

La Gestion Des Urgences Obstetricales Par Les Infirmieres - Accoucheuses En Absence Des Medecins

Kabwe M.P¹, Kalam KF², Ngalula K.C³, Malonga KF⁴, Luboya NO⁴,
Kakoma SKZ JB⁴

1. Institut Supérieur de Techniques Médicales de Lubumbashi, République démocratique du Congo.
2. Institut Supérieur de statistique, République démocratique du Congo.
3. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Likasi, République démocratique du Congo.
4. Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, République démocratique du Congo.

Résumé

Contexte : la gestion des urgences obstétricales par les infirmières-accoucheuses est moins efficace en absence des médecins et accroît le risque des décès évitables.

L'objectif de l'étude a consisté à décrire le vécu des infirmières-accoucheuses face aux urgences obstétricales en l'absence du médecin.

Méthode: nous avons mené une étude mixte quantitative- qualitative, sur une période allant du premier Août au 30 novembre 2022, dans la province du Haut KATANGA en RD Congo. Cette étude a été menée en milieu « Urbano-rural » dans la périphérie de la ville de Lubumbashi auprès de huit structures médicales.

Conclusions

Nos résultats affirment que la gestion des urgences obstétricales par les infirmières-accoucheuses en absence de médecin est moins efficace pour sauver les cas de décès évitables.

Les deux facteurs ci-après ont été notamment cités :

- le stress qu'éprouvent les infirmières- accoucheuses devant des cas d'urgences obstétricales en absence du médecin;
- le manque de médicaments de secours ;

Mots clés : gestion, urgences obstétricales, infirmières-accoucheuses, milieu Urbano-rural.

Date of Submission: 04-02-2023

Date of Acceptance: 15-02-2023

I. Introduction

Les avancées techniques et technologiques actuelles laissent inadmissibles qu'une femme meure à la suite de sa grossesse ou lors de son accouchement. Cependant ce vœux rencontre beaucoup de difficultés dans la pratique lorsque l'on tient compte des inégalités actuelles en matière de santé entre des pays, et à l'intérieur d'un même pays entre provinces ou autres circonscriptions géographiques ; inégalités dans la répartition des ressources aussi financières qu'humaines, inégalités dans l'accessibilité aux soins dans les structures sanitaires existantes, l'incapacité des structures sanitaires à répondre aux demandes des soins formulées par la population.

Les inégalités sont plus perceptibles lorsqu'on se situe dans les contextes des circonscriptions rurales des pays, plutôt pauvres comme la RD Congo.[1].

L'OMS et ses collaborateurs estiment qu'au monde, en 2017, il y a eu 295 000 (IC = [279 000 ; 340 000]) décès maternels. Le TMM mondial en 2017 est estimé à 211 (IC = [99 ; 243]) décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Le risque de mortalité maternelle au cours de la vie pour une jeune fille de 15 ans en 2017 est estimé à 1 sur 190. La proportion globale de décès parmi les femmes en âge de procréer (15-49 ans) qui sont dus à des causes maternelles (PM) a été estimée à 9,2 % (IC = [8,7 % ; 10,6 %]). L'Afrique subsaharienne pour la même année 2017, a un TMM estimé à 542 (IC = [498 ; 649]), tandis que le risque de décès maternel au cours de la vie était de 1 sur 37, contre seulement 1 sur 7800 en Australie et en Nouvelle-Zélande. La même source indique l'évolution du TMM en République démocratique du Congo de la manière suivante : 760 en 2000, 627 en 2005, 542 en 2010, 490 en 2015 et 473 en 2017.

Sans négliger la qualité très douteuse des statistiques sanitaires fournies par le système national d'information sanitaire de la RD Congo, le TMM observé en 2017 est 2 fois supérieur à la limite supérieure de l'intervalle de confiance du TMM mondial de la même année [2].

Nous estimons que parmi les facteurs à la base du taux élevé de mortalité maternelle en RDC, se trouve la gestion des urgences obstétricales par les infirmières -accoucheuses en l'absence des médecins.

L'absence du médecin dans la structure sanitaire, surtout dans les structures publiques n'étonne personne de nos jours.

Les raisons qui font que les médecins soient absents au moment d'intervenir pour sauver les vies sont multiples :

- les mauvaises conditions de travail de ces médecins en milieu rural ; pas d'électricité, ni d'Internet et le salaire mensuel très insuffisant. La prime de responsabilité qui est censée impulser leur motivation est calculée au prorata des recettes mensuelles toujours minimales et proportionnelles au faible pouvoir d'achat des malades. Les médecins sont certes logés, mais souvent mal installés et n'ont pas le moyen de transport;
- mauvaise répartition du personnel privilégiant les structures du milieu urbain [3].
- bref, il est à noter que dans le pays en voie de développement et plus particulièrement en milieu urbano-rural, il y a une inefficacité de gestion des urgences obstétricales suite à une mauvaise organisation de services obstétricaux.

En considérant les structures sanitaires situées dans les aires de santé rurales et périurbaines, l'objectif de cette étude est de décrire le vécu des infirmières-accoucheuses face aux urgences obstétricales en l'absence du médecin.

Matériel, méthode et type d'étude

Nous avons mené une étude mixte quantitative- qualitative, sur une période allant du premier Août au 30 novembre 2022, dans la province du Haut KATANGA en RD Congo. Cette étude a été menée en milieu « urbano-rural » dans la ceinture de la ville de Lubumbashi auprès de huit structures médicales ci-après :

- centre de santé KAWAMA ;
- centre de santé LUWOWOSHI ;
- centre de santé MALAIKA ;
- centre de santé KIGOMA ;
- centre de santé de LUMATA ;
- centre de santé DOWO,
- centre de santé KASHAMATA,
- centre de santé KALEBUKA.

Notre choix de mener les investigations en milieu urbano-rural se justifie par le fait que, c'est dans ce milieu que se pose le plus le problème de pénurie en équipements, personnel qualifié et compétent et donc, dans ce milieu les femmes meurent parfois de décès évitables.

Les résultats de cette étude permettent par ailleurs, de se faire une idée sur la situation qui sévit dans toutes les structures sanitaires rurales, loin à de centaines de kilomètres d'un gynécologue ou d'un médecin généraliste.

Dans l'analyse quantitative, nous avons mené une étude descriptive transversale pour dégager les différentes proportions des cas obstétricaux reçus en urgence dans les centres de santé sous étude. Pour ce qui est du volet qualitatif, la phénoménologie a été utilisée pour comprendre le vécu des infirmières – accoucheuses en milieu professionnel devant un cas d'urgence obstétricale en absence du médecin.

Participation à l'étude : étant donné le nombre faible des urgences obstétricales reçues et des personnes rencontrées dans les structures de santé, nous avons pris de manière exhaustive et individuelle les 19 infirmières-accoucheuses qui ont accepté de participer à notre étude, à qui nous avons administré un questionnaire et avec qui nous avons aussi eu un entretien.

Collecte des données : Comme dit plus haut, notre étude a fait recours à deux approches pour la collecte des données, une approche quantitative en premier et une approche qualitative pour mieux comprendre les résultats obtenus sur l'analyse des données quantitatives. Pour le volet quantitatif, nous avons préparé un questionnaire nous permettant de recueillir les opinions des enquêtés (infirmières-accoucheuses) sur leurs ressentiments émotifs face aux différentes urgences obstétricales qu'elles ont eu à gérer en absence des médecins. S'agissant du volet qualitatif, nous avons conduit 9 entretiens semi-structurés à l'aide d'un guide d'entretien, auprès de 9 infirmières-accoucheuses, jusqu'à la saturation et à la redondance des informations recueillies. La collecte des données se réalisait tous les jours impairs compte tenu de la disponibilité des enquêteurs. Chaque enquêté a eu un entretien direct de plus ou moins 45 minutes, pour nous décrire son expérience vécue en lien avec la dernière urgence obstétricale vécue et gérée en absence du médecin dans son milieu professionnel.

Analyse des données : Les données quantitatives ont été analysées à l'aide des outils statistiques appropriés (SPSS.20). Les données qualitatives ont été recueillies à l'aide d'un enregistreur du type smart phone, puis mises à plat sous forme d'un verbatim après 7 fois de relecture. Le contenu a été approuvé par les participants et analysé en thématique.

Aspects éthiques : avant de répondre à nos questions, les participants à l'étude ont émis leur consentement éclairé et libre par écrit, après qu'ils aient reçu toutes les informations nécessaires sur l'objet de l'étude et les garanties d'usage.

Les principes d'anonymat et de confidentialité ont été respectés de sorte qu'il n'est pas possible d'établir une correspondance directe entre les données reçues et les noms des participants.

II. Resultats

II.1. Résultats sur le volet données-quantitatif

Tableau I. Caractéristiques des infirmières-accoucheuses enquêtées

Variable	Modalités	Effectif	Pourcentage
Distribution des enquêtées par structure de santé			
Structures retenues	C.S KAWAMA	2	10,5
	C.S LUWOWOSHI	2	10,5
	C.S MALAIKA	3	15,8
	C.S KIGOMA	3	15,8
	C.S LUMATA	2	10,5
	C.S DOWO	3	15,8
	C.S KASHAMATA	2	10,5
	C.S KALEBUKA	2	10,5
Age et sexe des enquêtées ayant subies l'entretien			
Sexe	Féminin	9	100
Âges	[29-39]	6	66,7
	[40-56]	3	33,3
Répartition des enquêtées selon l'ancienneté au travail			
Ancienneté	[1 5]	7	36,8
	[6 10]	5	26,3
	[11 15]	4	21,1
	[16 21]	3	15,8
Répartition des enquêtées selon les urgences gérées			
Urgences gérées	Eclampsie	2	10,5
	Placenta prévia	1	5,3
	Rétention placentaire	2	10,5
	Rétention de la tête dernière	1	5,3
	Mort in utero	3	15,8
	Rupture prématurée des membranes	3	15,8
	Procidence du cordon	2	10,5
	Souffrance fœtale	3	15,8
	Avortement spontané	2	10,5

Le tableau I ci-dessus montre que dix-neuf infirmière-accoucheuses appartenant à huit centres de santé, dont le nombre moyen d'années d'expérience dans le métier est de 9 ± 5 ans, ont fait partie de l'échantillon observé. Parmi elles, neuf d'âge moyen 39 ans ont été sélectionné pour l'entretien.

Les cas des urgences obstétricales plus observés ont été : la mort in utéro ; la rupture prématurée des membranes ; la souffrance fœtale.

Tableau II. Répartition des enquêtés selon les ressentiments

Variables	Modalités	Effectif	Pourcentage
Stress	Oui	19	100
Culpabilité	Oui	9	47,4
	Non	10	52,6
Déception	Oui	11	57,9
	Non	8	42,1

Le tableau II ci-dessus montre que toutes les infirmière-accoucheuses (100%) développent des stress lors d'une urgence obstétricale en l'absence du médecin. La majorité d'entre elles éprouvent un sentiment de déception devant des cas d'urgences obstétricales lorsque le médecin est absent de son poste (57,9%), cependant presque la moitié d'entre n'éprouvent pas en elles une culpabilité lorsque le désastre arrive à la suite de l'absence du médecin (47,4).

Tableau III : Répartition des enquêtés selon la proposition sur l'organisation des services

Variables	Modalité	Effectif	Pourcentage
Permanence des médecins	Oui	11	57,9
	Non	8	42,1
Que les médecins gardent le téléphone ouvert	Oui	9	47,4
	Non	10	52,6
Disponibilité de l'ambulance	Oui	6	31,6
	Non	13	68,4
Que les médicaments soient disponibles	OUI	13	68,4
	Non	6	31,6

Les enquêtées pensent que les médicaments doivent être disponibles dans leurs structures pour leur permettre de mieux réagir en l'absence du médecin (68,4%). Elles estiment à 58% que le médecin doit demeurer permanent dans la structure. La disponibilité de l'ambulance au sein de la structure ne constitue pas un grand problème pour les enquêtées.

II.2. Résultats sur volet qualitatif

1. Pouvez-vous me raconter un dernier cas d'urgence obstétricale que vous avez eu à gérer seul en absence du médecin ?

Les participantes à l'étude ont eu à gérer une diversité des cas des urgences obstétricales rencontrées dans des circonstances diverses. 7 femmes sur 9 cas des urgences obstétricales ont été sauvées et 2 étaient mortes ; alors que du côté de nouveau-nés 4 décès s'avéraient inévitables suite à une mauvaise organisation de service d'obstétrique.

« ...Nous avons eu à gérer le cas d'éclampsie il y a 6 mois ; ... c'était à 3 heures que nous avons reçu une parturiente amenée sous une grande pluie. Il s'agit de signalée que c'était une grossesse de 40 semaines d'aménorrhées. La parturiente présentait les œdèmes des membres inférieurs, la pression artérielle était de 180/100 mmHg, la dilatation était à 7 cm ; c'était une primipare et quand nous avons appelé le médecin, ce dernier nous dira qu'il n'avait pas le moyen de transport pour atteindre le centre de santé ; à cette nouvelle, nous avons été stressés ; ... néanmoins, il nous avait dicté d'administrer le sulfate de magnésium 5g dans une perfusion, Comme à l'hôpital, il n'y avait pas ce produit ; son mari était allé chercher à la pharmacie ; et quand les contractions étaient survenues..., la femme avait convulsé, ... nous avons perdu courage et elle était morte ; cela nous avait donné le sentiment de déception... (P1) »

« ...Il y a deux mois que j'ai reçu à 4 heures une parturiente sous un tableau d'hémorragie de voie basse et de grande abondance sur une grossesse de 27 semaines d'aménorrhées. À l'évaluation, j'ai conclu à un placenta prévia marginal ; et quand j'appelle le médecin, le téléphone ne passait pas, les BCF étaient absents et j'avais un peu paniqué ; ...je me suis efforcée comme j'étais seule au post pour tenter de diriger l'accouchement ; ...le bébé était sorti mort, j'ai fait le curage digital pour réviser l'utérus, ...j'ai donné le dipifér en perfusion pour remonter l'hémoglobine comme la pression artérielle était de 40/20 mmHg et l'accouchée avait de vertige ; ... Dieu merci, le médecin est arrivé à 7 heures à l'hôpital et avait trouvé l'accouchée en vie et nous avons fini par transfuser ; ...la femme était sauvée quand bien même, qu'elle avait connu un cas de mort in utero (P2) ».

« ...J'ai reçu il y a 3 jours une parturiente avec lombalgie hypogastrique sur une grossesse de 32 semaines d'aménorrhées, c'était à 23 h48', la dilatation était à 7 cm à son arrivée. C'était une grande multipare. Arrivé à 2 heures du matin, l'accouchement a eu lieu. Une heure plus tard, il n'y avait toujours pas de délivrance et je devais conclure à un cas de rétention placentaire. Suite à cela, j'ai commencé à faire une tachycardie ; ... J'ai appelé le médecin, mais le téléphone passait à vide...cela me troublait davantage ; ... Je devrais passer à une délivrance manuelle pour décoller le placenta car il y avait déjà un saignement abondant ; et l'hémoglobine était à 2g% selon le résultat de laboratoire. Après avoir décollé manuellement le placenta, il y a eu une grande hémorragie, j'ai injecté l'ocytocine sans succès, j'ai donné le totema, sans succès ; comme le mari avait trainé cette nuit-là quand il était allé chercher un donneur ; à son retour, il avait trouvé sa femme déjà morte de suite d'hémorragie de la délivrance. J'avais eu vraiment trop peur et j'étais trop déçue pour cette mort ... (P3) »

« ...Il y a de cela une semaine que nous avons reçu une parturiente à 19 heures sur une grossesse à terme ; à l'évaluation, la dilatation était à 8 cm et l'enfant était en siège. Arrivé à 22 heures, l'accouchement a eu lieu, l'enfant est sorti mais il y a eu rétention de la tête dernière. Comme nous étions à deux, c'est moi qui étais le chef d'équipe ; ... j'ai essayé toutes les manœuvres pour le dégagement de la tête du bébé, sans succès ; ... la femme était seule, sans aucun membre de sa famille. J'ai fait venir le médecin et ce dernier a fait la craniotomie après avoir tenté de plusieurs manières pour dégager la tête de l'enfant ; ...l'accouchée a eu une lésion de la vessie et a eu à passer trois semaines à l'hôpital, (P4) ».

« ...Il y a 9 mois que j'ai reçu un cas de mort in utero sur une grossesse de 26 semaines d'aménorrhées. À l'examen, le col était dilaté à 3 cm et la femme avait de fortes contractions utérines. Elle m'a révélé qu'elle ne ressentait pas des mouvements fœtaux depuis trois jours. Il était 1 heure, j'ai appelé le médecin, il m'avait répondu qu'il manquait le moyen de transport. L'ambulance était en panne. Arrivé à 1h45' l'expulsion d'un fœtus macéré avait eu lieu. Après une trentaine des minutes, j'ai assisté à une hémorragie abondante qui ne cédait pas à tous les hémostatiques utérins utilisés et cela avait créé en moi la peur ; ... j'ai donné la méthergine, dycinone, Vitamine K3 et l'hémorragie continuait. J'ai dosé l'hémoglobine, le chiffre était à 3g% ; Après j'étais obligées de donner le dipifér pour remonter le taux d'hémoglobine ; la femme a continué à saigner abondamment et je commençais à perdre courage ; ... vers 7 heures, le médecin était arrivé et la femme a été transfusé. Dieu merci, elle était guérie après avoir passé 11 jours à l'hôpital ... (P5) ».

« ...J'ai reçu il y a 4 mois une parturiente dont le motif de consultation était la lombalgie hypogastrique sur une grossesse de 33 semaines d'aménorrhées. À l'évaluation, la dilatation était de 3 cm, BCF 90 battement par minute ce qui m'a poussé à conclure à un cas de souffrance fœtale aigue. J'ai appelé le médecin, le téléphone ne passait pas ; ...cette situation m'avait déséquilibrée ; ... J'ai administré le dexaméthasone et le théobalth pour

accélérer l'accouchement, l'expulsion de l'enfant a eu lieu mais dans un état de mort apparente ; cela m'avais créé de frustration ; J'ai réanimé le nouveau-né mais sans succès ... ; c'était vraiment une grande déception pour moi, néanmoins la mère s'en était en sortie (P6) ».

« ...J'ai reçu une primipare à terme sous un tableau d'Hypertension artérielle dont le chiffre était à 170/100 mmhg ; c'était à 1h20' ; ...à la dilatation complète, au moment de pousser l'enfant, la parturiente convulsait..., elle était accompagnée par son mari ; et j'ai demandé à ce dernier d'amener sa femme au CUL à Lubumbashi. Toute fois, j'avais trop peurcar, ils étaient partis sans être accompagné comme j'étais seule dans le post. Cela a créé en moi beaucoup d'inquiète après son transfert car, je ne savais pas de ce qui pouvait leur arriver en route étant donné que c'était un cas d'Eclampsie ; ... (P7) ».

« ...Il y a un mois ; ... j'ai reçu à 17h15', une gestante avec des fortes lombo hypogastralgie. Le col était fermé, quand j'appelle le médecin, il m'autorise par téléphone de donner 40mg de papavérine et 50 mg de progestérone. C'était une grossesse estimée à 9 semaines d'aménorrhées ; arrivé à 23h5', le saignement avait commencé avec de callots, et la femme a fini par expulser à 23h50'elle a commencé à s'interroger sur la cause de cet avortement ; ...et se culpabiliser... ; et évoquer une cause spirituelle jusqu'à penser que c'est l'œuvre de la sorcellerie... ; Et quand j'appelle pour la seconde fois le médecin, le téléphone ne passait pas ;cela avait perturbé ma conscience ; ...J'ai mis la souris, et après j'ai donnée 4 flacon d'hémoglobine B12, arriver le matin à 8h00', le médecin est venu voir le cas pour en finir avec un curetage et une prescription des antibiotiques.... (P8).

« ...j'ai reçu il y a 7 jours, une parturiente amenée sur moto sous un tableau d'hydrorrhée ; ... à l'évaluation, j'avais noté une rupture prématurée des membranes avec procidence du cordon sur une grossesse de 29 semaines d'aménorrhées et le col était fermé. Les BCF étaient à 96 battements par minute et le fœtus était en état de souffrance ; ... cela a créé en moi beaucoup de stress. Comme le téléphone du médecin ne passait pas, j'étais obligée d'injecter 10 unités d'ocytocine en intramusculaire, au bout de deux heures, l'enfant était né sous un tableau de mort apparente ; J'étais vraiment très inquiète ; ... (P9) ».

Contribution et prise en charge de l'infirmière

2. Quelle a été votre contribution

Diverses contributions ont été apportées par les infirmières- accoucheuses et cela a réduit en partie le cas des décès en lien avec les urgences obstétricales.

« ...j'ai commencé par appeler le médecin et il m'a indiqué le schéma à suivre ; ...j'ai administré le sulfate de magnésium dans une perfusion de sérum glucosé selon ses recommandations... (P1) » ;

« ...suite à l'hémorragie de la délivrance entraînée par la rétention partielle du placenta, j'ai pratiqué la délivrance manuelle, j'ai aussi donné les hémostatique utérins... (P3) ».

« ...Je m'attendais le moins à une rétention de la tête dernière ; ...j'ai dirigé l'accouchement par siège, et j'ai fait toute les manœuvres possibles pour dégager la tête, mais j'ai échoué ; J'ai eu à appeler le médecin... ; ce dernier a fait la craniotomie ; ... (P4) » ; « ...J'ai donné la méthergine, dycinone, Vitamine K3 et l'hémorragie continuait alors que la femme avait déjà expulsé un enfant macéré ; ... J'ai dosé l'hémoglobine, le chiffre était à 3g/% ; ... Après j'étais obligées de donner le dipifér pour remonter le taux d'hémoglobine ; ... (P5) » ; « ...ayant constaté le cas de souffrance fœtale ; J'ai appelé le médecin, le téléphone, ne passait pas. J'ai administré le dexaméthasone et le théobalth pour accélérer l'accouchement, J'ai réanimé le nouveau-né ... (P6) » ; « ...Suite à des convulsions, j'avais fini par transférer la femme (P7) » . « Sous l'autorisation du médecin, j'ai donné 40mg de papavérine et 50 mg de progestérone ; arrivé à 23h5', ... comme la femme avait fini par expulser à 23h50' ; ...J'ai mis la souris, et après j'ai donnée 4 flacon d'hémoglobine B12 (P8) ; ... j'étais obligée d'injecter 10 unités d'ocytocine en intramusculaire comme le téléphone du médecin ne passait pas ; ...P9 ».

Ressenti de l'infirmière-accoucheuse pendant son intervention

3. Sensations de la peur et du stress ?

La peur et le stress ont été ressentis à 100% par toutes les participantes devant le cas d'urgence obstétricale en absence du médecin.

«... à cette nouvelle, j'étais stressée... ; comme elle avait convulsé, j'avais perdu courage et elle était morte (P1) » . « ... étant donné qu'il y'avait absence de BCF ; ... j'avais un peu paniqué (P2) » ; « ...Suite à la rétention placentaire qui s'installait ; ...J'ai commencé à faire une tachycardie ; ...Du fait que le téléphone du médecin passait à vide ; ...cela me troublait davantage ; ... Après avoir décollé manuellement le placenta, il y a eu une grande hémorragie, qui n'a fait qu'augmenter mon stress ; ... ; la femme était morte ; ...suite à cette mort, j'avais eu vraiment trop peur ... P3 ;P9 » . « ... ; ... Suite à l'échec thérapeutique face à l'hémorragie... la femme a continué à saigner abondamment... J'avais eu trop peur ; ... (P5) » . « ... Etant donné que le téléphone du médecin ne passait pas ; ...cette situation m'avait mis dans le désespoir ; ... l'enfant était né dans un état de mort apparente ; cela m'avait créé de frustration.... (P6) » . « ...Suite à des convulsions, j'avais trop peur »

j'ai fini par la transférer... **P7** ». « ... Et quand j'appelle pour la seconde fois suite à l'hémorragie, le téléphone ne passait pas ; ...cela avait perturbé ma conscience **P8** ».

Ressenti de l'infirmière- accoucheuse après son intervention

4. Sentiment de satisfaction

Les participantes ont affirmé avoir éprouvé le sentiment de satisfaction après avoir sauvé la victime d'une urgence obstétricale

« ...quand j'ai constaté que le cas était sauvé..., j'étais très contente pour la guérison de la femme **P2** ,**P5** ; **P8** ».

5. Sentiment de déception

Lorsque le décès paraissait évitable et qu'on y était pas parvenu, cela créait un sentiment de déception dans le chef des participantes à l'étude.

« ...Après avoir perdu la femme, cela m'avais donné le sentiment de déception ;...(**P1**) ; Comme la femme était morte en absence de membre de la famille ... j'avais eu vraiment trop peur et j'étais trop déçue pour cette mort ; ... **P3** » ;... « ...Vue que l'enfant était né dans un état de mort apparente ; cela nous avait créé une frustration.... ; et c'était vraiment une grande déception pour nous ;...**P6** ». ;... Quand j'ai transféré la parturiente sans l'avoir accompagné, ... j'étais trop inquiète car, je ne savais pas ce qui pouvait leur arriver en route (**P7**) »

III. Discussion

Expérience vécue sur les urgences obstétricales

Nos résultats ont révélé les urgences ci-après : l'éclampsie 10,5% ;le placenta préavia 5,3% ; la rétention placentaire 10,5% ; la rétention de la tête dernière 5,3% ; le cas de mort in utero 15,8% ; la rupture prématurée des membranes 15,8% ; la procidence du cordon 10,5% ; la souffrance fœtale 15,8% et l'avortement spontané 10,5%.

Tchaou et al., ont démontré dans leur étude que les dystocies ont représentée (32,1%),les urgences hémorragiques (21,7%) et les urgences hypertensives (16,4%). [4]

Ces résultats ne corroborent pas ceux de notre étude.Les nôtresrenseignent que la présence desdystocies a été de 63,2% ; les urgences hémorragiques à 26,3% et les urgences hypertensives à 10,5%.

Nos résultats corroborent ceux trouvés par Mamadou qui affirme que les hémorragies, occupent la première place parmi les causes de mortalité maternelle liées à la pathologie obstétricale soit 26,25%. [5]

Nous sommes de même avis que l'OMS cité par Tchaou et al., qui dit qu'en 2013, 289 000 femmes sont décédées pendant la grossesse ou l'accouchement [6]. Notre étude vient de confirmer cela car, deux femmes sont mortes, l'une avec la grossesse sous un tableau de toxémie gravidique et l'autre après accouchement de suite d'un choc hémorragique.

Selon Togola, l'absence des médecins de garde organisée au centre de santé de référence a été à la base de retard de la prise en charge des patientes et cela a entraîné un taux de mortalité maternel élevé à 4,9%. Les causes de décès maternels observées ont été dominées par les hémorragies dans 75% des cas et les complications d'hypertension artérielle dans 25% des cas [7]. Les résultats de Togola corroborent nos résultats dans le sens que, notre étude a révélé l'absence des médecins de garde dans différents centres de santé des références. La plupart de cas de décès maternel survenus ont eu comme cause l'hémorragie et la toxémie gravidique.

Par ailleurs, l'étude de panelet al., affirme qu'un tiers des gestantes s'interrogent sur des causes éventuelles de leur avortement spontané. Certaines évoquent une causalité psychogène et cela les amène à se culpabiliser [8]. Dans notre étude la victime de l'avortement évoque une cause spirituelle en lien avec la sorcellerie.

SALAT et al., affirment dans leur étude que 40 à 50 % des avortements spontanés ne trouvent pas des causes identifiées [9]

Garel M.et al. Affirment quant à eux que ; si l'avortement spontané est un événement le plus souvent inévitable et naturel, parmi les différentes émotions éprouvées par les femmes, les sentiments de culpabilité, de responsabilité ou de honte tiennent une place importante [10]

Selon Rodrigo et al. ; l'avortement spontané peut causer des conséquences nuisibles à la santé physique et mentale de la femme. Cela constitue pour le couple un déséquilibre psychologique très douloureux[11].

La sage-femme a un rôle principal de promouvoir la santé physique et mentale de la gestante et de son enfant durant la grossesse, l'accouchement et pendant les suites de couches [12].

Les résultats de notre étude corroborent ceux de .Quibel et al., qui ont affirmés que la cause de mort foetale in utero retrouvée a été d'origine placentaire et infectieuses. Parmi les causes d'origine placentaire notre étude a révélé, le placenta préavia marginal. Cependant, les résultats s'écartent de ceux de Quibel et al. ; lorsqu'ils

épinglent d'autres causes d'origines chromosomiques et malformatives, alors que dans notre étude, c'est plus la souffrance fœtale aigue, la rupture précoce des membranes, la procidence du cordon ainsi qu'une cause idiopathique [13].

L'étude de Bouayad a prouvé que la procidence du cordon ombilical est une urgence obstétricale qui survient au cours du travail et que cette pathologie constitue une extrême gravité entraînant un péril fœtal avec un taux de mortalité périnatale élevé. Selon l'auteur, la procidence du cordon est habituellement diagnostiquée à la rupture spontanée des membranes. Son étude a démontré que la procidence du cordon a été fortement fœticide avec 26,2% de cas de décès [14]. Ses résultats renforcent les nôtres, car nous avons aussi trouvé que la procidence du cordon est fortement liée à la rupture spontanée des membranes et qu'elle a été à la base de cas de mort fœtale.

S'agissant des causes idiopathiques, notre étude renforce celle de Martinek qui a trouvé que 10,4 % des cas de mort fœtale in utero étaient d'origine idiopathique [15].

Par contre, une autre étude de Peniel et al.; a démontré comme principales causes de cette mortalité ; les retards de croissance *in utero* (19,8 %), les anomalies congénitales et chromosomiques fœtales (18,9 %) et les infections (15,1 %) [16].

Pour ce qui est de la rupture prématurée des membranes comme cause de mort in utero, nos résultats rencontrent l'opinion de panel et al., qui affirment que la rupture prématurée des membranes avant terme est à l'origine de mortalité périnatale lourde [17]. Nos résultats ont confirmé cela car, le cas de mort in utero de suite d'une rupture prématurée des membranes était issue d'une grossesse de 29 semaines d'aménorrhées. Nous partageons le même avis que Kayem G. et al. ; lorsqu'ils disent que, la rupture prématurée des membranes expose le fœtus à un grand risque étant donné que, dans notre étude le fœtus qui a été exposé était mort [18].

Par ailleurs, notre étude a révélé une procidence du cordon associée à la rupture prématurée des membranes. Nos résultats corroborent ceux de Alouini et al. qui affirment que, l'incidence de la procidence du cordon survenue de suite d'une rupture des membranes était de 1,25 pour 1000 naissances. Selon l'auteur, la procidence du cordon reste un accident grave pour le fœtus car elle expose majoritairement à l'acidose fœtale [19].

Contribution de l'infirmière -accoucheuse

Selon Dall'Armellina et al. ; un bon vécu d'accouchement passe par un soutien psychologique, affectif et médical adapté de l'infirmière-accoucheuse à l'endroit de la parturiente [20]. Notre étude a révélé que le soutien existe mais, c'est plutôt l'organisation du travail en milieu rural qui peine. Cela se fait constater par l'indisponibilité des médecins, le manque de transport pour le médecin afin d'atteindre le centre de santé et le syndrome téléphone de médecin hors réseaux.

Ce syndrome pourrait être attribuable au manque du courant en milieu rural qui pourrait faire que les médecins n'auraient pas la possibilité de mettre leurs téléphones à la charge ?

Notre étude vient de démontrer que, lorsque l'infirmière-accoucheuse fait appel au médecin, surtout si c'est la nuit, ce dernier n'est toujours pas disponible à lui venir au secours en milieu rural.

Transfert des patientes

Les résultats de notre étude ont démontré que l'infirmière a transféré la parturiente aux CUL à Lubumbashi sans être accompagnée. L'opinion de ICM est que l'infirmière accoucheuse soit à mesure d'assurer la prise en charge de la parturiente de manière holistique. C'est à dire de mettre l'humain au cœur du soin en tenant compte des dimensions physiques, médicales, environnementales, émotionnelles. Ce transfert serait loin de prendre en compte la dimension émotionnelle de la femme, ce qui pourrait augmenter le stress à la parturiente et à son mari. Sur le plan psychologique, la parturiente serait affectée et l'issue obstétricale serait compromise.

Interdisciplinarité

Par ailleurs la Fédération Suisse des Sages-Femmes affirme que, l'Infirmière-accoucheuse est garante de la physiologie de l'accouchement et sait faire appel aux bons collaborateurs quand la situation bascule dans la pathologie [21]. Pour ce qui concerne notre étude, l'infirmière-accoucheuse n'a pas bénéficié de la totalité de la collaboration interdisciplinaire des médecins suite à une mauvaise organisation du travail qui serait à l'origine des décès évitables.

Selon Souleymane .et al., les causes obstétricales directes et évitables sont responsables d'environ 80% de ces décès. [22]. Nous avons également trouvé dans notre étude, l'enregistrement des décès évitables tels que les urgences hémorragiques, les dystocies ainsi que les urgences hypertensives.

Ressenti de l'infirmière pendant son intervention

Sensations de la peur et du stress

Nos résultats ont révélé que la peur et du stress étaient plus ressentis dans la gestion des urgences obstétricales par les infirmier-accoucheuse, cela allait de.

Faure et at., ont révélé dans leur étude que, les sages-femmes hospitalières sont confrontées à des stressseurs de différentes natures : ils soulignent le stress d'origine collaborative entre interpersonnel au travail dans le cadre de la pluridisciplinarité notamment les gynécologues, pédiatres et anesthésistes. Lorsque les équipes ont des

protocoles clairs de prise en charge, les sages-femmes se sentent en sécurité. Les stressés identifiés sur le lieu de travail sont souvent liés à une mauvaise organisation du travail avec d'autres membres de l'équipe pluridisciplinaire. Selon les auteurs, Les sages-femmes hospitalières sont exposées à de haut niveau de risques psychosociaux. La pratique sage-femme nécessite de grandes compétences émotionnelles. Un travail en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire favorise de meilleurs résultats de santé périnataux et soutient la valorisation de la profession ainsi que l'autonomie qui lui est propre [23]. Nos résultats corroborent ceux trouvés par Faure et al. Dans notre étude, l'origine du stress s'expliquerait par le fait que, les infirmières-accoucheuses se sont retrouvées seules en absence des médecins suite à une mauvaise organisation du travail et sans protocole clair de prise en charge. Cette situation a créé de stress et des émotions psychologiques et sociales dans l'exercice de la pratique des infirmières-accoucheuses.

Ressenti de l'infirmière- accoucheuse après son intervention

Sentiment de satisfaction et de déception

En ce qui concerne le ressenti de l'infirmière-accoucheuse, il y a eu le sentiment de satisfaction pour les cas ayant bien tournés et le sentiment de déception pour le cas ayant mal tournés.

Le taux de décès était de 22,22% pour le fœtus et 22,22% pour la mère avec un taux de décès global de 44,44%

Mamadou dans son étude a trouvé u

Notre étude a confirmé que, dans un cas ou dans l'autre, l'infirmière-accoucheuse a eu à accompagner les patientes.

Selon rebelo ; l'accompagnement par la sage-femme favorise un bon vécu d'accouchement car, l'infirmière-accoucheuse accompagne la femme à accoucher, et non pas à se faire accoucher [24].

Proposition sur l'organisation des services

Nos résultats ont révélé que 31,6% des enquêtés ont proposé que l'ambulance soit disponible et 68,4 % ont proposé qu'il y ait la disponibilité des médicaments pour bien gérer les victimes de cas des urgences obstétricales soit par un transfert ou encore par une prise en charge adéquate,

Mamadou dans son étude a affirmé que le transport dans les référence-évacuations des cas des urgences obstétricales était assuré à 72,24%.

L'étude de Kahindo et al., corrobore notre étude car 42,9% de ses enquêtées avaient affirmé la non disponibilité des médicaments comme une barrière pour assurer la prise en charge adéquate des parturientes. [25].

L'implications de cette étude a été d'identifier les facteurs qui entravent la bonne prise en charge des urgences obstétricales à savoir :

- La mauvaise organisation de service obstétrical qui passe par la non permanence des médecins ;
- L'absence des médicaments nécessaire pour intervenir sur le cas et l'absence d'une ambulance pour le transport des patientes.

Conclusion

La gestion des urgences obstétricales par les infirmières-accoucheuses en absence de médecin est moins efficace pour sauver les cas de décès évitables.

L'inefficacité de la gestion des urgences obstétricales en milieu rural est due essentiellement à :

- le manque de médicaments de secours ;
- le manque de disponibilité des médecins;
- bref, mauvaise organisation du service obstétrical

Le gouvernement via le ministère de la santé doit mettre en place une bonne politique favorisant la bonne répartition des médecins en milieu Urbano-rural, pour la bonne gestion des cas des urgences obstétricales, afin de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

Les institutions de formation des infirmiers doivent prévoir des programmes d'enseignements sur la pratique avancée afin de donner des compétences élargies, à l'interface de l'exercice infirmier et de l'exercice médical.

Abréviations et sigles :

P1.....P9 : participant1,...9

RD Congo : République démocratique du Congo ;

TMM : Taux de mortalité maternelle

Correspondance: KABWE MATANDA Pascal: matandapascal@gmail.com

Conflits d'intérêts: aucun

Contributions: Auteur et investigateur principal: Kabwe Matanda Pascal.

Analyse statistique et révision : Kalam Kamb Fortuna, Kakoma Sakatolo Zambèze, Luboya Numbi Oscar, Ngalula K.C³

Encadrement institutionnel : ISTM-L'shi.

Encadrement scientifique : Malonga Kaj Françoise, Luboya Numbi Oscar, Jean Baptiste Kakoma Sakatolo Zambèze.

Références

- [1]. Dominique Desplats et Clément Razakarison, Le guide du médecin généraliste communautaire en Afrique et à Madagascar, SANTÉ SUD, 2011 ; 02/01/2023 ; online
- [2]. OMS, Évolution de la mortalité maternelle 2000-2017, Estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la population des Nations Unies, 2017 ; 02/01/2023 ; online
- [3]. YéMaurice , TapsobaCharlemagne , ZabréPascal et al.Déterminants du choix des postes en zone rurale par les professionnels de santé au Burkina Faso, 2018, <https://doi.org/10.3917/spub.180.0113>, 07/02/2023, online
- [4]. Tchaou B. A, Hounkponou N. F. M Kabibou S. E. et al.,les urgences obstétricales à l'hôpital universitaire de parakou au Bénin : aspects cliniques, thérapeutiques et évolutifs, 25/01/2023 online
- [5]. Mahamadou I.M., Pronostic des urgences obstétricales dans le Service de Gynéco-obstétrique au CHU Point G, 2019, 25/01/2023, online
- [6]. Tchaou B A , Hounkponou F M , Zoumenou E , et al. ; Prise en charge des urgences obstétricales à la maternité de l'hôpital universitaire de Parakou au Bénin ; **2014, 23/11/2022 ; online**
- [7]. Togola, Lassina et Metadata ; Problématique de la prise en charge des urgences obstétricales au Centre de Santé de Référence de Yanfolila , 2015 ; URI : <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/930>; 23/11/2022 ; online
- [8]. Panel N. SéjournéS. CallahanH. Chabrol ; Avortement spontané et culpabilité : une étude qualitativeMiscarriage and feelings of guilt: A qualitative study ; Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 40, Issue 5, September 2011, Pages 430-436 ; <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.01.010>; 17/11/2022, online
- [9]. Salat et Baroux ; Avortement spontané à répétition ; Service de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, Hopital Tenon,4, rue de la Chine, 75020, Paris, 1988 ; 16/11/2022 online
- [10]. Garel M. et al. Réactions dépressives après une fausse couche ContraceptFertilSex (1992), online
- [11]. Andrea R.; Carmen O.; Izquierdo E.et al. Aspect traumatique de la fausse-couche 2017 ;24/11/2022 ; online
- [12]. International Confederation of Midwives (2014). Philosophie et modèle de soins de pratique sage-femme. Accès : http://sage-femme.be/wp-content/uploads/2015/07/CD2005_001-V2014-FREPhilosophie-et-mod-le-de-soins-de-pratique-de-sage-femme.pdf
- [13]. panelT.Quibel^aT.Bultez^aJ.Nizard^{cd}D.Subtil^{efg}C.Huchon^{ab}P.Rozenberg^a; Morts fœtales in uteroIn utero fetaldeath, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 43, Issue 10, December 2014, Pages 883-907, <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.09.018>; 23/11/2022, online
- [14]. Bouayad S. ; la procidence du cordon ombilical (A propos de 97 cas) ; 2011 ; 24/11/2022 ; online
- [15]. MartinekIgor E. Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer ? J GynecolObstetBio!Reprod /Volume 35, n° 6, 2006 ; 07/02/2023, online
- [16]. panelI.E.MartinekY.VialP.Hohlfeld ; Prise en charge de la mort in utero : quel bilan proposer?Management of in utero foetaldeath: whichassessment to undertake?, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction Volume 35, Issue 6, October 2006, Pages 594-606 ; [https://doi.org/10.1016/S0368-2315\(06\)76449-3](https://doi.org/10.1016/S0368-2315(06)76449-3); 23/11/2022 ; online
- [17]. panel A. Paumier^aC.Gras-Leguen^bet al. ; Rupture prématurée des membranes avant 32 semaines d'aménorrhée : facteurs pronostiques prénatals Premature rupture of membranes before 32 weeks of gestation: Prenatalprognosisfactors <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2008.04.020>Get rights and content; 23/11/2021; online
- [18]. Kayem G. Maillard F. Rupture prématurée des membranes avant terme : attitude interventionniste ou expectative ?Preterm premature rupture of membranes: Active or expectant management? Gynécologie Obstétrique & Fertilité Volume 37, 4, 2009, Pages 334-341 <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2009.03.007>Get rights and content; 23/11/2021; online
- [19]. AlouiniL S .MesnardP. MegierB. et al. ; Procidence du cordon : prise en charge obstétricale et conséquences néonatalesManagement of umbilicalcordprolapse and neonataloutcomes ; <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2010.05.013>Get rights and content; 23/11/2021; online
- [20]. Dall'Armellina Léa & Rebelo Marques Katja ; Quel accompagnement sage-femme en salle de naissance favorise un bon vécu d'accouchement ? Genève, le 21 Août 2018 ; 16/11/2022, online
- [21]. Fédération Suisse des Sages-Femmes. (2011). La charte. Accès : http://www.hebamme.ch/x_dnld/org/Leitbild_f.pdf
- [22]. Souleymane K. Ziemlé C, Sombié I et al. ; Lutte contre la mortalité maternelle en milieu rural: décentralisation de l'offre des soins obstétricaux d'urgence au Burkina Faso, 2017, 25/01/2023 ;DOI : 10.11604/pamj.2017.27.236.12952online
- [23]. Faure Hermine. Sage-femme et stress professionnel en Belgique: une analyse qualitative en milieu hospitalier d'après le modèle de Karasek et Theorell. Faculté de santé publique, Université catholique de Louvain, 2020. Prom. : D'Hoore, William. <http://hdl.handle.net/2078.1/thesis:25568>
- [24]. REBELO marqueskatja ; Quel accompagnement sage-femme en salle de naissance favorise un bon vécu d'accouchement ? 2018 ; 24/11/2022 ; online
- [25]. Kahindo J.B., Karemere H., Mitangala Ndeba P. et al. ; Maternal deaths factors in hospital area: a survey at six health districts in the east of the republic democatique of congo ; International Journal of Innovation and Applied Studies ISSN 2028-9324 Vol. 23 No. 4 Jul. 2018, pp. 559-568 © 2018 Innovative Space of Scientific Research Journals <http://www.ijias.issr-journals.org/> 25/01/2023, online

Kabwe M.P, et. al. "La Gestion Des Urgences Obstetricales Par Les Infirmieres - Accoucheuses En Absence Des Medecins." *IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS)*, 12(1), 2023, pp. 17-25.