

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

Décembre 2021 – Avril 2022



RÉSULTATS CLÉS :

L'avortement provoqué est un phénomène courant au Kongo Central, en RDC, avec environ 44 avortements pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 2021. La plupart des femmes expliquent qu'elles sont soit trop jeunes, soit célibataires, soit sans ressources financières pour mener leurs grossesses à terme.



42% des avortements provoqués sont non sécurisés, utilisant d'autres moyens que la chirurgie ou l'avortement médicamenteux pour mettre un terme à la grossesse.



Six femmes sur 10 ont rapporté des complications potentiellement graves : fièvre, pertes vaginales ou complications nécessitant une intervention chirurgicale, et seulement 63% d'entre elles ont recherché des soins après avortement (SAA) auprès d'une formation sanitaire.

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

L'avortement est un phénomène courant en République Démocratique du Congo (RDC), avec une incidence estimée à 55-56 avortements pour 1000 femmes entre 15 et 49 ans en 2016 à Kinshasa,^{1,2} aucune estimation similaire n'existe pour le Kongo Central. Nombre de ces avortements mènent à des complications requérant des soins après 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 psychologique et physique ou la vie 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. L'environnement légal et les pratiques changeantes de l'avortement nécessitent de suivre les progrès pour guider les réformes en cours.

L'ÉTUDE DE PMA SUR L'AVORTEMENT AU KONGO CENTRAL

Entre décembre 2021 et avril 2022, Performance Monitoring for Action (PMA) a conduit une enquête pour générer des estimations de l'incidence et la sécurité de l'avortement au Kongo Central. L'étude se base sur des données représentatives des femmes en âge de procréer (15-49 ans) concernant leurs propres expériences de l'avortement ainsi que celles de leurs plus proches confidentes. Des informations additionnelles sur l'échantillonnage et la méthodologie de l'enquête se trouvent à la fin de ce résumé et sont décrites de manière plus détaillée ailleurs.

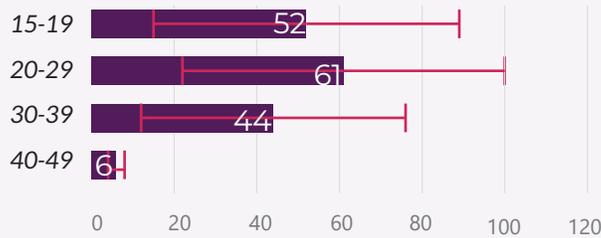
L'AVORTEMENT EST UN PHÉNOMÈNE COURANT AU KONGO CENTRAL

Au total, l'enquête a trouvé environ 44 (intervalle de confiance [IC] de 95%, 23-66) avortements pour 1000 femmes de 15 à 49 ans au Kongo Central, en RDC, en 2021. Ceci équivaut à environ 51 000 avortements. L'incidence de l'avortement est plus élevée chez les femmes avec un plus haut niveau d'études, les femmes non mariées, et les femmes sans enfant.

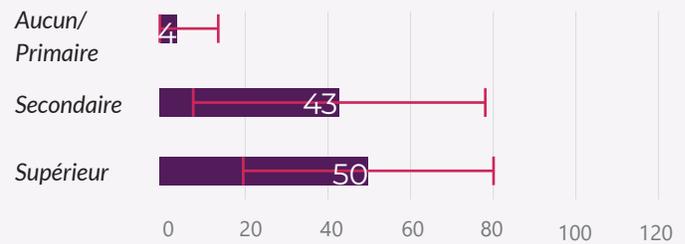
La violence entre partenaires intimes et violence au sein de ménage au cours de l'année précédant l'enquête sont plus courantes chez les femmes qui ont eu un avortement cette même année (67% et 24%, respectivement) en comparaison à celles qui ont indiqué ne pas en avoir eu (20% et 15%, respectivement).

INCIDENCE ANNUELLE DE L'AVORTEMENT AU KONGO CENTRAL SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES, 2021 (N=1586)

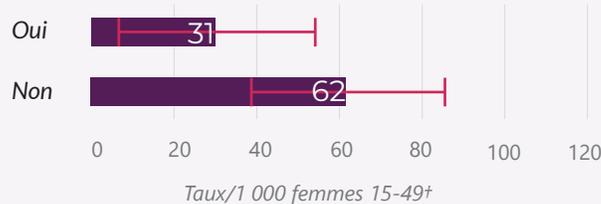
AGE



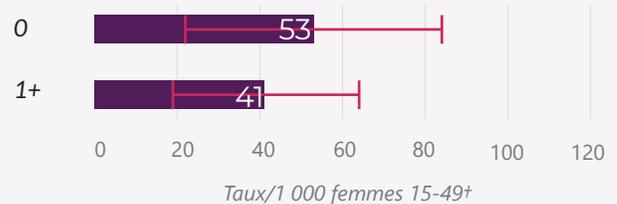
NIVEAU D'ÉTUDES



ACTUELLEMENT MARIÉES



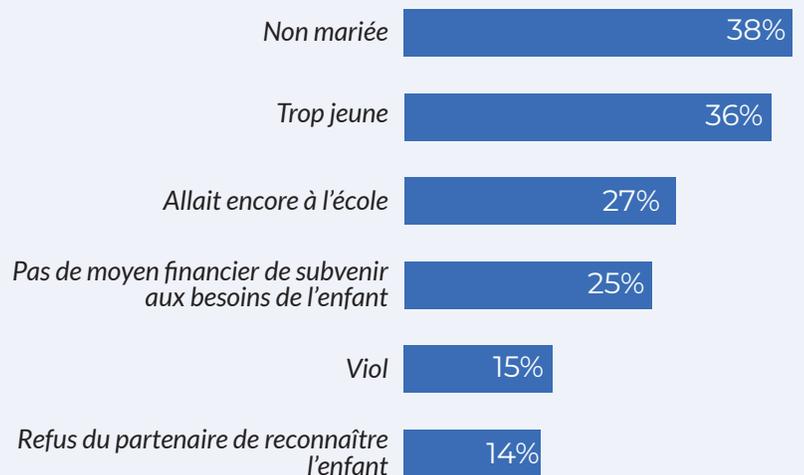
NOMBRE D'ENFANTS



*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 la 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, du fait que la grossesse est survenue hors mariage, ou d'un manque de moyens financiers. D'autres raisons citées comprennent le fait de subir des violences sexuelles et d'autres problèmes relationnels.

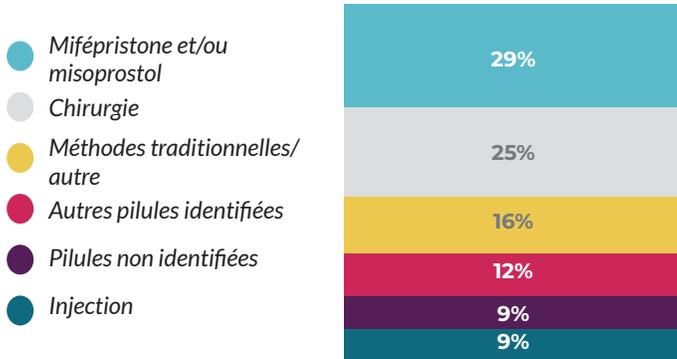


LE MANQUE D'INFORMATION ET LE COÛT INFLUENCENT LES PARCOURS DE SOINS DE L'AVORTEMENT

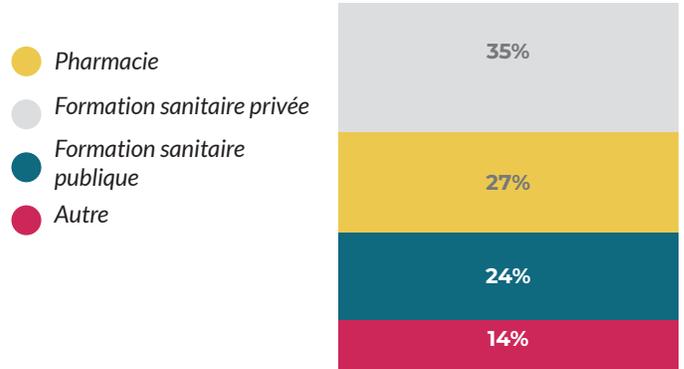
Malgré les lois récentes, un tiers des femmes ne connaissent pas les conditions légales dans lesquelles l'avortement provoqué est autorisé en RDC ; les adolescentes, les femmes avec peu ou aucune éducation formelle, et les femmes sans enfant sont moins informées que les autres. De la même manière, 42% des femmes ne connaissent aucune méthode d'avortement sécurisé (c'est-à-dire l'avortement chirurgical ou médicamenteux), à commencer par les adolescentes, les femmes avec peu ou aucune éducation formelle, les femmes mariées et les femmes les plus pauvres.

Les femmes ont recours à différentes méthodes d'avortement et sources de soins, et 44% ont indiqué avoir utilisé plusieurs méthodes. L'avortement médicamenteux (29%) et la chirurgie (25%) sont les méthodes les plus courantes, tandis que les pharmacies (35%) et les formations sanitaires privées (27%) sont les sources de soins les plus fréquemment utilisées.

MÉTHODE D'AVORTEMENT*



SOURCE DE L'AVORTEMENT*



*Les estimations des méthodes et sources d'avortement proviennent des répondantes (n=148).

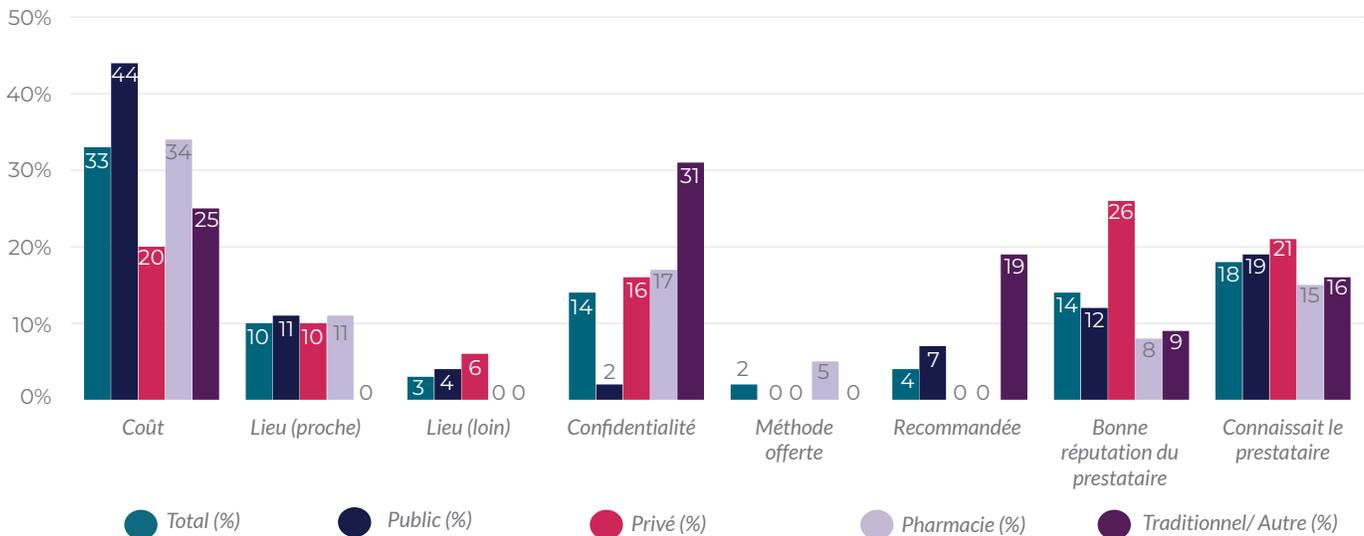


des femmes ont géré elles-mêmes leurs avortements en utilisant l'avortement médicamenteux obtenu en dehors d'une formation sanitaire dans leurs parcours de soins. Ces femmes tendent à avoir un plus haut niveau d'études, à être mariées, et sans enfant.

Prise de décision

Le coût est la raison la plus courante du parcours de soins (33%) pour les femmes qui se sont rendues dans une formation sanitaire publique (44%) et en pharmacie (34%), tandis que la réputation du prestataire est la raison la plus courante des femmes qui se sont rendues dans une formation sanitaire privée (26%). Le désir de confidentialité est la raison la plus courante des femmes qui se sont tournées vers des sources traditionnelles/d'autre type (31%).

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 assez ou très difficile de payer leur avortement. Les femmes avec un niveau d'études moins élevé et les femmes plus pauvres sont plus nombreuses à avoir rencontré des difficultés d'accès.

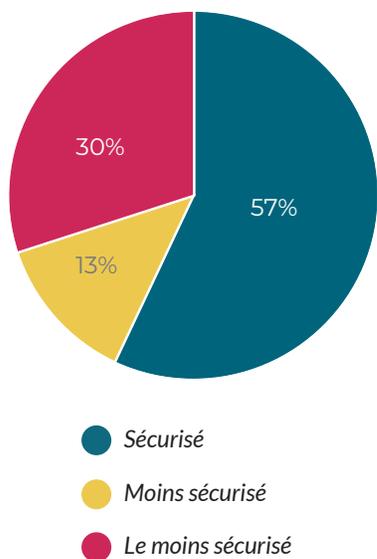


ont affirmé qu'une partie de leur paiement consistait en un pot de vin. Le versement de pots de vin est plus commun parmi les femmes qui ont été prises en charge dans des formations sanitaires publiques.

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

Près de la moitié des avortements sont non sécurisés (43%), impliquant ni chirurgie dans une formation sanitaire ni avortement médicamenteux (misoprostol avec ou sans mifépristone). Cela sous-estime probablement l'incidence de l'avortement non sécurisé dans la mesure où de nombreuses femmes qui ont eu un avortement chirurgical ou médicamenteux en RDC décrivent des avortements incomplets nécessitant un traitement additionnel. Les résultats suggèrent que les femmes avec un niveau d'études moins élevé et les femmes célibataires ont le 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=148).

DÉFINITIONS DE LA 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

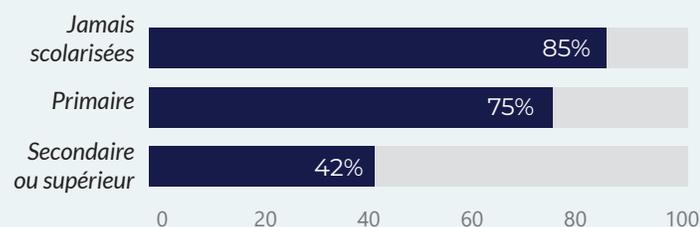
*Les catégories « moins sécurisé » et « le moins sécurisé » sont considérées comme des avortements non sécurisés.

« Je connaissais que l'avortement avait des risques tels que je peux mourir ; je peux saigner trop. »

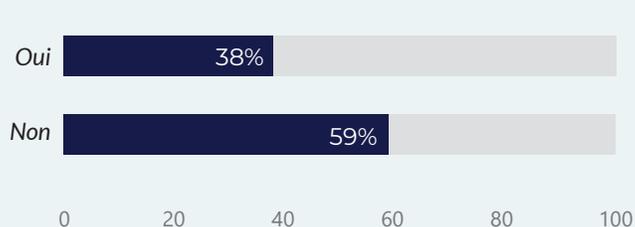
Femme vivant avec son partenaire, 25 ans et 2 enfants au moment de l'avortement

POURCENTAGE DES AVORTEMENTS PROVOQUÉS CONSIDÉRÉS COMME NON SÉCURISÉS SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES (N=156)*

NIVEAU D'ÉTUDES



ACTUELLEMENT MARIÉES



*Les estimations de la sécurité de l'avortement sont basées sur les données ajustées des confidentes.

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

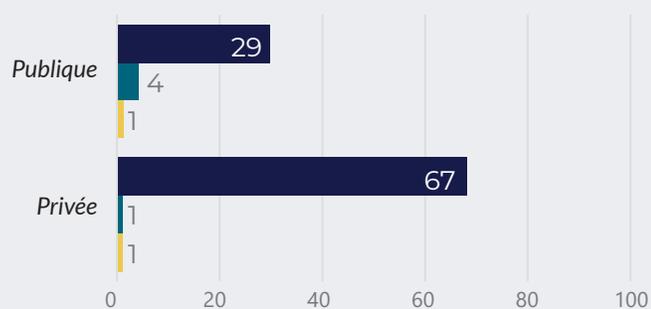
61% des femmes ont indiqué avoir eu des complications potentiellement graves : fièvre, pertes vaginales ou complications nécessitant une chirurgie. Les femmes avec peu ou aucune éducation formelle ont plus de risque d'avoir eu des complications potentiellement graves. Seules 63% des femmes qui ont eu des complications graves ont indiqué avoir obtenu des soins après avortement (SAA) dans une formation sanitaire.

Disponibilité des SAA

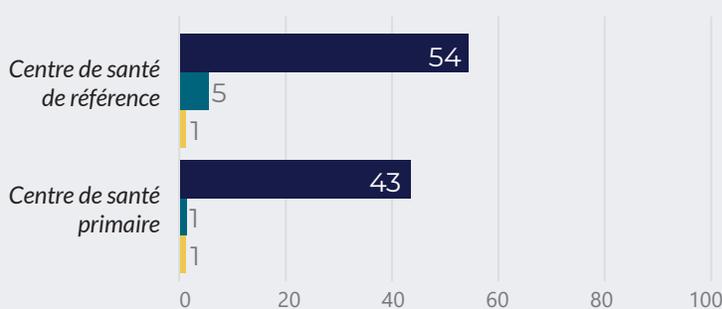
Globalement, 47% des formations sanitaires au Kongo Central ont rapporté avoir traité des complications liées à un avortement dans les trois mois précédant l'enquête. Toutefois, seules 2% disposaient de tous les éléments pour réaliser des SAA de base*, et seulement 1% tous les éléments des SAA complets**. Néanmoins, même si peu de formations sanitaires disposent de tous les éléments, nombre d'entre elles ont la capacité de fournir la plupart de ces éléments.

POURCENTAGE DES FORMATIONS SANITAIRES FOURNISSANT DES SAA DE BASE ET COMPLETS, PAR CARACTÉRISTIQUE DES FORMATIONS SANITAIRES (N=80)

AUTORITÉ DE GESTION



TYPE DE FORMATION SANITAIRE



● Tout SAA

● SAA de base

● SAA complets

*Les SAA de base comprennent : un(e) ou plusieurs médecins, infirmier/ère diplômé(e), sage-femme diplômé(e), personnel du service obstétrique présent(e) s ou de garde en permanence, des antibiotiques injectables, des utérotoniques injectables, du misoprostol, un aspirateur en état de marche, des fluides pour intraveineuse, et toute méthode contraceptive moderne à courte durée d'action en stock. Les méthodes contraceptives modernes à courte durée d'action comprennent les pilules contraceptives, les pilules contraceptives à progestatif seul, le préservatif masculin, le préservatif féminin, les contraceptifs injectables à progestatif seul, les contraceptifs injectables combinés et la contraception d'urgence.

**Les SAA complets comprennent : tous les éléments des SAA de base plus le fait d'avoir effectué une transfusion sanguine dans les trois derniers mois, avoir effectué une césarienne dans les trois derniers mois, avoir un ou plusieurs médecins et toutes méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (LARC). Les résultats des SAA sont estimés à partir des données d'évaluation de la prestation des services (SPA) de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS), 2017-2018.

« Quand, j'ai remarqué que j'étais enceinte, je m'étais dit, qu'avec ce que je gagne maintenant, je ne pourrai pas m'occuper de cet enfant. J'avais besoin encore de travailler pour amasser assez d'argent et cette grossesse pouvait me faire perdre mon travail. C'était donc choisir entre conserver mon boulot et laisser poursuivre la grossesse. »

Femme vivant avec son partenaire, 18 ans et aucun enfant au moment de l'avortement

« C'était de mauvaise qualité. Il donnait des comprimés sans nom, il n'avait aucun sens de suivi, en gros il se foutait complètement de ma santé, tout ce qui lui importait c'était son argent. »

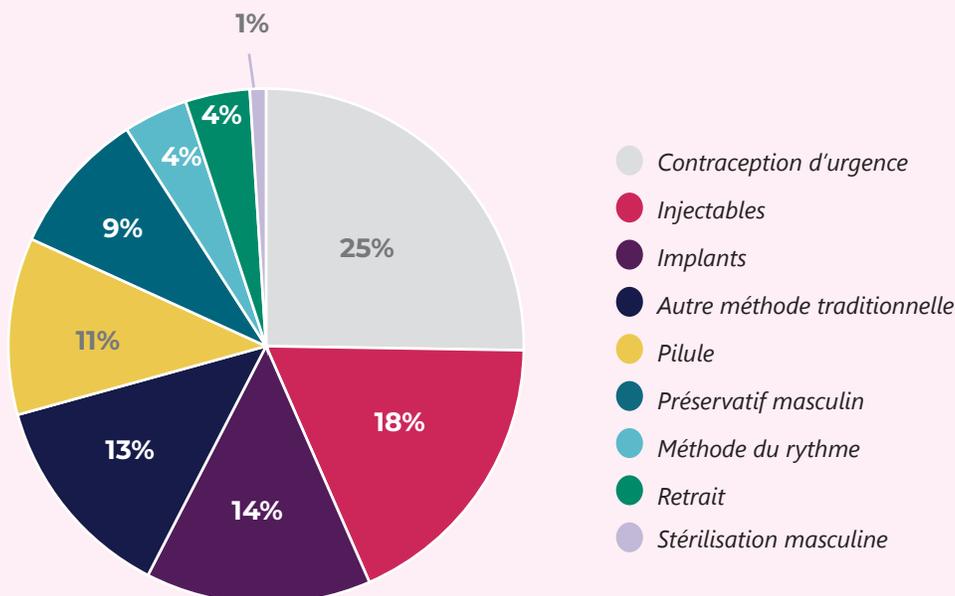
Femme vivant avec son partenaire, 23 ans et 1 enfant au moment de l'avortement

La contraception post-avortement

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

35% des femmes ont adopté une méthode de contraception après leurs avortements. Les femmes célibataires, sans enfant, et plus aisées ont plus de chances d'adopter la contraception après un avortement. Les méthodes contraceptives les plus fréquemment adoptées après un avortement sont la contraception d'urgence (25%) et les contraceptifs injectables (18%), suivis des implants (14%) et des méthodes traditionnelles (13%). Les femmes qui ont réalisé leur dernier avortement dans une formation sanitaire publique sont plus nombreuses à avoir adopté la contraception post-avortement (51%), suivies des femmes qui se sont rendues en pharmacie (40%).

MÉTHODE ADOPTÉE APRÈS L'AVORTEMENT



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.

RECOMMANDATIONS

Les résultats indiquent que les femmes au Kongo Central ont souvent recours à l'avortement –souvent dans des conditions non sécurisées –pour réguler leur fécondité lorsqu'elles ont une grossesse non désirée ou qu'elles ne peuvent mener à terme. De nombreuses femmes ont des complications, même lorsqu'elles utilisent des méthodes recommandées et qu'elles reçoivent des soins dans des formations sanitaires, et une proportion importante d'entre elles ne reçoivent aucun soin après avortement. Les jeunes femmes et les femmes de milieux défavorisés sont moins nombreuses à savoir que l'avortement sécurisé est légal dans de nombreuses circonstances, de connaître une méthode d'avortement sécurisé, et d'avoir un avortement sécurisé. À la lumière de ces résultats, les actions suivantes pourraient être entreprises pour réduire l'avortement non sécurisé et ses impacts négatifs sur la santé maternelle :

- Augmenter les informations sur les méthodes et services de planification familiale, y compris dans les programmes scolaires, et améliorer l'accès aux méthodes de contraception 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 aux soins d'avortement selon les protocoles recommandés.
- Assurer la disponibilité des soins d'avortement sécurisé et des soins après avortement de qualité à toutes les femmes qui en ont besoin autant que la loi le permet, particulièrement dans les centres de santé primaires.
- Impliquer les prestataires de santé et le public pour générer plus de conscience des conséquences de l'avortement non sécurisé sur la santé publique.

Menées ensemble, ces actions peuvent réduire significativement l'incidence de l'avortement non sécurisé, ses complications, et les inégalités associées, et réduire les centaines de décès maternels évitables liés à l'avortement qui ont lieu chaque année en RDC.

Modèle d'échantillonnage

Dans la province de Kongo Central, PMA République Démocratique du Congo collecte des informations sur les connaissances, les pratiques et la couverture des services de planification familiale dans 57 zones de dénombrement sélectionnées en utilisant une approche d'échantillonnage par grappes stratifiées en deux étapes au niveau urbain. Les résultats sont représentatifs à l'échelle de la province. Les données de la Phase 3 de PMA ont été collectées entre décembre 2021 et avril 2022 auprès de 1861 ménages (taux de réponse de 98,6%) et 1856 femmes de 15-49 ans (taux de réponse de 97,8%). Pour plus d'informations sur l'échantillonnage et pour obtenir les ensembles de données complets, consultez www.pmadata.org/countries/democratic-republic-congo.

Pour cette phase de l'enquête, 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 enquêtrices résidentes ont également recontacté et mené des entretiens approfondis avec 52 femmes qui avaient indiqué avoir eu un avortement dans l'enquête PMA et qui avaient consenti à être recontactées. 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. L'Institut Bill & Melinda Gates pour la Population et la Santé de la Reproduction à l'Université de Johns Hopkins et Jhpiego 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.