

**Plantes utérotoniques utilisées par les gestantes en phytothérapie au 3^{ème} trimestre de la grossesse à Kalemie province de Tanganyika, 2021.
(Bénéfice, mode de préparation, parties utilisées, doses et conséquence)**

Nama Mwengu Cécile, Lukuntu kitambala hugues, Mulundu Mulundu Trésor, Kabandilwa Sabuni Enock, Lwamba Muganza Justin, Kahumba Bianga Josepn, Kakoma Sakatolo Zambezi

Received; 27/09/2021

Accepted; 30/09/2021

Online Published; 30/09/2021

ARTICLE INFO**En guise d'introduction****Mots clés:**

Gestante

Phytothérapie Utérotonique

3^{ème} Trimestre de la Grossesse

Kalemie RDC

Contexte : L'utilisation du traitement des plantes traditionnelles (phytothérapie) par les gestantes au 3^{ème} trimestre est une pratique bien répandue dans le monde, 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 chercher à identifier clairement les noms des plantes, leurs avantages, mode de préparation, les doses, l'indication et les conséquences de ses plantes par les gestantes. L'objectif de cette étude est de Contribuer à l'archivage de noms des plantes utilisées en médecine traditionnelle par les gestantes au 3^{ème} trimestre de la grossesse et pendant le travail d'accouchement dans la ville de Kalemie, province de Tanganyika.

Méthodes : Nous avons mené une étude qualitative ethnobotanique dans la ville de Kalemie, Province du Tanganyika sur une période de trois mois allant du 19/03 au 17/5/2020. L'étude a porté sur les données de 345 entretiens individuels, approfondis et semi-structurés et neuf focus group, conduits auprès des gestantes et les anciennes accouchées qui ont été sélectionnées de façon raisonnée, et 19 observations directes des plantes médicinales photographiées. Les données qualitatives ont été analysées en contenu par thématique liées à la connaissance des plantes, les pratiques de la phytothérapie, le mode d'utilisations l'avantage, doses et effets secondaires sur la grossesse et pendant l'accouchement.

Résultats : Sur le plan qualitatif, les gestantes nous ont déterminé les noms des plantes utérotoniques utiliser à Kalemie, tels Acha, kikomba, avec l'avantage faciliter l'accouchement, tonifier l'utérus, accélérer les contractions, raccourcir les douleurs de contractions, donner la force, pour ce qui est du mode de préparation la plupart des plantes sont utiliser par voie orale, vaginale et anale par le lavement, les parties utilisées sont plus les feuilles, suivis des racines, pour les doses c'est un litre de la préparation pour le lavement et un gobelet 2 x par jour et comme conséquence fatigue, la diarrhée, vomissement, saignement césarienne.

Conclusion : Nos objectifs spécifiques étaient atteints ceux de : d'évaluer la connaissance des plantes médicinales utilisées chez la gestantes au 3^{ème} trimestre et pendant le travail d'accouchement, déterminer le taux d'utilisation des plantes parmi les gestantes, répertorier les plantes utilisées et les identifier, présenter les noms vernaculaires et scientifiques employés dans la ville de Kalemie, Déterminer les doses et modes de préparation des recettes traditionnelles, présenter les risques et les avantages des plantes utérotoniques.

INTRODUCTION

La médecine traditionnelle basée sur l'utilisation des plantes médicinales pour le traitement de nombreuses maladies, parmi laquelle nous retrouvons la phytothérapie et dilatatrice du col utérin, continue à être utilisée, et au cours de ces dernières années sa popularité n'a fait qu'augmenter dans le milieu rurale comme en milieu urbain. Les pratiques de la médecine traditionnelle varient grandement d'un pays à l'autre et d'une région à l'autre. Elles sont influencées par des divers facteurs connus et non identifier jusque-là à nos jours : nous retrouvons la culture, l'histoire et les philosophies personnelles, l'influence, la conviction personnelle et familiale.

Selon l'OMS, près de 80% des populations des pays en voie de développement de la région d'Afrique ont recours à la médecine traditionnelle. La valorisation des ressources naturelles est une préoccupation qui devient de plus en plus importante dans de nombreux pays. Ainsi, depuis son assemblée générale, l'OMS recommande l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité des médicaments à base des plantes en vue de standardiser leur usage et les intégrer dans les systèmes de soins conventionnels [5]. L'approche ethnobotanique, contraction d'ethnologie et de botanique, est l'étude des relations entre les plantes et l'homme.

Elle permet d'identifier les plantes le plus utilisées en phytothérapie comme utérotoniques et dilatatrice du col utérin remèdes, pour de constituer une base de données des plantes médicinales afin de conserver un savoir ancestral qui s'appuie essentiellement sur une tradition orale. Les informations ethnobotaniques, recueillies dans plusieurs régions du monde estiment que plus de 1123 espèces végétales, soit plus de 725 genres appartenant à 183 familles, sont utilisées pour leurs propriétés utérotoniques et dilatatrice du col utérin [6, 7, 8, 9].

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

ETAT DE LA QUESTION

Huit cent trente (830) femmes environ meurent chaque jour de causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement. La quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans des pays en développement, dont plus de la moitié en Afrique

subsaharienne et près d'un tiers en Asie du Sud¹. Le ratio de mortalité maternelle dans les pays en développement est, en 2015, de 239 pour 100 000 naissances, contre 12 pour 100 000 dans les pays développés¹. En Côte d'Ivoire, en 2012, on a enregistré 612 décès maternels pour 100 000 naissances². Les hémorragies, l'hypertension artérielle et ses complications, les infections représentent l'ensemble des principales complications des décès maternels³.

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).

Le nombre de soins anténatals a augmenté dans de nombreuses parties du monde au cours de la dernière décennie, seules 51% des femmes des pays à faible revenu bénéficient de l'assistance d'un personnel qualifié lors de l'accouchement⁴. Dans certaines régions du monde notamment en Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, des accouchements ont lieu sans l'assistance d'un personnel de santé. L'insuffisance en qualité et en quantité du

personnel soignant, conjuguée à la non-réglementation et la disponibilité en vente libre des médicaments inducteurs du travail d'accouchement tel que l'ocytocine a été identifiée au Pakistan et dans d'autres pays comme contribuant à la mortalité maternelle et néonatale⁵⁻⁷.

En Côte d'Ivoire, 48,4% de la population est féminine avec 49,7% de la population rurale⁸. Ces femmes rurales utilisent des décoctions et autres produits pendant la grossesse, pour induire le travail d'accouchement, faciliter l'accouchement et aider à l'expulsion du placenta. Les femmes citadines ne sont pas en reste car cette pratique étant partie intégrante des us et coutumes. Des études réalisées en Afrique du Sud ont estimé que 43 à 55% des femmes utilisaient ces ocytociques traditionnels pendant la grossesse⁹. Une autre étude au Nigeria a révélé que 62% des femmes interrogées avaient utilisé des médicaments à base de plantes pendant la grossesse¹⁰.

Au Kenya et au Ghana, des accoucheuses traditionnelles fournissaient des médicaments à base de plantes aux femmes pendant la grossesse ou à l'accouchement pour leurs effets utérotoniques¹¹⁻¹³. Le fait que les médicaments traditionnels puissent avoir des effets utérotoniques est un aspect important de santé publique¹⁴. Tandis qu'il peut y avoir un aspect bénéfique pour l'utilisation de préparations traditionnelles dans la

prévention de l'hémorragie du post partum (HPP), leurs effets utérotoniques peuvent également avoir des conséquences défavorables, en particulier s'ils sont utilisés pour induire ou accélérer le travail.

Des études au Malawi et en Ouganda ont suggéré que les médicaments traditionnels pouvaient être impliqués dans une proportion importante de décès maternels^{15,16}. D'autres études ont suggéré que les médicaments à base de plantes seraient impliqués dans des effets indésirables maternels et fœtaux tels que la rupture utérine ou l'asphyxie fœtale¹⁷⁻¹⁹. L'objectif de notre travail était d'évaluer l'impact de la pharmacopée traditionnelle à visée ocytotique sur le déroulement du travail d'accouchement

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 d'une préoccupation majeure de nombreux chercheurs dans notre milieu scientifique, car une très grande partie des gestantes font recourt largement à la phytothérapie utérotonique dans la médecine traditionnelle. Souvent les gens n'ont pas d'autres choix, compte tenu du prix élevé des médicaments, la distance entre les structures de soins, le mauvais accueil du personnel soignant, la taxation forfaitaire des actes médicaux, elles préfèrent recourir à la

tradition qui est moins coûteuse pour stimuler et accélérer l'accouchement.__(**Utshudi J., 2004**).

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.*

Aussi, certaines femmes se tournent vers les plantes médicinales 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**). A Kalemie, le recours à la médecine traditionnelle est largement répandu, et plusieurs remèdes à base de plantes, utilisés individuellement ou en combinaison sont recommandés pour stimuler l'accouchement, accélérer le travail, dilater le col utérin la vaste partie de KISEBWE de cette ville ancestrale et sa célèbre place KAMUKOLOBONDO a abrité la médecine traditionnelle depuis des siècles. A la lumière de ces données, nous avons mené une enquête dans la ville de Kalemie pour définir les objectifs suivants : Cette étude veut répondre à la question de savoir quelles sont les plantes utilisées, les bénéfiques, le mode de préparation, les parties utilisées, les quantités et doses et les risques et conséquence les modes d'utilisation, les risques de la phytothérapie utérotonique au 3^{ème} trimestre

de la grossesse dans la ville de Kalemie province de Tanganyika.

1. Objectif Général

Contribuer à l'archivage de la pharmacopée des plantes traditionnelles utérotoniques.

2. Objectifs Spécifiques

Ces objectifs ont été de :

1. Déterminer la proportion des gestantes qui pratique la phytothérapie dans la ville de KALEMIE ;
2. Décrire les noms vernaculaires et scientifiques des différentes plantes médicinales utilisées,
3. Identifier les motivations, les modes d'utilisation de plantes médicinales, et voie d'administration. ;
4. Relever les risques ou effets secondaires liés à la phytothérapie ou utilisation de plantes médicinales.
5. Déterminer le mode de préparation, dose, manière d'utilisation.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1. DESCRIPTION DU TERRAIN

D'ÉTUDE

ETUDE DU MILIEU

La ville de Kalemie est située dans la province de Tanganyika. (Nouvelle province issue du découpage du grand KATANGA en 2016)

Kalemie, anciennement Albertville (d'après Albert Ier de Belgique), est une ville chef-lieu de la province du Tanganyika (ancienne province du Katanga) en République

démocratique du Congo. Elle est, avec Baraka, l'une des principales villes de la côte occidentale du lac Tanganyika. Kalemie est le point de départ d'une ligne de chemin de fer de la Société nationale des chemins de fer du Congo qui rejoint la ligne nord-sud (Kindu-Lubumbashi) à la ville de Kabalo. D'une superficie totale de 30 000 km², Kalemie s'étale des monts verdoyants du Graben (Rift Valley) jusqu'aux eaux bleues du Lac Tanganyika.

SITUATION GEOGRAPHIQUE, LIMITES ET ACCES

La ville de Kalemie est limitée au Nord par le territoire de Fizi (Sud Kivu), au Sud, par le territoire de Moba, à l'Est par le Lac Tanganyika et la Tanzanie et à l'Ouest par le territoire de Manono et de Nyunzu.

La ville se divise en trois parties : la bordure du lac et le centre commercial traversé d'un bout à l'autre par le boulevard Lumumba, bordé de vieilles boutiques, d'hôtels et de magasins divers.

POPULATION D'ETUDE

La ville de Kalemie à une population totale de 573.412 Habitants avec 1 HGR de Kalemie, 1 CSR Undugu, cliniques universitaires, clinique d'état, centre médical opérationnel type A(CMOA), Hôpital SNCC et plusieurs CS.

Organisation traditionnelle

La population d'étude d'où est tiré notre échantillon d'étude appartient à ville de Kalemie qui comprend 3 communes : de Kalemie, du Lac et de la Lukuga avec la présence d'un maire Repartie en deux zones de santé.

3. TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude qualitative et 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 qualitative (QUAL) qualitative durant laquelle l'équipe de recherche s'est posée des questions de pouvoir comprendre/expliciter les résultats obtenus en apportant ainsi une clarification et une explication de ces derniers (Creswell, 2011).

Les méthodes de collecte et d'analyse des données QUAL ont été complètes avec la collecte et l'analyse de la phase-2 QUALI (BUJOLD et al., 2016).

La ressource constituée des résultats de la phase-1 QUALI a permis d'identifier les catégories d'informateurs-clés et obtenir les explications débouchant sur les résultats d'un échantillon raisonné d'informateurs clés sur les noms des Plantes et de leur mode d'emploi. (CRESWELL).

4. Echantillonnage : participants à l'étude.

Période de l'étude qui a eu lieu du 19 Mars au 12 Mai 2020, Soit 3 MOIS

(1). Participants à la phase qualitative.

Notre échantillon d'étude était constituée de toutes les gestantes de la ville de Kalemie ayant utilisé les produits naturels dans la même ville 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 (N= 291).

Nous avons exclu de notre étude toutes les femmes qui n'avaient pas utilisé les plantes pour un quelconque accouchement, celle n'ayant pas consenti de collaborer avec nous.

Nous avons considéré toutes les gestantes qui ont été reçues à la CPN, les centres de santé, celles qui sont venues au cours de notre période d'étude (19 mars – 12 Mai) Nous avons réalisé une sélection des participants par choix raisonné, les anciennes accouchées qui avaient utilisé les plantes pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

2.5. Collecte des données

Dans la phase qualitative, la collecte des données s'est effectuée grâce à une fiche de collecte (checklist) des données établie en français, Swahili.

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 ont été saisies en Word, encodées avec Excel version 2013, traitées et analysées statistiquement à l'aide du logiciel Epi info 7.3.5.1.

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)

7. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Cette étude a été conduite dans un respect des principes éthiques de la recherche scientifique, le consentement éclairé, le respect de la dignité de la personne, la considération de la personne humaine de toute catégorie, la participation libre et volontaire.

8. Contraintes et difficultés rencontrées.

- Résistance suite au manque d'argent
- Difficultés de citer nominalement les noms de plantes
- Hésitation de s'ouvrir aux enquêteurs sur terrain
- Demande de monnayer l'information avant de s'exprimer

9. Limites du travail :

- Non enregistrement des toutes les plantes utilisées

- Manque de la couverture de toute la ville
- Absence de certaines plantes citées à cause de la distance et du confinement imposé parmi les mesures de lutte contre le Covid-19

RESULTATS

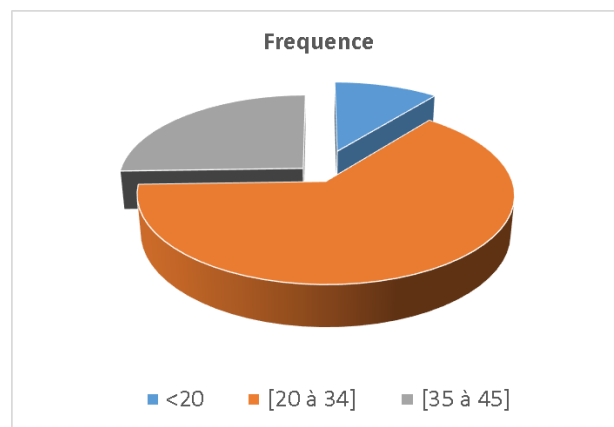


Fig 1. Ages des enquêtées

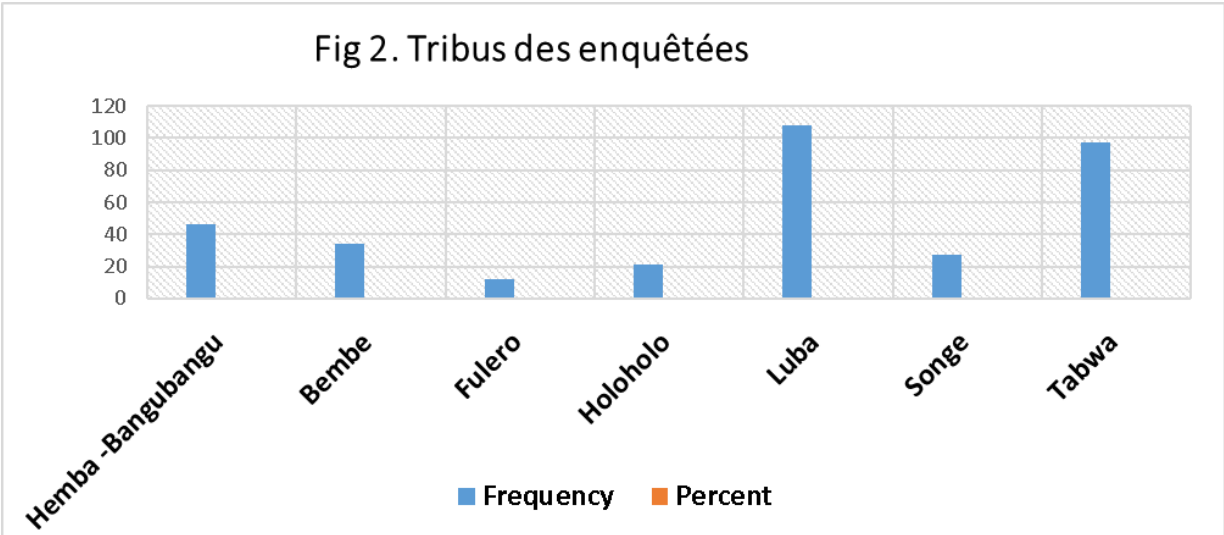
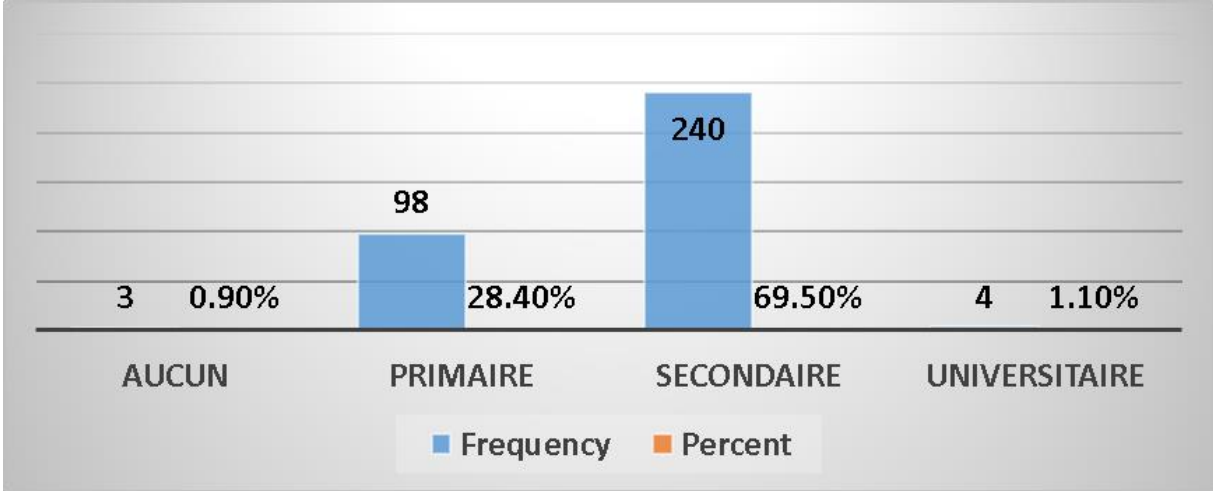
Tableau I. Caractéristiques socio démographiques des répondantes

Profession	Fréquence	Pourcentage
Marchandes	70	20,2
Cultivatrices	39	11,3
Employée	1	0,3
Enseignantes	19	5,5
Etudiante	2	0,6
Ménagère	214	62
Total	345	100
Etat civil		
Célibataire	1	0,3
Divorcé	2	0,6
Marié	329	95,3
Veuf ou Veuve	13	3,7
Total	345	100

Les ménagères ont été majoritaires avec plus de la moitié, 62% des enquêtées contre 0,3% seulement d'employée. Le fait que même les femmes ayant un niveau d'étude quelconque ne soit pas employée en tant tel fait alors que plus de la moitié soient ménagères. Le mariage est un autre fait qui éventuellement

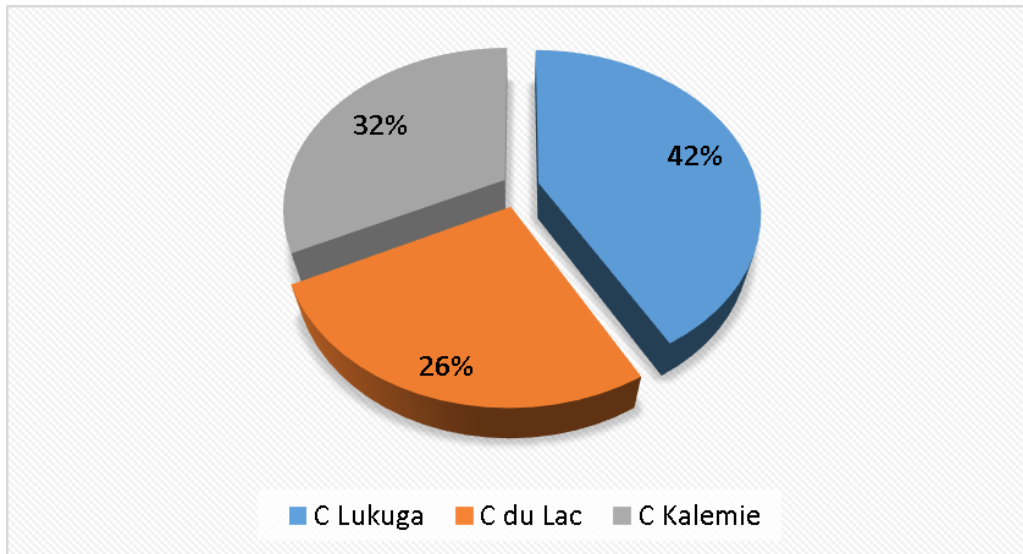
amène les femmes aux tâches exclusivement ménagères au détriment de leur niveau d'étude

Fig 1. Niveau étude des gestantes enquêtées dans la ville de Kalemie



Tribu des gestantes enquêtées

Fig 3. Adresse des gestantes des enquêtées



Religion des gestantes enquêtées

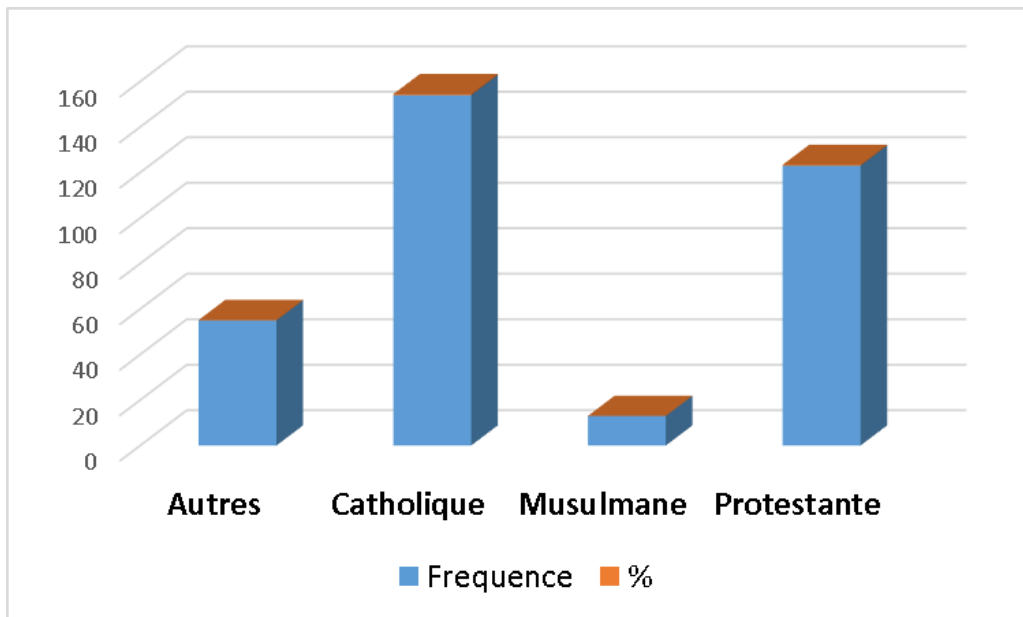


Tableau II. Répartition des gestantes selon la Parité, la Gestité, l'avortement et les décès

Formule obstétricale	Fréquence	Pourcentage
Parité		
Primipares	82	23,7
Multipares	225	65,2
Grandes Multipares	38	11,0
Total	345	100
Gestité		
Multi gestes	275	79,7
Grandes multi gestes	70	20,2
Total	345	100
Avortements		
Zero (0)	305	88,40
Un (1)	32	9,27
Deux (2)	4	1,15
Trois (3)	2	0,61
Quatre (4)	1	0,28
Cinq (5)	1	0,28
Total	345	100,0
Décès		
Zero (0)	317	91,88
Un (1)	21	6,08
Deux (2)	4	1,15
Trois (3)	2	0,57
Six (6)	1	0,28
Total	345	100,0

La simple multiparité reste prépondérante sur les autres statuts matrimoniaux avec plus de la moitié (65,2%) du total des gestantes enquêtées contre la grande multiparité qui fait moins d'1/4 de l'ensemble des répondantes. Cela a correspond à une Gestité dont la plupart sont des

multigestes à plus d'1/3. Les avortements et les décès s'avèrent rares dans cette communauté des répondantes avec respectivement 86,2%, 92,4 pour Zéro avortement contre 0,3% pour 5cas d'avortements ou 6 décès enregistrés. Ceci montre un niveau élevé de respect des mesures élémentaires dans l'usage des plantes qui furent pour ce faire un moyen d'évitement essentiel.

Tableau III. Les noms de 46 plantes médicinales utilisées au troisième trimestre de la grossesse par les 345 gestantes enquêtes

Noms de plantes	Fréquence	%	Noms des plantes (suite)	Fréquence	%
Abi	1	0,3	Kitompwa	7	2,0
Aloé	10	2,8	Koboko pakanwa	1	0,3
Anjunju	3	0,8	Kosa kosa	1	0,3
Asobe	7	2,0	Lenda	20	5,7
Bifagiyo ya asili ou Lukombo	55	15,9	Lungangani	3	0,8
Bikoti koti	1	0,3	Lunkudji	1	0,3
Buta bwa kanyengelele	3	0,8	Majani ya sungura	10	2,8
Gombo(Mulenda)	7	2,0	Maji mbeo	5	1,4
Kakoko	3	0,8	Mayani ya Sungura	2	0,5
Kandundu	5	1,4	Mizizi ya papayi dume	15	4,3
Kankununu	2	0,5	Mushe (Musha ou Musheshe)	68	19,7
Kansegeme(Kansemene)	6	1,7	Mufutu	1	0,3
Kanunka nunka	4	1,1	Mukalankata	2	0,5
Kashisha	15	4,3	Mukundekunde	1	0,3
Kasokopio	2	0,5	Mulebelebe	2	0,5
Kaswati	4	1,1	Mulolo	2	0,5
Kavijwa	1	0,3	Mulundeni	1	0,3
Kibindabana	1	0,3	Munga	4	1,1
Kifumbe	6	1,7	Munkalakata	2	0,5
Kihondo	2	0,5	Mukundekunde	1	0,3
Kikolwa	1	0,3	Musashi + Mupenda Bakole	1	0,3
Kikuyu(Mukuyu)	44	12,7	Tchibemba	3	0,8
Kilembe lembe	2	0,5	Tondomono	5	1,4
Kilolwa	1	0,3	Total	345	100

Lukombo est la plante la plus connue et plus utilisée avec 15,9% après Musheshe (Mousha ou Mushe) qui occupe la première place avec 19,7% contre Abi, Koboko pakanwa, Kosakosa, Lunkudji, Mufutu, Mukundekunde, Kavijwa, Kibindabana, Mulundeni Mukundekunde,

Musashi + Mupenda, Bakole, kikulwa, Bikoti koti qui n'ont été citées que par 0,3% des gestantes. Il se pourrait que ces deux plantes soient les plus accessibles possibles, sans conséquences redoutables mais aussi et surtout avec des effets les plus probants sur les attentes des gestantes.

Tableau IV. Les conséquences reconnues par les plantes médicinales

Conséquences	Fréquence	Pourcentage
Accouchement prématuré	10	2,8
Avortement	120	34,7
Mort in utero	37	10,7
Mort par surdosage	31	8,9
Pas de conséquence	112	32,4
Risque d'intoxication	33	9,5
Rupture utérine	1	0,3
Total	345	100

L'avortement est la conséquence la plus reconnue par environs 1/3 des femmes en cas de non-respect des mesures élémentaires malgré sa rareté, contre la rupture utérine qui arrive en dernier lieu avec 0,3%

Tableau V connaissance sur le dosage de plantes utilisables

Doses	Fréquence	Pourcentage
1 Irrigateur	221	64,0
1 Verre	39	11,3
1/2 Irrigateur	60	17,3
Dans un bassin	4	1,1
Pas de dose exigée	3	0,8
Petite Quantité	18	5,2
Total	345	100

Les plantes médicinales sont souvent utilisées par voie rectale, car plus de la moitié (64,0%) utilisent l'irrigateur et cela 1 irrigateur équivalent à un 1 1/2 : une frange de 0,8% par contre déclare l'absence d'une quelconque dos

Tableau VI. Moment d'utilisation et effets secondaires des plantes chez la gestante au troisième trimestre

Moment d'utilisation	Fréquence	Percent
A partir de 7 mois	80	23,1
A partir de 8 mois	58	16,8
A partir de 9 mois	78	22,6
Pendant le travail	129	37,3
Total	345	100
Effets secondaires		
Aucun	339	98,2
Fatigues	4	1,1
Nausées	1	0,3
Vertiges	1	0,3
Total	345	100

La phytothérapie plus utilisée au troisième trimestre est plus spécifique avant le travail chez 216/345 gestantes. Toutefois au cours de la même période, 129/345 utilisaient les plantes ne fût-ce que pendant le travail. En tout, il appert que les plantes n'ont pas d'effets secondaires redoutables si ce n'est la fatigue enregistrée par 1,1%

Tableau VII. La partie de la plante la plus utilisée

Quelle est la partie de la plante utilisée ?	Fréquence	Pourcentage
Ecorces	105	30,4
Feuilles	122	35,3
Fruits	6	1,7
Plantes entières	32	9,2
Racines	79	22,8
Tige feuillée	1	0,3
Total	345	100

Plus d'1/3 utilisaient les feuilles de plantes avec 35,3% de cas. Les tiges par contre ne sont d'usage que pour 0,3% du total gestantes

Tableau VIII. Indications de la phytothérapie

Indications	Fréquence	Pourcentage
Accélération de contraction	86	24,9
Changement de position	19	5,5
Contraction utérine	10	2,8
Evite des fausses couches	5	1,4
Evite les césariennes	2	0,5
Facilite la sortie de l'enfant sans problème	29	8,4
Facilite l'accouchement	85	24,6
Ouverture du col (effacement du col et dilatation du col)	109	31,5
Total	345	100,0

La plupart des gestantes ont fait recours à la phytothérapie 24,4% en vue d'ouverture du col et donc effacement du col ou sa dilatation

Tableau IX. Les voies d'utilisation des plantes

Les voies d'administration de plantes médicinales	Fréquence	Pourcentage
Orale	43	12,1
Rectale	292	82,5
Vaginale	19	5,4
Total	354	100,0

La majorité des plantes est utilisées par les gestantes à Kalemie est d'usage rectale avec 82,5%.

DISCUSSION DES RESULTATS

Les résultats de notre présente étude sur les noms des plantes utérotoniques utilisées par les gestantes en phytothérapie au 3^{ème} trimestre de la grossesse à Kalemie en 2020 sont connus par les gestantes et leurs utilisation est fréquentes par presque la majorité des gestantes et accouchées partant du Bénéfice, mode de préparation, manière d'utilisation, parties utilisées, doses et conséquence. 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 en comparant le milieu rural au milieu urbain.

Les limites de cette étude qui figurent au point indiquent que nous ne pouvons pas extrapoler les résultats de ville de Kalemie aux autres villes, 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 ressemblance des plantes et le mode d'utilisation. Malgré les limites mentionnées, les résultats quantitatifs et qualitatifs de cette étude nécessitent d'être discutés.

Au plan quantitatif, l'interview fait aux 345 femmes sur la connaissance des noms des plantes utérotoniques utilisés ainsi que leurs

indications ont été révéler. Nous allons discuter respectivement l'âge des utilisatrices, leurs niveaux d'étude, leur Gestité, leur parité, leur état matrimonial, leur tribu la voie d'administration, mode d'utilisation, les effets secondaires, le risque et conséquences des plantes sur les femmes enceintes dans la ville de Kalemie.

En ce qui concerne les tranches d'âge, celle de 20 à 34 ans étaient représentée à hauteur de 64,21%. 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) et celui de Nama qui avait trouvé a Mukabe que la tranche qui utilise cela beaucoup reste identique que ceux de la ville de Kalemie.

Cette observation pourrait être liée au fait que les jeunes filles sont habitués à utiliser les plantes médicinales depuis le bas âges avant d'atteindre 18 ans, dans certaines contrées, à l'instar de notre terrain de recherche, les filles mères préfèrent rentrer à l'école pour compléter le cycle et c'est ce qui explique cela. Des difficultés sont observées pour ces jeunes femmes pour l'accroissement des enfants et les protéger, étant donné qu'elles sont trop jeunes et avec beaucoup d'enfants et occupations pour supporter leur vie quotidienne.

Pour ce qui est du niveau de l'instruction, Nama avait trouvé dans son travail que 8,22 % de ses enquêtées à Mukabe kasari avaient un niveau d'étude secondaire, tandis que l'étude présente révèle que 69,5 % des enquêtées de la ville de Kalemie ont un niveau secondaire. Ses résultats s'éloignent de loin et montrent que à Mukabe les femmes n'étudient pas et prouve à suffisance que les femmes de Kalemie sont instruites, à cause de plusieurs organismes qui sont sur place et cela influence beaucoup pour trouver de l'emploi il faut présenter un papier d'étude. **Rachdi et al.**, avaient indiqué que les parturientes analphabètes étaient les plus représentées avec 16,8 %. Mais l'étude de Kalemie prouve 0,9 % d'analphabète ce qui expliquerait bien que soit un milieu reculé la plupart des parents prennent soins d'amener leurs enfants à l'école sans discrimination comme à Mukabe kasari on privilégie les garçons d'abord au détriment des filles. (**Rachdi et al., 1992**).

En ce qui concerne l'état matrimonial, les résultats indiquent que la majorité (95,7%) de nos participantes étaient mariées, suivies de 3,7 % étaient des veuves, nos résultats se rapprochent un peu sur l'état de mariage 91,13% de ce que NAMA et PRUAL avaient chacun trouvé sur l'état de mariage qui se rapprochaient parce que c'était dans un milieu rurale ou les filles se gardent pour attendre leur mariage et cela s'éloignent sur le plan de divorcées à 5,13% et veuvage à Kalemie 3,7

% . Cette observation explique et appuie la notion selon laquelle les femmes sont mariées plusieurs fois à chaque fois qu'elles divorcent trouvent déjà un nouveau mari.

NAMA 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 pour nous 11 % sont grandes multipares à la différence avec le récit 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.

Près de 5 enquêtées sur 10 (49,04%) appartenaient à la tribu Babangu, suivies par celles de Bena kadilo avec 10,19% des enquêtées. La tribu la moins représentée étant les Baluba avec 1,92%. Cela corrobore aux études similaires menées en Afrique subsaharienne : 50,4% en Ethiopie et 50,0% à Harare (Zimbabwe) que ce sont plus les originaires du milieu qui utilisent plus la phytothérapie. Notre étude vient confirmer ce que les autres ont dit, pour nous les tribus les plus représentées est les Luba et les Tabwa qui sont originaires du coin.

Concernant l'utilisation de la phytothérapie notre étude révèle que 96 % des enquêtées

connaissaient les noms des plantes et les plus cités étaient Mushe ou musheshe à 17,7%, Bifagiyo ya asili ou lukombo à 15,9%, Kikuyu ou Mukuyu à 12,7 % , Kashisha et le Mizizi ya Kipapayo ndume à 15 ;4 % , Tondomono à 1,4% ainsi que les Kifumbe, Kaswali, Kanunka, Kandundu, Munga à 1%. L'étude menée par Lae logo a montré que 73,1% des femmes avaient utilisé des médicaments à base de plantes qu'elles métrisaient pendant la grossesse et Hachem-Dabaghian avait documenté que 67% des 600 femmes enceintes utilisent au moins un des médicaments à base de plantes qu'elles connaissaient tels que le Kifuvia au cours de leur grossesse actuelle ou antérieure. Nous avons noté que les Africaines, qui sont issues de différentes tribus utilisent aussi les plantes à l'instar de celles de la tribu Luba, tabwa et hololo de la ville de Kalemie.

Il ressort de cette enquête que les plantes des familles *des Euphorbiaceae*, *des Rubiaceae* *des Caesalpiniaceae*, et *des Meliaceae* sont particulièrement bien connues par les populations interrogées, sont largement utilisées, et contribuent au traitement de nombreuses maladies, utilisées soit seules, soit en association avec d'autres espèces. La plupart des recettes utilisées sont préparées soit par macération, infusion ou décoction et sont administrées dans la plupart des cas par voie orale.

En ce qui concerne la partie de la plante médicinale qui est utilisée, notre étude a révélé que les feuilles (35,3 %) et les écorces (30,4%) suivi des racines à (22,8 %) sont plus utilisées par les femmes enceintes a kalemie tandis que dans l'eudes de NAMA a mukabe et MOUSLEY (36,67%) étaient des racines. Nos résultats corroborent ceux de la littérature. En effet, plusieurs études ethnobotaniques menées par les chercheurs ont montré que les feuilles avaient été la partie principalement utilisée dans diverses préparations thérapeutiques. On pourrait s'inquiéter de la surutilisation des feuilles des plantes médicinales, mais les études menées par **Poffenberger** ont montré que la suppression de 50% des feuilles d'un arbre ne modifie pas significativement sa survie. En outre, la fréquence d'utilisation élevée de feuilles peut être expliquée par l'utilisation élevée par l'aisance et la rapidité de la récolte, mais aussi par le fait qu'elles sont le siège de la photosynthèse et parfois du stockage des métabolites secondaires responsables des propriétés biologiques de la plante. Par contre, l'étude réalisée par **Bene** a montré que les racines, dans 10% des cas étaient le deuxième groupe d'organes les plus utilisés après les feuilles Notre étude a indiqué des résultats contraires à ceux évoqués ci-haut.

En rapport avec les voies d'administration, la voie rectale est la plus utilisée à 82,5 %, orale à 12,1% et vaginale à 5,4 %. **N'guessan E.et**

Dibong Et All., Ont également constaté que 94,44% des répondantes avaient utilisé la voie orale ce qui contraire avec notre étude de la ville de Kalemie ; La différence constatée dans les modes d'administration , pourrait être due à la différence des plante, aux différentes cultures des peuples, la tribu et les habitudes **Vangah-Manda** pour sa part indique que les groupes ethniques Akan dans la région côtière de la Côte-d'Ivoire utilisent 24 espèces de plantes engagées dans les effets ocytocine. Ces plantes représentent 7,97% de toutes les plantes connues. Adjanooun et Ake Aussi avaient signalé 5 espèces de plantes, ou 1,65% du répertoire des taxons identifiés au cours de leur étude sur les plantes médicinales de Côte-d'Ivoire tandis que dans notre étude les gestantes disent avoir utilisé cela tout au long de leur grossesse.

Au plan qualitatif, Cette étude veut répondre à la question de savoir quelles sont les plantes utilisées, les bénéfiques, le mode de préparation, les parties utilisées, les quantités et doses et les risques et conséquence et risques les modes d'utilisation, de la phytothérapie utérotonique au 3^{ème} trimestre de la grossesse dans la ville de Kalemie province de Tanganyika.

Ceci peut s'expliquer par le fait qu'elle aide beaucoup les femmes enceintes. Parmi les résultats qualitatifs, l'interprétation et les implications de cette perception peuvent être

aussi débattues. Notre débat peut concerner essentiellement les noms des plantes, les indications, le mode de préparation, la dose, la partie utilisée et la quantité à prendre pour pratique de la phytothérapie qui est indiquée pour : « accélérer les contractions, faciliter l'accouchement, dilater les cols utérin et éviter les complications ». Les résultats qualitatifs ont indiqué quelques grandes orientations, à savoir :

Retard dans l'accouchement, Position (haute) du fœtus, fatigue de la gestante, hypo- ou hypercinésie utérine, et Mort fœtale in utero avec les conséquences possibles qui peuvent être épuisement, vertige, hémorragie et conduit aux césariennes.

Les avantages / effets la phytothérapie utérotoniques sont ceux de nettoyer la voie vaginale par les antiseptiques, traiter les infections par les antibiotiques, **tuer les vers intestinaux** par les antiparasitaires, **diminuer ou arrêter l'hémorragie** par les hémostatiques et la voie rectale est plus rapide parce que elle nettoie déjà les anses et laisse libre la voie de sortie.

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. Beaucoup de choses ont changé depuis que la dernière stratégie mondiale a été présentée en 2002. 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.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que : la population de l'Est utilise essentiellement des arbres et des herbes (végétation à tendance savane boisée) ; la population du Centre utilise plutôt uniquement des arbres (végétation à prédominance forestière) ; la population de l'Ouest, mélange herbes, arbres et plante entière (végétation : savane et forêt) ; la population du Sud consomme plus les herbes de la végétation à tendance savane herbacée. (Mesia K., 2011).

CONCLUSION

A l'issue de ce travail, il en ressort que le recours à la médecine traditionnelle est largement répandu, et plusieurs remèdes à base de plantes, utilisés individuellement ou en combinaison sont recommandés pour stimuler l'accouchement, accélérer le travail, dilater le col utérin la vaste partie de KISEBWE de cette ville ancestrale et sa célèbre place KAMUKOLOBONDO a abrité la médecine traditionnelle depuis des siècles.

La phytothérapie demeure une pratique encore largement utilisée par la population, malgré le développement socioéconomique et la meilleure prise en charge médicale des malades.

L'enquête ethnobotanique a révélé pas moins d'une quarantaine de plantes recensées et présumées posséder des propriétés utérotoniques et dilatatrices du col utérin.

Afin de compléter ce travail et dans le but d'identifier le(s) composé(s) actif(s) à partir des extraits possédant une activité utérotonique et élucider leur mécanisme d'action, nous envisageons : - La constitution d'un herbier et de spécimens des plantes recensées.

- La réalisation d'une étude phytochimique approfondie qui consiste en la purification, l'identification, caractérisation des composés actifs.

- L'élucidation de leur mécanisme d'action potentiel à différents niveaux : régénération des cellules. Enfin, comme le recommande l'OMS, la validation de l'usage des drogues végétales comme remède traditionnel dans la prise en charge de la femme enceinte.

REFERENCES

5. OMS (Organisation mondiale de la Santé). Principes méthodologiques généraux pour la

recherche et l'évaluation relatives à sante de mere 2018

5. OMS (Organisation mondiale de la Santé). Principes méthodologiques généraux pour la recherche et l'évaluation relatives à

Guerrier G, Oluyide B, Keramarou M, Grais R. High maternal and neonatal mortality rates in northern Nigeria: an 8-month observational study. *Int J Women's Health* 2013;5:495-9.

6- Jeffery P, Das A, Dasgupta J, Jeffery R. Unmonitored intrapartum oxytocin use in home deliveries: evidence from Uttar Pradesh, India. *Reprod Health Matters* 2007;15:172-8.

9- Mabina MH, Pitsoe SB, Moodley J. The effect of traditional herbal medicines on pregnancy outcome. The King Edward VIII Hospital experience. *S Afr Med J* 1997;87(8):1008-10.

10- Olusanya BO, Alakija OP, Inem VA. Non-uptake of facility-based maternity services in an inner-city community in Lagos, Nigeria: an observational study. *J BiosocSci* 2010;42(3):341-58.

11- Boerma JT, Baya MS. Maternal and child health in an ethnomedical perspective: traditional and modern medicine in coastal Kenya. *Health Policy Plan* 1990;5(4):347-57.

12- Eades CA, Brace C, Osei L, LaGuardia KD. Traditional birth attendants and maternal mortality in Ghana. *SocSci Med* 1993;36(11):1503-7.

13- Sindiga I. Towards the participation of traditional birth attendants in primary health

care in Kenya. *East Afr Med J* 1995;72(7):459-64.

14- Flandermeyer D, Stanton C, Armbruster D. Uterotonic use at home births in low-income countries: a literature review. *Int J GynecolObstet* 2010;108(3):269-75.

15- Kongnyuy EJ, Mlava G, van den Broek N. Facility-based maternal death review in three districts in the central region of Malawi: an analysis of causes and characteristics of maternal deaths. *Womens Health Issues*. 2009 Jan-Feb;19(1):14-20

16- Mbonye AK. Risk factors associated with maténal deaths in health units in Uganda. *Afr J Reprod Health* 2001 ; 5(3):47-53.

17- Umeora OU, Egwuatu VE. The role of unorthodox and traditional birth care in maternal mortality. *Trop Doct* 2010 ; 40(1):13-7.

18- Gennaro S, Dugyi E, Doud JM, Kershbaumer R. Health promotion for childbearing women in Rubanda, Uganda. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002 ; 16(3):39-50.

19- Katsoulis LC, Veale DJ, Havlik I. The pharmacological action of Rhoicissustridentata on isolated rat uterus and ileum. *Phytother Res* 2000 ; 14(6):460-2.

20- Koné V. et al. Intérêt de la cardiotocographie dans des souffrances fœtales aiguës A propos de 291 cas colligés au CHU de Yopougon (Service de gynécologie-Obstétrique) Thèse. Médecine. Abidjan. 2001

- 21- Organisation Mondiale de la Santé (1995.C), Soins à la mère et au nouveau-né dans le centre de santé. Rapport d'un groupe de travail technique ; Geneve, 8-12 Novembre 1993.
- 22- James DK. High Risk Pregnancy: Management Options. 3rd edition. Philadelphia: Saunders; 2006.
- 23- Sibley LM, Sipe TA. Transition to skilled birth attendance: is there a future role for trained traditional birth attendants? *J Health Popul Nutr* 2006;24(4):472-8.
- 24- V. Tripathi et al. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 120 (2013) 16–22
- 25- The North Staffordshire Changing Childbirth Research Team. A randomised study of midwifery caseload care and traditional 'shared-care' Midwifery (2000) 16, 295-302.
- 26- World Health Organization. WHO Statement regarding the use of misoprostol for postpartum hemorrhage prevention and treatment. Geneva: WHO; 2009.
- 27- World Health Organization. WHO recommendations for the prevention of postpartum hemorrhage. Geneva: WHO; 2007.
- 28- Ezechi OC, Mabayoje P, Obiesie LO. Ruptured uterus in South Western Nigeria: a reappraisal. *Singapore Med J* 2004;45:1110–6.
- 29- Shaikh NB, Shaikh S, Shaikh F, Raishem. Uterine rupture : an ongoing tragedy of motherhood. *Med Channel* 2013;19:24–8.
- 30- Ara J, Naheed K, Kazmi F, Sial SS. Uterine rupture : a catastrophic complication. *J Rawalpindi Med Coll* 2010;12 -36–9.
- 31- Hassan N, Sirichand P, Zaheen Z, Shaikh F. Uterine rupture at LUMHS: a review of 85 cases. *J Liaquat Uni Med Health Sci* 2009;8:158 –8.
- 32- Jonsson M. Use and misuse of oxytocin during delivery. Uppsala: Uppsala University; 2009.
- 33- Nisar N, Sohoo NA. Emergency peripartum hysterectomy: frequency, indications and maternal outcome. *J Ayub Med Coll Abbottabad* 2009;21:40–49.
- 34- Qazi Q, Akhtar Z, Khan K, Khan AH. Woman health; uterus rupture, its complications and management in teaching hospital bannu, pakistan. *Maedica (Buchar)* 2012 ; 7:41–50.
- 35- Guerrier G, Oluyide B, Keramarou M, Grais R. High maternal and neonatal mortality rates in northern Nigeria : an 8-month observational study
- 36- Aka e, horo a, koffi a, fomba m, konan jmp, fanny m, toure e, mamourou k. Ocytocique traditionnel : impact sur le déroulement du travail et l'accouchement sur une cohorte de 210 femmes a la maternite du CHU de Yopougon a Abidjan -cote d'ivoire)

Auteurs :

• Nama Mwengu Cécile,
namacecile@gmail.com École de Santé
Publique de l'Université de Lubumbashi,
République Démocratique du Congo

• Lukuntu kitambala hugues,
lukuntukitambalahuguesjohannes@gmail.com
Faculté de Médecine et Santé publique
Université de Likasi, République
Démocratique du Congo.

• Mulundu Mulundu Trésor :
darwintresor77@gmail.com École de Santé
Publique de l'Université de Lubumbashi,
République Démocratique du Congo.

• Kabandilwa Sabuni Enoch :
enockkabs@gmail.com : Ecole de santé
publique de Kalemie, République
Démocratique du Congo

• Lwamba Muganza Justin. Faculté de sociale
politique et administrative, Université de
Kalemie, République Démocratique du
Congo. lwambajustin@gmail.com

Kahumba bianga josepn. Faculte de
pharmacie, Université de
Lubumbashi, République Démocratique du
Congo. kahumbadjo@gmail.com

• Kakoma Sakatolo Zambezi. Faculté de
Médecine et Santé publique Université de
Lubumbashi, République Démocratique du
Congo. Jbszkakoma2016@gmail.com

Remerciements :

Aux étudiants NEPA MBAYO Adalbert,
OMARI MWAMBA Héritier, TAMASHA
SALEH Beauté, et NGOYI SENSELE
Etienne de GIII Santé publique de
L'Université de Kalemie dans la province de
TANGANYIKA en République
Démocratique du Congo 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.