

Connaissance et pouvoir d'agir des femmes pour diminuer la mortalité maternelle : Proposition d'intervention multimodale de promotion de la santé.

Knowledge and Empowerment of Women to Reduce Maternal Mortality: Proposal for a Multimodal Health Promotion Intervention.

Bin-Eradi Imani Ramazani *^{1,2,4}, Simon-Decap MABAKUTUVANGILANGA NTELA^{1,3,4}, and Monique Rothan-Tondeur PhD^{1,4,5}

¹Université Paris 13 Sorbonne Paris Nord, Chaire Recherche en Sciences Infirmières, Laboratoire Éducation et Promotion de la Santé (LEPS) (EA 3412) UFR SMBH, F-93017, Bobigny France.

²Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu (ISTM-KINDU), Section Sciences Infirmières, PB.304 KINDU, Maniema, République Démocratique du Congo,

³Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section des Sciences Infirmières BP. 774 / Lemba /Kinshasa, République Démocratique du Congo.

⁴Centre de Recherche en Sciences Infirmières et d'Innovation en Santé (CReSIIS),Kinshasa/République Démocratique du Congo.

⁵Assistance Publique - Hôpitaux des paris (AP HP) Chaire Recherche Sciences Infirmières, Paris France.



Résumé

Résumé :

De nombreux programmes sont mis en œuvre dans le monde pour lutter contre la mortalité maternelle, mais beaucoup ne présentent pas une efficacité significative notamment parce qu'ils n'ont pas intégré les acteurs concernés dans les interventions. Dans cet article, nous présentons notre point de vue sur la mise en œuvre des programmes de lutte contre la mortalité maternelle et une proposition d'un programme d'intervention. Ce programme vise à augmenter le niveau de connaissances et le pouvoir d'agir des femmes sur les signes de danger obstétrical dans une approche multimodale de promotion de la santé impliquant toutes les parties prenantes dont, les femmes elles-mêmes, leurs maris, les accoucheuses traditionnelles, les membres de la communauté ainsi que les prestataires de soins, enfin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle en République Démocratique du Congo.

Mots clés : Connaissances, pouvoir d'agir, femmes enceintes, mortalité maternelle.

Abstract : Numerous programs are being implemented around the world to combat maternal mortality, but many are not significantly effective, not least because they have not integrated the relevant stakeholders into the interventions. In this article, we present our point of view on the implementation of programs to combat maternal mortality and a

*Auteur correspondant : imaniramazani@gmail.com,
+ 243 81 14 89 176

proposal for an intervention program. This program aims to increase women's level of knowledge and empowerment about obstetrical danger signs through a multimodal health promotion approach involving all stakeholders, including the women themselves, their husbands, traditional birth attendants, community members and health care providers.

Key words : Knowledge, empowerment, pregnant women, mortality, morbidity.

1. INTRODUCTION

La mortalité maternelle demeure un problème majeur de santé publique, cela en dépit des efforts déployés par toutes les nations du monde. En 2022, environ 287 000 femmes ont perdu la vie pendant la grossesse, pendant l'accouchement ou en postpartum, soit un décès toutes les minutes pour des raisons pourtant évitables. La grande majorité de ces décès (95%) est survenue dans les pays en voie de développement(OMS et al., 2023). La République Démocratique du Congo (RDC), malgré les programmes mis œuvre par le gouvernement avec l'accompagnement de ses partenaires techniques et financiers, reste parmi les trois pays au monde ayant enregistré plus 10 000 décès maternels (DM) en 2020 avec environ 22 000 DM/ 100 000 naissances vivantes (NV), derrière l'Inde avec 24 000 DM, et devant l'Ethiopie avec 10 000 DM pour 100 000naissances vivantes (OMS et al., 2023). OMS et al., 2023 Selon l'indice de fragilité des états, elle était également classée parmi les neuf pays au monde qui ont été mis en alerte élevée ou très élevée en 2020 , (OMS et al., 2023).

En effet, pour réduire la mortalité maternelle, Rollet (2017) souligne que les femmes doivent bénéficier des soins de santé de qualité. Il s'agit là «des soins qui soient universels et accessibles à tous, influencés par des plateaux techniques adaptés, des ressources humaines suffisantes, compétentes et qualifiées basées sur une bonne organisation du système de santé » (ROLLET, 2017).

Cependant, depuis plus de quatre décennies, de nombreux programmes sont mis en œuvre par toutes les nations pour empêcher que la femme ne puisse pas perdre sa vie lorsqu'elle décide de donner une naissance. Mais nombre de ces programmes n'ont pas l'efficience attendue, ils ne sont pas efficaces et efficents, et ne donnent pas des résul-

tats attendus en termes d'impact pour la question qui est très importante, celle de la réduction de mortalité maternelle. Particulièrement en RDC, nombreux programmes mis œuvre par le gouvernement et ses partenaires sont peu efficaces et efficient, c'est notamment, parce que les acteurs clés ne sont pas suffisamment inclus dans les interventions (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MSP), SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2019). C'est pourquoi, nous proposons de mettre en place un programme d'intervention multimodale de promotion de la santé impliquant toutes les parties prenantes dont, les femmes elles-mêmes, leurs maris, les accoucheuses traditionnelles, les membres de la communauté ainsi que les prestataires de soins en faveur de l'efficience et de l'efficacité enfin de contribuer à la réduction du taux de la mortalité maternelle en RDC.

2. ANALYSE DES PROGRAMMES

2.1. Que-est-ce un programme de santé publique qui fonctionne ?

Un programme de santé publique qui fonctionne, est un programme efficient et efficace, c'est à dire qui produit des résultats sur la durée (SHANNON et al., 2012). Dans le cadre de stratégies visant le changement de comportements en santé, il s'agit d'un programme avec intervention multimodale, ciblant des interventions à plusieurs facettes s'adressant à des modes de comportements différents et impliquant plusieurs acteurs, surtout les bénéficiaires directs du programme (van BUUL et al., 2015). Cette implication revêt plusieurs avantages à savoir, l'appropriation, la responsabilisation, la dignité, l'identité sociale, le respect de soi et

l'autonomisation des bénéficiaires du programme (AHOUAH & ROTAN-TONDEUR, 2019 ; RIFKIN et al., 1988). Les chercheurs qui se sont penché sur la question estiment que, l'implication des acteurs clés dans un programme permet de mieux définir leurs besoins réels et prépare les résultats comme la durabilité et la pérennisation (RIFKIN et al., 1988 ; SCHELL et al., 2013). De plus, elle pourrait également équilibrer le rapport des forces entre les politiques publiques et les bénéficiaires (HOUÉTO & VALENTINI, 2014). Par le fait que la majorité de programmes mis en œuvre dans les pays en voie de développement, sont financés en grande partie par des bailleurs de fonds extérieurs sous forme de l'aide ou de don que ces pays finissent par remboursés par le biais des impôts soutenus par toute la population (MALLÉ SAMB et al., 2013). Il en est de même pour les pays développés où la majorité des programmes sont financés par les gouvernements par les fonds issus des impôts (THOMPSON et al., 2009). En outre, impliquer les acteurs clés dans un programme, c'est aussi promouvoir l'acceptabilité sociétale (HODGE, 2005) et la gouvernance participative qui visa à renforcer la confiance des populations au service de santé (MARTIN, 2008).

2.2. Que-est-ce qui fait qu'un programme de santé publique soit efficace ?

La majorité de programmes qui visent le changement des comportements en santé sont souvent influencés par le modèle biomédical de la santé, porté à la conception et à la mise en œuvre de manière verticale descendante (HOUÉTO & VALENTINI, 2014). Ces types de programmes qui n'impliquent pas les acteurs clés dans toutes les phases, concis sans tenir compte des réalités contextuelles (HOUÉTO & VALENTINI, 2014), des croyances et normes socio-culturelles, traditionnelles et religieuses et des besoins réels des populations, sont souvent jugés inefficaces. De plus, ils ne seront ni durables ni pérennes, car il n'inspire pas confiance ce qui conduit le plus souvent à la méfiance,

au découragement et au désengagement des populations à la mise en œuvre des interventions (LAVERACK, 2007). Raison pour laquelle certains auteurs comme Rifkin et ses collègues (1988), avaient défini l'implication comme étant « le processus social par lequel des groupes spécifiques ayant des besoins communs vivant dans une zone géographique définie poursuivent activement l'identification de leurs besoins, prennent des décisions et établissent des mécanismes pour répondre à leurs besoins » (RIFKIN et al., 1988). En outre, cette implication de toutes les parties prenantes et surtout des acteurs clés a toujours été la recommandation phare lors des grands sommets mondiaux. Il s'agit par exemple au sommet de l'Initiative de Bamako de 1987. Il y avait été suggéré de faire participer au maximum les communautés à l'amélioration de leur propre santé, par la fourniture de produits adaptés à leurs besoins, à des coûts abordables selon leurs revenus (RIDDE, 2004). Il en est de même pour la charte d'Ottawa de 1986, sur la promotion de la santé qui mettait l'accent sur l'implication et la responsabilité individuelle et communautaire en leur donnant l'avantage la possibilité de maîtriser leur propre santé et les moyens de l'améliorer (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1986).

2.3. Programmes mis en place au monde pour réduire la mortalité maternelle

Plusieurs programmes ont été mis en place pour réduire le taux de mortalité maternelle depuis le début du 19e siècle par certains pays développés en Europe et en Amérique. Dans cette partie, nous décrivons certains de ces programmes qui se sont révélés efficaces et ont marqué l'histoire par la réduction de la mortalité maternelle dans le monde. Il s'agit des programmes suivants :

2.3.1. L'information sur les décès maternels

Il s'agit d'un programme qui permet aux pays de disposer des données réelles sur les

décès maternels en s'appuyant sur les services de l'état civil, le service national des statistiques, les audits de décès maternels dans les enquêtes nationales et les recherches scientifiques. L'information sur le nombre de décès maternels permet aux autorités sanitaires de juger de l'ampleur du problème, d'identifier les causes, les facteurs de risques et de définir des stratégies appropriées visant à réduire le taux de mortalité maternelle (OMS et al., 2023).

Ce programme est le premier levier utilisé par plusieurs pays qui a marqué l'histoire de la réduction de la mortalité maternelle depuis plusieurs années, comme par exemple la Suède. La Suède avait engagé ce programme dès 1749 en s'appuyant sur les officiers d'état civil et l'avait repris en 1858 avec le bureau central des statistiques. A cette époque les statistiques annuelles de décès maternels étaient disponibles dans le pays . (HÖGBERG & WALL, 1986). Ce même type de disposition avait été mis en œuvre en Grande Bretagne, depuis 1838, au Danemark, au Pays-Bas au 18e siècle (HÖGBERG & WALL, 1986), aux Etats Unis d'Amérique en 1920 et dans d'autres pays développés (VAN LERBERGHE & DE BROUWERE, 2001).

De plus, ce programme a permis aux Etats Unis d'Amérique d'identifier les causes comportementales de décès maternels en lien avec la femme, sa famille, la sage-femme et le médecin et avait proposé des actions promotrices de la santé.

En revanche, ce programme avait bien fonctionné dans les pays développés grâce à la prise de conscience précoce de l'ampleur du problème et l'engagement des décideurs politiques à mobiliser les ressources financières et à impliquer aussi bien les professionnels et la population à travers les associations locales, les autorités religieuses et les leaders communautaires. Ceci avait permis d'actualiser chaque année les données sur les décès maternels (OTOIDE, 2020).

Par ailleurs, la reconnaissance des taux de mortalité maternelle et des causes des décès maternels a été un élément important dans l'élaboration des stratégies de lutte contre les décès maternels dans les pays développés.

Cependant, dans les pays en voie de développement, ce programme d'enregistrement des cas de décès maternels n'a pas fonctionné correctement (OTOIDE, 2020). Ce système a été jugé défaillant, car il a toujours fourni des données incomplètes (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2019).

De plus, l'utilisation des taux de la mortalité à travers les enquêtes ou les études scientifiques n'a pas fourni des données susceptibles d'aider les décideurs politiques à identifier les freins et les leviers pour lutter efficacement contre la mortalité maternelle. Il est entravé dans ces pays par la prise de conscience limitée des décideurs politiques de l'ampleur du problème - résultant de la mauvaise organisation des services de l'état civil et de statistique nationale. Cela est dû aussi à la faible mobilisation des ressources financières allouées en santé publique, à la dépendance des aides extérieures pour organiser les enquêtes et à la faible implication de toutes les parties prenantes.

2.3.2. La professionnalisation des soins obstétricaux.

Il s'agit de la formation des sages-femmes professionnelles et des médecins obstétriciens en remplacement des accoucheuses traditionnelles. La majorité des pays qui ont réussi à réduire sensiblement leur taux de mortalité maternelle, ont appliqué ce programme par la formation en grand nombre des sages-femmes qui devraient assurer et superviser tous les accouchements aussi bien à domicile qu'en hôpital. Pour les pays Européens par exemple, tout accouchement ne devait pas se passer sans la présence d'une sage-femme professionnelle formée (certifiée) (POZZI et al., 2020). Aux Etats-Unis d'Amériques, tout accouchement devait avoir lieu à l'hôpital en présence d'un obstétricien formé.(OTOIDE, 2020).

L'adoption de ce programme a permis aux pays développés notamment la Suède, le Royaume Uni, , les Pays-Bas, le Danemark, la Norvège, les Etats Unis d'Amérique, de réduire sensiblement leur taux de mortalité maternelle qui s'établissait à plus de 600

DM/100 000 NV avant 1780 à 250 DM/100 000 NV dans les années 1920, à 85 DM/100 000 NV en 1950, 25 DM/100 000 NV en 1965 (CROMBIE, 1993 ; DECLERCQ & LACROIX, 2018 ; HÖGBERG & WALL, 1986). Actuellement tous ces pays ont des taux de mortalité maternelle inférieurs à 10 DM/100 000 NV (OMS et al., 2023). La clé de la réussite de ce programme dans ces pays a été avant tout, l'engagement des décideurs politiques en mobilisant les ressources financières nécessaires à la formation d'un grand nombre de sages-femmes et autres personnels de santé, ceci afin que tous les accouchements se déroulent en présence d'un personnel qualifié. Pendant cette même période, on a pu observer un développement technologique (antibiotique, césariennes, transfusions ...), l'accessibilité aux soins obstétricaux à l'hôpital, la modernisation des équipements, des salles des maternités et salles d'accouchements, mais aussi l'application systématique de politiques sanitaires pour la prévention des infections obstétricales en postpartum. Enfin on soulignera la plus grande prise de conscience des populations concernant le problème de la mortalité maternelle. Ainsi en Grande Bretagne, la tenue de la conférence « Mothers' Charter » de 1938 avait réuni plus de 60 associations féminines locales en poussant le gouvernement britannique à accélérer les stratégies de lutte et en s'engageant à accompagner le gouvernement dans toutes les actions (OAKLEY, 1984).

Dans les pays en voie de développement, ce programme est appliqué dans un grand nombre de nations, sans pour autant réduire la mortalité maternelle, car ces pays souffrent de carences en personnel qualifié (sages-femmes, médecins, infirmiers) pour la prise en charge obstétricale. Nombreux accouchements continuent de se dérouler sans l'assistance d'un personnel qualifié (SAMUEL et al., 2021). Selon les dernières données rendues publiques par les agences des Nations Unies en 2023 (Organisation mondiale de la Santé (OMS), Fonds des Nations unies pour l'Enfance UNICEF, Fonds des Nations Unies pour la population FNUAP, Banque mondiale et la Division de la population des

Nations Unies), 68 % seulement des accouchements dans les régions à faibles revenus, ont eu lieu en présence d'un acteur de santé qualifié. Alors qu'environ 99 % des accouchements dans la plupart des pays à revenu élevé, ont eu lieu en présence d'une sage-femme, d'une infirmière ou d'un médecin qualifié (OMS et al., 2023). La faible mobilisation des ressources financières par les décideurs politiques, les croyances socio-culturelles et coutumières défavorables des membres des familles et de la communauté ainsi que le recourt au service des accoucheuses traditionnelles seraient parmi les raisons majeures qui entravent la réussite de ce programme dans la majorité de ces pays (POZZI et al., 2020).

2.3.3. Cliniques prénatales et approche des risques

C'est une approche qui a été introduite dans les années 70 sur le postulat qu'il « était possible de prévenir les complications obstétricales et de déceler les grossesses à risques avec un degré satisfaisant de sensibilité et de spécificité » (TUCKER et al., 1994). Cependant, 10 ans après sa mise en œuvre. Ce programme a été remis en question. Cela suite à une étude réalisée à Aberdeen établissant que « la productivité de la clinique pré-natale de routine en ce qui concerne la prédiction et l'identification des problèmes obstétricaux était extrêmement faible » (HALL et al., 1980). L'étude suggérait que le nombre de visites prénatales pour les femmes enceintes ne présentant pas des risques graves pourrait être réduit (HALL et al., 1980). Cet argumentaire a été renforcé par une autre étude réalisée dans la zone de santé de Kansongo dans l'Est de la RDC laquelle est considérée comme l'une des premières à travailler sur la prévalence des risques dans une population de femmes avec des données d'une bonne sensibilité et spécificité. Cette étude avait montré que « les femmes à risque ne représentaient qu'une faible proportion (29%) parmi les femmes ayant un travail dystocique » (ROONEY & WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1992). Ceci avait

conduit Maine (1991) à déclarer que la majorité de complications obstétricales menaçant la vie d'une mère ne pourrait pas être décelé à la clinique pré-natale (MAINE, 1991). Ce programme des soins pré-natals est soutenu par d'autres chercheurs tel que Van Lerberghe (1988) qui pensait déjà que les cliniques pré-natales peuvent jouer un rôle important dans l'éducation, l'information, la détection, la prévention et la prise en charge de pathologies chroniques évolutives susceptibles d'entraver l'évolution normale de la grossesse. Il en est ainsi du paludisme, des infections, du diabète, des maladies cardiaque, de l'anémie etc., (VAN LERBERGHE & PANGU, 1988). Ce programme est indispensable, car il permet l'identification et la prise en charge précoce des complications obstétricales ainsi que la préparation à l'accouchement et à la naissance pour une femme enceinte, pour sa famille et le personnel soignant (MWILIKE et al., 2018). Il est également indispensable dans la contribution à la réduction du taux de mortalité maternelle, comme décrit dans plusieurs études réalisées en Afrique (LANGLOIS et al., 2015).

Dans les pays développés, ce programme fonctionne très bien, car la grande majorité des femmes enceintes bénéficient des quatre voire plus consultations pré-natales (CPN) recommandées par l'OMS. Ces pays ont déjà atteint le taux de la couverture santé universelle (RAHMAN et al., 2022). La réussite de ce programme dans ces pays, serait due à la prise de conscience des risques des décès maternels notamment par les décideurs politiques, les professionnels de santé, la communauté et la femme elle-même. En outre, l'organisation des systèmes de santé offrant aux citoyens l'assurance et le sécurité d'avoir accès à des services bien équipés, sans barrières géographiques, financières et culturelles est également un élément favorable à la réussite de ce programme (FEROZ et al., 2017). Malgré tous les moyens mis en œuvre , ce programme est encore jugé insatisfaisant (dans les pays en voie de développement) car la culture en soins pré-natals des femmes enceintes bénéficiant des quatre CPN recommandées par l'OMS est d'environ

52% (RAHMAN et al., 2022). Ce programme est entravé dans ces pays par la mauvaise organisation du système de santé, le manque du pouvoir économique et décisionnel de la femme, les difficultés liées à l'accès aux formations sanitaires (FOSA) (centres de santé, centres de santé de références, maternités et hôpitaux généraux de références) ainsi que les croyances socio-culturelles et coutumières qui dominent dans la population (RAHMAN et al., 2022).

2.3.4. Formation des accoucheuses traditionnelles

Ce programme qui dans le passé était aussi appliqué par les pays développés au début de la lutte contre la mortalité maternelle, puis remplacé par la formation des sages-femmes professionnelles, est l'un des grands programmes adoptés par plusieurs pays en voie de développement comme stratégie de lutte contre la MM. Il a été appliqué depuis 1920 au Soudan et en 1950 en Inde, en Thaïlande et aux Philippines (BAYOUMI, 1976).

Le postulat du développement de ce programme était qu'il n'y avait pas assez de soignants qualifiés pour assurer les soins maternels et obstétricaux à court et moyen terme dans les FOSA. De plus, il n'y avait pas assez de lits ou d'équipements au niveau des maternités pour accueillir le besoin qui serait créé si toutes les femmes enceintes recourraient à ce service pour accoucher (DISSEVELT, 1980). Le choix de ce programme était également motivé par le fait que les accoucheuses traditionnelles existaient déjà, alors qu'elles dirigeaient déjà des accouchements en milieu rural : « elles étaient accessibles et culturellement acceptables et elles influençaient sur la décision des femmes de se rendre dans les services de santé » (BAYOUMI, 1976). Elles disposaient d'une expérience pratique, mais avec beaucoup de lacunes sur le plan technique. C'est pourquoi il était jugé nécessaire de renforcer leurs compétences sur les méthodes modernes d'accouchement (WALLACE & GIRI, 1990).

Au cours des années 70, « étant donné que la mobilisation de la communauté était

au cœur de la stratégie des soins de santé primaires, la formation des accoucheuses traditionnelles semblait tout à fait conforme à l'autonomisation de la communauté » (ARAUJO & OLIVEIRA, 1982). Pendant cette période, ce programme était devenu une stratégie majeure recommandée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) afin d'améliorer la santé maternelle dans les pays en voie de développement (VERDERESE et al., 1975).

Pendant les années 80, alors que l'OMS poursuivait ses recommandations sur la formation en grand nombre des accoucheuses traditionnelles (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986), des controverses sont apparues dans la littérature quant à l'efficacité de ce programme sur la réduction de la mortalité maternelle (SOFOLUWE & BENNETT, 1985). Les détracteurs de ce programme argumentaient «qu'il était peu probable que ces femmes changent leurs habitudes même si elles étaient formées ; en les formant, vous créez un cadre inférieur aux normes qui ne passera jamais un examen ; et vous risquez d'augmenter le temps d'attente dans les villages avant que des soins prénataux ne soient recherchés, en particulier dans le cas d'une femme avec une grossesse à haut risque» (MAINE, 1991 ; RAY & SALIHU, 2004). A la suite de plusieurs études, ces auteurs avaient estimé que la formation des accoucheuses traditionnelles n'avait pas d'impact sur la réduction des décès maternels, et qu'il fallait privilégier le programme qui permettrait aux femmes d'aller accoucher dans les FOSA bien équipées (MAINE, 1991 ; RAY & SALIHU, 2004). En revanche, les défenseurs de cette approche, estimaient que le problème n'était pas lié au programme lui-même mais davantage au manque d'en-cadrement, de supervision et d'accompagnement, ce qui risquait de réduire son efficacité (SAI & MEASHAM, 1992 ; WALLACE & GIRI, 1990). Les accoucheuses traditionnelles devaient continuer à jouer plusieurs rôles, notamment, diriger les accouchements sans risque, sensibiliser les femmes pour suivre les CPN, orienter les femmes avec complications obstétricales vers les services de santé (42).

Finalement, ces controverses avaient conduit l'OMS à supprimer ce programme en recommandant uniquement la formation des accoucheuses professionnelles ou des sages-sages, infirmières, médecins (BERGSTRÖM & GOODBURN, 2001 ; SIBLEY & SIPE, 2006) .

Dans un contexte où de nombreux pays en voie de développements sont caractérisés par l'insuffisance de personnel de santé qualifié alors que plusieurs barrières empêchent les femmes enceintes de recourir aux services de santé au moment opportun, l'accoucheuse traditionnelle a encore sa place dans le programme de la réduction de la mortalité maternelle (JACOBS & HYDER, 2021).

2.3.5. La Subvention des accouchements

C'est un programme qui met en avant un système de ticket modérateur par lequel la femme paie une partie de la facture de l'accouchement selon son revenu. Le reste est pris en charge par le gouvernement. Il a pour fondement de lier le financement des services de santé à des résultats pré-déterminés (MANITU et al., 2015). Ce type de programme a permis à certains pays d'enregistrer des progrès importants dans la réduction des décès maternels. C'est le cas de la Chine « qui est l'un des rares pays à avoir atteint les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) 5, à savoir : réduire de 75% le taux de mortalité maternelle de 1990-2015» (of DEATH COLLABORATORS, 2017). Le gouvernement chinois avait appliqué ce programme en subventionnant les accouchements des femmes les plus démunies issues des milieux ruraux, en synergie avec d'autres programmes. Le taux de mortalité maternelle avait baissé de 111 DM/ 100 000 NV en 1990 à 22 DM/100 000 NV en 2015 (of DEATH COLLABORATORS, 2017) et 16 DM/100 000 NV en 2021 (W et al., 2023). En Afrique, ce programme est appliqué dans plusieurs pays comme le Bénin, le Cameroun, la Mozambique, le Rwanda, le Burundi..., pour les accouchements institutionnels, les visites prénatales, la planification familiale... (GERGEN et al., 2018 ; PAUL et al., 2017). La RDC l'a également adopté

pour permettre aux femmes enceintes d'accéder aux services de santé afin de contribuer à la réduction de la mortalité. Bien que l'on observe un taux élevé d'utilisation des services de santé par les femmes enceintes, aussi bien en RDC que dans d'autres pays en voie de développement, on note qu'il y a toujours plus de femmes qui accouchent dans la communauté que dans les milieux hospitaliers (I. B.-E. RAMAZANI et al., 2022). Cela supposerait que de nombreux accouchements continuent encore à se passer au domicile (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b).

En résumé, la clé de réussite de tous les programmes décrits ci-dessus dans les pays développés résultait avant tout de la prise de conscience précoce de l'ampleur du problème par les décideurs politiques. A cela s'ajoute la reconnaissance que la majorité des décès maternels peut être évitée si on s'y prend à temps. Enfin, ces résultats s'expliquent par la mobilisation, la participation et l'engagement de toutes les parties prenantes notamment des décideurs politiques, des professionnels de santé ainsi que des membres de la communauté sur la question. Cependant, dans les pays en voie de développement, ces programmes sont entravés par une faible prise de conscience de l'ampleur du problème par des décideurs politiques, une faible mobilisation des ressources destinées à la lutte contre la mortalité, un faible engagement des personnels de santé, une faible participation communautaire. Il en résulte la nécessité de mettre en place d'autres stratégies qui inciteraient aussi bien les décideurs politiques que les personnels de santé et les membres de la communauté à s'engager dans la lutte contre la mortalité maternelle.

2.4. Programmes mis en place en République Démocratique du Congo

La RDC à l'instar d'autres pays en voie de développement s'était d'abord engagée au sommet du Millénaire de 2000 pour réduire son taux de mortalité maternelle à 230 DM/ 100 000 NV par rapport au taux de 1990 dans le cadre OMD 5 à l'horizon 2015. De

plus, aux ODD 2015-2030 à travers la cible ODD 3.1., de réduire son taux de mortalité maternelle à 70 DM/ 100 000 à l'horizon 2030. Cependant, pour répondre à ces engagements, plusieurs programmes ont été initiés pendant plusieurs décennies. Il s'agit notamment, de l'enregistrement des décès maternels, des soins prénatals, de la planification familiale, de la formation des accoucheuses traditionnelles, de la formation des accoucheuses professionnelles, du monitorat clinique, des soins après avortement, du financement basé sur la performance. Dans ce paragraphe, nous présentons une synthèse sur certains de ces programmes.

2.4.1. *Enregistrement des décès maternels*

Pour permettre à la RDC de collecter les informations sur le nombre de décès maternels en vue de d'apprécier l'ampleur du problème et de définir un plan stratégique approprié visant à réduire le taux de mortalité maternelle, il a retenu de procéder depuis plusieurs années à un programme d'enregistrement des cas des décès maternels. Malgré cette volonté des autorités sanitaires, la RDC a rencontré de sérieuses difficultés pour faire fonctionner ce programme. Il fut entravé par la mauvaise organisation des services de l'état civil, par la faiblesse des modes d'archivage, par le défaut de collectes des informations dans les FOSA, par la faible mobilisation des ressources financières allouées au service national des statistiques lequel dépend des aides extérieures nécessaire à l'organisation des enquêtes.

Depuis l'an 2000, la RDC n'a organisé que deux enquêtes nationales lui permettant d'estimer le taux de mortalité maternelle. Il s'agit de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC I) organisée en 2007, pour laquelle le taux de mortalité maternelle était estimé à 543 DM/100 000 NV et de l'EDS-RDC II 2013-2014, dont le rapport a été publié en septembre 2014, et qui mesurait le taux de mortalité maternelle à 846 DM/ 100 000 NV ('MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2014). Ainsi depuis plus de 9 ans la RDC ne dispose d'aucune don-

née actualisée sur les décès maternels. Cette absence de données ne permet pas aux décideurs politiques de d'apprécier correctement l'ampleur du problème et de mettre en place des stratégies efficaces et durables pour lutter contre la mortalité maternelle.

2.4.2. Les soins prénatals ou consultations prénatales

La RDC avait adopté ce programme des soins prénatals ou consultations prénatales (CPN) notamment, pour le suivi et la surveillance de la grossesse, la recherche, la prévention et le traitement des maladies susceptibles d'entraver l'évolution normale de la grossesse. Il permet également de prévenir les risques ainsi que les complications qui peuvent survenir au cours de la grossesse, de l'accouchement et en postpartum. Malgré les efforts fournis par le gouvernement et ses paritaires, la majorité des femmes enceintes ne se rendent pas aux quatre CPN recommandées par l'OMS. Le rapport de l'EDS II (2014) avait révélé que 48 % seulement des femmes enceintes avaient effectué au moins les 4 CPN recommandées, dont 60% en milieu urbain et 40% en milieu rural. Les femmes enceintes qui avaient effectués 2 à 3 CPN ne représentent que 38%. Selon le même rapport, une très faible proportion (4%) n'avait effectué qu'une seule CPN. Une femme sur dix n'avait effectué aucune CPN (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2014).

Par ailleurs, selon une étude récente de 2023 réalisée à l'Est de la RDC, sur 56% des femmes enceintes qui avaient suivi la CPN1, 10% seulement avaient complété la CPN4 (I. B.-E. RAMAZANI et al., 2022). Ces chiffres révèlent l'insuffisance de ce programme, et appellent à la mise en place de stratégies innovantes pour inciter les femmes à utiliser le service de santé

2.4.3. La formation des accoucheuses traditionnelles ou matrones

La RDC, à l'instar des autres pays en voie de développement, doit faire face à l'insuffisance du nombre de personnels de santé

de qualité. Les organisations des Nations-Unies (OMS, FNUP et le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) conscientes du rôle joué par ces matrones dans les milieux ruraux, avaient suggérés aux pays en voie de développement de mettre en place un programme d'identification et de formation des accoucheuses traditionnelles pour que les accouchements à domicile se passent en sécurité afin que toutes les femmes enceintes puissent avoir l'accès à des services de santé modernes, professionnels et acceptables (WORLD HEALTH ORGANIZATION et al., 1992).

Pour répondre à cette recommandation, la RDC avait mis en place depuis 2000, un programme de formation des matrones ; lesquelles qui avaient été identifiées, puis formées et auxquelles des kits d'accouchement gratuits avaient été donnés dans certaines provinces (MATENDO et al., 2011). Suite au changement des approches et aux nouvelles recommandations de l'OMS (SIBLEY & SIPE, 2006), ce programme de formation avait été progressivement supprimé par les autorités sanitaires (BERGSTRÖM & GOODBURN, 2001). En conséquence, de nombreuses matrones, anciennes comme nouvelles, dont les services étaient régulièrement sollicités par la communauté, n'ont malheureusement suivi aucune formation formelle et si bien que leur capacité à effectuer un accouchement à moindre risque reste une préoccupation majeure.

La réalité de la situation fait état de l'insuffisance des personnels de santé qualifiés notamment de la carence des sages-femmes qualifiées. Lorsqu'actuellement en RDC, le ratio est de 2 sages-femmes pour 1000 NV, alors que la norme de l'OMS est de 6 pour 1000 NV (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MSP), SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2019). Considérant la place que la matrone continue d'occuper au sein de la communauté, son rôle et son influence sur la prise de décision de la femme enceinte, il est certain que ce programme de formation des matrones reste une priorité en RDC. Il est essentiel, après leur identification et leur formation, de leurs

donner des missions spécifiques, telles que l'identification des femmes enceintes dès le premier trimestre de la grossesse, afin de les sensibiliser et les orienter vers les FOSA pour bénéficier tous les services disponibles.

2.4.4. Le financement basé sur la performance

L'approche de "financement basé sur la performance" (FBP) est l'une des stratégies de financement, de réforme et de renforcement des systèmes de santé qui a connu un certain succès au cours de ces dernières années (MANITU et al., 2015). Il a pour fondement de lier le financement des services de santé à d'objectifs définis. Le paiement assuré par le tiers-payant, n'est effectué qu'après vérification de l'atteinte effective des résultats en quantité et en qualité. Il s'agit d'un programme qui met en avant un système de ticket modérateur par lequel la femme paie une partie de la facture de l'accouchement selon son revenu. Le reste est pris en charge par le gouvernement Congolais (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2016).

La RDC l'avait adopté en l'inscrivant dans son Plan National de Développement Sanitaire PNDS 2016-2020 puis renouvelé pour la période 2019-2022 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2016). Ce plan doit permettre aux femmes d'accéder à des soins de santé dans les FOSA (MAYAKA MANITU, 2015). Malgré cette disposition, une majorité de femmes enceintes même vivant à proximité d'un centre de santé ou d'un hôpital, continuent à accoucher à domicile. Celles qui décident de s'y rendre, attendent le dernier moment du travail d'accouchement. Or plus d'un tiers des décès maternels est dû aux complications qui surviennent à cette période de la grossesse (LAWN et al., 2016). Cela indique l'insuffisance de ce programme et qu'il serait nécessaire de développer d'autres stratégies incitatives à destination des femmes et des membres de leurs familles afin de les encourager à recourir aux services de santé.

3. Programme d'intervention TAAUT

3.1. Pourquoi le programme d'intervention TAAUT ?

La majorité de décès maternels évitables qui surviennent dans les pays de développement sont attribuables aux retards : le retard dans la prise de décision par la femme de recourir aux soins (premier retard), le retard dans l'arrivée au lieu de soins (deuxième retard) et le retard dans la prise en charge médicale (troisième retard) (Actis Danna et al., 2020). Dans le cadre de ce programme, il s'agit spécifiquement du premier retard dont la méconnaissance des signes de danger obstétrical peut entraîner le retard pour recourir au service de santé (OSSAI & UZCHUKWU, 2015). Cependant, dans le cadre d'un programme de recherche doctoral dénommé TAAUT, trois études ont été réalisées dans l'Est de la RDC.

La première étude a permis de mesurer le taux de mortalité maternelle sur une période rétrospective de 5 ans, de juillet 2015 juin 2020. Les résultats de cette étude ont révélé un taux élevé de MM dans cette région de la RDC estimé à 620 DM/100 000 NV. Et 46% de ces décès étaient liés au premier retard relatif à la prise de décision retardée par la femme enceinte recours au service de santé (I. B.-E. RAMAZANI et al., 2022).

La deuxième qui était une étude quantitative transversale, à visée analytique, a permis d'évaluer les connaissances des femmes enceintes sur les signes de danger obstétrical qui était faible (21,9%). 56% de ces femmes avaient participé aux CPN 1, parmi lesquelles 10% seulement avaient complété la CPN 4 (I. B.-E. RAMAZANI et al., 2022). Il a été approuvé que le faible niveau de connaissances des femmes, sur les des signes de danger obstétrical est l'un des facteurs qui peut retarder la prise de décision rapide par la femme enceinte de recourir au service de santé au moment opportun dans le pays en voie de développement (BOLANKO et al., 2021).

La troisième était une étude qualitative. Elle a permis de comprendre la réticence

des femmes enceintes à se rendre dans les structures de santé ou de retarder cette décision au dernier moment du travail d'accouchement. Les résultats de cette étude ont permis de souligner que les raisons seraient liées d'abord aux considérations familiales, sociales, aux croyances culturelles, traditionnelles et religieuses.

Il s'agit notamment, de la confiance dans les accoucheuses traditionnelles, la confiance dans l'efficacité des médicaments traditionnels, la méfiance vis-à-vis des sages-femmes hommes et infirmiers qui dirigent les accouchements dans les maternités. La honte de commencer les CPN au début de la grossesse, la honte de se rendre trop tôt à la maternité, la honte d'accoucher devant un soignant, la peur de la sorcellerie, la peur du jugement, le manque du pouvoir économique, et le manque d'autonomie décisionnelle de la femme ont été également révélés comme raison de ce réticence (B.-E. I. RAMAZANI et al., 2023). Ces raisons seraient liées au système de santé notamment, le nombre insuffisant de sages-femmes et infirmières dans les maternités, le manque du respect et des abus des soignants dans les maternités, la médiatisation des accouchements et l'inaccessibilité des FOSA. Enfin, ces études ont permis de décrire des facteurs liés à la faible perception individuelle de la femme des risques liés aux complications obstétricales caractérisée, notamment par la négligence, la réticence, la discréption et l'indécence d'utiliser le service de santé (B.-E. I. RAMAZANI et al., 2023). Sur ce point, Hibstu et Siyoum (2017), pensent que l'éducation pour la promotion de la santé des femmes, des hommes et des membres des familles et de la communauté sur les signes de danger obstétrical fait partie des stratégies efficaces pour améliorer l'utilisation des services de santé afin d'anticiper les complications obstétricales (HIBSTU & SIYOUM, 2017).

Une intervention multimodale de promotion de la santé, impliquant l'ensemble parties prenantes permettrait d'augmenter le niveau de connaissance et le pouvoir d'agir des femmes sur les signes de danger obstétrical.

3.2. Les principaux acteurs et leurs missions

Les principaux acteurs de programmes sont des instructeurs, des transmetteurs et des décideurs

3.2.1. Les instructeurs

Sont considérés comme instructeurs dans ce programme, tous les prestataires des soins. Il s'agit des infirmiers, ères, des sages-femmes, des médecins et des matrones. Ces grands acteurs, (Infirmiers, ères, sages-femmes, Médecins) auront les rôles d'éduquer/ sensibiliser les femmes en âges de procréer et les femmes enceintes pendant les séances des CPN et pendant les consultations curatives. Ils auront également comme mission d'orienter ces femmes vers d'autres FOSA en cas de complications obstétricales pour une prise en charge d'urgence.

Concernant les matrones, celles-ci sont souvent en première ligne au sein de la communauté lorsqu'une femme est enceinte – au cours du 1er trimestre de grossesse ou lorsqu'elle est au début du travail d'accouchement. Le premier enjeu est de leur faire comprendre qu'elles ne peuvent à elles seules assumer l'ensemble des services de santé pendant la grossesse mais aussi l'accouchement et qu'elles doivent ainsi pour limiter les risques renoncer à une partie du rôle qu'elles exercent actuellement pour orienter les femmes enceintes vers les systèmes de santé compétents. Elles auront ensuite le rôle d'éduquer/sensibiliser les femmes enceintes sur les signes de danger obstétrical et sur les avantages pour une femme enceinte de se rendre aux quatre CPN recommandées. Elles auront également la mission d'identifier les femmes avec des grossesses à risque (grossesses avec complication obstétricale) et de les orienter vers les FOSA pour une prise en charge obstétricale d'urgence. Enfin, elles auront aussi la mission d'inciter et d'orienter ces femmes enceintes vers les FOSA pour suivre les CPN.

Un enjeu et un frein majeur dans le cadre de ce programme est de préserver la respectabilité de ces matrones, qui jouent un

rôle essentiel au sein de leur communauté et qui bénéficient d'une confiance importante de la part des femmes enceintes et de leur famille. Il conviendra également de définir et de mettre en place des mécanismes de compensation financière, afin qu'elles interviennent non en obstacles mais en tant que promotrices d'une action majeure de santé publique.

3.2.2. Les transmetteurs

Sont considérés comme transmetteurs dans ce programme, tous les acteurs locaux qui ont de l'influence, qui sont écoutés, qui ont une grande capacité de mobilisation communautaire et qui ont la facilité de faire passer les messages à travers les différents canaux de communications. Il s'agit des comédiens, des journalistes, et des leaders communautaires.

- Les comédiens

Ces auteurs et acteurs de théâtres auront comme mission en collaboration avec les prestataires des soins d'écrire des pièces de théâtres en langue locale (swahili) sur les complications obstétricales qui peuvent survenir chez une femme enceinte. Ils auront également comme rôle de jouer les pièces théâtrales dans la communauté et dans les FOSA lors de CPN selon le calendrier établi par les responsables des FOSA. Par ailleurs, ces pièces de théâtres seront enregistrées dans des supports audio et seront rediffusées dans les radios locales dans les émissions dédiées à la santé.

- Les Journalistes

Les journalistes auront pour mission de rédiger les messages d'animations radios diffusées sur les complications obstétricales, les inconvénients d'utilisations abusives des médicaments traditionnels ainsi que les bienfaits des CPN. Ils auront également pour rôle d'animer les émissions radios diffusées.

- Les leaders communautaires

Ces membres de la communauté sont des leaders d'opinions et dont les critères de sélection restent à définir. Ils auront pour rôle

d'identifier les femmes enceintes dès le 1er trimestre de la grossesse, les sensibiliser et les orienter vers les FOSA pour suivre les CPN et accoucher devant un personnel de santé qualifié.

3.2.3. Les décideurs

Il s'agit des femmes elles-mêmes, les maris, les parents des maris surtout les belles-mères, les mères des femmes, les amis, les femmes âgées, les matrones et d'autres membres influents des familles de la communauté. Ces personnes jouent un rôle très important dans la prise de décisions sur la santé de la femme en générale et sur le lieu d'accouchement pour les femmes enceintes en particulier. De plus, ce sont ces personnes qui influencent positivement ou négativement le comportement de rechercher les soins de santé chez les femmes enceintes (B.-E. I. RAMAZANI et al., 2023).

Ces 3 principaux acteurs sont présentés dans la figure ci-dessous :

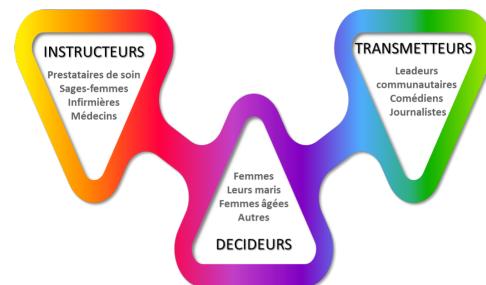


FIGURE 1 – Les grands acteurs

3.3. Les grandes actions du programme

Quatre grandes actions sont prévues dans ce programme à savoir, l'élaboration des outils de formation, la formation des principaux acteurs, l'élaboration des outils de sensibilisation et l'augmentation des connaissances et du pouvoir d'agir des décideurs.

3.3.1. Elaborations des outils des formations

Deux modules de formation seront élaborés. Il s'agit du module de formation des

instructeurs (infirmières, sages-femmes, médecins et matrones) et celui des transmetteurs (comédiens, journalistes leadeurs communautaires). Ces modules seront élaborés par des experts du secrétariat général de la santé, de la coordination nationale de la santé de la reproduction, des agences des nations unies (OMS et al., 2023 ; ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1986), des ONG nationales et Internationales qui travaillent sur la thématique de santé de la reproduction, des représentants de la société civile santé. Ces modules porteront sur les signes de danger obstétrical qui peuvent survenir chez une femme enceinte pendant la grossesse, le travail, pendant et après accouchement en se référant aux directives de l'OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015a). Par ailleurs, des notions sur les inconvénients d'utilisation abusive des médicaments traditionnels par les femmes enceintes seront également abordées dans ces modules.

3.3.2. Formation des principaux acteurs

Il s'agira de former ou de renforcer les connaissances de 3 catégories d'acteurs qui seront impliqués directement dans la mise œuvre du projet. Il s'agit des acteurs suivants :

- Les prestataires de soins (Infirmiers. ères, sages-femmes, médecins et les matrones)
- Les prestataires qui vont mettre en œuvre les outils de sensibilisation (comédiens et les journalistes des radios locales)
- Les leadeurs communautaires.

La formation portera essentiellement sur les signes de danger obstétrical et les complications obstétricales, pour les trois catégories acteurs, journalistes et leadeurs communautaires. La formation portera aussi sur les inconvénients liés à l'utilisation abusive des médicaments traditionnels et les avantages pour une femme enceinte de suivre les quatre CPN recommandées.

3.3.3. Elaboration des outils de sensibilisation

L'approche promotion de la santé sur laquelle ce programme d'intervention multimodale s'appuie, exige que les actions, les messages et les connaissances sur le changement de comportement en santé soient construits avec la communauté en tenant compte de leurs normes socio-culturelles, de leurs croyances traditionnelles et religieuses ainsi que les us et coutumes (MOIGNE, 2021). Pour permettre aux différents acteurs cités ci-dessus de bien réaliser les activités de sensibilisation, il sera nécessaire de mettre à leurs dispositions des outils de sensibilisation.

- Le 1er outil à développer, c'est le guide de sensibilisation en français et en swahili sur les signes de danger obstétrical pour les prestataires de soin.
- Le 2e outil de sensibilisation, est la pièce de théâtre traditionnelle qui sera écrite par les comédiens locaux de Kasongo avec l'accompagnement des experts de la coordination provinciale de santé de la reproduction. Cette méthode de sensibilisation utilisant le théâtre traditionnel en promotion de la santé a été déjà utilisée par plusieurs chercheurs dans les pays en voie de développement et a été jugé comme un outil efficace pour le changement des comportements en santé (DILL-SHACKLEFORD et al., 2015).
- Le 3e outil de sensibilisation, est la conception des messages pour les animations radiodiffusées ainsi que des spots publicitaires qui seront conçus par les journalistes des radios locales et des comédiens identifiés et formés à cet effet. Cette méthode a été jugée efficace pour le changement de comportement en santé par plusieurs auteurs (SOOD et al., 2014).

Ces outils de sensibilisation à savoir, le guide sensibilisation, la pièce de théâtre, les messages radios diffusés et les sports publicitaires conçus par ces différents acteurs seront validés par le secrétariat général de la santé, hygiène et prévention de la RDC.

3.3.4. Augmentation de la connaissance et du pouvoir d'agir des femmes, des membres des familles et de la communauté.

La connaissance et la compréhension des signes de danger obstétrical par les femmes enceintes est indispensable pour la prise de décision en temps opportun de recourir aux soins obstétricaux d'urgence (BOLANKO et al., 2021). L'éducation pour la promotion de la santé des femmes, des hommes et des membres de la communauté sur les signes de danger obstétrical fait partie des stratégies efficaces pour la prévention des complications lors de l'accouchement (HIBSTU & SIYOUM, 2017). Pour cette raison, l'OMS recommande que les informations sur les signes de danger obstétrical soient données lors de chaque visite prénatale à toute femme enceinte (ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 2017). Cela pourrait permettre l'identification précoce des signes de danger obstétrical pour une prise en charge des soins obstétricaux d'urgence appropriée chez la femme enceinte (MWILIKE et al., 2018). Dans ce programme, en dehors des femmes en âges de procréer et des femmes enceintes qui seront des bénéficiaires directes, d'autres catégories de la population seront également touchées, comme décrit ci-dessous : Sensibilisation des femmes en âges de procréer et des femmes enceintes Pour renforcer les connaissances et le pouvoir d'agir des femmes, plusieurs stratégies sont retenues à savoir :

- La sensibilisation par les instructeurs (prestataires de soins) lors des CPN et pendant la consultation curative.
- La sensibilisation à travers le théâtre traductionnel par les comédiens qui joueront des pièces de théâtres dans les structures sanitaires lors des activités des CPN planifiées par les prestataires de soin et dans la communauté selon le calendrier qui sera établi par les responsables de ce projet.
- La sensibilisation des leaders locaux qui auront la mission d'identifier les femmes enceintes dès le premier trimestre de la grossesse, de les sensibiliser et de les orienter vers les services

de santé pour suivre les CPN et pour accoucher.

- La sensibilisation par les journalistes à travers les émissions radio diffusées dans les chaines locales et des sports publicitaires notamment pour celles dont le mari possède un récepteur radios.

Sensibilisation des femmes âgées, des hommes et d'autres membres de la communauté

Connaissant l'influence que ces acteurs ont sur la prise des décisions de la santé des femmes enceintes en particulier et les femmes en âges de procréer en général, il est indispensable qu'ils soient sensibilisés. Ces acteurs seront sensibilisés directement par les comédiens à travers les théâtres traditionnels qui seront organisés dans chaque village, mais aussi à travers les émissions radio diffusées et sports publicitaires qui passeront dans les chaines des radios locales.

Sensibilisation des responsables associations locales qui travaillent dans le domaine de la santé et qui militent pour le droit des femmes.

Pour l'appropriation des activités par la communauté locale et en prélude de la pérennisation des activités de ce programme, il sera nécessaire d'identifier et de renforcer les connaissances des membres des associations locales qui travaillent dans le domaine de la santé et qui militent pour le droit de la femme sur ces différentes thématiques. Ces acteurs seront sensibilisés par les comédiens à travers le théâtre traditionnel ainsi les journalistes des radios locales. Toutes ces grandes actions du programme sont schématisées dans la figure 2 ci-dessous.



FIGURE 2 – Grandes actions du programmes

4. Conclusion

Les analyses faites, montrent que les anciens programmes qui ont été mis en place, ont été intéressants, car quelques progrès sont enregistrés sur la réduction des taux de la mortalité maternelle, mais n'ont pas répondu avec efficience et efficacité aux attentes. Parce qu'ils n'ont pas tenu compte des éléments socio-culturels, coutumiers et religieux. De plus, Ils n'ont pas suffisamment impliqué des acteurs clés comme les femmes elles-mêmes, leurs maris, les membres des familles et de la communauté, les leaders communautaires, les chefs religieux et coutumiers ainsi que les soignants dans toutes les étapes du programme. C'est pourquoi, nous proposons de mettre en place ce programme d'intervention dans une approche multimodale de promotion de la santé, impliquant toutes les parties prenantes dans toutes les phases du programme.

Par ailleurs, il reste encore sept ans avant l'échéance d'évaluation des ODD 2015-2030 dans lesquels, les pays membres se sont engagés à mener des actions pour réduire le taux de mortalité maternelle à moins de 70 DM/ 100 000 NV (OMS et al., 2015). Ce programme d'intervention multimodale de promotion de la santé constitue un levier majeur pour la RDC qui est encore très loin de s'approcher de la cible 3.1 de ces ODD, et doit permettre d'accélérer les stratégies de lutte contre la mortalité qui reste encore élevée avec 846 DM/ 100 000 NV (MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE, 2014).

Etant donné que la RDC a mis en œuvre l'approche de la gratuité des accouchements dans certaines FOSA dans le cadre de la couverture de santé universelle, ce programme, constitue une opportunité pour que les femmes enceintes et leur famille utilisent avec discernement les services de santé afin de se rendre aux CPN et pour accoucher devant un personnel de santé qualité. Cela contribuerait à la réduction du taux de mortalité maternelle.

Cependant, avant la mise en œuvre de ce programme, il sera nécessaire d'évaluer quelques variables des résultats tels que pro-

posé par Proctor (2011), à savoir, l'acceptabilité, la faisabilité, la fidélité, le coût de la mise en œuvre et la pérennité (PROCTOR et al., 2011).

Un enjeu majeur de ce programme d'intervention concerne les matrones. Le rôle central qu'elles jouent dans la culture traditionnelle de la RDC, leur confère un pouvoir important au sein de leur communauté. Ce programme conduira nécessairement à une certaine perte d'influence dans le parcours obstétrical des femmes enceintes. Il convient d'adresser cette question avec soin afin de dégager des mécanismes de compensation tant sur le plan financier que de leur respectabilité au sein des communautés.

5. Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

6. Financement

Cette recherche n'a pas bénéficié d'un financement extérieur.

7. Contributions des auteurs

Les auteurs ont tous contribué de manière égale au développement de ce manuscrit. Ils ont lu et accepté la version finale du manuscrit.

8. Remerciement

Rien à signalé

Références

- AHOUAH, M., & ROTHAN-TONDEUR, M. (2019). End-Users and Caregivers' Involvement in Health Interventional Research Carried Out in Geriatric Facilities : A Systematic Review [Article 16]. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(16). <https://doi.org/10.3390/ijerph16162812>

- ARAUJO, J. G., & OLIVEIRA, F. C. (1982). The place of caesarean section and choice of method. *Clinics in Obstetrics and Gynaecology*, 9(3), 757-772.
- BAYOUMI, A. (1976). The training and activity of village midwives in the Sudan. *Tropical Doctor*, 6(3), 118-125. <https://doi.org/10.1177/004947557600600311>
- BERGSTRÖM, S., & GOODBURN, E. (2001). The role of traditional birth attendants in the reduction of maternal mortality. In *Safe motherhood strategies : a review of the evidence*.
- BOLANKO, A., NAMO, H., MINSAMO, K., ADDISU, N., & GEBRE, M. (2021). Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women in Wolaita Sodo town, South Ethiopia : A community-based cross-sectional study. *SAGE Open Medicine*, 9, 20503121211001161. <https://doi.org/10.1177/20503121211001161>
- CROMBIE, I. K. (1993). *The audit handbook : Improving health care through clinical audit*.
- DECLERCQ, E., & LACROIX, R. (2018). The immigrant midwives of Lawrence : The conflict between law and culture in early twentieth-century Massachusetts. In *Midwifery Theory and Practice* (p. 376-390). Routledge.
- DILL-SHACKLEFORD, K. E., GREEN, M. C., SCHARRER, E., WETTERER, C., & SHACKLEFORD, L. E. (2015). Setting the Stage for Social Change : Using Live Theater to Dispel Myths About Intimate Partner Violence. *Journal of Health Communication*, 20(8), 969-976. <https://doi.org/10.1080/10810730.2015.1018622>
- DISSEVELT, A. G. (1980). Integrated maternal and child health services. A study at a Rural Health Centre in Kenya. *Tropical and Geographical Medicine*, 32(1), 57-69.
- FEROZ, A., PERVEEN, S., & AFTAB, W. (2017). Role of mHealth applications for improving antenatal and postna-
- tal care in low and middle income countries : A systematic review. *BMC Health Services Research*, 17, 704. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2664-7>
- GERGEN, J., FALCAO, J., & RAJKOTIA, Y. (2018). Stunted scale-up of a performance-based financing program on HIV and maternal-child health services in Mozambique—A policy analysis. *African Journal of AIDS Research*, 17(4), 353-361. <https://doi.org/10.2989/16085906.2018.1544574>
- HALL, M. H., CHNG, P. K., & MACGILLIVRAY, I. (1980). Is routine antenatal care worth while ? *Lancet*, 2(8185), 78-80. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(80\)92950-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(80)92950-5)
- HIBSTU, D. T., & SIYOUN, Y. D. (2017). Knowledge of obstetric danger signs and associated factors among pregnant women attending antenatal care at health facilities of Yirgacheffe town, Gedeo zone, Southern Ethiopia. *Archives of Public Health*, 75, 35. <https://doi.org/10.1186/s13690-017-0203-y>
- HODGE, S. (2005). Participation, discourse and power : A case study in service user involvement. *Critical Social Policy*, 25(2), 164-179.
- HÖGBERG, U., & WALL, S. (1986). Secular trends in maternal mortality in Sweden from 1750 to 1980. *Bulletin of the World Health Organization*, 64(1), 79-84.
- HOUÉTO, D., & VALENTINI, H. (2014). La promotion de la santé en Afrique : Histoire et perspectives d'avenir. *Santé publique*, 0, 9-20.
- JACOBS, C., & HYDER, A. A. (2021). Normative beliefs and values that shape care-seeking behaviours for skilled birth attendance (SBA) during birthing by mothers in Africa : A scoping review protocol. *Systematic Reviews*, 10, 87. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01629-1>
- LANGLOIS, É. V., MISZKURKA, M., ZUNZUNEGUI, M. V., GHAFFAR, A.,

- ZIEGLER, D., & KARP, I. (2015). Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries : A systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(4), 259-270. <https://doi.org/10.2471/BLT.14.140996>
- LAVERACK, G. (2007). *Health promotion practice*. McGraw-Hill Education (UK).
- LAWN, J. E., BLENCOWE, H., WAISWA, P., AMOUZOU, A., MATHERS, C., HOGAN, D., FLENADY, V., FRØEN, J. F., QURESHI, Z. U., CALDERWOOD, C., SHIEKH, S., JASSIR, F. B., YOU, D., MCCLURE, E. M., MATHAI, M., COUSENS, S., study GROUP, L. E. P. S. S., & investigator GROUP, L. S. E. (2016). Stillbirths : Rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*, 387(10018), 587-603. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00837-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00837-5)
- MAINE, D. (1991). *Safe motherhood programs : Options and issues*. Columbia University, Center for Population et Family Health.
- MALLÉ SAMB, O., RIDDE, V., & QUEUILLE, L. (2013). Quelle pérennité pour les interventions pilotes de gratuité des soins au Burkina Faso ? *Revue Tiers Monde*, 215(3), 73-91. <https://doi.org/10.3917/rtm.215.0073>
- MANITU, S. M., LUSHIMBA, M. M., MACQ, J., & MEESSEN, B. (2015). Arbitrage d'une controverse de politique de santé : Application d'une démarche délibérative au Financement basé sur la Performance en Afrique subsaharienne. *Santé Publique*, 27(3), 425-434.
- MARTIN, G. P. (2008). 'Ordinary people only' : Knowledge, representativeness, and the publics of public participation in healthcare. *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 35-54. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01027.x>
- MATENDO, R., ENGMANN, C., DITEKEMENA, J., GADO, J., TSHEFU, A., KINOSHITA, R., MCCLURE, E. M., of DEATH COLLABORATORS, G. 2. C. (2017). Global, regional, and natio-
- MOORE, J., WALLACE, D., CARLO, W. A., WRIGHT, L. L., & BOSE, C. (2011). Reduced perinatal mortality following enhanced training of birth attendants in the Democratic Republic of Congo : A time-dependent effect. *BMC Medicine*, 9(1), 93. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-93>
- MAYAKA MANITU, S. (2015). *Le financement basé sur la performance dans un système de santé complexe : Cas de la République Démocratique du Congo* [thèse de doct., Université Catholique de Louvain]. <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:165401>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2016). *Plan national de développement sanitaire/PNDS 2016-2020*. Secrétariat général de la santé. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (MSP), SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2019). *Plan stratégique intégré de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent et nutrition (PSI SRMNEA-NUT) 2019-2022*.
- MINISTÈRE DU PLAN ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014)*.
- MOIGNE, J.-L. L. (2021). *Les Épistémologies constructivistes*. Humensis.
- MWILIKE, B., NALWADDA, G., KAGAWA, M., MALIMA, K., MSELLE, L., & HORIUCHI, S. (2018). Knowledge of danger signs during pregnancy and subsequent healthcare seeking actions among women in Urban Tanzania : A cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1628-6>
- OAKLEY, A. (1984). *The captured womb : A history of the medical care of pregnant women*.

- nal age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016 : A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 390(10100), 1151-1210. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32152-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32152-9)
- OMS, UNICEF, FNUAP, BANQUE MONDIALE & DIVISION DE LA POPULATION DES NATIONS UNIES. (2023). Trends in maternal mortality 2000 to 2020. <https://data.unicef.org/resources/trends-in-maternal-mortality-2000-to-2020/>
- OMS, UNICEF, UNFPA, GROUPE DE LA BANQUE MONDIALE & DIVISION DE LA POPULATION DES NATIONS UNIES. (2015). *Tendances de la mortalité maternelle : 1991-2015 : estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies : résumé d'orientation*. Organisation mondiale de la Santé. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/194254/9789241565141_eng.pdf
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé [Première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa (Ontario), 21 novembre 1986]. <https://www.google.com/search?q=Organisation+Mondiale+de+la+Sant%C3%A9+C3%A9.+Charte+d%C2%80%99Ottawa+pour+la+promotion+de+la+sant%C3%A9...>
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2017). *Recommandations de l'OMS concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive*.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. (2019). *Onzième Révision de la Classification internationale des maladies : Rapport du Directeur général*.
- OSSAI, E. N., & UZOCHEKWU, B. S. (2015). Knowledge of danger signs of pregnancy among clients of maternal health service in urban and rural pri-
- mary health centres of Southeast Nigeria. *J Community Med Health Educ*, 5(337), 2161-0711.
- OTOIDE, V. O. (2020). Centrality of Data to Reduction of Maternal Mortality. *Tropical Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 37(2), 218-224.
- PAUL, E., LAMINE DRAMÉ, M., KASHALA, J.-P., EKAMBI NDEMA, A., KOUNNOU, M., CODJOVI AÏSSAN, J., & GYSELINCK, K. (2017). Performance-Based Financing to Strengthen the Health System in Benin : Challenging the Mainstream Approach. *International Journal of Health Policy and Management*, 7(1), 35-47. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.42>
- POZZI, L., KENNEDY, L., & MANFREDINI, M. (2020). Did mothers' lives matter ? The protection and promotion of maternal and infant health from the 16th to the 20th century. *Annales de démographie historique*, 1, 5-26.
- PROCTOR, E., SILMERE, H., RAGHAVAN, R., HOVMAND, P., AARONS, G., BUNGER, A., GRIFFEY, R., & HENSLEY, M. (2011). Outcomes for Implementation Research : Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(2), 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- RAHMAN, M. O., YAMAJI, N., NAGAMATSU, Y., & OTA, E. (2022). Effects of mHealth Interventions on Improving Antenatal Care Visits and Skilled Delivery Care in Low- and Middle-Income Countries : Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(4), e34061. <https://doi.org/10.2196/34061>
- RAMAZANI, B.-E. I., NOHRA, R. G., MABAKUTUVANGILANGA, S.-D., & ROTAN-TONDEUR, M. (2023). Reasons of pregnant women to prefer home birth or delay healthcare during

- labor onset in the Democratic Republic of Congo : A qualitative study. *Qualitative Health Research.*
- RAMAZANI, I. B.-E., NTELA, S.-D. M., AHOUAH, M., ISHOSO, D. K., & MONIQUE, R.-T. (2022). Maternal mortality study in the Eastern Democratic Republic of the Congo. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 452. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04783-z>
- RAY, A. M., & SALIHU, H. M. (2004). The impact of maternal mortality interventions using traditional birth attendants and village midwives. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 24(1), 5-11. <https://doi.org/10.1080/01443610310001620206>
- RIDDE, V. (2004). L'initiative de Bamako 15 après : Un agenda inachevé [Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper, The World Bank]. <https://www.google.com/search?q=Ridde+V.+L%E2%80%99initiative+de+Bamako+15+apr%C3%A8s...>
- RIFKIN, S. B., MULLER, F., & BICHMANN, W. (1988). Primary health care : On measuring participation. *Social Science & Medicine*, 26(9), 931-940. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90413-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90413-3)
- ROLLET, C. (2017). Ligue contre la mortalité infantile et Alliance pour l'accroissement de la population française : Deux familles de pensée et d'actions ? *Revue d'histoire de la protection sociale*, (10), 161-177.
- ROONEY, C., & WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1992). *Antenatal care and maternal health : How effective is it ? A review of the evidence.*
- SAI, F. T., & MEASHAM, D. M. (1992). Safe Motherhood Initiative : Getting our priorities straight. *Lancet*, 339(8791), 478-480. [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(92\)91072-g](https://doi.org/10.1016/0140-6736(92)91072-g)
- SAMUEL, O., ZEWOTIR, T., & NORTH, D. (2021). Decomposing the urban-rural inequalities in the utilisation of maternal health care services : Evidence from 27 selected countries in Sub-Saharan Africa. *Reproductive Health*, 18, 216. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01268-8>
- SCHELL, S. F., LUKE, D. A., SCHOOLEY, M. W., ELLIOTT, M. B., HERBERS, S. H., MUELLER, N. B., & BUNGER, A. C. (2013). Public health program capacity for sustainability : A new framework. *Implementation Science*, 8, 15. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-15>
- SHANNON, W. S., KIMBERLY, J., COOK, N., CALLOWAY, A., CASTRO, F., & CHARNS, M. (2012). The sustainability of new programs and innovations : A review of the empirical literature and recommendations for future research. *Implementation Science*, 7(1), 17. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-17>
- SIBLEY, L. M., & SIPE, T. A. (2006). Transition to Skilled Birth Attendance : Is There a Future Role for Trained Traditional Birth Attendants ? *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 24(4), 472-478.
- SOFOLUWE, G. O., & BENNETT, F. J. (1985). *Principles and practice of community health in Africa*. University Press.
- SOOD, S., SHEFNER-ROGERS, C., & SKINNER, J. (2014). Health Communication Campaigns in Developing Countries. *Journal of Creative Communications*, 9(1), 67-84. <https://doi.org/10.1177/0973258613517440>
- THOMPSON, J., BARBER, R., WARD, P. R., BOOTE, J. D., COOPER, C. L., ARMITAGE, C. J., & JONES, G. (2009). Health researchers' attitudes towards public involvement in health research. *Health Expectations*, 12(2), 209-220. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00532.x>
- TUCKER, J., FLOREY, C. D., HOWIE, P., MCILWAINE, G., & HALL, M. (1994). Is antenatal care apportioned according to obstetric risk? The Scottish antenatal care study. *Journal of*

- Public Health Medicine*, 16(1), 60-70. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.pubmed.a042937>
- van BUUL, L. W., VEENHUIZEN, R. B., ACHTERBERG, W. P., SCHELLEVIS, F. G., ESSINK, R. T. G. M., de GREEFF, S. C., NATSCH, S., van der STEEN, J. T., & HERTOOGH, C. M. P. M. (2015). Antibiotic prescribing in Dutch nursing homes : How appropriate is it ? *Journal of the American Medical Directors Association*, 16(3), 229-237. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.10.003>
- VAN LERBERGHE, W., & DE BROUWERE, V. (2001). Of blind alleys and things that have worked : History's lessons on reducing maternal mortality. In *Studies in Health Services Organisation and Policy* (p. 7-34, T. 17).
- VAN LERBERGHE, W., & PANGU, K. (1988). Comprehensive can be effective : The influence of coverage with a health centre network on the hospitalisation patterns in the rural area of Kasongo, Zaire. *Social Science & Medicine*, 26(9), 949-955.
- VERDERESE, M. d. L., TURNBULL, L. M., DOROLLE, P., & WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1975). *L'accoucheuse traditionnelle dans la protection maternelle et infantile et la planification familiale : Guide pour son instruction et son utilisation*. Organisation mondiale de la Santé.
- W, W., Y, Z., Y, C., X, C., & Y, L. (2023). Levels and trends of maternal death in Baoan district, Shenzhen, China, 1999-2022. *Frontiers in Public Health*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1051717>
- WALLACE, H. M., & GIRI, K. (1990). Health care of women and children in developing countries. In *Health care of women and children in developing countries* (p. 587-587).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1986). Helping women off the road to death. Report of the inter-regional meetings on the prevention of maternal mortality. *WHO Chronicle*, 40(5), 175-183.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015a). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care : A Guide for Essential Practice* (3^e éd.). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326678/>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2015b). *WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/172427>
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, UNITED NATIONS POPULATION FUND & UNICEF. (1992). *Traditional birth attendants : A joint WHO/UNFPA/UNICEF statement*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38994>