



Connaissances, attitudes et pratiques des gestantes sur les urgences obstétricales: cas de placenta prævia, dans la Zone de Santé de Kadutu, ville de Bukavu, province du Sud-Kivu

[Knowledge, attitudes and practices of pregnant women regarding obstetrical emergencies: placenta prævia in the Kadutu Health Zone, city of Bukavu, province of South Kivu]

Makelele Bahati Agathe^{1,2*}, Ntoto Kunzi Bernard¹, Mahabi Andemambike Arland³, Kafinga Luzolo Emery¹

¹Ecole doctorale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

²Section sage femme, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

³Ecole Régionale de la Santé Publique, Université Catholique de Bukavu, Bukavu, République Démocratique du Congo

Résumé

Les urgences obstétricales représentent un enjeu majeur pour la santé maternelle et infantile, particulièrement dans les contextes où l'accès à l'information et aux soins est limité. Cette étude avait pour objectif d'explorer les connaissances, les attitudes et les pratiques des gestantes face aux urgences obstétricales, particulièrement le placenta prævia dans la zone de santé de Kadutu, dans la ville de Bukavu à l'Est de la RDC. Il s'agit d'une étude qualitative utilisant un devis phénoménologique. Des interviews semi-directives étaient conduites auprès des 15 femmes enceintes fréquentant trois structures hospitalières dans la Zone de Santé de Kadutu (l'HPGRB, l'HGR Kadutu et CS Maria) pour une période allant du 1er juin au 30 Aout 2024 (soit 3mois). Nous avons recouru à l'analyse thématique inductive des données. Après analyse des données, les résultats montrent que la majorité des gestantes n'ont jamais entendu parler du placenta prævia. Celles qui en ont entendu parler, l'ont fait principalement dans le contexte de conversations informelles, ou à travers des enseignements médicaux limités. En ce qui concerne les attitudes et les pratiques des gestantes face au placenta prævia, la majorité indiquent qu'elles se rendraient immédiatement à l'hôpital lors de diagnostic du Placenta prævia par crainte des risques. Les résultats de cette étude révèlent un déficit de connaissance concernant le placenta prævia parmi les gestantes. Cependant, leur disposition à se rendre rapidement à l'hôpital est un point positif. A tout intervenant de renforcer les connaissances des femmes enceintes pour favoriser des comportements proactifs en matière de santé.

Mots clés : Placenta prævia, connaissance-attitude-pratique, gestante, urgence obstétricale, Bukavu.

Abstract

Th Obstetric emergencies represent a major challenge for maternal and child health, particularly in contexts where access to information and care is limited. This study aimed to explore the knowledge, attitudes and practices of pregnant women facing obstetric emergencies, particularly placenta prævia in the Kadutu health zone, in the city of Bukavu in the east of the DRC. This is a qualitative study using a phenomenological design. Semi-directive interviews were conducted with 15 pregnant women attending three hospital structures in the Kadutu Health Zone (HPGRB, HGR KADUTU and CS MARIA) for a period from June 1 to August 30, 2024 (i.e. 3 months). We used inductive thematic analysis of the data. After analyzing the data, the results show that the majority of pregnant women have never heard of placenta prævia. Those who have heard of it have done so mainly in the context of informal conversations, or through limited medical teaching. Regarding the attitudes and practices of pregnant women regarding placenta prævia, the majority indicate that they would immediately go to the hospital when they are diagnosed with placenta prævia for fear of the risks. The results of this study reveal a lack of knowledge regarding placenta prævia among pregnant women. However, their willingness to get to the hospital quickly is a positive point. It is up to all stakeholders to strengthen the knowledge of pregnant women to promote proactive health behaviors.

Key-words: Placenta prævia, knowledge-attitude-practice, pregnant woman, obstetric emergency, Bukavu.

*Auteur correspondant: Makelele Bahati Agathe (agathebht01@gmail.com). Tél.: (+243) 990 466 756;

ORCID : <https://orcid.org/0009-0008-6030-0925>; Reçu le 18/10/2024; Révisé le 25/11/2024 ; Accepté le 04/12/2024

DOI: <https://doi.org/10.59228/rcst.024.v3.i4.110>

Copyright: ©2024 Makelele et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License (CC-BY-NC-SA 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

1. Introduction

Les urgences obstétricales constituent un problème majeur de santé publique dans le monde, en particulier dans les pays en développement (Tchaou et al., 2015). En effet, les urgences obstétricales sont des situations cliniques dramatiques engageant le pronostic vital maternel et/ou fœtal à court terme. C'est le cas du placenta prævia qui, par sa forme hémorragique, demeure une pathologie obstétricale dangereuse (Cresswell et al., 2013). La fréquence la plus élevée de placenta prævia est rapportée en Afrique où le diagnostic est encore essentiellement clinique (Long et al., 2021).

Le placenta prævia est diagnostiqué chez toutes les gestantes qui présentent les hémorragies vaginales, principalement au deuxième et au troisième trimestre de la grossesse (Gyamfi-Bannerman et al., 2016).

La République Démocratique du Congo (RDC), continue à se heurter à des sérieux problèmes en matière de la santé maternelle et infantile. La santé de la mère et celle du nouveau-né reste toujours inquiétante. Le pays représente 50% de charge de décès maternel sur le plan mondial (UNICEF RDC, 2023).

Le placenta prævia reste encore aujourd'hui associé à un taux élevé de mortalité et surtout de morbidité maternelle et périnatale, entre 20 et 60 % (Kadima et al., 2015). A l'exemple de la ville de Butembo, le taux de mortalité maternelle a été de 146,4 pour 100000 naissances vivantes sur une période de 6 ans, Jeannot et ses collaborateurs trouvent que les causes obstétricales ont dominé avec les hémorragies, soit 61,68% (Jeannot et al., 2021). A l'Hôpital Général de Référence Bonzola à Mbuji-Mayi, la prévalence des urgences obstétricales était de 6,03% avec la souffrance fœtale aigüe au premier plan (3,01%) suivie des hémorragies du troisième trimestre de la grossesse (2,30%) marquée par une grande proportion de placenta prævia (68,97%) (Kadima et al., 2015). Une étude menée à Lubumbashi en RDC pour une période entre janvier 2009 et décembre 2013, avait montré que 51,4% d'accouchement par voie haute étaient pratiquées après échecs d'accouchement par voie basse et 48,6% de césariennes étaient effectuées suite aux urgences obstétricales, parmi lesquelles le placenta prævia représentait 9,2% (Kinenkinda et al., 2017). Dans la ville de Bukavu, province du Sud Kivu, une étude faite dans la Zone de Santé rurale de Miti-Murhesa montre que 54,9% des femmes sont décédées suite à l'hémorragie ayant entraîné l'anémie dans les

deux heures ayant suivi leur accouchement (Masirika & Mulanga, 2018).

Toutes ces études cherchent à déterminer la fréquence, les facteurs de risque et les complications du placenta prævia chez les gestantes. Rares sont celles qui se focalisent sur la connaissance, l'attitude et la pratique des gestantes quant à ce qui concerne le placenta prævia. Néanmoins certains chercheurs montrent (sans développer) que le manque de connaissances ou d'informations sur les urgences obstétricales explique le taux de mortalité très élevé suites aux complications de ces accidents (Calvello & Skog, 2015 ; Mathai, 2004 ; Thaddeus & Maine, 1994). C'est dans ce cadre que cette étude s'est inspiré du cadre conceptuel qui décrit le système de santé congolais dans son évaluation de la contribution potentielle des mutuelles de santé à la réalisation de la couverture universelle des soins de santé et plus particulièrement leur rôle dans un système de protection sociale efficace en RDC.

La maîtrise des signes alarmants des urgences obstétricales par les femmes enceintes et quelles attitudes à adopter pour prévenir les complications qui peuvent avoir un impact négatif sur la vie de la femme et de son enfant constitue un souci pour les chercheurs du monde entier. C'est pourquoi il est nécessaire de mener des recherches sur certains accidents obstétricaux du fait de leur fréquence aussi de leur pronostic réservé, dans l'option de trouver les astuces qui contribueront à la réduction de la morbidité et mortalité materno-néonatale.

La femme ne doit pas mourir en donnant la vie et les nouveau-nés ont droit à la vie lorsqu'ils viennent dans le monde. Dans le même ordre d'idée, le décès d'une femme pendant la grossesse, l'accouchement et/ou en post-partum constitue pour la famille une expérience destructrice.

La femme joue un rôle capital dans la société, c'est pourquoi dans l'axe d'intervention stratégique du PNDS 2011-2020, la lutte contre la mortalité maternelle parmi les Objectifs du Millénaire pour le développement est pointée.

Le placenta prævia a été choisi dans notre étude car il constitue un problème majeur de santé publique dans la Ville de Bukavu surtout dans sa forme hémorragique et nécessite un diagnostic précoce pour permettre une prise en charge adéquate. Ce qui a motivé le choix de la Zone de Santé de Kadutu comme notre milieu d'étude est sa tendance Urbano-Rurale, son accroissement démographique entraînée par l'exode rurale causée par des urgences répétitives

(conflits armés et éthiques, catastrophes naturelles, inaccessibilité géopolitique aux soins de qualité,...) dans la province du Sud-Kivu et la persistance de l'une des problématiques, la mortalité maternelle, qui reflète la réalité de notre pays (Mpembele, 2020).

Ce travail vise globalement à contribuer à la réduction de la morbidité et mortalité fœto-maternelles en aidant les femmes enceintes à bien reconnaître les facteurs d'exposition au placenta prævia, les signes et les complications dues par cette anomalie.

2. Matériel et méthodes

2.1. Milieu d'étude

Cette étude a été menée dans la Zone de Santé de Kadutu, l'une de Zones que compte la veille de Bukavu, Chef-lieu du Sud-Kivu, sur une période allant de Juin jusqu'en Aout 2024. Elle vise à comprendre les opinions des femmes enceintes fréquentant le service de Gynéco-obstétrique pour suivi clinique de la grossesse, à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Bukavu (HPGRB); à l'Hôpital Général de Kadutu, et au Centre de Santé Maria sur les urgences obstétricales, cas de placenta prævia. De ce fait, elle a opté pour une approche qualitative par enquête phénoménologique.

2.2. Population d'étude

Nous avons effectué l'échantillonnage par convenance selon les objectifs de notre recherche en respectant les critères d'inclusion suivantes:

- Etre une gestante ayant déjà accouché auparavant (multi gestes),
- Etre une femme enceinte fréquentant le service de CPN dans notre milieu d'étude,
- Etre présente le jour de l'enquête,
- Accepter librement de participer à l'enquête.

Avec un processus itératif, nous avons atteint la saturation avec quinze participantes.

N'est pas considérée dans cette enquête toute femme ne répondant pas aux critères ci-haut cités et être une femme sans grossesse ou ayant sa première grossesse (primigeste), avoir des difficultés dans la communication : les gestantes qui ne parlent pas les langues utilisées dans l'enquête ou qui ont de difficultés de compréhension, en vue de ne pas compromettre la qualité des réponses, et avoir participé à des précédentes études spécifiques au PP, pour éviter le biais dû à une familiarité excessive avec le sujet

2.3. Méthodologie

Pour cette étude, les entretiens semi-structurés individuels nous ont aidés à faire la collecte des données, à l'aide d'un guide d'entretien.

Pour notre étude, nous avons défini les thèmes et les sous-thèmes de la manière suivante :

- Connaissances sur le placenta prævia : connaissances générales (définitions, symptômes, diagnostic), des risques et complications et des traitements ;

- Attitudes envers le placenta prævia : source d'information, préoccupations spécifiques concernant le placenta prævia, réaction de la gestante si diagnostique du placenta prævia, craintes si placenta prævia, qualité de l'information fournie sur le placenta prævia et suggestions pour améliorer cette information.

- Pratiques liées au placenta prævia : expériences personnelles (complications obstétricales et leur gestion, expérience avec le personnel sanitaire, ...)

Cette étude a fait recours à l'analyse thématique, afin d'identifier des modèles, des thèmes et des idées. Les opinions recueillies ont été analysées en suivant les étapes suivantes : transcrire les opinions tout en gardant leur intégralité (c'est-à-dire sans modifier leur sens et garder la structure grammaticale), identifier les items c'est-à-dire seuls les éléments évoqués deux ou plusieurs fois par les individus sont pris en compte, regrouper les items en sous-thèmes, faire ressortir les catégories ou dimensions en regroupant les sous-thèmes significatifs similaires. Nous avons soumis la transcription aux enquêtées, pour la fidélité.

3. Résultats

Les données de l'enquête auprès des femmes enceintes sur les urgences obstétricales, cas de placenta prævia sont présentées sous deux méthodes ; la première présente les données issues des éléments d'identification qui font l'objet d'usage d'un tableau dans lequel nous avons fait ressortir les effectifs et les pourcentages ; la seconde présente les opinions recueillies regroupant les thèmes, les catégories et les verbatim illustrées. Les verbatim sont codifiés sous le numéro présenté de manière suivante :

- N°...GHP c.à.d. Numéro de la Gestante consultant l'Hôpital provincial.
- N°...GHK c.à.d. Numéro de la Gestante consultant l'Hôpital de Kadutu.
- N°...GCM c.à.d. Numéro de la Gestante consultant le Centre de santé Maria.

3.1. Profil des enquêtées

Dans cette partie nous présentons les données des paramètres socio – démographiques des gestantes qui ont participé à notre étude à savoir : Age, le nombre de grossesses précédentes, le nombre d'enfants vivants, grossesses précédentes suivies ou pas, le niveau d'éducation, la profession.

Tableau 1. Profil des enquêtées

Paramètres	Catégories	n (15)	%
Age	Jeunes adultes (18 à 24 ans)	3	20
	Adultes d'âge moyen (25 à 34 ans)	9	60
	Femmes mûres (35 à 39 ans)	2	13.33
	Femmes âgées (40 ans et plus)	1	6.67
	Multigestes (2 à 5)	10	66.67
Nombre de grossesses précédentes	Grande multigestes (plus de 5)	5	33.33
	0 à 2 enfants vivants	6	40
Nombre d'enfants vivants	Plus de 2 enfants vivants	9	60
	Oui	15	100
Suivi des grossesses précédentes	Non instruite	2	13.33
	Primaire	6	40
Niveau d'éducation	Secondaire	2	13.33
	Universitaire	5	33.33
	Sans profession	8	53.33
Profession	Emploi formel	5	33.33
	Emploi informel	2	13.33

Il ressort du tableau 1 que la majorité était multigeste, sans profession, d'âge entre 25 et 34 ans, ayant plus de 2 enfants vivants et de bas niveau d'éducation ; néanmoins toutes ont suivi des CPN pour leurs grossesses précédentes.

3.2. Thématiques

En nous référant aux objectifs de cette recherche, certaines variables ont été retenues en rapport avec les opinions relatives aux connaissances, attitudes et pratiques des femmes enceintes sur le placenta prævia. L'analyse thématique et catégorielle a fait ressortir deux thèmes, huit sous-thèmes et quinze catégories.

3.2.1. Thème 1 : Connaissances des femmes enceintes sur les urgences obstétricales, principalement en cas de placenta prævia

Tableau 2. Connaissances des femmes enceintes sur les urgences obstétricales, principalement en cas de placenta prævia

Sous-thèmes	Catégories	Verbatim
Connaissance générale du placenta prævia	Connaissance limitée	« ...Non, jamais. Non, seulement le placenta » N° 02/G/H/P « ...Non, c'est la première fois. Je n'en ai jamais entendu parler avant... » N° 02/G/C/M
	Sources d'information diverses	« ...Oui lors des enseignements des CPN à l'hôpital... » N° 05/G/H/K
Compréhension du placenta prævia	Confusion et méconnaissance	« ...Je ne peux pas savoir l'expliquer" et "Je ne sais rien à ce propos... » N° 04/G/H/P « ...Je ne peux pas, j'ai déjà entendu parler seulement du placenta que je ne sais pas aussi expliquer... » N° 01/G/C/M
	Interprétations erronées	« ...Selon moi c'est quand le placenta est descendu ou quand le cordon tourne autour de l'enfant... » N° 01/G/H/P
Connaissance des symptômes et risques associés	Symptômes méconnus	« ...Je sais seulement que c'est un problème et un danger pour le bébé car il n'est plus protégé... » N° 03/G/C/M
	Connaissance des risques	« ...Ça peut conduire à la césarienne, l'enfant se présenterait dans des positions vicieuses. On peut même en mourir... » N° 01/G/C/M « ... Il y en a beaucoup par exemple s'il y a saignement, le bébé peut inhaler le sang et mourir. La maman peut en mourir aussi par ce saignement ou les deux à la fois ; c'est le plus grand risque... » N° 01/G/H/P
Diagnostic et traitement	Diagnostic par échographie	« ...Non, ça je ne sais pas. Mais je pense aussi qu'on ne peut pas le voir à l'œil nu, il faut donc une échographie... » N° 01/G/H/P
	Traitement méconnu	« ...J'attends parler des interventions chirurgicales mais je ne maîtrise pas... » N° 03/G/C/M

De cette présentation thématique et catégorielle, des opinions dérivant des connaissances, attitudes et

pratiques des gestantes sur le placenta prævia sont présentés de la manière suivante :

a) Sous-Thème 1 : Connaissance générale du placenta prævia

- Cat1 : Connaissance limitée : La majorité des gestantes n'ont jamais entendu parler du placenta prævia. Celles qui en ont entendu parler l'ont fait principalement dans le contexte de conversations informelles, ou à travers des enseignements médicaux limités. Les réponses telles que "Non, jamais", "Non", "Non, seulement le placenta," montrent un manque généralisé de connaissance.

- Cat2 : Sources d'information diverses : Parmi celles qui en ont entendu parler, les sources incluent principalement les enseignements prénataux à l'hôpital et des discussions dans la communauté ou au quartier.

« ...Non, c'est la première fois. Je n'en ai jamais entendu parler avant... » N° 02/G/C/M

« ...Oui lors des enseignements des CPN à l'hôpital... » N° 05/G/H/K

b) Sous-Thème 2. Compréhension du placenta prævia

- Cat1 : Confusion et méconnaissance : Plusieurs gestantes ne peuvent pas expliquer ce qu'est le placenta prævia, même si elles en ont entendu parler.

Par exemple, des réponses comme "Je ne peux pas savoir l'expliquer" et "Je ne sais rien à ce propos" montrent une absence de compréhension.

- Cat2 : Interprétations erronées : Certaines gestantes ont des interprétations incorrectes, telles que l'idée que le placenta prævia implique que "le placenta précède l'enfant" ou qu'il s'agit d'une situation où "le placenta est descendu ou quand le cordon tourne autour de l'enfant."

« ... Je ne peux pas, j'ai déjà entendu parler seulement du placenta que je ne sais pas aussi expliquer... » N° 01/G/C/M

« ...Selon moi c'est quand le placenta est descendu ou quand le cordon tourne autour de l'enfant... » N° 01/G/H/P

c) Sous-Thème 3. Connaissance des symptômes et risques associés

- Cat1 : Symptômes méconnus : La plupart des gestantes ne connaissent pas les symptômes du placenta prævia. Celles qui ont mentionné un symptôme parlent du saignement, mais cette information n'est pas généralisée.

- Cat2 : Connaissance des risques : Bien que peu nombreuses, gestantes identifient des risques graves, comme la césarienne, la mort de la mère et du bébé, et l'hémorragie. Cependant, d'autres montrent des lacunes

importantes, en affirmant ne pas savoir, ou en ayant une compréhension partielle des risques.

« ...Je sais seulement que c'est un problème et un danger pour le bébé car il n'est plus protégé... » N° 03/G/C/M

« ...Ça peut conduire à la césarienne, l'enfant se présenterait dans des positions vicieuses. On peut même en mourir... » N° 01/G/C/M

«... Il y en a beaucoup par exemple s'il y a saignement, le bébé peut inhaler le sang et mourir. La maman peut en mourir aussi par ce saignement ou les deux à la fois ; c'est le plus grand risque... » N° 01/G/H/P

d) *Sous-Thème 4. Diagnostic et traitement*

- Cat1 : Diagnostic par échographie : Une minorité comprend que l'échographie est la méthode principale pour diagnostiquer le placenta prævia. La plupart, cependant, ne savent pas comment cette pathologie est diagnostiquée ; ce qui reflète un manque d'information clinique.

- Cat2 : Traitement méconnu : La majorité des réponses indiquent un manque de connaissance sur les traitements possibles, avec quelques parturientes mentionnant la césarienne. D'autres réponses montrent une grande incertitude sur les interventions disponibles.

« ...Non, ça je ne sais pas. Mais je pense aussi qu'on ne peut pas le voir à l'œil nu, il faut donc une échographie... » N° 01/G/H/P

« ...J'attends parler des interventions chirurgicales mais je ne maîtrise pas... » N° 03/G/C/M

3.2.2. *Thème 2 : Attitudes et pratiques des gestantes face au placenta prævia.*

Tableau 3. Attitudes et pratiques des gestantes face au placenta prævia.

Sous-thèmes	Catégories	Verbatim
Préoccupations et réactions en cas de diagnostic	Préoccupations sur la mort	« ... De faire une hémorragie et tomber en anémie. Et si les saignements sont réguliers, je peux mourir facilement... » (N° 04/G/H/P) «... Ma crainte c'est celle perdre mon utérus... » N° 01/G/H/P
	Réactions en cas de diagnostic	« ...Comme je n'ai jamais vécu cette expérience et que je sens que c'est vraiment un grand danger, je ne peux que me rendre à un grand hôpital ... En tout cas c'est seulement un grand hôpital. ... Je sais qu'à l'hôpital il y a des médecins et même des spécialistes qui peuvent intervenir si une complication se présentait. Je préfère y aller, que si je devais en mourir au moins que j'y sois allé à temps... » N° 01/G/C/M

Qualité de l'information reçue	Perception mitigée	« ...La qualité de l'information est bonne car les CPN nous aident. Même si on ne nous a pas encore parlé du PP, je dirais qu'on n'y est pas encore arrivé... » N° 03/G/C/M
	Suggestions pour l'amélioration	« ...Personnellement je ne connais presque rien, il faut qu'on améliore. On peut donc dire que la qualité est médiocre... » N° 05/G/H/P « ...Qu'on organise des séances de formation où les femmes auront des informations exactes sur le PP et non les fuites qu'on ramasse partout... » N° 01/G/H/P
Sources d'information et préférences	Sources principales	« ...Médecins/Sages-femmes lors des enseignements de CPN mais aussi auprès des amies... » N° 05/G/C/M
	Préférences pour recevoir l'information	« ...Des brochures en langue de notre milieu (swahili) et pas en français, comportant des petites illustrations/dessins... » N° 01/G/C/M « ...Une consultation individuelle avec un médecin car j'aurais beaucoup de temps de conversation avec lui et j'en sortirais satisfaite... » N° 04/G/H/P
Expérience avec le personnel médical	Diagnostic par échographie	« ...C'est une bonne expérience car la façon dont ils me traitent et me suivent fait à ce que je vienne ici pour toutes mes grossesses, laissant des structures sanitaires qui me sont proches et où il y a aussi la gratuité des soins... » N° 01/G/C/M « ...Une bonne expérience, je me suis senti trop confiant... » N° 02/G/H/P

a) *Sous-Thème 1 : Préoccupations et réactions en cas de diagnostic*

- Cat1 : Préoccupations sur la mort : La crainte de mourir est récurrente chez celles qui comprennent les risques associés au placenta prævia. Par ailleurs, certaines expriment des préoccupations spécifiques comme la perte de l'utérus ou des hémorragies sévères.

- Cat2 : Réactions en cas de diagnostic : La majorité des gestantes indiquent qu'elles se rendraient immédiatement à l'hôpital en cas de diagnostic de placenta prævia, démontrant une confiance dans les structures hospitalières, mais aussi une peur importante de cette condition.

«... De faire une hémorragie et tomber en anémie. Et si les saignements sont réguliers, je peux mourir facilement... » N° 04/G/H/P

«... Ma crainte c'est celle perdre mon utérus... » N° 01/G/H/P

« ...Comme je n'ai jamais vécu cette expérience et que je sens que c'est vraiment un grand danger, je ne peux que me rendre à un grand hôpital ... En tout cas c'est seulement un grand hôpital. ... Je sais qu'à l'hôpital il y a des médecins et même des spécialistes qui peuvent intervenir si une complication se présentait. Je préfère y aller, que si je devais en mourir au moins que j'y sois allé à temps... » N° 01/G/S/M

b) *Sous-Thème 2 : Qualité de l'information reçue*

- Cat1 : Perception mitigée : La qualité, de l'information reçue, est jugée variable. Certaines gestantes trouvent les enseignements prénataux utiles, tandis que d'autres déplorent le manque d'informations sur des conditions spécifiques comme le placenta prævia.

- Cat2 : Suggestions pour l'amélioration : Plusieurs gestantes suggèrent des moyens d'améliorer l'éducation sur le placenta prævia, notamment via des campagnes de sensibilisation, des brochures illustrées en langue locale, et des consultations individuelles.

« ...La qualité de l'information est bonne car les CPN nous aident. Même si on ne nous a pas encore parlé du PP, je dirais qu'on n'y est pas encore arrivé... » N° 03/G/C/M

« ...Personnellement je ne connais presque rien, il faut qu'on améliore. On peut donc dire que la qualité est médiocre... » N° 05/G/H/P

« ...Qu'on organise des séances de formation où les femmes auront des informations exactes sur le PP et non les fuites qu'on ramasse partout... » N° 01/G/H/P

c) Sous-Thème 3 : Sources d'information et préférences

- Cat1 : Sources principales : Les médecins et sages-femmes sont les sources d'information les plus citées, suivies par la famille et les amis. La radio est également mentionnée.

- Cat2 : Préférences pour recevoir l'information :

Beaucoup des gestantes préfèrent recevoir des informations via des consultations individuelles avec un médecin, ce qui souligne l'importance du dialogue direct pour leur compréhension. D'autres préfèrent des brochures, particulièrement lorsqu'elles sont dans leur langue locale et accompagnées d'illustrations.

« ...Médecins/Sages-femmes lors des enseignements de CPN mais aussi auprès des amies... » N° 05/G/C/M

« ...Des brochures en langue de notre milieu (swahili) et pas en français, comportant des petites illustrations/ dessins... » N° 01/G/M

« ...Une consultation individuelle avec un médecin car j'aurais beaucoup de temps de conversation avec lui et j'en sortirais satisfaite... » N° 04/G/H/P

d) Sous-Thème 4 : Expérience avec le personnel médical

- Catégorie : Expérience positive : La plupart des gestantes décrivent une bonne expérience avec le personnel médical, indiquant un bon accueil et un suivi adéquat. Cela souligne un lien de confiance important entre les patientes et le personnel de santé.

« ...C'est une bonne expérience car la façon dont ils me traitent et me suivent fait à ce que je vienne ici pour toutes mes grossesses, laissant des structures sanitaires qui me sont proches et où il y a aussi la gratuité des soins... » N° 01/G/C/M

« ...Une bonne expérience, je me suis senti trop confiant... » N° 02/G/H/P.

4. Discussion

La discussion des résultats porte sur les données d'identification et des variables de l'étude en comparaison avec les objectifs.

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Il a été constaté que la majorité des enquêtées était multigeste, sans profession, d'âge entre 25 et 34 ans, ayant plus de 2 enfants vivants et de bas niveau d'éducation ; néanmoins toutes ont suivis des CPN pour leurs grossesses précédentes.

Contrairement à l'étude menée à la maternité Bonzola à Mbuji-Mayi sur le profil et pronostic des urgences obstétricales, dans laquelle la majorité de cas était grande multipare et dont le suivi clinique de la grossesse n'était pas respecté. L'âge maternel moyen de survenue des urgences obstétricales était de 29,1 ans (Kadima et al., 2015)

Certaines études montrent aussi que les caractéristiques sociodémographiques de la gestante sont la cause du placenta prævia. Mathai souligne que l'âge, la gestité, la parité font partie des facteurs étiologiques du placenta prævia, etc...(Mathai, 2004).

Donc il n'est pas mal que les femmes enceintes puissent avoir la connaissance de ces facteurs ainsi savoir quelle attitude à adopter quant à ce.

4.2. Connaissances des femmes enceintes sur les urgences obstétricales, principalement en cas de placenta prævia

4.2.1. Connaissance générale et Compréhension du placenta prævia

Dans notre étude la majorité des gestantes n'ont jamais entendu parler du placenta prævia. Celles qui en ont entendu parler l'ont fait principalement dans le contexte de conversations informelles, ou à travers des enseignements médicaux limités. Les réponses telles que "Non, jamais", "Non", "Non, seulement le placenta," montrent un manque généralisé de connaissance. Parmi celles qui en ont entendu parler, les sources incluent principalement les enseignements prénataux à l'hôpital et des discussions dans la communauté ou au quartier.

Il a été observé que plusieurs gestantes ne peuvent pas expliquer ce qu'est le placenta prævia, même si elles en ont entendu parler. Par exemple, des réponses comme "Je ne peux pas savoir l'expliquer" et "Je ne sais rien à ce propos" montrent une absence de compréhension. Néanmoins Certaines gestantes ont des interprétations incorrectes, telles que l'idée que le placenta prævia implique que "le placenta précède

l'enfant" ou qu'il s'agit d'une situation où "le placenta est descendu ou quand le cordon tourne autour de l'enfant.

Et pourtant " Le terme « placenta prævia » signifie l'implantation du placenta dans le segment inférieur de l'utérus, occasionnant sa présentation avant celle du pôle fœtal principal empêchant ainsi l'accouchement normal (Mensah, 2015; Emily et al., 2023).

Certaines études reviennent sur le problème des connaissances des femmes. Selon Calvello et son collaborateur, la fréquence élevée des complications obstétricales observée dans les pays en voie de développement peut être expliquée par un niveau faible d'information (Calvello & Skog, 2015).

D'autres chercheurs semblent souligner aussi, sans pour autant entrer en détails, que le manque de connaissances ou d'informations sur les urgences obstétricales explique le taux de mortalité très élevé (Mathai, 2004 ; Thaddeus & Maine, 1994).

4.2.2. Connaissance des symptômes et risques associés

Les résultats montrent que la plupart des gestantes ne connaissent pas les symptômes du placenta prævia. Celles qui ont mentionné un symptôme parlent du saignement comme signifié dans les déclarations des chercheurs ci-haut, mais cette information n'est pas généralisée.

D'autres chercheurs font voir que les pertes sanguines tardive représentent la symptomatologie du placenta prævia tout au long de la grossesse dans presque 20% (Creswell et al., 2013 ; Emily et al., 2023).

4.2.3. Risques du placenta prævia

Concernant les risques du placenta prævia, Bien que peu nombreuses, les gestantes identifient des risques graves, comme la césarienne, la mort de la mère et du bébé, et l'hémorragie. Cependant, d'autres montrent des lacunes importantes, en affirmant ne pas savoir ou en ayant une compréhension partielle des risques. Mais Kadima et ses collaborateurs aussi prouvent que suite à la nature de l'urgence, plus de 3/4 des femmes avaient accouchées par césarienne. Cela coïncide avec une des réponses de nos enquêtées. Sauf que pour lui, il y avait un bon pronostic maternel dans presque la totalité de cas mais le pronostic fœtal très sévère était marqué par un taux élevé de mortalité périnatale (Kadima et al., 2015). Contrairement à Mabie qui dans son étude a noté que le pronostic fœtal était très sévère et marqué par un taux élevé de mortalité périnatale (38,84%) liés plus aux

complications de la prématurité, appuyant ainsi quelques réponses des certaines gestantes dans notre étude comme la mort de la mère et du bébé, et l'hémorragie (Mabie, 1992). Cependant pour Moldenhaue dans les situations géostationnaires avec placenta prævia, le risque d'apparition du placenta accreta augmente avec le nombre de naissances précédentes par césarienne (Moldenhaue, 2024). D'autres chercheurs expliquent de même comme Moldenhaue que chez celles ayant eu le placenta prævia lors des grossesses antérieures et ayant accouché par voie haute/césarienne, les risques de faire un placenta accreta sont énormes.

4.2.4. Diagnostic et traitement

Dans notre étude seule, une minorité a compris que l'échographie est la méthode principale pour diagnostiquer le placenta prævia. Cependant, la plupart ne savent pas comment cette pathologie est diagnostiquée; Ce qui reflète le manque d'information clinique.

La littérature montre que l'échographie est l'examen idéal pour diagnostiquer le placenta prævia (Creswell et al., 2013 ; Mabie, 1992 ; Barnabé et al., 2022). Certains chercheurs nous montrent que l'évaluation du risque hémorragique repose sur quatre critères majeurs : la distance qui sépare le bord inférieur du placenta de l'orifice interne du col utérin mesurée par échographie endovaginal (Madar et al., 2016).

Dans une étude, Dukovsk relève que le diagnostic du placenta prævia par échographie trans-abdominale, puis par échographie trans-vaginale peut être réalisé avant la naissance. Le chercheur montre que grâce à ces diagnostics il y a la chance de diminuer les séjours prolongés à l'hôpital ainsi que les opérations superflues. Selon lui l'idéal est que toutes les gestantes devraient faire une échographie de routine à vingt semaines de grossesse pour diagnostiquer précocement les anomalies de la grossesse comme par exemple le placenta prævia (Dukovski, 2003).

4.2.5. Du traitement

La majorité des réponses dans notre étude indique le manque de connaissance sur les traitements possibles, avec quelques parturientes mentionnant la césarienne. D'autres réponses montrent une grande incertitude sur les interventions disponibles.

Love et ses collaborateurs montrent qu'une prise en charge conservatrice à l'hôpital reste le moyen

capital dans le traitement pour prévenir les complications mortelles du placenta prævia. Les issues cliniques du placenta prævia étant amplement variables, elles ne peuvent être prédites avec grande assurance à partir seulement des activités prénatales.

Cette mesure permet d'atteindre le travail d'accouchement ou la programmation de la césarienne sans beaucoup de difficultés (Love & Wallace, 1996).

Fame (2012) souligné que la pratique de la césarienne et l'attitude autoritaire des matrones sont des raisons pour lesquelles les femmes ont une perception négative du système de soins. Le même chercheur montre que dans d'autres situations, la gestion des urgences obstétricales nécessite l'implication de plusieurs intervenants, ce qui entrave la prise de décision rapide de recourir à des soins médicaux. C'est pourquoi, la sage-femme doit jouer son rôle d'actrice dans le suivi de la grossesse, la surveillance clinique du couple mère-enfant.

Le premier rôle de la sage-femme étant d'abord d'informer les femmes sur leur problème (pathologie), faire l'accompagnement et le suivi de leur grossesse, veiller sur la modalité de l'accouchement ainsi que l'éventuelle issue ou pronostic maternelle et infantile (Love & Wallace, 1996).

4.3. Attitudes et pratiques des gestantes face au placenta prævia.

4.3.1. Préoccupations et réactions en cas de diagnostic du placenta prævia

La crainte de mourir est récurrente chez celles qui comprennent les risques associés au placenta prævia. Par ailleurs, certaines expriment des préoccupations spécifiques comme la perte de l'utérus ou des hémorragies sévères. Préoccupation similaire au résultat d'une étude menée par certains chercheurs, comme quoi le caractère total du placenta bas inséré est la source d'une morbidité maternelle sévère (accrétion placentaire, hémorragie du post-partum, hystérectomie ou ablation de l'utérus, etc. (Madar et al., 2016).

La majorité des gestantes indiquent qu'elles se rendraient immédiatement à l'hôpital en cas de diagnostic de placenta prævia, démontrant ainsi une confiance dans les structures hospitalières, mais aussi la peur importante de cette condition. La littérature existante souligne que le retard dans la prise en charge explique la morbidité des urgences obstétricales (Jeannot & al. 2021 ; Fame, 2012). Jeannot et ses collaborateurs trouvent que le retard de la prise en charge représente 13%, le retard pour les patients à consulter se situe à 8,41%, aussi l'insuffisance du plateau technique à 9,35% (Jeannot et al., 2021).

4.3.2. Qualité et Sources de l'information reçue

La qualité de l'information reçue est jugée variable. Certaines gestantes trouvent les enseignements prénataux utiles, tandis que d'autres déplorent le manque d'informations sur des conditions spécifiques comme le placenta prævia. Plusieurs gestantes suggèrent des moyens d'améliorer l'éducation sur le placenta prævia, notamment via des campagnes de sensibilisation, des brochures illustrées en langue locale, et des consultations individuelles. Les médecins et sages-femmes sont les sources d'information les plus citées, suivies par la famille et les amis. La radio est également mentionnée.

Beaucoup des gestantes préfèrent recevoir des informations via des consultations individuelles avec un médecin, ce qui souligne l'importance du dialogue direct pour leur compréhension. D'autres préfèrent des brochures, particulièrement lorsqu'elles sont dans leur langue locale et accompagnées d'illustrations.

Il est souligné par Fame (2012) que l'attitude autoritaire des matrones fait partie des raisons pour lesquelles les femmes ont une perception négative du système de soins. Par conséquent, ceci constitue un motif de ne pas se rendre à temps à la structure sanitaire lors de présence d'une urgence obstétricale.

4.3.3. Expérience avec le personnel médical

La plupart des gestantes dans notre étude décrivent une bonne expérience avec le personnel médical, indiquant un bon accueil et un suivi adéquat. Cela souligne un lien de confiance important entre les patientes et le personnel de santé. Ça se justifie selon Fame (2012).

La sage-femme, son premier rôle est d'abord d'informer les femmes sur leur problème (pathologie), de faire l'accompagnement et le suivi de leur grossesse, de veiller sur la modalité de l'accouchement ainsi que l'éventuelle issue ou pronostic maternelle et infantile et tout cela lors de consultations prénatales ou lors des séances d'entretien individuel pour la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (Love & Wallace, 1996).

5. Conclusion

Cette étude a porté sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des gestantes face aux urgences obstétricales, particulièrement le placenta prævia dans la zone de santé de Kadutu, dans la ville de Bukavu à l'Est de la RDC. Les résultats révèlent un déficit de connaissance concernant le placenta prævia parmi les gestantes. Cependant, leur disposition à se rendre rapidement à l'hôpital est un point positif. A tout

intervenant de renforcer les connaissances des femmes enceintes pour favoriser des comportements proactifs en matière de santé par l'amélioration des enseignements prénataux lors des séances de la CPN, la distribution de matériel éducatif adapté (brochures en langue locale), une meilleure communication entre les patients et les professionnels de santé.

Références bibliographiques

- Barnabé, Y. R., Croix, M. J., Jonathan, B. K. W., Ahmed, K., & Adolphe, S. D. (2022). Placenta Previa at Sourou Sanou Teaching Hospital, Burkina Faso (About 142 Cases). *Open Journal of Obstetrics and Gynecology*, 12(11), Article 11. <https://doi.org/10.4236/ojog.2022.1211094>
- Calvillo, E. & Skog, Q. (2015). *SciELO - Public Health—Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health*. <https://www.scielosp.org/article/bwho/2015.v93.n6/417-423/>
- Cresswell, J. A., Ronsmans, C., Calvert, C., & Filippi, V. (2013). Prevalence of placenta praevia by world region: A systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 18(6), 712-724. <https://doi.org/10.1111/tmi.12100>
- Dukovski, A. (2003). [Placenta previa—From the past to the present]. *Akusherstvo I Ginekologija*, 42(3), 20-23.
- Emily, E et al. (2023). *Saignement vaginal en fin de grossesse—Gynécologie et obstétrique—Édition professionnelle du Manuel MSD*. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologieetobst%C3%A9trique/sympt%C3%B4mes-pendant-la-grossesse/saignement-vaginal-en-fin-de-grossesse>
- Fame, T. (2012). *Etude qualitative sur les causes du premier retard et leur impact sur la morbidité des urgences obstétricales. Le cas des échappées belles du District de Diema (Mali)*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/8737>
- Gyamfi-Bannerman, C., Thom Elizabeth A., Blackwell Sean C., Tita Alan T.N., Reddy Uma M., Saade George R., Rouse Dwight J., McKenna David S. et al. (2016). Antenatal Betamethasone for Women at Risk for Late Preterm Delivery. *New England Journal of Medicine*, 374(14), 1311-1320. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1516783>
- Jeannot, J., Matumo, P., & Etienne, N. (2021). *Epidémiologie de la mortalité maternelle au lendemain de l'échéance des objectifs du millénaire pour le développement*. 9.
- Moldenhauer, S.J. (2024). *Placenta accreta—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/gynécologie-et-obstétrique/complicationsintrapartum/placenta-accreta>
- Kadima, M. C., Mumba, M. A., & Biayi, M. J. (2015). *Profil et pronostic des urgences obstétricales en salle de travail de la maternité Bonzola à Mbujimayi*. <https://library.adhl.africa/handle/123456789/10514>
- Kinenkinda, X., Mukuku, O., Chenge, F., Kakudji, P., Banzulu, P., Kakoma, J.-B., & Kizonde, J. (2017). Césarienne à Lubumbashi, République Démocratique du Congo I: Fréquence, indications et mortalité maternelle et périnatale. *Pan African Medical Journal*, 27. <https://doi.org/10.11604/pamj.2017.27.72.12147>
- Long, S.-Y., Yang, Q., Chi, R., Luo, L., Xiong, X., & Chen, Z.-Q. (2021). Maternal and Neonatal Outcomes Resulting from Antepartum Hemorrhage in Women with Placenta Previa and Its Associated Risk Factors: A Single-Center Retrospective Study. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 17, 31-38. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S288461>
- Love, C. D., & Wallace, E. M. (1996). Pregnancies complicated by placenta praevia: What is appropriate management? *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 103(9), <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1996.tb09903.x>
- Mabie, W. C. (1992). Placenta previa. *Clinics in Perinatology*, 19(2), 425-435.
- Madar H. et al. (2016). *Placenta praevia*. EM-Consulte. <https://www.emconsulte.com/article/1068806/placenta-praevia>
- Masirika, B. I., & Mulanga, B. (2018). Déterminants de la mortalité maternelle dans la zone de sante

- rurale de miti-murhesa, province du SUD-KIVU, RDC. *CRPS* <https://hal.science/hal-03745243>
- Mathai, M. (2004). *Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement: Guide destiné à la sage-femme et au médecin*. World Health Organization.
- Mensah, E. (2015, janvier). *Problématique de la prise en charge des urgences chirurgicales au CHU de (...)* Société de l'Anesthésie Réanimation d'Afrique Francophone. <https://web-saraf.net/Problematique-de-la-prise-en-426.html>
- Mpembele, C. K. (2020). *Les mères de la Zone de Santé de N'Djili, en République Démocratique du Congo, sont-elles satisfaites des soins maternels reçus?*
- Tchaou, B. A., Hounkponou, N. F. M., Salifou, K., Zoumenou, E., & Chobli, M. (2015). *Les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de parakou au Bénin: aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs*.
- Thaddeus, S. & Maine, D. (1994). Too far to walk: Maternal mortality in context. *Social Science & Medicine*, 38(8), 1091-1110. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(94\)90226-7](https://doi.org/10.1016/0277-9536(94)90226-7)
- UNICEF RDC, N. (2023, 6 novembre). *Semaine de la mère et du nouveau-né pour aborder la santé maternelle et néonatale en République démocratique du Congo*. <https://www.unicef.org/drcongo/communique-presse/semaine-mere-nouveau-ne>