

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

Décembre 2021 – Avril 2022



## RÉSULTATS CLÉS :

L'avortement provoqué est un phénomène courant à Kinshasa, en RDC, avec environ 105 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 leur grossesse à terme.



Plus d'un-tiers des avortements provoqués à Kinshasa sont non sécurisés ; 35% des femmes ont indiqué avoir utilisé d'autres moyens que la chirurgie ou l'avortement médicamenteux pour mettre un terme à leurs grossesses.



La moitié des femmes (55%) ont rapporté des complications potentiellement graves : fièvre, pertes vaginales ou complications nécessitant une intervention chirurgicale, et seulement 60% d'entre elles ont recherché des soins après avortement auprès d'une formation sanitaire.

## 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.<sup>1,2</sup> 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 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. 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 de l'avortement pour suivre les progrès et guider les réformes en cours.

## L'ÉTUDE DE PMA SUR L'AVORTEMENT À KINSHASA

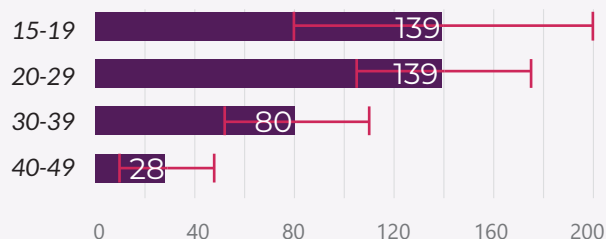
Entre décembre 2021 et avril 2022, Performance Monitoring for Action (PMA) a conduit une enquête pour générer des estimations actualisées et plus détaillées de l'incidence et de la sécurité de l'avortement à Kinshasa. L'étude se base sur des données représentatives des femmes en âge de procréer (15-49 ans) et sur leurs propres expériences de l'avortement ainsi que celles de leurs plus proches confidentes. Des informations additionnelles sur l'échantillonnage d'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

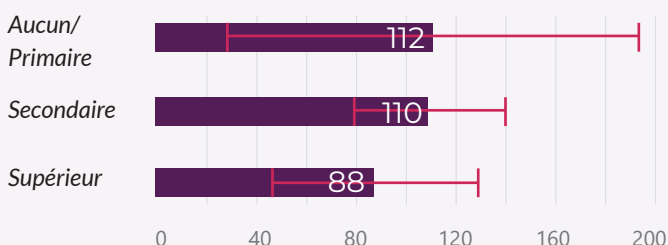
Au total, on estime que l'incidence de l'avortement à Kinshasa se situe autour de 105 avortements pour 1000 femmes de 15-49 ans (intervalle de confiance à 95% 79-132). Ceci équivaut à environ 344,000 avortements. L'incidence de l'avortement est plus élevée chez les jeunes femmes, les femmes non mariées 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 relativement plus courantes chez les femmes qui rapportent un avortement cette même année (41% et 21%, respectivement) en comparaison à celles qui ont indiqué ne pas en avoir eu (36% et 17%, respectivement).

### INCIDENCE ANNUELLE DE L'AVORTEMENT SELON LES CARACTÉRISTIQUES DES FEMMES À KINSHASA, 2021 (N=2178)

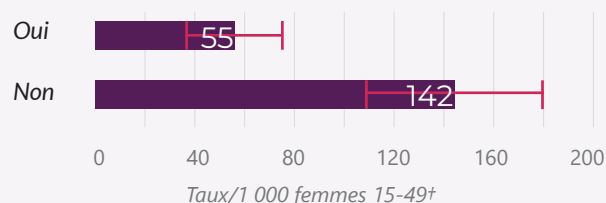
#### AGE



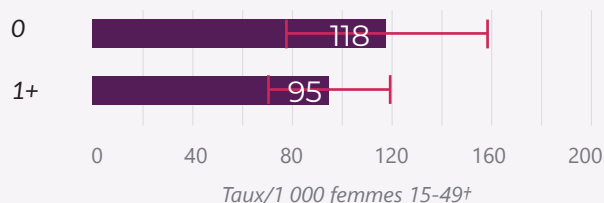
#### NIVEAU D'ÉTUDES



#### 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 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.

**« J'étais l'ainée de ma famille, mes parents n'étant plus en mesure de prendre soins de nous, mes frères et sœurs comptaient sur moi. »**

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

Trop jeune 40%

Non mariée 34%

Pas de moyen financier de subvenir aux besoins de l'enfant 26%

Allait encore à l'école 18%

Refus du partenaire de reconnaître l'enfant 11%

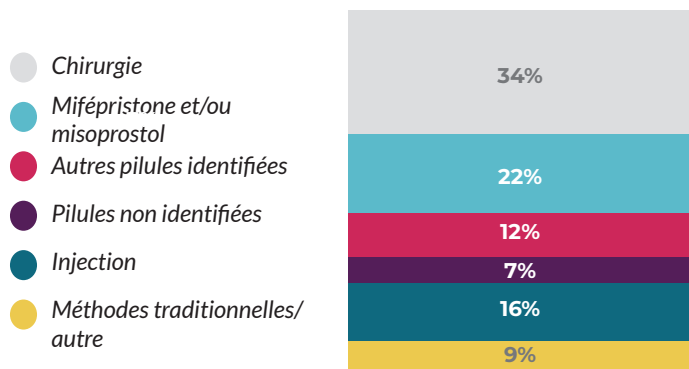
Problèmes relationnels 10%

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

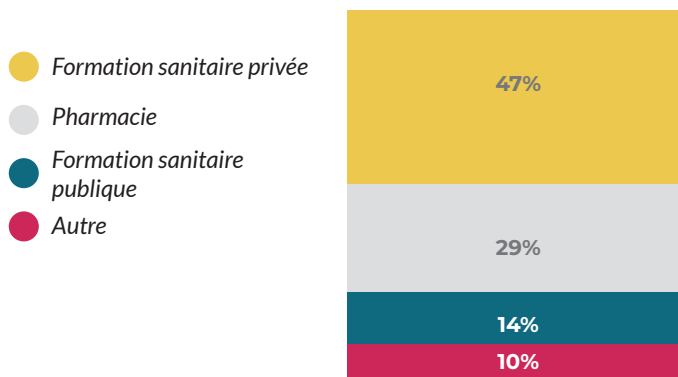
Malgré la loi récente, de nombreuses femmes ne connaissent pas les conditions légales dans lesquelles l'avortement provoqué est autorisé en RDC ; seules 19% savent que la loi permet l'avortement dans certaines circonstances. Les adolescentes, les femmes peu ou aucune éducation formelle, et les femmes 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), à commencer par les adolescentes et les femmes non mariées.

Les femmes ont recours à différentes méthodes d'avortement et sources de soins, et 27% ont indiqué avoir utilisé plusieurs méthodes. La chirurgie (34%) et l'avortement médicamenteux (22%) sont les méthodes les plus courantes, et les formations sanitaires privées (47%) et les pharmacies (29%) sont les sources de soins les plus fréquemment utilisées.

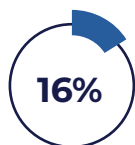
## MÉTHODE D'AVORTEMENT\*



## SOURCE DE L'AVORTEMENT\*



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

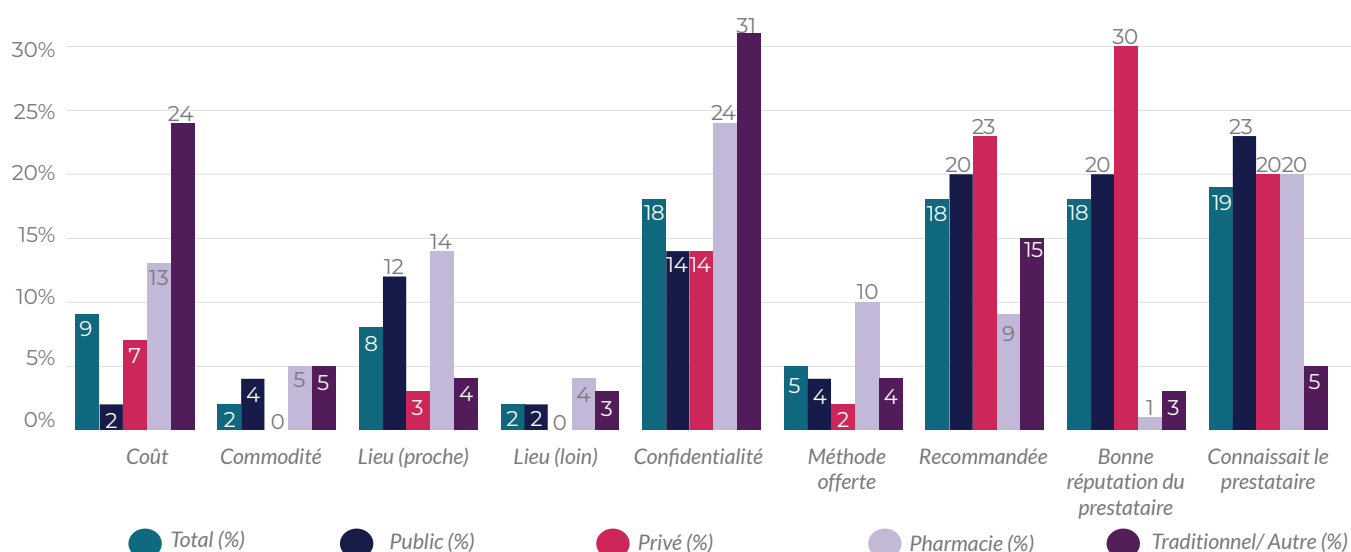


16% des femmes ont utilisé des comprimés pour un avortement médicamenteux obtenus en dehors d'une formation sanitaire à un moment ou un autre de leur parcours de soins. Ces femmes tendent à avoir un niveau d'études plus élevé et à ne pas être mariées.

## Prise de décision

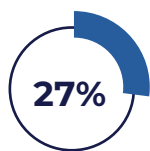
Le fait de connaître son prestataire est la raison la plus courante du choix du parcours de soins (19%) pour les femmes qui se sont rendues dans une formation sanitaire publique (23%), alors que la réputation du prestataire est la raison la plus courante pour celles se sont rendues dans une formation sanitaire privée (30%). Le le désir de confidentialité est la raison la plus courante des femmes qui se sont tournées vers une source traditionnelle/autre (31%) ou une pharmacie (24%).

## RAISONS DU PARCOURS DE SOINS

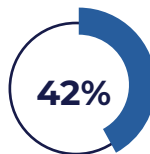


Les répondantes pouvant sélectionner plus d'une raison

## 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.

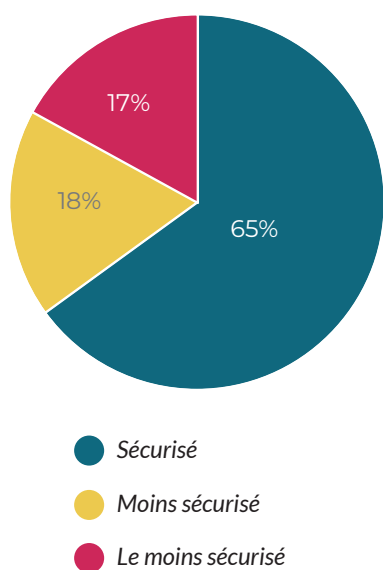


ont affirmé qu'une partie de leur paiement consistait en un pot de vin. Le versement de pots de vin est plus commun parmi les femmes qui ont été prises en charge dans des formations sanitaires privées.

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

Plus d'un tiers des avortements sont non sécurisés (35%), 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=307).

#### 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).<sup>3</sup> Cette définition reflète les changements récents des recommandations pour l'avortement sécurisé de l'OMS, qui incluent désormais l'avortement médicamenteux autoadministré.<sup>4</sup> 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

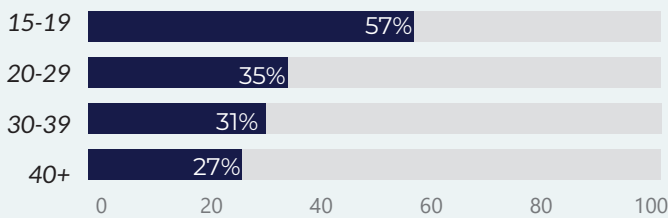
\*Les catégories « moins sécurisé » et « le moins sécurisé » sont considérées comme des avortements non sécurisés.

**« Une fois arrivée j'avais très peur étant donné que des rumeurs disaient qu'on peut perdre la vie pendant un avortement, j'étais même sur le point d'abandonner l'idée mais en pensant à ma situation je me suis dit que c'était le mieux à faire. »**

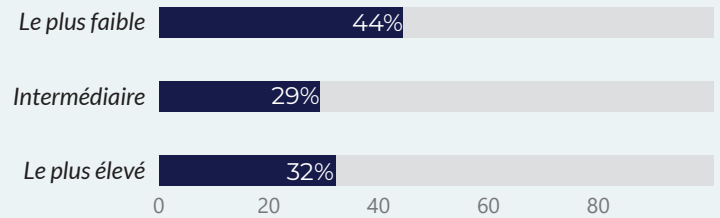
Femme vivant avec son partenaire, 20 ans et 1 enfant au moment de l'avortement

## POURCENTAGE D'AVORTEMENTS PROVOQUÉS CONSIDÉRÉS COMME NON SÉCURISÉS SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES DES FEMMES (N=307)\*

### 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

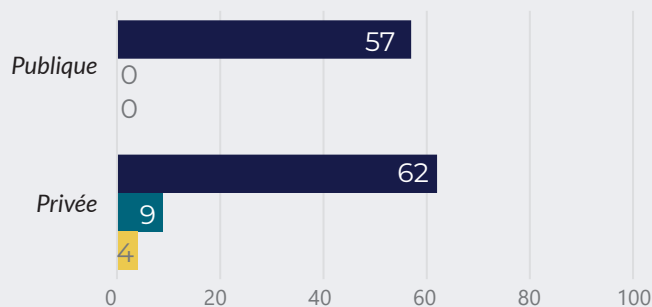
Plus de la moitié (55%) des femmes ont indiqué avoir eu des complications potentiellement graves : fièvre, pertes vaginales ou complications requérant une intervention chirurgicale. Les femmes avec un niveau d'études primaire (81%) et celles appartenant au plus faible tertile de bien-être économique (69%) ont plus de risque d'avoir des complications potentiellement graves. Seules 60% des femmes qui ont eu des complications graves ont indiqué avoir obtenu des soins dans une formation sanitaire.

### Disponibilité, préparation et accessibilité des soins après avortement

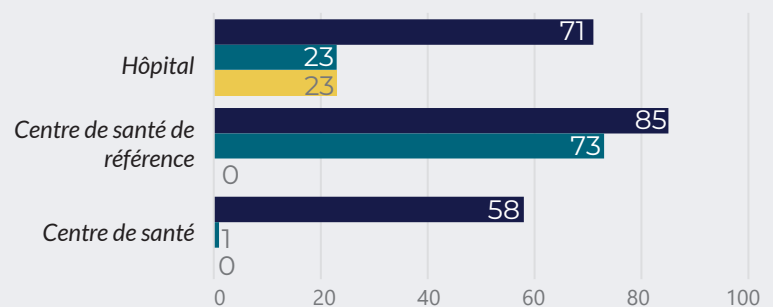
Globalement, 61% des formations sanitaires à Kinshasa ont indiqué avoir traité des complications liées à un avortement dans les trois derniers mois précédant l'enquête. Toutefois, seules 8% disposaient de tous les éléments des SAA pour réaliser des soins de base\*, et seulement 3% disposaient de tous les éléments pour réaliser des SAA complets\*\*. Toutefois, même si peu de formations sanitaires disposent de tous les éléments des SAA, nombreuses 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=73)

### 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 méthodes LARC comprennent les implants et les dispositifs intra-utérin (DIU). 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.

« Mon amie m'a dit le matin qu'elle avait vécu la même situation et qu'elle pouvait m'aider. Nous sommes allés en pharmacie pour acheter un médicament dont j'ai oublié le nom mais le pharmacien a refusé de nous servir car ce n'est réservé qu'aux personnes mariées et aux garçons seulement. J'ai corrompu le pharmacien en lui donnant 10.000fc au lieu de 6000fc et il m'a servi mais en me disant que si ce produit a des effets secondaires sur toi ça n'aura rien à voir avec moi. »

Femme divorcée, 24 ans et 1 enfant au moment de l'avortement.

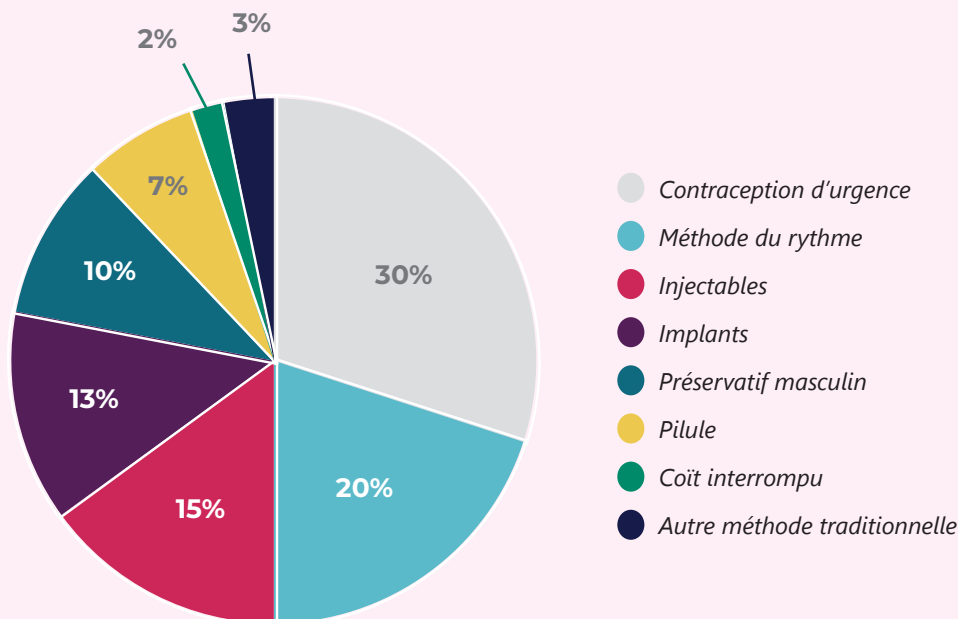
## La contraception post-avortement

Des services de planification familiale post-avortement ont été offerts à 24% des femmes qui ont réalisé leur l'avortement dans une formation sanitaire publique/privée ou une pharmacie.

46% 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 des méthodes traditionnelles ou le préservatif : contraception d'urgence (30%), méthode du rythme (20%), préservatif masculin (10%) et coït interrompu (2%).

La contraception post-avortement varie significativement selon le prestataire. Près de neuf femmes sur dix qui ont eu recours à une source traditionnelle/autre pour leur dernier avortement ont adopté la contraception après l'avortement.

### MÉTHODE ADOPTÉE APRÈS L'AVORTEMENT



<sup>1</sup> 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; <sup>2</sup> Ishoso, 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; <sup>3</sup> Ganatra, 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; <sup>4</sup> World Health Organization (WHO). Abortion care guideline. 2022. Geneva: WHO.

## RECOMMANDATIONS

Les résultats indiquent que les femmes à Kinshasa ont souvent recours à l'avortement –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. De nombreuses femmes rapportent des complications, même lorsqu'elles utilisent des méthodes recommandées et 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 conditions, de connaître une méthode d'avortement sécurisée, et plus nombreuses à d'avoir un avortement non-sécurisé. 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 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 Kinshasa, PMA République Démocratique du Congo 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 3 ont été collectées entre décembre 2021 et avril 2022 auprès de 1828 ménages (taux de réponse de 95,2%), 2326 femmes de 15-49 ans (taux de réponse de 94,0%). Pour plus d'informations sur l'échantillonnage et obtenir les ensembles de données complets, consultez [www.pmadata.org/countries/democratic-republic-congo](http://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.