

RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PMA SUR L'AVORTEMENT : KINSHASA, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Juin – Août 2024



RÉSULTATS CLÉS :

L'avortement provoqué est un phénomène courant à Kinshasa, en RDC, avec environ 77 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2023. La plupart des femmes expliquent qu'elles sont soit trop jeunes, soit célibataires, soit sans ressources financières pour mener leur grossesse à terme.



Plus de la moitié des avortements provoqués à Kinshasa sont non sécurisés ; parmi celles qui ont avorté, 53% ont indiqué avoir utilisé d'autres moyens que la chirurgie ou l'avortement médicamenteux pour mettre un terme à leurs grossesses.



Parmi celles qui ont avorté, 53% ont adopté une méthode contraceptive après leur avortement. Les femmes non mariées et sans enfant sont plus nombreuses à avoir reçu une contraception post-avortement.

L'AVORTEMENT EN RDC : LES CONDITIONS LÉGALES DE L'AVORTEMENT RÉCEMMENT ÉLARGIES

L'avortement est un phénomène courant à Kinshasa, en République Démocratique du Congo (RDC), avec une incidence estimée à 55-56 avortements pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans en 2016.^{1,2} Nombre de ces avortements mènent à des complications nécessitant des soins post-avortement, dont certains se soldent par des décès maternels. En réponse aux problèmes de santé liés à l'avortement non sécurisé, le gouvernement a décriminalisé l'avortement provoqué en 2018, le rendant légal en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste, de malformation du fœtus, et lorsque la grossesse met en danger la santé physique ou psychologique de la femme. En 2020, en accord avec le protocole de Maputo, le ministère de la santé a émis des recommandations pour la pratique de l'avortement jusqu'à 14 semaines de gestation, tout en éliminant les obstacles d'accès aux soins pour un avortement sécurisé. Le nouvel environnement légal et les pratiques changeantes de l'avortement nécessitent une réévaluation de l'incidence et des conditions de réalisations de l'avortement pour suivre les progrès et guider les réformes en cours.

L'ÉTUDE DE PMA SUR L'AVORTEMENT À KINSHASA

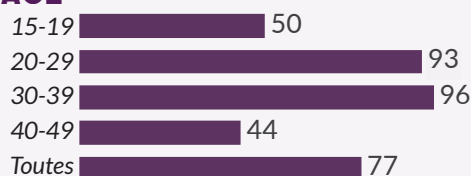
Entre Juin et Août 2024, Performance Monitoring for Action (PMA) a conduit une enquête pour générer des estimations actualisées et plus détaillées de l'incidence et de la sécurité de l'avortement à Kinshasa pour l'année 2023. L'étude se base sur des données représentatives des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et sur leurs propres expériences de l'avortement ainsi que celles de leurs plus proches confidentes. Des informations additionnelles sur l'échantillonnage, le questionnaire de l'enquête et la méthodologie des confidentes se trouvent à la fin de ce résumé et sont décrites de manière plus détaillée ailleurs.

L'AVORTEMENT EST UN PHÉNOMÈNE COURANT À KINSHASA, PARTICULIÈREMENT AU DÉBUT DE LA VIE REPRODUCTIVE DES FEMMES

Au total, on estime que l'incidence de l'avortement à Kinshasa se situe autour de 77 avortements pour 1000 femmes de 15-49 ans (intervalle de confiance à 95% : 58-95) en 2023. L'avortement est le plus fréquent chez les femmes de 20 à 39 ans, mariées, ayant un certain niveau d'études secondaires et ayant au moins un enfant.

INCIDENCE ANNUELLE DE L'AVORTEMENT (POUR 1000 FEMMES) SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES À KINSHASA, 2023 (N=2408)

AGE



NIVEAU D'ÉTUDES



ACTUELLEMENT MARIÉES



Taux/1 000 femmes 15-49+

NOMBRE D'ENFANTS

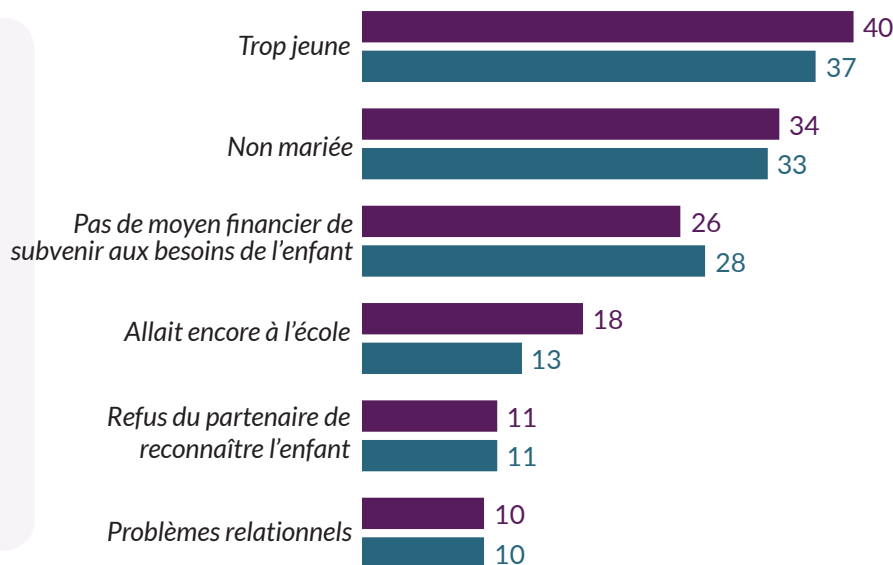


Taux/1 000 femmes 15-49+

+Les estimations de l'incidence de l'avortement proviennent des données ajustées des confidentes.

RAISONS PRINCIPALES DU RECOURS A L'AVORTEMENT*

Les raisons d'avorter varient selon le cycle de vie d'une femme, mais sont souvent liées aux grossesses accidentelles survenues lorsque la femme ne pouvait assumer la responsabilité de s'occuper de l'enfant en raison de son jeune âge, de l'absence d'un partenaire stable ou d'un manque de moyens financiers.



*Une femme pouvant avancer plusieurs raisons

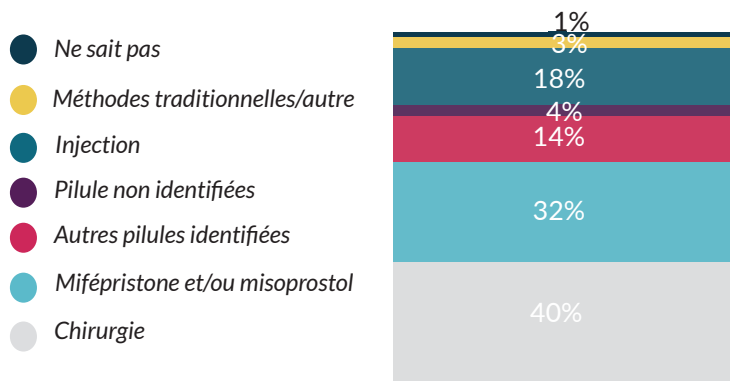
● 2021 ● 2023

LE MANQUE D'INFORMATION ET LE DÉSIR DE CONFIDENTIALITÉ INFLUENCENT LES PARCOURS DE SOINS D'AVORTEMENT

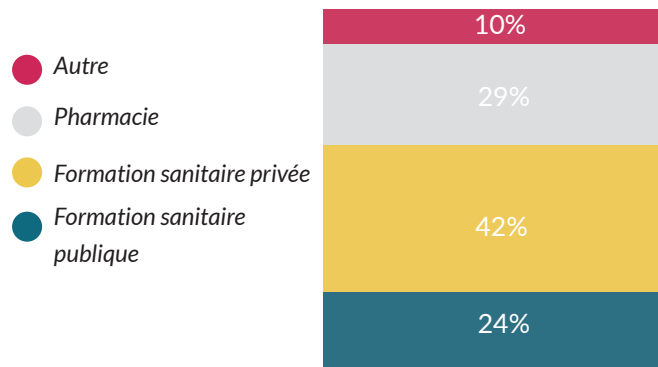
Malgré la loi récente, de nombreuses femmes ne connaissent pas les conditions légales dans lesquelles l'avortement provoqué est autorisé en RDC ; seules 20% savent que la loi permet l'avortement dans certaines circonstances. Les adolescentes, les femmes sans ou avec peu d'éducation formelle, et les femmes les plus pauvres sont moins informées que les autres.

De même, près d'une femme sur quatre (23%) ne connaît pas de méthode d'avortement sécurisé (c'est-à-dire l'avortement chirurgical ou médicamenteux), particulièrement les adolescentes et les femmes non mariées. Les femmes ont recours à différentes méthodes d'avortement et sources de soins, et 34% ont indiqué avoir utilisé plusieurs méthodes. La chirurgie (35%) et l'avortement médicamenteux (31%) sont les méthodes les plus courantes, et les formations sanitaires privées (40%) et les pharmacies (26%) sont les sources de soins les plus fréquemment utilisées.

MÉTHODE D'AVORTEMENT*



SOURCE DES METHODES D'AVORTEMENT*



*Les estimations des méthodes et sources d'avortement proviennent des répondantes (n=307).

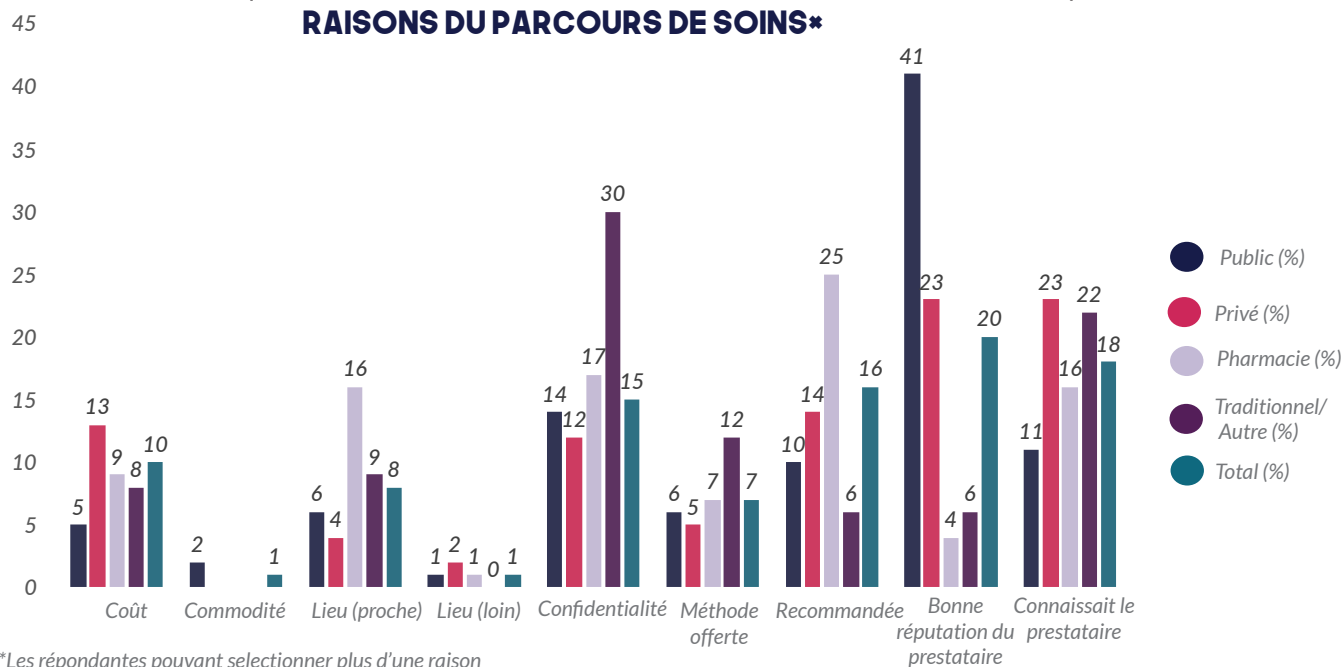


Parmi celles ayant rapporté l'expérience d'avortement au cours de 2023, 22% des femmes ont utilisé des comprimés pour un avortement médicamenteux obtenus en dehors d'une formation sanitaire à un moment ou un autre de leur parcours de soins. Ces femmes tendent à avoir un niveau d'études plus élevé et à ne pas être mariées.

Prise de décision

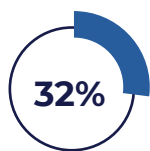
Le fait de connaître son prestataire est la raison la plus courante du choix du parcours de soins (18%) pour les femmes qui se sont rendues dans une formation sanitaire privée (24%), alors que la réputation du prestataire est la raison la plus courante pour celles se sont rendues dans une formation sanitaire publique (42%). Le désir de confidentialité est la raison la plus courante des femmes qui se sont tournées vers une source traditionnelle/autre (30%) ou une pharmacie (17%).

RAISONS DU PARCOURS DE SOINS*

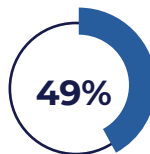


*Les répondantes pouvant sélectionner plus d'une raison

De nombreuses femmes rencontrent des difficultés d'accès aux soins d'avortement



des femmes ont déclaré qu'il leur a été un peu ou très difficile de payer leur avortement. Les femmes plus jeunes, avec un niveau d'études moins élevé et plus pauvres sont plus nombreuses à avoir rencontré des difficultés d'accès.

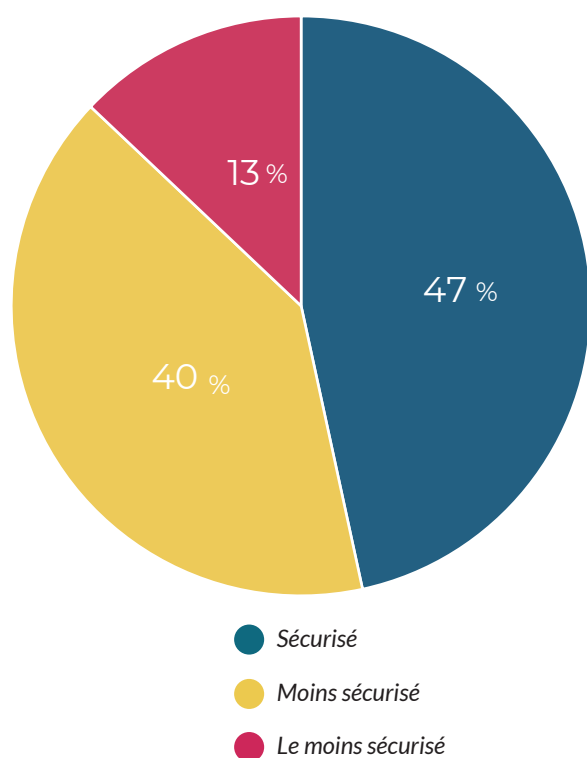


ont affirmé qu'une partie de leur paiement consistait en un "pourboire". Le versement de pots de vin est plus commun parmi les femmes qui ont été prises en charge dans des formations sanitaires privées.

MALGRÉ LA RÉFORME DE LA LOI, DE NOMBREUX AVORTEMENTS SONT NON SÉCURISÉS

Plus de la moitié des avortements sont non sécurisés (53%), impliquant ni chirurgie dans une formation sanitaire ni avortement médicamenteux (misoprostol avec ou sans mifepristone). Ces chiffres sous-estiment probablement l'incidence des avortements non sécurisés dans la mesure où de nombreuses femmes qui ont eu un avortement chirurgical ou médicamenteux décrivent des avortements incomplets nécessitant un traitement additionnel. Les résultats suggèrent que les femmes plus jeunes et les femmes avec moins de ressources financières ont plus de risque d'avoir un avortement non sécurisé.

DISTRIBUTION DES NIVEAUX DE SÉCURITÉ DE L'AVORTEMENT SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'OMS *



*Les estimations de la sécurité de l'avortement proviennent des répondantes (n=306).

DÉFINITIONS DE PMA SUR LA SÉCURITÉ DE L'AVORTEMENT

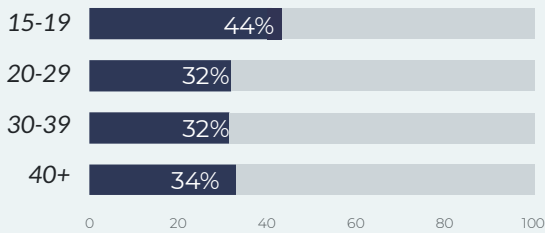
La sécurité de l'avortement est classée en trois catégories en accord avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).³ Cette définition reflète les changements récents des recommandations pour l'avortement sécurisé de l'OMS, qui incluent désormais l'avortement médicamenteux autoadministré.⁴ Les catégories de sécurité sont les suivantes :

1. Sécurisé : chirurgie en milieu clinique ou avortement médicamenteux
2. Moins sécurisé : chirurgie d'une source non clinique ou méthode non recommandée délivrée dans une formation sanitaire
3. Le moins sécurisé : pas de méthode recommandée, ni de source clinique

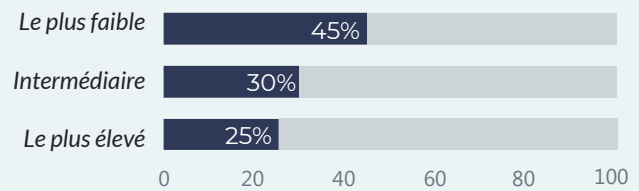
*Les catégories « moins sécurisé » et « le moins sécurisé » sont considérées comme des avortements non sécurisés.

POURCENTAGE D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS CONSIDÉRÉS COMME NON SÉCURISÉS SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES DES FEMMES (N=612)*

AGE



TERTILE DE BIEN-ÊTRE ÉCONOMIQUE



*Les estimations de la sécurité de l'avortement proviennent des répondantes.

DES SOINS APRÈS AVORTEMENT DE QUALITÉ SONT NÉCESSAIRES POUR TRAITER LES COMPLICATIONS RÉSULTANT DES AVORTEMENTS NON SÉCURISÉS

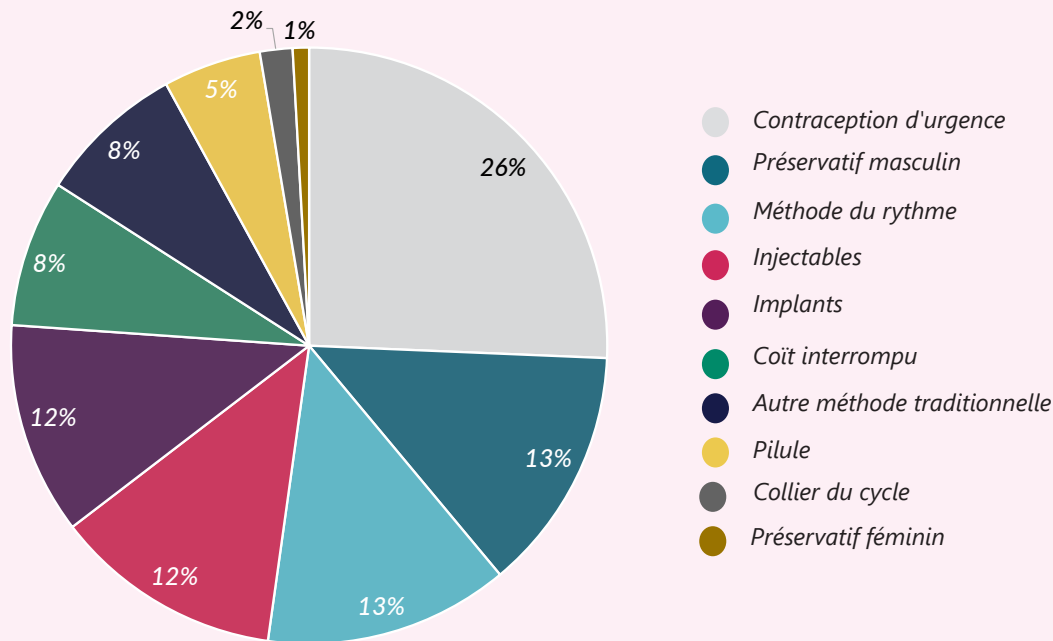
Six femmes sur dix ont indiqué avoir eu des complications potentiellement graves : fièvre, pertes vaginales ou complications requérant une intervention chirurgicale. Les femmes non mariées (67%) ont plus de risque d'avoir des complications potentiellement graves. Parmi les femmes ayant connu des complications graves, sept sur dix ont indiqué avoir obtenu des soins dans une formation sanitaire.

La contraception post-avortement

Des services de planification familiale post-avortement ont été offerts à 26% des femmes qui ont réalisé leur avortement dans une formation sanitaire publique/privée ou une pharmacie.

53% des femmes ont adopté une méthode contraceptive après leur avortement. Les femmes non mariées et sans enfant sont plus nombreuses à avoir reçu une contraception post-avortement. Les méthodes contraceptives les plus courantes après un avortement sont la contraception d'urgence (29%), le condom masculin (15%), la méthode du rythme (15%), les injectables (14%) et les implants (13%).

MÉTHODE ADOPTÉE APRÈS L'AVORTEMENT



RECOMMANDATIONS

Les résultats indiquent que les femmes à Kinshasa recourent à l'avortement et souvent dans des conditions non sécurisées pour réguler leur fécondité lorsqu'elles ont une grossesse non désirée ou une grossesse qu'elle ne peuvent mener à terme. L'avortement est le plus fréquent chez les femmes de 20 à 39 ans, mariées, ayant un certain niveau d'études secondaires et ayant au moins un enfant. La moitié de femmes affirment qu'une partie de leur paiement consiste en un pot de vin. Le versement de ces pots de vin est plus commun parmi les femmes qui ont été prises en charge dans des formations sanitaires privées. De nombreuses femmes rapportent des complications, même lorsqu'elles utilisent des méthodes recommandées et reçoivent des soins dans des formations sanitaires, et un tiers d'entre elles ne reçoivent aucun soin après avortement. Les femmes non mariées ont plus de risque d'avoir des complications potentiellement graves à la suite des avortements. À la lumière de ces résultats, les actions suivantes pourraient être entreprises pour réduire l'avortement et ses impacts négatifs sur la santé maternelle :

- Augmenter les informations sur les méthodes et services de planification familiale, y compris en milieu scolaire, et améliorer l'accès aux méthodes contraceptives pour prévenir les grossesses non désirées.
- Informer le public et les prestataires de santé sur les circonstances spécifiques dans lesquelles l'avortement est légal en RDC.
- Former les prestataires de santé aux services d'avortement selon les protocoles recommandés.
- Assurer la disponibilité des soins d'avortement sécurisé et après-avortement de qualité à toutes les femmes qui en ont besoin autant que la loi le permet, particulièrement dans les centres de santé primaire.
- Impliquer les prestataires de santé et le public pour générer plus de conscience sur les conséquences de l'avortement non sécurisé.

Mener ensemble, ces actions peuvent réduire significativement l'incidence de l'avortement non sécurisé, ses complications et les inégalités associées, ainsi diminuer le nombre de décès maternels évitables liés à l'avortement qui ont lieu chaque année à Kinshasa.

¹ Chae, S., P. K. Kayembe, J. Philbin, C. Mabika and A. Bankole (2017). "The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016." PLOS ONE 12(10): e0184389; ²Ishoso, D. K., A. K. Tshetu, T. Delvaux and Y. Coppieters (2019). "Extent of induced abortions and occurrence of complications in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo." Reproductive health 16(1): 1-8; ³Ganatra, B., et al. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet. 2017; 390(10110): 2372-8; ⁴World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. 2022. Geneva: WHO.

Modèle d'échantillonnage

Dans la province de Kinshasa, PMA collecte des informations sur les connaissances, les pratiques et la couverture des services de planification familiale dans 58 zones de dénombrement sélectionnées en utilisant une approche d'échantillonnage par grappes stratifiées en deux étapes au niveau urbain. Les résultats sont représentatifs au niveau provincial. Les données de PMA à la Phase 4 ont été collectées entre juin et août 2024 auprès de 1829 ménages (taux de réponse de 96,2%), 2408 femmes de 15-49 ans (taux de réponse de 94,7%). Pour plus d'informations sur l'échantillonnage et obtenir les ensembles de données complets, consultez www.pmata.org/countries/democratic-republic-congo.

Depuis la troisième phase (2022), nous avons ajouté un module sur l'avortement pour estimer l'incidence et la sécurité de l'avortement parmi les femmes enquêtées et un échantillon de substitution constitué de leurs confidentes les plus proches. Cette approche indirecte part du postulat que l'échantillon des confidentes est similaire à celui des répondantes, que ces dernières connaissent les expériences d'avortement de leurs confidentes, et qu'elles auraient plus de chance de rapporter les avortements de leurs amies que les leurs. Des informations additionnelles sur l'approche de la confidente et ce module sur l'avortement sont détaillées ailleurs [Bell, S. O., M. Shankar, E. Omoluabi, A. Khanna, H. K. Andoh, F. OlaOlorun, D. Ahmad, G. Guiella, S. Ahmed et C. Moreau (2020). "Social network-based measurement of abortion incidence: promising findings from population-based surveys in Nigeria, Cote d'Ivoire, and Rajasthan, India." *Population Health Metrics* 18(1): 1-15; Bell, S. O., E. Omoluabi, F. OlaOlorun, M. Shankar et C. Moreau (2020). "Inequities in the incidence and safety of abortion in Nigeria." *BMJ Global Health* 5(1): e001814.]. Les pourcentages présentés dans ce résumé ont été arrondis et pourraient ne pas s'additionner à 100%.

PMA utilise une technologie mobile et des enquêtrices résidentes pour mener des enquêtes capables de restituer des résultats rapidement afin de surveiller les indicateurs clés de santé et planification familiale en Afrique et en Asie. PMA RDC est dirigée par l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa via le Centre de Recherche Patrick Kayembe (CRPK). William H. Gates Sr. Institute for Population and Reproductive Health apportent leur soutien général à l'étude. PMA est financée par la Fondation Bill & Melinda Gates, et le module sur l'avortement a été financé par la Fondation Packard