

Expérience des femmes de Kindu en République Démocratique du Congo confrontées à l'augmentation des contractions utérines induite par l'ocytocine synthétique : étude qualitative des accouchements spontanés

Experience of women in Kindu, Democratic Republic of Congo, facing increased uterine contractions induced by synthetic oxytocin: a qualitative study of spontaneous deliveries

Alain Bakangana Mungu *^{1,2,4}, Michel Olela Loseke ^{1,2,3,4}, and Adolphine Nyota Binti Mungu ^{1,4}

¹Ecole doctorale Monique Rothan Tonder, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, Province du Maniema, République Démocratique du Congo

²Centre de Recherche en Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, ville de Kindu, Province du Maniema, République Démocratique du Congo

³Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, ville de Kindu, Province du Maniema, République Démocratique du Congo

⁴Enseignant à Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu, ville de Kindu, Province du Maniema, République Démocratique du Congo



Résumé

Introduction : L'ocytocine synthétique est fréquemment utilisée pour accélérer le travail lors de l'accouchement. Toutefois, l'expérience vécue par les femmes demeure peu documentée en RDC, où les recherches privilègient les résultats cliniques. Cette étude qualitative vise à explorer les perceptions et expériences des femmes ayant reçu de l'ocytocine pour l'augmentation des contractions lors d'un accouchement spontané dans les maternités de Kindu. Méthode : il s'agit d'une étude qualitative exploratoire menée auprès de 42 femmes ayant accouché au cours des six derniers mois dans cinq maternités de la ville. Des groupes de discussion ont été organisés, et les données recueillies ont été transcrrites, codées et analysées de manière systématique à l'aide du logiciel NVIVO 12. Résultats : Ils révèlent des perceptions contrastées. Si certaines participantes ont exprimé une expérience positive, d'autres ont rapporté des vécus négatifs marqués par des complications, un manque d'information et un sentiment de perte de contrôle sur le déroulement de l'accouchement. Le défaut de consentement libre et éclairé apparaît comme un thème central, soulignant une insuffisance de communication entre les prestataires de soins et les parturientes. Discussion : Les résultats confirment une douleur accrue, une perte de contrôle et une détresse psychologique, accentuées par le manque de ressources et d'accompagnement. L'absence fréquente de consentement éclairé constitue une violation des principes de soins de maternité respectueux recommandés par l'OMS. L'ambivalence des perceptions de l'ocytocine souligne la nécessité d'une prise en charge centrée sur la femme, fondée sur l'information,

*Auteur correspondant : Bakanganamungu@gmail.com

le respect et le soutien.

Mots-clés : Expérience vécues des femmes, Contractions utérines, Ocytocine synthétique, Accouchement synthétique, RDC

Abstract : Synthetic oxytocin is commonly used to accelerate labour during childbirth. However, women's lived experiences remain poorly documented in the DRC, where research mainly focuses on clinical outcomes. This qualitative study aims to explore the perceptions and experiences of women who received oxytocin to augment contractions during spontaneous labour in maternity units in Kindu. Method : This was an exploratory qualitative study conducted among 42 women who had given birth within the past six months in five maternity units in the city. Focus group discussions were organised, and the data collected were transcribed, coded and systematically analysed using NVivo 12 software. Results : They reveal contrasting perceptions. While some participants reported a positive experience, others described negative experiences characterized by complications, a lack of information, and a feeling of loss of control over the course of labor. The absence of free and informed consent emerges as a central theme, highlighting insufficient communication between healthcare providers and parturients. Discussion : The results confirm increased pain, loss of control, and psychological distress, exacerbated by a lack of resources and support. The frequent absence of informed consent constitutes a violation of the principles of respectful maternity care recommended by the WHO. The ambivalence of perceptions of oxytocin highlights the need for woman-centered care based on information, respect, and support.

Key words : Women's experiences, Uterine contractions, Synthetic oxytocin, Synthetic childbirth, DRC

1. INTRODUCTION

Le travail d'accouchement est un évènement physiologique naturel et complexe, mais il est de plus en plus géré comme un processus médical(LAPIERRE, 2025). L'ocytocine synthétique, une hormone utilisée pour stimuler ou accélérer les contractions, est devenue une pratique courante, parfois injustifiée(IVEZIC et al., 2021). Cette intervention, bien que parfois nécessaire pour des raisons de sécurité, peut transformer l'expérience de l'accouchement, la rendant plus intense et potentiellement moins positive pour toute les femmes. L'organisation mondiale de la santé (OMS) met en avant l'importance d'une expérience d'accouchement positif pour toute les femmes (BAIL et al., 2021) Ce qui inclut le respect de leurs droits, le soutien et surtout un consentement éclairé pour toute intervention. Ce principe est fondamental pour garantir que les femmes se sentent en confiance et respectées pendant ce moment crucial(BAUD et al., 2022). Le soutien continu pendant l'accouchement a

également démontré son efficacité pour améliorer les résultats maternels et néonatales (BELGHITI et al., 2013). A Kindu, dans la province du Maniema en république démocratique du Congo, le contexte des maternités est marqué par les défis uniques. Les structures de santé de base souffrent souvent de ressources limitées, d'un manque de matériels adéquat et d'un personnel soignant parfois surchargé ou peu motivé, des défis qui sont d'ailleurs reconnu dans le plan stratégique de développement sanitaire de la RDC(MANDELBAUM, 2022). Dans cet environnement l'utilisation de l'ocytocine synthétique pour l'augmentation du travail est une pratique fréquente(N-GUIFO, 2024), souvent perçu comme un moyen rapide de gérer les accouchements, de réduire le temps passé en salle de travail et d'éviter les complications(DENOYELLE et al., 2024). Cependant, cette approche peut se faire au détriment de l'expérience vécu par les femmes elles-mêmes, augmentant le risque de manque de respect ou de maltraitance durant l'accouchement, un problème que l'OMS a dési-

gné comme une préoccupation de santé mondiale (BOUET & GONNEAU, 2021). La littérature scientifique sur l'utilisation de l'ocytocine synthétique se concentre largement sur les résultats cliniques : la durée du travail, le taux de césarienne et les complications obstétricales(LANE et al., 2013). Cependant, il existe une lacune majeure concernant les expériences subjectives des femmes qui subissent cette intervention(FISCHER, 2017), peu d'études s'intéressent à la manière dont les femmes perçoivent la douleur, leur sentiment de perte de control, leur interaction avec le personnel soignant ou les répercussions psychologiques de cette expérience (HIBERT, 2022), (BAIL et al., 2021) Ce manque des données est autant plus flagrant dans un contexte comme celui de Kindu, où les contraintes sanitaires et socioculturelles sont spécifiques. Les études disponibles sur l'accouchement respectueux en Afrique subsaharienne soulignent l'importance de ce type de recherche pour améliorer la qualité de soins et le bien être des mères (ALTUNAY, 2016). Comprendre cette dimension humaine est cruciale pour proposer des soins plus respectueux et centré sur la personne, loin des approches purement médicalisées. L'objectif de cette étude qualitative est d'explorer et de comprendre en profondeur les expériences vécues par les femmes qui ont reçu de l'ocytocine synthétique pour l'augmentation des contractions lors d'un accouchement spontané dans les maternités de Kindu

2. METHODE

2.1. Type de l'étude

Cette étude qualitative exploratoire vise à apprêhender de manière approfondie et contextuelle les expériences vécues par les femmes.

2.2. Lieu d'étude

L'étude a été menée dans cinq maternités de la ville de Kindu ; en république démocratique du Congo, ce choix de lieu permet d'appréhender les réalités spécifiques des structures de santé locales. La sélection de ces

cinq maternités situées dans la ville de Kindu repose sur leur représentativité du fonctionnement des structures de santé maternelle en milieu urbain provincial en République Démocratique du Congo. Ces établissements enregistrent un nombre significatif d'accouchements et constituent des sites privilégiés pour l'utilisation courante de l'ocytocine synthétique, ce qui permet d'observer une diversité de situations réelles liées à la prise en charge obstétricale. Par ailleurs, ces centres de santé se caractérisent par une hétérogénéité en termes de ressources humaines et matérielles, offrant ainsi un éventail varié d'expériences et de pratiques professionnelles. Cette approche méthodologique a donc permis une analyse approfondie des contraintes organisationnelles, cliniques et relationnelles propres aux structures sanitaires locales.

2.3. Population et échantillon

La population cible a été composée de femmes ayant accouché par voie basse dans les maternités de Kindu. Afin de constituer cet échantillon, nous avons utilisé une méthode d'échantillonnage à choix raisonné. Cette approche a permis de choisir des participantes possédant une expérience pertinente et directement en lien avec le phénomène étudié(GIRAUT, 2021). Afin d'être sélectionnée, les participantes devraient être au préalable une femme ayant accouché par voie basse au cours des 6 derniers mois.

2.4. Processus de recrutement des participantes

Les participantes ont été recrutées grâce à l'intervention des sages-femmes responsables des cinq maternités sélectionnées. Ces dernières ont informé les femmes répondant aux critères d'éligibilité de l'existence de l'étude, en leur communiquant les coordonnées de l'équipe de recherche pour celles souhaitant se porter volontaires. Par la suite, les chercheurs ont établi un contact direct avec les femmes lors d'entretiens en face à face organisés à la maternité au cours des consultations postnatales. Parmi les femmes approchées, trois ont décliné la participation pour

des raisons personnelles, et aucune participante n'a interrompu sa collaboration durant le déroulement des entretiens.

2.5. Technique et outil de collecte des données

Pour la collecte des données de cette étude, la méthode de focus groupe a été privilégiée. Un guide d'entretien comportant des questions ouvertes a été élaboré afin de permettre aux participantes de s'exprimer librement, constituant ainsi l'instrument principal de collecte des données. Ce guide d'entretien comportait des questions sur les thématiques principales dont les perceptions de l'accouchement naturel, l'expérience de l'administration d'ocytocine (douleur ressentie, etc.), la communication et le soutien du personnel soignant, les émotions et le sentiment de contrôle pendant l'accouchement, les répercussions de l'expérience sur le bien-être post-partum.

2.6. Processus de collecte des données

Les entretiens ont été réalisés dans une salle calme et privée au sein des maternités, assurant ainsi la confidentialité et le confort des participantes. Aucune tierce personne n'était présente durant les échanges, mis à part l'enquêteur principal et un assistant chargé de prendre des notes de terrain concernant les attitudes, émotions et interactions. Chaque entretien a duré en moyenne entre 45 et 60 minutes. Un cahier de terrain a été utilisé pour consigner immédiatement pendant les séances, d'observations contextuelles et réflexives. Les enregistrements audio ont ensuite été intégralement retranscrits avant leur traduction. Les données ont été collectées au moyen de groupe de discussion (focus groups). Chaque groupe était composé de 6 à 8 participantes. Cette méthode a été choisie pour encourager les participantes à échanger entre elles, ce qui permet d'obtenir des données plus riches et de faire émerger des dynamiques collectives et des normes sociales. Les entretiens ont été menés en swahili, la langue locale, pour permettre une

expression authentique des émotions et des pensées des participantes. Ils ont été enregistrés avec leur permission, puis transcrits intégralement avant d'être traduits en français pour l'analyse.

2.7. Transcription et traduction des entretiens

La transcription et la traduction des entretiens ont représenté une phase cruciale dans le cadre du processus de collecte et d'analyse des données qualitatives. Les enregistrements audio des discussions de groupe ont été intégralement retranscrits avec rigueur, respectant fidèlement le contenu, le sens ainsi que les expressions employées par les participantes, afin de préserver l'authenticité des discours recueillis. Les entretiens, initialement réalisés en swahili, ont ensuite fait l'objet d'une traduction en français effectuée par des locuteurs maîtrisant parfaitement les deux langues, en veillant à maintenir les nuances culturelles et émotionnelles inhérentes aux propos. Cette double procédure de transcription puis de traduction a permis d'assurer la rigueur scientifique, la fiabilité des données collectées ainsi que leur exploitation pertinente lors de l'analyse thématique.

2.8. Analyse des données

La méthode utilisée dans cette étude reposait sur une analyse de contenu avec NVIVO 12. Selon Fortin et Gagnon, cette approche vise à révéler la signification d'un message en se focalisant sur le point de vue des participants (BARIBEAU & GERMAIN, 2022). Après transcription des données, des unités de classification ont été définies par le codage de chaque phrase ou paragraphe en unités de sens pertinentes au regard des objectifs de l'étude. Cette étape consistait à segmenter les informations recueillies en portions dotées d'une signification complète en elles-mêmes (DEMONCY, 2016). Par conséquent, les données ont été regroupées en thèmes, chacun subdivisé en sous-thèmes qui ont ensuite été catégorisés. Ce processus de catégorisation impliquait de « rassembler ces différents énoncés (ou unités de classifica-

tion) selon leur similitude sémantique telle que définie dans l'instrument ». C'est à partir de ces catégories identifiées que nous avons extrait les verbatims correspondants.

2.9. Considérations éthiques

La recherche a été menée dans le respect strict des normes éthiques. Un consentement éclairé a été obtenu de toutes les participantes après leur avoir expliqué l'objectif de l'étude, leur droit de refuser de participer ou de se retirer à tout moment. Les chercheurs ont pris soin de clarifier que la participation à l'étude n'aurait aucune influence sur la qualité des soins reçus. Toutes les données ont été anonymisées et conservées dans un dossier protégé par un mot de passe, accessible uniquement à l'équipe de recherche. L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'ISTM-KINDU ainsi que l'autorisation de l'autorité sanitaire de la zone de santé de Kindu avant le début de l'étude.

3. RÉSULTATS

Les entretiens ont été enregistrés puis transcrits intégralement après plusieurs écoutes, conformément aux exigences de rigueur en recherche qualitative.

3.1. Profil des participantes

Caractéristiques		Effectif (n)
	Âge (années)	
18-24 ans		18
25-34 ans		19
≥35 ans		5
Age moyen		25 ans
	Nombre de grossesses	
1 grossesse		14
2-3 grossesses		18
4-5 grossesses		10
	Niveau d'éducation	
Primaire		17
Secondaire		19
Supérieur		6
	Situation professionnelle	
Femme au foyer		20
Activité informelle		16
Activité formelle		6

L'étude a recruté 42 participantes, dont l'âge moyen était de 25 ans, avec des antécédents de grossesse variant d'une à cinq. La majorité d'entre elles avaient un niveau d'éducation primaire ou secondaire, et exerçaient des métiers informels ou étaient au foyer.

3.2. Thème 1 : Expérience de l'administration de l'ocytocine

L'analyse des discours des participantes met d'abord en évidence leur vécu direct de l'administration de l'ocytocine, révélant comment cette intervention a été ressentie sur les plans physique et sensoriel durant le travail.

3.2.1. Sous-thème 1 : Intensification des contractions

Ce sous-thème met en évidence la douleur intense et brutale et la souffrance physique accrue.

Catégories 1 : Douleur intense et brutale

Les témoignages des participantes interrogées relatent l'irruption soudaine d'une douleur d'une intensité extrême, vécue comme incontrôlable, laissant les personnes dans un état de sidération physique et émotionnelle. Comme illustrent les propos ci-dessous : « *Les douleurs sont devenues très fortes et inattendus, on a l'impression que l'utérus va exploser.* » « *Ça m'a fait peur parce que je ne pouvais plus respirer, je ne pouvais plus parler.* »

Catégorie 2 : Souffrance physique accrue

Les propos recueillis auprès des participantes mettent en lumière une douleur qui, en s'inscrivant dans la durée, se transforme en une souffrance physique profonde, marquée par l'épuisement progressif du corps et l'absence de répit. « *La douleur ne diminuait pas, elle s'installait dans la durée. À force, mon corps était complètement épuisé, comme si chaque contraction me vidait un peu plus de mes forces.* » « *Ce n'était plus seulement une douleur intense, mais une souffrance continue qui m'empêchait de récupérer entre les contractions. Je me sentais physiquement à bout.* » « *La douleur durait tellement longtemps que mon corps ne suivait plus. J'avais l'impression d'être enfermée dans une fatigue permanente, sans aucun répit.* »

3.2.2. Sous-thème 2 : Perception de la douleur

Cette expérience physique s'est accompagnée d'une interprétation subjective de la douleur, fortement influencée par l'imprévisibilité et la violence des contractions induites.

Catégorie 1 : Peur liée aux contractions induites

Les enquêtées ont souligné une peur intense liée à l'imprévisibilité des contractions et à l'incertitude quant aux limites du corps et à l'issue de l'épreuve. « *Chaque contraction arrivait sans prévenir et me faisait peur. Je ne savais jamais si la suivante serait supportable ou si quelque chose allait mal se passer.* » « *La douleur était tellement violente que j'avais peur pour ma vie et celle de mon bébé. À chaque contraction, je me demandais si mon corps allait tenir.* » « *Ce qui me faisait le plus peur, ce n'était pas seulement la douleur, mais le fait de ne pas savoir jusqu'où elle pouvait aller ni quand elle allait s'arrêter.* »

3.2.3. Sous-thème 3 : Effets physiques ressentis

Malgré la souffrance décrite, certaines femmes ont également évoqué des effets perçus comme bénéfiques liés à l'évolution plus rapide du travail.

Catégorie 1 : Soulagement lié à l'accélération du travail

Les entretiens des participantes interrogées montrent que la perception d'une progression rapide du travail peut atténuer le vécu de la douleur, en lui donnant un sens et une finalité. « *Même si la douleur était forte, le fait que le travail avance vite m'a rassurée. Je me disais que plus ça avançait, plus vite tout allait se terminer.* » « *C'était difficile à supporter, mais au moins je sentais que le bébé descendait rapidement. Cela m'a donné l'impression que la souffrance avait un sens.* » « *La douleur était intense, mais comme l'accouchement s'est accéléré, je préférerais ça plutôt que de souffrir longtemps sans voir de progrès.* »

3.3. Thème 2 : Perte de contrôle et vécu émotionnel

Ce thème met en lumière une perte de contrôle profonde sur le corps et la situation, associée à un vécu émotionnel marqué par l'impuissance et, pour certaines, par une expérience de l'accouchement vécue comme traumatisante.

3.3.1. Sous-thème 1 : Sentiment d'impuissance

Les témoignages des participantes sur le sentiment d'impuissance traduisent une perte de contrôle progressive, vécue comme une dépossession du corps et de la capacité à agir sur le déroulement de l'accouchement. « *J'avais l'impression que mon corps ne m'appartenait plus. Le travail avançait trop vite et je ne pouvais rien faire pour reprendre le contrôle.* » « *Tout se passait sans que je puisse décider de quoi que ce soit. Je subissais les contractions, comme si l'accouchement se faisait sans moi.* » « *Je me sentais dépassée par ce qui arrivait. Les choses allaient trop vite et je n'avais plus la force ni le pouvoir d'influencer ce qui se passait.* »

Catégorie 1 : Peur et anxiété pendant le travail

Les participantes ont exprimé un vécu marqué par la peur et l'anxiété au cours du travail, sentiments largement attribués à l'intensité croissante des contractions et surtout au manque d'informations et d'explications fournies par le personnel de santé, comme en témoignent les verbatims suivants. « *Plus les contractions devenaient fortes, plus j'avais peur. Personne ne m'expliquait vraiment ce qui se passait, alors mon anxiété augmentait à chaque instant.* » « *Je ressentais une angoisse permanente, parce que je ne comprenais pas pourquoi la douleur était si intense ni combien de temps cela allait durer.* » « *L'absence d'explications me rendait encore plus anxieuse que la douleur elle-même. J'avais peur qu'il arrive quelque chose sans que je sois préparée.* »

Catégorie 2 : Perte de maîtrise du corps

Les femmes ont également décris une sensation de déconnexion et de perte de maîtrise de leur propre corps, renforçant leur vulnérabilité. « *J'avais l'impression que mon corps agissait tout seul, sans que je puisse le contrôler. Les contractions prenaient le dessus et je ne me reconnaissais plus.* » « *Je ne sentais plus les limites de mon corps. Tout allait trop vite et je n'arrivais plus à suivre ce qui m'arrivait physiquement.* »

3.3.2. Sous-thème 2 : Expérience traumatisante de l'accouchement

Pour les participantes, l'accouchement a été vécu comme une expérience profondément traumatisante, marquée par une anxiété constante face à l'évolution du travail, un stress psychologique intense et persistant, ainsi qu'un sentiment de déshumanisation lié à la manière dont elles ont été prises en charge.

Catégorie 1 : Anxiété face à l'évolution du travail

Les participantes décrivent une anxiété persistante face à l'évolution imprévisible du travail, nourrie par l'incertitude, la peur des complications et le sentiment de ne pas maîtriser le déroulement de l'accouchement, comme l'illustrent les témoignages suivants : « *Je ne savais jamais ce qui allait se passer. Chaque contraction me surprenait et me faisait craindre que quelque chose tourne mal.* » « *L'incertitude m'a terrorisée. Je sentais mon corps subir le travail, mais je ne pouvais rien anticiper ni contrôler.* »

Catégorie 2 : Stress et détresse psychologique

Les participantes rapportent un stress psychologique intense et durable, persistant au-delà de l'accouchement, se manifestant par une fatigue mentale profonde, une anxiété prolongée et une vulnérabilité émotionnelle liée aux souvenirs marquants du travail : « *Même après la naissance, je n'arrivais pas à oublier la peur et la tension que j'ai ressenties. Mon esprit restait en alerte, comme si le travail n'était pas terminé.* » « *Je me sentais*

épuisée mentalement et anxieuse longtemps après l'accouchement. Chaque souvenir des contractions me faisait revivre ce stress. » « *La douleur était passée, mais le stress est resté. Je pleurais facilement et je me sentais fragile, incapable de retrouver mon calme habituel.* »

Catégorie 3 : Sentiment de déshumanisation

Les participantes expriment un profond sentiment de déshumanisation lors de leur prise en charge, caractérisé par une absence de considération pour leurs émotions, un manque de communication et une relation soignante vécue comme autoritaire et impersonnelle. « *Je me sentais comme un simple numéro. Personne ne m'expliquait ce qui se passait, et on me disait juste quoi faire sans me demander mon avis.* » « *Les sages-femmes étaient pressées et autoritaires. J'avais l'impression que mes émotions et ma douleur n'avaient aucune importance.* » « *Tout allait très vite, et je me sentais invisible. On agissait sur moi plutôt qu'avec moi, comme si je n'étais pas une personne à part entière.* »

3.4. Thème 3 : Consentement éclairé et droit à l'information

Le respect du consentement éclairé et du droit à l'information constitue un enjeu central dans l'expérience des participantes. Celles-ci rapportent des niveaux variables d'information reçue avant l'administration de l'intervention, ainsi qu'une participation souvent limitée, voire absente, à la prise de décision. Elles évoquent également une compréhension fréquemment partielle du déroulement et des implications de l'acte médical.

3.5. Thème 1 : Information reçue avant l'administration

Les récits des participantes mettent en évidence une information largement insuffisante avant l'administration de l'ocytocine, caractérisée par une absence d'explications sur la nature et les effets de l'intervention, ainsi que par un non-respect du consentement

ment libre et éclairé.

Catégorie 1 : Absence d'explication sur l'ocytocine

Les participantes rapportent un manque marqué d'informations reçues avant l'administration de l'ocytocine, associé à une absence de participation à la prise de décision, traduisant un consentement insuffisamment éclairé et un sentiment de non-respect de leurs choix et de leur autonomie. « *Les sages-femmes ne m'ont pas fourni d'explications concernant les raisons justifiant l'administration de cette perfusion d'ocytocine* » ; « *Pour ma part, je ne souhaitais pas recevoir la perfusion d'ocytocine, mais les sages-femmes ont insisté afin d'accélérer l'apparition des contractions. Je n'étais cependant pas en accord avec cela, car jusqu'à présent, je demeure affectée par certaines séquelles* » ; « *On me n'a jamais dit que ça pouvait rendre les contractions beaucoup plus douloureuses. J'aurais peut-être dit non ou demandé une pause. Mais j'ai tenue dans l'ignorance totale. J'ai eu le sentiment qu'on ne respectait pas mes choix.* » « *On ne m'a pas donné le choix, c'était une décision déjà prise. Je ne savais pas ce qu'était l'ocytocine, ni à quoi elle servait. J'étais là, sur mon lit, et je me sentais complètement passive.* »

Catégorie 2 : Non-respect du consentement libre et éclairé

Les participantes décrivent un non-respect manifeste du consentement libre et éclairé, marqué par l'absence de sollicitation de leur accord, un déficit d'explications sur les raisons et les risques de l'administration de l'ocytocine, ainsi qu'un sentiment d'exclusion et d'impuissance face aux décisions concernant leur propre corps. « *On ne m'a jamais demandé si j'étais d'accord pour recevoir l'ocytocine. Tout s'est fait sans explication, comme si je n'avais aucun choix.* » « *Je ne savais pas pourquoi on me donnait cette injection ni quels en seraient les effets. Je me suis sentie exclue de toute décision concernant mon propre corps.* » « *Personne ne m'a expliqué les risques ou les raisons du traitement. Je subissais juste ce qui se*

passait, et ça m'a fait sentir impuissante. »

3.5.1. Sous-thème 2 : Participation à la décision

Dans ce contexte, la place accordée aux femmes dans la prise de décision apparaît très limitée.

Catégorie 1 : Décisions imposées par les soignants

Les témoignages des participantes révèlent une participation très limitée, voire inexisteante, à la prise de décision au cours de l'accouchement, les interventions étant perçues comme imposées, sans consultation ni prise en compte de leur avis, renforçant ainsi un sentiment de dépossession et de passivité. « *On m'a dit quoi faire sans qu'on me demande mon avis. Tout était décidé pour moi, comme si je n'avais aucune voix dans mon propre accouchement.* » « *Les sages-femmes prenaient les décisions seules. Je n'avais pas l'impression qu'on me consultait ou qu'on me donnait le choix.* » « *Chaque intervention semblait imposée. Je me sentais spectatrice de ce qui se passait, alors que c'était mon corps et mon bébé.* »

3.5.2. Sous-thème 3 : Compréhension de l'intervention

Cette exclusion du processus décisionnel a eu des répercussions sur la compréhension globale de l'intervention.

Catégorie 1 : Méconnaissance des risques et effets secondaires

Les participantes font état d'une compréhension limitée de l'intervention, marquée par une méconnaissance des effets attendus et des risques potentiels de l'administration de l'ocytocine, situation qui a contribué à accroître leur inquiétude et leur stress pendant le travail. « *Personne ne m'a expliqué ce que cette injection pouvait provoquer. Je ne savais pas quels effets attendre et ça m'a beaucoup inquiétée.* » « *Je ne comprenais pas pourquoi on me donnait l'ocytocine ni quels risques elle comportait. Tout se faisait sans*

explication, et j'avais peur pour mon bébé et moi. »

3.6. Thème 4 : Interaction avec le personnel soignant

3.6.1. Sous-thème 1 : Qualité de la communication

La communication entre soignants et parturientes a été perçue de façon contrastée.

Catégorie 1 : Paroles blessantes ou négligentes

Certaines participantes rapportent avoir été confrontées à des propos blessants et à une communication soignante jugée négligente ou brusque, vécues comme un manque d'empathie et de considération, contribuant à accentuer leur détresse émotionnelle et leur sentiment d'isolement durant le travail. « *Une sage-femme m'a dit sèchement que je devais supporter la douleur et arrêter de pleurer. Ça m'a fait me sentir insignifiante et seule.* » « *On parlait vite, parfois brusquement, sans se soucier de ce que je ressentais. Je me sentais invisible et incomprise.* » « *Certaines paroles m'ont blessée, comme si ma souffrance ne comptait pas. Cela a rendu le travail encore plus difficile à vivre.* »

3.6.2. Sous-thème 2 : Attitude des sages-femmes

Les attitudes adoptées par les sages-femmes ont fortement influencé l'expérience des femmes.

Catégorie 1 : Manque d'écoute et de compassion

Les participantes décrivent un profond sentiment de manque d'écoute et d'empathie de la part du personnel soignant, se traduisant par une absence de réponses à leurs préoccupations, un défaut de soutien émotionnel et un vécu de solitude face à la douleur et aux craintes durant l'accouchement. « *J'avais tellement besoin qu'on m'explique et qu'on m'écoute, mais personne ne prenait le temps de répondre à mes questions ou de me rassurer.* » « *Les sages-femmes semblaient pres-*

sées et indifférentes. Je me sentais seule face à ma douleur, sans aucune empathie. » « Je pleurais et je parlais de mes craintes, mais personne ne semblait entendre ni comprendre ce que je vivais. Cela a rendu l'accouchement encore plus difficile. »

Catégorie 2 : Comportements autoritaires

Les participantes relatent une communication soignante perçue comme autoritaire et directive, caractérisée par des injonctions strictes sans explication ni dialogue, générant un sentiment de domination, de perte d'autonomie et d'impuissance face aux décisions concernant leur propre corps. « *On me disait quoi faire à chaque instant, sans explication ni choix. Je devais obéir, même quand je ne comprenais pas pourquoi.* » « *Les instructions étaient données d'une façon stricte et pressante. Je me sentais complètement dominée et incapable de décider pour moi-même.* » « *Tout était imposé, sans dialogue. Je n'avais aucun mot à dire sur mon propre corps, et ça m'a fait sentir impuissante.* »

3.6.3. Sous-thème 3 : Soutien émotionnel

À l'inverse, certaines expériences positives ont mis en lumière l'importance du soutien émotionnel.

Catégorie 1 : Soutien et encouragements

Les témoignages des participantes révèlent une prise en charge marquée par une forte hétérogénéité des attitudes des sages-femmes, oscillant entre des comportements bienveillants et rassurants, favorisant le soutien émotionnel, et des attitudes froides ou des propos blessants, vécus comme violents et profondément déstabilisants durant le travail. « *La sage-femme a fait preuve de bienveillance, et à plusieurs reprises, elle m'encourageait à effectuer de petites promenades dans la cour de la maternité.* » « *La première sage-femme était très gentille et à l'écoute. J'étais rassurée. Mais elle a été remplacée par une autre qui était très froide et ne m'a pas adressé la parole. C'était un contraste violent* »

et ça a tout gâché. » « La sage-femme m'a dit : 'Arrête de crier, tu ne vas pas mourir' alors que je souffrais atrocement. »

3.7. Thème 5 : Perceptions globales et attentes des femmes

L'ensemble de ces expériences a façonné la perception globale des femmes et leurs attentes vis-à-vis des soins de maternité.

3.7.1. Sous-thème 1 : Appréciation globale de l'accouchement

Les récits révèlent une évaluation nuancée de l'accouchement.

Catégorie 1 : Ambivalence vis-à-vis de l'ocytocine

Les participantes expriment une perception ambivalente de l'administration de l'ocytocine, reconnaissant son efficacité dans l'accélération du travail tout en soulignant l'intensification marquée de la douleur, vécue comme éprouvante et parfois disproportionnée par rapport aux bénéfices perçus. « *L'injection m'a aidée à faire descendre le bébé plus vite, mais la douleur était tellement intense que je me suis demandé si ça en valait la peine.* » « *Je suis reconnaissante que le travail ait avancé rapidement, mais l'ocytocine m'a fait souffrir plus que je ne l'imagineais.* » « *Ça a accéléré mon accouchement, c'est vrai, mais je me sentais à la fois soulagée et épuisée par la douleur supplémentaire.* »

3.7.2. Sous-thème 2 : Comparaison entre attentes et réalité

Cette ambivalence s'inscrit dans un écart entre les attentes initiales et l'expérience réelle.

Catégorie 1 : Attentes non satisfaites

Les participantes décrivent un décalage marqué entre leurs attentes initiales d'écoute, de soutien et de participation aux décisions et la réalité de la prise en charge vécue, souvent caractérisée par une communication insuffisante, un manque d'attention et l'imposi-

tion des interventions. « *Je m'attendais à être écoutée et soutenue, mais j'ai souvent été ignorée ou brusquée. Ce n'est pas ce que j'avais imaginé pour mon accouchement.* » « *Je pensais que le personnel m'accompagnerait et m'expliquerait tout, mais tout s'est fait vite, sans attention ni explication.* » « *J'espérais pouvoir participer aux décisions concernant mon accouchement, mais on m'a juste imposé ce qui devait être fait.* »

3.7.3. Sous-thème 3 : Recommandations des participantes

Enfin, les participantes ont formulé des propositions concrètes pour améliorer les soins.

Catégorie 1 : Besoin d'humanisation des soins

Les participantes formulent des attentes claires en faveur d'une prise en charge plus humanisée, mettant l'accent sur l'écoute active, le respect, la reconnaissance de leurs émotions et de leur douleur, ainsi que sur une communication empathique et des explications compréhensibles tout au long de l'accouchement. « *Il faudrait que les sages-femmes prennent le temps d'écouter et de rassurer chaque femme, pas seulement de suivre la routine.* » « *J'aimerais que mon accouchement soit vécu avec attention et respect, où mes émotions et ma douleur sont reconnues.* » « *Les soins doivent être plus humains, avec des explications claires et de l'empathie, pour que nous ne nous sentions pas seules ou ignorées.* »

Catégorie 2 : Demande d'information et de respect

Les participantes expriment une demande explicite de transparence et de respect du consentement, soulignant la nécessité d'une information complète, compréhensible et préalable sur les interventions médicales, leurs bénéfices et leurs risques, afin de pouvoir exercer un choix libre et éclairé sans pression ni culpabilisation. « *On ne veut pas qu'on nous pique sans nous dire. Qu'on nous explique pourquoi on fait ça et ce qui va se*

passer après. » ; « J'aimerais que les soignants respectent nos souhaits et qu'on ne se sente pas obligées d'accepter des choses sans avoir toutes les informations. On devrait pouvoir dire non à une procédure si on ne la comprend pas, sans se sentir jugée ou coupable. » « Il faut plus de transparence sur les pratiques médicales. Les sages-femmes devraient nous informer sur les bénéfices et les risques de chaque intervention, comme la pose de la perfusion ou l'injection d'ocytocine. On a le droit de savoir. »

4. DISCUSSION

Cette étude qualitative menée dans les maternités de Kindu révèle des expériences cruciales liées à l'utilisation de l'ocytocine synthétique, mettant en lumière un paradoxe fondamental : bien que l'ocytocine vise à faciliter l'accouchement en accélérant le travail, elle est souvent perçue par les femmes comme source de douleur intense et de perte de contrôle. Les résultats soulignent l'importance d'intégrer les voix des femmes dans les discussions sur la pratique clinique et la prise en charge.

4.1. Profils socio – démographiques

L'étude a porté sur 42 femmes, âgées en moyenne de 25 ans, avec une parité variant d'une à cinq grossesses. La majorité avaient un niveau d'instruction primaire ou secondaire et exerçaient des activités informelles ou étaient femmes au foyer. Ces observations rejoignent celles de MANDELBAUM, 2022, qui notent qu'un faible niveau d'instruction et la jeunesse sont associés à une compréhension limitée des interventions obstétricales et à un vécu émotionnel plus intense. De même, la multiparité ne garantit pas une meilleure tolérance à la douleur, comme l'indiquent les travaux de NIVESSE, 2023 car l'induction artificielle peut rester imprévisible et éprouvante. Enfin, la précarité économique des participantes reflète la vulnérabilité accrue face au système de soins, limitant leur pouvoir d'expression et de décision pendant le travail, ce qui concorde avec les conclusions

de TRIOPON et al., 2010 sur l'influence du contexte socio-économique sur l'expérience de l'accouchement en Afrique.

4.2. Expérience de l'administration de l'ocytocine

Intensification des contractions

Les participantes ont rapporté une intensification brutale des contractions après l'administration d'ocytocine, souvent perçue comme une douleur insupportable. FISCHER, 2017 souligne que les interventions obstétricales doivent être évaluées non seulement sur les résultats cliniques, mais aussi sur l'expérience subjective des patientes. De plus, les témoignages des femmes corroborent les conclusions de BAIL et al., 2021, qui notent que l'effet secondaire de l'ocytocine peut parfois surpasser les bénéfices anticipés.

Effets physiques ressentis

Quelques femmes ont ressenti des effets bénéfiques liés à l'accélération du travail. Cependant, cette ambivalence souligne un écart entre la douleur associée à ces effets et la perception d'une progression positive. La recherche de BAIL et al., 2021 confirme que des douleurs vécues de manière positive peuvent influencer le sentiment d'efficacité pendant le travail.

4.3. Perte de contrôle et vécu émotionnel

Sentiment d'impuissance Les participantes ont exprimé un sentiment de perte de contrôle durant l'accouchement, un thème récurrent dans la littérature. La mécompréhension de leur processus obstétrical les a souvent laissées dans un état de vulnérabilité. Selon M'BORTCHE et al., 2021, ce manque d'autonomie est associé à des résultats d'accouchements moins satisfaisants, corroborant les préoccupations exprimées par les femmes sur leur capacité à influencer leur expérience.

Expérience traumatique de l'accouchement

Les niveaux élevés d'anxiété et de stress durant le travail peuvent mener à une

expérience traumatisante. La recherche de DENOYELLE et al., 2024 souligne que le stress psychologique prolongé lié à des accouchements difficiles peut avoir des conséquences durables sur la santé mentale des mères, conformément aux témoignages recueillis dans notre étude.

4.4. Consentement éclairé et droit à l'information

Information reçue avant l'administration

L'absence d'informations claires sur l'ocytocine a été un point critique. Les témoignages révèlent que les femmes ne reçoivent souvent pas d'explications adéquates sur la nature de l'intervention. Les lignes directrices de l'OMS sur la maternité respectueuse soulignent l'importance d'informer les femmes, RABERAHONA, 2020 ce qui a été oublié dans les maternités de Kindu.

Non-respect du consentement libre et éclairé

Le manque de respect du consentement est une violation grave, comme le note M'BORTCHE et al., 2021. Les femmes se sentent exclues des décisions concernant leur corps, ce qui renforce leur vulnérabilité et leur sentiment de déshumanisation.

4.5. Interaction avec le personnel soignant

Qualité de la communication

Les retours des femmes quant à la communication négligente ou blessante des sages-femmes ajoutent une couche à l'expérience traumatisante. Les recherches de NIVESSE, 2023, soulignent que des interactions empathiques peuvent améliorer les expériences des mères, tout en indiquant que la négligence accentue leur souffrance.

Attitude des sages-femmes

Le manque de compassion et les comportements autoritaires des soignants sont signalés comme des facteurs aggravants. RABERAHONA, 2020, aborde ce problème en insistant sur la nécessité d'une formation du

personnel pour promouvoir la bienveillance et l'écoute active.

4.6. Perceptions globales et attentes des femmes

Ambivalence vis-à-vis de l'ocytocine

L'ambivalence face à l'ocytocine, perçue à la fois comme un facilitateur et un agent de souffrance, reflète la complexité des expériences vécues par les femmes. Les résultats s'alignent avec des études antérieures, comme celle d'EL ALTUNAY, 2016, qui précisent que la douleur est souvent une réaction proportionnelle à l'intensification du processus médical.

Comparaison entre attentes et réalité

Les attentes des femmes en matière d'accouchement souvent non satisfaites révèlent un besoin urgent de réformes dans le système de santé. Des études de BAIL et al., 2021 suggèrent que le respect et la considération pourraient briser cet écart, permettant aux femmes de vivre leur accouchement comme une expérience positive.

5. LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente certaines limites inhérentes à sa nature qualitative. La subjectivité des données, bien que nécessaire à notre approche, ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble de la population congolaise(RABERAHONA, 2020). La nature de l'échantillonnage raisonné peut également introduire un biais de sélection, car les participantes qui ont choisi de partager leur histoire pourraient avoir eu des expériences particulièrement mémorables (positives ou négatives) (NIVESSE, 2023). De plus, la taille relativement grande des groupes de discussion a pu limiter la profondeur des récits individuels(JABERT, 1960). Enfin, l'absence de données cliniques objectives (dossiers médicaux) ne nous a pas permis de corrélérer les expériences subjectives avec les paramètres cliniques.

6. CONCLUSION

Cette étude qualitative a mis en lumière des aspects cruciaux de l'utilisation de l'ocytocine synthétique dans les maternités de Kindu. Les récits des participantes ont révélé un paradoxe central : si l'ocytocine peut être perçue comme un moyen de raccourcir un travail pénible, elle est aussi associée à une douleur intense et, surtout, à un sentiment profond de perte de contrôle et de déshumanisation. Le manque de communication, l'absence de consentement éclairé et l'attitude parfois insensible du personnel soignant ont transformé une intervention médicale en une expérience traumatisante pour de nombreuses femmes. L'expérience des femmes : un indicateur de qualité Les résultats démontrent clairement que la qualité des soins ne se mesure pas uniquement à travers des statistiques cliniques comme la durée de l'accouchement ou le taux de césarienne. L'expérience vécue par la femme est un indicateur de qualité essentiel. Une naissance qui est respectueuse, qui honore le droit de la femme à être informée et à participer aux décisions, peut avoir un impact positif durable sur sa santé physique et mentale, ainsi que sur son lien avec son enfant.

Perspectives et recommandations

Cette recherche ouvre la voie à de futures études, notamment des enquêtes quantitatives pour généraliser nos découvertes et des études d'intervention visant à tester l'efficacité de programmes de formation du personnel soignant sur la communication et les règles éthiques. En fin de compte, l'objectif doit être de replacer la femme au centre des décisions relatives à son accouchement. En écoutant leurs voix et en agissant en conséquence, nous pouvons transformer les pratiques médicales pour qu'elles soient non seulement sûres, mais aussi respectueuses et positives, comme l'espère l'OMS. L'accouchement est un droit, pas une simple procédure.

Remerciements

Nous tenons adresser notre gratitude envers

toutes les personnes ayant participé pour la réussite de cette étude, que ce soit par leurs contributions significatives lors de la conception, de l'organisation, de l'acquisition des données, de l'analyse et de discussion des résultats, ou encore dans la rédaction du manuscrit. Qu'elles trouvent ici notre reconnaissance.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

Contributions des auteurs

Tous les trois auteurs ont participé à la conception, à l'exécution, à la rédaction et à l'approbation du manuscrit. Tous les auteurs déclarent avoir lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références

- ALTUNAY, G. (2016). Association entre les intervalles d'augmentation de l'oxytocine pendant le travail et le risque d'hémorragie du post-partum. *La Revue Sage-Femme*, 15(5), 238-245. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.09.004>
- BAIL, S., CHAMOREY, E., THIBERGHEN, B., MUZELLE, C., MACCAGNAN, S., TOULLALAN, O., DELOTTE, J., & MUSSO, A. (2021). Accouchement par voie vaginale des présentations podaliques — Facteurs de risque per partum d'acidose néonatale [EPI-CLIN 2021]. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 69(S1), S59-S60. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.099>
- BARIBEAU, C., & GERMAIN, M. (2022). L'entretien de groupe : Considérations théoriques et méthodologiques. *Recherches qualitatives*, 29(1), 28-49. <https://doi.org/10.7202/1085131ar>
- BAUD, O., KNOOP, M., JACQUENS, A., & POSSOVRE, M.-L. (2022). Ocytocine : Une nouvelle cible de neuroprotection ? *Biologie Aujourd'hui*, 216(3-4),

- 145-153. <https://doi.org/10.1051/jbio/2022012>
- BELGHITI, J., COULM, B., KAYEM, G., BLONDEL, B., & DENEUX-THARAUX, C. (2013). Administration d'ocytocine au cours du travail en France. Résultats de l'enquête nationale périnatale 2010. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 42(7), 662-670. <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2013.02.011>
- BOUET, A., & GONNEAU, C. (2021). *Admission en salle d'accouchement en phase de latence versus phase active : Effets sur le mode d'accouchement et sur les interventions intrapartum chez la nullipare*. Consulté le 7 février 2026 à <https://folia.unifr.ch/global/documents/315564>
- DEMONCY, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- DENOYELLE, J., DUJARDIN, C., RAMDANE, N., LELEU, A., GHESQUIÈRE, L., & GARABEDIAN, C. (2024). Peut-on prévenir l'échec du ballon de tamponnement intra-utérin selon la voie d'accouchement ? *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 52(9), 511-516. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2024.03.013>
- FISCHER, C. (2017). Recommandations pour l'administration d'oxytocine au cours du travail spontané. Chapitre 7 : Analgésie péridurale et utilisation de l'oxytocine au cours du travail spontané. *La Revue Sage-Femme*, 16(1), 99-110. <https://doi.org/10.1016/j.sagf.2016.11.005>
- GIRAUT, A. (2021). *Recours à l'amniotomie et à l'oxytocine pendant le travail en France : Incidence, déterminants et impact sur l'issue de grossesse* (publicationN° 2021UNIP5266) [Thèse de doctorat]. Université Paris Cité. <https://theses.hal.science/tel-04612537>
- HIBERT, M. (2022). Approches moléculaires et thérapeutiques des interactions entre l'ocytocine et son récepteur. *Biologie Aujourd'hui*, 216(3-4), 125-130. <https://doi.org/10.1051/jbio/2022013>
- IVEZIC, P., CHAMOREY, E., THIBERGHEN, B., MACCAGNAN, S., TOULLALAN, O., DELOTTE, J., & MUSSO, A. (2021). Les interventions obstétricales lors de l'accouchement des grossesses à bas risque ont-elles diminué au cours de ces dix dernières années ? [EPI-CLIN 2021]. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 69(S1), S39. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2021.04.062>
- JABERT, P. (1960). L'ocytocine et la vasoressine du mouton : Reconstitution d'un complexe hormonal actif. *Biochimica et Biophysica Acta*, 38, 266-272. [https://doi.org/10.1016/0006-3002\(60\)91241-5](https://doi.org/10.1016/0006-3002(60)91241-5)
- LANE, A., LUMINET, O., & MIKOŁAJCZAK, M. (2013). Psychoendocrinologie sociale de l'ocytocine : Revue d'une littérature en pleine expansion. *L'Année psychologique*, 113(2), 255-285. <https://doi.org/10.3917/anpsy.132.0255>
- LAPIERRE, M. (2025). *Le stress prénatal maternel, son timing gestationnel et les traits autistiques chez les enfants : Le rôle de l'ocytocine synthétique et de la péridurale durant l'accouchement* [Thèse]. <https://hdl.handle.net/1866/42438>
- MANDELBAUM, J. (2022). Ocytocine entre mythe et réalité : Un biopic précis et documenté sur une molécule qui fait parler d'elle. *Médecine de la Reproduction*, 24(4), 481-491. <https://doi.org/10.1684/mte.2023.0920>
- M'BORTCHE, B. K., DOUAGUIBE, B., LOGBO-AKEY, K., KETEVI, A., DJATO, S. B., ABOUBAKARI, A. S., & AKPADZA, K. (2021). Utilisation de l'ocytocine pendant le travail spontané d'accouchement à la maternité de l'Association Togolaise pour le Bien-Être Familial (ATBEF). *Jour-*

- nal de la Recherche Scientifique de l'Université de Lomé*, 23(2), 117-127.
- N-GUIFO, O. (2024). Oxytocine et neuroprotection en période néonatale : Évidences conceptuelles et précliniques. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 52(6), 418-424. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2023.12.005>
- NIVESSE, J. (2023). *Impact des facteurs organisationnels et temporels sur l'administration d'oxytocine lors de dystocie dynamique* [Mémoire de master]. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04716738>
- RABERAHONA. (2020). Impact d'une politique d'utilisation raisonnée de l'oxytocine de synthèse lors du travail spontané à terme. *Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie*, 48(9), 657-664. <https://doi.org/10.1016/j.gofs.2020.03.018>
- TRIOPON, G., GORON, A., AGENOR, J., AYA, G. A., CHAILLOU, A.-L., BEGLER-FONNIER, J., BOUSQUET, P.-J., & MARES, P. (2010). Utilisation de la carbétocine lors de la délivrance dirigée au cours des césariennes : Comparaison avec l'oxytocine. *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 38(12), 729-734. <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2010.10.003>