



**Le Projet de Santé Intégré Plus (PROSANIplus)** a été mis en œuvre en République Démocratique du Congo (RDC) de juin 2015 à juin 2018 par Management Sciences for Health (MSH) et Overseas Strategic Consulting, Ltd. (OSC), avec un contrat de sous-traitance via Pathfinder/Evidence to Action. Financé par l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID), PROSANIplus a été élaboré pour éviter de créer un vide dans l'offre de services de santé dans des zones de santé appuyées par l'USAID à travers son Projet de Santé Intégré (PROSANI) d'une durée de cinq ans qui s'est achevé en 2015. Les deux composantes principales étaient le soutien direct pour des activités de prestation de service et le renforcement des systèmes de santé. La composante liée aux services comprenait une utilisation accrue, avec un impact fort, de services liés à la planification familiale, à la santé maternelle, néonatale et infantile, à la nutrition, au paludisme, à la tuberculose, au VIH/Sida, à l'eau, assainissement et hygiène (EAH) ainsi que l'adoption de pratiques saines dans les zones de santé ciblées. La composante liée au renforcement des systèmes de santé comprenait une mise en œuvre améliorée des politiques sélectionnées, de la promotion du programme et de prises de décisions, particulièrement au niveau des provinces. Finalement, le projet fut élaboré afin de créer de meilleures conditions pour renforcer la disponibilité et l'utilisation de services, de produits et de pratiques sanitaires, avec un impact fort, pour plus de 31 millions de personnes dans neuf provinces de la RDC avec 168 zones de santé cibles (une augmentation de 115% par rapport aux 78 zones de santé appuyées par PROSANI).

## La mise en œuvre des approches « Aider les mères à survivre » et « Aider les bébés à respirer » à Bukavu et Luiza

Dans son Plan National de Développement Sanitaire 2016–2020, la République démocratique du Congo (RDC) a pour objectif de réduire de 846 à 548 le nombre de décès maternels pour 100 000 naissances vivantes et de réduire la mortalité infanto-juvénile de 104 à 60 décès pour 1000 naissances. Cependant, le rapport de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2013–2014 indique que les femmes congolaises en âge de procréer courent un risque de 1 sur 18 de décéder de causes liées à la maternité. La mortalité néonatale est estimée à 28 décès pour 1000 naissances vivantes. Ces estimations semblent d'autant plus anormales que 80 % des naissances surviennent lors des accouchements assistés par un personnel formé au niveau de formations sanitaires.

Les analyses réalisées par le ministère de la Santé publique (MSP) ont mis en évidence des goulots d'étranglement au niveau de l'offre de services dans toutes les interventions — les ruptures de stocks pour les intrants, une organisation de référence fragile et une insuffisance en ressources humaines compétentes<sup>1</sup>. En réponse à ce constat, le MSP a mis en place une formation par compétence qui intègre les interventions comprenant la planification familiale, les soins obstétricaux essentiels (SOE), les soins obstétricaux d'urgence et les soins essentiels et d'urgence au nouveau-né (SENN) et dont la durée varie entre 16 et 21 jours. La lourdeur de cette formation, l'absence prolongée des prestataires pour les formations sanitaires et les

<sup>1</sup> Ministère de la Santé, RDC, Documentation de Monitoring Amélioré pour Action, 2016

difficultés d'intégration de plusieurs compétences sur une même période ont rendu difficile la mise à l'échelle. PROSANIplus saisissant l'opportunité d'utiliser des paquets de formation de courte durée ciblant les principales causes de décès maternels, a couplé la mise en place de deux approches, Aider les Mères à

Survivre (AMS) et Aider les Bébés à Respirer (ABR), dans le but de mieux intégrer les soins maternels et néonataux. L'approche AMS a été développée par Jhpiego avec un consortium de partenaires mondiaux, et l'approche ABR a été développée par l'Académie américaine de pédiatrie pour l'asphyxie néonatale.<sup>2</sup>

## Approche/Intervention

L'approche AMS a consisté en la formation des prestataires travaillant dans les maternités pour la prévention, la détection et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum à l'aide d'un plan d'action. De plus, l'approche ABR a consisté en l'administration de soins essentiels pour tout nouveau-né, l'identification de nouveau-nés atteints d'asphyxie et leur placement en réanimation néonatale en ventilation au ballon Ambu au cours de la minute d'or. Les deux approches utilisent une formation basée sur la simulation avec des mannequins pour permettre le développement des compétences dans ces pratiques. Pour renforcer les compétences des prestataires pour une bonne gestion de l'accouchement, et pour la survie de la mère et du nouveau-né dans la salle d'accouchement, les deux approches ont été couplées et mises en œuvre dans les maternités.

L'intervention est basée sur 4 piliers :

- Le renforcement des capacités des prestataires qui travaillent dans la salle d'accouchement et le personnel encadrant.

Cette formation dite "classique" dans ce document a été réalisée au bureau central de la zone de santé et a été animée par des spécialistes cliniques pour une durée de 4 jours dont 3 jours de théorie et pratique sur mannequins et un jour dans un cadre clinique. Ces formations se sont déroulées de février à novembre 2017 et ont inclus au total 1005 prestataires dans 35 zones de santé et 7 provinces (Haut Lomami, Kasai Central, Kasai Oriental, Lomami, Lualaba, Sankuru et Sud-Kivu).

- La mise en place du club d'entraînement pour la réanimation néonatale et la gestion des hémorragies

Dans chaque zone de santé, les maternités de 4 à 5 aires de santé situées sur une même route forment un club d'entraînement et se réunissent mensuellement selon un horaire fixé par eux-mêmes. Le fonctionnement de ces clubs est soutenu techniquement par les bureaux centraux des zones de santé.

- Donation des mannequins pour les formations et de matériels de prise en charge.
  - PROSANIplus a fourni à chaque maternité deux ballons d'Ambu, un dispositif d'aspiration, des guides d'apprentissage et un poster de plan d'action avec écrit « Aider les Bébés à Respirer et Aider les Mères à Survivre »
  - PROSANIplus a fourni à chaque club un mannequin Bébé Natalie
  - PROSANIplus a fourni à chaque bureau central et hôpital général de référence des mannequins : 1 Mama Natalie, 2 Bébés Natalie
- Suivi et supervision des prestataires de services formés par niveau hiérarchique

Les suivis post-formation ont été réalisés en général dans les 3 mois qui ont suivi la formation. Les membres du bureau central et l'équipe de la division provinciale de la santé ont assuré la supervision mensuelle avec des démonstrations sur les mannequins. Cependant, il n'y a pas eu de supervision pour le suivi de cette pratique.

## Méthodologie

Les données, provenant d'une évaluation post-intervention, ont consisté en l'observation des prestataires exécutant les gestes sur les mannequins (Mama Natalie et Bébé Natalie) en rapport avec les différentes tâches de l'accouchement et réanimation néonatale. Les données ont été collectées au mois d'avril et mai 2018 dans deux formations PROSANIplus ayant bénéficié de l'intervention et choisies pour des raisons pratiques en fonction de la disponibilité de l'équipe cadre de la Division provinciale de la santé (DPS) à participer à l'évaluation. Sept zones de santé sur 35 ont été sélectionnées dans les deux provinces en fonction de l'accessibilité. Dans chaque zone de santé, quatre aires de santé ont été choisies en fonction du nombre

total d'accouchements réalisés au cours du premier trimestre 2018 en se référant aux données du DHIS 2. Deux strates ont été constituées en fonction du nombre d'accouchements. Deux formations sanitaires ont été choisies au hasard dans 7 zones de santé, dans la strate qui a enregistré moins de 100 accouchements et deux autres formations sanitaires ont été choisies dans la strate qui a enregistré au moins 100 accouchements. Sur un total de 28 formations sanitaires, l'observation des tâches a été faite séparément auprès de deux prestataires présents dans les structures dont l'un formé classiquement dans les deux approches couplées et l'autre formé par encadrement (voir le tableau I ci-dessous).

<sup>2</sup> <https://hms.jhpiego.org/>; [https://internationalresources.aap.org/Resource/ShowFile?documentName=HBB\\_Provider\\_Guide\\_Second\\_Edition\\_20-02552\\_Rev\\_C.pdf](https://internationalresources.aap.org/Resource/ShowFile?documentName=HBB_Provider_Guide_Second_Edition_20-02552_Rev_C.pdf)

Tableau 1. Description des types de formation

Formation classique	Formation par encadrement
La formation des formateurs du niveau national et provincial, en classe, sur mannequin et en stages cliniques, avec des modules et un agenda bien précis.	La formation est faite par des pairs. La personne qui a été formée classiquement encadre ses collègues avec l'appui du bureau central de la zone de santé. Il n'y a pas de formation en classe, mais la pratique se fait en lieu et place avec les collègues.

Les observations ont été menées par deux cadres du Programme national de santé reproductive (PNSR) provincial accompagnés par deux membres du personnel de PROSANIplus (tous formés dans l'observation et l'utilisation de la liste de vérification ou check-list). Au cours de chaque séance d'observation, l'équipe d'observateurs commençait par une explication sur la méthodologie avec le prestataire, suivi de l'observation des tâches à partir d'une check-list d'observation de l'accouchement et une check-list d'observation de réanimation néonatale des simulations exécutées sur les mannequins. Pour tous les prestataires, un consentement éclairé verbal était obtenu avant de participer à cette évaluation. Pour assurer la confidentialité, des codes ont été attribués à tous les prestataires. Les données ont été

collectées sur l'exécution de différentes tâches attendues. Un prestataire ayant exécuté le geste attendu recevait un résultat de 1 et celui ne l'ayant pas exécuté recevait le résultat 0. Au total pour chaque observation, il y avait 23 gestes à réaliser.

Les données rapportées sur les *check-lists* étaient vérifiées pour leur cohérence et justesse par les observateurs. Elles ont été codifiées et saisies sur un masque conçu sur Epi Data. Elles ont ensuite été exportées sur SPSS pour les analyses. Ces dernières ont consisté à résumer les informations sous forme de proportions pour les données de variables catégorielles et sous forme de moyennes (avec écart-type) ou de médianes (avec les extrêmes) en cas de distribution non normale de la variable. Les comparaisons entre les proportions et les moyennes ou encore les médianes ont été réalisées en utilisant le test chi carré de Pearson ou, dans le cas échéant, le test de Fisher, le test t de Student ou les tests non paramétriques respectivement et la régression avec les scores obtenus avec les autres variables. Le seuil de pertinence a été fixé à 5 %. Pour bien visualiser les données, les résultats ont été présentés principalement sous forme de graphiques à bulles montrant, pour chaque indicateur, la performance des prestataires formés par encadrement ainsi que les diagrammes pour les moyennes.

## Caractéristiques de l'échantillon

Au total, l'étude a inclus 58 prestataires de soins, dont 31, soit 53,4 %, qui ont bénéficié de la formation classique au cours de leur emploi en AMS et ABR et 27 de l'encadrement.

Le tableau 2 rapporte les caractéristiques générales des prestataires ayant participé à l'évaluation.

Tableau 2. Caractéristiques générales de l'échantillon

Type de formation sanitaire	Type de formation du prestataire		TOTAL
	Classique	Encadrement	
Hôpital général de référence	5 (16,1%)	4 (14,6%)	9 (15,5%)
Centre de santé de référence	4 (12,9%)	5 (18,5%)	9 (15,5%)
Centre de santé	22 (71,0%)	18 (66,7%)	40 (69,0%)
Niveau d'étude du prestataire			
Accoucheuse	4 (12,9%)	5 (18,5%)	9 (15,5%)
Infirmier A3	2 (6,5%)	5 (18,5%)	7 (12,1%)
Infirmier A2	13 (41,9%)	11 (40,7%)	24 (41,4%)
Infirmier A1	12 (38,7%)	5 (18,5%)	17 (29,3%)
Matrone	0 (0,0%)	1 (3,7%)	1 (1,7%)
Notification du décès maternel (Oui)	3 (9,7%)	2 (7,4%)	5 (8,6%)
Prestataires dans une structure réalisant au moins 30 accouchements par mois	11 (35,5%)	10 (37,0%)	21 (36,2%)
Ancienneté (en année) dans la salle d'accouchement	10 (1-34)	8 (1-32)	8 (1-34)
Nombre d'accouchements dirigés durant les 7 derniers jours par le prestataire	3 (0-33)	2 (0-14)	3 (0-33)
Nombre total d'accouchements réalisés dans la formation sanitaire le mois passé (médiane avec extrêmes) <sup>3</sup>	28 (7-178)	28 (7-178)	28 (7-178)
Nombre de bébés réanimés le mois passé par le prestataire (médiane avec extrêmes)	1 (0-6)	0 (0-7)	1 (0-7)
Nombre de mort-nés le mois passé dans la formation sanitaire (médiane avec extrêmes) <sup>3</sup>	0 (0-6)	0 (0-6)	0 (0-6)

<sup>3</sup> Les deux prestataires travaillent dans la même formation sanitaire, il n'y donc pas de différence pour le nombre d'accouchement.

Près de deux tiers de prestataires (69,0 %) ont travaillé au niveau des centres de santé. Les infirmiers A2 ont constitué plus de 40 % des prestataires de services alors que les accoucheuses ont représenté moins de 10 % du total. La moitié des prestataires ont travaillé dans une salle d'accouchement pendant plus de 8 ans. Ils ont dirigé dans les 7 derniers jours 3 accouchements, et ont travaillé dans une structure qui réalisait en moyenne 28 accouchements par mois. La moitié, parmi les prestataires évalués, réanimait au moins un nouveau-né par mois et aucun mort-né n'a été enregistré le mois précédent la collecte.

## Évaluation de la réalisation des tâches en rapport avec les approches AMS et ABR

### Aider les Mères à Survivre

Sur les 23 tâches totales exécutées par les prestataires formés "classiquement" et formés par encadrement, quatre gestes ont été exécutés correctement par plus de 80 % des prestataires dans les deux groupes :

- La préparation de l'équipement nécessaire ;
- Le port de gants ;
- L'administration d'ocytocine en intramusculaire dans la minute qui suit la naissance du nouveau-né ;
- L'examen attentif du placenta et des membranes.

Trois gestes ont été mal exécutés dans les deux groupes et dans des proportions de moins de 30 %. Il s'agit de :

- Communiquer l'heure de naissance ;
- Changer les gants après l'expulsion du fœtus et avant de couper le cordon ;
- Travailler avec respect et dignité avec les patients lors des soins.

En revanche, sept tâches ont montré une différence

statistiquement significative dont quatre au seuil de 0,01 du niveau de pertinence et trois au seuil 0,05 du niveau de pertinence. La prédominance était relative dans l'exécution de 9 autres tâches. Les sept tâches ont une relation statistiquement significative avec la formation « classique ».

Comme le démontre la figure ci-dessus, les prestataires qui ont suivi une formation classique ont été significativement plus nombreux à se laver les mains, à palper l'abdomen de la femme pour vérifier qu'il n'y ait pas un autre bébé, à effectuer le clampage et la section du cordon ombilical une fois les pulsations arrêtées après la naissance, à effectuer le contrôle de la traction du cordon tout en appliquant une contre traction supra-pubienne, la délivrance, la surveillance du nouveau-né (respiration, coloration, température...) toutes les 15 minutes et la surveillance de la mère (tension artérielle, tonicité de l'utérus, saignement vaginal) toutes les 15 minutes.

### Aider les Bébé à Respirer (ABR)

Seule la tâche du retrait des gants après la réanimation a été réalisée par plus de 80 % des prestataires dans les deux groupes. Moins de la moitié de prestataires dans les deux groupes n'a pas réalisé correctement les trois tâches suivantes: expliquer à la mère les gestes effectués sur le bébé, se laver les mains après avoir enlevé les gants, et enregistrer les constatations et traitements.

En comparant les prestataires formés classiquement et les prestataires formés par encadrement dans l'exécution des tâches attendues, on aperçoit que les prestataires formés étaient plus nombreux à réaliser correctement les 13 gestes dans le processus de réanimation néonatale que les prestataires formés par encadrement. Dix tâches avaient un seuil de pertinence très élevé ( $p=0,01$ ) et trois tâches avaient un seuil de pertinence  $p=0,05$ .

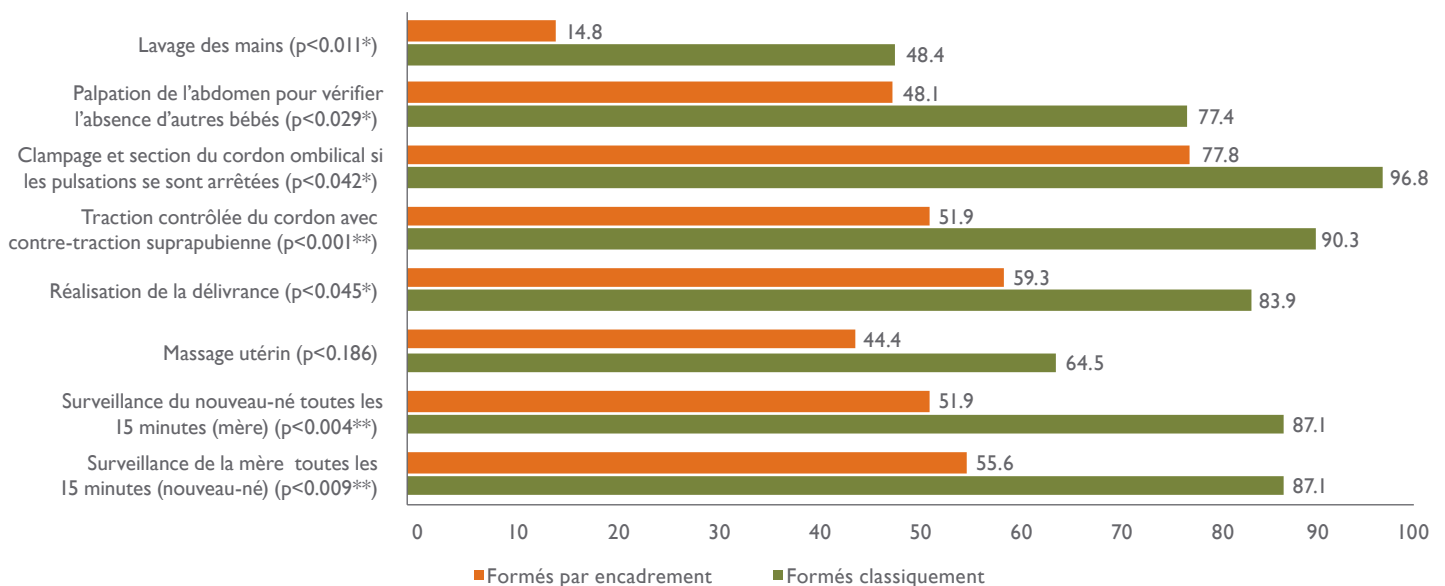


Figure 1 : Les tâches de l'approche AMS ayant montré des différences significatives entre les prestataires formés classiquement et les prestataires formés par encadrement



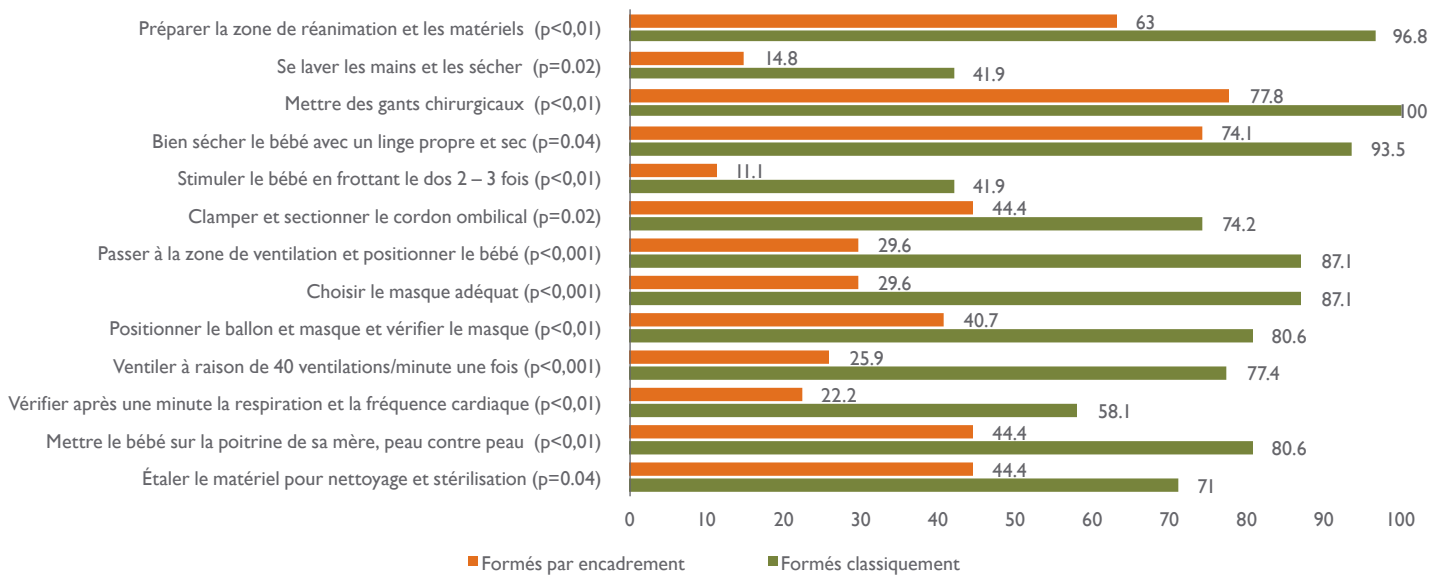


Figure 2. Tâches de l'approche « Aider les Bébé à Respirer » ayant montré une différence significative entre les prestataires formés de manière classique et les prestataires formés par encadrement

Les compétences ont été plus marquées chez les prestataires formés classiquement que les prestataires formés par encadrement dans les séquences suivantes : préparer correctement la zone de réanimation, se laver les mains, mettre des gants chirurgicaux aux deux mains, sécher le bébé correctement avec du linge propre et sec, stimuler le bébé en frottant le dos 2 à 3 fois, clamper et sectionner le cordon ombilical, passer le bébé dans la zone de ventilation, le positionner correctement, choisir le masque adéquat, positionner le ballon et vérifier le masque, ventiler à 40 ventilations/minute une fois, ventiler pendant 1 minute puis arrêter et vérifier, mettre le bébé sur la poitrine de sa mère, peau contre peau et couvert, et encourager l'allaitement et la garde de l'enfant en contact peau contre peau, et couvert, placer tous les matériels pour le nettoyage et la stérilisation appropriés. La prédominance était relative pour quelques éléments de soins essentiels notamment

recevoir le bébé dans un linge propre et sec, couvrir le bébé, expliquer à la mère les gestes effectués sur le bébé, surveiller le bébé toutes les 15 minutes et informer la mère sur les signes de danger, retirer les gants, laver les mains et enregistrer toutes les constatations et traitements fournis.

### Le score global des approches AMS et ABR et les résultats de la régression réalisée

Pour étudier la réalisation des gestes nécessaires à l'assistance de la mère lors de l'accouchement ou à la réanimation du nouveau-né, chaque geste a été noté "un" et un score global a été déterminé à partir des 23 gestes attendus pour chacune de ces approches. La figure 3 rapporte les moyennes de scores pour l'assistance à l'accouchement à la mère et la réanimation du nouveau-né. Le score total possible était 23, avec un score d'un (1) possible pour chaque geste correct.

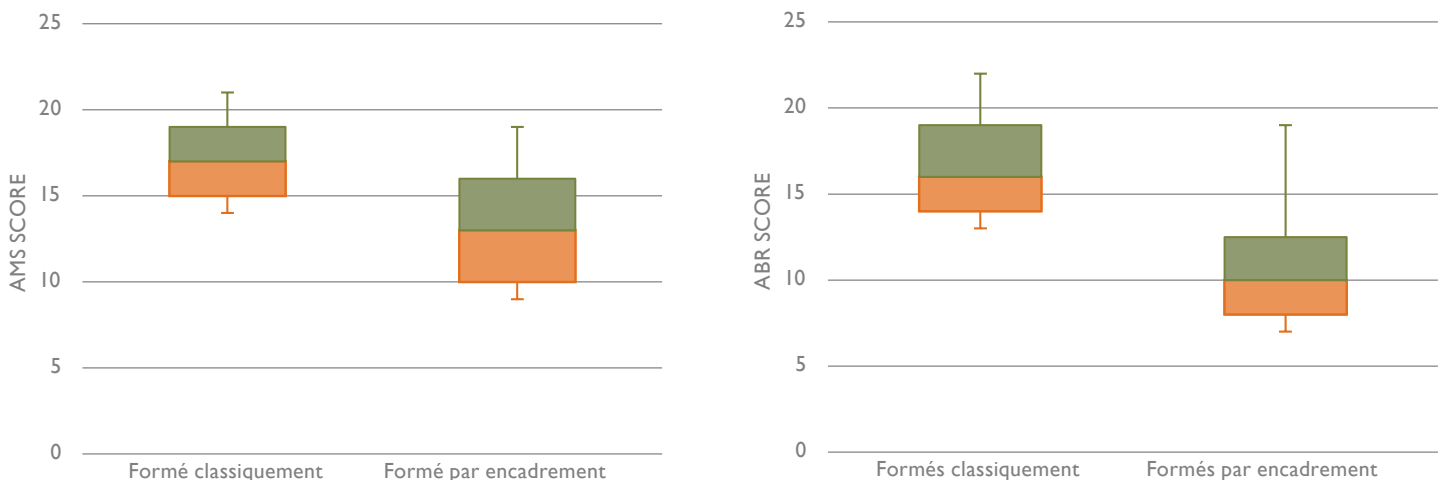


Figure 3. Scores moyens des gestes réalisés lors de l'assistance à l'accouchement et à la réanimation néonatale

Ces figures montrent qu'en moyenne les prestataires formés classiquement ont exécuté 73.4 % des tâches attendues pour l'AMS (16,90 ± 2,66) et 71 % des tâches d'ABR (16,35 ± 3,49). Les résultats des prestataires de services formés par encadrement ont été moins bons avec 55.9 % pour l'AMS (12,85 ± 3,94) et 45.9 % pour l'ABR (10,55 ± 3,28). Une différence statistiquement significative à  $p < 0,001$  fut trouvée.

L'analyse de régression avec le score AMS et le score ABR en tant que variable dépendante, et variable indépendante contrôlée avec :

- Le nombre d'accouchements dirigés par les prestataires durant les 7 derniers jours ;
- L'ancienneté ;
- Le niveau du prestataire (accoucheuse traditionnelle, Infirmier A3, Infirmier A2, Infirmier A1, accoucheuse) ;
- Le type de formation (hôpital général de référence, centre de santé de référence, ou centre de santé).

## Discussion

Cette évaluation s'est faite avec un mannequin. La vraie attitude et aptitude des prestataires avec les patientes lors de l'accouchement et les nouveau-nés avec asphyxie n'ont pas été évaluées. Cet effort nécessite plus de recul dans le temps, pour savoir si les compétences acquises ont réellement été traduites pour les actes courants. De plus, nous n'avons pas observé les prestataires avant la formation, nous ne sommes donc pas en mesure de déterminer si les différences observées sont dues à notre intervention ou à des biais potentiels dans la sélection des apprentis ou d'autres facteurs. Les résultats ne peuvent être extrapolés car l'échantillonnage n'étant pas exhaustif et n'a compris que 58 prestataires. Le choix par convenance sur base de la disponibilité de superviseurs provinciaux et d'accessibilité de formations sanitaires est susceptible d'entraîner un biais de sélection dans l'évaluation. Toutefois, le fait d'évaluer les prestataires travaillant dans le même cadre permet de réduire l'effet de ce biais du fait que ces prestataires présentent les mêmes caractéristiques en dehors de la formation en AMS et ABR.

Néanmoins, ces résultats montrent globalement que la formation selon les approches AMS et ABR a eu des effets positifs sur l'amélioration de compétences des prestataires sur les bonnes pratiques de l'accouchement, la gestion active de la troisième période d'accouchement, les soins essentiels du nouveau-né et la réanimation néonatale. Au

L'analyse a montré que la formation AMS et ABR est associée à des scores AMS et ABR plus élevés (Tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques générales de l'échantillon

	Valeur F (9,48)	R2	Prob (F)
Modèle AMS	6,50	0,5494	0,0000
Modèle ABR	9,03	0,6286	0,0000

Les personnes formées classiquement ont en moyenne un score AMS supérieur à 4 (score total obtenu = 23) et un score ABR supérieur à 6 (sur un score total de 23 pour chaque approche) par rapport à celles formées par encadrement. Le nombre d'accouchement dans la formation sanitaire, le niveau du prestataire et le type de formation sanitaire n'ont pas de relation statistiquement significative avec le score AMS ou ABR.

Cependant, la durée (l'ancienneté) dans le service de la maternité a une relation hautement statistiquement significative avec les deux scores. Chaque année supplémentaire de service donne 0,2 point de plus.

cours de l'évaluation des compétences sur mannequin, il a été observé une meilleure performance des prestataires formés classiquement dans l'exécution des tâches pour l'AMS et pour l'ABR par rapport aux prestataires qui ont été formés par encadrement. Il convient toutefois de noter que nous n'avons pas documenté si les zones de santé ont effectué le suivi prévu.

Une étude menée à l'hôpital de Pumwani au Kenya a démontré une proportion plus élevée d'étapes de réanimation initiale adéquates chez les prestataires formés par rapport au groupe témoin dans presque les mêmes proportions et le même degré de pertinence (66 % contre 27 %,  $p < 0,001$ )<sup>4</sup>. D'autres études d'observation ont montré que la réanimation néonatale de base peut prévenir 30 % des décès néonataux liés à l'intrapartum<sup>5</sup>. L'étude menée par Herge et al. en Tanzanie<sup>6</sup> a montré que les essais sur le terrain de mise en œuvre des approches AMS et ABS aux accoucheuses qualifiées en utilisant les sessions de formation de courte durée dans plusieurs pays ont démontré une satisfaction et une confiance élevée, ainsi qu'un accroissement des connaissances et des compétences. Cependant une seule formation n'est probablement pas suffisante pour maîtriser la ventilation et une baisse du nombre de connaissances et de compétences a été signalée neuf mois après le suivi d'une seule formation. 5 mois après la formation, une réduction d'environ 23 % de compétence en matière de ventilation adéquate a été observée alors que tous les prestataires formés avaient cette compétence après la formation.

<sup>4</sup> Opiyo N et al : Effect of Newborn Resuscitation Training on Health Worker Practices in Pumwani Hospital, Kenya, PLoS One. 2008; 3(2): e1599

<sup>5</sup> Wall SN et al : Neonatal resuscitation in low-resource settings: what, who, and how to overcome challenges to scale up? Int J Gynaecol Obstet. 2009 Oct;107 Suppl 1:S47-62, S63-4. doi: 10.1016/j.ijgo.2009.07.013

<sup>6</sup> Successful implementation of Helping Babies Survive and Helping Mothers Survive programs—An Utstein formula for newborn and maternal survival

Les différences significatives constatées entre les prestataires formés classiquement et ceux formés par encadrement pour les gestes importants et critiques dans la gestion de l'accouchement pourraient ne pas être adéquates pour mener à une bonne qualité de soins. Étant donné qu'il est difficile de former tous les prestataires de toutes les formations sanitaires, il sied de mettre en place d'autres stratégies novatrices de

renforcement de capacités pour les prestataires travaillant dans une structure de manière à combler les vides mais aussi de renforcer les aptitudes des prestataires à transmettre les compétences acquises aux autres, tout en mettant en place des stratégies appropriées pour la supervision de la formation par les structures mieux équipées techniquement.

## Voie à suivre pour la mise en œuvre des approches ABR et AMS de manière générale

Des résultats de cette étude et l'expérience de mise en œuvre de l'intervention, nous offrons les recommandations suivantes :

1. Mettre en place des stratégies novatrices de restitution des enseignements des formations qui comprennent le suivi par le niveau hiérarchique de la zone de santé et de la DPS pour renforcer les capacités de tous les prestataires dans les formations ;
2. Préconiser les mentorats cliniques dans la structure pour renforcer les capacités de tous les prestataires *in situ* et au même moment ;
3. Assurer des suivis très rapprochés (mensuels) et d'appui aux prestataires pour les gestes que moins de la moitié des prestataires formés ont réalisé correctement et encourager les entraînements entre prestataires pour la réanimation et la gestion de l'accouchement ;
4. Dans la programmation de la formation, prévoir trois suivis mensuels directement après la formation initiale et des suivis trimestriels pendant la première année, ainsi que des nouvelles sessions de mise à jour à la fin de la deuxième année pour maintenir les compétences acquises ;
5. Envisager des études plus élaborées pour déterminer l'impact de ces formations sur la survie de la mère et du nouveau-né en RDC ;
6. Intégrer le chapitre du respect de la dignité des patients lors des soins dans l'approche AMS et ABR.

*Je suis devenue infirmière car ma grand-mère était infirmière, mes sœurs sont infirmières et l'une de mes tantes est infirmière. En avril 2017, j'étais l'une des cinq personnes de l'hôpital Bagira formée aux techniques ABR par PROSANIplus. J'ai ensuite formé les autres accoucheuses aux techniques, qui sont utilisées lorsque les bébés ne respirent pas à la naissance. Je leur apporte également des formations de remise à niveau en ABR tous les trois mois et je forme les nouvelles recrues.*

*Nous avons l'habitude de frapper les bébés sur le côté, le ou la retourner et utiliser le bouche-à-bouche pour la réanimation. Désormais, nous avons un plan clair pour réanimer les bébés qui ne respirent pas à la naissance et cela marche.*

*En moyenne, j'utilise des techniques ABR sur deux bébés chaque mois sur environ 70 femmes qui accouchent. L'une des femmes que j'ai pu aider s'appelait Deborah Ndema dont le premier-né ne respirait lorsqu'il est né. Nous avons utilisé les trois étapes d'ABR sur lui — aspiration, stimulation et ventilation- avant qu'il commence à respirer. C'était très angoissant pour Deborah lorsqu'elle a vu que son bébé ne respirait pas mais grâce à notre formation, je savais quoi faire !*

**Neema Kitima**

Accoucheuse principale, hôpital Bahira, zone de santé de Bukavu