

# COMMUNICATION ENGAGEANTE, SANTE DU COUPLE MERE-ENFANT DANS LE DISTRICT SANITAIRE KORHOGO (COTE D'IVOIRE)

GEORGES KOUADIO BONI  
UNIVERSITE ALASSANE OUATTARA  
bonikouadio@gmail.com

## **Résumé**

*L'objectif de notre étude était d'analyser les effets d'une procédure de communication engageante sur l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant chez les Sages-Femmes du district sanitaire de Korhogo en passant du changement d'attitude à l'adoption de comportements en faveur de la santé. La méthodologie expérimentale, utilisée, a consisté à mettre en place un dispositif de Pied-dans-la-porte (PDLP) qui est un acte préparatoire, représenté par un questionnaire sur la prise en charge de la santé du couple mère-enfant. Les questions sur ce questionnaire s'inscrivaient dans une démarche de changement d'attitude en faveur de la santé. Après cette étape, une requête de formulation d'un slogan a été soumise aux Sages-Femmes.*

*Les résultats ont montré que les Sages-Femmes présentent des attitudes en faveur de l'amélioration de la santé du couple mère-enfant et sont engagées dans la réduction des décès maternels et infantiles dans les structures sanitaires.*

*Au niveau du slogan, il ressort que le groupe expérimental avec questionnaire a été favorable à la requête.*

*Nous retenant que la technique du PDLP reste efficace pour changer les attitudes qui pourraient se traduire en adoption de comportement favorable à la santé.*

**Mots clés :** *communication, santé, comportement, sage-femme, attitude*

## **Abstract**

*The aim of our study was to analyze the effects of an engaging communication on Midwives' maternal and child health management in Korhogo health district that would lead to change attitude in good health behavior adoption. We used experimental methodology focus on Foot-in-the-Door technique called PDLP represented by questionnaire which is a preparatory act on mother and child health management. Questions of the questionnaire were about the attitude change in health favor. A request of slogan formulate was submitted to Midwives after that step.*

*The results have shown that Midwives have attitude in favor of improving mother and child health and were engaged in reducing maternal and infant deaths. It also appeared that the experimental group with questionnaire was favorable to the request of producing slogan.*

*We note that the PDLP technique remains efficient in attitude changing with possibility of good health behavior.*

**Keys words:** *communication, health, behavior, Midwives, attitude*

## Introduction

Le recours aux méthodologies expérimentales à travers la recherche-action (Françoise Bernard, 2007) et la recherche participative, dans le champ des sciences de la communication, constitue une approche innovante qui s'illustre comme un projet en lui-même pour produire des comportements en faveur du développement, et dans ce cas précis, en faveur de la santé. Il s'agit de l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant qui incombe aux agents de santé dans les structures sanitaires. Il s'établit donc aisément un lien entre les attitudes des prestataires, leurs comportements et la santé du couple mère-enfant ainsi que les décès maternels et infantiles. Ce lien s'exprime par le fait que, les insuffisances dans les soins de qualité ont pour conséquences les décès maternels. Des attitudes des prestataires contraires à la qualité des soins conduisent à des comportements désagréables dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. Un regard pointu de l'Administration sanitaire sur le phénomène des décès maternels a permis la prise de l'arrêté n°450/MSLS/CAB du 05 août 2015 rendant obligatoire la déclaration des décès maternels avec un suivi mensuel fait par l'Institut National de l'Hygiène Publique (INHP) dans le cadre du suivi des décès maternels et riposte (SDMR).

Ainsi, au cours des années 2016 et 2017, les rapportages ont fait état, respectivement, de 1288 et 857 décès maternels. En 2016, sur la période de janvier à novembre, le bulletin mensuel de notification de l'INHP (Le Virgil) mentionne que le pic des décès maternels concerne la tranche d'âge des 23 à 35 ans et situe l'âge moyen des femmes décédées à 28,9 ans. La répartition des décès maternels selon le moment de la grossesse montre que 61% des décès sont survenus dans le post-partum immédiat et 24% pendant la grossesse. La répartition des décès selon le lieu de décès montre que 91% des décès maternels ont eu lieu dans les établissements sanitaires. Au niveau des causes des décès, il ressort que 36% des cas de décès maternels sont liés aux hémorragies. Il ressort des analyses que 48% des cas de décès sont notifiés par les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR), quand 28% sont notifiés par les Hôpitaux Généraux (HG).

Le suivi des décès en 2016 a permis d'identifier cinq régions sanitaires présentant un nombre de cas de décès maternels particulièrement plus élevé. La région sanitaire Abidjan 2 occupait la première place avec 144 décès, quand la région sanitaire du Poro-Tchologo Bagoué, où se trouve le District sanitaire de Korhogo, occupait la deuxième place avec 120 décès maternels, selon les données de l'INHP.

La prise en charge de la femme enceinte, la parturiente et le nouveau-né a fait l'objet de plusieurs études et publications (Cheryl A. Moyer et al. 2016). Des études et investigations, dans des services de santé, ont montré que des insuffisances sont

observées dans la prise en charge de la santé de la femme enceinte, la parturiente et la mère (Sarah D. Rominski et al. 2016). En plus, de façon récurrente, des voix s'élèvent à travers les médias pour décrier le comportement non favorables des Sages-femmes à l'égard des parturientes.

Au regard de ces données, on observe que le rapprochement entre le comportement des prestataires et l'amélioration de la santé du couple mère-enfant ou la réduction des décès maternels et néonataux restent au centre des préoccupations. Notre objectif est d'amener les prestataires à adopter un comportement en faveur de la santé du couple mère-enfant afin de voir en baisse les décès maternels dans le district sanitaire de Korhogo. Nous mettons en pratique des approches provenant des théories de l'engagement (Robert-Vincent Joule et Jean-Léon Beauvois, 1998) associées à celles de la communication.

Ainsi, nous abordons une démarche qui s'inscrit dans le paradigme de la communication engageante (Françoise Bernard, 2006) qui part du questionnement suivant: comment amener les prestataires, les Sages-Femmes du district sanitaire de Korhogo à passer des idées aux actes en matière d'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant ?

Nous supposons que la procédure engageante sera efficace pour obtenir des attitudes en faveur de l'amélioration de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant chez les Sages-Femmes. La technique du Pied-Dans-La-Porte (Claude Chabrol et Miruna Radu, 2008) par questionnaire pourrait contribuer efficacement au changement des attitudes chez ces Sages-Femmes.

La communication engageante reste au centre de cette procédure expérimentale.

Cet article présente une première partie qui expose la méthodologie expérimentale appliquée, une deuxième partie qui expose les résultats et la discussion. Nous avons choisi de mener des discussions après l'analyse des données en rapport avec chaque thème évoqué pour des raisons de cohérence dans la présentation de nos idées. L'article se termine par une conclusion qui fait la synthèse des discussions.

## **I. Méthodologie**


Le District sanitaire de Korhogo a été créé en 1994 par l'arrêté n° 137/MSPAS/DGSSS du 1<sup>er</sup> juin 1994. L'aire sanitaire du district est 12252 Km<sup>2</sup>. En 2014, la population totale était estimée à 834862 habitants (RGPH 2014) avec une densité de 68 habitants au Km<sup>2</sup>. L'aire sanitaire est constituée de 4 Départements administratifs, 27 Sous-préfectures et 1197 villages. Le district dispose comme infrastructures sanitaires 01 CHR, 91 Etablissements Sanitaires de Premier Contact (ESPC). En ressources humaine, on compte 43 Médecins, 222 Infirmiers Diplômés d'Etat, 92 Sages-Femmes Diplômées d'Etat. Selon les rapports de 2016 du District

sanitaire, la couverture prénatale en Consultation Prénatale 4 et plus (CPN4) était de 41%, le taux d'accouchement assistés est de 58%. La couverture en Consultation post-natale est de 38%.

### 1.1. Les participants

Les participants de notre étude sont essentiellement les Sages-Femmes des structures sanitaires du district sanitaire de Korhogo et des Sages-Femmes du CHR de Korhogo. Nous avons pris en compte toutes les Sages-Femmes du District sanitaire au nombre 99, mais, les absences et permissions, ont réduit ce nombre à 92 participantes pour le questionnaire. Au CHR, il y avait 33 Sages-Femmes. Au total, 125 Sages-Femmes ont été impliquées dans notre étude.

### 1.2. Le dispositif expérimental et la procédure

PIED-DANS-LA-PORTE	
	
Groupe avec questionnaire	Groupe sans questionnaire
94	33
Groupe expérimental	Groupe contrôle

Dans ce dispositif expérimental, répondre au questionnaire constitue la première étape de la procédure. Il s'agit d'un dispositif de Pied-dans-la-porte (PDLP) qui est un acte préparatoire. Cette étape a été suivie de la deuxième étape qui était la production d'un slogan. Nous avons estimé que la production de slogan est un acte fortement engageant puisque sa mise en œuvre demande une certaine implication de la personne tout en sollicitant des connaissances diverses. Le slogan est un dispositif de communication et d'adhésion pour la prise en charge adéquate de la santé du couple mère-enfant selon les normes, procédures et règles en vigueur.

La démarche avait pour but de créer une fluidité des communications entre les agents de santé (prestataires) autour de la gestion de la santé de la mère et de l'enfant ainsi que l'amélioration de prestations de ceux-ci dans leurs structures sanitaires. La démarche est structurée en deux étapes et s'est déroulée sur la période du 12 avril 2019 au 07 mai 2019.

Après les formalités administratives, les Sages-Femmes ont été invitées à répondre aux questions sur la gestion de la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant,

la réduction des décès maternels, ainsi que sur leur niveau d'implication dans cette gestion, pour la première étape. Les Sages-Femmes ont récupéré le questionnaire le 12 avril 2019, qu'elles ont renseigné sur une période de sept jours. Les enveloppes ont été déposées après renseignement par les Sages-Femmes au district sanitaire de Korhogo le 19 avril 2019. Après cette date, les questionnaires n'ont plus été récupérés. Cette étape est bien-sûr libre, anonyme et le retour du questionnaire est individuel. La récupération des questionnaires par le chercheur a eu lieu le 24 avril 2019 au secrétariat du Directeur départemental de la santé de Korhogo.

La deuxième étape a commencé ce 24 avril 2019, avec le dépôt du dispositif pour le slogan au CHR pour les Sages-Femmes de cette structure et au District sanitaire pour celles des Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC). Les Sages-Femmes du CHR et des ESPC ont eu le même temps pour proposer leur slogan. Il leur a été donné 8 jours pour déposer les slogans. Le délai prévu était de 7 jours. Les 8 jours se justifient par le jour férié du 01 mai 2019. Le Chef du personnel du CHR avait été désigné, en accord avec le Directeur, pour récupérer les slogans. Les Sages-Femmes des ESPC ont déposé leurs slogans au secrétariat du Directeur départemental. La date limite de dépôt était le 03 mai 2019. Les slogans ont été ramassés le 7 mai 2019 par le chercheur. L'accent est mis sur la liberté de cette action. Contrairement au questionnaire, les Sages-Femmes ont été invité à inscrire leurs noms ainsi que le nom de leur structure sanitaire sur le dispositif du slogan.

### **1.3. Les outils**

Dispositifs expérimentaux

Nous avons élaboré deux dispositifs expérimentaux qui sont le questionnaire et le dispositif de slogan.

#### **1.3.1. Le questionnaire**

Le questionnaire présente une particularité en rapport avec les connaissances, attitudes et pratiques des Sages-Femmes dans la prise en charge de la santé du couple mère-enfant. L'ordre des questions est pris en compte pour favoriser l'engagement des Sages-Femmes en donnant des réponses qui les engagent. Certaines questions se présentaient comme des actes préparatoires.

De la question 1 à la question 6, les Sages-Femmes s'inscrivent dans les connaissances sur la prise en charge de la santé du couple mère-enfant. De la question 7 à la question 13, les Sages-Femmes sont invitées à donner des informations en rapport avec leur attitude dans la prise en charge de la santé du couple mère-enfant. De la question 14 à la question 20, les Sages-Femmes sont observées dans les prises de décisions devant un fait qui les concernent immédiatement et dans le cadre professionnel. C'est le lieu d'observation des réactions et des comportements. Il s'agit d'une observation attitudinale.

Le schéma de disposition des questions est en faveur d'une démarche engageante.

**Questionnaire A**

Dans le cadre de la mobilisation des acteurs du développement de la Côte d'Ivoire et particulièrement dans le secteur de la santé publique, vous êtes invités à répondre aux questions suivantes. Vos réponses vont contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la santé de la population.

**Instructions :**

- Vous êtes priés de renseigner ce questionnaire en cochant, dans les cases correspondantes, vos réponses.
- Les questions portent sur vos attitudes et pratiques, la santé de la mère et de l'enfant.
- Chaque question peut avoir une ou plusieurs réponses.
- Toutes les questions doivent être répondues.
- Le questionnaire est à renseigner individuellement et personnellement.
- Le questionnaire est déposé en restant dans son enveloppe fermée.
- Un prestataire est un mot qui désigne une Sage-Femme, ou un Infirmiers, ou un technicien de santé, ou un Aide-Soignant.

Numéro de sujet ... D.S.A. .... Date .....  
 Âge (Année de naissance) : ..... Sexe : Masculin...  Féminin...   
 Situation matrimoniale : Marié(e)...  Célibataire...  Veuf (ve)...   
 Nombre d'enfant .....  
 Pas d'enfant.....   
 Un enfant.....   
 Deux enfants.....   
 Plus de deux enfants.....   
 Nombre d'année d'exercice .....  
 Un an.....   
 Deux ans.....   
 Trois à cinq ans.....   
 Plus de cinq ans.....   
 Catégorie professionnelle .....  
 Sage-Femme.....   
 Infirmier.....   
 Quel est votre niveau scolaire ?  
 1. Secondaire  2. École supérieure  3. Universitaire   
 4. autres  autre.....

### 1.3.2. Le dispositif de slogan

Il s'agit d'un support de requête où les Sages-Femmes ont été invitées à y inscrire leur slogan, leur nom et celui de la structure sanitaire. Il s'agit d'un acte hautement engageant par l'inscription de ces trois éléments. Chaque Sage-Femme produit son slogan selon des exemples qui sont sur le dispositif. Le slogan doit prendre en compte l'engagement des Sages-Femmes dans la prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant. La production du slogan est la phase d'observation comportementale en rapport avec le dispositif engageant soumis aux Sages-Femmes.

N° 125

## SLOGAN

Nom :  
 Prénoms :  
 Structure :

Dans le cadre de la mobilisation des acteurs du développement de la Côte d'Ivoire et particulièrement dans le secteur de la santé publique, vous êtes invités à proposer un slogan pour les actions de prise en charge de la santé de la mère et de l'enfant.

N.B. : SLOGAN  
 Expression qui résume en quelques mots simples un message percutant pour l'action (dans la publicité ou dans la politique).

Exemples : 1. le bon traitement du paludisme, la moustiquaire MILDA.  
 2. Ma santé reproductive c'est avec ma Sage-Femme.

Utilisez les lignes ci-dessous pour y inscrire votre slogan

Slogan :

.....

.....

.....

.....

*NOUS VOUS REMERCIONS POUR VOTRE COLLABORATION*

#### 1.4. Les variables

Nous avons considéré la variable engagement dans toutes les phases du processus expérimental. La variable attitude est observée à travers les questions. La variable indépendante PDLP avec questionnaire devrait produire la variable dépendante qui est la production du slogan (le slogan est donc la variable dépendante). C'est une variable dépendante comportementale. Deux conditions ont été élaborées dans notre étude. Une condition expérimentale et une condition contrôle. Dans la condition contrôle les participants ne sont pas soumis à la variable indépendante PDLP avec questionnaire.

Au niveau du questionnaire, chaque question constitue une variable (variable indépendante) par rapport aux réponses qui ont fait l'objet de variable dépendante, dans le cas d'une analyse à plat des réponses (données) pour une approche attitudinale. Dans le processus d'engagement, selon la disposition des questions sur le questionnaire, les variables indépendantes concernent les questions sur les connaissances, dans un premier temps, pour obtenir les variables attitudinales (variables dépendantes). Ces variables indépendantes sont des PDLP. Dans un second temps, les attitudes constituent les variables indépendantes (PDLP) qui ont permis d'obtenir les variables dépendantes comportementales.

La variable, engagement, est observée doublement dans notre étude (Girandola F. & Roussiau N, 2003).

## **II. Résultats et discussions**

### **2.1. Connaissances des Sages-Femmes et demande implicite**

Les questions Q1 et Q2 sont des questions de connaissance sur le problème actuel des décès maternels. Elles introduisent la préoccupation d'engagement qui fait l'objet de l'étude. Les participants devraient choisir la dernière réponse pour Q1 et la première réponse pour Q2.

Les résultats montrent que 62% des Sages-Femmes ont connaissance du taux actuel des décès maternels qui se situe à 614 décès pour 100000 naissances vivantes. Ce pourcentage qui représente plus de la moitié des Sages-Femmes interrogées montre qu'elles suivent les informations sanitaires et s'en approprient.

La question Q2 a permis d'observer que 77,7% des Sages-Femmes interrogées ont affirmé que le nombre de décès maternels a une influence sur le taux de décès maternel. L'objectif était de savoir si les Sages-Femmes arrivent à faire un lien entre les décès maternels dans les structures sanitaires et le taux de décès obtenu à partir d'enquête telle que l'Enquête de Démographie Sanitaire (EDS) de 2012. Ce pourcentage indique que les Sages-Femmes reconnaissent ce lien entre nombre de décès maternel et taux de décès maternel. Lorsque ce rapport s'établit avec un peu d'engagement, les Sages-Femmes sont interpellées sur l'amélioration des soins à la mère et à l'enfant de façon implicite. La requête s'inscrit dans le cas d'une demande implicite. Cette demande stipule que les Sages-Femmes doivent améliorer leurs pratiques de prise en charge de la santé de la mère pour éviter les décès. Faire en sorte que les pratiques de soins n'entraînent pas de décès maternels.

Les questions Q3 et Q4 sont des questions de classement qui sont en rapport avec les connaissances. Cette organisation est fastidieuse et demande beaucoup d'attention. Deux niveaux de difficultés apparaissent au niveau de ces questions. Il y a la compréhension de la requête et la connaissance du lien qui pourrait exister entre les éléments à mettre en ordre et les décès maternels. Cette requête s'inscrit aussi dans le cadre d'une demande implicite. L'objectif est d'amener les Sages-Femmes à se rendre compte que des insuffisances dans leurs pratiques et surtout, face à ces causes de décès des mères, peuvent avoir des conséquences graves allant jusqu'au décès. Les Sages-Femmes ont identifié les hémorragies comme première cause de décès maternels dans 61,7% parmi les causes qui leur ont été présentées.

Selon l'OMS, 80% de tous les décès maternels qui surviennent à travers le monde sont dus à l'hémorragie, la septicémie, l'éclampsie, la dystocie et les avortements non médicalisés. Les autres décès maternels sont causés par les affections sous-jacentes telles que le paludisme, l'anémie, le VIH/Sida pendant la grossesse dans 20% des cas.



Les réponses s'inscrivent dans cet ordre. 1 les hémorragies, 2 les éclampsies, 3 les infections, 4 les avortements, 5 le paludisme, 6 le diabète, 7 l'hygiène corporelle.

La question Q4 est relative aux facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle.

Nous avons mis l'accent sur les facteurs liés aux services de santé. L'objectif poursuivi est l'effort de classement. De façon implicite, il est demandé aux Sages-Femmes de fournir un peu d'effort dans ce classement et voir le lien entre insuffisances dans leurs pratiques et décès maternels. Le manque de personnel qualifié est identifié comme une insuffisance importante qui peut conduire à un décès maternel. La question des insuffisances dans les pratiques de soins des Sages-Femmes peut remonter jusqu'à des interrogations sur le niveau de recrutement et la formation reçue en trois ans dans les écoles de formation.

Les questions Q5, Q6 et Q7 sont liées aux pratiques en salle de soins. Ces questions sont relatives aux outils de suivi de la grossesse et du suivi de l'accouchement en salle de soins.

Les données montrent que le carnet de santé de la parturiente joue un rôle important dans le suivi de la grossesse et dans le suivi de l'accouchement. Alors que 66% des Sages-Femmes pensent que son absence le jour de l'accouchement ne contribue pas à un décès maternel, 30,9% pensent que son absence contribue au décès de la parturiente. Cette question introduit une discussion participative dont la communication sur la nécessité du carnet de santé de la mère et de l'enfant pourrait faire adopter le bon comportement. De façon cognitive, cette question invite les Sages-Femmes à modifier les attitudes face à la question du suivi de la grossesse dont le carnet mère-enfant est un élément.

Les données permettent d'observer que les Sages-Femmes identifient l'accouchement à domicile comme élément contribuant aux décès maternels. Presque toutes les Sages-Femmes, 94,7%, ont identifié ce fait important.

Les Sages-Femmes sont unanimes pour dire qu'un accouchement effectué par un personnel non qualifié peut contribuer aux décès de parturientes. Les observations montrent 94,7% de celles-ci sont en accord avec ce fait.

Ces réponses démontrent le caractère professionnel attaché à la pratique de l'accouchement. Les Sages-Femmes se rendent compte qu'il faut une assistance médicale de qualité pour éviter ou réduire les décès maternels. Implicite, elles pourraient se poser la question suivante ; Suis-je suffisamment qualifiée pour le travail de prise en charge de la parturiente ou suis-je compétente pour contribuer à la réduction des décès maternels.

Le suivi de l'accouchement par l'utilisation du partogramme est un autre élément très important pour prendre des décisions à temps, pour sauver des vies et agir de façon professionnelle.

On observe que les Sages-Femmes sont bien partagées entre les notions de « au début du travail » et « pendant le travail ». Nous observons 48,9% pour le « début du travail » et 34% pour « pendant le travail ». Le partogramme est un outil de suivi de l'accouchement qui s'ouvre avec les renseignements dès que la dilation du col de l'utérus chez la parturiente à terme est à 4 centimètres. D'autres éléments tels que les contractions sont associés à cette dilation pour s'assurer d'un accouchement imminent. Hors, quand on dit que la parturiente est en travail c'est qu'elle est à cette étape. Le moment idéal pour renseigner le partogramme se situe à ce niveau, au début du travail correspondant à la notification des éléments suscités. Les hésitations des Sages-Femmes montrent que l'utilisation du partogramme en salle d'accouchement présente des insuffisances. Ces observations permettent de s'interroger sur la connaissance et l'utilisation de cet outil. On peut émettre l'hypothèse que l'outil est mal utilisé ou insuffisamment utilisé.

## **2.2. Etude attitudinale des Sages-Femmes face à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant**

Les demandes explicites attitudinales concernent les cinq autres questions suivantes sur le questionnaire. Il s'est agi des questions Q8, Q9, Q10, Q11 et Q12.

Nous observons au niveau de ces questions une adhésion des Sages-Femmes aux différentes requêtes.

Il y a eu 100% des Sages-Femmes qui pensent qu'en Côte d'Ivoire la réduction des décès maternels est possible. Elles sont tout à fait d'accord pour contribuer personnellement à l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les résultats montrent 100% de celles-ci qui sont tout à fait d'accord. Elles ont accepté favorablement leur implication aux projets communautaires qui portent sur l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Nous observons 96,8% des femmes qui sont tout à fait d'accord. Elles s'acceptent d'être une sentinelle pour donner l'alerte en cas de problème de santé de la mère et de l'enfant et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé du couple mère-enfant. Les résultats montrent que 98,9% d'entre elles acceptent de jouer ce rôle.

Ces observations d'acceptation constituent des engagements des Sages-Femmes à contribuer à la réduction des décès maternels et infantiles. La réduction des décès maternels est une préoccupation pour les Sages-Femmes. Une prise de conscience que les décès maternels ont une influence psychologique probable sur les Sages-Femmes dans les structures sanitaires. Les demandes explicites avec réponses explicites sont consécutives à des questions explicites avec réponses implicites. Nous

pensons que les taux élevés de réponses sont consécutifs aux réactions implicites et ont contribué à la prise de décisions et d'engagement chez les Sages-Femmes. Il y a eu donc changement au niveau des attitudes en fonction des premières questions qui se sont introduites sur le questionnaire comme des questions engageantes.

### **2.3. Mise en situation attitudinale des Sages-Femmes dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant**

Les questions Q15, Q16, Q17, Q18 et Q19 du questionnaire sont en rapport avec la mise en situation des Sages-Femmes devant des faits qui ont été réellement observés ailleurs dans certaines structures sanitaires. Il s'agit ici de prise de position par rapport à un fait. C'est le comportement qui est observé aux travers des réponses des Sages-Femmes. Ces questions interviennent au moment où les Sages-Femmes sont fortement engagées dans l'approche attitudinale de l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Les Sages-Femmes se présentent comme responsables de la prise en charge d'une urgence d'accouchement dystocique. Elles ne voient que leur responsabilité. Elles expriment ici leur engagement dans la prise en charge de la santé de la parturiente. Les données montrent que 97,9% des sages-femmes ont réagi favorablement pour s'investir dans une urgence d'accouchement dystocique.

Les Sages-Femmes identifient les communautés comme devant se préoccuper des urgences d'accouchement. Le « oui » présente un pourcentage très faible qui est 29,8%. Cette considération de la communauté pour leur implication dans les urgences d'accouchement pourrait s'expliquer par le fait que certaines Sages-Femmes sont dans des structures de santé situées dans des communautés rurales loin de la zone urbaine. Devant certaines difficultés les familles et les communautés se mobilisent pour assurer une évacuation en urgence des parturientes.

Dans une situation d'accouchement dystocique, qui nécessite surtout une évacuation ou transfert de parturiente, tout le personnel de santé, de l'administration publique, des forces de l'ordre et de sécurité de la localité, de la Mairie et du Conseil Général de la localité devraient être impliqués pour assurer un bon suivi et une meilleure prise en charge de la parturiente. Les urgences ne concernent pas uniquement le personnel médical. Chacun à son niveau doit pouvoir agir selon ses possibilités et ses capacités.

En matière de production de soins ou de pratique médicale, le travail d'équipe ou le travail en équipe constitue le maître mot. Aujourd'hui encore les nouvelles technologies de l'information permettent aux agents de santé de se rapprocher les uns des autres et de rester en contact permanent avec des collègues situés dans différentes régions pour la pratique des soins.

Ce rapprochement est exprimé par les Sages-Femmes qui estiment qu'elles sont en contact permanent avec leurs collègues des services de maternité des Etablissements

sanitaires de premiers contacts du District sanitaire de Korhogo. Les données montrent que 76,6% des Sages-Femmes échangent avec leurs collègues situés hors de leur service habituel.

Nous avons pu observer une mise en situation dans la prise de responsabilité de la Sage-Femme face à un fait, contraire aux normes, exécuté par un collaborateur. Le fait s'est effectivement produit dans une structure sanitaire urbaine. Il était question de mettre les Sages-Femmes devant cette réalité afin d'observer leurs réactions et aussi qu'elles prennent conscience de la gravité de la situation. Les questions précédentes, comme nous l'avons signalé plus haut ont préparé les Sages-Femmes à apprécier ce fait comme une mauvaise pratique. On observe une sanction sévère des Sages-Femmes face à ce fait. Les réactions se situent autour de trois actions ; adresser une demande d'explication, rendre l'argent aux parturientes et convoquer une réunion d'urgence. On observe qu'aucune des Sages-Femmes ne veut se sentir impliquer dans cette pratique. Huit Sages-Femmes ont préféré ne pas répondre à la question. On peut conclure que selon les Sages-Femmes, celle qui est auteur de telles pratiques doit recevoir une sévère punition.



L'objectif de cette question est cette prise de conscience pour l'abandon des pratiques qui ne contribuent pas à l'amélioration de la santé de mère et de l'enfant.

On observe un fort engagement des Sages-Femmes dans l'amélioration de la santé de mère et de l'enfant. Cet engagement est exprimé à 88,3% par un oui.

Une autre mise en situation en rapport avec les relations entre Sages-Femmes et entre Sage-Femme et parturiente. Les Sages-Femmes ont été nombreuses à choisir de demander au collègue de laver immédiatement le visage avec une solution chlorée avec 38,3% des réponses. Elles s'inscrivent dans une situation de soutien, de prévention et de protection de leur collègue. On y observe l'existence d'une collaboration professionnelle entre collègue. Cette réaction est suivie de celle qui demande au collègue de prendre une pause pour laisser la collègue présente continuer l'accouchement. On observe 25,5% de réponses. Dans ce cas aussi, on observe le soutien de la collègue en difficulté et la prise de responsabilité pour mener l'accouchement à terme. La troisième réaction qui consiste à dire au collègue qu'elle n'a pas à insulter la parturiente et qu'elle devrait se mettre en cause représente 16% des réponses. Il s'agit d'une réaction de défense et de prise de position pour la parturiente. Ce taux est identique à celui des Sages-Femmes qui n'ont pas répondu à cette question et se situe à 17%. Une approche plus approfondie à travers une méthodologie d'approche qualitative par entretien ou focus groupe pourrait nous permettre d'en savoir plus. On peut retenir de ce qui précède que les Sages-Femmes mettent en avant la collaboration et le soutien professionnel.

**2.4. La variable engagement dans l’analyse de la variable PDLP sur la production de slogan.**

Cette deuxième partie de notre étude considère le questionnaire comme un dispositif qui va conduire à l’adoption d’un comportement observable. Deux groupes d’observation ont été institués selon le tableau ci-dessous. Les Sages-Femmes dans les ESPC du district sanitaire de Korhogo constituent le groupe expérimental. Celles du CHR de Korhogo ont formé le groupe contrôle car elles n’ont pas été soumises au questionnaire.

pied-dans-la-porte (PDLP)	
	
groupe avec questionnaire	groupe sans questionnaire
Retour des slogans	Retour des slogans
59	13
63%	43%
Groupe expérimental	Groupe contrôle

Les résultats montrent que les Sages-Femmes du groupe expérimental ont été nombreuses à proposer un slogan, 63%, contre celles du groupe contrôle, 43%. Dans cette procédure, les Sages-Femmes des ESPC étaient plus nombreuses que celles du CHR. Sur le terrain, il a été observé plus de difficulté dans le retour des slogans au CHR par rapport au même exercice au niveau des ESPC. La comparaison en termes de pourcentage semble dire que le groupe expérimental avec questionnaire comme pied-dans-la-porte a été favorable à la requête de production de slogan.

**Conclusion**

Cette étude nous a permis d’observer que les Sages-Femmes ont manifesté un intérêt pour le questionnaire, surtout pour les questions qui les touchaient de près et portant sur un sujet sensible où leurs responsabilités sont engagées. Nous nous sommes inscrits dans la recherche-action pour accroître cet intérêt des Sages-Femmes autour de la question de l’amélioration de la santé de la mère et de l’enfant. Ce travail touche directement les prestataires par son caractère individuel qui s’inscrit dans une forme de persuasion sans communication interpersonnelle face à face qui se déroulait habituellement entre les prestataires et leurs supérieurs hiérarchiques au cours des supervisions ou des contrôles inopinés. Pendant ces visites les supérieurs cherchent à

persuader les Sages-Femmes pour la mise en œuvre de soins de qualité. Par notre travail, nous avons agi sur les pensées des prestataires en rapport avec leur travail, en quelque sorte sur les rendements de leur travail. Les répercussions de ce travail sur les prestataires pourraient avoir une portée très vaste. Les changements d'attitude peuvent être en faveur de grandes décisions qui vont modifier durablement les comportements dans le sens de l'amélioration des prestations dans les structures sanitaires. Ces changements peuvent s'observer en dehors des services de santé, dans la gestion de la famille ou toute autre activité par transfert (Virginie Herbout et Nicola Guéguen, 2008).

Il est observable que nos résultats sont en faveur de notre hypothèse, mais, nous ne pouvons ni faire des affirmations de généralisation de ces résultats, ni prévoir le comportement ultérieur de ces prestataires dans l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Certaines variables non perçues ont dû influencer nos résultats. Des études d'évaluation prochaines des comportements pourraient nous situer.

Le plus grand intérêt de ce travail a été de créer une dynamique communicationnelle impliquant chercheurs, professionnels de santé et personnels administratifs des structures de santé de Korhogo autour de la santé de la mère et de l'enfant avec renforcement des responsabilités et des implications individuelles pour réduire les décès maternels à Korhogo et en Côte d'Ivoire.

## Bibliographie

- BERNARD FRANÇOISE, « Communication engageante, environnement et écocitoyenneté : un exemple des « migrations conceptuelles » entre SIC et psychologie sociale », *Communication et organisation* [En ligne], 31 | 2007, mis en ligne le 01 juillet 2010, consulté le 14 août 2013. URL : <http://communicationorganisation.revues.org/94>
- BERNARD FRANÇOISE, « Organiser la communication d'action et d'utilité sociétales. Le paradigme de la communication engageante », dans *Communication et organisation* [En ligne], 29/2006, mis en ligne le 19 juin 2012, consulté le 14 août 2013, <http://communicationorganisation.revues.org/3374>
- CHABROL CLAUDE, RADUMIRUNA, 2008, *Psychologie de la communication et persuasion*, 1<sup>ère</sup> édition, 3<sup>ème</sup> tirage, 2017, Groupe De Boeck s.a. Bruxelles
- CHERYL A. MOYER, et al, 2016, Exposure to disrespectful patient care during training: Data from midwifery students at 15 midwifery schools in Ghana, in *Midwifery* 41, 39-44.

- GIRANDOLA F. &ROUSSIAU N., 2003, «L'engagement comme source de modification à long terme dans les cahiers internationaux de psychologie Sociale, 57, 83-101
- SARA D ROMINSKI, et al, 2016, when the baby remains there for long time, it is going to die so you have to hit her small for the baby to come out: justification of disrespectful and abusive care during childbirth among midwifery students in Ghana, in Health policy and planning, 1-10
- VIRGINIE HERBOUT et NICOLAS GUEGUEN, 2008, L'effet d'une procédure engageante par étapes sur la sensibilisation des salariés au projet d'amélioration continue, dans Psychologie du travail et des organisations 14 (2) : 101-138