

Animal Health

Journal
(AHJ)

**Rôle et Pratiques des Sages-femmes dans la Prise en Charge de l'Éclampsie
du Post-partum Immédiat à Mbandaka : une Étude Transversale dans Deux
Structures Sanitaires en 2025**



**CARI
Journals**

Rôle et Pratiques des Sages-femmes dans la Prise en Charge de l'Éclampsie du Post-partum Immédiat à Mbandaka : une Étude Transversale dans Deux Structures Sanitaires en 2025

 Marie Jeanne Ngoy Yasinzia^{1*}, Jean Claude Efoloko Likulu², Jean Pierre Moyene Elongi³

¹Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka

²Université de Mbandaka

³Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa

<https://orcid.org/0009-0000-3602-2447>

Accepted: 17th April, 2026, Received in Revised Form: 26th May, 2026, Published: 29th May, 2026

Resume

Objectif : L'éclampsie post-partum représente une urgence obstétricale majeure et une cause évitable de mortalité maternelle en République Démocratique du Congo (RDC). Cette étude visait à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des sages-femmes face à cette pathologie à Mbandaka, ainsi que les facteurs associés à la qualité de la prise en charge.

Méthodes : Une étude transversale descriptive et analytique a été menée de janvier à juin 2025 dans deux structures sanitaires (CSR Mama Balako et HGR Wangata). Trente sages-femmes exerçant en salle d'accouchement et en post-partum ont été incluses par recrutement exhaustif. Les données ont été collectées via un questionnaire structuré pré-testé. Des analyses univariées, bivariées (test du Khi-deux de Pearson) et une régression logistique multivariée ont été réalisées (seuil de significativité $p < 0,05$).

Résultats : La majorité des participantes définissaient correctement l'éclampsie post-partum (73,3%) et 76,7% avaient reçu une formation spécifique. Cependant, la disponibilité du sulfate de magnésium (60,0%) et de l'oxygène (26,7%) était limitée. En analyse bivariée, une expérience ≥ 10 ans ($p=0,038$) et une surveillance post-partum conforme ($p=0,019$) étaient associées à une meilleure qualité des soins. En analyse multivariée, seule une surveillance post-partum rigoureuse demeurait significativement associée (OR = 5,82 ; IC 95% : 1,23 – 27,51 ; $p=0,026$).

Conclusion : Malgré des connaissances théoriques satisfaisantes, la qualité des soins pour l'éclampsie post-partum est compromise par des défaillances structurelles. Le renforcement de la formation continue, l'approvisionnement régulier en intrants et la standardisation des protocoles de surveillance sont impératifs.

Mots-clés : Éclampsie Post-Partum, Sages-Femmes, Qualité Des Soins, Mbandaka, République Démocratique Du Congo.

1. INTRODUCTION

Chaque année, environ 287 000 femmes décèdent des suites d'une grossesse ou d'un accouchement, dont la majorité dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (PRFI) (Organisation mondiale de la Santé [OMS], 2023). Parmi les causes directes de mortalité maternelle, les troubles hypertensifs, incluant la pré-éclampsie et l'éclampsie, occupent la deuxième place après les hémorragies (Say et al., 2014). L'éclampsie, définie par la survenue de crises convulsives chez une femme présentant une pré-éclampsie, peut se manifester dans le post-partum immédiat, généralement dans les 48 à 72 heures suivant l'accouchement, mais parfois jusqu'à six semaines (Mattu & Swaminathan, 2022). Cette forme post-partum représente 20 à 30% de tous les cas d'éclampsie et est associée à une morbidité sévère (Sibai, 2017).

En RDC, le fardeau exact de l'éclampsie est mal connu, mais des études menées à Kinshasa indiquent une prévalence de la pré-éclampsie de 8,5% et une mortalité maternelle estimée à 1298 pour 100 000 naissances vivantes, dont 12% attribuables aux troubles hypertensifs (Mpemba Loufoua et al., 2010). La province de l'Équateur et sa capitale, Mbandaka, ne disposent d'aucune donnée épidémiologique récente. Dans ce contexte de ressources limitées, les sages-femmes constituent la pierre angulaire de la surveillance du post-partum. Elles sont les premières à détecter les signes précurseurs (céphalées sévères, douleur épigastrique, hyperréflexie) et à initier le traitement d'urgence (sulfate de magnésium) (OMS, 2021). Pourtant, peu d'études ont évalué leurs compétences réelles face à cette urgence vitale.

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer le rôle et les pratiques des sages-femmes dans la prise en charge de l'éclampsie post-partum immédiat à Mbandaka. Les objectifs secondaires incluaient l'identification des contraintes structurelles et la détermination des facteurs (sociodémographiques, professionnels et contextuels) associés à une prise en charge de qualité.

2. MÉTHODOLOGIE

2.1 Devis et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive et analytique, menée sur une période de six mois (janvier à juin 2025).

2.2 Cadre de l'étude

L'étude s'est déroulée dans deux structures de santé de la ville de Mbandaka, choisies pour leur représentativité du niveau primaire et secondaire :

- Centre de Santé de Référence (CSR) Mama Balako : structure de premier niveau.
- Hôpital Général de Référence (HGR) Wangata : structure de référence provinciale.

2.3 Population et échantillonnage

La population cible était l'ensemble des sages-femmes et infirmiers exerçant en salle d'accouchement ou en unité de post-partum dans ces deux structures. Toutes les sages-femmes et infirmiers répondant aux critères d'inclusion (diplôme reconnu, exercice actif, consentement éclairé) ont été incluses de manière exhaustive, soit un échantillon final de 30 participantes (n=12 au CSR Mama Balako, n=18 à l'HGR Wangata).

2.4 Collecte des données et instrument

Un questionnaire structuré, pré-testé sur 5 sages-femmes hors étude, a été administré en face-à-face. L'instrument explorait : (1) les caractéristiques sociodémographiques et professionnelles ; (2) les connaissances théoriques (définition, signes, facteurs de risque) ; (3) les pratiques déclarées (surveillance, traitement, référence) ; (4) la disponibilité des ressources ; (5) la résolution de trois cas cliniques. La qualité globale de la prise en charge a été évaluée par un score composite (bonne : score $\geq 75\%$; mauvaise : $< 75\%$).

2.5 Variables

- Variable dépendante : Qualité de la prise en charge (bonne/mauvaise).
- Variables indépendantes : Âge, ancienneté, niveau d'études, formation spécifique reçue, disponibilité du sulfate de magnésium, fréquence de surveillance post-partum, collaboration interdisciplinaire.

2.6 Analyse statistique

Les données ont été saisies sur Excel et analysées avec SPSS version 26. Une analyse univariée a produit des fréquences et des moyennes. Une analyse bivariée a utilisé le test du Khi-deux (ou test exact de Fisher) pour identifier les facteurs associés à la qualité des soins. Enfin, une analyse multivariée par régression logistique binaire (méthode pas à pas ascendante) a été réalisée pour ajuster les associations potentielles et identifier les facteurs prédictifs indépendants, avec un seuil de significativité fixé à $p < 0,05$.

2.7 Considérations éthiques

L'étude a reçu l'approbation du Comité de gestion de l'ISTM MBADAKA et de CSR Mama Balako, de l'HGR Wangata. L'anonymat et la confidentialité ont été garantis. Toutes les participantes ont fourni un consentement éclairé écrit.

3. RÉSULTATS

3.1. Analyse univariée : description de l'échantillon

La majorité des sages-femmes étaient âgées de 30 à 39 ans (40,0 %), de sexe féminin (93,3 %) et possédaient un diplôme d'État (60,0 %). Près de la moitié (40,0 %) justifiait d'une expérience de

5 à 9 ans. Plus des trois quarts (76,7 %) déclaraient avoir reçu une formation spécifique sur l'éclampsie.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et professionnelles des sages-femmes (N=30)

Caractéristique	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Âge (années)		
20-29	8	26,7
30-39	12	40
40-49	7	23,3
Plus de 50	3	10
Sexe		
Féminin	28	93,3
Masculin	2	6,7
Diplôme le plus élevé		
Diplôme d'État (A2)	18	60
Graduat (A1)	10	33,3
Licence (Bac+4/5)	2	6,7
Années d'expérience		
< 5 ans	9	30
5-9 ans	12	40
10-19 ans	6	20
Plus de 20 ans	3	10
Structure d'exercice		
CSR Mama Balako	12	40
HGR Wangata	18	60
Formation spécifique reçue		
Oui	23	76,7
Non	7	23,3

Commentaire Concernant les connaissances, 73,3 % des sages-femmes savaient définir correctement l'éclampsie post-partum, mais seulement 63,3 % connaissaient la période exacte de risque (jusqu'à 6 semaines). Les signes précurseurs les mieux identifiés étaient les céphalées sévères (93,3 %), tandis que l'hyperréflexie n'était citée que par 53,3 % d'entre elles.

Tableau 2. Connaissances spécifiques sur l'éclampsie post-partum (n=30)

Élément de connaissance	Réponse correcte (n)	Pourcentage (%)
Définition correcte	22	73,3
Période de risque (jusqu'à 6 semaines)	19	63,3
Signes précurseurs identifiés		
Céphalées sévères	28	93,3
Troubles visuels	24	80
Douleur épigastrique	20	66,7
Hyperréflexie	16	53,3
Complications possibles identifiées		
Insuffisance rénale	21	70
Détresse respiratoire	20	66,7

Commentaire : Ces données descriptives révèlent un niveau de connaissances théoriques hétérogène au sein du personnel. Si la base clinique semble acquise pour la majorité (notamment sur les céphalées), des lacunes persistantes sur la durée réelle de la période de risque et sur des signes neurologiques plus techniques (comme l'hyperréflexie) pourraient retarder le diagnostic de complications graves.

3.2. Analyse bivariée : facteurs associés à la qualité des soins

La qualité de la prise en charge a été jugée bonne pour 18 sages-femmes (60,0 %) et mauvaise pour 12 (40,0 %). Le Tableau 3 présente les associations entre les variables indépendantes et la qualité des soins.

Tableau 3. Association entre facteurs et qualité de la prise en charge (n=30)

Facteur	Bonne qualité (n=18)	Mauvaise qualité (n=12)	Valeur p
Expérience professionnelle			
Age 10 ans	8 (44,4 %)	1 (8,3 %)	
< 10 ans	10 (55,6 %)	11 (91,7 %)	0,038
Formation spécifique			
Oui	16 (88,9 %)	7 (58,3 %)	
Non	2 (11,1 %)	5 (41,7 %)	0,055
Disponibilité du MgSO₄			
Toujours disponible	13 (72,2 %)	5 (41,7 %)	
Parfois / Indisponible	5 (27,8 %)	7 (58,3 %)	0,094
Fréquence surveillance PP			
Conforme aux recommandations	12 (66,7 %)	3 (25,0 %)	
Non conforme	6 (33,3 %)	9 (75,0 %)	0,019
Collaboration interdisciplinaire			
Oui	15 (83,3 %)	6 (50,0 %)	
Non	3 (16,7 %)	6 (50,0 %)	0,053

Commentaire : Une expérience professionnelle de plus de 10 ans ($p=0,038$) et une fréquence de surveillance post-partum conforme aux standards ($p=0,019$) sont significativement associées à une meilleure qualité des soins. La formation spécifique et la collaboration interdisciplinaire montrent une tendance forte (p approx 0,05), suggérant qu'elles influencent positivement la pratique, bien que le seuil de significativité ne soit pas atteint, probablement dû à la taille réduite de l'échantillon.

3.3. Analyse multivariée : facteurs prédictifs indépendants

Une régression logistique binaire a été effectuée pour isoler les prédicteurs indépendants de la qualité des soins (incluant les variables avec $p < 0,10$ en bivariée).

Tableau 4. Prédicteurs indépendants de la bonne qualité des soins

Variable	Odds Ratio (OR) ajusté	Intervalle de Confiance (95 %)	Valeur p
Surveillance conforme	5,82	[1,23 – 27,51]	0,026
Expérience \geq 10\$ ans	4,15	[0,41 – 41,92]	0,225
Formation spécifique reçue	2,98	[0,41 – 21,68]	0,278
Collaboration interdisciplinaire	2,54	[0,42 – 15,43]	0,311

Commentaire : Après ajustement, seule la **fréquence de surveillance post-partum conforme** demeure un prédicteur statistiquement significatif. Les sages-femmes respectant les protocoles de surveillance rapprochée ont près de **6 fois plus de chances** d'offrir des soins de qualité (OR=5,82). La perte de significativité de l'expérience et de la formation suggère que leur impact réel passe avant tout par une meilleure application des protocoles de surveillance.

3.4. Contraintes structurelles et pratiques

La disponibilité des ressources essentielles est un défi majeur : le sulfate de magnésium (MgSO₄) n'est permanent que dans 60 % des cas, et l'accès aux protocoles écrits est très faible (20 %).

Tableau 5. Disponibilité des ressources essentielles déclarée

Ressource	Permanent (%)	Parfois (%)	Indisponible (%)
Sulfate de Magnésium	60	26,7	13,3
Oxygène	26,7	33,3	40
Protocole écrit	20	13,3	66,7

Commentaire: Le manque de protocoles écrits (indisponibles pour 66,7 % des prestataires) constitue une barrière structurelle majeure à la standardisation des soins, quel que soit le niveau de compétence individuel des sages-femmes.

4. DISCUSSION

Cette étude est l'une des premières à évaluer de manière quantitative et analytique le rôle des sages-femmes dans la gestion de l'éclampsie post-partum en province en RDC. Les résultats révèlent un paradoxe : des connaissances théoriques globalement satisfaisantes contrastent avec des pratiques entravées par des contraintes structurelles majeures.

Le taux de connaissances correctes sur la définition de l'éclampsie (73,3%) est comparable à celui rapporté par une étude récente menée au Cameroun (79,1%) (Tolefac et al., 2020), mais supérieur à celui observé dans des zones rurales du Nigéria (environ 55%) (Adeyemi & Adekanle, 2019). Ce niveau relativement élevé peut s'expliquer par l'effet des formations continues, que 76,7% de notre échantillon déclaraient avoir reçues. Cependant, la persistance de lacunes sur des signes cliniques précis comme l'hyperréflexie (connue par seulement 53,3%) est préoccupante. Selon Berhan & Berhan (2014), l'hyperréflexie est un signe d'irritation corticale qui précède souvent la crise convulsive ; son absence de reconnaissance retarde l'intervention.

L'analyse multivariée a clairement identifié la fréquence de la surveillance post-partum comme le facteur le plus puissant et indépendant associé à la qualité des soins. Ce résultat corrobore les recommandations de l'OMS (2021) qui préconisent une surveillance des signes vitaux toutes les 15 minutes pendant la première heure suivant un épisode de pré-éclampsie sévère ou une crise. Une surveillance rapprochée permet non seulement de détecter une aggravation, mais aussi d'évaluer la réponse au sulfate de magnésium (Duley et al., 2010). Le fait que seulement 26,7% des sages-femmes appliquaient cette fréquence optimale souligne un écart critique entre la théorie et la pratique sur le terrain.

La disponibilité limitée du sulfate de magnésium (60%) et de l'oxygène (26,7%) est un obstacle majeur documenté dans d'autres PRFI. Une revue systématique de Long et al. (2017) sur les soins obstétricaux d'urgence en Afrique subsaharienne a trouvé que l'indisponibilité des médicaments essentiels était la barrière la plus fréquemment citée par les prestataires. L'absence de protocole écrit (66,7%) aggrave cette situation, car les protocoles standardisés sont connus pour améliorer l'observance et réduire la variabilité des pratiques (Althabe et al., 2015).

Notre étude présente des limites. La taille modeste de l'échantillon (n=30) limite la puissance statistique et la précision des estimations, notamment pour l'analyse multivariée où le nombre d'événements par variable est faible. Le caractère déclaratif des pratiques peut induire un biais de désirabilité sociale. Cependant, la triangulation avec des questions sur les cas cliniques a permis de limiter ce biais.

5. CONCLUSION

Les sages-femmes/Infirmières de Mbandaka possèdent des connaissances théoriques de base sur l'éclampsie post-partum, mais leur capacité à fournir des soins de qualité est sérieusement compromise par des défaillances systémiques, en particulier une surveillance post-partum insuffisamment rigoureuse et une pénurie d'intrants essentiels comme le sulfate de magnésium et l'oxygène.

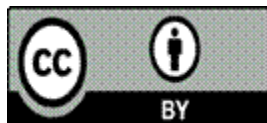
La surveillance post-partum rapprochée et protocolisée apparaît comme le levier d'action le plus puissant pour améliorer immédiatement les pratiques. Ainsi, les recommandations suivantes sont formulées :

1. Pour la pratique : Mettre en œuvre et afficher des protocoles écrits simplifiés pour la surveillance du post-partum immédiat à haut risque (PA, fréquence cardiaque, diurèse, réflexes ostéotendineux) dans toutes les salles d'accouchement.
2. Pour la formation : Cibler les formations continues sur les lacunes identifiées (hyperréflexie, dose de charge du sulfate de magnésium) et intégrer des simulations d'urgence à bas coût.
3. Pour le système de santé : Assurer un approvisionnement ininterrompu en sulfate de magnésium et en oxygène dans toutes les structures recevant des parturientes.
4. Pour la recherche : Des études interventionnelles (avant-après) sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces protocoles et de la formation sur l'issue réelle des patientes.

RÉFÉRENCES

- Adeyemi, A. S., & Adekanle, D. A. (2019). Knowledge and practice of midwives regarding eclampsia management in Osun State, Nigeria. *Journal of Clinical Sciences*, 16(2), 45-50.
- Althabe, F., Bergel, E., Cafferata, M. L., Gibbons, L., Ciapponi, A., Alemán, A., ... & Belizán, J. M. (2015). Implementation of a clinical practice guideline for the management of pre-eclampsia and eclampsia in a tertiary hospital in Argentina. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(3), 267-271.
- Berhan, Y., & Berhan, A. (2014). A meta-analysis of maternal mortality in eclampsia: A review of the magnitude and contributing factors. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 24(Suppl), 25-36.
- Duley, L., Gülmezoglu, A. M., Henderson-Smart, D. J., & Chou, D. (2010). Magnesium sulphate and other anticonvulsants for women with pre-eclampsia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD000025.

- Long, Q., Aboagye, S., & Kyeremeh, R. (2017). Availability and use of magnesium sulphate for the management of severe pre-eclampsia and eclampsia in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMJ Open*, 7(6), e015067.
- Mattu, A., & Swaminathan, A. (2022). Emergency management of eclampsia and severe pre-eclampsia. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 40(2), 273-289.
- Mpemba Loufoua, A., Nzuji, M. T., & Tshibola, J. M. (2010). Pre-eclampsia and eclampsia at the University Clinics of Kinshasa: Prevalence, risk factors and maternal prognosis. *Annales Africaines de Médecine*, 3(3), 567-574.
- Organisation mondiale de la Santé. (2021). *Recommandations de l’OMS pour la prévention et le traitement de la pré-éclampsie et de l’éclampsie*. OMS.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020*. OMS.
- Say, L., Chou, D., Gemmill, A., Tunçalp, Ö., Moller, A. B., Daniels, J., ... & Alkema, L. (2014). Global causes of maternal death: A WHO systematic analysis. *The Lancet Global Health*, 2(6), e323-e333.
- Sibai, B. M. (2017). Eclampsia. In R. A. Creasy, R. Resnik, J. D. Iams, C. J. Lockwood, T. R. Moore, & M. F. Greene (Eds.), *Creasy and Resnik's Maternal-Fetal Medicine: Principles and Practice* (8th ed., pp. 817-831). Elsevier.
- Tolefac, P. N., Tamambang, R. F., Yeika, E., Egbe, T. O., & Mboudou, E. T. (2020). Knowledge and practice of health care providers on the management of pre-eclampsia and eclampsia in a tertiary hospital in Cameroon. *Pan African Medical Journal*, 35, 112.



2026 by the Authors. This Article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)