

Collaborations de Recherche Equitables sur la Pratique des Sages-Femmes : Exploration de l'Intégration de l'Aspiration Intra-Utérine Manuelle Réalisée par des Sages-Femmes Lors des Avortements Incomplets dans la Ville de Kinshasa, en République Démocratique du Congo

Kirsty Bourret, RM, PhD

McMaster University, Canada

Amélie Hien, PhD

Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Sylvie Larocque, RN, PhD

Université Laurentienne, Canada

Carol Hogue, MPH, PhD

Emory University, United States

Kalum Muray, RN, PhD

Université Laurentienne, Canada

Aurélie Thethe Lukusa, Sage-femme

Société Congolaise de la Pratique Sage-femme,

République démocratique du Congo

Abel Minani Ngabo, Sage-femme, MSc, doctorant

Institut Supérieur des Sciences Infirmières,

République démocratique du Congo

[Doi: 10.19044/esipreprint.3.2024.p159](https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2024.p159)

Approved: 05 March 2024

Posted: 07 March 2024

Copyright 2024 Author(s)

Under Creative Commons CC-BY 4.0

OPEN ACCESS

Cite As:

Bourret K., Hien A., Larocque S., Hogue C., Muray K., Lukusa A.T. & Ngabo A. M. (2024). *Collaborations de Recherche Equitables sur la Pratique des Sages-Femmes : Exploration de l'Intégration de l'Aspiration Intra-Utérine Manuelle Réalisée par des Sages-Femmes Lors des Avortements Incomplets dans la Ville de Kinshasa, en République Démocratique du Congo*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2024.p159>

Resume

Introduction : Les approches de collaboration transnationale sont un moyen de soutenir la recherche par et pour les sages-femmes. Cet article décrit une approche de recherche équitable de collaboration transnationale

avec l'Association des sages-femmes congolaises pour examiner l'intégration de l'aspiration manuelle intra-utérine par les sages-femmes à la suite d'une formation continue.

Méthodes : Un cadre d'équité pour la recherche collaborative a été employé pour le processus de recherche. La recherche a utilisé une approche méthodologique mixte de déviance positive pour identifier les sages-femmes qui ont pratiqué l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) après la formation et a exploré les facteurs favorables à cette pratique.

Résultats : Parmi les 102 sages-femmes, 34 % ont déclaré avoir pratiqué l'AMIU après leur formation lors d'un avortement incomplet. Les sages-femmes à déviance positive, celles qui pratiquaient l'AMIU, ont démontré et décrit plus de confiance et de compétence dans la pratique et l'enseignement de la procédure. Elles étaient plus disposées à s'identifier comme enseignantes, à surmonter les barrières interprofessionnelles pour enseigner l'AMIU aux autres prestataires, et à se positionner comme expertes dans les situations d'urgence en matière de soins après-avortement.

Conclusion : Les sages-femmes déviantes positives ont utilisé des stratégies au cours des urgences pour pratiquer l'AMIU en toute sécurité et ont augmenté la crédibilité des sages-femmes tout en diffusant des pratiques fondées sur des données probantes. Les programmes ultérieurs peuvent collaborer avec des sages-femmes déviantes positives en tant que vulgarisateurs courtiers de connaissances sur la diffusion de l'AMIU par des sages-femmes, ce qui peut améliorer l'accès à des soins reproductifs sûrs et respectueux.

Mot-cles: République démocratique du Congo ; Sages-femmes ; Avortement provoqué ; Avortement incomplet ; Recherche participative communautaire

Equitable Research Collaborations on Midwifery: Exploring the Integration of Midwife-Led Manual Intrauterine Vacuum Aspiration for Incomplete Abortions in the City of Kinshasa, Democratic Republic of Congo

Kirsty Bourret, RM, PhD

McMaster University, Canada

Amélie Hien, PhD

Université du Québec à Trois-Rivières, Canada

Sylvie Larocque, RN, PhD

Université Laurentienne, Canada

Carol Hogue, MPH, PhD

Emory University, United States

Kalum Muray, RN, PhD

Université Laurentienne, Canada

Aurélie Thethe Lukusa, Sage-femme

Société Congolaise de la Pratique Sage-femme,

République démocratique du Congo

Abel Minani Ngabo, Sage-femme, MSc, doctorant

Institut Supérieur des Sciences Infirmières,

République démocratique du Congo

Abstract

Introduction: Transnational collaborative approaches are a means of supporting research production by and for midwives. This article describes an equitable research approach to transnational collaboration with the Congolese Midwives' Association to examine the integration of manual intrauterine vacuum aspiration by midwives following a continuing education intervention.

Methods: An equity framework for collaborative research was applied throughout the research process (design, operationalisation and dissemination). The research used a positive deviance mixed method approach to identify midwives who practised manual vacuum aspiration (MVA) after training and explored enabling factors.

Results: Of the 102 midwives, 34% reported using MVA after training for incomplete abortion. Positive deviance midwives, those practising MVA, demonstrated and described more confidence and competence in practising and teaching the procedure. They were more willing to identify themselves as teachers, overcome inter-professional barriers in teaching MVA to

doctors, medical students, and other midwives, and positioned themselves as experts in post-abortion care emergencies.

Discussion: The results provided important insights into integrating post-abortion care by midwives in Kinshasa. Equity-based research collaborations help support the work of midwifery associations and advance the role of midwives in achieving abortion provision.

Conclusion: Positive deviant midwives used strategies during emergencies to safely practice MVA and increased the credibility of midwives while disseminating evidence-based practices. Future programs can work with positive deviant midwives as knowledge brokers on the diffusion of midwifery-led manual vacuum aspiration, which can improve access to safe and respectful reproductive care.

Keywords: Democratic Republic of the Congo; Midwifery; Abortion, induced; Abortion, incomplete; Community-Based Participatory Research

Introduction

Les complications médicales liées aux avortements non-sécuritaires sont une problématique de santé publique qui conduit à une augmentation de la mortalité des filles et des femmes (Lince-Deroche et al., 2019). Les décès attribuables à ces derniers constituent 5.1 à 17.2 % de l'ensemble des décès du continent africain (Glover et al., 2023). Le taux de mortalité maternelle en République démocratique du Congo (RDC) est l'un des plus élevés au monde (846:100 000) (MSP, 2014). Dans ce pays, les soins reliés aux avortements inadéquats entraînent des complications, souvent mal gérées; ce qui accentue la mortalité déjà très élevée (Glover et al., 2020; Ishoso et al., 2019).

En RDC, le cheminement des femmes vers l'avortement illégal est complexe et influencé par leur contexte culturel, familial et géographique (Lince-Deroche et al., 2019; Mulyumba et al., 2018; Ouedraogo et al., 2020). Avant 2018, la RDC avait l'une des lois les plus strictes contre l'avortement en Afrique subsaharienne. En ce moment, la ratification du Protocole de la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique rend caduc l'ancien Code pénal congolais en matière d'avortement. Grâce à cet amendement, l'exécution de l'avortement est permise si la femme est victime d'un viol ou d'une agression, ou si la grossesse met en danger sa santé mentale ou physique, sa vie ou celle du fœtus (DRC, 2018). Malgré ce changement, l'avortement demeure un sujet tabou et controversé. De plus, l'accès à l'avortement complet n'est pas encore universel et l'information relative à la ratification de ce protocole n'est pas encore accessible à l'ensemble du public. Bref, les normes culturelles et les services de santé doivent encore s'aligner sur les récents changements de loi.

En attendant, les filles et femmes sont poussées vers les avortements clandestins (Glover et al., 2023).

Une des stratégies pour améliorer l'accès aux soins sécuritaires après avortement consiste à former les sages-femmes selon les normes de santé mondiale. Il est établi que les sages-femmes peuvent fournir les soins complets d'avortement de manière autonome et en toute sécurité (WHO, 2022, Abortion Care Guideline). Les données empiriques concernant les avortements incomplets au premier et au deuxième trimestres suggèrent des résultats équivalents selon que la prise en charge est effectuée par les sages-femmes ou par les médecins (Atuhairwe et al., 2022). Cependant, d'autres recherches indiquent que les sages-femmes se heurtent à des défis lorsqu'elles intègrent cette compétence dans leur pratique (Mainey et al., 2020; Miller et al., 2002).

En RDC, les soins liés à l'avortement ne sont intégrés officiellement que depuis peu de temps dans le cadre du champ de pratique de la sage-femme. En avril 2017, la SCOSAF a réalisé une analyse situationnelle dans la ville de Kinshasa concernant la capacité des sages-femmes à offrir des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) (Bourret, 2017). Il en a résulté que 92% des 213 sages-femmes sondées n'étaient pas formées en l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) ni en soins après avortements (Bourret, 2017). Cependant, les sages-femmes étaient plus nombreuses que les médecins à recevoir les cas d'urgence, sans les compétences requises. Suivant le rapport de l'analyse et en collaboration avec le ministère de la Santé de la RDC, la première formation en SONU pour sage-femme a été créée. L'AMIU a dès lors été incluse dans cette formation ; ce qui a permis de former plus de 350 sages-femmes en AMIU. L'intégration des soins après-avortement dans la pratique des sages-femmes est un investissement qui peut permettre à la RDC d'améliorer les résultats relevant de la santé maternelle (Fullerton et al., 2018). Pour cette raison, la SCOSAF a entamé une collaboration de recherche transnationale pour comprendre comment les sages-femmes ont pu intégrer l'AMIU et se servir de cette information afin de mieux les soutenir dans leur pratique. L'objectif de la collaboration de recherche était d'explorer l'intégration de l'AMIU dans les soins après-avortement par des sages-femmes congolaises à la suite d'une formation continue.

Les recherches menées par les sages-femmes et leurs associations renforcent la capacité de la profession à établir la crédibilité et la visibilité nécessaires pour faciliter l'avancement de la profession et l'amélioration de la santé et des droits sexuels et reproductifs (Mattison et al., 2021). Cependant, il existe beaucoup d'embûches qui empêchent les sages-femmes d'accéder aux ressources utiles à la production de données probantes.(Mattison et al., 2023; Nabirye et al., 2018). Dans les régions

d'Afrique du Sud et d'Afrique de l'Est, en particulier, les sages-femmes ont plus de difficultés à accéder au soutien et à la formation nécessaires pour mener et publier des recherches évaluées par des pairs que dans d'autres régions (Nabirye et al., 2018; Sun et al., 2016).

Les approches de recherche collaboratifs sont un moyen de promouvoir la recherche par et pour les sages-femmes en Afrique et sont aussi un moyen de renforcement des capacités de recherche des sages-femmes (Mattison et al. 2020). Les investissements pour les chercheurs sages-femmes et infirmiers basés en Afrique sont également nécessaires pour assurer des partenariats équitables entre l'Afrique et l'Occident. Les causes des déséquilibres de pouvoir dans ces partenariats sont liées aux écarts de ressources économiques et académiques (Boum Ii et al., 2018). Une communication claire et précoce, le mentorat et le recours à des priorités alignées sont autant de mécanismes importants qui favorisent l'équité et renforcent le développement basé en Afrique (Boum Ii et al., 2018). Il existe des cadres qui permettent d'atténuer certains de ces enjeux et qui, de manière générale, encouragent les équipes à envisager la mise en œuvre de pratiques équitables dans le processus de recherche (Boum Ii et al., 2018; Murphy et al., 2015). À partir de ce travail, l'équipe a pu créer son propre cadre d'équité décrivant son processus (Figure 4).

Cet article décrit la collaboration de recherche transnationale entre des collègues d'une université canadienne (Université Laurentienne) et la SCOSAF pour générer des données concernant l'intégration des soins après avortement par leurs membres. Les détails de ce processus seront élaborés afin de démontrer les mesures prises pour atténuer les iniquités et maximiser les retombées pour l'association ainsi que pour les sages-femmes en RDC. Par la suite, nous discuterons des leçons tirées de ce processus, en l'occurrence, les résultats obtenus ainsi que leurs implications pour promouvoir les soins après-avortement prodigués par les sages-femmes en RDC.

Méthodes

Équipe de recherche et réflexivité

Notre recherche est née d'un partenariat existant entre l'auteur principale, sage-femme et membre du corps professoral de l'Université Laurentienne, Canada et la SCOSAF, RDC. À la suite de la décision de mettre sur pied un projet de recherche, ces dernières ont déterminé, ensemble, les rôles et les responsabilités de chacune dans la collaboration. Une entente de collaboration a désigné la SCOSAF comme responsable de la mise en œuvre de la recherche. Ensuite, l'équipe de recherche a été structurée. Pour la SCOSAF, la visibilité de ses projets via ses partenaires et le Ministère de la Santé était essentielle pour renforcer son profil et sa

crédibilité en tant qu'organisation professionnelle. L'équipe de recherche avait donc deux composantes importantes: la constitution (1) d'un comité de concertation composé des membres du secteur ministériel et du secteur privé et (2) d'une équipe de chercheurs transnationale comprenant des sages-femmes ainsi que des membres de la SCOSAF.

L'intégration des parties prenantes dans la recherche est considérée comme un moyen d'établir la confiance et sa vulgarisation locale (Mertens, 2021). Notre comité était composé d'experts gouvernementaux et non-gouvernementaux en matière d'avortement. Ce comité nous a fourni des conseils à plusieurs reprises au cours du processus de recherche, notamment en ce qui concerne l'approbation du comité d'éthique à Kinshasa, la conception de la recherche, le développement des instruments de collecte de données, l'analyse des données ainsi que la validation et la diffusion des résultats.

Concernant l'équipe transnationale, une caractéristique essentielle des chercheurs lors des recherches concernant l'avortement est le niveau de leur investissement et la compréhension du sujet des avortements clandestins (Gipson et al., 2011). Tous les membres de l'équipe étaient automatiquement interpellés par la question de l'avortement et de la mortalité maternelle en RDC. Concernant les chercheurs congolais, leurs connaissances du terrain de recherche a été une contribution inestimable à la validité de la conception de l'étude, à sa mise en œuvre et à sa diffusion. Dans notre approche d'équité, nous avons fortement considéré comment cette recherche influencerait la capacité et les carrières des chercheurs congolais (Boum Ii et al., 2018).

Conception de l'étude et méthodologie

Pour atteindre l'objectif de notre étude, nous avons recouru à une méthode mixte avec études de cas comparatives de Creswell (figure 1) (Creswell & Clark, 2017). L'approche de la déviance positive (DP) a été choisie et approuvée comme cadre de référence (Mertens et al., 2016).

La mise en application de l'approche de la DP exige que les chercheurs travaillent en étroite collaboration avec une communauté pour identifier une problématique, par exemple les embûches à l'intégration de l'AMIU et, par la suite, apprendre de ceux qui ont surmonté les obstacles avec leurs propres stratégies (Rose & McCullough, 2017). La justification d'une approche déviante positive de l'intégration de l'AMIU est qu'elle vise à expliquer les actions des quelques personnes qui créent des solutions lorsqu'elles sont confrontées à un problème ou à l'adversité. Leurs solutions

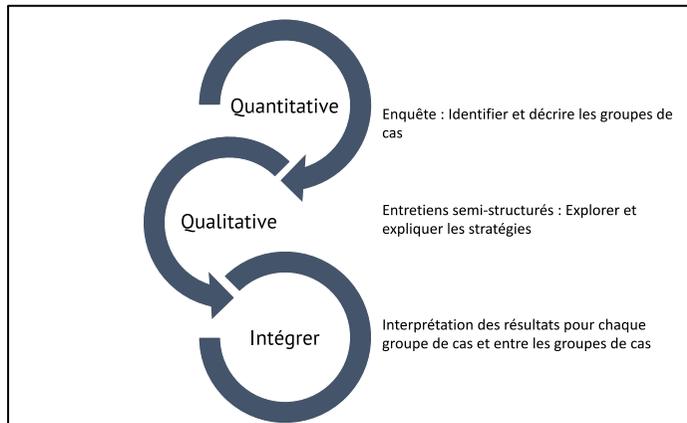


Figure 1. Étude méthode mixte

peuvent ensuite être organisées et rendues accessibles aux autres. Nos questions de recherche ont été approuvées par le SCOSAF et le comité de concertation : Quelles sont les sages-femmes déviantes positives qui ont intégré l'AMIU dans leur pratique après la formation ? Quels sont les stratégies et les facteurs qui ont facilité l'adoption de cette compétence ? Comment ces sages-femmes se comparent-elles à celles qui n'ont pas intégré l'AMIU ? Selon les experts en DP, une approche de recherche ayant recours à des méthodes mixtes est recommandée (Rose & McCullough, 2017). L'équipe voulait également une démarche qui permette d'intégrer des méthodes quantitatives et qualitatives pour décrire les sages-femmes déviantes positives (DP) et celles non positives (Creswell & Clark, 2017).

Sélection des participants

Le comité de concertation a approuvé le processus et a participé au recrutement des participants en collaboration avec les chercheurs congolais et le personnel administratif de la SCOSAF. Les sages-femmes considérées comme éligibles pour l'étude avaient suivi, entre septembre 2017 et mars 2018, une formation de 7 jours sur les SONU facilitée par SCOSAF. Au cours de cette formation, 350 d'entre elles ont été formées dans les neuf principales zones de santé de la province de Kinshasa.

Taille de l'échantillon

Pour l'enquête quantitative, une proportion estimée à 5 % des sages-femmes congolaises pratiquant l'AMIU a été utilisée pour calculer la taille de l'échantillon. Cette estimation a été justifiée par les obstacles à l'intégration de l'AMIU fréquemment signalés lors des précédentes évaluations post-formation des sage-femmes (Tessier, 2018). La taille minimale de l'échantillon pour une prévalence de 5 % avec un niveau de confiance de 95 % était de soixante-douze sages-femmes. Dans le cas où la prévalence de

l'AMIU serait plus faible que l'hypothèse retenue, nous visions le recrutement de cent sages-femmes pour l'enquête.

Définition des cas et recrutement

Le nombre de sages-femmes DP (cas) devait être peu élevé. Par conséquent, le groupe de cas était lié au comportement déviant, c'est-à-dire à la pratique de l'AMIU, une fois ou plus, depuis la formation de la SCOSAF. Le groupe de cas de déviants non positifs a été défini comme étant constitué des sages-femmes formées qui n'avaient pas pratiqué l'AMIU depuis la formation.

La conception de notre étude a nécessité une approche d'échantillonnage à plusieurs étapes pour le recrutement. Pour la phase quantitative, l'échantillonnage était ciblé. Pour s'assurer d'obtenir le maximum de sages-femmes pratiquant l'AMIU, les chercheurs congolais ont dressé une liste des établissements hospitaliers dont ils ont la certitude qu'ils pratiquent l'AMIU (Rose & McCullough, 2017). L'équipe a pris en compte les caractéristiques des établissements de santé pour assurer une représentation d'environnements de travail diversifiés. Par la suite, toutes les sages-femmes qui ont assisté à la formation et qui travaillaient dans ces établissements ont été invitées à participer. Pour contrebalancer le recrutement, des sages-femmes formées travaillant dans des hôpitaux où il existait des obstacles connus à la pratique de l'AMIU ont également été contactées (Rose & McCullough, 2017). Les sages-femmes ont été contactées par téléphone et invitées à participer à la recherche par le personnel de la SCOSAF qui possédait une base de données répertoriant toutes les numéros de contacts des membres formées. Un script de recrutement et un petit volet de formation ont été fournis au personnel de la SCOSAF.

À la suite de la phase quantitative, l'échantillon pour la phase qualitative a été sélectionné. Pour le groupe de cas des sages-femmes DP, nous avons choisi les participants selon les différents degrés d'intégration de l'AMIU (une fois seulement, chaque mois, etc.). Le groupe de cas des sages-femmes non DP (comparatif) a été sélectionné ensuite pour correspondre aux caractéristiques démographiques et professionnelles du groupe de cas des DP. Les données qualitatives ont été recueillies par l'équipe de recherche locale en lingala ou en français, selon la préférence des participantes, et dans un cadre neutre et privé. Les entretiens ont été enregistrés par audio et transcrits par les chercheurs congolais.

Collecte des données

Le but de l'enquête quantitative était d'identifier les sages-femmes pratiquant l'AMIU et de déterminer les facteurs associés à leur pratique de l'AMIU. Nous avons donc cherché à structurer notre outil pour qu'il

représente les facteurs attestés et associés à la prestation de soins après-avortement. Les catégories de facteurs pris en compte sont : expériences cliniques de l'AMIU, confiance pour pratiquer et enseigner l'AMIU, type et quantité de formation continue, les caractéristiques professionnelles, l'environnement de travail, les perceptions des barrières pour pratiquer l'AMIU ainsi que les valeurs associées à la pratique de la sage-femme et aux soins après-avortement(Clark et al., 2010; Rehnström Loi et al., 2015; Sundaram et al., 2015). Il n'y avait pas d'outil quantitatif connu par les chercheurs permettant la collecte des données spécifiques à tous les facteurs susmentionnés. Pour guider l'élaboration de notre questionnaire, nous nous sommes fiés aux conseils du comité de concertation afin de créer un outil quantitatif en nous basant sur des outils préexistants en RDC et ailleurs (notamment le Ghana)(Clark et al., 2010; Santé, 2018; Turner et al., 2018).

À la suite de l'enquête quantitative, les participants ont été divisés en deux groupes de cas: les DP (sages-femmes qui ont pratiqué l'AMIU depuis la formation continue) et les comparateurs (sages-femmes qui ne l'ont pas pratiquée). Pour chacun de ces groupes, nous avons sélectionné des participants à interroger pour la partie qualitative de l'étude. Le questionnaire d'entretien qualitatif a été conçu pour permettre aux participantes de partager plus en détail les facteurs internes et externes qui influencent leurs pratiques de l'AMIU. Par exemple, certaines questions ont été formulées pour encourager les participantes à décrire des histoires d'urgences après-avortement et à expliquer comment et pourquoi elles ont agi dans ces situations. Pour rendre le protocole d'entretien qualitatif valide et adéquat pour le contexte de l'avortement en RDC, nous avons implémenté la collaboration continue avec la SCOSAF et les parties prenantes(Gipson et al., 2011). Nous avons aussi tenu compte du contenu linguistique et de la terminologie de ce protocole d'entretien qui a été modifié et approuvé par le comité local des parties prenantes, puis revu par l'équipe de recherche pour en assurer la compréhension et pour s'assurer que celui-ci soit culturellement approprié(Mertens, 2021).

Étant donné que l'objectif principal de la recherche était l'intégration de l'AMIU dans la pratique des sages-femmes, les chercheurs congolais, qui sont aussi des sages-femmes en service, étaient bien reconnus par les participantes et ils comprenaient la réalité vécue par ces dernières. Par exemple, ils ont été témoins de décès dus à des avortements clandestins et ils comprenaient la frustration et le choc de ne pas avoir les compétences, durant une urgence après-avortement, pour sauver une vie. Même si une équipe de chercheurs si attachée au sujet pouvait être considérée comme en potentiel conflit d'intérêts, sa présence a créé un environnement de confiance pour obtenir des données valides.

Stratégie d'analyse

Les chercheurs congolais ont traduit et transcrit tous les entretiens et, avec l'équipe, ont codé les cinq premières transcriptions pour en assurer la validité. Les deux chercheurs qui parlaient lingala (AA, AL) ont validé, chacun, la traduction du lingala au français de l'autre pour en assurer la précision. Toujours en respectant le guide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) concernant les meilleures pratiques en matière de traduction, les chercheurs congolais ont créé le processus suivant : chaque chercheur a traduit l'interview de l'autre indépendamment et les deux chercheurs ont comparé ensuite leurs traductions pour en vérifier l'exactitude (WHO, 2022). Les entretiens menés en français ont été codifiés comme tels.

La théorie des innovations de Roger fournit un cadre à partir duquel on peut analyser ces facteurs complexes et expliquer comment les sages-femmes DP se sont prévaluées d'accéder aux outils requis pour performer cette compétence (Rose & McCullough, 2017). Nous avons utilisé les trois groupes de concepts de base de Rogers comme cadre pour l'analyse et l'intégration des données : 1) les perceptions de l'innovation ; 2) les caractéristiques des individus qui adoptent ou non l'innovation ; et 3) le contexte dans lequel l'innovation est introduite (Rogers, 2003). Dans ce cadre, des thèmes spécifiques ont émergé des données, reflétant à la fois les approches descendantes et ascendantes (Rose & McCullough, 2017). L'intention de notre conception de l'étude était d'intégrer les différentes méthodes afin de comprendre les caractéristiques des individus déviants positifs et d'identifier leurs stratégies. L'analyse des données pour chaque source de preuve s'est faite séparément avant l'analyse des groupes de cas (Creswell & Clark, 2017).

L'intégration des données s'est faite en trois points : Le premier point impliquait l'analyse de : 1) les résultats de l'enquête entre les groupes de déviants positifs et les comparateurs ; 2) les résultats qualitatifs des entretiens entre les deux groupes ; et 3) une comparaison côte à côte des résultats des deux sources de données pour localiser les convergences ou les divergences tout en explorant les facteurs associés aux comportements déviants positifs. Deuxièmement, l'intégration a eu lieu lorsque les résultats de chaque thème ont été comparés entre les groupes. Troisièmement, pour l'interprétation finale, les deux analyses ont été comparées parallèlement afin de déterminer les convergences et les divergences.

Considérations éthiques

Nous avons obtenu l'approbation éthique du Comité national d'éthique de l'École de santé publique de Kinshasa (#ESP/CE/088/2019), en République démocratique du Congo, et du Comité d'éthique de la recherche (#6017245) de l'Université Laurentienne, au Canada.

Les chercheurs congolais ont veillé à ce que le processus de consentement soit compris par les participants avant toute collecte de données. Avant de signer le formulaire de consentement, les sages-femmes recevaient des explications orales de la part des chercheurs multilingues sur le contenu de celui-ci. Tous les formulaires de consentement comportant des identifiants et des données brutes ont été gérés par la chercheuse canadienne et conservés au Canada selon les directives des comités de déontologie. Pour atténuer l'inconfort des participantes en discutant de l'avortement, les chercheurs ont formé le personnel de la SCOSAF pour qu'il puisse mener un

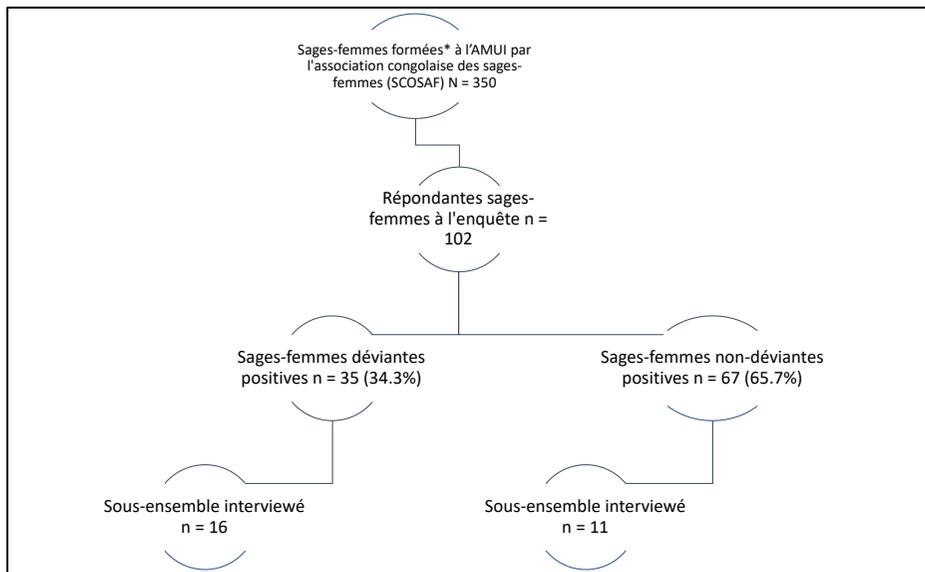


Figure 1. Participants à l'étude

processus de recrutement confidentiel. Ils ont également prévu le temps nécessaire pour expliquer oralement le formulaire de consentement dans la langue préférée de la sage-femme (lingala, français, tshiluba, swahili) au moment de la collecte des données (Gipson et al., 2011).

Résultats

Les résultats complets de l'étude sont présentés dans la publication s'y rapportant (Bourret et al., 2020). Au total, cent deux ($n = 102$) sages-femmes ont participé à l'étude. Trente-cinq (35) des 102 participantes avaient pratiqué l'AMIU depuis leur formation (34,3 %). Parmi ces sages-femmes, 21 (20,6 %) l'appliquaient pour la première fois et 14 (13,7 %) avaient amélioré leur technique depuis la formation (Figure 2).

Résultats de l'étude de cas

Un sous-ensemble de vingt-sept (27) participants a été interrogé. Nous avons atteint la saturation avec 16 déviants positifs et 11 comparateurs. Aucun déviant positif potentiel n'a refusé d'être interrogé, mais 11 comparateurs sélectionnés pour les entretiens n'ont pas pu être joints en raison de changements dans leurs coordonnées. Tous les comparateurs contactés ont accepté de participer.

Les thèmes généraux des résultats sont classés en trois catégories : perceptions de l'AMIU, confiance et compétence et contexte du lieu de travail. Pour résumer, les sage-femmes DP étaient plus susceptibles d'être d'accord avec le constat que les soins après l'avortement sont une responsabilité des sages-femmes, et ont démontré davantage de confiance et de compétence pour pratiquer et enseigner l'AMIU. Pour le troisième thème, l'accès à l'équipement de l'AMIU était une barrière significative à la pratique pour les comparateurs.

Bien que les relations interprofessionnelles causaient certaines barrières à la pratique en général, les sages-femmes DP étaient plus aptes à surmonter les obstacles interprofessionnels en enseignant l'AMIU aux médecins et aux étudiants. Ce groupe de cas DP se positionnait essentiellement comme expert lors des urgences après-avortement. En effet, l'urgence après-avortement est devenue le moment critique qui incite les DP à initier l'AMIU. De ce fait, l'urgence constitue une occasion permettant aux DP de gagner plus de confiance et de convaincre leurs collègues à apprendre la technique AMIU. Par la suite, leurs collègues continuaient à solliciter leur expertise et, dans bien des cas, certaines sages-femmes évoluaient jusqu'à atteindre le statut d'expertes de l'AMIU, dans leur environnement de travail. La figure 3 représente une proposition de modèle expliquant comment la sage-femme DP surmonte les obstacles professionnels et contextuels pour intégrer l'AMIU et obtenir la confiance des médecins.

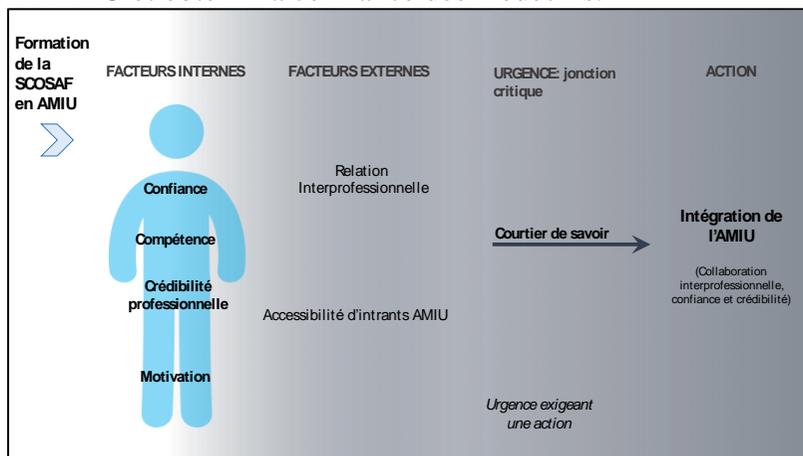


Figure 2. Processus d'intégration de l'AMIU chez les sages-femmes déviantes positives

Selon notre modèle, les sages-femmes DP étaient guidées par leur motivation interne et leur croyance au rôle important à jouer, comme sage-femme, dans les soins après-avortement. Par conséquent, les stratégies consubstantielles employées par les sages-femmes DP dépendaient de leur capacité à réagir en situation d'urgence et de reconnaître le moment propice pour enseigner l'AMIU à leurs collègues.

Discussion

Notre recherche permet de mieux comprendre comment les sages-femmes formées à l'AMIU ont défié et surmonté les barrières interprofessionnelles en se positionnant stratégiquement dans une situation d'urgence clinique, en prenant un risque calculé pour sauver des vies. Les DP se sont positionnées comme des intermédiaires de connaissances, promouvant la pratique de l'AMIU auprès de leurs pairs, pratique qui, en passant, est encore peu courante en RDC. Ce contexte démontre subtilement la compétence de la sage-femme après un avortement, notamment en situation d'urgence. Dans des contextes similaires à celui de la RDC, il a été démontré que les intermédiaires de connaissances réussissaient à diffuser des informations grâce à leur capacité à rechercher activement des occasions de démontrer une pratique fondée sur des preuves, à établir des réseaux et des relations, et à s'adapter au contexte immédiat (Norton et al., 2021). De même, les DP ont été poussées par leur motivation interne et leur croyance en la profession de sage-femme et dans les droits sexuels et reproductifs. Elles avaient acquis la confiance nécessaire pour s'adapter et développer plus de créativité face aux situations d'urgence. Ainsi, ils pouvaient agir rapidement et surplomber avec beaucoup de discernement, les normes professionnelles. Subséquemment, la profession de sage-femme gagnait plus de reconnaissance et de crédibilité sans inquiéter les autres prestataires de services.

Cette approche axée sur la solution ou la DP est importante sur le plan méthodologique, car elle permet de comprendre le transfert des tâches sous un angle particulier. L'approche DP a permis d'identifier des solutions pragmatiques pour surmonter les barrières professionnelles à l'intégration de l'AMIU. Ces barrières sont déjà bien documentées. Par exemple, le partage d'une compétence au-delà des frontières professionnelles traditionnelles a remis en cause les structures hiérarchiques (Homer et al., 2022; Mainey et al., 2020) mais il subsiste une résistance médicale et une méfiance à l'égard de la capacité des sages-femmes à gérer les soins liés à l'avortement (Fullerton et al., 2011; Mainey et al., 2020). Nos résultats montrent comment les sages-femmes ont surmonté ces défis interprofessionnels en se concentrant sur leurs solutions. Les sages-femmes DP se positionnaient comme des accompagnatrices en cas d'urgence, ce qui leur permettait de transcender momentanément les structures patriarcales

traditionnelles de leur établissement et de leur système de santé. Cette approche non menaçante était acceptable pour leurs collègues médecins à ce moment-là. À la suite de cet événement, les sages-femmes sont devenues non seulement des mentors mais, dans certains cas, des expertes dans leur établissement.

En outre, le modèle théorique de la sage-femme déviante positive est basé sur des idées provenant des sages-femmes congolaises. L'approche collaborative fondée sur l'équité a fourni à la SCOSAF des informations essentielles qui profiteront à la profession de sage-femme dans le contexte des soins après-avortement dans le pays. Ce modèle pourrait être testé afin de soutenir les autres sages-femmes congolaises à pratiquer l'AMIU. En mettant en œuvre une approche de recherche équitable, notre collaboration a remis en question les structures traditionnelles et inégales du partenariat en recherche. À partir de notre approche équitable, notre équipe a pu concevoir un cadre représentant notre expérience (Figure 4). Les boîtes de la figure illustrent la façon dont nous avons mis en œuvre une collaboration équitable au cours de la conception de notre recherche, de sa mise en œuvre et de la dissémination de ses résultats. La flèche sous la figure illustre qu'en mettant en œuvre des actions d'équité, on renforce la confiance dans l'équipe et les parties prenantes, la validité de la recherche et l'applicabilité des résultats au niveau local.

Cependant, cette approche comporte des défis qui méritent d'être mentionnés (Mertens, 2021). Les relations de recherche équitables demandent du travail et du temps, car il faut que les experts extérieurs sortent des sentiers battus et remettent en question les systèmes actuels qui encouragent des résultats et des changements rapides à court terme et qui ne sont pas nécessairement les priorités régionales chez les autres experts.

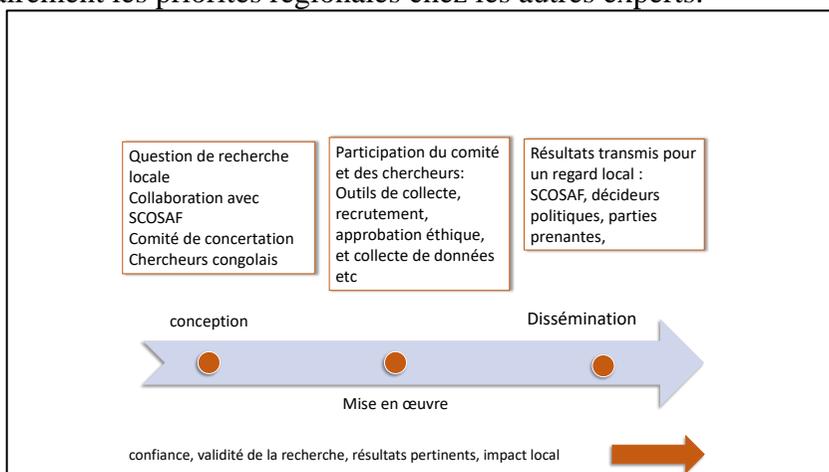


Figure 3. Cadre d'équité pour une collaboration de recherche transnationale

Un des points forts de notre étude est la contribution substantielle qu'elle a apportée à la profession de sage-femme en RDC. À notre connaissance, il s'agit de la toute première étude qui explore la manière dont les sages-femmes ont intégré l'AMIU aux soins après-avortement dans leur pratique en RDC. La SCOSAF dispose maintenant des données nécessaires pour étayer les soins après-avortement au sein de leurs membres et plus spécifiquement dans la manière dont ils forment et encadrent les sages-femmes dans les milieux de travail.

La principale limite de notre étude est due à la pandémie de coronavirus. Les restrictions en matière de voyage ont nécessité une adaptation à l'étape finale de l'étude. Plutôt que de recourir à un groupe de discussion pour la validation, les résultats ont été partagés par voie électronique aux parties prenantes. Une autre limite est que 50 % des comparateurs potentiels n'étaient pas joignables pour les entretiens. Cela pourrait être dû au retard pris pour contacter ce groupe de cas pour des entretiens, car les deux chercheurs congolais avaient été déployés dans les zones rurales du pays pour enseigner les techniques d'urgence obstétricales et néonatales. La disponibilité des chercheurs pour interroger les participants a également entraîné des retards dans la collecte des données.

Conclusion

Cet article a présenté une collaboration de recherche transnationale avec une association de sages-femmes en RDC, recherche qui visait à améliorer la compréhension de l'intégration de l'AMIU dans les soins après-avortement prodigués par les sages-femmes. Le processus de collaboration a été déterminé dès le début de la recherche et adapté au contexte local en RDC pour maximiser la validité de nos résultats. Notre recherche a montré que la formation au sein de la SCOSAF augmente non seulement la connaissance sur cette pratique, mais aussi la confiance et la motivation des sages-femmes pour intégrer l'AMIU dans leur pratique. De ce fait, ces résultats peuvent servir à renforcer le rôle des sages-femmes dans le domaine des soins après-avortement.

Une approche équitable dans la collaboration en recherche remet en question les procédures traditionnelles et oppressives. Cette approche est importante, car elle accorde de la valeur et de l'importance aux personnes et aux systèmes que les chercheurs et les bailleurs de fonds externes s'efforcent de soutenir. De plus, l'approche remet en question les causes profondes de l'inégalité dans le domaine de la recherche internationale. Pour mettre en œuvre cette approche, il est plus que jamais crucial que les chercheurs occupant des positions privilégiées fassent entendre les voix de leurs collègues, notamment celles des sages-femmes et des associations de sages-femmes.

Remerciements

Nous remercions Ambrocckha Kabeya, sage-femme et ancien président de la Société congolaise de la pratique sage-femme (SCOSAF), pour ses conseils techniques et pour avoir apporté son soutien tout au long du processus de recherche au nom de la SCOSAF. Nous remercions les membres de notre comité de parties prenantes, la défunte Mme Henriette Eke Mbula, ancienne conseillère sage-femme de pays (UNFPA) ; le Dr Victor Muela Difunda, vice-président de la Société congolaise de gynécologie et d'obstétrique (SCOGO) ; Guy Mukumpuri Aniaka, PNSR, Ministère de la Santé ; Dr Mbumba Kinsanku, CUSO RDC ; Dr Milan Milambu Kaluila PNSR, Ministère de la Santé ; et Dr Jean-Claude Mulunda Director du Pays, IPAS RDC.

Études humaines

Dans un premier temps, cette étude a été soumise et approuvée au Comité d'éthique de l'Université Laurentienne (#6017245). Pour obtenir les approbations régionales pour conduire cette recherche en RDC, l'étude a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche de l'École de santé publique de Kinshasa (ESP/CE/088/2019).

Financement

Cette recherche a été financée en partie par le Fonds de recherche de l'Université Laurentienne. Les bailleurs de fonds n'ont joué aucun rôle dans la conception de l'étude, la collecte et l'analyse des données, la décision de publier ou la préparation du manuscrit.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir d'intérêts concurrents.

Disponibilité des données

Les ensembles de données générés et/ou analysés au cours de la présente étude ne sont pas accessibles au public, car ils appartiennent strictement à l'Association des sages-femmes congolaises (SCOSAF) mais sont disponibles auprès de l'auteur correspondant sur demande raisonnable.

Contributions de l'auteur

KB a conçu le plan d'étude avec la collaboration de la SCOSAF et de ses superviseurs d'étude doctorale SL et AH. KB a coordonné la collecte et l'analyse des données. SL et AH ont supervisé tous les aspects de la recherche. CH et KM ont apporté leur expertise en matière de contenu et ont revu la proposition, les outils de collecte des données et l'analyse. KM a apporté son soutien au comité consultatif dans le pays. AL et AM ont

contribué à la conception de la recherche en RDC, à la proposition et à l'approbation éthique. Ils ont coordonné et réalisé la collecte et la transcription des données et validé l'analyse des données. Tous les auteurs ont approuvé le manuscrit final.

Références :

1. Atuhairwe, S., Byamugisha, J., Kakaire, O., Hanson, C., Cleve, A., Klingberg-Allvin, M., . . . Gemzell-Danielsson, K. (2022). Comparison of the effectiveness and safety of treatment of incomplete second trimester abortion with misoprostol provided by midwives and physicians: a randomised, controlled, equivalence trial in Uganda. *The Lancet Global Health*, *10*(10), e1505-e1513. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X%2822%2900312-6>
2. Boum Ii, Y., Burns, B. F., Siedner, M., Mburu, Y., Bukusi, E., & Haberer, J. E. (2018). Advancing equitable global health research partnerships in Africa. *BMJ Global Health*, *3*(4), e000868. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000868>
3. Bourret, K. (2017). *États de Lieux pour le renforcement des capacités visant l'amélioration des pratiques cliniques des sages-femmes dans les structures de santé pour la ville/province de Kinshasa.* .
4. Bourret, K. M., Larocque, S., Hien, A., Hogue, C., Muray, K., Lukusa, A. T., & Ngabo, A. M. (2020). Midwives' integration of post abortion manual vacuum aspiration in the Democratic Republic of Congo: a mixed methods case study & positive deviance assessment. *BMC Health Services Research*, *20*(1), 1136.
5. Clark, K. A., Mitchell, E. H., & Aboagye, P. K. (2010). Return on investment for essential obstetric care training in Ghana: do trained public sector midwives deliver postabortion care? *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(2), 153-161.
6. Creswell, J. W., & Clark, V. L. P. (2017). *Designing and Conducting Mixed Methods Research*. SAGE Publications.
7. DRC, P. (2018). *Office of the President of the Republic, special issue*. Democratic Republic of Congo Retrieved from <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/84846/94671/F861828376/ratification%20protocole%20droits%20de%20la%20femme.pdf>.
8. Fullerton, J., Butler, M. M., Aman, C., Reid, T., & Dowler, M. (2018). Abortion-related care and the role of the midwife: a global perspective. *International Journal of Women's Health*, *10*, 751-762.
9. Fullerton, J. T., Thompson, J. B., Severino, R., & International Confederation of, M. (2011). The International Confederation of Midwives essential competencies for basic midwifery practice. an

- update study: 2009-2010 [Practice Guideline]. *Midwifery*, 27(4), 399-408.
10. Gipson, J. D., Becker, D., Mishtal, J. Z., & Norris, A. H. (2011). Conducting Collaborative Abortion Research in International Settings. *Women's Health Issues*, 21(3), S58-S62. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.01.005>
 11. Glover, Kayembe, Kaba, & Babakazo. (2020). Assessing Readiness to Provide Comprehensive Abortion Care in the Democratic Republic of the Congo After Passage of the Maputo Protocol. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(Supplement 1), 3. <https://doi.org/10.1363/46e0420>
 12. Glover, A. L., Mulunda, J.-C., Akilimali, P., Kayembe, D., & Bertrand, J. T. (2023). Expanding access to safe abortion in DRC: charting the path from decriminalisation to accessible care. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(1). <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2273893>
 13. Homer, C. S., Turkmani, S., Wilson, A. N., Vogel, J. P., Shah, M. G., Fogstad, H., & Langlois, E. V. (2022). Enhancing quality midwifery care in humanitarian and fragile settings: a systematic review of interventions, support systems and enabling environments. *BMJ Global Health*, 7(1), e006872. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006872>
 14. Ishoso, D. K., Tshefu, A. K., Delvaux, T., & Coppieters, Y. (2019). Extent of induced abortions and occurrence of complications in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo. *Reproductive Health*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0727-4>
 15. Kim, C. R., Lavelanet, A., & Ganatra, B. (2022). Enabling access to quality abortion care: WHO's Abortion Care guideline. *The Lancet Global Health*, 10(4), e467-e468. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(21\)00552-0](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(21)00552-0)
 16. Lince-Deroche, N., Kayembe, P., Blades, N., Williams, P., London, S., Mabika, C., . . . Bankole, A. (2019). *Grossesses non planifiées et avortements à Kinshasa (République Démocratique du Congo) : Défis et progrès*. <https://dx.doi.org/10.1363/2019.30887>
 17. Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A., & Baird, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review [Review]. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9-10), 1513-1526.
 18. Mattison, C., Ateva, E., Bernis, L., Binfa, L., Kaufman, K., Klingberg-Allvin, M., . . . Sharma, S. (2023). Whose voice counts? Achieving better outcomes in global sexual and reproductive health

- and rights research. *BMJ Global Health*, 8(10), e012680. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012680>
19. Mattison, C., Bourret, K., Hebert, E., Leshabari, S., Kabeya, A., Achiga, P., . . . Darling, E. (2021). Health systems factors impacting the integration of midwifery: an evidence-informed framework on strengthening midwifery associations. *BMJ Glob Health*, 6(6), e004850. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004850>
 20. Mertens, D. M. (2021). Transformative Research Methods to Increase Social Impact for Vulnerable Groups and Cultural Minorities. *International Journal of Qualitative Methods*, 20, 160940692110515. <https://doi.org/10.1177/16094069211051563>
 21. Mertens, W., Recker, J., Kohlborn, T., & Kummer, T.-F. (2016). A Framework for the Study of Positive Deviance in Organizations. *Deviant Behavior*, 37(11), 1288-1307. <https://doi.org/10.1080/01639625.2016.1174519>
 22. Miller, S., Billings, D. L., & Clifford, B. (2002). Midwives and postabortion care: experiences, opinions, and attitudes among participants at the 25th Triennial Congress of the International Confederation of Midwives [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 47(4), 247-255.
 23. MSP. (2014). *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>
 24. Mulyumba, M., Ilumbulumbu, M., Kitamwivirirwa, T., & Ketha, J. (2018). Prevalence, Complications and Outcome of Clandestine Abortion in Rural Eastern Area of Democratic Republic of the Congo (D.R.C). *Archives of Current Research International*, 14(1), 1-7. <https://doi.org/10.9734/acri/2018/41321>
 25. Murphy, J., Hatfield, J., Afsana, K., & Neufeld, V. (2015). Making a commitment to ethics in global health research partnerships: a practical tool to support ethical practice. *J Bioeth Inq*, 12(1), 137-146. <https://doi.org/10.1007/s11673-014-9604-6>
 26. Nabirye, R. C., Kinengyere, A. A., & Edwards, G. (2018). Nursing and Midwifery Research Output in Africa: A Review of the Literature. *International Journal of Childbirth*, 8(4), 236-241. <https://doi.org/10.1891/2156-5287.8.4.236>
 27. Norton, T. C., Rodriguez, D. C., Howell, C., Reynolds, C., & Willems, S. (2021). 'Maybe we can turn the tide': an explanatory mixed-methods study to understand how knowledge brokers mobilise health evidence in low- and middle-income countries. *Evidence & Policy*, 17(1), 9-28. <https://doi.org/10.1332/174426419x15679622689515>

28. Ouedraogo, R., Senderowicz, L., & Ngbichi, C. (2020). “I wasn’t ready”: abortion decision-making pathways in Ouagadougou, Burkina Faso. *International Journal of Public Health*, 65(4), 477-486. <https://doi.org/10.1007/s00038-020-01359-6>
29. Rehnström Loi, U., Gemzell-Danielsson, K., Faxelid, E., & Klingberg-Allvin, M. (2015). Health care providers’ perceptions of and attitudes towards induced abortions in sub-Saharan Africa and Southeast Asia: a systematic literature review of qualitative and quantitative data. *BMC Public Health*, 15(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1502-2>
30. Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.). Simon & Schuster, Inc.
31. Rose, A. J., & McCullough, M. B. (2017). A Practical Guide to Using the Positive Deviance Method in Health Services Research. *Health Services Research*, 52(3), 1207-1222. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12524>
32. Santé, M. d. I. (2018). *Guide de suivi, supervision et évaluation de la formation en soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONU) Sage-Femme*. Kinshasa, RDC
33. Sun, C., Dohrn, J., Omoni, G., Malata, A., Klopper, H., & Larson, E. (2016). Clinical nursing and midwifery research: grey literature in African countries. *International Nursing Review*, 63(1), 104-110. <https://doi.org/10.1111/inr.12231>
34. Sundaram, A., Juarez, F., Ahiadeke, C., Bankole, A., & Blades, N. (2015). The impact of Ghana’s R3M programme on the provision of safe abortions and postabortion care. *Health Policy and Planning*, 30(8), 1017-1031. <https://doi.org/10.1093/heapol/czu105>
35. Tessier, É. (2018). *Rapport d’évaluation programme de formation en soins obstétricaux et néonataux d’urgence*.
36. Turner, K. L., Pearson, E., George, A., & Andersen, K. L. (2018). Values clarification workshops to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: a pre-post assessment in 12 countries. *Reproductive Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0480-0>
37. WHO. (2022). *Abortion Care Guideline*.