



HAL
open science

Déterminants de la satisfaction des femmes par rapport à la prestation de la césarienne dans la région de la Kara au Togo en 2019

Salaraga Bantakpa, Bilampoa Gnomou-thiobiano

► To cite this version:

Salaraga Bantakpa, Bilampoa Gnomou-thiobiano. Déterminants de la satisfaction des femmes par rapport à la prestation de la césarienne dans la région de la Kara au Togo en 2019. Journal de la recherche scientifique de l'Université de Lomé, 2023, 25 (1), pp.167-177. <hal-04143007>

HAL Id: hal-04143007

<https://hal.science/hal-04143007v1>

Submitted on 27 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

ISSN 1727 – 8651

JOURNAL
de la
RECHERCHE SCIENTIFIQUE
de
L'UNIVERSITÉ DE LOMÉ



LOME - TOGO

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est
référéncé dans African Journal on Line (AJOL) [www.inasp.org/ajol]

VOLUME 25
(2023)

Numéro 1

Instructions aux auteurs (Directives aux auteurs)

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est un journal international et pluridisciplinaire qui publie des travaux de recherche rédigés en français ou en anglais. Les domaines couverts par le journal sont trois définis par le Réseau pour l'excellence de l'enseignement supérieur en Afrique de l'Ouest (REESAO) :

- *Lettres, Langues et Humanités ;*
- *Sciences, Technologies et Agronomies;*
- *Sciences de la Santé.*

Le journal reçoit des articles originaux, des revues de la littérature, des petites communications, des commentaires et critiques d'articles et des études de cas. Les articles soumis ne doivent pas avoir été publiés antérieurement, ni être actuellement soumis au processus d'évaluation dans une autre revue scientifique.

Le journal s'engage à ce qu'il n'y ait pas de retard dans la procédure d'évaluation, et réduire considérablement le délai pour émettre l'avis final : (au plus tard huit (8) semaines après la soumission). Les articles soumis doivent impérativement suivre le format de l'article type (l'exemplaire).

Périodicité

Chaque volume du journal paraît en quatre numéros par an (mars, juin, septembre et décembre).

Pour les éditions spéciales, le comité de rédaction fixe le délai des appels à contributions.

Processus de soumission

Les auteurs doivent lire attentivement les instructions aux auteurs avant d'entamer le processus de soumission.

La soumission d'articles est acceptée exclusivement via la page de soumission sur le site du journal. En cas de difficultés, les manuscrits seront soumis par voie électronique à l'adresse suivante : jrsultg@gmail.com ou jrsultg@univ-lome.tg.

Le manuscrit doit être accompagné d'une lettre d'engagement (exemplaire disponible) signée par l'auteur correspondant. La Lettre d'engagement, datée et

signée à l'encre bleue, doit être soumise en tant que fichier supplémentaire pendant la procédure de soumission du manuscrit (en format pdf). Les manuscrits qui ne sont pas accompagnés d'une lettre d'engagement seront automatiquement rejetés.

Présentation du manuscrit

Le manuscrit, saisi en format A4, colonne double avec 2,0 cm de marges et (Word : Times New Roman, 12, interligne simple), doit comprendre les parties suivantes :

- **Titre de l'article** : En majuscule, il doit être court et très explicite, en français et en anglais
- **Les auteurs** : Les noms et prénoms des auteurs (les initiales du nom et prénoms en majuscule, ex : Koledzi KE, les affiliations (noms et adresse des institutions) ainsi que leurs adresses email. Le nom de l'auteur correspondant doit être identifié par un astérisque (*) et son adresse électronique doit être fournie.
- **Un résumé (français) et un abstract (anglais)** : le résumé doit indiquer brièvement les objectifs de l'étude, l'approche méthodologique suivie et les matériels, les principaux résultats obtenus (résultats qualitatifs et quantitatifs) et la conclusion. Il doit être court et précis. Le résumé est un bloc de 250 mots au maximum. Un résumé doit pouvoir présenter le travail de recherche indépendamment de l'article. Les références doivent être évitées dans le résumé. Ne pas utiliser d'abréviations, des caractères spéciaux et des formules mathématiques dans le résumé.
- **Les mots clés en français et keywords en anglais** : au maximum six (6). Les mots-clés ne doivent pas répéter les termes du titre.
- **Introduction** : elle fait le point de la revue de la littérature récente sur le sujet (justification du sujet), soulève de façon précise la problématique de la présente étude, les hypothèses ou objectifs scientifiques, les approches et énonce le plan du manuscrit.
- **Matériel et méthodes** : on y décrit clairement l'approche méthodologique utilisée. Les références des méthodes d'analyse, des équipements et des produits chimiques doivent être fournies.
- **Résultats** : cette section renferme les principaux résultats obtenus. Les résultats peuvent être présentés sous forme de figure ou de tableau dans la mesure du possible. Toutes les illustrations doivent être claires et faciles à reproduire. Elles seront insérées dans le texte et à la bonne place. On évitera les couleurs dans les tableaux. Pour les équations, il est recommandé d'utiliser un éditeur d'équations compatible en traitement de texte word. Les tableaux et les figures doivent être numérotés en chiffres arabes et doivent comporter une légende courte et

explicite en français. Les unités doivent être choisies dans le Système International. Il est souhaitable d'utiliser les puissances négatives à la place des barres (mg l^{-1} et non mg/l). Pour les noms scientifiques dans les systématiques, utiliser l'italique plutôt que souligner.

- **Discussion** : il est souhaitable de séparer la discussion des résultats. Dans la discussion, on apportera des interprétations approfondies des résultats, on montrera les liens de l'étude avec les travaux récents de la littérature et on mettra en évidence l'apport de la contribution. La discussion peut être associée directement au résultat.
- **Conclusion** : une conclusion retrace les principaux résultats et leurs contributions.
- **Remerciements** : les remerciements suivent directement la section de la conclusion. Cette section non numérotée est utilisée pour identifier les personnes qui ont aidé les auteurs dans l'accomplissement du travail présenté et de reconnaître les sources de financement. (Remerciements des contributions techniques importantes et des sources de financement de l'étude)
- **Références** (Cette section ne doit pas être numérotée.)
 - ✓ Essayez de s'assurer que toutes les références citées dans le texte sont également présentées dans la liste des références (et vice versa).
 - ✓ Évitez d'inclure des citations dans le résumé.
 - ✓ Le fait de citer une référence en tant que 'in press' signifie qu'elle fait référence à un article accepté pour publication.
 - ✓ Les citations dans le texte doivent être marquées consécutivement par des nombres arabes entre crochets (par exemple [1]).
 - ✓ Lorsque vous faites référence à un élément de référence, s'il vous plaît utilisez simplement le numéro de référence, comme dans [2].
 - ✓ Ne pas utiliser « Réf. [3] » ou « de référence [3] », sauf au début d'une phrase, par exemple, « La référence [3] montre ... ».
 - ✓ Plusieurs références sont numérotées avec des crochets distincts (par exemple [2], [6], [7], [8], [9]) Et non [2,6,7,8,9].
 - ✓ Les résultats non publiés ne doivent pas figurer dans la liste des références, mais ils peuvent être mentionnés dans le texte.
 - ✓ Les références doivent être présentées dans un ordre consécutif (dans l'ordre de leur apparition dans le texte).
 - ✓ Pour la présentation des références on distinguera les cas suivants :

Des articles de revues :

[1] Srivastava SK and Kaur K, "Stability of Impulsive Differential Equation with any Time Delay," International Journal of Innovation and Applied Studies, vol. 2, no. 3, pp. 280–286, 2013.

[2] ADEOLUWA OV, ABODERIN OS, and OMODARA OD, "An Appraisal of Educational Technology Usage in Secondary Schools in Ondo State (Nigeria)," International Journal of Innovation and Applied Studies, vol. 2, no. 3, pp. 265–271, 2013.

Des livres:

[11] Tichi C, Electronic Hearth: Creating an American Television Culture. Oxford University Press, 1991.

[12] Jennings AR, Financial Accounting. Cengage Learning EMEA, 2001.

Un chapitre dans un livre :

[7] Mettam GR, and Adams LB, How to prepare an electronic version of your article, In: Jones BS, and Smith RZ (Eds.), Introduction to the electronic age, New York: E-Publishing Inc, pp. 281-304, 1994.

[8] O'Neil JM., and Egan J, Men's and women's gender role journeys: A metaphor for healing, transition, and transformation, In: Wainrib BR (Ed.), Gender issues across the life cycle, New York, NY: Springer, pp. 107-123, 1992.

Sites Internet : A n'utiliser que dans des cas exceptionnels ; préciser si possible les noms des auteurs et la date de consultation

[5] Smith, Joe, One of Volvo's core values, 1999. [Online] Available: <http://www.volvo.com/environment/index.htm> (July 7, 1999).

Comité du Journal

Le Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé est cogéré par trois comités, à savoir un Comité scientifique, un Comité de rédaction et un Comité de lecture.

COMITE SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL DE LECTURE

Pr. KOKOROKO Komla Dodzi, Université de Lomé ;
Pr. WATEBA Majesté Ihou Nazoba, Université de Lomé ;
Pr. KOKOU Kouami, Université de Lomé ;
Pr. BOKO Essohanam, Université de Lomé ;
Pr. AGBONON Amégnona, Université de Lomé ;
Pr. TSIGBE Koffi Nutefé Joseph, Université de Lomé ;
Pr. BATCHANA Essohanam, Université de Lomé ;
Pr. KETOH Koffivi Guillaume, Université de Lomé ;
Pr. KPODAR Adama, Université de Kara ;
Pr. BALOGOU K. Agnon, Université de Lomé,
Pr. SALOU Mounerou, Université de Lomé ;
Pr. AKAKPO-NUMADO Cyriaque, Université de Lomé ;
Pr. GANGUE Martin, Université de Lomé ;
Pr. GNON Baba, Université de Lomé ;
Pr. COUCHORO Mawuli, Université de Lomé ;
Pr. AKUE ADOTEVI Mawusse Kpakpo, Université de Lomé ;
Pr. DOSSEH Ekoué David, Université de Lomé ;
Pr. KOBÀ Koffi, Université de Lomé ;
Pr. YIGBE Dotsè, Université de Lomé ;
Pr. GBENOUGA Dossou, Université de Lomé ;
Pr. ANATE Koumealo Germaine, Université de Lomé ;
Pr. KOLA Edinam, Université de Lomé ;
Pr. AMEYAPOH Yaovi, Université de Lomé ;
Pr. AGBODJI Ega, Université de Lomé ;
Pr. PALI Tchaa, Université de Kara, membre ;
Pr. EGBENDEWE Aklesso, Université de Lomé ;
Pr. WALA Atchi, Université de Lomé ;
Pr. HETCHELI Follygan, Université de Lomé ;
Pr. WALA Kpèrkouma, Université de Lomé ;
Pr. GASSOU Amivi Kafui, épouse TETE-BENISSAN, Université de Lomé ;
Pr. OWAYE Jean-François, Université Omar Bongo, Libreville ;
Pr. BAMBA Mamadou, Université Alassane Ouattara ;
Pr. AMOUZOUVI Dodji, Université d'Abomey Calavi ;
Pr. MENSAH-NYAGAN Guy, Université de Strasbourg ;
Pr. GOERG Odile, Universités de Paris ;
Pr. FERRÉOL Gilles, Université de Franche-Comté ;
Pr. AGBOBLI Christian, Université de Montréal ;
Pr. SINSIN Brice, Université d'Abomey Calavi ;
Pr. SAKA Bayaki, Université de Lomé ;
Pr. BOUKPESSI Tchaa, Université de Lomé ;
Dr. AYEWOUDAN Akodah, MCA, Université de Lomé ;
Dr. SEGNIAGBETO Hoinsoudé, MC, Université de Lomé ;
Dr. LARE Yendoubé, MC, Université de Lomé ;
Dr. HOUNAKE Kossivi, Université de Lomé ;
Dr. DZAGLI Milohum Mikesokpo, MC, Université de Lomé.

Comité de Rédaction

Le comité de rédaction participe à la mise en œuvre de la politique éditoriale. Il est dirigé par un Directeur de Publication qui est le Directeur de la Recherche et de l'Innovation et un rédacteur en Chef.

Directeur de publication : Professeur BOKO Essohanam

Rédacteur en Chef : Professeur KOLEDZI K. Edem.

Membres :

- Professeur AGBONON Amegnona ;
- Professeur NAPO Gbati ;
- Dr. ADJONOU Kossi, MC (Maître de Conférences).

Secrétariat

Mlle. LAWSON-HELOU Nadou Cécilia

M. KUWONU Tata Koffi

M. N'SILE Nassougou

M. ATCHOTIN Kossi Mawulé

Frais d'évaluation pour chaque article soumis: 60 000 F CFA

Toute correspondance relative à la publication de l'article doit parvenir à l'adresse mail de la Direction de la Recherche et de l'Innovation (DRI), Université de Lomé, 01 B.P. 1515 Lomé 01 (TOGO) : jrsultg@gmail.com ou jrsultg@univ-lome.tg.

**JOURNAL DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
DE L'UNIVERSITE DE LOME (TOGO)**

VOLUME 25, Numéro 1, (2023)

SOMMAIRE

Sciences de la Santé

1. DOLAAMA B. & al, (Togo)
Profil lipidique des insuffisants rénaux chroniques à Lomé.....1
2. FOADEY M.K.S & al, (Togo)
Hernies inguinales de l'adulte : aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique au Centre Hospitalier Régional de Sokodé (Togo).....11
3. BOTCHO G. & al, (Burkina Faso)
Etude de l'association entre la ligne brune abdominale et le cancer de la prostate au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou.....17
4. AMOUZOU K.S. & al (Togo)
Brûlure par maltraitance chez un enfant au Togo : un cas clinique.....27
5. N'DJESSAN J.J. & al, (Côte d'Ivoire)
Pronostic de l'insuffisance cardiaque dans une unité des soins intensifs cardiologiques en Afrique sub-saharienne : à propos de 320 cas.....33
6. DIABATE K. & al, (Mali)
Lymphœdème du membre supérieur après traitement du cancer du sein.....41
7. TSEVI Y. M. & al (Togo)
Risque cardiovasculaire des patients présentant une néphropathie diabétique au CHU Sylvanus de Lomé (Togo).....47
8. KONE D. & al, (Côte d'Ivoire)
Aspects actuels de la cryptococcose neuroméningée au Centre Hospitalier et Universitaire de Bouaké (Côte d'Ivoire).....61
9. WENKOURAMA D. & al, (Togo)
Aspects épidémiologiques des troubles mentaux chez les cas confirmés de la Covid-19 traités au Togo.....73
10. BANGOURA I. & al, (République de la Guinée)
Reconstruction des pertes de substance osseuse du tibia par distraction-compression à l'aide du fixateur externe RALCA ou Ilizarov.....81

11. CISSE L. & al, (Mali) Chloronychie traitée par ciprofloxacine chez une femme immunocompétente.....	91
12. MOSSI K.E. & al, (Togo) Circonstances de découverte du diabète sucré à la Clinique médico-chirurgicale des Armées de Lomé (Togo).....	97
13. ALLAWAYE L. & al, (Tchad) Hypertension artérielle en milieu professionnel semi urbain à Kelo au Tchad : aspects épidémiologiques.....	103
14. MOUGOLA B.P.& al, (Gabon) Le ratio CD4/CD8 chez les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine trois ans après le début du traitement antirétroviral à Libreville, 2021.....	113
15. ATADE S.R. & al, (Bénin) Facteurs associés à la survenue d'une grossesse après la prise en charge chirurgicale d'une grossesse extra-utérine au Centre Hospitalier Universitaire et départemental du Borgou (Bénin).....	123
16. SILUE D.A., & al, (Côte d'Ivoire) Leucémie myéloïde chronique et perte de l'audition : à propos de 04 cas au service d'hématologie clinique du CHU de Cocody.....	133
17. SABI K. A. & al, (Togo) Epidémiologie de l'insuffisance rénale associée au myélome multiple en milieu hospitalier à Lomé, Togo.....	139
18. SAWADOGO N. & al, (Burkina Faso) Morbidité et mortalité au service de médecine interne du Centre Hospitalier Régional de Kaya au Burkina Faso.....	151
19. GUINDO B. & al, (Mali) Pachydermopériostose : à propos d'un cas observé à l'Hôpital de Dermatologie de Bamako (Mali).....	161
20. BANTAKPA S. & GNOUMOU T. B., (Togo) Déterminants de la satisfaction des femmes par rapport à la prestation de la césarienne dans la Région de la Kara au Togo en 2019.....	167
21. DEMBELE S. & al, (Mali) Profil épidémioclinique et facteurs pronostiques de la prééclampsie sévère à la maternité du Centre de Santé de Référence de la Commune V du district de Bamako au Mali.....	179

22. CONDE A. & al, (Côte d'Ivoire) Thrombocytémie essentielle (TE) transformée en Leucémie Aigüe Myéloblastique (LAM) : à propos d'un cas chez un adulte de 43 ans au service d'hématologie Clinique du CHU de Yopougon Abidjan (Côte d'Ivoire).....	197
23. KONE S. & al, (Côte d'Ivoire) Etude des liens entre diabète type 2 et critères gériatriques : quel bilan ?.....	201
24. BALAMOU O. & al, (République de Guinée) Sensibilité aux antibiotiques de <i>Staphylococcus aureus</i> communautaire résistant à la Méricilline (SARM) à l'Hôpital Régional de Kindia.....	207
25. LAWSON-ANANISSOH L.M. & al, (Togo) Satisfaction des patients hospitalisés dans le service d'hépatogastro-entérologie du CHU Campus de Lomé-Togo.....	215
26. AFANVI K. A. & al, (Togo) Prévalence et facteurs de risque du burnout chez le personnel de santé du Centre Hospitalier préfectoral de Notsè.....	227
27. AFANVI K. A. & al, (Togo) Diagnostic financier du Centre Hospitalier Préfectoral de Notsè.....	247

Déterminants de la satisfaction des femmes par rapport à la prestation de la césarienne dans la région de la Kara au Togo en 2019

Determinants of women's satisfaction with caesarean delivery in the Kara region of togo in 2019

Bantakpa S^{1*} & Gnomou Thiombiano B.²

1_ Ministère délégué chargé de l'accès universel aux soins, BP : 386 Lomé-Togo ; email : reneba007@yahoo.fr

2_ Institut Supérieur des Sciences de la Population (ISSP), Université Joseph KI-ZERBO, 03 BP : 7118 Ouagadougou 03 Burkina Faso ; email : bgnomou@issp.bf

(*) Correspondance : BANTAKPA S. email : reneba007@yahoo.fr

Reçu le 03 Janvier 2023 ; Révisé le 11 Avril 2023 ; Accepté le 18 Avril 2023

Résumé

Introduction : La démarche qualité exige l'évaluation de la satisfaction des patients. La subvention de la césarienne, mise en œuvre depuis 2011 au Togo, augmente la charge du travail des prestataires dans un contexte de ressources humaines limitées. Dans ces circonstances, il était important de comprendre les déterminants de la satisfaction de la prestation de la césarienne dans la région de la Kara.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative qui s'appuie sur des données collectées du 12 au 28 août 2019 à travers les entretiens semi-directifs à l'aide de trois guides d'entretien. Les données collectées portent sur l'accueil, les relations d'interaction entre les prestataires de soins et les femmes ayant bénéficié d'une césarienne, l'implication de ces dernières dans le processus décisionnel de la césarienne et leur satisfaction. Vingt femmes césarisées, 05 parents de femmes césarisées et 13 prestataires de soins ont été interviewés. Ces données ont été analysées à l'aide de la méthode d'analyse de contenu.

Résultats : L'analyse des entretiens a révélé des insuffisances en ce qui concerne la disponibilité des prestataires, les normes de bienséance, l'information des femmes sur la césarienne, l'implication des femmes césarisées au processus décisionnel de la césarienne qui n'ont pas été effectives ayant pour conséquence l'insatisfaction des celles-ci.

Conclusion : Des efforts restent à faire quant à l'observance des critères de l'accueil, des relations d'interaction entre les prestataires de soins et les femmes césarisées ainsi que l'implication des femmes césarisées dans le processus décisionnel de la césarienne afin d'améliorer leur satisfaction concernant la prestation de la césarienne.

Mots clés : déterminants, satisfaction, femme, césarienne, Togo.

Abstract

Introduction: The quality approach requires the evaluation of patient satisfaction. The subsidization of cesarean section, implemented since 2011 in Togo, increases the workload of providers in a context of limited human resources. Under these circumstances, it was important to understand the determinants of satisfaction with cesarean delivery in the Kara region.

Method: This is a qualitative study based on data collected from August 12 to 28, 2019 through semi-structured interviews using three interview guides. The data collected focused on the reception, the interaction relationships between the health care providers and the women who had a cesarean section, the involvement of the latter in the decision-making process of the cesarean section and their satisfaction. Twenty cesarized women, five relatives of cesarean section patients, and 13 health care providers were interviewed. These data were analyzed using the content analysis method.

Results: The analysis of the interviews revealed shortcomings in terms of availability of providers, norms of propriety, information of women on cesarean section, and involvement of cesarized women in the decision-making process of cesarean section, which were not effective, resulting in their dissatisfaction.

Conclusion: Efforts remain to be made with regard to compliance with the criteria for reception, interaction between health care providers and cesarean section patients, and the involvement of cesarean section patients in the decision-making process in order to improve their satisfaction with the cesarean section service.

Key words: determinants, satisfaction, cesarean section, Togo.

INTRODUCTION

Au moment où les pays s'engagent à atteindre l'ODD 3.8 qui vise « la couverture sanitaire universelle » d'ici 2030, la qualité des services de santé devient un impératif [1]. Cependant, il ressort de la littérature que l'évaluation de la qualité des soins s'est souvent focalisée sur les aspects objectifs (techniques) en omettant les aspects subjectifs. Ces derniers permettent pourtant d'apprécier la perception de la qualité selon les bénéficiaires des soins [2]. Ainsi, la satisfaction des patients se révèle être une mesure de la qualité des soins car elle donne des informations sur la capacité des prestataires de soins à répondre aux valeurs et aux attentes des patients [3].

Depuis 2011, le Togo subventionne à hauteur de 90% la césarienne afin d'accroître l'accessibilité financière des femmes à cette prestation de santé [4]. L'une des conséquences immédiates de la subvention est la hausse du taux de césarienne au plan national. Ce taux est passé de 2,3% en 2010 avant la subvention à 9,9% en 2018, sept (07) ans après le début de la subvention [5] entraînant une augmentation de la charge du travail des prestataires. Néanmoins, comme relevé dans les recherches antérieures, les questions concernant la qualité de la césarienne telles que perçue par les femmes ayant bénéficié de la césarienne restent posées, car l'accessibilité et la qualité ne vont pas toujours de pair [6] et [7]. De plus, les données indiquent que dans la plupart des pays à revenu faible et moyen, peu d'études se sont intéressées à l'appréciation de la satisfaction des patients [8] et [9].

Gautier et al. [2] ont proposé un cadre conceptuel permettant d'analyser les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé. S'inspirant de ce cadre et à partir des déterminants de la satisfaction des patients tirés de la

littérature [3], [10] et [11], trois dimensions ont permis d'analyser la satisfaction des femmes par rapport à la prestation de la césarienne dans la région de la Kara au Togo. Il s'agit de l'accueil, des relations d'interaction entre les prestataires de soins et les femmes césarisées et de l'implication de ces dernières dans le processus décisionnel de la césarienne.

Utilisant une approche qualitative, l'étude a pour objectif de contribuer à une meilleure connaissance de la satisfaction des femmes concernant la prestation de la césarienne dans les structures de Soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) de la région de la Kara dans le contexte de la subvention de la césarienne.

CADRE DE L'ETUDE

L'étude s'est déroulée dans cinq (05) structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence Complet (SONUC) que sont les Centres Hospitaliers Préfectoraux (CHP) de Bassar et de Pagouda ; le Centre Hospitalier Régional (CHR) de Kara ; le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Kara et l'Hôpital Mère et Enfants SOS Kara et dans trois (03) structures de Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence de Base (SONUB) que sont le CHP de Niamtougou et les Centres Médico-sociaux (CMS) de Kabou et de Kétao. Le choix de ces structures a tenu compte du système de soins en prenant en compte au moins une structure par niveau (primaire, secondaire et tertiaire).

En termes de ressources humaines, l'effectif du personnel de santé de la région de la Kara en 2018 était de 1 557 agents dont 62 personnels médicaux, et 1 495 personnels paramédicaux et techniques répartis dans 154 formations sanitaires. La région ne disposait que de quatre (04) médecins gynécologues pour 231 236 femmes en âge de procréer tous exerçant à Kara, chef-lieu de la région dont deux (02) au CHU Kara, un (01) au CHR Kara et un (01) à l'Hôpital Mère et Enfants SOS

Kara). Pour suppléer au manque de gynécologues, les Techniciens Supérieurs de Santé (TSS) et les Techniciens Supérieurs d'Instrumentation Chirurgicale du Bloc (TSICB) réalisent aussi la césarienne par délégation de tâche.

METHODOLOGIE

Données

Les données sont issues des entretiens individuels semi directifs réalisés auprès des femmes ayant bénéficié d'une césarienne, des parents de ces femmes et auprès des prestataires de soins à l'aide des guides d'entretiens [12] conçus pour chaque type de répondant. Les entretiens se sont déroulés du 12 au 28 août 2019. Les guides d'entretien ont permis de recueillir les opinions des répondants sur l'accueil, les relations d'interaction entre les prestataires de soins et les femmes césarisées et l'implication de ces dernières dans le processus décisionnel de la césarienne. Concernant l'accueil, des données ont été saisies sur la disponibilité des prestataires, la courtoisie et le respect de la personne par ces derniers. Des informations ont été collectées sur la communication et le respect de la confidentialité par les prestataires afin de cerner les relations d'interaction entre ces derniers et les femmes césarisées. Les questions sur le respect du consentement éclairé ont permis de saisir l'implication des femmes dans le processus décisionnel de la césarienne. En plus, des caractéristiques sociodémographiques des personnes interviewées ont été recueillies : l'âge, la profession, le niveau d'instruction, la spécialité, le milieu de résidence et la religion.

Un choix raisonné a conduit à l'identification et à la sélection des cibles qui prend en compte l'hétérogénéité en termes des structures de santé et des profils des cibles [13].

Partant des données des registres d'accouchement des structures SONUC identifiées, les quatre premières femmes

par structure ayant bénéficié d'une césarienne au cours du premier semestre de l'an 2019, qui y résidaient au cours de la période de collecte et qui ont accepté participer à l'étude ont été interviewées. Cette période a été retenue afin de retrouver facilement les femmes et de limiter les erreurs de mémoire chez celles-ci. Pour les aspects sur lesquels la femme ne pouvait se prononcer et surtout du fait que généralement le conjoint ou d'autres membres de la famille sont impliqués dans le processus de prise de décision [14], les parents (un par structure SONUC) ont été interviewé parmi ceux qui ont assisté la femme pour la césarienne. Les entretiens avec les prestataires de soins des structures SONUB et SONUC ont permis de confronter leurs déclarations avec celles des femmes et leurs parents. Les prestataires sélectionnés sont ceux qui interviennent dans la réalisation de la césarienne (gynécologues, TSS et TSICB) et le suivi des femmes avant et après la césarienne (Sage-Femmes d'Etat).

Les entretiens ont été enregistrés en français et en langues locales (Ewé et Tèm) de façon anonyme. Les femmes ayant bénéficié de la césarienne et leur parent ont été interviewés à leur domicile après la sortie de l'hôpital, ce qui a permis de garantir la quiétude, la confidentialité et de réduire les biais de désirabilité social [10] tandis que les prestataires de soins ont été interviewés dans leur service respectif.

Au total, 38 entretiens semi directifs ont été réalisés avec 20 femmes césarisées, 5 parents de femmes et 13 prestataires de soins.

La principale limite de l'étude est relative à l'absence des données d'observation, ce qui n'a pas permis de confronter les propos et les comportements des différentes cibles enquêtées.

Traitement et analyse des données

Les enregistrements issus des entretiens ont été transcrits littéralement en français pour ceux réalisés en français et traduits

avant la transcription en français pour ceux réalisés en langues locales.

L'analyse de contenu [15] a permis de classer en diverses catégories les éléments des discours à travers la segmentation (verbatim), la catégorisation (satisfaction ou non) et la schématisation du sens (rapprochement ou opposition des avis par cible).

RESULTATS

Caractéristiques des enquêtés

Dix femmes (50%) sur vingt avaient un âge compris entre 25 et 34 ans, 7 (35%) sont âgées entre 15 et 23 ans et 03 (15%) ont un âge supérieur à 35 ans. Concernant le niveau d'instruction, 15 femmes (75%) avaient le niveau secondaire, 03 (15%) le niveau primaire, 01 (5%) le niveau supérieur et 1 (5%) était non scolarisée. Selon la profession, 17 femmes (85%) exerçaient dans le secteur informel (commerce, couture, coiffure), 01 (5%) était enseignante, 01 (5%) étudiante, et 01 (5%) élève. Onze (55%) femmes étaient musulmanes et 09 (45%) chrétiennes. Sur le plan obstétrical, 12 femmes (60%) ont bénéficié de la césarienne pour la première fois dont 08 (40%) pour leur premier accouchement.

Parmi les cinq parents interviewés, 02 étaient des belles-mères, 01 était mère, 01 était belle-sœur et 01 était beau-frère.

Parmi les 13 prestataires de soins interviewés, 08 étaient des Sage-femmes d'Etat, 04 des techniciens supérieurs de santé et 01 technicien supérieur d'instrumentation chirurgical du bloc.

Appréciation de l'Accueil des femmes césariées

En termes de disponibilité, selon les discours des femmes, les prestataires de soins n'ont pas toujours été disponibles

pour assurer leur prise en charge. Ceci est souvent la cause des retards dans la prise en charge des femmes et influence négativement leur satisfaction. Une femme relate son expérience en ces termes : « *Oui ! il y avait un retard. On avait dit qu'on va me faire (la césarienne), c'est à 7 h qu'on a pris la décision, mais j'étais là-bas en train de souffrir, il y avait un (prestataire de soins) seulement qui devait arriver mais, il a tardé, c'est à 9 h qu'il est arrivé et c'est à 10 h qu'on m'a fait ça* » (Femme césariée, 19 ans, élève). Selon les prestataires de soins, le système de garde à domicile¹ pratiqué par certains personnels impliqués dans la réalisation de la césarienne, notamment les gynécologues, les TSS, les TSICB et les anesthésistes explique ces retards. Ces retards sont surtout préjudiciables pour la prise en charge des femmes chez qui la césarienne doit être réalisée en urgence. Toutefois, lorsque la césarienne se réalise sans attente du fait que les prestataires soient immédiatement disponibles, les femmes en sont satisfaites.

Pour ce qui concerne la courtoisie, il est ressorti des entretiens que ce sont les parturientes qui manifestent de la courtoisie envers les prestataires de soins. En effet, la femme qui arrive dans une structure de soins, pour témoigner son respect à l'égard du travail du personnel soignant se met en position « d'infériorité ». Une femme césariée de 36 ans, commerçante le confirme en ces termes : « *C'est à nous les patientes d'aller vers eux et les saluer* ». En outre, il a été relevé que compte tenu de la charge élevée du travail et du nombre restreint de prestataires de soins, certaines femmes se font aider (pour s'installer ou se lever) par leur accompagnante et non par les prestataires de soins.

Compte tenu du sens de la courtoisie qui est manifestée par les femmes césariées

¹ Le système de garde à domicile consiste au fait que le prestataire, étant de garde, est

chez lui (domicile) et ne vient au centre que lorsqu'on l'appelle pour une urgence.

envers les prestataires de soins, ce critère n'est pas déterminant pour garantir la satisfaction des femmes. D'ailleurs dans les formations sanitaires, les femmes césarisées mettent les prestataires de soins en haut d'un piédestal et considèrent qu'elles doivent exprimer de la courtoisie envers ces derniers.

En ce qui concerne le respect des patientes par les prestataires de soins, il ressort des entretiens que ce critère est relativement respecté. En effet, les prestataires de soins ferment les portes des salles d'examen, interdisent les visites au cours de l'examen et couvrent les femmes à l'aide de pagnes ou de champs opératoires pour les transferts de la maternité vers le bloc opératoire. Ces attitudes ont pour but de préserver l'intimité des femmes. Cependant, les salles de travail et d'accouchement sont équipées de plusieurs tables/lits, séparés les uns des autres par des rideaux ou des paravents qui ne garantissent pas véritablement l'intimité des femmes entre elles, car elles peuvent s'entrevoir et s'entendre à travers ces barrières. Ceci est expliqué par un prestataire de soins en ces termes : « *Mais au niveau de la salle d'accouchement, s'il y a déjà une femme en travail, c'est ça qui est un peu compliqué. Il y a les rideaux qui séparent quand même, mais ce n'est pas suffisant* » (Prestataire de soins, 49 ans, sage-femme d'Etat). Par ailleurs, dans certaines situations, les prestataires utilisent un ton dur pour s'adresser aux femmes. Selon eux, c'est un moyen de pression pour obliger les femmes à collaborer et éviter ainsi des retards dans leur prise en charge. « *... c'est pour son bien-être, si on ne hausse pas le ton, elle va croire que c'est une petite affaire* » (Sage-femme d'Etat, 48 ans). Cette pratique qui paraît normale pour les prestataires de soins est humiliante selon les femmes.

Si la courtoisie n'est pas déterminante pour assurer la satisfaction des femmes, en revanche la disponibilité des prestataires de soins et le respect de la personne sont très

déterminants pour garantir leur satisfaction.

Analyse de la relation d'interaction prestataires de soins-femmes césarisées

Point de départ de toute interactions humaines, la communication a été effective. En effet, pour les césariennes prophylactiques, l'annonce de l'éventualité d'un accouchement par césarienne a été faite progressivement au cours des consultations prénatales et les femmes ont eu le temps de poser des questions de compréhension concernant la césarienne. Des explications ont également été données à celles qui n'ont pas posé de questions aux prestataires de soins concernant l'indication de la césarienne comme l'a attesté une sage-femme en ces termes : « *Oui, on explique, des fois même malgré qu'elles ne posent pas de questions, on leur explique* » (sage-femme d'Etat, 40 ans).

Par contre, pour ce qui concerne les césariennes réalisées en urgence, l'annonce est souvent faite lorsque les femmes sont déjà en travail et souffrent de douleurs, elles ne sont donc pas en mesure de poser des questions. Ainsi, elles consentent parfois hâtivement à la décision de la césarienne sans une préparation psychologique préalable comme l'explique un prestataire de soins. « *Mais, il y a certaines qui ont toujours l'espoir d'accoucher malgré qu'il y ait des complications ; on leur explique. ...C'est la situation qui l'oblige. Donc, quand on commence à expliquer, elles essuient leurs larmes et puis, finalement elles adhèrent à la décision et puis on fait la césarienne* » (Technicien supérieur de santé, 42 ans). Parfois, les prestataires font recours à un parent de la femme à qui ils expliquent les raisons de la décision de faire une césarienne. La communication entre les prestataires de soins et les femmes a été facilitée par l'usage d'un langage simple et accessible selon les prestataires de soins.

Un prestataire dit par exemple : « *Les termes qu'on utilise c'est le vernaculaire. Ce ne sont pas les gros mots. On explique ça terre à terre en termes clairs* » (sage-femme d'Etat, 39 ans).

Selon les femmes et leurs parents interviewés, les informations personnelles des femmes sont préservées facilitant les interactions entre les prestataires de soins et les femmes. Cependant, l'avis de la femme est demandé lorsqu'une autre personne doit être mise au courant de quelques informations que ce soit la concernant comme souligné dans les propos suivants d'un prestataire. « *Si elle te dit que non, je veux que ça reste entre toi et moi, c'est comme ça aussi ça va rester* » (Sage-femme d'Etat, 33 ans).

Appréciation de l'implication des femmes dans la prise de décision

L'obtention du consentement des femmes détermine leur satisfaction quant à la prestation de la césarienne. En effet, les femmes qui ont donné leur accord à travers un consentement éclairé avant la réalisation de la césarienne affirment ne pas avoir eu des complications après la césarienne. En revanche, celles qui n'ont pas pris part à la décision de la césarienne ont connues des suites opératoires émaillées de complications et sont insatisfaites de la césarienne. Une femme explique la raison de son insatisfaction concernant sa non-participation à la prise de décision et la conséquence sur son état de santé en ces termes : « *Ils n'ont pas demandé mon avis. C'est eux seuls qui ont pris la décision et ils m'ont fait le travail* (la césarienne). (...) *Ah ! Je vais dire la vérité. Le travail (césarienne) que j'ai subi là-bas, je ne suis pas contente. Parce que jusqu'aujourd'hui, je n'ai pas encore retrouvé ma santé* » (femme césarisée, 23 ans, couturière). La prise de décision de la

césarienne se fait soit sur demande de la femme partant de ses attentes et expériences, soit par les prestataires de soins en fonction des facteurs de risque ou de l'évolution du travail d'accouchement. Lorsqu'elle est partagée, la prise de décision rend compte de l'implication de la femme dans le processus de soins et elle est cause de satisfaction.

Les douleurs au cours de l'accouchement sont ressenties différemment par les femmes. En écoutant leurs consœurs raconter leurs expériences de l'accouchement en matière de douleurs, certaines femmes font le choix d'un accouchement par césarienne. Dès leur entrée en travail, elles proposent directement aux prestataires de soins de leur faire la césarienne car elles ne supporteraient pas les douleurs comme en témoigne les propos de ce prestataire : « *certaines sont plus satisfaites par rapport à la césarienne dans la mesure où elles veulent écourter la douleur. Elles se disent que bon, elles ne supporteraient pas la douleur...* » (Technicien supérieur de santé, 41 ans).

La subvention de la césarienne a amélioré son accessibilité financière aux femmes et à leur famille. Ceci a permis de réduire les conflits qui naissaient entre les prestataires de soins et les parents des femmes enceintes du fait des frais liés à l'achat du kit de césarienne. Ainsi, la subvention de la césarienne en soulageant les dépenses des femmes contribue à leur satisfaction. Depuis que la césarienne est subventionnée, ce sont parfois les femmes ou leurs accompagnants qui en font la demande. Cela est perçu comme une demande abusive par les prestataires de soins qui n'ont pas manqué de le souligner. « *Aussitôt elle vient là, oh ! Amène-moi faire césarienne. Vraiment, l'avènement de la césarienne gratuite² là aussi ... ça ne va pas aussi...* » (Sage-femme d'Etat, 33 ans).

² Il s'agit de la subvention et non de la gratuité

Toutefois, certaines femmes sont insatisfaites de la césarienne bien que les suites opératoires soient sans complication et que l'enfant soit également en bonne santé. Traditionnellement, l'accouchement par voie basse est considéré comme une valeur sociale. Pour ces femmes, le fait de ne pas avoir accouché par voie basse leur apparaît comme un échec, une faiblesse, une honte pour leurs parents de ne leur avoir pas transmis cette valeur comme l'a soulevé une femme césarisée : « *Oui, ça n'a pas été pris en compte (mes attentes), comme je suis rentrée là, je n'ai même pas senti la douleur, je suis sortie seulement* » (Femme césarisée, 19 ans, élève). Ainsi, quelle que soit le résultat, ces femmes sont souvent insatisfaites de la césarienne. En effet, le fait de supporter les douleurs de l'accouchement est perçu comme une valeur sociale par certaines communautés. Dès lors, certaines femmes aspirent accoucher par voie basse afin de préserver cette valeur sociale.

Les rumeurs qui circulent dans la communauté concernant la césarienne influencent la satisfaction des femmes quant à la césarienne. Par exemple les rumeurs sur le fait que la césarienne est un moyen de réduire la fécondité des femmes, créent la peur chez ces dernières et elles sont source d'insatisfaction si elles ne sont pas clarifiées avant la césarienne. Le fait que le nombre de césariennes possibles par femme soit limité crée également de la méfiance chez les femmes et leurs parents compte tenu du rôle social de l'enfant dans le contexte du Togo. Un prestataire de soins relate : « *les maris comme les femmes ont un certain nombre d'enfants qu'ils désirent. Etant donné qu'avec la césarienne les naissances sont limitées dans le temps, ça commence par créer problème, peut-être psychologiquement hein* » (Technicien supérieur de santé, 44 ans).

DISCUSSION

L'objectif de l'étude était de contribuer à une meilleure compréhension des déterminants de la satisfaction des femmes concernant la prestation de la césarienne dans la région de la Kara.

Accueil

L'accueil est un concept complexe, difficile à cerner et qui se prête à diverses interprétations. Cet article l'analyse à travers la disponibilité des prestataires de soins, la courtoisie des prestataires de soins envers les femmes et à travers le respect de la personne. Il est ressorti des discours recueillis auprès des interviewés que les prestataires de soins n'ont pas toujours été disponibles pour prendre en charge les césariennes réalisées en urgence. Mis à part les sage-femmes qui sont disponibles pour recevoir les femmes, l'indisponibilité des autres prestataires de soins a été source de retard dans leur prise en charge. L'absence de certains prestataires de soins a surtout été constatée les jours fériés, les weekends et les nuits. Dans leur étude menée au CHU Kara, Aboubakari *et al.* [16] ont trouvé que parmi les 77,8% des cas de césarienne référées, presque la totalité (77,4%) a été pratiquée en urgence. Ceci démontre l'importance que joue le service de garde dans la prise en charge des urgences obstétricales. L'insuffisance des ressources humaines en santé au Togo [5] pourrait expliquer le fait que les prestataires de soins fassent ce qu'ils ont appelé les "gardes à domicile" qui, en fait est une défaillance du système de santé. En effet, à cause de leur nombre réduit dans les structures SONUC, certains prestataires (gynécologues/TSS/TSICB) à défaut de pouvoir observer des gardes classiques avec présence effective dans le service, doivent se déplacer de leur domicile respectif vers la structure sur appel (en cas d'urgence) occasionnant des retards dans la prise en charge des césariennes d'urgence.

Cette pratique pourrait entretenir en partie le taux de mortalité maternel et néo-natale toujours à des niveaux élevés et cela suggère un renforcement en ressources humaines au profit des SONUC.

Les femmes ont déploré le manque de respect de leur intimité dans les salles d'accouchement qu'elles partagent avec d'autres femmes simultanément. Moalloum [17] avait également noté des plaintes de la part des femmes concernant les baies vitrées teintées dans les salles d'accouchement qui n'avaient pas apporté l'assurance du respect de leur intimité. Dans un contexte où les moyens sont limités comme au Togo avec un taux d'accouchement relativement élevé, il est difficile d'adapter les infrastructures aux attentes des femmes. Des discussions entre les prestataires de soins et les femmes enceintes sur ce sujet pourraient amener les femmes à revoir leurs attentes en fonction de la réalité.

Par ailleurs, le contexte d'urgence a souvent été source d'usage de ton dur pour s'adresser aux femmes au mécontentement de celles-ci. Bohren et al. [18] ont noté que les prestataires de soins dans leur interaction avec les femmes, usaient d'un ton désobligeant, ce qui mettait les femmes dans l'inconfort. Les prestataires de soins ont justifié cette attitude comme un moyen de pression pour contraindre les femmes qui ne coopèrent pas à comprendre l'urgence et ainsi obéir aux instructions.

Relations d'interaction prestataires de soins-femmes césarisées

La préparation psychologique de la femme est soulignée comme un facteur de satisfaction. Elle permet aux femmes d'amortir le choc émotionnel qui entoure l'acte chirurgical, de se préparer à supporter les douleurs postopératoires et les autres frais non pris en compte par la subvention. Elle permet aussi de clarifier les rumeurs qui circulent à propos de la césarienne. Ces rumeurs créent la peur et

ont été source d'insatisfaction lorsqu'elles n'ont pas été clarifiées avant la césarienne. Douaguibe et al. [19] ont trouvé dans leur étude sur l'acceptation de la césarienne au CHU Sylvanus Olympio à Lomé que lorsque le counseling des prestataires de soins à l'endroit des gestantes est adéquat, 70,8% des gestantes trouvent l'indication de la césarienne assez justifiée et elles l'acceptent.

Le résultat de la césarienne a également été un critère de satisfaction des femmes. Il témoigne de la qualité de la prise en charge. En effet, lorsque les suites opératoires de la femme sont sans complications et que l'enfant aussi est en bonne santé, la femme, quel que soit son projet de naissance préalablement établi, est satisfaite de la césarienne. Ces résultats sont similaires à ceux de Douaguibe et al [19] qui ont trouvé dans leur étude que 31,8% des gestantes acceptaient la césarienne pour sauver la vie de leur enfant. Lorsque la femme est prise en charge tôt pour une complication obstétricale, elle et le nouveau-né courent moins de risques de complications et la femme est satisfaite. La rapidité dans la prise en charge est un critère de qualité dans la gestion des complications obstétricales.

Dans l'interaction prestataires de soins-femmes césarisées, il a été rapporté que les femmes n'interagissaient pas en ne posant pas de question pour mieux comprendre leur situation. Cela est souvent lié aux attitudes des prestataires qui se présentent en posture de dominants-dominées. Cette situation annihile les désirs des femmes d'avoir des informations sur leur situation ou d'être éclairé sur leurs inquiétudes et angoisses. Une telle situation est préjudiciable pour une prestation de qualité nécessitant une certaine participation des femmes. Donner des explications aux femmes est un moyen pour communiquer avec celles-ci et permet d'établir une relation entre les prestataires de soins et les femmes. Nguyen Thi [3] et Moalloum [17] avaient trouvé dans leur étude que les

patientes étaient insatisfaites des explications reçues et de la manière dont les informations leurs étaient transmises. Porter et *al.* [20] ont conclu dans leur étude qu'une bonne communication pendant le travail d'accouchement (en dehors des contractions) ainsi que la préparation psychologique (l'éducation) aux problèmes liés à la césarienne peuvent réduire la détresse et améliorer la satisfaction des femmes en cas d'accouchement par césarienne.

La subvention de la césarienne par l'Etat a amélioré son accessibilité en réduisant les dépenses des femmes. La subvention des frais de la césarienne contribue à l'augmentation du taux de césarienne [21] et à la satisfaction des femmes qui en bénéficient. Amekoudi et *al.* [9] ont trouvé dans leur étude portant sur l'évaluation de la satisfaction des patients au centre d'hémodialyse du CHU Sylvanus Olympio que l'une des raisons d'insatisfaction des patients était le coût du kit pour la dialyse qui est élevé. Contrairement à nos résultats ceux de Douaguibe et *al.* [19] révèlent que la subvention de la césarienne n'était pas une raison de l'acceptabilité de la césarienne prophylactique par les gestantes au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. Ceci pourrait s'expliquer par le niveau socio-économique élevé des gestantes de Lomé comparé à celui des femmes de la région de la Kara.

Implication des femmes dans la prise de décision

Au cours des entretiens, il est ressorti que dans certains cas, les femmes césarisées n'ont pas donné leur approbation avant la réalisation de la césarienne. Ceci peut s'expliquer par la situation d'urgence dans laquelle se réalise la césarienne qui fait qu'il est difficile, voire impossible, d'obtenir le consentement des femmes.

La déception de la part des femmes césarisées est aussi à mettre au compte des perceptions de la césarienne. Celle-ci est

souvent perçue comme un échec de la femme à donner naissance naturellement et cela est dévalorisant pour la femme vis-à-vis de sa famille. En effet, dans certaines sociétés en Afrique, donner naissance par voie basse est un privilège pour la femme et sa famille [7]. Cette norme sociale qui persiste encore dans certaines sociétés traditionnelles peut expliquer l'insatisfaction des femmes quant à la césarienne. De même comme l'a souligné Moulin [22], la déception viendrait de la référence à un adage des livres saints où il est écrit « *tu enfanteras dans la douleur* ». La sensation de la douleur au cours des contractions de l'accouchement a poussé certaines femmes à faire le choix d'un accouchement par césarienne. Douaguibe et *al.* [19] avaient trouvé des résultats similaires où les anciennes césarisées semblent être plus favorables à la césarienne. En effet, selon les auteurs, ces femmes pour avoir eu une suite opératoire favorable au dernier accouchement par césarienne voudraient bien récidiver afin de vivre à nouveau la même atmosphère évitant ainsi les douleurs du travail d'accouchement. Cependant, supporter les douleurs de l'accouchement est perçu par certaines cultures comme une valeur sociale. Ainsi, certaines femmes aspirent plus accoucher par voie basse que par césarienne afin de préserver cette valeur sociale. Le défi est de sauver la vie du couple mère-enfant et en même temps tenir compte des attentes de la femme et quelques fois de sa famille ou de la société. Dans l'optique de la réduction de la mortalité maternelle, sauver la vie du couple mère-enfant devrait être la priorité tout en intensifiant le counseling afin de clarifier aux usagers les rumeurs sur la césarienne et ainsi améliorer leur satisfaction par rapport à la césarienne.

CONCLUSION

L'usage d'un langage simple et accessible lors des relations d'interaction entre les

prestataires de soins et les femmes est un élément déterminant de la satisfaction de ces dernières. Il est ressorti de l'analyse que l'usage quelques fois d'un ton désobligeant de la part des prestataires de soins en est un facteur d'insatisfaction des femmes. Les autres déterminants d'insatisfaction des femmes ayant bénéficié d'une césarienne sont la non

disponibilité des prestataires de soins, le faible respect de l'intimité des femmes, la non obtention de leur consentement et la non clarification des rumeurs sur la césarienne. L'observance de ce qui précède pourrait assurer la satisfaction des femmes face à la pratique de la césarienne en améliorant ainsi la qualité des soins.

BIBLIOGRAPHIE

- [1].OMS (2019)., La qualité des services de santé : un impératif mondial en vue de la couverture santé universelle. OECD Publishing. Repéré sur : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324737/9789242513905-fre.pdf>. Consulté le 06 décembre 2020.
- [2].Gautier L & Ridde V., "Les politiques visant la couverture sanitaire universelle et les perceptions de la qualité des soins de santé". Risquer la mort pour donner la vie, p. 75, 2017.
- [3].Nguyen TPL., "Satisfaction des patients hospitalisés en France et au Viet Nam". Thèse de doctorat. Université Henri Poincaré-Nancy 1, 2003.
- [4].Ministère de la Santé et de la Protection Sociale. Rapport annuel 2017 des activités de la Division de la Santé Maternelle et Infantile et de la Planification Familiale. Lomé, Togo, 2018.
- [5].Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, *Annuaire des statistiques sanitaires du Togo*, année 2018. Lomé, 2019.
- [6].Prual A., "La réduction de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement : théorie et pratique". *Médecine tropicale*, vol. 64, no. 6, pp. 569-575, 2004.
- [7].Beninguisse G, Haddad S, et Nikiema B., "L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique". *African Population Studies*, vol. 19, p. 251-274, 2004.
- [8].Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques et Démographiques, *Questionnaire des Indicateurs de Base du Bien-être 2015*. INSEED, Lomé, 2016.
- [9].Amekoudi EYM, Sabi KA, Dolaama B, Noto-Kadou-Kaza B, Tona KG, Attisso EA & Wateba IM., "Evaluation de la satisfaction des patients au centre d'hémodialyse du CHU SO". *Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, vol. 20, no 2, pp. 327-333, 2018.
- [10].Ramanah R, Dumont A, Schepens F, Traore M, Gaye A, Schaal JP & Rude N., "Satisfaction des soins obstétricaux : élaboration et validation d'une échelle de mesure de la qualité des soins". *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, vol. 42, no 7-8, pp. 477-482, 2014.
- [11]. Andaleeb SS., "Determinants of customer satisfaction with hospitals: a managerial model". *International Journal of health care quality assurance*, 6, pp. 181-187, 1998.
- [12]. Gauthier B., "Recherche sociale : De la problématique à la collecte des

- données”. Ed. 5. Presses de l'Université du Québec, pp 169-225, 2009.
- [13]. Pires A et al., “Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique”. La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques, pp. 113-169, 1997,
- [14]. Dugas M & Chaillet N., “Enquête qualitative sur la prise de décision en obstétrique : le choix du mode d'accouchement après césarienne”. Reflets, vol. 17, no. 2, pp. 77–100, 2011.
- [15]. Sabourin P., L'analyse de contenu. Recherche sociale de la problématique à la collecte des données, pp. 415-444, 2009.
- [16]. Aboubakari AS, Adama-Hondegla AB, Azoumah KD, M'Bortche BK, Logbo-Ake KE, & Akpadza K., “Influence, a cours terme, de la subvention sur le profil épidémiologique, clinique et pronostique des grossesses et accouchements par césarienne au nord du Togo : étude comparative de 520 cas”. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé, vol. 16, no 2, pp. 363-369, 2014.
- [17]. Moalloum TO., “Evaluation de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence à l'hôpital de la mère et de l'enfant de N'djaména-Tchad”. Mémoire de master professionnel en population et santé. Institut Supérieur des Sciences de la Population, Université de Ouagadougou, 2011.
- [18]. Bohren MA., Mehrtash H, Fawole B, Maung TM, Balde MD, Maya E, & Adeyanju AO., “How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys”. The Lancet, vol. 10210, no. 394, pp. 1750-1763, 2019.
- [19]. Douaguibe B, Fiagnon K, Ajavon D, Aboubakari AS, Ajavon E, & Akpadza K., “Acceptation de la césarienne prophylactique par les gestantes au chu Sylvanus Olympio de Lomé”. Journal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé, vol. 19, no. 2, pp. 437-443, 2017.
- [20]. Porter M, Van Teijlingen E, Chi Ying Yip L & Bhattacharya S., “Satisfaction with cesarean section: Qualitative analysis of open-ended questions in a large postal survey”. Birth, vol. 34, no. 2, pp. 148-154, 2007.
- [21]. Tonato-Bagnan JA., Hounkpatin B, Houkponnou-Ahouingnan F et al., “Impact de la gratuité sur la pratique de la césarienne à l'hôpital de Zone de Suru-Lere Cotonou Benin”. Journal de la Société de Biologie Clinique du Benin, vol. 24, pp. 94-97, 2016,
- [22]. P. Moulin., “Social representations of pain”. European journal of palliative care. Vol. 5, no. 3, pp. 92-96, 1998.