

Recherche Collaborative Entre le Canada et la République Démocratique du Congo. Sages-Femmes et l'Aspiration Intra-Utérine Manuelle suite aux Avortements Incomplets dans la Ville de Kinshasa

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/esj.2024.v20n12p1](https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n12p1)

Submitted: 04 March 2024

Accepted: 01 April 2024

Published: 30 April 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., Thethe Lukusa A. & Minani Ngabo A. (2024). *Recherche Collaborative Entre le Canada et la République Démocratique du Congo. Sages-Femmes et l'Aspiration Intra-Utérine Manuelle suite aux Avortements Incomplets dans la Ville de Kinshasa*. European Scientific Journal, ESJ, 20 (12), 1. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n12p1>

Résumé

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 à la suite de 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.

Discussion : 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.

Conclusion : Les programmes ultérieurs peuvent collaborer avec des sages-femmes déviantes positives en tant que vulgarisateurs et 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.

Mots-clés: Collaboration, Pratique, Sages-femmes, AMIU, Kinshasa

Collaborative Research between Canada and the Democratic Republic of the Congo: Midwives and Manual Vacuum Aspiration Following Incomplete Abortions in the City of Kinshasa

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. Positive deviant midwives used strategies during emergencies to safely practice MVA and increased the credibility of midwives while disseminating evidence-based practices.

Conclusion: 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: Collaborative Practice, Midwives, AMIU, Kinshasa

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). En RDC, 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 plus, 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 (RDC, 2018). Malgré ce changement de dispositif, 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. En résumé, 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, selon la Directive sur les soins en cas d'avortement de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), que les sages-femmes peuvent fournir les soins complets d'avortement de manière autonome et en toute sécurité (OMS, 2022). Les données empiriques concernant les avortements incomplets au premier et au deuxième trimestres traduisent 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 Société Congolaise de la Pratique de la Sage-femme (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 résulte 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). Toutefois, les sages-femmes, sans compétences requises, reçoivent plus de cas d'urgence que les médecins. Suivant le rapport de l'analyse et en collaboration avec le ministère de la Santé de la RDC, la première formation aux Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence (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 dans cette procédure. 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 l'intégration des sages-femmes dans l'AMIU afin de mieux les soutenir dans leur pratique. L'objectif de la collaboration de recherche est 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). Mais, 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 promotion de la recherche par et pour les sages-femmes en Afrique, mais également, de leur renforcement des capacités de recherche (Mattison et al., 2021). 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

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. Une entente de collaboration a désigné la SCOSAF comme responsable de la mise en œuvre de la recherche. 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). Le comité de concertation a été composé d'experts gouvernementaux et non-gouvernementaux en matière d'avortement pour soutenir notamment 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, elle se caractérise essentiellement par des chercheurs sur le phénomène de l'avortement d'une part d'un niveau d'investissement important et la compréhension du sujet des avortements clandestins, d'autre part (Gipson et al., 2011). Ce groupe d'experts intervenaient régulièrement sur les questions de l'avortement et de la mortalité maternelle en RDC. Quant aux chercheurs congolais, la connaissance de la zone de recherche a été une contribution inestimable pour la validité de la conception, de la mise en œuvre et de la diffusion de l'étude. L'approche d'équité dans cette étude met en relief les possibilités d'influence de la capacité et de la carrière des chercheurs congolais (Boum Ii et al., 2018).

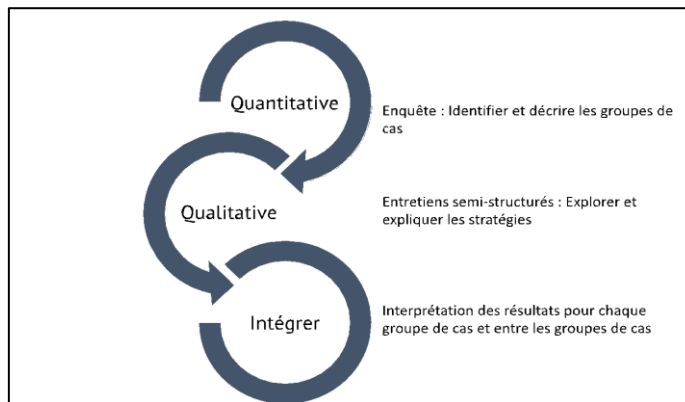


Figure SEQ Figure * ARABIC 1 La méthode mixte avec études

La méthode mixte avec études de cas comparatives de Creswell (figure 1) (Creswell & Clark, 2017) a été adoptée dans cette étude avec l'approche de la déviance positive (DP) comme cadre de référence (Mertens et al., 2016).

L'application de l'approche de la DP a été faite de concert avec les chercheurs et la communauté pour identifier la problématique des embûches à l'intégration de l'AMIU. Elle a permis de mieux apprendre ceux qui ont surmonté les obstacles avec leurs propres stratégies (Rose & McCullough, 2017). L'approche déviante positive de l'intégration de l'AMIU explique ainsi les actions des personnes qui trouvent des solutions lorsqu'elles sont confrontées à un problème ou à l'adversité. Les résolutions de difficultés seront ainsi organisées et rendues accessibles aux autres acteurs. Ainsi, les 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). Egalement, les méthodes quantitatives et qualitatives pour décrire les sages-femmes déviantes positives (DP) et celles non positives (Creswell & Clark, 2017) ont été intégrées.

Définition des cas, échantillonnage et recrutement

Les sages-femmes présélectionnées pour l'étude dont 350 avaient suivi, entre septembre 2017 et mars 2018, une formation de 7 jours sur les SONU dans les neuf principales zones de santé de la province de Kinshasa avec l'appui de la SCOSAF.

La taille minimale de l'échantillon pour une prévalence de 5 % avec un niveau de confiance de 95 % a été de 72 sages-femmes. Dans le cas où la prévalence de l'AMIU serait plus faible que l'hypothèse retenue, nous visons le recrutement de 100 sages-femmes pour l'enquête. 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.

Pour le recrutement des cibles de l'étude, nous avons procédé à un choix raisonné pour la collecte des données quantitatives auprès des sages-femmes pratiquant l'AMIU. Dans le but de toucher le maximum de personnes, les chercheurs congolais ont dressé une liste des établissements hospitaliers qui pratiquent nécessairement l'AMIU (Rose & McCullough, 2017) mais également pour associer toutes les sages-femmes qui avaient été formées et d'assurer en même temps une représentation d'environnements de travail diversifiés.

Pour la phase qualitative, l'échantillon a été sélectionné, il s'agit de : le groupe de cas des sages-femmes DP; le groupe de cas des sages-femmes non DP. Les sages-femmes DP ont été choisis selon les différents degrés d'intégration de l'AMIU (une fois seulement, chaque mois, etc.), par contre les sages-femmes non DP ont été sélectionnés afin de répondre aux caractéristiques démographiques et professionnelles du groupe de cas des DP.

Collecte des données

Nous avons cherché à structurer notre outil pour qu'il représente les facteurs attestés et associés à la prestation de soins après-avortement. 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.

Les données 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 qualitatifs ont été enregistrés par audio et transcrits par les chercheurs congolais. Les chercheurs congolais ont veillé à ce que le processus de consentement soit compris par les participants avant toute collecte de données. Nous avons obtenu l'approbation éthique du Comité national 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 de l'Université Laurentienne, au Canada (#6017245).

Stratégie d'analyse

Après une analyse indépendante des données quantitatives et qualitatives, l'intégration des données s'est faite: 1) pour interpréter chaque groupe de cas et, 2) pour effectuer une comparaison entre les groupes de cas (Creswell & Clark, 2017). Nous avons utilisé les trois groupes de concepts de base de la théorie des innovations de Roger 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). 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.

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).

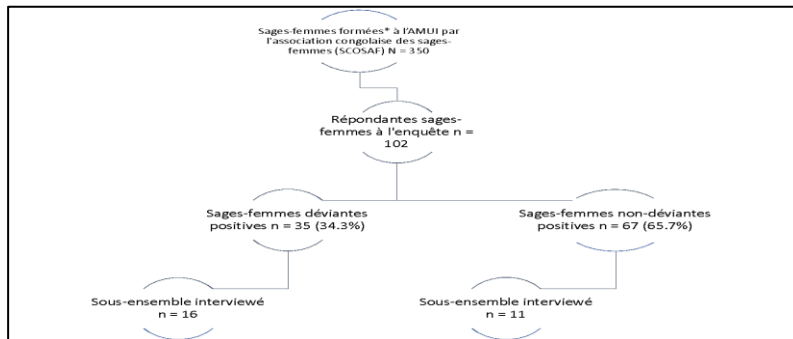


Figure SEQ Figure * ARABIC 2 Participants à l'étude

Résultats de l'étude de cas

Un sous-ensemble de vingt-sept (27) participants a été interrogé. La saturation est atteinte 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 de leurs coordonnées téléphoniques. 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. En résumé, 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 de

l'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.

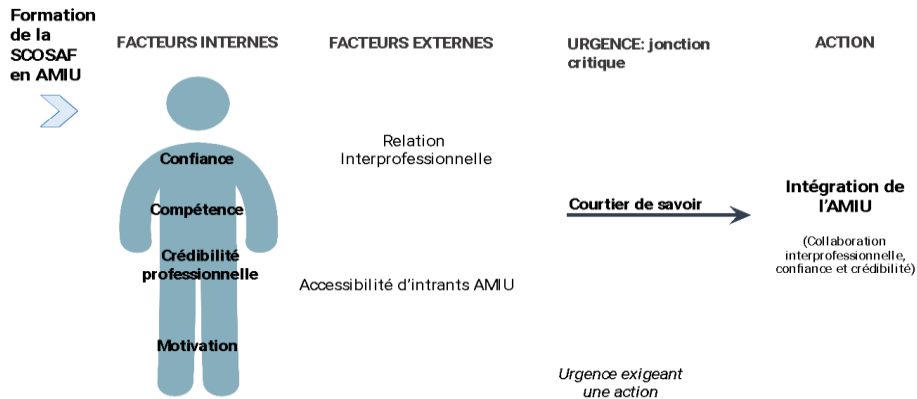


Figure 3. Processus d'intégration de l'AMIU chez les sages-femmes déviantes positives

Selon le modèle élaboré, 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

L'étude de 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). Les résultats de l'étude 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 en 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, l'équipe de recherche a pu concevoir un cadre représentant l'expérience acquise (Figure 4). Les boîtes de la figure illustrent la façon dont la collaboration équitable a été mise en œuvre au cours de la conception, de la mise en œuvre de l'étude et de la dissémination des 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, les experts extérieurs devraient sortir des sentiers battus

afin de remettre 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.

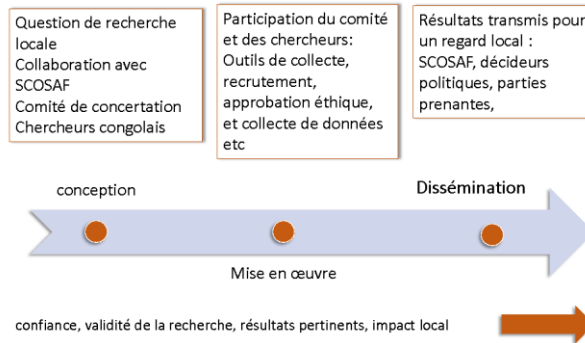


Figure SEQ Figure * ARABIC 4 Cadre d'équité pour une collaboration de recherche transnationale

L'étude a apporté une contribution substantielle à la profession de sage-femme dans le pays car, à notre connaissance, il s'agit de la toute première qui explore la manière dont les sages-femmes ont intégré l'AMIU aux soins après-avortement dans leur pratique. 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 l'étude est due à la pandémie de coronavirus. Les restrictions en matière de voyage ont nécessité une adaptation à l'étape finale de la recherche. Plutôt que de recourir à un groupe de discussion pour la validation, les résultats ont été partagés par voie électronique aux parties prenantes. Dans le même scillage, 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. La 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 remarquable approche 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, elle remet en question les causes profondes de l'inégalité dans le domaine de la recherche internationale. Pour sa mise en œuvre, il est nécessaire que les chercheurs plaident en faveur 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 Directeur 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 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*. Société Congolaise de la Pratique Sage-Femme. Kinshasa, RDC .
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., Tshetu, 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. 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>
16. 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.
17. 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>
18. 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>
19. 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>
20. 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>
21. 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.
22. Ministère de la Santé Publique. (2014). *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>
23. 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>
24. 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>
25. 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>
26. 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>
27. 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>
28. Rogers, E. (2003). *Diffusion of Innovations* (5th ed.). Simon & Schuster, Inc.
29. 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>
30. Santé, M. d. l. (2018). *Guide de suivi, supervision et évaluation de la formation en soins obstétricaux et néonataux d’urgence (SONU) Sage-Femme*. Kinshasa, RDC
31. 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>
32. 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>
33. WHO. (2022). *Abortion Care Guideline*.