

PRATIQUE DE LA PHYTOTHERAPIE UTEROTONIQUE AU 3^{ème} TRIMESTRE DE LA GROSSESSE PAR LES GESTANTES DE MUKABE KASARI

Nama mwengu Cécile, Chuy Kalombola Didier, Kabamba Kangombe jacques, Kimba Mukanya Pascal, Mundongo Tshamba Henri, Malonga kaj Françoise, Kakoma sakatolo zambezi

Received; 20/09/2021

Accepted; 29/09/2021

Online Published; 30/09/2021

ARTICLE INFO

En guise d'introduction

Mots clés:

Pratique

Gestante

Phytothérapie Utérotonique

3^{ème} Trimestre de la Grossesse

Mukabe

Contexte : L'utilisation des plantes médicinales (phytothérapie) est une pratique bien répandue et moins prise en compte par les chercheurs et les gestionnaires des systèmes de santé au niveau local en République Démocratique du Congo. Peu d'études s'y sont jusque-là intéressées pour saisir la portée et les perceptions des personnes impliquées dans cette pratique. L'objectif de ce travail est d'analyser les pratiques de la phytothérapie utérotonique par l'utilisation des plantes traditionnelles, par les gestantes au 3^{ème} trimestre de la grossesse et évaluer le niveau des connaissances sur ces pratiques pour les parties prenantes.

Méthodes : Nous avons mené une étude de cas mixte, ayant compris une phase quantitative (QUAN) suivie d'une phase-2 qualitative (QUAL) dans le village de Mukabe Kasari, territoire de Lubudi dans la Province du Lualaba sur une période de trois mois allant du 18/09 au 12/12/2018.

La phase qualitative a porté sur les données de 35 entretiens individuels, approfondis et semi-structurés et neuf focus group, conduits auprès des gestantes, des époux des gestantes, des matrones et des tradipraticiens qui ont été sélectionnés de façon raisonnée, et 19 observations directes des plantes médicinales photographiées. Les données qualitatives ont été analysées en contenu par thématique liées aux perceptions et pratiques de la phytothérapie utérotonique chez les gestantes.

Résultats : Sur le plan qualitatif, les gestantes considèrent que la pratique de la phytothérapie assurait trois fonctions essentielles, à savoir : faciliter l'accouchement, éviter les complications, et conserver le patrimoine ancestral. Les conséquences étaient perçues de manière marginale concernant la phytothérapie, notamment : l'épuisement, les vertiges, l'hémorragie et l'induction de la césarienne.

Conclusion : Notre étude a atteint les objectifs spécifiques ceux de : Déterminer la fréquence des gestantes de la phytothérapie qui est majoritaire 90,6%, Identifier les pratiques et leurs finalités qui sont les feuilles, écorces, poudre (lufumpa), décrire les plantes utérotonique : Mumbo, Kivungwila, Kajima mbale, Mutula, explorer la perception : Faciliter l'accouchement, ouvrir le col, et s'accoucher rapidement, relever les risques effets secondaires : épuisement, vertige, hémorragie. Cette pratique suit une logique incitée par la connaissance des indications, des usages et de la facilité des formes, des posologies, des voies d'administration, etc.

INTRODUCTION

Presque tous les pays du monde sont intéressés par l'étude des plantes médicinales sur le fait que le règne végétal constitue une source importante et indispensable des médicaments (**Urombi, 2001**).

De nos jours encore, en Afrique comme partout ailleurs dans le monde, les plantes retrouvent une place de choix dans la thérapeutique après la vague des médicaments minéraux et d'antibiothérapie (**Bulemfu, 1994**).

La République Démocratique du Congo (RDC) est un terrain privilégié pour la protection des plantes curatives et que la flore y est la plus diversifiée. La valeur des plantes médicinales est une préoccupation majeure de nombreux chercheurs dans notre milieu, car une grande partie des gestantes recourt largement à la médecine traditionnelle. Souvent, les gens n'ont pas d'autres choix compte tenu du prix élevé des médicaments, ils préfèrent recourir à la tradition qui est moins coûteuse pour stimuler et provoquer l'accouchement. (**Utshudi J., 2004**).

D'après une enquête réalisée en Chine, le nombre de consultations en médecine traditionnelle chinoise (MTC) était de 907 millions en 2009, ce qui représentait 18 % de l'ensemble des consultations médicales dans des établissements interrogés ; le nombre de patients hospitalisés en MTC s'établissait à 13,6 millions, soit 16 % du total sur

l'ensemble des hôpitaux soumis à l'enquête (Rapport sur une enquête portant sur la situation de base de la MT/MC en 2009).

En République démocratique populaire de Laos, 80 % de la population vit dans des zones rurales, qui totalisent 9113 villages : chaque village compte un ou deux tradipraticiens. Au total, 18 226 tradipraticiens délivrent une grande partie des services de santé à 80 % de la population (**M L S et OMS, 2012**).

La RDC a été également stimulée par des réalisations positives accomplies dans le domaine de la phytothérapie par certains pays comme la Chine, l'Inde, l'Argentine, le Nigeria, le Sénégal, etc. C'est pourquoi, à plus d'une reprise, elle a amorcé le mouvement de revalorisation de l'usage des plantes médicinales et de la médecine traditionnelle dans la prévention et le traitement de la maladie. Des efforts louables avaient déjà été tentés en ce sens par l'Office national de la recherche et du développement (ONRD) (**Kikhela N., et al. 1974**).

Quelques années plus tard, l'Institut de recherche scientifique (IRS), qui a succédé à l'ONRD, a créé un Centre de médecine des Guérisseurs (CMG) avec une revue : Bulletin de médecine traditionnelle au Zaïre. En 1977, ce centre a organisé une vaste recherche sur la médecine traditionnelle dans plusieurs régions du pays tel que Kinshasa, Bas-Congo, Equateur, Province Orientale, Kivu. (**IRS et CMG, 1977**)

1.2. ENONCÉ DU PROBLÈME

Selon Kakule, la place qu'occupe l'utilisation des plantes médicinales par les ménages, pour 73,8% des enquêtés, l'utilisation des plantes médicinales est le deuxième recours après la médecine moderne. Selon cet auteur, *pour 90% des enquêtées, les maigres ressources familiales ne peuvent pas couvrir les coûts exorbitants des soins de santé modernes qui limitent leur accès au CS et à l'hôpital.*

Nombreux sont les médicaments déconseillés pendant la grossesse. Aussi, certaines femmes se tournent vers les plantes pour soulager les petits maux qui accompagnent souvent cette période. Un bon nombre de plantes dont on a un certain recul sur l'innocuité peuvent être utilisées pendant la grossesse, et cela à tous les trimestres (Moussally K., 2009).

1.3 QUESTION DE RECHERCHE

Ce travail veut répondre à la question de savoir quelles sont les motivations, les modes d'utilisation, les risques et l'issue de l'accouchement pour les gestantes pratiquant la phytothérapie utérotonique au 3^{ème} trimestre de la grossesse à Mukabe dans le Territoire de Lubudi.

1.4.1. Objectif Général

Analyser la pratique de l'utilisation des plantes traditionnelles par les gestantes au 3^{ème} trimestre de la grossesse et évaluer le

niveau des connaissances sur ces pratiques à Mukabe

1.4.2. Objectifs Spécifiques

Ces objectifs ont été de :

1. Déterminer la proportion des gestantes qui pratique la phytothérapie dans le village Mukabe dans le territoire de Lubudi ;
2. Décrire les différentes plantes médicinales utilisées pour la phytothérapie au troisième trimestre de la grossesse par les gestantes à Mukabe ;
3. Identifier les motivations et les modes d'utilisation de plantes médicinales et de leur administration ;
4. Relever les risques ou effets secondaires liés à la phytothérapie ou utilisation de plantes médicinales.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. DESCRIPTION DU TERRAIN D'ÉTUDE

1. Institution du village Mukabe Kasari.

Le village Mukabe Kasari est situé dans le Territoire de LUBUDI. Il tire son nom de son chef-lieu, qui a aussi tiré son nom de la rivière LUBUDI qui traverse le milieu de ce territoire. Ce Territoire a été supervisé par la ville urbano-rurale de KOLWEZI, dans la Province du KATANGA.

2. Coordonnées géographiques

Le territoire de LUBUDI est actuellement situé dans la Province du LUALABA, issue du découpage de l'ancienne province du grand Katanga. Il a une superficie de 17.860km².

Le village Mukabe- kasari est dans la chefferie de Bayeke où nous trouvons la tribu de BABANGU.

2.2. POPULATION D'ETUDE

Le village Mukabe ' - kasari a une population totale de 13.796 Habitants avec un Centre Santé de référence, 4 Centre de santé, 12 poste de santé,

2.3. TYPE D'ETUDE

C'est une étude de cas descriptive, compréhensive, transversale et à devis mixte séquentiel (Creswell, 2011).

La conduite de cette étude mixte a été séquentielle et explicative, c'est-à-dire, qu'elle s'est déroulée en deux phases chronologiques. La première quantitative (QUAN) suivie de la deuxième qualitative (QUAL) (QUANT => QUAL). D'abord, il y a eu une collecte et une analyse de données quantitatives, suivie d'une phase qualitative durant laquelle l'équipe de recherche s'est posée de nouvelles questions de pouvoir comprendre/expliciter les résultats quantitatifs obtenus, apportant ainsi une

clarification et une explication de ces derniers (Creswell, 2011).

Les méthodes de collecte et d'analyse des données QUAL et QUAN ont été séparées et l'intégration des deux phases s'est ainsi faite par connexion des résultats de la phase-1 QUANTI avec la collecte et l'analyse de la phase-2 QUALI (BUJOLD et al., 2016).

La ressource constituée des résultats de la phase-1 QUANTI a permis d'identifier les catégories d'informateurs-clés. Et la deuxième à obtenir les explications débouchant sur les résultats de la phase-2 QUALI, obtenus avec un échantillon raisonné d'informateurs clés (CRESWELL., 2011).

La partie quantitative a établi un profil sociodémographique de la médecine traditionnelle phyto - thérapeutique chez les femmes enceintes (l'âge, le niveau d'étude, l'état matrimonial, le clan, la tribu, la Gestité, et le village etc.). La partie qualitative a porté sur un choix raisonné des gestantes, des maris et des prestataires (matrones et tradipraticiens) de Mukabe Kasari, ayant été impliqués dans les prestations phyto-thérapeutiques durant la grossesse.

2.4. Echantillonnage : participants à l'étude.

Période de l'étude qui a eu lieu du 18 Septembre au 12 Décembre 2018, Soit 3 MOIS

(1). Participants à la phase quantitative.

Notre échantillon d'étude était constituée de toutes les gestantes du village MUKABE dans le Territoire de Lubudi ayant utilisé les produits naturels dans la même cité et qui avaient répondu à notre invitation, ainsi que toutes les gestantes qui ont accouché après avoir utilisé les produits naturels et tous ceux qui étaient concernés par les critères d'inclusion susmentionnés, soit **157** gestantes, matrones ou sages-femmes **134**, et **53** maris et tradipraticiens (N= **344**).

Nous avons exclu de notre étude toutes les femmes qui n'avaient pas utilisé les plantes pour un quelconque accouchement, les non résidant dans le milieu pendant un long séjour, les visiteuses, ceux n'ayant pas consenti de collaborer avec nous, les célibataires et les féticheurs.

(2). Participants à la phase qualitative

Nous avons considéré toutes les gestantes qui ont été reçues à la CPN, les centres de santé, les matrones ainsi que leurs maris reçus au cours de notre période d'étude (18 Septembre – 12 Décembre) Nous avons réalisé une sélection des participants par choix raisonné, incluant les gestantes au troisième trimestre de la grossesse, leurs maris, les matrones ainsi

que les anciennes accouchées qui avaient utilisé les plantes pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

2.5. Collecte des données

Dans la phase quantitative, la collecte des données s'est effectué grâce à une fiche de collecte (checklist) des données établie en français, Kisanga, Swahili. Et puis Kisanga

Les données de la partie qualitative ont été recueillies par triangulation des techniques de collecte, à savoir :

- Les entretiens : un guide d'entretien a été utilisé pour les interviews individuelles, semi-structurées.
- Les focus group de discussions, avec un thème et des sous-thèmes de discussion.
- Quelques photos et images prises ainsi quelques plantes ou racines.
- Il faut noter que chaque cas d'usage des produits naturels en dehors de l'hôpital a été répertorié sur une fiche d'enquête. Globalement, l'observation directe et indirecte nous a permis de trianguler les données.

2.6. Gestion et analyse des données

2.6.1. Approche quantitative

Les données quantitatives collectées et saisies en Word, encodées avec Excel version 2013, traitées et analysées statistiquement à l'aide du logiciel Epi info 7.2.2.6.

L'analyse quantitative limitée aux caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, réalisée grâce aux statistiques usuelles suivie par l'analyse au niveau du volet qualitatif.

2.6.2. Approche qualitative

- Un Mois d'immersion dans les différents villages
- 35 entretiens guidés ont été utilisés pour les interviews individuelles, semi-structurées. Avec une prise de note, avec une durée moyenne d'interview variant entre 30 et 55 minutes
- Neuf focus group de discussions, avec un thème et des sous-thèmes de discussion constitué de 6 à 12 personnes, avec une durée moyenne d'une à trois heures par focus
- 19 observations des plantes médicinales capturées par des photos et images (feuilles, racines)

3.7. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Le respect des principes éthiques de la recherche scientifique ont été observé par :
Le consentement éclairé, le respect de la dignité de la personne, la bienfaisance, la participation libre et volontaire, le respect de la confidentialité.

2.8. Contraintes et difficultés rencontrées.

Les difficultés liées à l'énumération des plantes, prise des connaissances sur les

plantes pour divulguer leur produit, de résistance pour protéger leur patrimoine ancestral légué par leur père. Réclamation de la restitution du travail.

2.9. Limites du travail :

- Ces résultats qualitatifs ne sont pas généralisables, La taille de l'échantillon non standardisable, les principes actifs non connus ainsi que le degré de toxicité ;

III. PRESENTATION DES RÉSULTATS

3.1.1. Paramètres sociodémographiques des femmes enceintes

III.1.1 Age

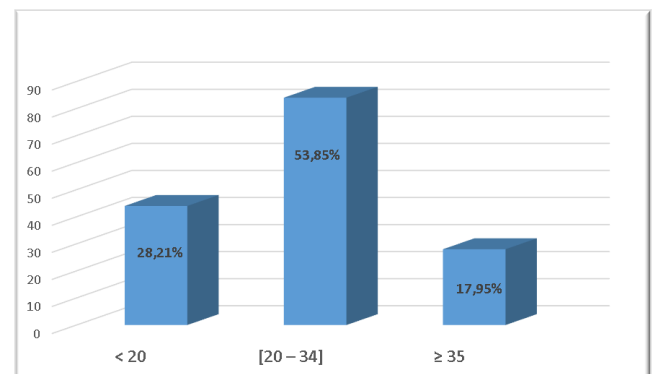


Figure 1 : Répartition des enquêtées selon l'âge

La tranche d'âge comprise entre 20 et 34 ans était la plus représentée avec une proportion de 53,85% ; celle de moins de 20 ans était représentée à hauteur de 28,21% tandis que celle de 33-43 ans n'a représenté que 17,95% de l'ensemble. La moyenne d'Age était de $26,22 \pm 7,73$ ans (Minimum, 12 ans ; Maximum, 43 ans).

III.1.2 Niveau d'étude

Tableau II : Répartition des enquêtées selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	Effectifs	Pourcentage
Sans niveau	37	23,72
Primaire	107	67,95
Secondaire	13	8,33
Total	157	100,0

La majorité (67,95%) des enquêtées avait le niveau d'étude primaire, suivie 23,72% d'enquêtées sans niveau d'étude.

III.1.3 Etat civil

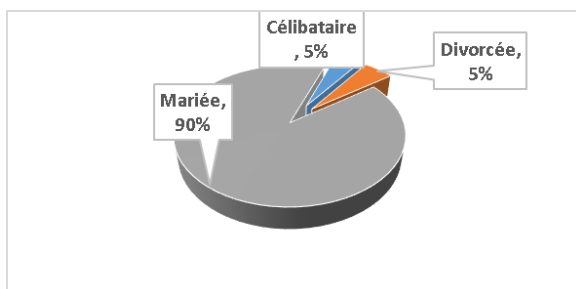


Figure 2 : Répartition des enquêtées selon l'état civil

La plupart (91,13%) de nos enquêtées étaient mariées, suivies de 5,13% de divorcées et enfin 4,49 % de célibataires.

PREAMBULE :

La perception et la pratique de la phytothérapie par les gestantes, les maris des gestantes, les matrones, les praticiens et le personnel soignant, se structurent autour de six dimensions essentielles reprises ci-dessous :

3.2.1. Intérêt d'utilisation de la phytothérapie.

L'intérêt d'utilisation de la phytothérapie chez les femmes enceintes comprend trois sous-thèmes, à savoir : l'utilité, les

indications et les avantages de la phytothérapie.

3.2.1.1 Utilité de la phytothérapie :

Certaines considèrent la phytothérapie comme *facilitatrice de l'accouchement*.

Cette considération est soutenue par l'extrait ci-après :

« *Makanga a biti a kwasha luine mwanda wa ku fungula col, mwana ekela biya, muntu aseme biya ne kenshi abande na bisanso* » (INPHYT 2).

Traduction libre : Les plantes médicinales aident beaucoup dans l'ouverture du col pour que l'enfant soit en bonne position et que la femme ne traîne pas à accoucher avec les douleurs.

D'autres considèrent la phytothérapie comme étant *salutaire, car permettant d'éviter les complications et les césariennes*

: « *Tutoma a makanga a biti mwanda wa kutina ma nkoleja, ne ma cesaria, ange mwana wa kibankana a kidunluke* » (INPHYT 1).

Traduction libre : Nous buvons les produits de plantes pour éviter certaines complications et les césariennes et si l'enfant est en position transverse, il se redresse.

3.2.1.2 Indications de la phytothérapie.

Sont aussi diversifiées, elles comprennent : la position (haute) du fœtus avec convulsion, l'hypo- ou l'hypercinésie utérine et la mort fœtale in utero.

En ce qui concerne la position haute du fœtus, les répondantes se sont exprimées en ces termes : « *Ange mwana kenshi wikila, ne wiya ukengengeleka, sanga mama nangwa tata waji uba bukende ne kenshi waji utama makanga andi kwanza mu miezi miwame* » (FOPHYT 3). **Traduction libre** : Si le fœtus ne descend pas ou descend et remonte, c'est que la maman ou le papa est allé à côté (s'est prostitué) ou encore qu'elle n'a pas pris à temps son traitement.

Concernant l'indication d'hypo- ou d'hypercinésie utérine, un extrait formulé de la manière suivante : « *Shi bakubula ku maternité amba bisanso kenshi bidi biya, biketeka nangwa bia pita kipimo, kubangi i kishi ne bangi watoma bukanga col kange kufunguka* » (FOPHYT 3).

Traduction libre : Si on te dit à la maternité que les contractions ne sont pas bonnes ou qu'il y a excès de contractions, pour les uns, c'est le fait d'un ver et pour les autres, c'est la conséquence d'avoir pris le médicament avant que le col ne soit ouvert.

Quant à l'indication concernant la mort fœtale in utero, l'extrait d'entretien ci-dessous présente l'explication donnée par les

répondants : « *Ange mwana kenshi wenda munda nangwa mafuka anga, mu mieji miwanine, kenshi wafwa, bangi bapungila ne bangi bafwila munda ange i mukata luine. Ino kenshi bobo operation i kumupela makanga bitu ne wa tamba* » (INPHYT 2).

Traduction libre : Si le fœtus ne bouge pas dans le ventre quel que soit le nombre de jours pendant que vous êtes à terme, peut-être qu'il n'est pas mort et qu'il somnole, ou encore qu'il est mort dans l'abdomen. Alors on ne fait pas l'opération, on donne le médicament et il sort.

3.2.1.3 Avantages de la phytothérapie.

Le traitement des infections, l'élimination des vers intestinaux, la diminution du saignement, l'augmentation de l'hémoglobine, l'absence de toxicité et de goût amer.

Les avantages de traiter les infections et les vers intestinaux ressortent de l'extrait du focus group ci-après : « *Mwana mukazi wa dimi kenshi udia biya, ukoka luine ne kenshi udi ne kitashi kya kowa mukitashi, apo ukosha kupata ne bulwele bukwapo lo tudi kumupela a makanga* » (FOPHYT 3).

Traduction libre : La femme enceinte ne mange pas bien, se fatigue beaucoup et n'a pas assez de temps pour se laver, elle peut ainsi attraper d'autres

maladies, c'est pourquoi nous lui donnons ses médicaments.

L'avantage de la phytothérapie en ce qui concerne l'augmentation ou le maintien du taux d'hémoglobine en diminuant le saignement lors de l'accouchement est illustré par l'extrait d'entretien ci-dessous :

«Mu mieji mukaka, tudi kutoma makanga a kongeja mashi, kupana bulobo ne kutshina lufuku lwa kusema mashi akatambe mavule, a makanga a mashi kenshi kwi atoma mu mweji wa 9 » (INPHYT 5).

Traduction libre : Au 8^{ème} mois, nous buvons les médicaments qui augmentent le sang, qui donnent la force de peur que le jour de l'accouchement vous ne puissiez saigner beaucoup et ces médicaments ne sont pas à prendre pendant que vous êtes au 9^{ème} mois.

L'avantage de la phytothérapie comme traitement non toxique, sans goût amer et moins coûteux est soutenu par l'extrait d'entretien suivant :
«Twatemwa luine kutoma makanga a biti mwanda kenshi e payangana, kenshi a lula nangwa a diko ino i tu nene luine twa bichi. Makanga à biti a wama luine » (INPHYT 5).

Traduction libre : Nous aimons boire les médicaments extraits des plantes parce que

ces médicaments ne tuent pas, ne sont pas amers, et sont administrés en petite quantité contre les infections et les vers intestinaux. Les médicaments des plantes sont bien.

3.2.1.4 Prestataires fournissant la phytothérapie.

Les personnes citées sont les mamans, les grand-mères, les maris, les voisins, les amies et les gestantes elles-mêmes. *«Bavule hii ba maman, nangwa Kambo, badi kwibapele a bia biti, ino ba tata ba nzumbo kenshi badi kuvula kwitabija patoka a badi kupela ku ba mama ne kenshi bi mweka patoka » (FOPHYT 3).*

Traduction libre La plupart sont des mamans ou les grands-mères qui donnent les plantes, mais les maris ne veulent pas se faire voir au vu de tout le monde, mais remettent cela aux femmes et ne se font pas voir surtout.

3.2.1.5 Nature des produits utilisés en phytothérapie.

Les répondants (es) les ont classifiés en catégories suivantes : les feuilles : Mulembalemba ; les fleurs : Iwenye ; les racines : Munkilwankilwa ; les écorces : Kitipitipi ; les tiges : Mumono ; la poudre : lufumpa et les produits à composition mixte : Mulende. C'est ce qui a été retenu des deux extraits suivants :

«Mwanda mwana ekile ne kutamba biya, ne ange kwadi nkitu kyadi kya

kwatako hii kupoka LUFUMPA lwa MUNKILWAKILWA ne MAFUTA a ngaji wi shinga pa kavumo » (INPHYT2).

Traduction libre : Pour que l'enfant puisse bien descendre et s'il y a eu autre chose, il faut prendre la poudre de MUNKILWAKILWA mélangé avec l'huile de palme et s'en oindre le ventre. « *Kudi biti bikwabo kenshi yonka mabula bingi i bipangwa bidi KIVUNGWILA, mani à Busuma, ne mijaji ya ba mbwala be iponda, ba mupinga mwana mu bassin, ne wa sema rapide » (INPHYT 4).*

Traduction libre : Il y a d'autres plantes et pas seulement le fruit tel que le kivungwila : les feuilles de Busuma avec les racines de patate douce pilées ensemble sont introduites dans la cavité vaginale de la femme et celle-ci va accoucher rapidement.

Les milieux de provenance des produits de phytothérapie sont variés. Les informateurs (trices) nous ont cité plusieurs milieux différents, à savoir : la brousse, la forêt, le parc, les champs, le long des chemins, de la rivière, la montagne et la parcelle (à domicile).

« Biti byonso i bi pangwa bya lesa, mukosha kyi bitana fwashi yonso kulondakana na kiti kyo

usaka ne na fwashi yo wikala obe mwine. Adi kudi makanga angi kenshi a mweka fwashi yanso kisaka kwenda palampe .ii bishiya bakulu » (PHOPHY 4).

Traduction libre : Toutes les plantes sont des créatures de Dieu, vous pouvez les trouver à tous les endroits selon la plante que vous voulez et l'endroit où vous restez vous-même. D'autres plantes ne se voient pas à n'importe à quel endroit, il faut faire de longues distances.

3.2.1.6 Préparation des produits utilisés en phytothérapie.

Les répondants (es) ont cité : les racines qu'on peut préparer, tremper et imbiber dans l'eau, la poudre, la macération, les produits crus, les inhalations, les infusions et les cataplasmes. Ceci est soutenu par cet extrait d'entretien : « *Ba toma biti bya MULENDE, bakwa Lufumpa lwa Munkilwankilwa, bangi ba bika mu mema ne bya kutoma » (INPHYT 4).*

Traduction libre : On boit les produits de la plante de Mulende, on se oint le Lufumpa de Munkilwankilwa et les autres sont à imbiber dans l'eau et être bus.

3.2.1.7 Pratiques d'administration des produits utilisés en phytothérapie.

Celles-ci comprennent les voies ci-après : orale, cutanée et vaginale.

Ces voies d'administration ressortent de l'extrait d'entretien ci-après : « *Bilambwe bya kuvuala ne kufungula dishinda, byankutoma hii kipunga ngombe ne kulutwe hii Bibalo bya kushikatmo ne kowa* » (INPHYT 3).

Traduction libre : L'aloès est à introduire dans la cavité vaginale pour ouvrir le passage, le kipunga ngombe est à boire et les écorces sont à imbiber dans l'eau pour les bains de siège et le lavement.

Parmi les instruments utilisés comme mesurettes, les répondants (es) ont cité : une boîte de tomate, un demi-verre, un petit gobelet, et un bassin. C'est ce qui ressort de l'extrait du focus group ci-dessous : « *Makanga a pusana, mwanda kudi angi i kubika mu kakompo kanene, angi mu verre ne bakwabo ba ijibila ku pimina mu kompo wa tomate kwapwa, Ne ange kudi a kowa wa bika mu disani dia kudinga.* » (FOPHYT 5)

Traduction libre : Les produits sont différents, parce que les uns sont à mettre dans le petit gobelet et les autres dans un verre ; d'autres personnes sont habituées à n'utiliser que la boîte de tomate. Et aussi à se couvrir on trempe dans un bassin qui peut convenir.

Les doses administrer à volonté, une fois, deux fois, ou trois fois par jour, et suivant l'âge de la grossesse, plus particulièrement au cours du travail. « *Tudi kutoma makanga kulondakana na kiti kine, ange tutoma lukelo, mabanga ne bufuku, ne makwabo i kulondakana na kiti ne kitashi kya bisanso mwanda wa kutulumuna mwana* » (FOTHYT 5)

Traduction libre : Nous buvons les produits selon les plantes ; d'autres le matin, le soir, la nuit et d'autres selon les plantes et le moment des contractions pour expulser l'enfant

.3.2.1.8 Conséquences des pratiques de la phytothérapie.

Celles-ci comprennent : les épuisements, les complications dues aux mélanges des plantes, les hémorragies à la prise tardive des produits au cours de la grossesse, ainsi que les césariennes. L'extrait d'entretien ci-après ressort certaines des conséquences qui ont été citées avec récurrence. « *Ange wadi na bisanso binene kenshi waseme biya ne lubilo, kisaka ku mutshangila biti bimo bimo abi bwa : mumono, mutula ne kajima mbale ku bangi i mujaji wa kipapayo kwapwa mashi a tamba ne bakwabo i lujingwe* » (FOPHYT 2).

Traduction libre : Si tu avais un peu de contraction avant et si tu ne t'accouche pas rapidement, il faut mélanger quelques plantes qui sont Mumono,

Mutula et Kajima mbale pour les autres c'est la racine de papaye on peut saigner beaucoup et d'autres produits peuvent donner de vertige.

IV. DISCUSSIONS DES RESULTATS

Cette étude **présente des mérites, mais aussi des limites**. Parmi les mérites, nous pouvons citer le fait qu'elle soit une étude mixte, une première à aborder les questions de médecine traditionnelle.

Les limites de cette étude qui figurent au point indiquent que nous ne pouvons pas extrapoler les résultats du village Mukabe kasari, sauf que nous pouvons le comparer avec un milieu similaire qui présente la même structure géographique, le climat, les types de plantes, les croyances et pratiques similaires, le même problème sur la gestation au 3ème trimestre etc.

Malgré les limites mentionnées, les résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude nécessitent d'être discutés.

Au plan quantitatif, la pratique de la phytothérapie l'étude indique que 157 femmes enceintes, et 134 Matrones ainsi que 53 maris de femmes enceintes reconnaissent son usage. Nous discutons respectivement l'âge des utilisatrices, leurs niveaux d'étude, leur Gestité, leur parité, leur état matrimonial, vis-à-vis de la pratique de la phytothérapie à Mukabe Kasari.

En ce qui concerne les tranches d'âge, celle de moins de 20 ans était représentée à hauteur de 28,21%. Ces résultats s'éloignent de celui trouvé par **Pruhal**, qui a documenté 1,6 % pour les femmes âgées de moins de 16 ans et 11,8 % pour celles âgées de plus de 34 ans.(Pruhal, 1999).

Cette observation pourrait être liée au fait que les jeunes filles se marient très jeunes avant l'âge de maturité, c'est-à-dire 18 ans, dans certaines contrées, à l'instar de notre terrain de recherche, parfois pour suppléer aux études de leurs frères et cela pour des raisons économiques pour certaines familles. Cette pratique de mariage précoce peut avoir pour implication des accouchements précoces des filles de moins de 20 ans.

Pour ce qui est du niveau de l'instruction, **Rachdi et al.**, avaient indiqué que les parturientes analphabètes étaient les plus représentées avec 80,3%. Dans cette contrée, la jeune fille est utilisée pour des buts lucratifs au bénéfice des autres membres de famille en plus des travaux de ménage. Nous avons noté que 23,72% de nos répondantes étaient analphabètes, nos résultats ne se rapprochent pas de celui trouvé par d'autres chercheurs. Ce phénomène se justifierait par le fait que c'est un milieu rural où il y a eu la présence des missionnaires qui ont créé beaucoup d'écoles et la plupart de filles sont passées par le banc de l'école bien qu'elles n'ont pas fini le cycle élémentaire.

En ce qui concerne l'état matrimonial, les résultats indiquent que la plupart (91,13%) de nos participantes étaient mariées, suivies de 5,13% de divorcées et enfin 4,49 % de célibataires. Cette observation explique et appuie la notion selon laquelle les jeunes filles sont mariées avant la maturité et des cas de maternité précoce sont observés.

Pruhal dans son étude a trouvé que 23,1 % étaient de grandes multipares (≥ 4). Environ un quart (16,67%) des répondantes étaient représentés par des grandes multipares, Nos résultats ne corroborent pas avec ceux trouvés par Prual dans son étude sur « la grossesse et accouchement en Afrique de l'Ouest, ce qui justifierait que celles qui accouchent à l'âge avancé ont peu d'enfants que ceux qui mettent au monde très jeunes. Un peu plus d'un quart (26,28%) des répondantes était représenté par les grandes multi gestes ex aequo avec les paucigestes (26,28%), les primigestes représentant un peu moins d'un cinquième (18,59%) des gestantes. C'est une observation qui serait liée à notre échantillon d'étude.

Nous nous sommes aussi intéressés à celles qui prescrivent et administrent les produits à base des plantes médicinales aux gestantes. Les résultats de cette étude indiquent que la majorité (62,69%) des participantes matrones échantillonnées avait le niveau d'étude primaire contre celles du niveau secondaire représentant 15,67 %. Contraire à ce qui est documenté au Niger par **Hunter**, il avait été constaté que les sages-femmes étaient plus

souvent issues de milieux sociaux favorisés que les autres personnels de santé et avaient un meilleur niveau d'éducation que les infirmiers. Elles ont par ailleurs un niveau d'éducation très supérieur à la majorité des femmes qu'elles prennent en charge, dont 86 % sont analphabètes au Niger (**Bouquet**). En se référant à notre milieu d'étude, nos matrones avaient une intelligence pratique et socio culturelle qui attirait presque la majorité des gestantes malgré le faible niveau d'instruction

Au plan qualitatif, la pratique de la phytothérapie est diversement et positivement perçue à Mukabe Kasari. Parmi les résultats qualitatifs, l'interprétation et les implications de cette perception peuvent être aussi débattues. Notre débat peut concerner essentiellement la perception et la pratique de la phytothérapie qui est indiquée pour faciliter l'accouchement, éviter les complications, et c'est un patrimoine ancestral. Les résultats qualitatifs ont indiqué quelques grandes orientations, à savoir :

Position (haute) du fœtus, Convulsions de la mère, hypo- ou hypercinésie utérine, et Mort fœtale in utero avec les conséquences possibles qui peuvent être épuisement, vertige, hémorragie et conduit aux césariennes

Concernant **les trois fonctions** : faciliter l'accouchement, éviter les complications, et souci de perpétuer le patrimoine ancestral.

Les avantages / effets la phytothérapie sont ceux de Traiter les infections, tuer les vers intestinaux, diminuer l'hémorragie et augmenter l'hémoglobine, pas toxique, n'a pas de goût amer. Des perspectives se profilent en ce qui concerne la pratique de la phytothérapie par les gestantes aux 3 ieme trimestres à Mukabe.

Selon l'OMS, la demande en médecine traditionnelle et complémentaire n'a pas fléchi et ces pratiques font de nombreux adeptes à travers le monde. Dans certains pays en développement, les guérisseurs traditionnels sont aujourd'hui encore les seuls ou les principaux prestataires de soins pour des millions des populations en zone rurale De pays toujours plus nombreux ont progressivement reconnu la contribution que la médecine traditionnelle et complémentaire peut apporter pour favoriser la santé et le bien-être des personnes et mettre en place des systèmes de santé complets.

CONCLUSION

Cette étude portant sur la pratique de la phytothérapie utero tonique au 3^{ieme} trimestre de la grossesse par les gestantes, La population d'étude était principalement de 137 gestantes 53 époux des gestantes, 134 matrones et tradipraticiens dont (N = 324) ; avec l'objectif de décrire les pratiques de la phytothérapie par les gestantes au 3^{eme} trimestre et évaluer le niveau des connaissances sur ces pratiques à Mukabe.

- Déterminer la fréquence des gestantes de la phytothérapie qui est majoritaire 90,6%
- Identifier les pratiques et leurs finalités qui sont les feuilles, écorces, poudre (lufumpa)
- Décrire les plantes utérotonique : Mumono, Kivungwila, Kajima mbale, Mutula
- Explorer la perception : Faciliter l'accouchement, ouvrir le col, et s'accoucher rapidement
- Relever les risques effets secondaires : épuisement, vertige, hémorragie
- Cette pratique suit une logique incitée par la connaissance des indications, des usages et de la facilité des formes, des posologies, des voies d'administration, etc.

REFERENCES

Abbey and Krobou people of Agboville Plants used to treat gynec-obstetrics disorders, in traditional medicine, Côte-d'Ivoire 2010. pp 38 – 40.

Administration D'état : De La médecine traditionnelle chinoise avec le monde, Togo en 2011. pp 4 -10.

Amini R., Analyse chimique et activité bactérienne de trois plantes médicinales antituberculeuses à Kisangani ; Monographie, inédite, faculté des sciences, Kisangani, 2010 pp. 24,25.

Arnal B., gynécologue-obstétricien et phytothérapeute, Auteur de Syndrome prémenstruel : 4 programmes naturels selon vos symptômes, Editions Thierry Souccar, Paris 2014.pp 24 - 30

Article de Synthèse Phytothérapie Clinique
First Online : 10 November 2006

Bouquet A., Recherches chimiques préliminaires sur quelques plantes médicinales du Congo-Brazzaville. Médecine Tropicale, Vol. 28 1968, pp. 49-58.

Bousquet A., 1972 Plantes médicinales du Congo Brazzaville. Masson 2011 pp.234, 235

Chenge M, Mashini N, Mwembo T et Luboya : Approche conceptuelle d'organisation des services de planification familiale dans une zone de santé. Lubumbashi Médical N 6 ,2008 pp 47-57.

Creswell, W J. Research Design: Qualitative, Quantitative and Mixed Methods Approaches (4th Ed.). Thou Sand Oaks, CA : Sage 2014.pp 245 -260

Gayet. C, Les symptômes d'une grossesse - Produits naturels et herbes médicinales Paris 27 avril 2014 pp 45.

Ipuma M., Screening biologique et chimique de bride lia atroviridis et de harungana madagascariensis, plantes utilisée contre les infections des voies urinaires en médecine traditionnelle. UNIKIS, Kisangani, 1989 pp.12.

Jaffre, Y. & Prual A., Le corps des sages-femmes, entre identités professionnelle et

sociale". Sciences Sociales et Santé. France 1993

Kakule., Etude in vitro de l'activité de quelques plantes médicinales soignant la drépanocytose à Kisangani. UNIKIS. , pp 2007

Mosca. D. " 9 mois sans médicaments", Hachette pratique, France 2010. Pp 10 -11.

Moussally K., L'utilisation des plantes médicinales en grossesse : prévalence, déterminants et risque de prématurité, 2009.pp 41- 63

MERGER C : évaluation et traitement de la douleur pelvienne aiguës et chroniques de la femme enceinte, Université de Strasbourg Octobre 2002, 5-6p.

OMS et MSP, RDP lao : Phytothérapie et lutte contre l'ulcère de Buruli dans le district sanitaire de Yamoussoukro Cote d'Ivoire. 2012 pp

OMS : prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement, guide destiné à la sage-femme et au médecin. Genève 2003.

Pakoussi1 T., et al. : Laboratoire de physiologie/pharmacologie, Faculté des Sciences, Université de Lomé, Togo 2006.

Posadzki P. Et Al ; a publié en un article présentant une vue d'ensemble de 50 revues systématiques concernant 50 plantes médicinales différentes 2013.

Rapport Sur Une Enquête portant sur la situation de base de la MT/MC Togo en 2009 pp 87 -104.

Utshudi T., screening chimique et isolement des tanins de la plante aphrodisiaque combretum smeath manu (combrétacée) utilisée dans la médecine traditionnelle à Kisangani. 2003 pp.26.

Hunter J., et al : Clinical dermatologie, 3th Blackwell science, Massachussets, 2003 pp. 189.

Auteurs

- **Nama mwengu Cécile** :
namacecile@gmail.com École de Santé
Publique de l'Université de
Lubumbashi, République Démocratique du
Congo
- **Chuy Kalombola Didier** :
chuykalombola@gmail.com École de Santé
Publique de
l'Université de Lubumbashi, République
Démocratique du Congo
- **Kabamba Kangombe jacques** :
drjkabamba@gmail.com Chercheur
indépendant,
République Démocratique du Congo
- **Kimba Mukanya Pascal** : École de Santé
Publique, Université de Lubumbashi,
République
Démocratique du Congo.
kimbapascal@yahoo.fr
- **Mundongo Tshamba Henri** : École de
Santé Publique et Faculté de Médecine,
Université de Lubumbashi, République
Démocratique du Congo..
h.mundongo@gmail.com
- **Malonga kaj Françoise** : École de Santé
Publique et Faculté de Médecine, Université
de
Lubumbashi, République Démocratique du
Congo. malongafrancoise01@gmail.com
- **Kakoma sakatolo zambezi** : Faculté de
Médecine et Santé publique Université de

Lubumbashi, République Démocratique du
Congo. Jbszkakoma2016@gmail.com

Remerciements :

Au Programme de Renforcement
Institutionnel pour des Politiques de santé
basées sur les
Evidences en République Démocratique du
Congo (RIPSEC). A l'Union Européenne,
pour le
financement de cette étude. A l'École de
Santé Publique de l'Université de
Lubumbashi
(RDC)
A tous ceux qui ont contribué à la
conception, la rédaction, la production et la
diffusion de
l'article.
Les auteurs sont entièrement responsables de
la qualité scientifique de la recherche qui fait
l'objet de la présente publication.