternelle et infantile.

La période 2000 à l'heure actuelle : Si les programmes de santé nationaux étaient efficaces quelques années après leur application, la plupart ont connu un étouffement dix ans après leur lancement.

Le programme de périnatalité¹⁰ (2006-2009) vise à améliorer la santé périnatale, et à faciliter les échanges d'information. Selon le rapport d'évaluation du programme de périnatalité,

⁷ Bouziani M. «Regard sur la santé publique en Algérie» Disponible [en ligne][Référence : 05/02/2010], <http://forumed.sante-dz.org/f31/regard-sur-la-sante-publique-en-algerie-1980>.

⁸ Politique Nationale de Population. Bilan de situation et programme d'action pour l'année 1997. [en ligne] [référence du 17/01/2010]. Disponible. <http://www.sante.dz/Dossiers/direction-population/Pop.htm>.

⁹ Rapport du Ministère de la santé et de la population, Direction de la prévention /Les programmes de Santé Maternelle et Infantile/ Evaluation année 2001.

¹⁰ Rapport du programme national de périnatalité en Algérie 2006-2009.

plus de 90% des naissances sont prises en charges par le secteur public. Les taux de mortalité maternelle et infantile ont baissé malgré leurs baissent, ils restent encore élevés.

A travers ce tour d'horizon, nous remarquons, que cette situation sanitaire ne peut pas rester sans effet négatif sur l'état de la mère.

Dans la suite de cette étude, nous essayons de présenter le vécu de grossesse à travers une approche communicationnelle.

II. L'approche communicationnelle et la qualité du vécu de grossesse :

Aujourd'hui, la maternité qui accueille la parturiente pour consultation prénatale ou pour accouchement est en pleine mutation par la nouvelle technologie obstétricale de l'information et de la communication, engendrant, ainsi de nouvelles pratiques touchant la parturiente et la sage femme. Pour mieux cerner la qualité du vécu de grossesse, la maternité a présenté pour nous un terrain d'investigation privilégié. Il a été constaté lors de l'enquête par entretien semi directif réalisé à la maternité de Jijel (2007), divers problèmes ont pu affecter la qualité de prise en charge de la parturiente, tels que le mauvais accueil, l'information incomplète, l'attente, l'insatisfaction de l'interaction thérapeutique, le mécontentement des résultats obtenus,...etc. autant d'éléments qui peuvent expliquer le dysfonctionnement de la qualité de prise en charge de la parturiente. Durieux P. a souligné dans son ouvrage :

*«... que la qualité des soins est une activité formelle, destinée à identifier des problèmes dans la délivrance des soins, à concevoir des mesures correctives et à réaliser un suivi afin de s'assurer qu'aucun problème nouveau n'a été introduit et que les mesures correctives sont effectives. »*¹¹

¹¹ Durieux P. « La démarche qualité dans un établissement de santé ». Assistante publique hôpitaux de Paris, Doin éditeur, 1997, p 21.

Pour une meilleure compréhension de la qualité du vécu de grossesse, nous proposons de définir d'abord le concept de qualité.

II.1. La définition du concept « qualité »

Au 20^{ème} siècle, Fayol H. (1984-1925) et Taylor F.W. (1856 -1915) ont introduit le concept de qualité dans le cadre de leurs travaux relatif au développement de l'administration de l'entreprise et à l'organisation scientifique du travail. Un peu plus tard en 1924, ce concept de qualité a évolué par la mise en place d'un service de qualité chargé de la maîtrise des statistiques. A la 2^{ème} moitié du 20^{ème} siècle, la qualité se généralise dans toutes les sphères et n'apparaît plus comme un droit réservé au monde industriel, même les pouvoirs publics s'en approprient comme un outil de travail, permettant d'améliorer le système. Ainsi l'apparition du concept de qualité dans le secteur sanitaire est rentré dans le cadre d'une nouvelle approche politique dans le traitement du dysfonctionnement, d'évaluation et de rationalisation des établissements.

Selon l'OMS¹²

« nous devons nous engager dans une démarche de qualité la plus large possible, pour assurer une meilleure sécurité des patients. »

Selon toujours l'OMS :

« la qualité des soins doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui lui assurera, le meilleur résultat en termes de santé... »

L'institut de médecine des Etats-Unis définit la qualité comme:

« la capacité des services de santé destinés aux individus d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé

¹² Bertrand X., Ministre de la Santé et des Solidarités, Discours « Mesurer la qualité des soins dans les établissements de santé. L'Indicateur de lutte contre les infections nosocomiales, février 2006.

souhaités, en conformité avec les connaissances des professionnelles du moment »¹³

Le principe de fonctionnement de la qualité de service d'une entreprise semble se rapprocher à celui de la qualité de service de la santé, dont la mission essentielle est de veiller à la satisfaction de la parturiente (ou du client). Ce concept de qualité englobe plusieurs fonctions à la fois : l'assurance qualité, l'audit qualité et la démarche qualité.

Selon la définition, la qualité a fait l'objet d'abord d'une normalisation « I.S.O »¹⁴, qui vise à fournir des documents de références comportant des solutions à des problèmes de biens et services. Elle est considérée comme un puissant moyen de progrès technique et d'amélioration de la qualité de vie. C'est un outil de référence qui contribue largement au développement de l'assurance qualité. L'I.S.O 8402, définit la qualité comme :

*« un ensemble des actions préétablies et systématiques, nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfera aux exigences données relatives à la qualité. »*¹⁵

Selon cette définition, la qualité prend en compte toutes les caractéristiques qui participent à la fabrication du produit ou à la prestation de service.

Pour vérifier le respect des protocoles et des normes préétablies, la fonction « **assurance qualité** » comme son nom l'indique, va s'assurer du respect des procédures et de la conformité des produits et services.

L'auteur soulignait dans son étude sur la démarche qualité que :

« l'entreprise doit non seulement fournir des produits ou services, mais aussi, elle doit obtenir la confiance de son client, tout en étant en mesure de lui prouver qu'elle a pris en

¹³Zeynep Or (IRDES) , Laure Com-Ruelle (IRDES) La qualité des soins en France, comment la mesurer pour l'améliorer. DT n°19. Décembre 2008.

¹⁴I.S.O : International Standard Organisation.

¹⁵I.S.O 8402, management de la qualité et assurance qualité, vocabulaire.1995.

*compte ses besoins et à mis en place des dispositions permettant de le satisfaire ».*¹⁶

La surveillance du respect des normes de la qualité, s'effectue par la fonction « **audit qualité** » qui veillera au contrôle des dispositions mises en place, si elles satisfont aux dispositions préétablies et sont aptes à atteindre les objectifs fixés en matière de qualité.

Les actions de la qualité de service progressent, par la fonction « **démarche qualité** », qui fera évoluer les dispositifs de la qualité et réalisera les meilleures prestations en matière de produits de services.

De ces différentes définitions, il en ressort que la qualité recouvre non seulement la qualité de la relation, les résultats obtenus, mais aussi les moyens mis en œuvre pour les obtenir. Parmi, les éléments qui peuvent déclencher la qualité des soins : le plateau technique, l'encadrement des sages femmes, les risques de grossesse et d'accouchement, le taux de mortalité maternelle et infantile.

Si la qualité devrait se faire à tous les niveaux de la maternité, elle devrait commencer du bureau d'entrée de la maternité pour aboutir à la chaîne d'admission et au suivi thérapeutique de la parturiente.

Et, le bureau d'entrée, c'est-à-dire l'accueil de la parturiente est considéré comme un point très sensible de la qualité, où la parturiente peut baser l'ensemble de son comportement du suivi de grossesse sur le 1er contact.

Il est donc, important d'améliorer les conditions d'accueil, qui devrait passer par la mise en place d'un personnel de qualité, c'est-à-dire formé à l'écoute attentive de la parturiente, à la bonne information, à la bonne communication.

Ce concept de qualité existait depuis longtemps dans la maternité, mais, s'il n'était pas perceptible, c'est parce qu'il n'était formalisé. Pour faire de la qualité de soin, il faut avoir la possibilité de sanctionner le personnel qui ne respecte pas les protocoles, c'est-à-dire faire comprendre aux professionnels de santé, la nécessité de respecter les procédures, de bien

¹⁶ Durieux P. « La démarche qualité dans un établissement de santé ». Assistante publique hôpitaux de Paris, Doin éditeur, 1997, P43.

communiquer avec la parturiante pour lui faire valoir son respect et répondre adéquatement à ses besoins.

Or, selon le résultat de l'enquête par entretien semi directif réalisée à la maternité de Jijel en 2007. La parturiante qui se présente à l'hôpital, pour une hospitalisation n'est pas préparée de ce qu'il va lui arriver, son objectif principal est de sortir. Pour elle, la qualité de soin se limite au plus court séjour à l'hôpital. La sage femme s'attache plus à l'aspect technique et moins à la parturiante. Alors, que la parturiante est au centre de la qualité, c'est le fil conducteur de la démarche qualité.

Il est temps aujourd'hui de savoir ce que pense la parturiante des prestataires de services et de savoir ce qu'elle cherche en définitif, pour déterminer le domaine qui paraît pertinent.

Savoir ce qu'elle attend, et tenir compte de son avis personnel à travers la communication interpersonnelle peut être considéré comme une mesure de satisfaction, ou une première démarche de qualité. C'est ce qu'en va essayer de voir dans la suite de cette étude.

Si, nous supposons que la satisfaction de la parturiante repose sur la réponse à ses besoins, il convient de prendre en considération certains éléments de base de la communication, comme l'écoute attentive, qui peut être considérée comme un des éléments qui peut contribuer favorablement à changer le comportement problématique de la parturiante.

Pour cela, nous avons jugé utile de recourir d'abord à l'approche communicationnelle.

II. 2. L'approche communicationnelle :

Il existe une littérature abondante sur la théorie de la communication, et Palo Alto¹⁷ est une école Nord Américaine, qui a étudié les relations humaines et la communication. Cette école s'intéresse aux effets de la communication sur le comportement de l'individu.

¹⁷ Cette équipe de chercheurs a rendu célèbre, cette petite ville de la banlieue de San Francisco-Don- D. Jackson. Sur interaction : Palo Alto (1965-1974). Une nouvelle approche thérapeutique, Seuil. Paris.1981

Nous avons recouru au modèle de Festinger L. « la dissonance cognitive » et celui de Katz E. & Lazarsfeld P. « la communication à deux paliers», pour expliquer les interactions et l'influence des mass média, sur le comportement, et les attitudes. Ces modèles nous permettent de nous donner, des indications pour améliorer le changement du comportement problématique de la parturiente.

La théorie¹⁸ de Lazarsfeld P. et de Katz E. ont porté sur l'influence qu'exercent les médias sur la décision des électeurs. Ils ont développé (1955), une théorie de la communication en deux temps. C'est une théorie qui sépare le contenu du message du comportement de l'émetteur. Ils considèrent que les leaders d'opinion qui sont responsables de la transmission et de l'interprétation de l'information, ont une forte influence sur leur entourage. La première diffusion du message des médias s'effectue de façon verticale en direction des leaders d'opinion, elle se poursuit à l'intérieur du groupe de manière horizontale, par l'intermédiaire des leaders. Au premier niveau, il peut y avoir des personnes bien informées, car elles sont exposées directement aux médias. Au deuxième niveau, il peut y avoir des personnes qui fréquentent moins les médias, et qui dépendent des autres pour obtenir l'information. Il y a d'abord, l'influence qui s'exercerait des mass media sur les leaders d'opinion, puis l'influence des leaders d'opinions sur le grand public. Ce modèle nous aident à mieux comprendre ce qui se passe au niveau des grossesses dans la mesure où apparaît également des leaders d'opinions sur le message officiel diffusé par les thérapeutes, ces leaders d'opinions peuvent être des mères des parturientes, des maris des tradi-thérapeutes.

La théorie de Festinger L. : « Dissonance cognitive » (1957) est basée sur deux éléments de cognition (pensée, comportement). Selon la théorie, l'individu est influencé par

¹⁸Model de LAZARSFELD et KATZ : two-step flow of communication. 06/01/2008.

[en ligne], [référence du 11/01/2010] Disponible sur le site

<http://nalya.canalblog.com/archives/2008/01/06/7465912.html>. Model de LAZARSFELD et KATZ : two-step flow of communication. 06/01/2008.

lui-même : « la dissonance produit chez le sujet une tension qui l'incite au changement.»¹⁹

Festinger L. affirmait qu'on pouvait réagir à une dissonance cognitive de trois façons différentes²⁰ :

1. La 1ére phase de communication correspond à un échange général d'information, tous les membres du groupe doivent être réciproquement informés de leurs opinions.

2. La 2éme phase de la communication, c'est la constitution de la majorité, c'est-à-dire que la divergence d'opinion étant faible.

3. La 3éme phase de communication, c'est l'action de la majorité sur le déviant. La majorité essaie d'influencer le déviant pour l'amener à partager son opinion.

L'objectif de cette théorie est d'améliorer la relation thérapeutique des intervenants en communication. Cette approche ne se limite pas à fournir des informations, elle se base sur l'écoute attentive de la parturiente, afin de faire passer les informations de manière satisfaisante.

Plus la relation est forte, plus la communication aura de l'impact sur la cognition des sujets communicants. Pour le cas du vécu de grossesse à Jijel, il devient important non seulement de diffuser des messages adéquats mais d'établir une relation de confiance entre parturiente et thérapeute.

Parmi, les techniques de l'approche communicationnelle, nous citons, la méthode du counseling et l'analyse transactionnelle.

La méthode du counseling a pour but d'aider la parturiente à discuter de ses expériences, à partager la souffrance que vit la parturiente. L'écoute attentive, l'accueil et la prestation sont considérés comme des éléments essentiels de la technique du counseling. Pour répondre au besoin de la parturiente, la sage femme ne doit pas imposer telle ou telle méthode. Elle doit plutôt adapter la méthode selon le besoin de la parturiente. Il est important de faire preuve aux respects de chaque

¹⁹ Modèle de la dissonance cognitive. Enseignement et recherche en psychopathologie. [en ligne], [Référence le 14/01/2010] Disponible sur le site : <http://isabellesamyn.e-monsite.com/rubrique,la-dissonance-cognitive,1012486.html>

²⁰ Flament C. « Réseaux de communication et structures de groupes » Préface de P.Fraise. Dunod. Paris.1965 p159-165.

parturiente, quelque soit sa position sociale, si on veut aboutir aux objectifs souhaités d'une santé reproductive de qualité. Nous avons constaté qu'en pratique, certaines parturientes vivent harmonieusement la période de grossesse, en raison des avantages qu'elles acquièrent à travers la méthode du counseling. Ce sont en général, les parturientes ayant un certain niveau d'éducation sanitaire, connaissant différents risques de grossesse, vivant dans la zone urbaine, fréquentant les centres de PMI, ce sont celles qui sont les mieux informées à propos des avantages du suivi prénatal. Par contre d'autres souffrent de leur inadaptation au contexte de réception de ces informations, car elles ont plus besoin de se faire accueillir, d'être écoutées, mais leur demande n'est pas toujours exprimée, c'est cette marge de parturiente ou le risque de grossesse est important qui nous intéresse aujourd'hui.

Pour répondre aux besoins de la parturiente, il faut que la technique de communication porte autant sur le contenu de ce qu'apporte la parturiente que sur le processus mis en œuvre dans la communication.

L'analyse transactionnelle de Bern E. (1950)²¹ est à la fois un modèle de communication et une étude du comportement humain. Son analyse a mis à la disposition des professionnels²² de santé des outils permettant de combler le vide de l'approche psychosociologique (facteurs sociaux, culturels que psychologiques). Selon l'auteur :

« la connaissance de nos propres comportements, de leurs sources peut nous aider à changer les comportements dououreux... »²³.

Le but de l'analyse est de permettre à chacun de nous, de mieux saisir le pourquoi et le comment de son comportement dans la vie quotidienne. De nous aider à prendre conscience et à nous offrir des moyens simples de nous réconcilier avec nous même et avec les autres. La mise en application de l'analyse,

²¹Bern E. «Analyse transactionnelle » [référence du 05/05/2009], [en ligne], Disponible sur : www.wikipedia.org/wiki/analyse_transactionnelle.com.

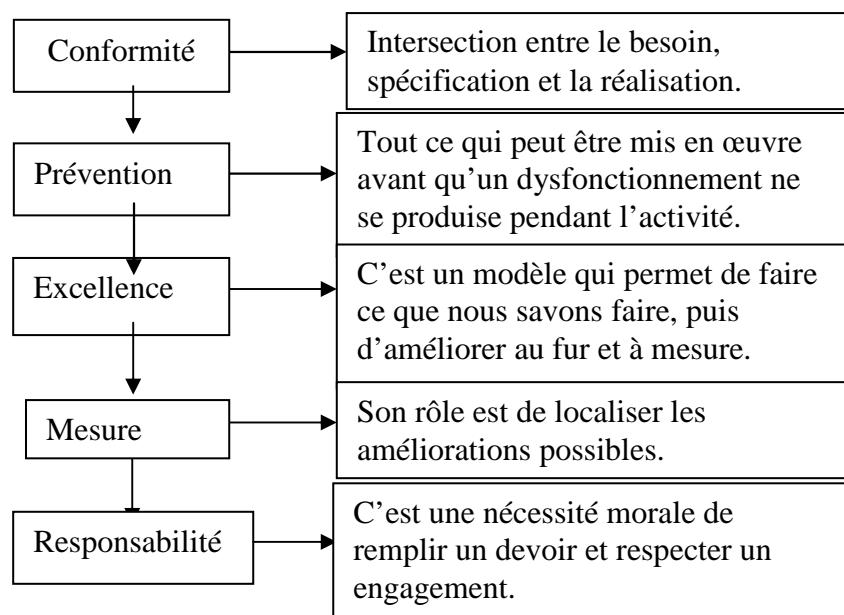
²²Jongeward. J. « naître gagnant, l'analyse transactionnelle dans la vie quotidienne », 1991, Edition 307, Paris, P89-95.

²³Bern E. «Analyse transactionnelle » [référence du 05/05/2009], [en ligne], Disponible sur : www.wikipedia.org/wiki/analyse_transactionnelle.com

passe par une bonne connaissance de soi, de son rôle et de sa place dans les rapports avec autrui. L'analyse transactionnelle devient donc une analyse de comment est ce que je dois communiquer avec les autres, quelle part de moi sera engagée dans chaque relation, sa finalité²⁴est de maintenir l'harmonie quotidienne entre parturiente et thérapeute pour obtenir une qualité de soin.

II.3. La qualité du vécu de grossesse :

Avant de parler de la qualité du vécu de grossesse, il est important de décrire les cinq principes²⁵ de la qualité qui se focalisent dans la conformité, la prévention, l'excellence, la mesure et la responsabilité.



²⁴Bern E. «Analyse transactionnelle » [référence du 05/05/2009], [en ligne], Disponible sur : www.wikipedia.org/wiki/analyse_transactionnelle.com

²⁵ Sergheeraert M. : Les 5 principes de la qualité. Disponible en ligne, [référence du 22/09/2010] http : www.manager-go.com/management-de-laqualite.htm.

La qualité du vécu de grossesse doit être considérée comme une impérieuse nécessité au-delà des obligations légales. Sachant, que le droit à la qualité de service a été formulé par la loi qui a favorisé la mise en place d'un certain nombre de programmes nationaux²⁶, des infrastructures sanitaires, d'un encadrement médical et paramédical et d'un plateau technique performant. Mais la qualité de prise en charge de la parturiente, ne peut pas porter uniquement sur l'aspect physique (le nombre d'infrastructure sanitaire, d'effectif du personnel ou des équipements médicaux) elle doit tenir compte sur le contenu de l'interaction thérapeutique.

D'ailleurs la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986) avait souligné que le concept de santé a dépassé désormais la santé physique pour s'intéresser à la qualité de santé.

Le professeur Américain de santé publique Donabedian A (1966) disait :

*« la qualité des soins porte non seulement sur les soins techniques donnés par les médecins, mais aussi sur les relations qu'ils établissent avec les parturientes, sur les conditions matérielles de leur exécution et la façon dont le soin prescrit est donné et perçu par la parturiente et sa famille... »*²⁷.

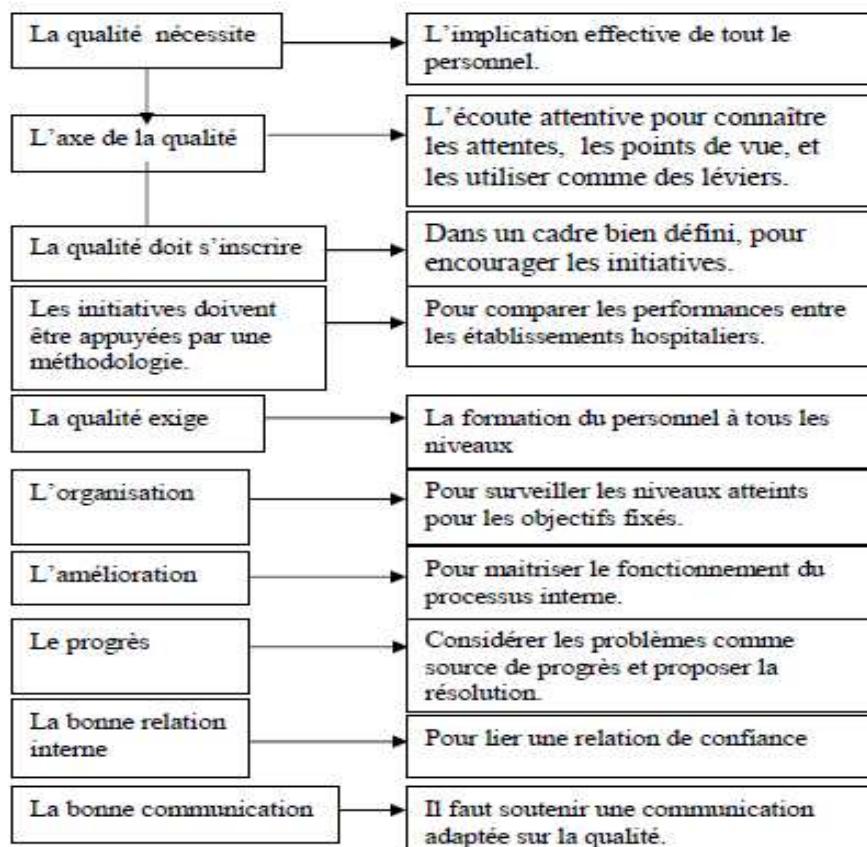
La parturiente a le droit d'exiger la qualité de prestation de service, la qualité d'accueil, la qualité de l'interaction thérapeutique, mais, souvent la sage femme ne prend pas en considération ses attentes et ses besoins.

Pour la parturiente, la notion de qualité, signifie atteindre sa satisfaction dans le suivi de grossesse et avoir une naissance en bonne santé.

²⁶ Les programmes nationaux : les programmes de santé maternelle et infantile, le programme de périnatalité, le programme de planification familiale, le programme de vaccination élargie.

²⁷ [en ligne] [Référence du 10/01/2010] Disponible sur le site <http://www.sperpsy.org/livres>

Pour la sage femme, la qualité signifie avoir les moyens pour répondre aux besoins de la parturiente. Aujourd’hui, avec l’évolution de la nouvelle technologie obstétricale, et la formation du personnel médical et paramédical, la sage femme est obligée de prendre conscience des nouvelles procédures de prise en charge pour satisfaire la parturiente. Si la qualité va de pair avec l’amélioration des conditions de travail, plus il y a de la qualité et moins il y a de dysfonctionnement de soin. Pour réussir, l’auteur, nous a présenté dix facteurs de réussite²⁸ de la qualité qui se résument de la manière suivante :



²⁸ [en ligne] [Référence du 10/09/2010] Disponible sur le site <http://qualitadmin.blogspot.com/2010/05/les-10-facteurs-cles-du-succes-de-la.htm>.

Qu'en est -il de la maternité de Jijel ?

III. L'approche empirique : La pratique thérapeutique :

L'objectif de la santé reproductive est de fournir des soins de qualité, et la qualité du vécu de grossesse se définit dans l'accomplissement des missions confiées et dans la satisfaction de la parturiente.

Aujourd'hui, l'état est conscient que le volet de la santé reproductive qui concerne les femmes mariées en âge de procréer, connaît des difficultés énormes de suivi de grossesse. Il est essentiel de connaître les conditions de travail de la sage femme, car souvent la parturiente n'est pas satisfaite malgré le recours important à l'établissement public hospitalier. Or, nous avons constaté, lors des résultats de l'enquête par entretien semi directif réalisé à la maternité de Jijel (2007) (travail empirique de ma thèse de Doctorat) que la négligence de certaines pratiques autres que médicales, relationnelles, ont une grande influence sur la qualité de prise en charge de la parturiente.

III.1. La présentation de l'échantillon des sages femmes :

Nous avons interviewé quatre sages femmes de différents services de la maternité de Jijel (2007), dans le but de connaître les difficultés de la relation thérapeutique entre la sage femme et la parturiente.

La sage-femme chef de bureau : « une tâche alourdie qui influence négativement sur notre relation avec la parturiente »²⁹

Notre entretien réalisé avec la sage-femme du bureau d'admission, nous a révélé des aspects relatifs à sa tâche quotidienne du service, permettant ainsi de comprendre le fonctionnement du service et ses contraintes. Notre interviewée est une sage-femme ayant plusieurs années d'expérience. Elle nous dévoile le climat de travail au sein du service de

²⁹ Entretien réalisé avec la sage-femme chef du bureau d'admission, le 15/09/2008 maternité de Jijel.

maternité ainsi que les différents problèmes qu'elle rencontre dans son travail.

Les conditions de travail à la maternité de Jijel sont devenues de plus en plus stressantes avec des moyens humains et matériels très réduits.

Comme le précise la sage-femme, « *actuellement je travaille seule dans le service du bureau d'admission et je dois accomplir plusieurs tâches à la fois. Remplir le canevas du dossier médical de la femme qui se présente, l'inscrire sur le registre, l'examiner, et lui offrir le temps de son interrogatoire, tout en sachant qu'il y a une file d'attente de femmes au couloir* ».

Elle souligne également les carences au sein du service :

« *On a beaucoup de femmes enceintes qui se présentent au service, mais la surcharge du travail et la carence du personnel médical et paramédical fait qu'il y a un manque du temps alloué à la parturiente. Cette insuffisance d'écoute, nous a créé d'énormes problèmes entre la parturiente et le personnel du service... on travaille dans des conditions très difficiles* ».

La relation avec la parturiente est entravée par plusieurs contraintes. Et l'interviewée souligne

« *on rencontre des contraintes quotidiennes, on a souvent des femmes qui viennent en catastrophe pour accoucher immédiatement, ce sont des femmes issues des milieux défavorisés qui n'ont aucune notion de suivi de grossesse. Elles se présentent à la maternité qu'au 9ème mois de grossesse, sans s'inquiéter de la déclaration de grossesse. Le service est obligé de la prendre en charge, quelque soit la situation* ».

De plus la communication avec la parturiente est souvent inexiste tout au long du suivi de grossesse. Sur cette situation, la sage-femme explique que « *quand, je lui demande pourquoi tu n'as pas déclaré ta grossesse, pour au moins bénéficier d'un accouchement en milieu assisté, elle justifie son absence par la responsabilité des enfants de bas âge et l'éloignement du service par rapport au domicile* ».

La négligence et le manque de communication sont aussi manifestent et influencent négativement sur la relation entre parturiente et le service médical.

En fait, la sage-femme déclare : « *souvent la parturiente se présente à n'importe quel moment et sans dossier de suivi de grossesse. On n'arrive pas à comprendre leur comportement. D'un coté il y a un recours important des femmes enceinte à la maternité, de l'autre coté il n'y a pas le respect du suivi de grossesse. Malgré mon expérience de plus de 20 ans, je n'arrive pas encore à mettre à jour les statistiques concernant le vécu de grossesse du service de maternité* ».

Par ailleurs, le rôle de la sage-femme chef du bureau d'admission que nous avons interviewée consiste à cadrer au mieux ce type de femmes assez négligentes et peu collaboratrices. Elle souhaite comme elle déclare

« *leur faire inculquer la qualité de suivi de grossesse, particulièrement à la femme rurale, et de leur faire savoir qu'elles doivent avoir un carnet de santé, de procéder à un bilan biologique sanguin et échographique avant de se présenter à la maternité* ». Ceci afin de faciliter la tâche aux thérapeutes de l'examiner sur un dossier médical et de prendre des décisions au moment opportun.

Cependant comme le souligne l'interviewée, la carence du personnel médical et paramédical fait que le service n'arrive pas à leur donner suffisamment de temps pour leur expliquer le suivi de grossesse. Ainsi, la sage-femme déclare : « *il m'est arrivé d'examiner la parturiente sans aucun dossier médical et les conditions de travail sont de plus en plus stressantes, le fait de suivre une parturiente sans connaître ses antécédents pathologiques.* »

La tâche accomplie par la sage-femme chef du bureau d'admission semble assez difficile en raison du manque de moyens au sein du service et du manque de communication des parturientes qui compliquent par conséquent leur suivi de grossesse.

La sage-femme de la P.M.I : « L'éducation sanitaire de la parturiante est nécessaire »³⁰

Au sein du service de la PMI de la maternité de Jijel, le travail semble difficile.

« *On gère difficilement nos activités, en raison du nombre insuffisant de sages-femmes dans le service. Le nombre de parturiennes que j'examine a augmenté par rapport aux années antérieures, par contre le nombre de sage femme n'a pas changé. On est surchargé par le travail quotidien du service et par l'urgence, on fait plusieurs choses à la fois* », explique ainsi la sage-femme du service de la PMI. Comme dans le bureau d'admission, dans le service de PMI les rapports avec la parturiante sont assez compliqués par manque d'éducation sanitaire.

Comme le souligne la sage-femme du service :

« *On a le problème des femmes enceintes qui se présentent au service sans aucune éducation sanitaire. Malgré le temps qu'on passe à leur expliquer sur la sensibilisation de l'espacement des naissances, la majorité ne suivent pas nos conseils, elles changent de centre de P.M.I., elles se permettent d'arrêter la pilule ou d'utiliser d'autres procédés contraceptifs sans l'avis de la sage-femme de la P.M.I. ou d'autres médecins. Elles viennent toujours en catastrophes avec une tension artérielle élevée ou trop faible, des infections urinaires de plusieurs mois, sans aucun vaccin anti-tétanique* ».

Ce manque de sensibilisation et de communication est assez manifeste, car comme l'explique la sage-femme du centre PMI « *On examine souvent des parturiennes pour la première fois, à six mois de grossesse ou plus. Quand on leur pose la question, si elles se souviennent de leur 1^{er} vaccin antitétanique, la majorité ne se rappelle pas, dans ce cas, on est obligé de recommencer le 1^{er} vaccin et on leur donne une carte de vaccination, ou on inscrit les rendez-vous, tout en leur expliquant qu'il faut faire deux vaccins au cours de la grossesse et trois vaccins après accouchement* ».

« *La non communication des parturientes persiste également après l'accouchement, ou très peu de femmes se présentent pour poursuivre leur vaccin* », souligne la sage-femme.

³⁰ Entretien réalisé avec la sage-femme de la Promotion maternelle et infantile (PMI), le 25/09/2008, maternité de Jijel.

En outre, le manque d'éducation sanitaire se traduit par une mauvaise utilisation des contraceptifs et une vaccination irrégulière.

Sur cette situation, la sage-femme du centre PMI nous avoue: « *je suis très perturbée dans le suivi de grossesses des femmes qui se présentent à la P.M.I. en raison du suivi irrégulier. Elles font des ruptures de suivi de grossesse ou de vaccination à n'importe quel moment, sans aucune conscience des effets néfastes que cela peuvent engendrer. Le suivi de grossesse pour cette catégorie de femmes ne nous permet pas d'élaborer des statistiques fiables afin de comprendre leur comportement problématique et agir de manière adéquate* ».

Selon l'interviewée, il faut renforcer l'équipe des sages-femmes, consacrer une éducation sanitaire pour les parturientes, par la sensibilisation, la communication et la préparation à l'accouchement par des cours donnés par la sage femme dans des centres de P.M.I. les plus proches. Il faut également instaurer une politique de suivi de vaccin, comme le cas des enfants de bas âge qui ne peuvent être scolarisés que s'ils présentent leur carnet de vaccination. Ce sont autant d'éléments qui selon la sage-femme du PMI peuvent améliorer le suivi de grossesse.

La sage-femme chef de service de la maternité: « Une tâche stressante qui néglige la relation avec la parturiente »³¹

A l'entrée de la maternité se situe le bureau de la sage-femme chef de service. Ce bureau est considéré comme le lieu de rencontre de toutes les sages-femmes du service, pour le programme du travail de la journée, pour la coordination des différentes taches du service, pour les réclamations ou les plaintes des parturientes.

La sage-femme que nous avons interviewée est chef de service ayant plusieurs années d'expériences. Elle nous explique le fonctionnement du service ainsi : « *Les femmes enceintes se présentent d'abord à mon bureau avec un dossier médical puis la sage-femme inscrit des informations sur son registre sur la base du dossier médical, concernant le suivi de grossesse par d'autres thérapeutes. Une fois l'enregistrement est établi, la sage-femme formule une idée sur le diagnostic de la parturiente, elle l'examine et l'oriente selon l'état de la grossesse. Si la parturiente est proche pour accoucher elle sera automatiquement autorisé au service de gynécologie dans le cas contraire et si elle ne présente pas de pathologie, un rendez-vous lui sera fixé pour une période ultérieure* ».

³¹ Entretien réalisé avec la sage-femme chef de service de la maternité, le 30/09/2008, maternité de Jijel.

La profession de sage-femme semble assez compliquée, la tâche quotidienne comme l'explique l'interviewée : « *n'est pas facile à gérer en raison de la carence du personnel médical et paramédical et du nombre important de parturientes qui se présentent au service en état d'alerte pour accouchement immédiat ou pour complication* ».

Les conditions de travail ainsi décrites sont assez stressantes et ceci en raison du manque d'encadrement médical et paramédical, du manque de communication, du manque de temps alloué à la parturiente. Comme le déclare la sage-femme plusieurs problèmes se posent avec les parturientes, surtout les primipares issues des zones défavorisées, elles se présentent au service pour consultation ou accouchement alors qu'elles n'ont aucune éducation sanitaire : « *certaines ne savent même pas que ça existe des lavements évacuateur* », souligne la sage-femme. Sur le manque d'éducation sanitaire, elle rajoute « *au lieu de m'occuper du travail d'accouchement, je m'occupe d'autres tâches, comme par exemple de l'hygiène de ces catégories de femmes ; je n'arrive pas à comprendre leur comportement de suivi de grossesse, d'un côté elles sont nombreuses à venir à la maternité, mais de l'autre côté, elles ne pratiquent pas ce que le thérapeute leur conseil de suivre* ».

La relation avec la parturiente paraît aussi difficile à gérer, nous avons constaté que les parturientes qui sont autorisées pour l'admission d'accouchement sont en général impatiente, elles veulent accoucher dès qu'elles se présentent au service. Elles ne savent pas qu'il faut attendre les contractions, l'éclatement de la poche des eaux, l'ouverture du col de l'utérus, certaines nous disent : « *on a vu des femmes qui sont venues après nous et qui ont accouchées avant nous...* ».

Toutes ces difficultés dues au manque de communication, peuvent contribuer largement à nuire la qualité de la relation entre thérapeute et parturiente, créant ainsi une incompréhension qui augmente la tension, entre parturiente et thérapeute » ainsi des rapports conflictuels peuvent s'installer entre les deux acteurs.

Comme le résume la sage-femme interviewée : « *en général, les sages-femmes n'aiment pas trop avoir à faire aux primipares, c'est toujours des cas compliqués, elles gémissaient beaucoup, et elles sont tout le temps fatiguées et elles sont incapables de maîtriser la douleur. Pour les femmes multipares issues de situation très défavorisées, qui ont plus de 40 ans, présentant des antécédents pathologiques, quand on leur donne des conseils*

pour arrêter les grossesses, elles ne sont pas satisfaites, elles répondent agressivement : « j'ai envie d'avoir beaucoup d'enfants ».

Les sages-femmes revendentiquent depuis longtemps l'absence de couverture médicale spécialisée dans le service de maternité et de gynécologie « *c'est plutôt un problème d'organisation et de communication dont souffre l'hôpital aujourd'hui* » disait la sage-femme.

Pour alléger le stress du travail d'urgence dû peut être à la mauvaise répartition du personnel médical et paramédical, le responsable de l'hôpital en collaboration avec les médecins chef de service a procédé d'établir un engagement par écrit de la part du mari ou d'un membre de la parturiante pour dégager toute responsabilité, en cas de décès maternel ou fœtal, ou d'autres complications dépassant les compétences des médecins généralistes du service de maternité, surtout pour les femmes enceintes ne présentant aucune pathologie.

La présidente de l'association des sages femmes : « il s'agit plutôt d'un désordre organisationnel qu'il faut revoir que de carence du personnel médical »³²

Les revendications qui ont été soulevées à travers son récit : « *on n'arrive pas à résoudre l'urgence des cas pathologiques des femmes enceintes à cause du mouvement rotatif des médecins spécialistes gynécologues* ». Selon l'interviewé le problème d'évacuation des femmes en complications est devenu courant à la maternité de Jijel disait-elle: « ...*on a deux médecins spécialistes chirurgiens, c'est plutôt un problème organisationnel qu'il faut revoir* ». Elle précise, malgré les campagnes de sensibilisation sur les méthodes contraceptives, la méthode du counseling est loin de satisfaire les besoins de la parturiante. Elle disait : « *la parturiante est incapable de répéter le discours qui lui a été communiqué, cela prouve que le message n'a pas été transmis* ».

L'interviewer insiste de résoudre d'abord les problèmes urgents pour prévoir un changement du comportement problématique : « *il faut former des promotions de sages femmes et de gynécologues pour lutter contre les maux qui rangent aujourd'hui la santé de la mère et de l'enfant, il faut une formation continue de sages femmes pour actualiser les connaissances, il*

³² Entretien réalisé le 15/08/2008 : présidente de l'association des sages femmes algériennes.

faut travailler avec un encadrement d'au moins quatre gynécologues pour mener à bien le service de la maternité et de l'obstétrique. »

III.2. La présentation de l'échantillon des parturientes :

Nous avons limité notre échantillon à interviewer deux parturientes au niveau de la maternité de Jijel. Il est certain, que la prise en charge adéquate de la parturiante ne peut pas se résumer uniquement par le recourt important à la consultation prénatale. Notre objectif, est de savoir sur quoi se base le choix de la parturiante concernant le suivi de grossesse.

Le défi du service de maternité de Jijel, c'est de satisfaire la parturiante par la qualité de l'offre de soins. Cependant, cette offre de soins dont dispose la maternité de Jijel, par la proximité des structures sanitaires, l'accueil des parturientes, la disponibilité des thérapeutes, les moyens techniques médicaux, ...etc. joue un rôle important dans le choix du suivi de grossesse.

Nous savons que le besoin de la parturiante est varié dès son admission au service de maternité. Elle a besoin d'être informée et écoutée dès le premier mois du premier trimestre de la grossesse, elle a besoin de la qualité d'accueil, de la qualité de prestation fournie, elle a besoin de la proximité des structures hospitalières.

Le choix du suivi de grossesse selon le besoin de la parturiante a un impact significatif sur la qualité du suivi de grossesse. C'est ce qu'en va essayer de voir dans ces deux interviews.

Le choix de suivi de grossesse selon la qualité de prestation de service :

La parturiente³³ choisit le suivi de grossesse selon la prestation de service, elle raconte sa période de grossesse traumatisante et mouvementée dans plusieurs structures sanitaires. Elle est hospitalisée à la maternité de Jijel, on lui découvre un risque au début de sa grossesse. C'est la peur, la panique, elle doute de l'annonce du risque, elle cherche d'autres médecins pour un remède miracle. Elle préfère solliciter plusieurs avis médicaux, pour trouver la solution idéale à son problème. Elle change de médecin et de structure d'accueil, donc la proximité de la structure d'accueil n'est pas importante pour elle « ...j'ai vu cinq autres médecins... » Disait la parturiante.

³³Entretien n°1. Réalisé le 15/08/2008.

La parturiente est insatisfaite du choix de suivi de grossesse, elle pense que toute pathologie a une solution. C'est la méconnaissance de la limite médicale qui l'a obligé à recourir à d'autres structures dans le but de trouver des compétences qui peuvent diagnostiquer le problème de risque de grossesse. Elle pense que le changement de structure lui permet de trouver une solution à son problème de grossesse.

Donc, pour cette parturiente, ce n'est pas la proximité de la structure d'accueil qui détermine le choix du lieu de suivi de grossesse, mais c'est la qualification des prestataires de service, le critère présent dans son discours pour expliquer le choix de la structure du suivi de grossesse: l'incompréhension du diagnostic, fait qu'elle choisit d'autres structures sanitaires, elle cherche la qualité de la prestation, qui se traduit par la sécurité, l'information, la présence des spécialistes, des sages femmes, la compétence, l'empathie, sont autant des critères cités et répétés et qui sont largement mis en avant, par la parturiente interviewée.

Elle parle de confiance, de reconnaissance des professionnels de santé, de satisfaction de la liberté de choix des médecins, par manque d'information précis à son diagnostic. C'est donc la qualification des médecins, et leur compétence sur le terrain, qui sont devenues facteurs importants dans sa prise de décision du choix de suivi de grossesse. Elle disait: « *j'ai préféré faire mon premier suivi chez un médecin spécialiste, que je suppose à une compétence plus élevée... »*

Le choix de suivi de grossesse selon la proximité des structures sanitaires et la qualité de l'accompagnement :

La parturiente³⁴ a choisi le lieu du suivi de grossesse selon la proximité des structures. Elle disait : « *j'ai préférée suivre au centre de santé de la PMI le plus proche ».*

A travers son récit, nous avons remarqué des grossesses non désirées sont dues à l'échec des méthodes contraceptives. La parturiente a trouvé beaucoup de difficulté dans le soutien de son choix de contraception.

« *j'ai décidé toute seule d'arrêter et d'utiliser une méthode... ».* La sage-femme lui a prescrit une autre méthode « *quand j'ai posé le problème des effets secondaires de la pilule, elle m'a proposé directement le stérilet... ».* Normalement, la sage femme, devrait d'abord, comprendre les raisons du refus des contraceptifs qui peuvent être historique, culturelle, relationnelle,

³⁴ Entretien n°2. Réalisé le 15/08/2008.

ensuite respecter, et soutenir le choix de la méthode de contraception selon la conviction de la parturiente. Si, seule la sage-femme parle, prend des décisions et la parturiente se contente uniquement d'écouter, la relation thérapeutique peut se transformer en relation de confrontation ou de rupture.

D'ailleurs Fassin D.³⁵ a bien précisé dans son ouvrage, il y a un rapport inégal entre le demandeur de soins et celui qui possède le pouvoir de guérir, il suffit que la sage-femme propose telle méthode, la parturiente exécute sans chercher à comprendre les effets secondaires de telle ou telle méthode. Il est important de faire participer la parturiente au choix de la méthode contraceptive, cela peut engendrer une grande satisfaction et une utilisation plus efficace. Il est essentiel, d'explorer les motivations de la parturiente vis-à-vis de la contraception, d'accompagner la parturiente à réfléchir et à choisir la contraception la plus conforme à sa situation personnelle.

L'accompagnement émotionnel de la parturiente peut paraître simple, mais c'est la tache la plus délicate, qui demande au thérapeute : la patience, l'écoute, le temps, le soutien, et les connaissances sur les différentes méthodes.

Le contenu de l'entretien nous a révélé que la parturiente a choisi le suivi de grossesse, selon la proximité des structures hospitalières et la qualité d'accompagnement. Elle est inquiète des résultats obtenus, elle cherche un milieu convivial pour s'exprimer, pour le bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement. Pour elle, la qualité de prise en charge se focalise dans la qualité de l'accompagnement, qui est une composante essentielle de la qualité des soins.

Nous pouvons conclure à travers le contenu de ces deux récits, que les parturientes sont très sensibles à l'approche relationnelle, qui se construit par le personnel médical et paramédical. La décision du choix du suivi de grossesse dépend de la relation qui s'établit entre parturiente et thérapeute, c'est-à-dire de la qualité de la prestation de service et la qualité de l'accompagnement.

³⁵ Fassin, D. Annette L., Hélène G. Jean, Monique K. et Thierry L. « les inégalités sociales de santé ». Collection Recherches Inserm, Editions La découverte, Paris. 2000, P175-189.

Conclusion

L'objectif de tout système de santé est de satisfaire les besoins de la parturiente. Souvent, lorsqu'on cherche à améliorer la prise en charge de la parturiente, on ne se préoccupe pas suffisamment du contenu de la communication qui peut avoir des répercussions sur la qualité de santé reproductive. L'approche communicationnelle à travers la théorie de Festinger L. et celle de Katz E. & Lazarsfeld P, ce sont des théories qui se basent sur des interactions, sur l'influence des masses média, sur le comportement et les attitudes de la parturiente et du thérapeute. Elles nous permettent de nous donner, des indications pour améliorer le changement du comportement problématique de la parturiente. La théorie de Lazarfeld P & Katz est une théorie à deux paliers. L'influence des mass media sur les leaders d'opinion, puis l'influence des leaders d'opinions sur le grand public. Ce modèle nous aide à mieux comprendre ce qui se passe au niveau des grossesses dans la mesure où apparaît également des leaders d'opinions sur le message officiel diffusé par les thérapeutes, ces leaders d'opinions peuvent être des mères des parturientes, des maris, des tradi-thérapeutes. Quant à la théorie de Festinger L. « dissonance cognitive » l'individu est influencé par lui-même, selon l'auteur, nous pouvons réagir à une dissonance cognitive en changeant le comportement dissonant, par l'acquisition de nouvelles informations qui vont réduire la dissonance totale. Parmi les méthodes de l'approche communicationnelle, nous avons étudié la technique du counseling et l'analyse transactionnelle. Ces techniques peuvent être pour la sage-femme des outils qui lui permettra de s'intégrer, de mieux connaître la personne, de répondre efficacement à leur besoin tout en entretenant de bonne relation.

Le résultat de l'enquête par entretien semi directif réalisée à la maternité de Jijel (2007), nous a montré que la sage femme essaye de créer un climat de confiance avec la parturiente, afin de la mettre à l'aise dans la communication, et lui permettre d'émerger ses inquiétudes et ses besoins. Nous avons constaté à travers les différents récits, qu'il reste beaucoup à faire pour convaincre la parturiente et obtenir un comportement souhaité.

Recommandations :

La qualité des soins permet d'avoir un leadership fort, d'impliquer tout le personnel dans le processus d'amélioration, de procéder à l'utilisation des techniques statistiques, de s'améliorer à partir des difficultés rencontrées.

Elle repose sur l'aspect relationnel entre parturiante et thérapeute. Pour identifier les besoins les plus pertinents et susceptibles d'être acceptés :

- Il faut faire en sorte qu'il y ait une alternance des rôles entre sage femme et parturiante.
- Il faut que la sage femme sache à qui s'adresse l'information,
- Il faut que la sage femme qui communique soit bien connue et les gens ont confiance en elle,
- Il faut que la parturiante comprenne comment cette information peut l'aider,
- Il faut encourager la parturiante à en parler et à poser des questions pour qu'elle comprenne bien ce qu'il faut faire, quand et pourquoi.

Bibliographie :

1. OMD5 et mortalité maternelle: confluence et sommation croisées de toutes les inégalités » OUCHTATI Mohamed. Algérie.
2. [en ligne][référence du 04/09/2009]. Disponible sur le site : www.undg.org/archive_docs/8522-algerie_ccannexes.pdf.
3. NysJ.F.in « la santé : consommation ou investissement » Edition Economica 1980. p 7.
4. Yeghni S. Thèse de Magister. Démographie et fécondité en Algérie. Leur impact sur la situation socio économique. Université des sciences économiques Alger. Sous la direction Professeur INAL M. 1995-1996.
5. Débbiche A. et Behiah S. « étude analytique sur le service de santé en Algérie » Mémoire d'ingénieur d'état en statistique et planification. Option statistique. S/direction Benamirouche R. Institut national de la planification et de la statistique Alger. 2003-2004.
6. Fassin, D. Annette L., Hélène G. Jean, Monique K. et Thierry L. « les inégalités sociales de santé ». Collection Recherches Inserm, Editions La découverte, Paris. 2000.
7. Kaid N., « le système de santé Algérien entre efficacité et équité » essaie d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaia. Thèse de Doctorat d'Etat en sciences économiques. Sous la direction Professeur Mohamed Yassine Ferfara. Université Alger.
8. Bouziani M. «Regard sur la santé publique en Algérie» Disponible [en ligne][Référence : 05/02/2010],<http://forumed.sante-dz.org/f31/regard-sur-la-sante-publique-en-algerie-1980>.

9. Politique Nationale de Population. Bilan de situation et programme d'action pour l'année 1997. [en ligne] [référence du 17/01/2010]. Disponible. <http://www.sante.dz/Dossiers/direction-population/Pop.htm>.
10. Rapport du Ministère de la santé et de la population, Direction de la prévention /Les programmes de Santé Maternelle et Infantile/ Evaluation année 2001.
11. Rapport du programme national de périnatalité en Algérie 2006-2009.
12. Barbin B. Boissier C.Rambaud J.M. et Nebesarova J., Hôpitaux cliniques. De l'accréditation à la qualité » Lamarre, 1977.
13. Les programmes nationaux : les programmes de santé maternelle et infantile, le programme de périnatalité, le programme de planification familiale, le programme de vaccination élargie.
14. [en ligne] [Référence du 10/01/2010] Disponible sur le site <http://www.sperpsy.org/livres>.
15. [en ligne] [Référence du 10/09/2010] Disponible sur le site [http://qualitadmin.blogspot.com/2010/05/les-10-facteurs-cles-du succés-de-la.htm](http://qualitadmin.blogspot.com/2010/05/les-10-facteurs-cles-du-succes-de-la.htm).

Annexe :

Entretien n°1 : Entretien avec la parturiente du service de gynécologie de Jijel.

« Le choix du suivi de grossesse selon la Qualité de prestation de service ».

Identification de la parturiente : Agée de 23 ans, mariée, fonctionnaire, réside à Jijel.

Je voudrais vous parler du choix du lieu de suivi de grossesse, sur quel critère vous vous êtes basé, pour choisir le lieu de suivi de grossesse?

J'ai eu deux grossesses, les deux ont été désirées à des moments précis.

Pour la première grossesse, après un retard de règle, j'ai su que j'étais enceinte, la proximité d'accueil des structures de soins n'étant pas importante pour moi, pour faire le suivi de ma 1ère grossesse, en raison d'une part de mon jeune age et surtout par manque d'expérience, particulièrement en éducation sanitaire, j'ai préféré faire mon premier suivi grossesse chez un médecin spécialiste, que je suppose a une compétence plus élevée par rapport à la sage femme ou au médecin généraliste de la polyclinique de JIJEL et en plus de son savoir médical, il dispose des moyens techniques de l'obstétrique comme l'échographie qui lui permettra de diagnostiquer précocement un risque de grossesse.

Au 1er trimestre de la grossesse, j'étais très fatigué. A la 1ère visite médicale, le médecin a commencé à discuter d'une manière générale sur ma famille, sur ma situation professionnelle, sur ma relation conjugale, sur les problèmes pathologiques familiaux et obstétricaux. Puis il a saisi toutes les informations sur son ordinateur. L'interrogatoire a duré environ 20 minutes, son écoute attentive à mes différents problèmes personnels m'a vraiment soulagé et il m'a rendu heureuse d'accepter cette grossesse précoce, j'ai ressenti une certaine confiance qui s'est établit entre nous deux. Après m'avoir examiné, le médecin a découvert que j'avais un risque de grossesse, « une dysplasie sur le col de l'utérus, de stade 3 », je n'ai pas compris le terme technique qu'il a utilisé. De peur, je n'ai pas osé lui poser d'autres questions, il a continué ses explications que le stade 5 peut être très grave, c'est un cancer. J'ai paniqué, et je me suis incarné dans un profond silence. Le médecin qui m'avait examinée ne savait visiblement pas trop quoi faire. J'ai alors cherché à contacter un autre spécialiste dans une clinique privée de Constantine et j'ai obtenu un rendez-vous. Le médecin spécialiste, nous a fait très peur, à mon mari et à moi, expliquant que si on n'enlevait pas une grande partie du col de l'utérus, je risquais un cancer

généralisé. Nous sommes sortis effondrés, j'étais enceinte de trois mois. Dans un premier temps, j'ai accepté l'idée et ai pris rendez-vous dans son service pour une échographie. Ce jour-là, le technicien qui faisait l'échographie, m'a fait comprendre que si on enlevait une partie du col (cela s'appelle une conisation), je risquais fort de perdre le bébé pendant l'opération, et de ne pas pouvoir avoir d'enfant ensuite. Cette nouvelle était tellement terrible, que j'ai décidé de prendre plusieurs autres avis.

Je suis contente que notre système permette de consulter plusieurs médecins. J'ai vu cinq autres médecins, entre la clinique privée de Constantine, l'hôpital de CHU de Constantine et la maternité de Jijel. J'étais tellement inquiète de perdre ce bébé, qui lui, n'avait rien, que je me mettais parfois à pleurer au milieu des explications. Le problème a été que, quand je disais que le spécialiste de la clinique avait préconisé la conisation, ils n'osaient plus donner leur avis. Je n'avançais pas dans la décision. Très embarrassée par la prise de décision. J'ai cumulé plusieurs avis, à la recherche d'un remède miracle.

Quand j'ai raconté à ma mère, elle m'a recommandé de consulter un jeune gynécologue d'une clinique privée qu'une de ses amies connaissait. Il a bien voulu nous donner un rendez-vous rapidement, et après m'avoir écoutée, il a dit : "voilà ce que je propose : je vais prélever, dans mon cabinet le petit morceau du col où il y a les cellules dysplasiques, et je les envoie à l'analyse. Si on trouve une seule cellule cancéreuse, on arrête la grossesse et on opère le col. Si toutes sont seulement au stade 3, on continue la grossesse." Mon mari et moi avons trouvé cet avis logique et sensé, et l'avons accepté.

L'opération a eu lieu un soir après les consultations dans la clinique privée. Cela n'a pas été douloureux, mais mon mari, qui assistait pour me soutenir moralement, m'a dit avoir été effrayé d'entendre la pince couper. Le médecin a juste prélevé la petite partie atteinte.

J'ai dû attendre les résultats dix jours, cela a été affreux: si les résultats étaient mauvais, la décision était terrible à prendre : soit je donnais naissance à un bébé sain mais qui avait une mère cancéreuse, soit j'avais la vie sauve mais je perdais un bébé sans doute en parfaite santé.

Le résultat heureusement m'a permis de garder le bébé : on n'avait trouvé aucune cellule cancéreuse. J'ai cependant été très angoissée pendant toute la grossesse, mais j'avais entièrement confiance dans ce médecin, qui me suivait désormais. Ce médecin gynécologue est un homme très chaleureux,

très humaniste et optimiste, qui me remontait toujours le moral. Il m'a conseillé d'accoucher dans une clinique privée.

Mon mari et moi, on a préféré que l'accouchement se réalisera à la maternité de Jijel, étant convaincu du risque de ma grossesse.

Arrivant à terme, mon mari m'a accompagné à la maternité de Jijel, et j'ai accouché et dans de très bonnes conditions.

Je suis tout à fait d'accord de refaire une autre grossesse sur avis du médecin. Dès que cela été possible, le médecin a refait les analyses, et je les refais encore tous les ans. J'ai eu sans problème une deuxième grossesse. Le suivi de grossesse a été chez le même gynécologue, cette fois-ci, le suivi a été très facile, pas de soucis ! Jusqu'à présent les résultats sont bons. Je suis venue à l'hôpital, car je n'ai pas eu de contraction et je suis à terme. La sage-femme, m'a dit qu'il faut attendre l'éclatement de la poche d'eau, pour avoir les contractions et pouvoir accoucher. J'attends ! Je suis reconnaissante des médecins de m'avoir prévenue honnêtement de ce que je risquais. Je serai toute ma vie infiniment reconnaissante à ce gynécologue qui m'a reçue alors que j'étais désespérée. Il est toujours mon gynécologue, et il sera celui de mes deux filles. Je le porterai toujours dans mon cœur.

Entretien n°2 : Entretien avec la parturiante du service de maternité de Jijel.

« Le choix du suivi de grossesse selon la proximité ».

Identification de la parturiante : âgée de 29 ans, mariée, Femme au foyer.

Je suis issue d'une famille de 11 enfants dont 8 garçons et 3 filles. J'habite un logement type F3. J'ai eu 5 grossesses dont une fausse couche à 2 mois et demie.

Etes-vous satisfaites du choix du centre de PMI pour la pratique contraceptive ?

Concernant l'utilisation des méthodes contraceptives, j'ai préféré suivre au centre de santé de la PMI le plus proche de mon domicile.

Lors de ma 1ère consultation à la PMI, la sage femme m'a posé quelques questions, si j'ai déjà utilisé des contraceptifs, s'il y a des maladies chroniques familiales, puis elle m'a examiné, elle a écrit sur son registre à main, l'acte médical qu'elle a réalisé, puis elle m'a proposé d'utiliser la pilule, c'est un contraceptif qui est utilisé par la majorité des parturientes, il est facile à utiliser, disponible dans les centres de PMI et dans les pharmacies. A la fin de la consultation, elle m'a remis une carte de suivi pour les prochains RDV. Après un an d'utilisation de la pilule, le problème

de santé à commencer à se poser, fatigue, vertige, nervosité...etc., là j'étais obligée de repartir à la même PMI. Une autre sage-femme qui m'a examiné, quand j'ai posé le problème des effets secondaires de la pilule, elle m'a proposé directement le stérilet. Elle m'a fixé un RDV, pour la pose du stérilet. Je suis venue au moment du rendez vous, elle me l'a posé sans problème. Après 4mois, j'ai eu des douleurs et des saignements vaginaux. Quand je suis partie pour le contrôle, elle m'a conseillé de ne pas s'inquiéter car le saignement est normal au début de la pose du stérilet, et il faut du temps pour adapter le corps avec le stérilet.

Ses explications ne m'ont pas inspiré trop confiance, j'avais peur du saignement, elle m'a fixé un autre rendez vous, mais j'ai décidé toute seule, d'arrêter et d'utiliser une autre méthode, la méthode du calendrier (Ogino) dont je ne maîtrise pas beaucoup. Et voilà je suis enceinte, d'une grossesse non désirée en raison de l'échec des méthodes contraceptives.

Je vous avoue, que je suis inquiète de cette grossesse non voulue, due à l'insuffisance du support informatif concernant les effets néfastes des contraceptifs. Par manque de spécialiste gynécologue à l'hôpital de Jijel, j'ai préféré voir un médecin gynécologue privé, car les spécialistes ont fait des études plus poussées, et je leur fais confiance, à l'hôpital il y a que des médecins généralistes, et je crains des risques qui peuvent surgir à n'importe quelle période. Ce n'est qu'à partir du 5ème mois de grossesse que je suis partie voir le gynécologue, après un examen biologique et échographique, il m'a informé que j'avais l'anémie et qu'il s'agit d'un gros bébé. Il m'a prescrit un traitement, que j'ai suivi régulièrement.

Quand je suis arrivée à terme, j'ai eu l'éclatement de la poche d'eau à domicile, mon mari m'a accompagné à l'hôpital, il était 3heure du matin, la porte de la maternité était fermée, il a fallu taper très fort pour réveiller la sage-femme à ouvrir la porte. La sage-femme à moitié réveillée, m'a accompagné dans une chambre et m'a dit sur un temps froids, allongez vous ici madame, car il faut attendre les contractions pour accoucher. Vous êtes encore loin pour accoucher. J'étais étonnée par son comportement, elle m'a conseillé d'attendre à vue d'œil, sans m'examiner. Déjà j'ai ressenti une certaine indifférence de son comportement, et c'est là où j'ai commencé à réfléchir, car si jamais j'aurai une complication, quel sera alors, son comportement ? Il a fallu attendre la levée du jour, ce n'est que vers 9heure du matin, qu'une femme médecin jeune d'expérience, en blouse blanche avec un stéthoscope et un registre à la main ; est passée dans ma chambre, me disant « bonjour madame, et quel est le but de votre hospitalisation ? » j'ai lui est raconté que je suis à terme, et ça fait plus de 5 heures que j'ai eu

l'éclatement de la poche d'eau, tout en m'écoutant attentivement, sans dire un mot , elle est partie en urgence ramener une sage-femme et m'a évacué directement au bloc opératoire pour une césarienne. J'étais très choquée, je n'attendais pas à un accouchement avec césarienne, personne ne m'a expliqué ? En plus le médecin Chirurgien du bloc a pris une décision seule en collaboration avec le médecin généraliste de procéder à la césarienne, car le bébé était en danger. Peut être, si la sage femme m'avait écouté, j'aurai accouché normalement en évitant l'acte opératoire de la césarienne, ce que je revendique, ce n'est pas la compétence des médecins ou des sages femmes qui est remise en cause, mais c'est la difficulté de s'exprimer et à faire respecter nos désirs et nos attentes. C'est ce manque d'écoute de la part des sages femmes, qui ne veulent pas nous allouer un temps pour comprendre ce qu'on a et pour pouvoir agir efficacement sans recourir aux actes opératoires. On ne peut pas accueillir une patiente sans l'écouter. Et, j'ai accouché difficilement avec césarienne, d'une petite fille de 4.5kg. Je suis au 2eme jour de mon hospitalisation au post partum:

Il est 8heure du matin, une femme de ménage en blouse bleu, bidon d'eau en plastique à la main et une bouteille d'eau javel, elle rentre dans la chambre, me dit bonjour, ouvre la fenêtre et commence à faire couler de l'eau par terre pour nettoyer, alors que j'étais à moitié réveillé.

Je considère ce geste comme un acte violent et agressif, bien sur le parterre doit être nettoyé, mais pas de cette façon, car ce n'est encore le réveil du service.

Une fois repérée les roulements d'horaires des différentes catégories des professionnels de santé. J'ai arrangé mon lit, mes médicaments mes affaires et je me suis allongée, prête à recevoir le médecin et les sages femmes.

La journée commence. Il est 9 heures: une infirmière en blouse, rentre dans ma chambre, toute souriante, bonjour madame, comment allez-vous ? Elle avait l'air de m'avoir reconnu, après 5 minutes de présentation, il s'agit bien d'une infirmière de ma famille. Elle avait un plateau métallique à la main ou sont rangé des seringues, du coton et de l'alcool, j'ai un traitement à vous faire madame, sur ordre de la sage-femme chef, il s'agit d'une injection et d'une perfusion. En sortant, elle me disait « ne vous inquiétez pas, si vous avez besoin de quelque chose je suis à votre disposition ».J'étais très contente, que tout ira bien pour mon suivi, j'ai senti une certaine protection.

Il est 10heure : le médecin accompagné d'une sage femme muni d'un registre à la main. Après un bref interrogatoire de 5 minutes, la sage-femme

enregistre sur le dossier médical et sur son registre toutes les recommandations du médecin.

Il est 11h30 minutes, les soins sont pratiquement terminés pour l'ensemble des femmes.

Il est 12 heure : le moment du déjeuner est respecté, une femme en blouse blanche ‘serveuse’ arrive devant la porte de ma chambre, j’étais allongée, elle me dépose sur la table de nuit, le plateau de riz oeufs durs et salade. J’ai mangé tranquillement, une heure après elle repasse pour récupérer les plateaux.

Puis l’après midi commence, c’est l’heure de la visite, c’est le moment le plus fatigant de la journée, il y a trop de visiteurs et la visite dure environ 2 heures soit de 13 heure à 15 heure.

A partir de 15 heures, c’est le vide total, aucun contact avec le personnel de service, sauf en cas de complication.

Il est 18heure, le rythme d’activité est plus lent par rapport à ce matin, une infirmière arrive avec un plateau de coton, seringue, alcool et thermomètre pour la suite du traitement.

Certaines femmes se promènent dans le couloir du service, rentrent dans d’autres chambres et font connaissances avec d’autres malades pour créer une ambiance familiale. Le temps est lent jusqu’au dîner.

Il est 19h30 minutes, chacune se retrouve dans sa chambre, certaines lisent des versets coraniques, d’autres écoutent la radio, rares sont les femmes qui lisent les revues ou les journaux, en général, elles sont calmement entraîné d’attendre le dîner.

Il est 20 heures, le dîner est servi.

Il est 22 heures, la dernière injection est faite par une autre infirmière de garde, c’est le sommeil pas facile à le retrouver avec le changement du climat familial.