

## MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA GRATUITE DE MATERNITE DANS LA VILLE DE KINSHASA.

*Investigation menée au centre hospitalier Mère et Enfant de NGABA*

par

**J. Léon OKONGANDJOVU LOMBELA**

**Philippe HIOMBO YA SHONGO, Constant MBOLIONZO BOS'YEMBE**

*(Tous) Chefs de Travaux, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa*

### Résumé

*Cette étude porte sur la mise en œuvre de la politique du gouvernement congolais, axée sur la gratuité de maternité en faveur des gestantes et des nouveaux-nés.*

*Il a le mérite de mettre en exergue la réalité selon laquelle le pouvoir d'achat des ménages est globalement faible, alors que les coûts des actes dans les hôpitaux en général sont élevés. La gratuité en constituerait la solution, selon l'Etat congolais. Paradoxalement cette option est confrontée à de sérieux problèmes de mise en œuvre qui entravent son efficacité.*

**Mots-clés :** *mise en œuvre, politique, gratuité, maternité*

### Abstract

*This study focuses on the implementation of the Congolese government's policy, focused on free maternity for pregnant women and newborns.*

*It has the merit of highlighting the reality that the purchasing power of households is generally low, while the costs of procedures in hospitals in general are high. Free provision would be the solution, according to the Congolese state. Paradoxically, this option faces serious implementation problems which hamper its effectiveness.*

**Keywords :** *implementation, policy, free, maternity*

### INTRODUCTION

La mortalité infanto-maternelle est un des problèmes majeurs qui préoccupent la santé publique à l'échelle mondiale. La politique de l'OMS sur la couverture santé universelle (CSU) vise à garantir l'accès à des services de santé de qualité, en fonction des besoins et non des capacités à payer ou d'autres attributs sociaux de chaque individu. C'est un droit de chaque être humain à la santé que chaque Etat est appelé à respecter (OMS - Genève, 2022).

Le coût des actes dans les formations sanitaires reste globalement élevé alors que le pouvoir d'achat des ménages reste toujours faible. L'introduction du programme de la gratuité des gestantes et des nouveau-nés a été décidée par le Gouvernement pour permettre l'accès de la population cible aux prestations sanitaires (HIOMBO P ; 2024).

Le progrès enregistré dans la lutte contre la mortalité maternelle reste bien mince en RDC. D'après les statistiques sanitaires mondiales, le taux de mortalité maternelle dans ce pays est passé de 930 à 690 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes entre 1990 et 2015 (OMS, 2016). Les trois dernières décennies marquées par l'instabilité sociopolitique récurrente, avec ses effets sur l'accessibilité et les performances de services de santé pourraient en partie expliquer ce niveau élevé de la mortalité maternelle.

Rien qu'en 2022, la RDC a signalé un total de 6995 cas de décès maternels et le taux de mortalité maternelle a été estimé à 547 pour 100.000 femmes et 28 décès néonataux pour 100.000 naissances vivantes (UNFPA, 2022).

Il est important, après une année de mise en œuvre à l'échelle nationale, d'effectuer une évaluation de la mise en œuvre de cette politique au niveau opérationnel, afin d'identifier les insuffisances et proposer des solutions pour garantir la réussite et la pérennité de cette politique en RDC.

Partant de ce qui précède, nous nous sommes posé les questions suivantes :

- La mise en œuvre de la gratuité de maternité au Centre Hospitalier Mère et Enfant de Ngaba est-elle efficace ?
- Dans la pratique, quels sont les principaux problèmes vécus par les prestataires en rapport avec la gratuité de la maternité et comment y remédier ?

Faisant suite aux préoccupations ci-haut soulevées, nous estimons que sur terrain ou dans la pratique, la gratuité de la maternité serait butée à des nombreux problèmes dont les principaux sont la démotivation ou motivation insuffisante du personnel impliqué dans la prise en charge ainsi que le déficit de plateau technique (matériels, équipements, intrants ou consommables).

Cela aurait un impact négatif sur les résultats attendus de cette mesure salutaire et cela, avec toutes les conséquences imaginables sur la santé des familles et celles du couple mère - enfant.

Pour des raisons pratiques, le présent travail est divisé en trois parties, hormis l'introduction et la conclusion : concepts opérationnels et généralités ; connaissance du milieu et cadre Méthodologie enfin présentation et discussion des résultats.

## **I. CONCEPTS OPERATIONNELS ET GENERALITES**

### **I.1. Définition opérationnelle des concepts**

#### **I.1.1. Mise en œuvre**

Dans cette étude, la locution mise en œuvre est utilisée comme synonyme du terme application ou de la locution mise en application ou en pratique. Elle se rapporte ici, à l'étape de l'exécution de l'option de gratuité de maternité au niveau des institutions de santé (Bertrant M ; 2010).

#### **I.1.2. Politique**

Au sens général, le terme politique désigne le domaine relatif à l'organisation et à l'exercice du pouvoir dans une société organisée, c'est - à- dire le domaine en rapport avec l'exercice de la gouvernance de la cité (LOHATA OPR, 2008).

Dans cet article, la politique traduit l'ensemble des mesures publiques, des motivations, des décisions, des interventions et autres stratégies d'action, inhérentes à la politique de couverture santé universelle ; et en particulier, à l'application ou la mise en œuvre de la gratuité de maternité.

#### **I.2.3. Gratuité de la maternité**

Processus de prise en charge des gestantes en milieu hospitalier par les agents de santé, sans paiement des frais y afférents ; les quels sont exclusivement réservés au Gouvernement de la République (ETOMILLER L. B, 2016).

### **I.2. Généralités sur la maternité gratuite**

#### **I.2.1. Maternité – grossesse**

Dans ce sens, la grossesse (ou la gestation) est le processus physiologique au cours duquel la progéniture vivante d'une femme, ou d'un autre mammifère femelle, se développe dans son corps depuis la conception jusqu'à ce qu'elle puisse survivre hors du corps de la mère. Une femme en état de grossesse est dite enceinte (Daranas P, 2013).

#### **I.2.2. Processus décisionnel relatif à la santé maternelle et néonatale**

##### **1. Utilisation des Consultations Prénatales/ CPN**

Les principaux services que les femmes doivent utiliser lors des séances des « pesées » à l'hôpital visent à leur apporter des soins nécessaires pour le bon déroulement de leur grossesse et aussi établir un plan d'accouchement pour elles. Ainsi, une femme enceinte en temps normal, doit faire quatre CPN ou les CPN effectives. (Nystonne A, 2015).

##### **2. Utilisation des services d'accouchement**

Une utilisation massive des services de santé pour accoucher est surtout observée si les parturientes sont des primipares. Les quelques rares cas d'accouchement à domicile sont dus « à la rapidité du travail de certaines femmes ou le retard accusé dans la recherche d'un véhicule pour le transport au centre de santé. (Nyamugira et al, 2021)

Le centre de santé choisi pour accoucher est généralement celui où les femmes ont aussi effectué leurs CPN.

Les autres déterminants de l'accès et de l'utilisation des services de santé maternelle et néo-natale sont :

- L'accessibilité financière;
- Les dynamiques communautaires;
- La qualité des soins perçus
- La faible perception des risques encourus;
- L'accessibilité géographique;
- L'accompagnement au changement de comportement, de l'information, de l'éducation et de la communication (Drabby L.T, 2014).

## **II. DEMARCHE METHODOLOGIQUE**

### **II.1. Population d'étude**

La population d'étude est un ensemble d'individus, d'objets ou des groupes, c'est-à-dire l'ensemble de toutes les unités statistiques sur lesquelles on peut effectuer des mesures ou sur lesquelles porte une recherche, partant du prélèvement d'un échantillon. (BURA P, 2014).

Dans cette étude, notre population d'étude est constituée des Prestataires des services de Gynéco-obstétrique et Pédiatrie du Centre Hospitalier Mère et Enfant de Ngaba. Il s'agit principalement des Médecins, Infirmiers, Sages-femmes et AG.

## II.2. Echantillonnage

### a) Technique d'échantillonnage

Dans le cadre de notre recherche, nous avons opté pour l'échantillonnage probabiliste ou aléatoire simple. A titre de rappel, l'échantillonnage probabiliste ou aléatoire est celui dans lequel chaque unité de la population a une probabilité connue d'être choisie et de faire partie de l'échantillon.

### b) Taille de l'échantillon

Notre échantillon est de 40 sujets, retenus en fonction de leur rôle significatif dans la réalisation de ce travail dans les services retenus.

Pour obtenir cet échantillon, la procédure que nous avons suivi a consisté à :

- Constituer une liste reprenant les enquêtés repris sur la liste ;
- Numéroté les noms de ces derniers et inscrire leurs numéros sur des bouts de papiers ;
- A savoir que la taille d'échantillon que nous désirons atteindre pour le besoin de notre étude est de 40 ;
- Introduire les bouts de papiers comptés dans une boîte et bien les mélanger ;
- Tirer au sort 40 numéros ;
- Constituer un échantillon à partir des noms des agents qui correspondent aux numéros tirés au sort, soit 40.

## II.3. Critères de sélection

### a) Critères d'inclusion

Pour être retenu dans cette étude, les enquêtés devraient répondre aux critères suivants :

- Etre Prestataire œuvrant au CHME de Ngaba, retrouvés dans les services de Gynéco-obstétrique et Pédiatrie ;
- Faire partie de la liste de 40 prestataires concernés dans notre échantillon ;
- Etre présent le jour de l'enquête et accepter librement d'y prendre part.

### b) Critère d'exclusion

Les sujets qui ne remplissent pas les critères ci-dessus, sont d'office exclus de notre étude.

## II.4. Méthodes et techniques de collecte des données

### a) Type d'étude et méthode de recherche

Notre étude est de type descriptif transversal et analytique.

La réalisation de l'étude a été rendue possible grâce à la méthode d'enquête systémique et statistique, ainsi qu'à la descriptive.

### b) Techniques

Pour recueillir les informations dont nous avons besoin, nous avons utilisé les techniques de questionnaire, d'observation libre et de revue documentaire.

### c) Instrument de collecte des données

Pour cette étude, les données ont été collectées à l'aide d'un protocole d'enquête que nous avons soumis aux enquêtés pour recueillir leurs avis ou réponses.

## II.5. Déroulement de l'enquête

### a) Pré-enquête

Avant l'enquête proprement dite, nous avons réalisé un pré-test afin de déterminer la faisabilité et l'adéquation du questionnaire.

Ce pré-test nous a permis de réajuster notre instrument sur base des réponses des participants. A la suite de cette étape, la version finale de l'instrument a été obtenue.

### b) Enquête proprement dite

Lors de l'entretien, nous soumettions aux enquêtés le questionnaire d'enquête que nous avons confectionné.

Pendant l'entretien, nous capitalisons les réponses verbales nous fournies en suivant la progression des questions mentionnées sur le guide d'interview, outre celles que les enquêtés eux-mêmes notaient sur la feuille du questionnaire.

## II.6. Traitement et analyse des données

Après la vérification de la cohérence des réponses et codification manuelle du questionnaire, les données brutes de l'enquête ont été saisies dans le logiciel Excel, elles ont été épurées et nettoyées avant d'être exportées sur le logiciel SPSS 22.0 pour les analyses statistiques.

## III. PRESENTATION ET INTERPRETATION DES RESULTATS

### III.1. Présentation des données

#### III.1.1. Résultats relatifs aux caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des enquêtés

**Tableau n°1. Répartition des enquêtés selon les tranches d'âge**

Tranches d'âge	Fréquence	%
25 - 34 ans	9	22,5
35 - 44 ans	14	35,0
45 - 54 ans	11	27,5
55 ans et plus	6	15,0
Total	40	100,0

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

L'observation des résultats de ce tableau nous révèle que les tranches d'âge de 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans sont celles qui dominent, soit un score de 62,5%.

**Tableau n°2. Les catégories socioprofessionnelles des enquêtés**

N°	Catégories socioprofessionnelles
1	Les infirmiers
2	Les Sages-femmes
3	Les Médecins / Gynécologues et Généralistes
4	Les Administrateurs-Gestionnaires / AG.

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Ce tableau reprend les différentes catégories socio-professionnelles des prestataires retenus dans les services de Gynéco-obstétrique et de Pédiatrie du CHME de Ngaba.

#### III.1.2. Résultats relatifs à l'objet d'étude (Mise en œuvre de la politique de la gratuité de maternité au CHME de Ngaba)

**Tableau n°3. Répartition des enquêtés selon les motivations qui ont poussé l'Etat congolais à lever l'option de « gratuité de la maternité ».**

Motivations	Fréquence	%
Le faible pouvoir d'achat de la population (pauvreté)	15	37,5
Le constat du taux élevé des décès maternels et infantiles	9	22,5
Les contraintes juridiques ou institutionnelles de bonne gouvernance (Etat des droits)	7	17,5
Les revendications des ONG de défense des droits humains œuvrant sur la protection de la femme et de l'enfant	5	12,5
Le protocole de Maputo sur les soins de maternité respectueux.	4	10,0
Total	40	100,0

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

La mise en œuvre de la stratégie axée sur la « gratuité de la maternité » en RDC est motivée par plusieurs facteurs dont les principales sont le faible pouvoir d'achat de la population (pauvreté), le constat du taux élevé des décès maternels et infantiles ainsi que les contraintes juridiques ou institutionnelles de bonne gouvernance (Etat des droits), etc.

**Tableau n°4. Répartition des enquêtés selon que la stratégie « gratuité de la maternité » mise en œuvre est satisfaisante ou pas du tout**

Appréciation de la Gratuité de Maternité	Fréquence	%
Oui / stratégie satisfaisante et efficacement mise en œuvre	9	22,5
Non / stratégie non satisfaisante et non efficacement mise en œuvre.	31	77,5
Total	40	100,0

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Ce tableau nous révèle que la stratégie « gratuité de la maternité » n'a pas encore convaincu sur terrain ; autrement, elle n'est pas du tout satisfaisante, soit 77,5%.

**Tableau n°5. Problèmes vécus dans la pratique par les principaux acteurs (intervenants et bénéficiaires)**

Problèmes rencontrés par les acteurs	Fréquence	%
Déficit de plateau technique (matériels, équipements, intrants ou consommables)	7	17,5
Motivation insuffisante du personnel impliqué dans la prise en charge	13	32,5
Insuffisance de financement en faveur des structures de prise en charge	9	22,5
Retard de paiement des factures de la prise en charge par l'Etat	6	15,0
Déséquilibre dans la formulation des termes de référence contenus dans la convention de prise en charge.	5	12,5
Total	40	100,0

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Ce tableau nous révèle que les différents acteurs concernés par la gratuité de la maternité connaissent jusqu'ici des problèmes dans la prise en charge des nouveau-nés et gestantes. Ces problèmes sont surtout d'ordre économique-financier et/ou socio-professionnel, soit 72,5%.

**Tableau n°6. Conséquences découlant des problèmes vécus par les acteurs concernés par la gratuité de maternité**

Conséquences	Fréquence	%
Inefficacité de la prise en charge	15	37,5
Manque de confiance de certaines familles aux structures où la gratuité est appliquée	12	30,0
Non atteinte du principe zéro ou aucun décès maternel de l'OMS	6	15,0
Pratique des accouchements dystociques par des structures non qualifiées (violation des normes de compétence institutionnelle et des prescrits de la convention de collaboration).	7	17,5
Total	40	100,0

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

A la lumière des résultats de ce tableau, il s'observe que des problèmes cités dans le tableau précédent, découle certaines conséquences dont les principales sont le manque de confiance de certaines familles aux structures où la gratuité est appliquée ainsi que l'inefficacité de la prise en charge, soit 67,5%.

### III.1.3. Résultats relatifs aux corrélations (analyse bi-variée) sur la mise en œuvre de la gratuité de maternité

**Tableau n°7. Relation entre la tranche d'âge et le niveau d'appréciation des enquêtés sur la gratuité de maternité**

Age des enquêtés		Niveau de satisfaction		Total
		Oui	Non	
25 - 34 ans	Fréq.	9	0	9
	%	22,5%	0,0%	22,5%
35 - 44 ans	Fréq.	0	14	14
	%	0,0%	35,0%	35,0%
45 - 54 ans	Fréq.	0	11	11
	%	0,0%	27,5%	27,5%
55 ans et plus	Fréq.	0	6	6
	%	0,0%	15,0%	15,0%
Total	Fréq.	9	31	40
	%	22,5%	77,5%	100,0%

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Avec  $X^2 = 40,000^a$ ,  $dll=3$ ,  $p=0,000$ , la décision finale montre que la différence est très significative. Ce tableau nous indique que la majorité de nos enquêtés dont l'âge varie entre 35 et 54 ans ne sont pas satisfaits du rendement de la gratuité de la maternité sur terrain. Ainsi, la variable « tranche d'âge » a un impact positif sur la « gratuité de la maternité ».

**Tableau n°8. Relation entre le niveau d'études des enquêtés et le niveau d'appréciation des enquêtés sur la gratuité de maternité**

Niveau d'études des enquêtés		Niveau de satisfaction		Total
		Oui	Non	
Secondaire / Humanités	Fréq.	6	0	6
	%	15,0%	0,0%	15,0%
Supérieur / Universitaire	Fréq.	3	31	34
	%	7,5%	77,5%	85,0%
Total	Fréq.	9	31	40
	%	22,5%	77,5%	100,0%

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Avec  $X^2 = 24,314^a$ ,  $dll=1$ ,  $p=0,000$ , la décision finale montre que la différence est très significative.

A travers les résultats ce tableau, nous constatons que la grande majorité de nos enquêtés, soit ceux du niveau supérieur et universitaire, sont insatisfaits du rendement de la gratuité de la maternité sur terrain. A cet effet, la variable « niveau d'études » à un impact significatif sur la « gratuité de la maternité ».

**Tableau n°9. Relation entre l'état-civil des enquêtés et le niveau d'appréciation des enquêtés sur la gratuité de maternité**

L'état-civil des enquêtés		Niveau de satisfaction		Total
		Oui	Non	
Marié (e)	Fréq.	9	11	20

	%	22,5%	27,5%	50,0%
Célibataire	Fréq.	0	14	14
	%	0,0%	35,0%	35,0%
Divorcé (e)	Fréq.	0	3	3
	%	0,0%	7,5%	7,5%
Veuf (ve).	Fréq.	0	3	3
	%	0,0%	7,5%	7,5%
Total	Fréq.	9	31	40
	%	22,5%	77,5%	100,0%

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Avec  $X^2 = 11,613^a$ ,  $dll=3$ ,  $p=0,009$ , la décision finale montre que la différence n'est pas significative.

Il résulte des données de ce tableau que la grande majorité de nos enquêtés, soit les mariés et célibataires, sont peu satisfaits du rendement de la gratuité de la maternité. Toutefois, la relation qui s'observe entre les deux variables corrélées n'est pas significative d'autant plus que  $p=0,009 > p=0,005$ .

#### **Tableau n°10. Relation entre le sexe et le niveau d'appréciation des enquêtés sur la gratuité de maternité**

Sexe des enquêtés		Niveau de satisfaction		Total
		Oui	Non	
Masculin	Fréq.	9	8	17
	%	22,5%	20,0%	42,5%
Féminin.	Fréq.	0	23	23
	%	0,0%	57,5%	57,5%
Total	Fréq.	9	31	40
	%	22,5%	77,5%	100,0%

*Source : Tableau élaboré par nous-même sur base des données collectées*

Avec  $X^2 = 15,712^a$ ,  $dll=1$ ,  $p=0,000$ , la décision finale montre que la différence est très significative.

Les résultats de ce tableau nous renseignent que le sexe a un impact positif sur les résultats de la maternité de la gratuité. La majorité des enquêtés du sexe féminin, soit 57,5%, apprécie négativement les résultats de la maternité de la gratuité sur terrain. D'où, il s'établit une relation statistique entre les variables corrélées dont  $p=0,000 < p=0,005$ .

#### III.1.4. Analyse et interprétation des résultats

Dans ce travail, nous avons cherché principalement à évaluer l'impact de la politique de la gestion de maternité gratuite au niveau opérationnel (CHME de Ngaba).

La tâche étant ardue, il nous a fallu pénétrer de près cette réalité, en recourant à certaines méthodes et techniques scientifiques telles que développées dans la partie introductive de notre mémoire.

A l'issue de nos investigations, nous avons obtenus les principaux résultats ci-après :

La majorité de nos enquêtés, estiment que la mise en œuvre de la stratégie axée sur la « gratuité de la maternité » en RDC est motivée par plusieurs facteurs dont les principales sont le faible pouvoir d'achat de la population (pauvreté), le constat du taux élevé des décès maternels et infantiles ainsi que les contraintes juridiques ou institutionnelles de bonne gouvernance (Etat des droits).

Cependant, sa mise en œuvre sur terrain ne produit pas des résultats attendus. Autrement, pour la majorité des enquêtés, les résultats de la gratuité de la maternité sur terrain n'est pas satisfaisant. Et cela, suite à des nombreux problèmes dont principalement ceux d'ordre économique-financier et/ou socio-professionnel.

Cela engendre plusieurs conséquences telles que le manque de confiance de certaines familles aux structures où la gratuité est appliquée ainsi que l'inefficacité de la prise en charge.

Enfin, nous avons réalisé une analyse bi-variée dont les résultats ont révélé ce qui suit :

La majorité de nos enquêtés dont l'âge varie entre 35 et 54 ans ne sont pas satisfaits du rendement de la gratuité de la maternité sur terrain. Ainsi, la variable « tranche d'âge » a un impact positif sur la « gratuité de la maternité » avec  $p=0,000$ , la décision finale montre que la différence est très significative.

La grande majorité de nos enquêtés, soit ceux du niveau supérieur et universitaire, sont insatisfaits du rendement de la gratuité de la maternité sur terrain. A cet effet, la variable « niveau d'études » a un impact significatif sur la « gratuité de la maternité ». Avec  $p=0,000$ , la décision finale montre que la différence est très significative.

Il résulte de nos résultats que la grande majorité de nos enquêtés, soit les mariés et célibataires, sont peu satisfaits du rendement de la gratuité de la maternité. Toutefois, la relation qui s'observe entre les deux variables corrélées n'est pas significative d'autant plus que  $p=0,009 > p=0,005$ , la décision finale montre que la différence n'est pas significative.

Les résultats de ce tableau nous renseignent que le sexe a un impact positif sur les résultats de la maternité de la gratuité. La majorité des enquêtés du sexe féminin, soit 60%, apprécient négativement les résultats de la maternité de la gratuité sur terrain. D'où, il s'établit une relation statistique entre les variables corrélées dont  $p=0,000 < p=0,005$ . La décision finale montre que la différence est très significative. Au vu de ces résultats, nous confirmons globalement nos résultats.

## CONCLUSION

L'Etat congolais, dans le souci de faire face aux défis d'ordre socio-économique et financier, a mis en œuvre la stratégie « gratuité de la maternité ». Cela, en vue de permettre à toutes les couches sociales, quel que soit leur niveau de vie, de bénéficier des soins appropriés de qualité, un droit consacré par la Constitution du 18 février 2006 / RDC.

En tant que chercheurs de haut niveau en Santé Publique, nous avons voulu appréhender les différents problèmes liés à la gestion de la gratuité de maternité au CHME de NGABA.

La majorité de nos enquêtés ont estimé que la mise en œuvre de la stratégie axée sur la « gratuité de la maternité » en RDC est motivée par plusieurs facteurs dont les principaux sont : le faible pouvoir d'achat de la population (pauvreté), le constat du taux élevé des décès maternels et infantiles ainsi que les contraintes juridiques ou institutionnelles de bonne gouvernance (Etat des droits).

Cependant, sa mise en œuvre sur terrain ne produit pas des résultats attendus. Autrement, pour la majorité des enquêtés, les résultats de la gratuité de la maternité sur terrain ne sont pas satisfaisants. Et cela, suite à des nombreux problèmes dont principalement ceux d'ordre économique-financier et socio-professionnel.

Cela engendre plusieurs conséquences telles que le manque de confiance de certaines familles aux structures où la gratuité est appliquée ainsi que l'inefficacité de la prise en charge. Au vu de ces résultats, nous confirmons globalement nos présupposés.

## BIBLIOGRAPHIE

- BERTRAND M., *Accouchement assisté et sécurité maternelle dans les pays du Sud*, éd. Boussole, Bamako, 2010.
- BURA P, *Statistique démographique et sanitaire, support didactique*, ISTM-KINSHASA, 2014.
- Daranas P, *Préparation à la maternité sans risque*, éd. Progrès social, Ontario, 2013.
- Drabby L.T., *L'adolescence et la santé de la reproduction*, Tropiques, Ottawa, 2014.
- Etomiller L.B., *Soins prénatals et la prévention de décès maternels*, PUB, Bruxelles, 2016.
- HIOMBO P, mémoire de Master sur le financement de la santé, ISTM-KINSHASA, 2024.
- LOHATA OPR, *Science politique d'hier, d'aujourd'hui et de demain*, SSCPLC,
- MSP-RDC Rapports compilés des zones de santé sur les problèmes de santé sexuelle et reproductive, 2022.
- NYAMUGIRA et al., *Risques sanitaires de la maternité dans les pays en voie de développement*, éd. Masson, Paris, 2021.
- NYSTONNE A., *Risques traditionnels de la grossesse et l'accouchement*, OMS-Genève, 2016.
- OMS, *Module de Formation sur la Prévention des grossesses précoces et ses conséquences dans les pays en développement*, Genève, 2022.
- RAZANAKO L, *Etude des grossesses chez les adolescentes au CHRR de Toamamasina*, 2005, Université d'Antananarivo, Mémoire de spécialisation.
- ULOND M.V, *Intégration sociale post-natale de la parturiente*, éd. Masson, Paris, 2008, .