

ANNALES DE LA SOGGO

SOCIETE GUINEENNE DE GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Semestriel ■ Volume 7 ■ N° 19 (2012)



(GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE, REPRODUCTION HUMAINE)

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ AFRICAINE DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS (SAGO)
ET DE LA FÉDÉRATION INTERNATIONALE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE (FIGO)

Directeur de publication

Mamadou Saliou Diallo

Rédacteur en chef

Namory Keita

Rédacteur en chef adjoint

Telly Sy

Comité de parrainage

Ministre de l'ESRS

Ministre de la Santé

Recteur Université de Conakry

Doyen FMPOS

M Kabba Bah

M Kader

P Diallo

E Alihonou

F Diadhio

MK Bohoussou

C Welfens Ekra

M M Sall (CAMES)

A Gouazé (CIDMEF)

G Osagie (Nigeria)

Comité de rédaction

MS Diallo

N Keita

MD Baldé

Y Hyjazi

FB Diallo,

F Traoré (Pharmacologie)

T Sy

AB Diallo

Y Diallo

M Cissé (Dermatologie)

M Doukouré (Pédopsychiatrie)

ML Kaba (Néphrologie)

OR Bah (Urologie)

NM Baldé (Endocrinologie)

A Touré (Chirurgie Générale)

LM Camara (Pneumo-phtisiologie)

Comité de lecture

E Alihonou (Cotonou)

K Akpadza (Lomé)

M A Baldé (Pharmacologie)

G Body (Tours)

M B Diallo (Urologie)

M D Baldé (Conakry)

N D Camara (Chirurgie)

CT Cissé (Dakar)

A B Diallo (Conakry)

F B Diallo (Conakry)

M S Diallo (Conakry)

A Dolo (Bamako)

A Fournier (Angers)

Y Hyjazi (Conakry)

N Keita (Conakry)

YR Abauleth (Abidjan)

M Koulibaly (Conakry)

J Lankoande (Ouagadougou)

Lekey (Yaoundé)

JF Meye (Libreville)

JC Moreau (Dakar)

O Ndiaye (Dakar)

RX Perrin (Cotonou)

F Traoré (Conakry)

Recommandations aux auteurs

La revue Annales de la SOGGO est une revue spécialisée qui publie des articles originaux, des éditoriaux, des mises au point, des cas cliniques et des résumés de thèse dans les domaines de la gynécologie obstétrique et de reproduction humaine.

Conditions générales de publication

Les articles n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs. Les manuscrits des articles originaux ne doivent avoir fait l'objet d'aucune publication antérieure ni être en cours de publication dans une autre revue. Les manuscrits doivent être dactylographiés en double interligne, de police de caractère 12 minimum, style Times New Roman, 25 lignes par page maximum, le mode justifié, papier blanc recto seulement et adressés en deux exemplaires et une version électronique sur CD, disquette ou par email à la rédaction aux adresses suivantes :

1. Professeur Namory Keita

Maternité Donka CHU de Conakry

BP : 921 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 64 45 79 50

Email : namoryk52@yahoo.fr

2. Professeur Agrégé Telly Sy

Maternité Ignace Deen CHU de Conakry

BP : 1478 Conakry (Rép. de Guinée)

Tel. : (224) 60 21 70 86 ; (224) 64 23 37 30

Email : [syttelly@yahoo.fr](mailto:sytelly@yahoo.fr)

Tous les manuscrits sont adressés pour avis de façon anonyme à deux lecteurs. Une fois acceptés les articles corrigés doivent être accompagnés des frais de correspondance et de rédaction qui s'élèvent à 25.000 F CFA.

Présentation des textes

La disposition du manuscrit d'un article originale est la suivante : titre (avec auteurs et adresse), résumé (en français et en anglais), introduction, matériel et méthodes, résultats, discussion, références, tableaux et figure. La longueur des manuscrits ne doit pas dépasser, références non comprises 12 pages pour les articles originaux, 4 pages pour les cas cliniques et mises au point.

Toutes les pages seront numérotées à l'exception de la page des titres et des résumés.

- Page de titre : elle comporte :
 - Un titre concis, précis et traduit en anglais
 - Les noms et initiales des prénoms des auteurs
 - L'adresse complète du centre dans lequel le travail a été effectué
 - L'adresse complète de l'auteur à qui les correspondances doivent être adressées
 - Résumé : le résumé de 250 mots en français et en anglais figure après la page des titres sur des pages distinctes avec le titre sans le nom des auteurs. Le résumé doit comporter de manière succincte le but, la méthodologie, les principaux résultats et la conclusion.
 - Références : les références sont numérotées selon l'ordre de leur appel dans le texte. Leur nombre ne doit pas dépasser 20 pour les articles originaux, 10 pour les cas cliniques et 30 pour les mises à jour. Elles doivent indiquer les noms de tous les auteurs si leur nombre ne dépasse pas six, au-delà, il faut indiquer les 3 premiers suivis de la mention et al.. Les abréviations des titres des journaux doivent être celles qui sont trouvées dans l'Index Medicus, par exemple :
 - Pour une revue:
1. Sy T, Diallo AB, Diallo Y. et al. : Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques, pronostiques et économiques à la Clinique Gynécologique et

Obstétricales du CHU Ignace DEEN. *Journal de la SAGO* 2002; 3(2): 7- 11

- Pour une contribution à un livre:
2. Berland M. Un état de choc en début de travail : conduite à tenir. In : LANSAC J, BODY G : Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 218- 225
 - Pour un livre:
 3. Lansac J, Body G. Pratique de l'accouchement. Paris. SIMEP. 2^{ème} éd. 1992 : 349.
 - Pour une thèse:
 4. Bah A . Les évacuations obstétricales : aspects épidémiologiques et pronostic à la clinique de gynécologie obstétrique du CHU Ignace Deen. Thèse méd, Univ Conakry 2001; 032/03 04 : 165p
- Tableaux, figure et légendes : leur nombre doit être réduit au strict minimum nécessaire à la compréhension du texte. Les tableaux seront numérotés en chiffres romains et les figures en chiffres arabes. Ils doivent être appelés dans le texte.

Après acceptation définitive de l'article, des modifications mineures portant sur le style et les illustrations pourront être apportées par le comité de rédaction sans consulter l'auteur afin d'accélérer la parution dudit article.

Le comité de rédaction

SOMMAIRE

ARTICLES ORIGINAUX

Analyse des évacuations obstétricales vers le service de gynécologie obstétrique de l'hôpital national Donka

Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Cancer du sein et facteurs hormonaux chez la femme à Abidjan

Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ, Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) au centre hospitalier régional d'Ourossogui (Sénégal).

Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Comportement du personnel et droits des parturientes dans les Maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso.

Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B73 - 77

Dysménorrhée dans une population estudiantine a l'universite de Parakou (Bénin) : enquêtes épidémiologiques et facteurs associés

Houkponou NFM, Salifou K, Houkpatin B, Komongui D, Perrin.....78 - 81

Le surpoids, l'obésité et l'accouchement

Diouf AA, William V, Faye- Diomé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....82 - 86

CAS CLINIQUE *(CASE REPORT)*

Corps étranger intramyométrial: un cas inhabituel de buchettes d'allumettes incarcérées dans le muscle utérin

Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM, Moreau JC.....87 - 89

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Evacuation analysis to the service obstetric obstetrics gynecology hospital of national Donka Conakry.
Leno DWA, Camara MK, Diallo FD, Conte I, Hyjazi Y, Keita N.....57 - 62

Brest cancer and hormonal factors with woman in Abidjan
Adoubi I, Didi-kouko Coulibaly J, Touré M, Adingra MDG, Akaffou HJ,
Kouassi KKY, Echimane KA.....63 - 68

Management of ectopic pregnancy (EP) at regional medical center Ourosogui (Sénégal)
Touré FB, Diop CT, Thiam O, Touré AO, Wade TM, Ndiaye D, Faye KG, Ngom G.....69 - 72

Providers' behavior and laboring women's rights in maternities in Bobo Dioulasso, Burkina Faso.
Somé AD, Ouattara S, Touré B, Ouattara H, Bambara M, Dao B.....73 - 77

***Dysmenorrhea in a student population at university of parakou (benin republic):
surveys epidemiologic and factors associates)***
Houkponou NFM, Salifou K, Hounkpatin B, Komongui D, Perrin.....78 - 81

Overweight, obesity and delivery
Diouf AA, William V, Faye- Diemé ME, Mbaye M, Niang MM, Moreira PM, Diouf A.....82 - 86

CASE REPORT

Intramyétrial foreign body: an unusual case of match-sticks incarcerated in the uterine muscle
Gueye M, Diallo M, Moreira PM, Mbaye M, Kane-gueye SM, Diouf AA, Niang MM,
Moreau JC.....87 - 89

COMPORTEMENT DU PERSONNEL ET DROITS DES PARTURIENTES DANS LES MATERNITES DE BOBO DIOULASSO AU BURKINA FASO.

PROVIDERS' BEHAVIOR AND LABORING WOMEN'S RIGHTS IN MATERNITIES IN BOBO DIOULASSO, BURKINA FASO.

AD SOME^{1,3}, S OUATTARA^{1,3}, B TOURÉ^{2,4}, H OUATTARA¹, M BAMBARA^{1,4}, B DAO^{1,3,4*}

¹Département de Gynécologie, d'Obstétrique et de Médecine de la Reproduction du CHU Sourou Sanou de Bobo Dioulasso- Burkina Faso

²Service de gynécologie Obstétrique du CHU Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.

³Institut Supérieur des Sciences de la Santé. Université Polytechnique de Bobo Dioulasso

⁴UFR des Sciences de la Santé- Université de Ouagadougou, Burkina Faso

*Adresse actuelle : JHPIEGO 1615 Thames Street, Baltimore, MD 21231 USA

Correspondances : Blami Dao - Jhpiego, Baltimore Email : bdao@jhpiego.net

RESUME

Objectif : évaluer le comportement du personnel envers les parturientes ainsi que le respect de leurs droits.

Méthodologie : Il s'est agi d'une étude transversale conduite dans 5 maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso du 1^{er} au 15 septembre 2004. Grace à une grille, un enquêteur observait l'interaction entre les parturientes et leurs familles et le personnel de santé pendant le travail d'accouchement. Cette grille explorait également les droits suivants : dignité, intimité, confidentialité et droit à l'information. Le questionnaire a été complété par des entretiens de groupe (focus groups) avec les agents observés.

Résultats: Au total 34 agents de santé (16 sages-femmes et 18 accoucheuses auxiliaires) ont été observés et 6 discussions de groupes réalisées. Il a été noté que 30 agents de santé écoutaient attentivement les femmes en travail, 25 répondaient aux questions qu'elles posaient ; 28 agents de santé étaient physiquement accessibles aux femmes en travail et 14 agents ont pris en compte les besoins émotionnels des femmes.

En ce qui concerne le respect des droits des parturientes, dans 23 cas la parturiente avait reçu une information sur son état de santé, dans 10 cas les actes médicaux posés avaient été expliqués ; le respect de la dignité des femmes a été observé par 31 agents de santé, 30 prestataires avaient respecté la confidentialité lors de l'entretien avec les parturientes et enfin 14 prestataires avaient respecté l'intimité des parturientes.

Conclusion: Dans les maternités de Bobo Dioulasso, les droits des femmes et de leurs familles sont rarement respectés de manière systématique notamment l'intimité et le droit à l'information. Cette insuffisance doit être corrigée par la sensibilisation (du personnel de santé et du grand public) et la formation du personnel.

Mots clés : Comportement du personnel droits des parturientes- humanisation de l'accouchement.

SUMMARY

Aim: Assess the caring behaviour of providers toward labouring women.

Methods: It was a cross sectional survey conducted in 5 maternities of Bobo Dioulasso, in Burkina Faso from September 1st to 15th, 2004. Using a designed tool, the surveyor observed the interaction between health care providers and labouring women as well as with their families. This tool allowed the assessment of the behaviour of the providers as well as the right dimension of their care: dignity, privacy, confidentiality and the right to be informed. Focus group discussions were organized with the providers after the observation period.

Results : Thirty four service providers were observed (16 midwives and 18 auxiliary midwives) and 6 focus group discussions took place.

The study showed that 30 health workers out of 34 listened carefully to labouring women, 25 answered their questions, 28 health workers were physically available to respond to the needs of these women, 14 health workers responded to the emotional needs of the labouring women.

Regarding the rights of the labouring women 23 health workers provided information of the condition of the women, in 10 cases the medical care given was explained, the respect of the dignity of the woman was observed by 31 providers, confidentiality of the information provided by the women was kept by 30 providers and the right to privacy was observed by 14 providers.

Conclusion: In Bobo Dioulasso maternities, labouring women and their families' rights are rarely systematically respected specifically intimacy and the right to be informed.

For quality of care, this pitfall should be addressed through sensitization (service providers and general public) and the training of health personnel.

Keywords: Providers' behavior- laboring women's rights- Humanizing childbirth.

INTRODUCTION

Au Burkina Faso les statistiques du ministère de la santé de 2003 révélaient un taux de couverture prénatale de 54,08% et un taux d'accouchement assisté de 39,90% [1].

Ces taux bas d'utilisation des services de santé maternelle avec le taux élevé de mortalité maternelle qui en résulte, seraient dus en partie à la mauvaise qualité des prestations [2].

Parmi les éléments de qualité des services, il semble que le comportement du personnel médical envers les parturientes soit plus important que le coût et l'accessibilité physique des services [3]. Ceci expliquerait que les parturientes dans les pays en développement préfèrent recourir aux accoucheuses traditionnelles qui auraient une attitude plus "humaniste" [4].

Cette étude se propose d'évaluer le comportement du personnel de 5 maternités du Burkina Faso envers les parturientes ainsi que le respect de leurs droits.

POPULATION ET METHODE

L'étude s'est déroulée du 1^{er} au 15 septembre 2004 dans les 5 maternités de la ville de Bobo Dioulasso au Burkina Faso: CHU Souro Sanou, Farakan, Guimbi, Lafiabougou et Sylla Sanou.

La collecte des données s'est faite à travers une observation directe du personnel en salle d'accouchements à l'aide d'une grille élaborée à cet effet (Annexe 1). Sur cette grille ont été explorés :

- les comportements suivants du personnel pendant le travail : accessibilité physique (se rendre au chevet de la parturiente quand celle-ci appelle le personnel), réponse aux besoins physiques (donner à boire, donner un bassin pour uriner, aider à changer de position), réponse aux besoins émotionnels (rassurer, lutter contre la douleur), relation avec la famille (respect notamment s'adresser à la famille de manière polie, information et implication dans les soins) et comportement inapproprié (violence verbale (ou physique) envers la patiente et/ou sa famille ou ignorer un appel de la patiente) ;

- les droits suivants des parturientes: dignité (la parturiente doit être traitée avec respect. Ce respect doit se manifester dans tous les actes : quand on l'écoute, quand on lui parle et lui donne des instructions, quand on l'examine), intimité (éviter d'exposer la parturiente entièrement nue aux regards de personnes non impliquées dans les soins, confidentialité (garder pour soi les informations reçues de la parturiente) et droit à l'information (informer la parturiente sur son état et les soins que l'on lui prodigue). L'annexe 2 récence l'ensemble

des droits des patientes.

Les observations se déroulaient dans chaque maternité de 9 heures à 14 heures pendant 2 jours. Au début des observations, le personnel présent était informé qu'on supervisait ses pratiques sans spécifier qu'on s'intéressait surtout à son comportement et au respect des droits des parturientes. A la fin des deux jours d'observation, le contenu du questionnaire était porté à la connaissance de chaque agent de santé ayant participé à l'étude.

Le questionnaire a été complété par des discussions de groupes (focus groups) avec les agents de santé observés le 3ème jour de l'enquête, discussions enregistrées sur un magnétophone avec leur consentement.

Pour éviter les biais de "politesse" (le fait de donner un avis contraire à ce qu'on pense réellement juste par respect ou pour ne pas frustrer ou pour faire plaisir à la personne qui vous pose la question), nous n'avons pas réalisé d'interview des parturientes ni de leurs familles.

L'ensemble des outils a été adapté de Maternity Care Provider Behavior Assessment Tools développé par le projet CHANGE de l'USAID [5].

Cette étude comporte 2 limites : l'absence d'interviews des parturientes et de leurs familles et la limitation des observations à la journée.

Les données quantitatives ont fait l'objet d'une analyse statistique descriptive par le logiciel Epi Info version 2002 et les données qualitatives manuellement.

RESULTATS

1. Profil des agents de santé

Dans les cinq maternités, un total de 34 agents a été observé. Il s'agissait de : 14 sages-femmes, 18 accoucheuses auxiliaires (personnel de santé ayant des compétences obstétricales après 2 ans de formation) et 2 maïeuticiens.

Au cours de la période de l'étude un agent de santé avait en charge en moyenne 1 à 3 parturientes à la fois.

2. Comportements du personnel

2.1. Accessibilité physique

Dans 8 cas sur 13 au CHU et 20 cas sur 21 dans les maternités périphériques, les agents de santé étaient physiquement accessibles aux parturientes.

2.2. Prise en compte des besoins physiques

Dans 25 cas sur 34 ces besoins ont été pris en compte.

2.3. Besoins émotionnels

Dans 41,17% des cas, les agents de santé identifiaient les signes de stress, de fatigue et de

Tableau 1. Respect des droits des parturientes par les prestataires dans les maternités de Bobo Dioulasso, Burkina Faso

Droits	Attitude des prestataires selon la maternité				
	CHU	Farakan	Guimbi	Lafiabougou	Sylla Sanou
1. Dignité					
Oui	10	04	08	02	07
Non	03	00	00	00	00
2. Confidentialité					
Oui	10	03	08	02	07
Non	03	01	00	00	00
3. Intimité					
Oui	05	02	03	00	04
Non	08	02	05	02	03
4. Information sur l'état de santé					
Oui	04	00	03	00	07
Non	09	04	05	02	00
5. Information sur les soins prodigués					
Oui	04	00	02	00	04
Non	09	04	06	02	03

douleur et y répondaient de manière appropriée et dans une seule maternité, ces besoins émotionnels n'étaient pas du tout pris en compte.

2.4 Relation avec la famille

Dans 30 cas sur 34, les agents de santé ont respecté la famille de la parturiente.

Dans 4 maternités sur 5, les agents de santé n'informaient pratiquement jamais la famille sur l'état de la parturiente et ne l'encourageaient pas à la soutenir.

2.5 Comportements négatifs

Dans un seul cas, un agent de santé a crié sur une parturiente.

3. Droits des parturientes (Tableau 1)

3.1. La dignité

Dans 4 maternités sur 5, la dignité des clientes était respectée par tous les agents de santé.

3.2 La confidentialité

Dans 3 maternités sur 5, la confidentialité est respectée par tous les agents de santé. Au CHU, 10 agents de santé sur 13 n'ont pas respecté la confidentialité.

3.3 Respect de l'intimité

Dans seulement 58% des cas, les agents de santé ont respecté l'intimité des parturientes et cela n'a été systématique dans aucune des 5 maternités.

3.4. Droit à l'information

Dans 41.17% des cas la parturiente a été informée sur son état et cette information a été systématique dans une seule maternité.

Moins d'un tiers des agents de santé (29,4%) ont expliqué les actes qu'ils posaient et dans 2 maternités sur 3, aucune explication n'était fournie aux parturientes sur leur état.

4. Relations soignants-familles des parturientes

- 26 agents de santé ont établi des rapports avec la famille de la parturiente

- 31 soignants ont fait preuve de respect vis-à-vis de la famille

- 7 agents de santé sur 34 ont informé la famille sur l'état de la femme et dans 6 cas cela s'est passé dans la même maternité

5. Résultats des groupes de discussion

Les besoins physiques des parturientes mentionnés par le personnel soignant lors des discussions de groupes étaient surtout : la présence du personnel soignant auprès de la parturiente, le besoin de boire et le vidange de la vessie.

Les besoins émotionnels des parturientes notamment la prise en charge de la douleur ont semblé peu préoccuper les agents de santé. Ainsi un agent de santé déclarait "la douleur est normale, il faut la supporter" et une autre d'ajouter "je ne savais pas qu'il existait des moyens de relaxation".

Et une autre de renchérir " nous ne faisons pas de relaxation, ni de soutien émotionnel, cela est du ressort de la famille".

A propos de la prise en compte des appréhensions et inquiétudes des parturientes, un agent de santé disait ceci " on ne fait pas attention à tout cela". Une des explications de la non prise en compte des besoins émotionnels des parturientes était " le manque de volonté du personnel" dit une sage-femme.

A travers les discussions, il est apparu aussi que les droits des patientes sont connus des agents de santé. Ainsi une soignante affirmait " tout agent de santé devrait expliquer à la patiente les actes qu'il pose".

L'application du droit à l'intimité n'était pas évidente si on s'en tient au point de cet agent de santé qui disait *"il faut entièrement déshabiller la femme pour bien l'examiner"*. Cependant une accoucheuse auxiliaire estimait qu'il s'agissait plutôt d'un *"manque d'attention de la part du personnel"*.

En ce qui concerne les insuffisances notées dans le comportement du personnel et le respect des droits des parturientes, une insuffisance de formation était évoquée par une sage-femme *" depuis notre sortie de l'école (de sages femmes), il y a eu beaucoup de modifications"*.

DISCUSSION

Dans l'ensemble les agents de santé étaient physiquement accessibles aux patientes.

Dans cette étude comme dans celle de Moore [6], un seul cas de comportement négatif à type de violence verbale [7] a été observé contrairement à ce qui a été rapporté par Di Olivera [8] et Miller [9]. D'autres auteurs ont décrit des cas de violence physique [8,10]. Le caractère observationnel de l'étude a pu introduire un biais. En outre, il aurait fallu observer le personnel de santé au moment des périodes de forte affluence.

Il est admis dans les critères des hôpitaux amis des mères que le personnel devrait être à l'écoute des patientes [11]. Cette écoute a fait défaut ici dans beaucoup de cas comme ailleurs [3, 10,12].

e respect de la dignité et de la confidentialité est satisfaisant dans toutes les maternités sauf à la maternité du CHU, ceci est probablement en rapport avec le nombre élevé d'agents de santé présents dans cette dernière maternité lors des accouchements (gynécologues, sages-femmes, internes, élèves sages-femmes).

Ici comme ailleurs [6,13, 14], on accordait peu d'attention au respect de l'intimité des parturientes. La configuration des salles d'accouchements où les parturientes sont dans des salles communes sans paravents en est sûrement l'explication sauf au CHU où il existe des chambres individuelles d'accouchements.

Il y a eu peu de communication entre les agents de santé et les parturientes. Très souvent elles ignoraient tout sur leur état de même que l'évolution du travail [10]. Par ailleurs aucune explication ne leur était fournie sur les actes qu'on posait et aucun choix ne leur était offert [12] notamment en ce qui concerne la position dans laquelle elles voulaient accoucher. La pauvreté de la communication entre personnel de santé et les patients a été constatée dans de nombreux pays en développement [6,13, 14]. Cela ne semble pas limite aux soins obstétricaux [16] et ceci est une

des expressions du problème de la toute "puissance" du personnel médical tel que révélée par Phillips [15].

Dans notre contexte une des raisons souvent évoquée par le personnel est que le niveau de scolarisation des parturientes ne leur permettrait pas de comprendre les explications fournies. Cet argument est sans fondement car comme l'a suggéré Barry [16] on peut trouver des mots simples ou un langage imagé pour faire passer le message.

Plusieurs études ont montré l'effet favorable sur l'issue du travail de la présence d'un membre de la famille notamment de sexe féminin [17,18]. Cette pratique a été peu mise en application à l'image de ce qui a été rapporté au Kenya, Bengladesh [5] et au Liban [12] ; malgré la demande expresse des parturientes dans ce dernier pays. Cela pourrait s'expliquer par la configuration inadaptée des salles d'accouchements dans notre contexte comme souligné plus haut.

Les raisons évoquées par le personnel de santé pour expliquer l'absence de respect des droits des parturientes sont identiques à celles retrouvées dans des études antérieures, à savoir : la charge excessive de travail [8], les conditions difficiles de travail (horaires inadaptés, manque d'équipements et de consommables médicaux) [13], la non inclusion de la dimension droits des patients dans les curricula de formation du personnel de santé et enfin l'architecture inadaptée des salles d'accouchements dans la plupart des maternités. Ces justifications sont fondées seulement en partie car il s'agit en fait d'un manque de prise de conscience du fait que les soins comportent aussi une dimension « humaine ». Le comportement du personnel est le reflet d'une vision technique pure de l'accouchement traduite par la réflexion de cette sage-femme « elle (la parturiente) est venue pour accoucher, il faut que l'accouchement se passe bien et normalement ». Cependant comme le soulignait Barry [16], la notion de succès dans la prise en charge d'un patient doit aller au-delà de l'aspect purement technique pour inclure la perception par le patient d'être écouté, compris et considéré comme une personne unique et à part entière.

CONCLUSION

Dans les maternités de Bobo Dioulasso au Burkina Faso, il apparaît que les droits des parturientes et de leurs familles sont rarement respectés de manière systématique notamment l'intimité et le droit à l'information. Pour remédier à cela un certain nombre d'actions doivent être prises telles que la sensibilisation [9, 19] et la formation du personnel, une implication des familles dans les soins [20] et l'inclusion de cette dimension dans les audits médicaux.

■ RÉFÉRENCES

1. Ministère de la Santé du Burkina Faso. Annuaire statistique 2003.
2. Prual A. Grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest. Vers une maternité à moindre risque ? Santé publique 1999; 11: 167-185
3. Andalleb S. service quality perception and patient satisfaction: a study of hospitals in developing countries. Social Sciences and Medicine 2001; 52: 1359-1370.
4. Van Roosmalen J, Walraven G, Stekelenburg J, Massawe S. Editorial: Integrating continuous of the traditional birth attendant into obstetrics care by skilled midwives and doctors: a cost-effective strategy to reduce perinatal mortality and unnecessary obstetric interventions. Trop Med Int Health 2005; 10: 393-394.
5. Moore M., Armbruster D., Graeff J., Copeland D. Assessing the "caring" behaviours of skilled maternity care provider during labour and delivering. Experience from Kenya and Bangladesh. CHANGE Project AED/The Manoff Group. Washington DC, August 2002.
6. Moore, K.M. R. Copeland, I. Chege, D. Pido, and M. Griffiths. A behavior change approach to investigating factors influencing women's use of skilled care in Homa Bay District, Kenya." CHANGE Project AED/The Manoff Group. Washington DC, April 2002.
7. Richard F, Filahi H, Lardi M, De Browere V. Accouchement à l'hôpital au Maroc ou comment concilier des logiques différentes. Revue d'épidémiologie et de santé publique 2003 ; 51 : 39-54
8. Di Oliveira A, Diniz S, Schraiber L. Violence against women in health care setting. The Lancet 2002; 359: 1681-1685
9. Miller S, Cordero M, Coleman AL, Figueroa J, Brito-Anderson S, Dabagh R et al. Quality of care in institutionalized deliveries: the paradox of the Dominican Republic. Int J Obstet Gynecol 2003; 82: 89-103
10. Jaffre Y, de Sardan JPO. Les dysfonctionnements des systèmes de santé. Rapport du volet socio-anthropologique. Enquêtes sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'Ouest. 229 pages
11. Anonyme. Mother-friendly hospital: a checklist for assessment. Safe Mother. 1994; 13:7
12. Khayat R, Campbell O. Hospital practices in maternity wards in Lebanon. Health Policy and Planning 2000; 15: 270-278.
13. Afsana K, Faiz Rashid S. The Challenges of meeting rural Bangladeshi women's needs in delivery care. Reproductive Health Matters 2002; 9: 79-89.
14. Andalleb, S. Service Quality Perceptions in Bangladesh: Service quality and predictors of hospital choice. Health Policy and Planning 2000; 15: 95-102.
15. Phillips D. Medical professional dominance and client dissatisfaction. Social Science and Medicine 1996; 42 : 1419-1425.
16. Barry C, Stevenson F, Britten N, Barber N, Bradley C. "Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice." Social Science and Medicine 2001; 53: 487-505.
17. Bruggemann O M, Parpinelli MA, Osis MJD, Cecatti JG, Neto ASC. Support to woman by a companion of her choice during childbirth: a randomized controlled trial. Neonatal Intensive Care 2008; 21: 44-49
18. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3 John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK 2004.
19. Freedman LP. Human rights, constructive accountability and maternal mortality in Dominican Republic: commentary. Int J Obstet Gynecol 2003; 82: 111-114.
20. Maimbolwa MC, Sikazwe N, Yamba B, Diwan V, Ransjo"-Arvidson A-B. Views on involving a support person during labor in Zambian maternities. J Midwifery Women's Health 2001; 46:226-234.