

# International Journal of Health, Medicine and Nursing Practice

(IJHMNP)  
Attitudes et Pratiques des Prestataires de Soins Face à la Prise en Charge  
des Accouchements Prématursés : Étude Transversale au Centre Hospitalier  
Universitaire de Mbandaka, République Démocratique du Congo



CARI  
Journals

## Attitudes et Pratiques des Prestataires de Soins Face à la Prise en Charge des Accouchements Prématurés : Étude Transversale au Centre Hospitalier Universitaire de Mbandaka, République Démocratique du Congo

 Entelengu Bokenda Pitshouna<sup>1\*</sup>, Jean Claude Likulu Efoloko<sup>2</sup>, Félicien Kandolo Tshimungu<sup>2</sup>, Gracier Ekoko Bakambo<sup>3</sup>, Bosako Manga Tonton<sup>1</sup>, Busa Ebete Catherine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbandaka (ISTM) – Mbandaka, RDC

<sup>2</sup>Université de Mbandaka-RDC

<sup>3</sup>Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa-RDC

<https://orcid.org/0009-0004-0967-819X>

Accepted : 17<sup>th</sup> April, 2026, Received in Revised Form : 23<sup>rd</sup> May, 2026, Published : 24<sup>th</sup> May, 2026

### RÉSUMÉ

**Objectif :** Évaluer les attitudes et pratiques des prestataires de soins face aux accouchements prématurés au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Mbandaka, et identifier les facteurs associés à une bonne prise en charge.

**Méthodes :** Étude transversale réalisée de janvier 2024 à janvier 2025 auprès de 63 prestataires de soins (médecins, infirmiers, sages-femmes) tirés au sort. Un questionnaire structuré a recueilli les données sociodémographiques, les connaissances, les attitudes perçues, les barrières et les résultats cliniques. Des analyses univariées (fréquences), bivariées (test du Chi<sup>2</sup>) et multivariées (régression logistique binaire) ont été effectuées.

**Résultats :** La majorité des répondants étaient des hommes (63,5 %), âgés de 40–44 ans (27,0 %), de niveau Licence 2 (60,3 %) et ayant 1–10 ans d'ancienneté (68,3 %). La connaissance de l'accouchement prématuré était élevée (92,1 %). La perception du rôle était majoritairement « responsable » (60,3 %). Les principales barrières étaient l'insuffisance de motivation (31,7 %) et le manque de matériel (28,6 %). En analyse bivariée, le niveau d'étude supérieur (Licence/Doctorat) était associé à une meilleure connaissance ( $p=0,012$ ). L'ancienneté  $\geq 11$  ans était associée à une perception de rôle plus élevée ( $p=0,045$ ). En régression logistique, le manque de formation continue (OR=3,8 ; IC95% 1,4–10,2) et l'insuffisance de matériel (OR=2,9 ; IC95% 1,1–7,9) étaient des prédicteurs indépendants de mauvaises pratiques.

**Recommandations :** Bien que les prestataires du CHU de Mbandaka disposent de connaissances satisfaisantes, les barrières institutionnelles et le manque d'équipements bloquent l'application des soins. Il est donc urgent d'aligner la gouvernance politique et le soutien matériel sur les compétences des soignants pour réformer durablement l'hôpital.

**Mots-clés :** Attitude, Pratique, Prestataire de Soins, Accouchement Prématuré, CHU Mbandaka, RDC

## ABSTRACT

**Objective :** To assess the attitudes and practices of healthcare providers regarding preterm birth management at Mbandaka University Hospital, and to identify associated factors.

**Methods :** Cross-sectional study (January 2024–January 2025) including 62 randomly selected providers. A structured questionnaire collected sociodemographic data, knowledge, perceived role, barriers, and clinical outcomes. Univariate, bivariate ( $\text{Chi}^2$ ), and multivariate (binary logistic regression) analyses were performed.

**Results :** Most respondents were male (63.5%), aged 40–44 years (27.0%), with a Bachelor’s degree (60.3%) and 1–10 years of experience (68.3%). Knowledge of preterm delivery was high (92.1%). The main perceived role was “responsible” (60.3%). Key barriers were lack of motivation (31.7%) and equipment shortage (28.6%). Bivariate analysis showed higher education level associated with better knowledge ( $p=0.012$ ). Experience  $\geq 11$  years was linked to higher role perception ( $p=0.045$ ). Multivariate regression identified lack of continuous training ( $\text{OR}=3.8$ ; 95% CI 1.4–10.2) and insufficient equipment ( $\text{OR}=2.9$ ; 95% CI 1.1–7.9) as independent predictors of poor practices.

**Unique Contribution to Theory, Practice and Policy :** Although healthcare providers at the Mbandaka University Hospital possess satisfactory knowledge, institutional barriers and equipment shortages hinder care delivery. It is therefore urgent to align political governance and material support with the clinicians' competencies to achieve sustainable hospital reform.

**Keywords :** *Attitude, Practice, Healthcare Provider, Preterm Birth, Mbandaka University Hospital, Drc*

## 1. INTRODUCTION

Touchant 13,4 millions d'enfants par an, la prématurité est la première cause de mortalité chez les moins de cinq ans, particulièrement en Afrique subsaharienne (World Health Organization [WHO], 2023). En République Démocratique du Congo, son taux atteint 13 % (Katenga Bosuka, 2017), exposant les nouveau-nés à de graves complications immédiates (Lawn et al., 2014) et à des séquelles neurodéveloppementales à long terme (Blencowe et al., 2013).

Au sein de la province enclavée de l'Équateur, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Mbandaka fait face à des barrières matérielles et structurelles critiques (coupures d'électricité, manque de couveuses et d'oxygène). La survie des prématurés y repose entièrement sur le personnel de première ligne, dont les attitudes et les pratiques réelles demeurent pourtant sous-documentées. Cette étude explore la perception qu'ont les prestataires de leur rôle, les obstacles à l'application des protocoles cliniques et les facteurs influençant la survie des nouveau-nés. Elle soutient l'hypothèse que les faiblesses institutionnelles systémiques nuisent davantage à la qualité des soins que le niveau de connaissance individuel des soignants.

## 2. MÉTHODES

### 2.1. Type et période d'étude

Étude transversale descriptive et analytique, menée de janvier 2024 à janvier 2025.

### 2.2. Milieu

CHU de Mbandaka, hôpital de référence de la province de l'Équateur (RDC). Il dispose d'un service de maternité, de néonatalogie et d'urgences.

### 2.3. Population et échantillonnage

Population cible : tous les prestataires de soins (médecins, infirmiers, sages-femmes) exerçant au CHU. Taille de l'échantillon : 63 personnes, sélectionnées par échantillonnage aléatoire simple avec un pas de sondage (liste du personnel). Critères d'inclusion : accepter de participer, être en poste depuis au moins 6 mois.

### 2.4. Collecte des données

Un questionnaire pré-testé (10 prestataires hors étude) administré par interview directe. Variables recueillies : âge, sexe, niveau d'étude (A2, A1, L2, Doctorat), ancienneté, connaissances (définition, facteurs, complications, prise en charge), perception du rôle, barrières rencontrées, facteurs influençant les résultats cliniques.

### 2.5. Analyse statistique

Saisie sur Excel, analyse avec SPSS version 25.0.

- Analyse univariée : fréquences et pourcentages.
- Analyse bivariée : test du Chi<sup>2</sup> (ou test exact de Fisher si effectifs attendus <5) pour associer les variables démographiques (âge, sexe, niveau, ancienneté) aux connaissances, à la perception du rôle et aux barrières. Seuil de signification  $p < 0,05$ .

• Analyse multivariée : régression logistique binaire (méthode Enter) pour identifier les prédicteurs indépendants d'une « mauvaise pratique » (définie comme l'absence d'application systématique des recommandations ou le non-respect des protocoles). Variables introduites : âge, sexe, niveau d'étude, ancienneté, connaissance, barrières (motivation, matériel, formation continue, manque de connaissances). Présentation des odds ratios (OR) avec intervalle de confiance à 95 %.

## 2.6. Considérations éthiques

Autorisation du comité de gestion de l'ISTM/Mbandaka. Consentement éclairé oral et écrit. Confidentialité assurée.

## 3. RÉSULTATS

### 3.1. Analyse univariée (Description de l'échantillon)

**Tableau I – Répartition selon l'âge**

Tranche d'âge (ans)	Effectif (n)	Pourcentage (%)
25–29	2	3,2
30–34	9	14,3
35–39	14	22,2
40–44	17	27
45–49	9	14,3
50–54	2	3,2
55–59	3	4,8
60–64	1	1,6
65–69	4	6,3
70–74	2	3,2
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** La tranche d'âge 40–44 ans domine (27 %), suivie des 35–39 ans (22,2 %). Il s'agit d'une population relativement âgée (seulement 17,5 % ont moins de 35 ans), ce qui peut positivement influencer l'expérience clinique globale.

**Tableau II – Répartition selon le sexe**

Sexe	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Masculin	40	63,5
Féminin	23	36,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** On note une prédominance masculine (63,5 %), reflétant la composition actuelle du personnel soignant du CHU concerné par l'étude.

**Tableau III – Niveau d'étude**

Niveau	Effectif (n)	Pourcentage (%)
A2	4	6,3
A1	7	11,1
L2 (Licence)	38	60,3
Doctorat	14	22,2
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** La majorité (60,3 %) possède un niveau L2 (licence), ce qui constitue un bon indicateur de la formation de base. Les docteurs représentent une part non négligeable de 22,2 %.

**Tableau IV – Ancienneté professionnelle**

Années d'expérience	Effectif (n)	Pourcentage (%)
1–10	43	68,3
11–20	14	22,2
≥21	6	9,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** Plus des deux tiers des répondants ont moins de 10 ans d'expérience, ce qui peut indiquer un fort turn-over au sein de l'institution ou une politique de recrutement récente.

**Tableau V – Connaissance de la définition de l'accouchement prématuré**

Réponse	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	58	92,1
Non	5	7,9
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** On observe une très bonne connaissance de base de la définition (92,1 %), un chiffre comparable aux standards internationaux de l'OMS (>90 %).

**Tableau VI – Connaissance des facteurs de risque**

Réponse	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	57	90,5
Non	6	9,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** Une large majorité des soignants (90,5 %) identifie correctement les facteurs de risque tels que les infections ou l'âge maternel.

**Tableau VII – Connaissance des complications**

Réponse	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	57	90,5
Non	6	9,5
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** Le niveau de connaissance des complications reste élevé (90,5 %), confirmant une bonne sensibilisation du personnel à cette problématique.

**Tableau VIII – Connaissance de la prise en charge spécifique**

Réponse	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	55	87,3
Non	8	12,7
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** On note une légère baisse des connaissances (87,3 %) par rapport aux définitions générales, suggérant un besoin de renforcement de la formation continue sur les protocoles thérapeutiques.

**Tableau IX – Perception du rôle dans la prise en charge**

Perception	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Prêter attention au suivi	8	12,7
Surveillance stricte	7	11,1
Surveillance et orientation	10	15,9
Responsable (leadership)	38	60,3
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** La majorité (60,3 %) se perçoit comme « responsable » (leader), ce qui représente un atout majeur pour l'appropriation et l'amélioration de la qualité des soins.

**Tableau X – Barrières à l'application des recommandations cliniques**

Barrière	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Insuffisance de motivations	20	31,7
Insuffisance de matériels	18	28,6
Insuffisance de formations continues	13	20,6
Manque de connaissances	12	19
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** Le manque de motivation (31,7 %) et l'insuffisance de matériel (28,6 %) sont identifiés comme les principaux freins, se classant devant le besoin de formation.

**Tableau XI – Facteurs influençant les résultats cliniques (mère-enfant)**

Facteur	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Issue favorable (Mère + Enfant sains)	43	68,3
Condition sociale	12	19
Rien à signaler (RAS)	8	12,7
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100</b>

**Commentaire :** 68,3 % des soignants considèrent que le succès clinique se définit avant tout par une issue favorable pour le couple mère-enfant, une vision qui prime sur les considérations liées aux conditions sociales.

### 3.2. Analyse bivariée

Cette section teste l'association entre les caractéristiques des prestataires et les variables dépendantes (connaissance, perception du rôle et barrières perçues).

**Tableau XII – Association entre niveau d'étude et connaissance globale**

Niveau	Connaissance bonne (n)	Connaissance insuffisante (n)	Total	p (Chi <sup>2</sup> )
A2/A1	8 (72,7%)	3 (27,3%)	11	<b>0,012</b>
L2/Dr	50 (96,2%)	2 (3,8%)	52	

**Commentaire :** Les prestataires de niveau L2/Docteur présentent une connaissance significativement meilleure que ceux de niveau A2/A1 (96,2 % vs 72,7 % ; \$p=0,012\$). Le niveau d'étude académique apparaît donc comme un facteur discriminant majeur de la maîtrise théorique.

**Tableau XIII – Association entre ancienneté et perception du rôle**

Ancienneté	Perception « responsable »	Autres perceptions	Total	p (Chi <sup>2</sup> )
1–10 ans	23 (53,5%)	20 (46,5%)	43	<b>0,045</b>
≥11 ans	15 (75,0%)	5 (25,0%)	20	

**Commentaire :** Les prestataires ayant au moins 11 ans d'expérience se perçoivent plus souvent comme des leaders (« responsables ») dans la prise en charge (75,0 % vs 53,5 % ; p=0,045). L'ancienneté professionnelle semble renforcer le sentiment d'auto-efficacité et de leadership.

**Tableau XIV – Association entre sexe et barrière principale**

Sexe	Motivation	Matériel	Formation	Connaissances	Total	p (Chi <sup>2</sup> )
Masculin	12 (30,0%)	13 (32,5%)	7 (17,5%)	8 (20,0%)	40	0,673
Féminin	8 (34,8%)	5 (21,7%)	6 (26,1%)	4 (17,4%)	23	

**Commentaire :** Aucune différence statistiquement significative n'a été observée selon le sexe concernant la perception des barrières ( $p=0,673$ ). Les freins à l'application des recommandations sont ressentis de manière similaire par les hommes et les femmes.

### 1.3. Analyse multivariée (Régression logistique)

L'objectif est d'identifier les facteurs prédictifs indépendants d'une pratique auto-déclarée insuffisante (non-respect régulier des protocoles).

**Tableau XV – Facteurs prédictifs d'une pratique insuffisante (Analyse multivariée)**

Variable	$\beta$	OR ajusté	IC 95%	p-value
<b>Manque de formation continue</b>	1,33	<b>3,78</b>	[1,40 – 10,20]	<b>0,008</b>
<b>Insuffisance de matériel</b>	1,06	<b>2,89</b>	[1,09 – 7,66]	<b>0,032</b>
<b>Manque de motivation</b>	0,78	2,18	[0,92 – 5,18]	0,076
<b>Âge <math>\geq 45</math> ans</b>	-0,24	0,79	[0,31 – 2,00]	0,617
<b>Sexe masculin</b>	0,12	1,13	[0,46 – 2,78]	0,792
<b>Niveau L2/Dr</b>	-0,67	0,51	[0,18 – 1,45]	0,206
<b>Ancienneté <math>\geq 11</math> ans</b>	-0,41	0,66	[0,27 – 1,61]	0,361
<b>Bonne connaissance</b>	-0,55	0,58	[0,22 – 1,53]	0,268

Commentaire : Après ajustement, seuls le manque de formation continue (OR=3,78) et l'insuffisance de matériel (OR=2,89) restent significativement associés à une pratique insuffisante. Le manque de motivation tend vers la significativité ( $p=0,076$ ) sans l'atteindre. Il est intéressant de noter que les facteurs individuels (âge, sexe, ancienneté) et le niveau de connaissance théorique ne sont pas des prédicteurs indépendants de la qualité de la pratique, soulignant l'importance des facteurs organisationnels et structurels.

## 4. DISCUSSION

Cette étude est l'une des premières à évaluer de manière exhaustive les attitudes et pratiques des prestataires de soins face à la prématurité au CHU de Mbandaka. Nos résultats montrent un niveau de connaissance théorique élevé ( $>87\%$ ), mais des barrières pratiques majeures.

Comparaison avec la littérature : La prédominance masculine (63,5 %) est courante dans les hôpitaux publics congolais, contrairement aux pays occidentaux où les soins obstétricaux sont majoritairement féminins. La tranche d'âge 40–44 ans est la plus représentée (27 %), similaire à une étude menée à Lubumbashi (Katenga, 2017).

Les connaissances sur la définition, les facteurs et les complications (92,1 % ; 90,5 %) sont supérieures à celles rapportées dans certains hôpitaux ruraux d'Afrique de l'Ouest (environ 70 %) (WHO, 2018). Cela peut s'expliquer par la présence d'un CHU et la formation initiale de qualité. Cependant, la connaissance de la prise en charge spécifique est légèrement inférieure (87,3 %), suggérant un besoin de mise à jour des protocoles (tocolyse, corticothérapie anténatale, soins du prématuré).

Perception du rôle : 60,3 % se considèrent « responsables ». Cette attitude positive est cruciale pour l'engagement clinique. L'analyse bivariée montre que l'ancienneté  $\geq 11$  ans est associée à cette perception ( $p=0,045$ ), probablement par accumulation d'expérience.

Barrières : Le manque de motivation (31,7 %) et le manque de matériel (28,6 %) sont les obstacles les plus cités. Ces résultats rejoignent ceux d'Ilham Bennani (2021) au Maroc, où l'indisponibilité des équipements (couveuses, moniteurs, surfactants) et la faible rémunération limitent l'application des bonnes pratiques. En régression logistique, le manque de formation continue (OR=3,78) et le manque de matériel (OR=2,89) sont des prédicteurs indépendants de mauvaises pratiques, même après ajustement sur le niveau de connaissance. Cela signifie qu'améliorer les connaissances seules ne suffit pas ; il faut agir sur l'environnement institutionnel.

Facteurs influençant les résultats cliniques : 68,3 % considèrent que l'issue favorable (enfant vivant et en bonne santé, mère en bonne santé) est le principal facteur. Ce résultat centré sur le patient est encourageant, mais il ignore les déterminants structurels (pauvreté, accès aux soins) cités par 19 % des répondants.

**Limites :** Taille d'échantillon modeste ( $n=63$ ) limitant la puissance statistique pour certaines analyses. Déclaration des pratiques par auto-évaluation (biais de désirabilité sociale). Absence d'observation directe des pratiques. Étude mono-centrique, non généralisable à l'ensemble de la RDC.

**Forces :** Première étude dans cette région. Analyse multivariée rigoureuse. Taux de réponse élevé (100 %).

## 5. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'évaluer les connaissances, les attitudes et les pratiques des prestataires de soins du CHU de Mbandaka face aux défis cliniques de l'accouchement prématuré. Les résultats démontrent que si le personnel dispose de bonnes connaissances théoriques et adopte majoritairement une attitude de responsabilité médicale, l'application concrète des recommandations cliniques est lourdement entravée par des barrières institutionnelles majeures, parmi lesquelles le manque de motivation, de matériel et de formation continue se révèlent être des prédicteurs indépendants de mauvaises pratiques. L'observation générale qui découle de ce travail met en lumière un fossé critique entre le savoir théorique des soignants et leur capacité d'action réelle sur le terrain, confirmant ainsi que l'étude a pleinement atteint son objectif en identifiant les leviers systémiques à actionner. Pour y remédier, il s'avère désormais impératif d'instaurer un programme obligatoire de

formation continue à raison d'au moins deux sessions annuelles sur les protocoles actualisés de la prématurité, de garantir une dotation urgente en équipements essentiels — tels que des couveuses, des respirateurs, du matériel de réanimation néonatale, des tocolytiques et des corticoïdes —, et de mettre en place un système de motivation incluant des primes et des mécanismes de reconnaissance pour renforcer l'engagement du personnel. De plus, l'implémentation d'une supervision clinique rigoureuse couplée à des audits réguliers des pratiques professionnelles s'impose pour pérenniser la qualité des soins. Enfin, le déploiement futur de recherches multicentriques fondées sur l'observation directe sera nécessaire afin de confirmer ces résultats à plus large échelle et de guider efficacement les politiques de santé maternelle et néonatale sur l'ensemble du territoire de la République Démocratique du Congo.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bennani, I., et al. (2021). Barriers to preterm birth management in Moroccan hospitals: A cross-sectional survey. *Journal of Maternal and Child Health*, 6(3), 210–218.
- Blencowe, H., Lee, A. C., Cousens, S., Bahalim, A., Narwal, R., Zhong, J. B., ... & Lawn, J. E. (2013). Preterm birth-associated neurodevelopmental impairments estimates at regional and global levels for 2010. *Pediatric Research*, 74(Suppl 1), 17–34.
- Elongi Moyene, A. (2018). *Mortalité néonatale dans les services de pédiatrie à Mbandaka* [Mémoire de fin d'études inédit]. Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) de Mbandaka.
- Kara-Zaitri, M. A. (2021). Facteurs influençant la prise en charge de l'accouchement prématuré en Algérie. *Santé Publique*, 33(4), 567–574.
- Katenga Bosuka, J. (2017). Profil épidémiologique et clinique du prématuré au CHU de Mbandaka. *Revue de Médecine de l'Équateur*, 4(1), 12–18.
- Lawn, J. E., Blencowe, H., Oza, S., You, D., Lee, A. C., Waiswa, P., ... & Every Newborn Study Group. (2014). Every Newborn: Progress, priorities, and potential beyond survival. *The Lancet*, 384(9938), 189–205.
- Ohuma, E. O., Moller, A. B., Bradley, E., Richter, S., Lale Say, Lozano, R., ... & Lancet Preterm Birth Research Group. (2023). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: A systematic analysis. *The Lancet*, 402(10409), 1261–1271.
- Organisation mondiale de la Santé. (2023). *Naissances prématurées : Principaux faits*. Organisation mondiale de la Santé.
- Perin, J., Mulick, A., Yeung, D., Villavicencio, F., Lopez, G., Strong, K. L., ... & Black, R. E. (2022). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–2019: An updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 6(2), 106–115.
- World Health Organization. (2017). *Born too soon: The global action report on preterm birth*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2023). *Born too soon: Decade of action on preterm birth*. World Health Organization.



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/>)