

# Évaluation de la préparation à l'offre de soins complets en matière d'avortement en République démocratique du Congo après la publication du Protocole de Maputo

**CONTEXTE:** La République démocratique du Congo (RDC) a dépénalisé l'avortement dans certaines conditions en 2018 du fait de sa publication du protocole du Maputo. La préparation des formations sanitaires (FOSA) du pays à assumer des soins complets en matière d'avortement n'est cependant guère documentée.

**MÉTHODES:** Les données relatives à 1 380 FOSA comprises dans l'enquête l'Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS) ont servi à évaluer l'état de préparation à offrir et assurer des soins associés à l'avortement sur quatre plans: les interruptions volontaires de grossesse, le traitement essentiel des complications après avortement, le traitement complet des complications après avortement et les soins de contraception après avortement. Les analyses reposent sur une application modifiée de l'approche des fonctions fondamentales des soins obstétricaux d'urgence; les critères de préparation se basent sur les directives de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

**RÉSULTATS:** Trente-et-un pour cent des FOSA de RDC répondaient aux critères de préparation à la prestation de l'interruption volontaire de grossesse. La proportion qualifiée de « prête » était plus grande parmi les FOSA urbaines que rurales (50% contre 26%), et parmi les hôpitaux que les centres de santé ou de référence (72% contre 25% et 45%, respectivement). Peu de formations étaient prêtes à traiter, selon une approche essentielle ou complète, les complications après avortement (4% et 1%). Cette préparation était supérieure dans les hôpitaux (14% et 11%). Un tiers seulement des FOSA étaient prêtes à offrir des soins contraceptifs après avortement. La disponibilité inadéquate de médicaments (p. ex., misoprostol, antibiotiques, contraceptifs) et d'équipements était le plus grand obstacle à la préparation.

**CONCLUSIONS:** La plupart des FOSA en RDC n'étaient pas prêtes à assumer les soins complets en matière de l'avortement. L'amélioration de l'approvisionnement en produits de santé vitaux renforcera l'état de préparation tout en offrant le potentiel de réduire la prévalence des grossesses non planifiées et la demande future d'interruptions de grossesse.

*Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique, numéro spécial de 2020, <https://www.guttmacher.org/fr/journals/ipsrh/2020/12/assessing-readiness-provide-comprehensive-abortion-care-democratic-republic>*

Par Annie L. Glover,  
Patrick Kayembe,  
Didine Kaba et  
Pélagie Babakazo

Annie L. Glover est boursière post-doctorale à l'Institute for Global Health and Infectious Diseases, University of North Carolina à Chapel Hill (Caroline du Nord, États-Unis), et à la School of Public Health and Tropical Medicine, Tulane University (Nouvelle-Orléans, Louisiane, États-Unis). Patrick Kayembe était professeur et chef de département, et Didine Kaba et Pélagie Babakazo sont professeures –au Département d'Épidémiologie et de Biostatistique à l'École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (République démocratique du Congo).

L'interruption volontaire de grossesse est une intervention médicale peu risquée, donnant rarement lieu à des complications dans les pays où elle est pratiquée légalement par des prestataires qualifiés<sup>1</sup>. En revanche, dans les pays soumis à des législations restrictives, l'interruption volontaire de grossesse est souvent « non sécurisée » – en ce qu'elle est pratiquée « par une personne qui ne possède pas les compétences nécessaires, dans un cadre ne répondant pas aux normes médicales minimales ou les deux »<sup>2(p.1)</sup>. Les études mondiales effectuées sur la question ont conclu que les taux d'avortement ne sont pas inférieurs dans les pays qui limitent l'intervention, en comparaison à ceux des pays qui l'autorise légalement<sup>3</sup>. En Afrique centrale, le pourcentage des grossesses non planifiées interrompues est estimé à 34%<sup>3</sup> et le taux d'avortement s'élève à 35 pour 1 000 femmes – soit un taux supérieur à ceux enregistrés en Europe (29 pour 1 000) et aux États-Unis et Canada (17 pour 1 000), où l'intervention est depuis longtemps légale<sup>4</sup>. À l'échelle mondiale, on estime à 25 millions le nombre de femmes qui subissent chaque année un

avortement non sécurisé; 1,5% des hospitalisations imputables à l'avortement ont une issue fatale et 9% des femmes hospitalisées échappent de justesse à la mort (au sens où elles ont failli mourir dans les 42 jours suivant l'avortement)<sup>5</sup>. En Afrique subsaharienne, ces proportions sont souvent beaucoup plus élevées: une étude nigériane estime que 18% des femmes hospitalisées pour cause de complications d'un avortement meurent<sup>6</sup> et, en Ouganda, une étude comparable estime que 57% des femmes hospitalisées pour cette raison échappent de justesse à la mort<sup>7</sup>. Les femmes qui meurent des suites d'un avortement non sécurisé avant d'être hospitalisées ne sont pas comprises dans ces statistiques de morbidité et de mortalité.

Plusieurs autres facteurs aggravent les effets négatifs de l'avortement non sécurisé dans les pays en développement, notamment l'accès inadéquat à une contraception moderne efficace et le déficit systémique de ressources qui limite la qualité et l'efficacité des interventions de santé reproductive. En Afrique subsaharienne, l'avortement non sécurisé est répandu au point de constituer un facteur im-

portant de mortalité maternelle, à concurrence de 10% des décès maternels enregistrés dans la région<sup>8</sup>. D'après l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), presque tous les préjudices et décès imputables à l'avortement non sécurisé pourraient être « évités grâce à la promotion de l'éducation sexuelle, de la planification familiale, des services d'avortement sécurisé dans le plein respect de la loi et des soins après l'avortement »<sup>9</sup>.

Reconnaissant l'importance d'un programme politique unifié qui protège la santé et le bien-être des Africaines, l'Assemblée de l'Union africaine a adopté en 2003 le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique – également connu sous le nom du Protocole de Maputo. L'Article 14(2)(c) de ce Protocole enjoint les États parties à « protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus »<sup>10</sup>. Le Protocole de Maputo a ouvert la voie au relâchement des restrictions de l'avortement dans plusieurs pays d'Afrique. Au total, 13 pays ont levé leur interdiction totale de l'intervention depuis 2000<sup>11</sup>.

Bien qu'ayant ratifié le Protocole de Maputo en 2008, la République démocratique du Congo (RDC) ne l'a pleinement publié dans son Journal officiel qu'en mars 2018<sup>12</sup>. La RDC interdisait auparavant l'avortement en toutes circonstances et toute infraction à la loi était passible de peines d'emprisonnement de cinq à 15 ans pour les femmes et pour les prestataires. Face à ces conditions restrictives, l'avortement était souvent pratiqué par des prestataires non qualifiés et pourtant les femmes en encouraient un risque considérable<sup>13,14</sup>. L'intervention n'en était pas moins courante, mais nous avons des données pour une ville seulement: selon une étude basée sur les données cliniques de traitement de complications après avortement à Kinshasa, le taux d'avortement a été estimé en 2016 à 56 interventions pour 1 000 femmes kinoises âgées de 15 à 49 ans<sup>15</sup>. La violence sexuelle dans les zones de conflit à l'Est du pays a intensifié la demande d'interruption de grossesse aussi bien que le danger posé aux femmes qui se font avorter<sup>16,17</sup>. En 2017, la RDC atteignait un taux de mortalité maternelle de 693 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes, au 10<sup>e</sup> rang mondial<sup>18</sup>. Sachant le lien entre l'avortement non sécurisé et la mortalité maternelle, il est clair que réduire l'incidence du premier a le potentiel de faire baisser considérablement le nombre de décès maternels en RDC.

En décembre 2018, le pouvoir exécutif de la RDC a publié la loi n° 18/035 « Fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la Santé publique », qui limite l'avortement aux circonstances dans lesquelles l'interruption de la grossesse est nécessaire pour préserver la vie de la mère ou en cas de malformations congénitales du fœtus incompatibles avec la vie. Alors, cette loi ne s'aligne pas sur les directives énoncées dans le Protocole de Maputo, car elle n'autorise pas explicitement l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste, ou pour

protéger la santé physique ou mentale de la femme. Elle n'est pas conforme non plus aux directives cliniques de l'OMS concernant l'avortement, lesquelles reposent entièrement sur des critères médicaux et d'âge gestationnel<sup>9</sup>, sans considération de la motivation de la femme pour interrompre sa grossesse.

Bien que la publication du Protocole de Maputo admette l'avortement dans certaines circonstances précises, l'état de préparation du système sanitaire du pays à offrir ces soins est inconnue.

### Approche des fonctions fondamentales

Depuis 1998, l'OMS évalue la préparation du système sanitaire à offrir des soins obstétricaux d'urgence – définis comme les « actes médicaux visant à traiter les complications obstétricales directes qui sont à l'origine de la plupart des décès maternels partout dans le monde » – en examinant la capacité du système à exécuter les fonctions fondamentales (un ensemble de variables indicatrices de la capacité d'un système à effectuer une intervention donnée)<sup>19,20</sup>. Bien que les fonctions fondamentales n'englobent pas tous les indicateurs de soins pertinents et que leur présence ne soit pas une indication de la qualité des services, elles sont conçues pour signaler la préparation d'un système sanitaire à répondre aux besoins de santé essentiels d'une population.

Healy et ses collègues ont été les premiers à recourir à la stratégie des fonctions fondamentales dans le contexte des soins complets en matière d'avortement. Leur analyse est guidée par le « cadre de soins de l'avortement sécurisé », selon lequel la prestation d'un tel avortement repose sur trois principes fondamentaux: prestation d'un avortement sécurisé dans toutes les circonstances autorisées par la loi, traitement des complications de l'avortement et prestation de la contraception après l'avortement<sup>21</sup>. Campbell et ses collègues ont ensuite appliqué ce cadre aux données de formations sanitaires zambiennes et constaté qu'une enquête *Service Provision Assessment* (la EPSS en anglais) fournissait presque toutes les données pertinentes à l'évaluation des fonctions fondamentales relatives à la prestation de soins complets d'avortement<sup>22</sup>. Le programme des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) réalise ces enquêtes de surveillance du système sanitaire dans plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire. Les fonctions fondamentales ont aussi servi, en 2018, à la réalisation d'une évaluation comparative de haut niveau concernant 10 pays (Bangladesh, Haïti, Kenya, Malawi, Namibie, Népal, Ouganda, Rwanda, Sénégal et Tanzanie)<sup>23</sup>. Dans cet article, nous avons utilisé l'approche des fonctions fondamentales et les données d'enquête EPSS de la RDC pour évaluer la préparation du système sanitaire à assurer la prestation de soins complets d'avortement.

### MÉTHODES

#### Données

Cette analyse repose sur les données de l'enquête EPSS menée en RDC en 2017–2018<sup>24</sup>. Le programme EDS effectue ces recensements en partenariat avec les ministères

nationaux de la Santé. En RDC, l'enquête EPSS 2017–2018 a été financée par USAID (Agence américaine pour le développement international), par l'initiative américaine PMI (*U.S. President's Malaria Initiative*) et par le Fonds mondial. Le programme EDS a conçu les instruments de l'EPSS et les a fournis en français au ministère congolais de la Santé, dont les directions du ministère ont adapté le questionnaire au contexte local.

Le ministère de la Santé a adressé une lettre à tous les directeurs médicaux provinciaux afin de les informer de l'étude et de leur demander leur soutien pour faciliter l'accès aux formations sanitaires (FOSA). Les données ont été collectées par 280 intervieweurs soumis à une formation de trois semaines suivie d'une épreuve d'évaluation de leur compétence. Tous devaient être titulaires d'un diplôme supérieur en médecine ou en soins infirmiers, avoir au moins cinq années d'expérience pratique et avoir administré au moins trois autres enquêtes.

La collecte de données s'est déroulée en octobre et novembre 2017 à Kinshasa et de janvier à avril 2018 dans les provinces. Le ministère de la Santé a fourni un cadre d'échantillonnage constitué de 12 050 FOSA, dont 1 412 (environ 50 dans chacune des 26 provinces de la RDC, suivant les pondérations démographiques provinciales) ont été sélectionnées par échantillonnage probabiliste. Dans chaque FOSA sélectionnée, un entretien a été mené en français avec un prestataire ou responsable de la santé. Les réponses ont été traduites en anglais pour permettre l'analyse et la préparation du rapport des résultats. Du fait des conflits armés durant la collecte des données, les intervieweurs n'ont pas pu se rendre dans 32 FOSA, réduisant l'échantillon total à 1 380 établissements (taux de réponse, 98%). Le conflit en RDC sévit principalement au Nord-Kivu et au Sud-Kivu, ainsi que dans la région de Kasai. L'échantillon final comprend cependant des FOSA implantées dans chaque province du pays.

L'enquête a été menée dans tous les hôpitaux généraux de référence, les hôpitaux tertiaires/provinciaux et les centres hospitaliers, cliniques (regroupés pour cette analyse sous la désignation « hôpitaux »), ainsi que dans un échantillon représentatif de centres de santé. Dans les analyses, ces derniers sont catégorisés comme centres de santé (petites FOSA locales dotées principalement d'effectifs infirmiers et limitées à un ensemble minimal de soins) ou comme centres de santé de référence (centres de santé dotés d'un équipement spécial, qui desservent les zones sanitaires non dotées d'un hôpital). Les FOSA sont gérées par le gouvernement de la RDC, par des organisations non gouvernementales (ONG) sans but lucratif, par des entreprises privées à but lucratif et par des organisations confessionnelles.

Outre les questions posées aux représentants des prestataires concernant les services assurés dans leur FOSA, les intervieweurs leur ont demandé – et, dans la mesure du possible, observé – si certains produits et équipements y étaient disponibles. Pour les médicaments, comme par exemple le misoprostol, le questionnaire de l'EPSS propose les catégories suivantes d'enregistrement des cinq

disponibilités: « observé disponible, au moins un valide », « observé disponible, aucun valide », « non observé, rapporté disponible pas vu », « non observé, pas disponible aujourd'hui » et « non observé, jamais disponible ». Un médicament a été considéré disponible ou en stock si l'intervieweur l'a déclaré « observé, au moins un valide » au moment de la collecte des données.

Pour les autres produits et équipements, tels qu'un aspirateur manuel intra-utérin, le questionnaire EPSS prévoit les options de réponse suivantes: « observé », « rapporté, non observé » et « pas disponible ». Le cas échéant, les intervieweurs ont également enregistré l'état fonctionnel, sous les options de réponse « oui », « non » ou « ne sais pas ». Pour les équipements, nous avons construit une variable binaire indiquant si l'appareil était observé et fonctionnel.

Pour les variables de fonctions fondamentales relatives à l'offre d'un service, comme par exemple la transfusion sanguine dans un contexte obstétrical, les intervieweurs ont demandé au répondant si le service avait été assuré au cours des trois mois précédant l'enquête. Enfin, à titre d'indicateur de disponibilité de la planification familiale, nous avons créé une variable muette indiquant si le répondant avait déclaré à l'intervieweur que la FOSA offrait ce service sept jours sur sept.

## Mesures

Notre choix d'indicateurs pour cette étude repose sur l'orientation technique de l'OMS concernant les fournitures et les ressources humaines nécessaires aux systèmes de santé prestataires de l'avortement<sup>9,25,26</sup>. Nous avons examiné quatre dimensions des soins complets de l'avortement – interruption volontaire de grossesse, traitement essentiel des complications d'un avortement, traitement complet de ces complications et prestation de soins de contraception après avortement. Nous avons sélectionné ces dimensions en raison de leur applicabilité à la planification du système sanitaire et à l'allocation des ressources. En plus, ces dimensions sont mesurées à l'aune des indicateurs des fonctions fondamentales. Pour évaluer l'état de préparation à fournir des services d'interruption volontaire de grossesse et de traitement des complications, nous avons construit des variables muettes binaires indiquant si toutes les fonctions fondamentales concernées étaient présentes pour chaque catégorie. Les critères spécifiques de détermination de l'état de préparation pour chaque dimension de soins sont décrits ci-dessous.

- **Interruption volontaire de grossesse.** Pour l'interruption de grossesse jusqu'à l'âge gestationnel de 12 à 14 semaines, l'OMS recommande l'avortement médicamenteux, qui peut être pratiqué par combinaison de mifépristone et de misoprostol ou, à défaut de mifépristone, au moyen de plusieurs doses de misoprostol seul<sup>9</sup>. L'avortement chirurgical par aspiration manuelle intra-utérine est aussi possible avant l'âge gestationnel de 13 semaines. Au-delà de 12 à 14 semaines, l'OMS préconise l'avortement chirurgical par dilatation et évacuation (D&E). L'approche par dilatation

et curetage (D&C) n'est plus recommandée par souci de sécurité. Les directives de l'OMS désignent les prestataires suivants comme aptes à évaluer l'âge gestationnel et à pratiquer l'avortement médicamenteux et l'aspiration manuelle intra-utérine durant le premier trimestre de la grossesse: médecins (spécialistes et non spécialistes), cliniciens associés de niveau avancé (personnel infirmier praticien et adjoints aux médecins), sages-femmes (diplômées) et personnel infirmier (diplômé)\*<sup>25</sup>. Pour l'avortement médicamenteux et le D&E au-delà de 12 semaines de grossesse, l'OMS désigne les médecins (spécialistes ou non) comme personnel de soins qualifié<sup>25</sup>.

Conformément à ces lignes directrices, nous avons catégorisé une FOSA comme prête à fournir des services d'interruption de grossesse si elle disposait d'au moins un médecin, une infirmière diplômée ou une sage-femme diplômée et avait la capacité de pratiquer l'avortement médicamenteux (misoprostol en stock) ou chirurgical (aspirateur manuel fonctionnel, et un clinicien qui a retiré de matières résiduelles de la conception durant les trois mois précédant). L'enquête EPSS ne collecte pas d'information sur la disponibilité de mifépristone et sur celle de cliniciens associés de haut niveau au sein du personnel des FOSA.

• **Traitement des complications de l'avortement.** La nécessité d'assurer le traitement des complications dans les contextes où l'interruption de grossesse est souvent pratiquée en secret émane du danger inhérent à des interventions clandestines. L'avortement non sécurisé peut être pratiqué par « l'introduction d'un objet ou d'une substance... dans l'utérus; une dilatation et un curetage pratiqués... par un dispensateur de soins non qualifié; l'ingestion de substances dangereuses; et l'application d'une force externe »<sup>9(p.20)</sup>.

Les femmes présentant une infection aiguë ou le sepsis résultant de ces types d'intervention doivent recevoir un traitement antibiotique par voie intraveineuse. En cas d'avortement incomplet, les prestataires peuvent être appelés à retirer les matières résiduelles de la conception par administration d'au moins un utérotonique (comme l'ocytocine parentérale ou le misoprostol) ou par voie chirurgicale. La prise en charge des complications de l'avortement nécessite souvent des transfusions sanguines et l'administration de liquides intraveineux. Enfin, les FOSA qui traitent les complications d'un avortement non sécurisé doivent disposer d'un personnel qualifié, capable d'assurer ces services, présent ou de garde 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Les directives de l'OMS stipulent que les médecins, les personnels infirmiers diplômés et les sages-femmes diplômées peuvent tous traiter les complications de l'avortement qui ne posent pas de danger pour la vie de la patiente (lesquels soins sont qualifiés ci-après de « traitement essentiel des complications de l'avortement »). L'OMS recommande la prise en charge des complications plus graves par les médecins (pour les soins qualifiés ci-après de « traitement complet des complications de l'avortement »).

\*C'est-à-dire, les infirmiers et infirmières agréés et les sages-femmes infirmières agréées.

Ainsi, pour être jugées prêtes à assurer le traitement essentiel des complications de l'avortement, les FOSA devaient disposer d'un personnel infirmier diplômé, d'une sage-femme diplômée ou d'un personnel obstétrical présent ou de garde en permanence. Les FOSA devaient aussi disposer des fournitures requises pour l'administration de liquides intraveineux, d'antibiotiques parentéraux et d'au moins un utérotonique (ocytocine parentéral ou misoprostol), d'un aspirateur manuel intra-utérin et d'un téléphone fonctionnel (fixe ou portable) pour référer les patientes aux spécialistes, au cas nécessaire. Les FOSA aussi devaient, durant les trois mois précédant l'enquête, avoir administré des antibiotiques par voie parentérale et avoir procédé au retrait de matières résiduelles de la conception. Les formations ont été catégorisées comme ayant démontré leur préparation au traitement complet des complications de l'avortement si elles répondaient à tous les critères énoncés ci-dessus, et si elles disposaient d'un médecin au sein de leur personnel et avaient effectué durant les trois derniers mois au moins une césarienne (variable *proxy* de l'EPSS indiquant l'expérience de la chirurgie obstétricale) et au moins une transfusion sanguine dans un contexte obstétrical.

• **Soins contraceptifs après avortement.** Afin d'éviter une autre grossesse non planifiée et sa interruption, l'OMS recommande la prestation, avec le consentement de la femme, d'une méthode contraceptive après l'intervention, ou après le traitement pour complications. Les femmes avec un avortement ou traitement chirurgical peuvent recevoir une méthode immédiatement après—p. ex., contraception orale, injectable, ou l'insertion du implant ou du DIU. Dans les cas des avortement médicamenteux avec le protocole combiné, l'OMS recommande que les femmes reçoivent la contraception orale, l'injectable ou l'implant immédiatement après la prise de la mifépristone dans la clinique. Conformément à ces directives, nous avons considéré une FOSA capable d'assurer des soins de contraception après avortement si elle réunit les deux conditions suivantes: si la formation avait en stock au moins deux des quatre méthodes contraceptives mentionnées ci-dessus (pour garantir le choix de la méthode), et si des services de planification familiale y étaient proposés sept jours sur sept (indiquant que la FOSA pouvait procéder sans délai). Nous avons donc créé une variable muette indiquant si la FOSA avait au moins deux de ces quatre méthodes recommandées par l'OMS (contraception orale, DIU, implant, injectable) en stock, et avait pu offrir des services de planification familiale chacun des 28 derniers jours précédant l'enquête.

### Analyse

Nous avons procédé par tests chi carré de Pearson pour identifier les différences, par caractéristiques des FOSA (type, secteur d'appartenance, milieu rural ou urbain, et région) dans leur état de préparation à prendre en charge chacune des dimensions suivantes: interruption de grossesse, traitement essentiel des complications de l'avortement, traitement complet des complications de l'avortement et soins de contraception après avortement.

Nous avons groupé les 26 provinces de la RDC en sept régions<sup>†</sup> reflétant les frontières provinciales du pays antérieures à 2015. Ces groupements ont facilité les tests de signification statistique pour les différences géographiques dans la préparation à fournir les services. Pour parer au sur-échantillonnage des hôpitaux dans les enquêtes EPSS, les statistiques bivariées présentées ici ont été pondérées, au moyen des commandes *svyset* et *pweight* de Stata, pour produire des estimations reflétant la véritable composition des FOSA du pays. Les résultats des analyses bivariées et les estimations de FOSA sont présentées sous forme de pourcentages à intervalles de confiance à 95%. Toutes les données de l'enquête ont été analysées avec Stata 13.

## RÉSULTATS

Dès 2017–2018, les FOSA de la RDC s'étaient composées en grande majorité des centres de santé (82%); 10% étaient des hôpitaux et 8%, des centres de santé de référence (Tableau 1). Soixante-et-un pour cent étaient des établissements publics gérés par l'État; les FOSA privées à but lucratif et celles confessionnelles représentaient chacune 18%, et les privées sans but lucratif/ONG, 4%. La grande majorité (78%) se trouvaient en milieu rural et 22% seulement, en milieu urbain. Enfin, la région Centre/Kasai (comprenant les provinces de Kasai, Kasai-Central, Kasai-Oriental, Lomami et Sankuru) comptait la plus grande proportion de FOSA (18%), tandis que la région Capitale/Kinshasa (formée de la seule province de Kinshasa) en représentait la proportion la plus faible (8%).

Dans l'ensemble, 31% des FOSA étaient prêtes à offrir l'avortement (médicamenteux, chirurgical ou les deux; Tableau 2, page 6). Cela dit, 4% seulement l'étaient prêtes à assurer le traitement essentiel des complications de l'avor-

tement et 1% à peine, un traitement complet plus avancé. Un tiers des FOSA de la RDC étaient prêtes à offrir des services de contraception après avortement conformes aux directives de l'OMS.

Dans presque toutes les FOSA (98%), le personnel comptait au moins un médecin, une infirmière ou un infirmier diplômé, ou une sage-femme diplômée. Sur le plan de la dotation en personnel, les FOSA étaient donc prêtes à offrir la plupart des services relatifs aux soins complets de l'avortement. Cependant, 31% seulement disposaient de personnel approprié (au moins un médecin) pour assurer le traitement complet des complications de l'avortement.

Les facteurs limitant la capacité des FOSA à traiter les complications sont largement liés à l'état de préparation général du système sanitaire. C'est-à-dire, la plupart des fonctions fondamentales mesurées dans ces deux dimensions de soins après avortement étaient associées à la disponibilité des soins primaires et secondaires (par exemple, stocks de fournitures médicales générales). Trente-six pour cent seulement des FOSA avaient des antibiotiques injectables, 49% des kits de perfusion intraveineuse de liquides, et 52% disposaient d'un téléphone fixe ou portable fonctionnel qui puisse servir à référer des femmes atteintes de complications graves vers d'autres établissements. Par contre, 90% des FOSA avaient administré des utérotoniques par voie parentérale durant les trois mois précédant l'enquête, indiquant que le personnel avait, dans la grande majorité des établissements, une certaine expérience lorsqu'il s'agissait de provoquer les contractions ou concernant la prise en charge de l'avortement spontané incomplet ou de l'avortement provoqué incomplet.

Comme pour l'offre de soins complets d'avortement, l'offre de soins de contraception après avortement semblait limité aussi par les insuffisances de produits. Presque toutes les FOSA étaient dotées d'un personnel approprié pour la prestation de la contraception, et plus de la moitié (57%) ont déclaré offrir des services de planification familiale sept jours sur sept. Cependant, 41% seulement disposaient d'au moins deux méthodes recommandées par l'OMS à proposer aux femmes. La disponibilité de la contraception orale et l'injectable variait entre 23% et 40%, mais 19% seulement des FOSA avaient des DIU en stock et 36%, des implants en stock.

L'état de préparation des FOSA à offrir des soins complets d'avortement variait considérablement suivant le type d'établissement, le secteur d'appartenance, le milieu rural ou urbain, et la région (Tableau 3, page 7). Soixante-douze pour cent des hôpitaux – mais 25% seulement des centres de santé et 45% des centres de santé de référence

**TABLEAU 1. Caractéristiques sélectionnées des FOSA, enquête Évaluation des Prestations de Services de Soins de Santé, République démocratique du Congo, 2017–2018**

Caractéristique de FOSA	No.	%
<b>Type</b>		
Centre de santé	540	81,9 (79,6–84,1)
Hôpital	626	9,8 (8,5–11,3)
Centre de santé de référence	214	8,2 (6,7–10,1)
<b>Secteur d'appartenance</b>		
Public	832	61,1 (57,3–65,0)
Privé lucratif	162	18,3 (15,3–21,7)
Privé confessionnel	346	18,1 (15,2–21,3)
Privé non lucratif/ONG	40	3,5 (1,5–4,0)
<b>Milieu</b>		
Rural	1 076	77,8 (74,2–81,0)
Urbain	304	22,2 (19,0–25,8)
<b>Région</b>		
Centre/Kasai	239	18,0 (15,2–21,2)
Sud-Ouest/Bandundu	243	17,2 (14,5–20,2)
Est/Kivu	212	16,6 (13,6–20,1)
Sud-Est/Katanga	196	16,2 (13,6–19,3)
Nord-Est/Orientale	212	13,0 (10,8–15,6)
Nord-Ouest/Équateur	205	11,3 (9,4–13,5)
Capitale/Kinshasa	73	7,7 (5,6–10,5)
<b>Total</b>	1 380	100,0

NB: Les pourcentages sont pondérés pour produire des estimations nationales représentatives et n'atteignent pas nécessairement un total de 100,0 pour cause d'arrondissement. Les chiffres entre parenthèses représentent les intervalles de confiance à 95%.

<sup>†</sup>Les sept régions (et les provinces dont elles se composent) sont: la Capitale/Kinshasa, la région Centre/Kasai (Kasai, Kasai-Central, Kasai-Oriental, Lomami, Sankuru), la région Est/Kivu (Maniema, Nord-Kivu, Sud-Kivu), la région du Nord-Est/Orientale (Bas-Uélé, Haut-Uélé, Ituri, Tshopo), la région du Nord-Ouest/Équateur (Équateur, Mongala, Nord-Ubangi, Sud-Ubangi, Tshuapa), la région du Sud-Est/Katanga (Haut-Lomami, Haut-Katanga, Lualaba, Tanganyika) et la région du Sud-Ouest/Bandundu (Kongo Central, Kwango, Kwilu, Mai-Ndombe).

**TABLEAU 2. Nombre et pourcentage pondéré des FOSA prêtes à offrir chaque service, et de chaque fonction fondamentale**

Service/fonction fondamentale	Nb.	%
<b>INTERRUPTION DE GROSSESSE</b>		
<b>Prête à l'offrir</b>	650	31,0 (27,6–34,6)
≥1 médecin, infirmier(ère) diplômé(e) ou sage-femme diplômée	1 368	98,3 (96,9–99,0)
Retrait de matières résiduelles de la conception au cours des 3 derniers mois	836	53,3 (49,4–57,2)
Aspirateur manuel intra-utérin en stock	750	36,8 (33,2–40,6)
Misoprostol en stock	310	13,4 (11,1–16,1)
<b>TRAITEMENT ESSENTIEL DES COMPLICATIONS</b>		
<b>Prête à l'offrir</b>	105	3,7 (2,5–5,3)
≥1 médecin, infirmier(ère) diplômé(e) ou sage-femme diplômée	1 368	98,3 (96,9–99,0)
Personnel obstétrical présent ou de garde en permanence	1 317	92,5 (90,0–94,4)
Administration parentérale des antibiotiques au cours des 3 derniers mois	1 087	68,5 (64,7–72,1)
Antibiotiques injectables en stock	549	35,7 (32,0–39,5)
Administration parentérale des utérotoniques au cours des 3 derniers mois	1 305	90,4 (87,5–92,6)
Utérotoniques injectables en stock	1 110	75,8 (72,3–79,1)
Misoprostol en stock	310	13,4 (11,1–16,1)
Retrait de matières résiduelles de la conception au cours des 3 derniers mois	836	53,3 (49,4–57,2)
Aspirateur manuel intra-utérin en stock	750	36,8 (33,2–40,6)
Kits de perfusion intraveineux de liquides en stock	710	48,6 (44,7–52,5)
Téléphone (fixe ou portable) fonctionnel disponible	736	52,0 (48,2–55,9)
<b>TRAITEMENT COMPLET DES COMPLICATIONS</b>		
<b>Prête à l'offrir</b>	82	1,4 (1,0–2,2)
Transfusion sanguine dans contexte obstétrical au cours des 3 derniers mois	687	20,4 (17,7–23,3)
Césarienne au cours des 3 derniers mois.	805	23,5 (20,7–26,5)
≥1 médecin	863	30,9 (27,5–34,4)
<b>SERVICES DE CONTRACEPTION APRÈS AVORTEMENT</b>		
<b>Prête à l'offrir</b>	556	34,2 (30,6–38,0)
Pilule combinée en stock	546	32,2 (28,7–35,9)
Pilule progestative en stock	394	22,8 (19,7–26,1)
Pilule (quelconque) en stock	614	36,0 (32,4–39,8)
Injectable combiné en stock	409	24,7 (21,5–28,2)
Injectable progestatif en stock	474	27,9 (24,5–31,5)
Injectable (quelconque) en stock	632	39,9 (36,1–43,8)
DIU en stock	441	19,0 (16,2–22,2)
Implant en stock	669	35,9 (32,3–39,7)
≥2 méthodes suivantes en stock: pilule, injectable, DIU, implant	704	40,6 (36,8–44,4)
Services contraceptifs disponibles 7 jours sur 7	843	57,2 (53,3–61,0)

†Comprend tous les points listés pour le traitement essentiel. NB: N=1 380. Les pourcentages sont pondérés pour produire des estimations nationales représentatives. Les chiffres entre parenthèses représentent les intervalles de confiance à 95%.

– étaient prêts à offrir des services d'interruption de grossesse. La proportion des FOSA prêtes à offrir ces services était la plus élevée dans le secteur privé – non lucratif et lucratif (52% et 45%, respectivement) et la plus faible dans les ONG confessionnelles (39%) et le secteur public (24%).

La préparation différait aussi suivant le cadre urbain ou rural. En milieu rural, 26% seulement des FOSA étaient prêtes à offrir des services d'interruption de grossesse, par rapport à 50% de celles des milieux urbains. Cette préparation variait aussi en fonction de la région, reflétant vraisemblablement les disparités mentionnés entre les milieux ruraux et urbains. Dans la province urbaine de la capitale de Kinshasa, 48% des FOSA étaient prêtes à pratiquer l'interruption d'une grossesse. En revanche, dans la région du Centre/Kasaï – dont la population, bien que dispersée sur le territoire de cinq provinces, est similaire en nombre à celle de Kinshasa –, 20% seulement des FOSA étaient prêtes à offrir des interruptions de grossesse.

Bien qu'elles ne soient généralement pas prêtes à pratiquer les interruptions, les FOSA de la RDC ont l'habitude – par nécessité – de traiter les complications qui résultent d'interventions non sécurisées, comme le montrent clairement les études de dossiers cliniques publiées précé-

demment<sup>13,14,27</sup>. L'évaluation qui nous occupe ici révèle cependant de nettes insuffisances dans la préparation à traiter les complications de l'avortement. Quatorze pour cent seulement des hôpitaux pouvaient offrir un traitement essentiel de ces complications et 11% à peine, un traitement complet. L'état de préparation était plus faible encore dans les centres de santé de référence (6% et 4%) et dans les centres de santé (2% et 0%). Si le traitement complet des complications n'est pas un service offert habituellement dans les centres de santé, ces plus petites FOSA doivent au moins être prêtes à offrir un traitement essentiel et à référer les cas complexes vers une structure plus appropriée. Des différences se manifestent aussi suivant les caractéristiques de secteur d'appartenance. Les FOSA publiques, le 61% des toutes en RDC, étaient les moins susceptibles d'être prêtes à traiter les complications de l'avortement. Ainsi, 2% seulement des FOSA publiques étaient prêtes à assurer des soins essentiels et 1% l'était à offrir des soins complets. Le plus haut degré de préparation, bien que toujours très faible, est apparu dans les FOSA du secteur privé non lucratif (12% traitement essentiel et 4%, traitement complet).

Enfin, nous avons identifié plusieurs divergences de préparation des FOSA à offrir des soins de contraception

**TABLEAU 3. Pourcentages pondérés (et intervalles de confiance à 95%) des FOSA prêtes à offrir des soins, par type de soins, en fonction de caractéristiques sélectionnées**

Caractéristique de FOSA	Interruption de grossesse	Traitement essentiel des complications	Traitement complet des complications	Services de contraception après avortement
<b>Type</b>	***	***	***	*
Hôpital	71,7 (65,6–77,2)	13,7 (8,7–20,9)	11,0 (6,8–17,2)	42,5 (36,1–49,1)
Centre de santé de référence	44,6 (34,5–55,1)	5,7 (3,3–9,5)	4,2 (2,3–7,6)	42,9 (33,1–53,2)
Centre de santé	24,7 (20,9–29,0)	2,3 (1,2–4,3)	0,0	32,3 (28,2–36,8)
<b>Secteur d'appartenance</b>	***	***	*	*
Privé non lucratif/ONG	51,6 (28,6–73,9)	12,0 (3,2–35,2)	3,8 (1,4–9,7)	31,2 (13,3–57,3)
Privé lucratif	45,0 (35,4–54,9)	8,3 (4,3–15,2)	2,8 (1,0–7,5)	23,3 (16,0–32,7)
Privé confessionnel	39,4 (30,9–48,6)	4,2 (1,9–8,9)	2,2 (1,4–3,5)	33,8 (25,7–42,8)
Public	23,5 (19,8–27,7)	1,8 (1,0–3,3)	0,7 (0,4–1,1)	37,7 (33,1–42,5)
<b>Milieu</b>	***	*	*	
Rural	25,5 (22,0–29,3)	2,7 (1,7–4,3)	1,0 (0,7–1,4)	34,1 (30,1–38,3)
Urbain	50,2 (41,5–59,0)	7,1 (3,9–12,6)	3,0 (1,3–6,5)	34,6 (26,8–43,4)
<b>Région</b>	***	**		***
Capitale/Kinshasa	48,4 (32,8–64,4)	4,7 (1,2–17,3)	3,8 (0,7–17,9)	31,5 (18,5–48,2)
Centre/Kasaï	19,9 (14,0–27,6)	0,9 (0,5–1,7)	0,8 (0,4–1,6)	35,6 (27,3–44,8)
Est/Kivu	39,4 (29,7–50,0)	5,0 (2,4–10,2)	2,4 (1,4–4,2)	55,4 (44,4–65,9)
Nord-Est/Orientale	18,6 (13,2–25,7)	0,5 (0,3–1,1)	0,5 (0,2–1,0)	20,6 (13,8–29,7)
Nord-Ouest/Équateur	16,1 (10,7–23,3)	0,5 (0,2–1,1)	0,5 (0,2–1,1)	27,1 (19,9–35,7)
Sud-Est/Katanga	42,3 (33,1–52,0)	7,8 (4,0–14,8)	1,9 (1,0–3,3)	34,8 (26,3–44,4)
Sud-Ouest/Bandundu	35,1 (27,1–44,1)	5,2 (2,4–11,2)	1,0 (0,5–2,1)	27,8 (20,7–36,3)

\*p<,05. \*\*p<,01. \*\*\*p<,001. NB: Tous les pourcentages sont pondérés pour produire des estimations nationales représentatives.

après avortement. Quarante-trois pour cent des hôpitaux et des centres de santé de référence y étaient prêts, par rapport à 32% seulement des centres de santé. En fonction du secteur d'appartenance, le niveau de préparation variait entre 23% dans les FOSA privées à but lucratif et 38% dans les FOSA publiques. La région de l'Est/Kivu présentait la plus grande proportion de FOSA prêtes à offrir la contraception après avortement (55%). À Kinshasa, moins du tiers (32%) l'étaient.

## DISCUSSION

Selon les estimations, 13% des grossesses aboutissent sur un avortement en Afrique centrale, affectant dès lors un grand nombre de femmes<sup>3</sup>. En 2016, à la ville de Kinshasa seulement, près de 40 000 femmes se sont adressées aux FOSA pour le traitement de complications d'un avortement<sup>15</sup>. Ce chiffre sous-estime le véritable nombre de femmes atteintes de complications de l'avortement, car beaucoup ne cherchent probablement pas à se faire soigner ou meurent avant d'obtenir les soins nécessaires. L'avortement non sécurisé contribue largement au taux élevé de mortalité maternelle enregistré en Afrique et les restrictions légales entravent la résolution du problème<sup>4,5</sup>. Réduire le niveau de l'avortement non sécurisé représente un moyen pour les systèmes sanitaires d'améliorer la santé maternelle en abordant une cause majeure de la morbidité maternelle.

En publiant le Protocole de Maputo dans le Journal officiel, la RDC a franchi un premier pas vers la prestation de soins complets d'avortement sécurisé en FOSA. Comme déjà indiqué, toutefois, la politique de l'avortement en RDC reste incertaine. Si le gouvernement élargit les circonstances dans lesquelles une femme peut obtenir un avortement, il devra en informer les prestataires et le public pour que les femmes puissent jouir pleinement

des avantages de nouveaux droits reproductifs. Même en présence de réglementations plus claires, les cliniciens risquent de faire objection à la prestation de services liés à l'avortement ou de requérir une formation complémentaire avant de pouvoir les assurer. La stigmatisation sociale pourra aussi intervenir et empêcher les femmes de se prévaloir de soins complets d'avortement. Face à ces réalités, accroître la prestation de soins de contraception efficace est probablement la stratégie la plus acceptable que la RDC puisse poursuivre sur le plan politique pour réduire la morbidité et la mortalité liées à l'avortement. Notre analyse indique cependant que le système sanitaire de la RDC n'est pas prêt à offrir des soins de contraception après avortement conformes aux directives de l'OMS<sup>26</sup>. De plus, Kinshasa compte un grand nombre de FOSA catholiques (par exemple, les Bureaux Diocésains des Œuvres Médicales) qui ne distribuent pas la contraception; cet absence de services essentiels peuvent limiter dès lors la capacité des femmes à obtenir des services de planification familiale.

Si la RDC clarifie sa loi relative à l'avortement pour permettre plus explicitement les interruptions de grossesse sécurisées, les FOSA devront être stratégiquement approvisionnées en les produits requis et leur personnel devra être formé à la prestation de toutes les dimensions de soins complets de l'avortement. D'après les directives de l'OMS, les centres de santé de la RDC – en leur qualité de prestataires primaires – disposent d'un niveau adéquat de personnel pour offrir l'avortement médicamenteux et chirurgical durant le premier trimestre de la grossesse, car ces établissements sont dirigés par des infirmiers ou infirmières et, dans certains cas, par des médecins<sup>25</sup>. Pour accroître leur niveau de préparation, le système sanitaire pourrait investir pour assurer que les centres de santé disposent d'approvisionnements adéquats en misoprostol et

en aspirateurs manuels intra-utérins, et que leur personnel soit correctement formé à leur usage. L'évaluation de l'âge gestationnel (et ainsi, de l'admissibilité de type d'avortement) et la pratique de l'avortement médicamenteux et chirurgical relèvent du champ d'exercice des infirmiers et infirmières, des sages-femmes et des médecins. Si les FOSA ne disposent cependant pas des fournitures et de la capacité requises pour réaliser les interruptions, le personnel n'en aura pas une expérience suffisante et peut nécessiter une formation complémentaire.

Un obstacle considérable à la promotion des soins complets d'avortement en RDC tient au financement du système sanitaire. En 2017, USAID a subventionné le secteur sanitaire du pays à concurrence de plus de 200 millions de dollars américains<sup>28</sup>, soit 13% des dépenses sanitaires totales du pays<sup>29</sup>. Or la « Politique de Mexico » interdit aux ONG qui bénéficient d'une assistance sanitaire d'origine américaine d'affecter les moindres fonds (fût-ce de sources privées ou de bailleurs non américains) à l'offre d'information relative à l'avortement<sup>30</sup>. Également connue sous le nom de « règle du bâillon mondial », cette politique est en vigueur ou non suivant le parti politique au pouvoir aux États-Unis, de sorte que son impact sur la prestation de soins complets d'avortement est irrégulier. (L'allocation de fonds américains à la prestation de services d'avortement est toujours interdite, indépendamment du parti au pouvoir ou de l'application ou non de la règle du bâillon.) Si la RDC engage la transition vers un système de soins de l'avortement sécurisé dans les FOSA alors que le gouvernement américain applique la « politique de Mexico », le pays risquera de perdre les financements américains des services de vaccination, d'assainissement, de contrôle des maladies infectieuses et des autres soins.

### Limites

Notre analyse présente plusieurs limites malgré ses applications pratiques en termes de planification du système sanitaire et concernant l'investissement lié. D'abord, l'enquête de recensement EPSS ne mesure que la disponibilité de produits physiques et l'effectif général de personnel. Faute d'entretiens de sortie avec les patientes et d'observations sur la question des soins complets d'avortement, cette étude n'a pas pu évaluer la qualité des prestations. Ensuite, l'EPPS ne produit pas certains éléments de données importants à la mesure de l'état de préparation à l'offre de services complets d'avortement, comme la formation du personnel aux soins d'avortement. À titre d'indicateur de cette préparation du personnel, les directives de l'OMS énoncent les types d'agents de santé qui, d'après les normes mondiales de champ d'exercice, devraient pouvoir assurer des services de soins d'avortement spécifiques. Il conviendra de rechercher davantage la mesure dans laquelle les prestataires de santé ont été formés à la pratique de soins d'avortement et en ont l'expérience. L'état de préparation du personnel ne dit rien de la disposition des cliniciens à offrir des soins complets d'avortement. Ici encore, la recherche future devra tenir compte des clauses

de conscience dans l'évaluation de l'accessibilité des soins d'avortement<sup>31,32</sup>.

D'autres limites ont trait à la liste des médicaments essentiels de la RDC et à la disponibilité des données. Comme la mifépristone ne figure pas sur cette liste, l'EPPS ne demande pas aux FOSA si elles en disposent en stock. Notre analyse a par conséquent évalué la préparation à offrir l'avortement médicamenteux à base de misoprostol seul, à l'exclusion du protocole combiné plus efficace de mifépristone suivi du misoprostol. De plus, bien que le misoprostol ait été ajouté à la liste de médicaments essentiels de la RDC en 2012<sup>33</sup>, son usage pour l'interruption de grossesse est une indication en hors auquel les prestataires ne sont pas nécessairement formés. L'avortement médicamenteux est moins invasif et exige moins de temps que les interventions chirurgicales et il importe de disposer d'une mesure précise de la préparation des FOSA à le pratiquer. Il faudra, dans les études futures, que les gestionnaires et les chercheurs fassent pression pour que la mifépristone soit comprise dans les évaluations des FOSA. Une recherche approfondie permettra de cerner l'accessibilité de la mifépristone, la formation du personnel à son emploi correct avec le misoprostol, et la capacité d'un accès élargi à ces médicaments à réduire la morbidité et la mortalité causées par l'avortement en RDC.

Cette étude n'a pas évalué l'accessibilité des services. Ceux-ci ont beau être offerts dans les FOSA, si les femmes n'ont pas les moyens de les payer, si elles ne peuvent pas accéder physiquement aux établissements qui les offrent, si elles ignorent leur disponibilité ou ne bénéficient pas de ces soins pour d'autres raisons, ces services sont en fin de compte inaccessibles à leur population cible. Les études futures pourraient évaluer ces facteurs d'accessibilité. On notera aussi que le groupe de FOSA « confessionnelles » enquêté ne comprennent peut-être pas toutes les structures liées aux organisations religieuses. Certaines ONG qui dirigent ou aident des FOSA catégorisées dans cette étude comme « privées non lucratives » peuvent avoir une mission religieuse, mais l'enquête ne comporte pas, au sein de cette catégorie, d'indicateur révélant l'assistance des ONG « confessionnelles ».

Enfin, cette étude est limitée du fait de l'instabilité politique et de la violence en RDC. La visite de 32 FOSA sélectionnées pour l'enquête n'a pas eu lieu pour des raisons de sécurité, produisant dès lors un échantillon moins représentatif, davantage axé sur les structures situées dans les zones plus stables. Les conflits armés accroissent vraisemblablement la demande de services d'avortement là où l'agression sexuelle est utilisée comme arme de guerre, dans la région de l'Est/Kivu notamment. L'état de préparation à l'offre de soins d'interruption de grossesse et après avortement s'est révélé supérieur dans cette région, par rapport à beaucoup d'autres, du fait peut-être d'une plus forte demande de services ou de la sous-représentation des FOSA dans ces zones de conflit. Étant donné que les situations de conflit peuvent impacter aussi les chaînes d'approvisionnement et la disponibilité de person-

nel compétent dans les FOSA, les résultats présentés ici surestiment peut-être la préparation du système sanitaire de la RDC à fournir des soins complets d'avortement sur l'ensemble du pays.

## CONCLUSIONS

L'avortement non sécurisé, comme facteur important de la haute mortalité maternelle enregistrée dans le pays, représente un point de pression sur lequel les responsables politiques de la RDC pourraient produire une nette amélioration dans le plan de la santé reproductive. Son élimination permettrait d'éviter de nombreux préjudices et décès prématurés, tout en améliorant la qualité de vie des femmes. Les soins complets d'avortement forment un système interdépendant dans lequel les progrès réalisés dans une dimension affectent les autres. En élargissant l'accès à la contraception sûre et efficace – en particulier quand les femmes sont traitées pour complications d'un avortement –, la RDC peut réduire le nombre de grossesses non planifiées et ainsi la prévalence de l'avortement. De même, l'offre de services d'avortement sécurisé réduira le nombre de femmes qu'il faudra traiter pour cause de complications d'interventions non sécurisées, ce qui fera par conséquent baisser la morbidité et la mortalité liées à l'avortement. Malheureusement, la publication du Protocole de Maputo n'a guère conduit à la protection légale claire de l'interruption de grossesse en RDC. Le Population Reference Bureau et Ipas cherchent à éclaircir la loi nationale sur l'avortement et à y sensibiliser les prestataires pour garantir l'application pleine du protocole<sup>12,34</sup>. Les interventions visant à réduire immédiatement la morbidité et la mortalité imputables à l'avortement doivent concentrer leurs efforts sur la clarification de la loi, la diffusion de l'information, et l'amélioration de l'accès à des services d'avortement sécurisé dans toutes les conditions admises.

Pour maximiser les interventions systémiques, la recherche doit mieux comprendre ce que pensent les Congolaises des soins d'avortement au fil du large continuum des soins de santé reproductive et cerner le rôle de la contraception dans la prévention de l'avortement. Comme indiqué plus haut, son illégalité n'a pas endigué sa prévalence. L'intervention est répandue malgré l'importance des risques judiciaires, médicaux et sociaux encourus par les femmes. Face à l'échec législatif à prévenir l'avortement non sécurisé, les résultats de la recherche peuvent contribuer aux campagnes de santé publique pour qu'elles intègrent l'offre contraceptive avec des programmes d'éducation, tout en soulignant que la prévention de grossesses non planifiées avec la contraception est beaucoup plus sûre que l'interruption de grossesses avec des moyens non sécurisés. L'évaluation présentée ici procure au système sanitaire de la RDC une information spécifique concernant les investissements potentiels à consentir au niveau des ressources des FOSA (le milieu de l'offre) pour réduire la morbidité et la mortalité associées à l'avortement. Ce cadre est facilement applicable aux autres pays qui utilisent les enquêtes EPSS pour évaluer leur propre état de prépara-

tion aux soins complets d'avortement et pour suivre leurs progrès vers la protection universelle de la santé et des droits sexuels et reproductifs. L'approfondissement de la recherche auprès des femmes qui cherchent un avortement permettrait de répondre aux questions restantes et d'aider les femmes à profiter des bienfaits pour la santé reproductive promis par la publication du Protocole de Maputo.

## RÉFÉRENCES

1. Raymond EG et Grimes DA, The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States, *Obstetrics & Gynecology*, 2012, 119(2):215–219, <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0b013e31823fe923>.
2. Organisation mondiale de la Santé (OMS), Unsafe abortion incidence and mortality: global and regional levels in 2008 and trends during 1990–2008, *Information Sheet*, Genève: OMS, 2012.
3. Sedgh G et al., Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends, *Lancet*, 2016, 388(10041):258–267, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4).
4. Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018.
5. Calvert C et al., The magnitude and severity of abortion-related morbidity in settings with limited access to abortion services: a systematic review and meta-regression, *BMJ Global Health*, 2018, 3(3):e000692, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000692>.
6. Ikeanyi ME et Okonkwo CA, Complicated illegal induced abortions at a tertiary health institution in Nigeria, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 2014, 30(6):1398–1402, <http://dx.doi.org/10.12669/pjms.306.5506>.
7. Nakimuli A et al., Maternal near misses from two referral hospitals in Uganda: a prospective cohort study on incidence, determinants and prognostic factors, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016, 16:24, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0811-5>.
8. Say L et al., Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis, *Lancet Global Health*, 2014, 2(6):e323–e333, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X).
9. OMS, *Avortement sécurisé: directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, deuxième édition, Genève: OMS, 2012, [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe\\_abortion/9789241548434/fr/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/fr/).
10. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la Femme en Afrique*, Banjul, Gambie: CADHP, 2003, <https://www.achpr.org/public/Document/file/French/achprin-strgeneralcommentsart14rightswomen2012fra.pdf>.
11. CADHP, Statement by the special rapporteur on the rights of women in Africa on the occasion of the "Global Day of Action for Access to Safe and Legal Abortion," 2018, <https://www.achpr.org/pressrelease/detail?id=22>.
12. Ipas, Legal access to abortion expands in Democratic Republic of the Congo, communiqué de presse, 26 juillet 2018, <https://www.ipas.org/new/legal-access-to-abortion-expands-in-democratic-republic-of-congo/>.
13. Ishoso DK, Tshetu AK et Coppieters Y, Analysis of induced abortion-related complications in women admitted to referral health facilities in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo, *PLOS ONE*, 2018, 13(8):e0203186, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203186>.
14. Lince-Deroche N et al., *La grossesse non planifiée et l'avortement à Kinshasa (République démocratique du Congo): Défis et progrès*, New York: Guttmacher Institute, 2019, <https://www.guttmacher.org/fr/>

report/unintended-pregnancy-abortion-kinshasa-drc.

15. Chae S et al., The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016, *PLOS ONE*, 2017, 12(10):e0184389, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>.

16. Burkhardt G et al., Sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo: a qualitative analysis of access to pregnancy termination services, *Conflict and Health*, 2016, 10:30, <http://dx.doi.org/10.1186/s13031-016-0097-2>.

17. Rouhani SA et al., A quantitative assessment of termination of sexual violence-related pregnancies in eastern Democratic Republic of Congo, *Conflict and Health*, 2016, 10:9, <http://dx.doi.org/10.1186/s13031-016-0073-x>.

18. UNICEF, Maternal mortality, 2017, <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>.

19. OMS et al., *Surveillance des soins obstétricaux d'urgence: manuel d'utilisation*, Genève: OMS, 2011, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241547734/fr/>.

20. Sheffel A, Karp C et Creanga AA, Use of service provision assessments and service availability and readiness assessments for monitoring quality of maternal and newborn health services in low-income and middle-income countries, *BMJ Global Health*, 2018, 3(6):e001011, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2018-001011>.

21. Healy J, Otsea K et Benson J, Counting abortions so that abortion counts: indicators for monitoring the availability and use of abortion care services, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2006, 95(2):209–220, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.08.002>.

22. Campbell OMR et al., Signal functions for measuring the ability of health facilities to provide abortion services: an illustrative analysis using a health facility census in Zambia, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2016, 16:105, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0872-5>.

23. Owolabi OO, Biddlecom A et Whitehead HS, Health systems' capacity to provide postabortion care: a multicountry analysis using signal functions, *Lancet Global Health*, 2019, 7(1):e110–e118, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30404-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30404-2).

24. École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK) et ICF, *République démocratique du Congo: Évaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS), 2017–2018*, Kinshasa: ESPK; et Rockville, MD, É-U: ICF, 2019.

25. OMS, *Rôles des agents de santé dans la dispensation des soins liés à l'avortement sécurisé et de la contraception post-avortement*, Genève: OMS, 2016, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe-abortion/abortion-task-shifting/fr/>.

26. OMS, *Utilisation des médicaments dans le cadre d'un avortement*, Genève: OMS, 2019, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/medical-management-abortion/fr/>.

27. Bankole A et al., Gravité et prise en charge des complications affectant les patientes après avortement traitées dans les établissements de santé de Kinshasa, *Perspectives Internationales sur la Santé Sexuelle et Génésique*, numéro spécial de 2018, pp. 49–57, <https://doi.org/10.1363/FR04918>.

28. USAID, Democratic Republic of the Congo: health fact sheet, 2018, <https://www.usaid.gov/democratic-republic-congo/fact-sheets/usaiddre-fact-sheet-health>.

29. Knoema, Democratic Republic of the Congo—current expenditure on health, 2019, <https://knoema.com/atlas/Democratic-Republic-of-the-Congo/topics/Health/Health-Expenditure/Expenditure-on-health>.

30. Kaiser Family Foundation, The Mexico City Policy: an explainer, 2019, <https://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/mexico-city-policy-explainer/>.

31. Chavkin W et al., Conscientious objection and refusal to provide reproductive healthcare: a White Paper examining prevalence, health consequences, and policy responses, *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 2013, 123(Suppl. 3):S41–S56, [http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292\(13\)60002-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0020-7292(13)60002-8).

32. Chavkin W, Swerdlow L et Fifield J, Regulation of conscientious objection to abortion: an international comparative multiple-case study, *Health and Human Rights Journal*, 2017, 19(1):55–68.

33. Ministère de la Santé publique, République démocratique du Congo, *Direction de la Pharmacie et du Médicament: Répertoire des Produits Pharmaceutiques enregistrés et autorisés par la DPM en RDC*, Kinshasa, République démocratique du Congo: Ministère de la Santé publique, 2016, <https://abortion-policies.srhr.org/documents/countries/02-DRC-Directory-of-Registered-and-Licensed-Pharmaceuticals-2016.pdf#page=1>.

34. Population Reference Bureau, Élargir l'accès à l'avortement sécurisé en RDC: clarifications de la loi, *Fiche d'information* 2019, <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2019/04/SAFE-ENGAGE-RDC-clarifications-de-la-loi-FR.pdf>.

## Remerciements

Ce projet a bénéficié de la subvention National Institutes of Health (NIH) Research Training Grant D43 TW009340 sous financement du NIH Fogarty International Center et des NINDS, NIMH, NH-BLI et NIEHS. Les auteurs sont les seuls responsables du contenu présenté, lequel ne reflète pas nécessairement les opinions officielles des NIH.

**Coordonnées de l'auteur:** [aglover1@tulane.edu](mailto:aglover1@tulane.edu)