

LA CONTRACEPTION POST AVORTEMENT MÉDICALISÉ À WALIKALE.

KUBUYA KATUNDI Georges^{*}, BUSHALA KIBANDJA Théophile^{**}

Résumé

Partant de la problématique de l'utilisation des contraceptifs par les femmes après avortement au sein de la Zone de santé Rurale de Walikale, la contraception post-abortum est moins utilisée malgré la bonne sensibilisation sur ses bienfaits (soit 40,3%), la possibilité d'utiliser ou non la contraception post-abortum dépend du niveau d'étude, de l'âge, de la religion, de la profession et de l'état civil. La Méthodes hormonales-Progestatifs est la plus utilisée. Ainsi donc, il faut une bonne sensibilisation des femmes en âge de la procréation sur l'importance de la contraception après avortement.

Mots-clés : *Avortement, Contraception*

THE POST-ABORTION CONTRACEPTION MEDICALIZED IN WALIKALE

Abstract

Based on the problem of contraceptive use by women after abortion in the Walikale Rural Health Zone, post-abortion contraception is used less despite good awareness of its benefits (40.3%). The possibility of using or not the post-abortion contraception depends on the level of education, age, religion, profession and marital status. Hormonal –Progestative Method is the most used. Thus, women of procreation age need to be made aware of the importance of post-abortion contraception.

Keywords : *Abortion, Contraception*

I. INTRODUCTION

L'avortement est l'accident le plus fréquent de la pathologie obstétricale. Il s'agit de l'expulsion complète ou partielle du produit de conception durant les 28 semaines suivant la dernière date des règles (DDR) ou 180 jours d'aménorrhée. Il survient de lui-même en dehors de toute entreprise locale ou générale volontaire¹.

La contraception est l'emploi de moyens visant à empêcher qu'un rapport sexuel entraîne une grossesse. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme

^{*} MD.MPH, Expert en Co-Remote management du Projet Médical, Leadership, Chef des Travaux à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales-ISTM-Walikale/RD. Congo kubuyag@gmail.com Tél : +243823030010

^{**} Enseignant et chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales-ISTM-Masisi/DR. Congo, bushat2009@yhoo.com, Tél : +243822441336

¹ Levy J., Merger R., Melchior J. (2001).Précis d'obstétrique.6eme Ed. Masson, Paris, 605 p. Little « Placental Infarction. *Obstet Gynecol*» pp.109–130.

étant « l'utilisation d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter »². Chaque année, environ une grossesse sur quatre dans le monde se termine par un avortement provoqué, ce qui représente environ 55 millions d'avortements³.

Les avortements sont nécessaires pour toute une série de raisons, notamment la grossesse non désirée due au manque d'accès à la contraception, à l'échec de la contraception, à une anomalie fœtale ou au fait que la grossesse résulte d'une agression sexuelle. Les données cliniques suggèrent que la fertilité revient rapidement chez les femmes et les adolescentes qui subissent un avortement. Une femme ou une adolescente qui cherche à se faire avorter souhaite peut-être éviter de tomber enceinte. Le fait de proposer une procédure d'avortement est donc l'occasion de discuter et de proposer des méthodes de contraception⁴.

Cette réalité est également présente dans les systèmes de soins de santé avancés et signifie que dans les contextes où l'accès aux services de contraception réversible à action prolongée est limité, ces désistements pourraient être un phénomène courant. Une contraception hormonale (implants) peut être fournie en même temps que la mifépristone est prise lors d'un avortement médical, sans affecter l'efficacité de l'avortement⁵.

La planification familiale après avortement est l'une des pratiques à haut impact dans la planification familiale (PHIs) identifiées par un groupe technique consultatif constitué d'experts internationaux. Lorsqu'elles seront étendues et institutionnalisées, les PHIs maximiseront les investissements dans une stratégie globale de planification familiale⁶.

Les femmes courent le risque d'une grossesse non désirée presque immédiatement après l'avortement. Étant donné que c'est l'unique occasion pour lui parler de l'importance de la contraception post-abortum, cependant, Offrir de manière proactive des conseils et des services de contraception volontaire au même moment et au même endroit où les femmes reçoivent des soins après avortement en structure

². United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2021), «*World Contraceptive Use*» (en)site de l'ONU [archive]

³. Organisation mondiale de la santé (OMS) *Prévention des avortements à risque*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

⁴. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. (2014), « *Immediate post-abortion insertion of intrauterine devices*. Cochrane Database Syst Rev. » ;(7):CD001777.

⁵. Park J, et al. (2016), «*Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion.*» *IJGO*, pp.217–220.

⁶. High Impact Practices in Family Planning (HIP). (2018), « *Family planning high impact practices list.*» Washington, DC: USAID; <https://www.fphighimpactpractices.org/high-impact-practices-in-family-planning-list/>. Accessed November 10, 2022.

⁷. Cynthia Steele Verme. (1994), «*Postabortion Care (PAC) Consortium, Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD)*», Le Caire

sanitaire, serait une bonne pratique, car celle-ci ne reviendra plus à la structure après ce service d'avortement et donc il faudra se rassurer que les patients ayant subi un avortement quittent la structure sanitaire avec une méthode de contraception volontaire efficace de leur choix, ce qui entrainerait moins de grossesses non désirées, car immédiatement après avortement la femme est exposée à tomber à nouveau enceinte. « Si une femme vient à l'hôpital alors qu'elle a subi un avortement [provoqué], nous avons déjà échoué une fois en ne l'aidant pas à éviter une grossesse non désirée ou au mauvais moment. Si elle quitte la structure sans avoir les moyens d'empêcher une autre grossesse non désirée à l'avenir, alors nous aurons échoué une deuxième fois »⁸.

Selon le rapport de la sante de la reproduction de la Zone de santé Rurale de Walikale, de Juin- Décembre 2021, 248 ont avorté dont 100 parmi eux ont adhéré à la contraception après avortement. 37 femmes ayant avorté n'ayant pas pris la contraception post-abortum sont revenues quelques mois après avec des complications graves post avortement clandestin dans de mauvaises conditions suite à la honte⁹.

Eu égard à ce qui précède, quoiqu'il y ait beaucoup de barrières à l'avortement médicalisé à Walikale, les femmes utilisent quand même ce service, mais avec prudence et surtout peur et la plupart d'entre elle refusent à adhérer à la contraception post-abortum. Suite aux barrières socio-culturelles et surtout religieuses, les femmes ne savent pas prendre une décision quant à ce qui concerne la contraception après avortement ne sachant pas comment briser les mythes qui sont autour de l'avortement et la contraception. Cela constitue donc un problème de la santé publique, car les mêmes femmes ayant avorté tombent enceinte dans une courte période, ce qui les expose à une autre grossesse non désirée avec comme conséquence la honte/peur de revenir à la clinique pour un autre avortement et celles-ci recourent souvent à des méthodes non sécurisées avec toutes les conséquences qui suivront.

Dans une perspective exploratoire du phénomène, cet article vise non seulement à décrire certains obstacles à l'usage de la contraception après avortement au sein de la Zone de santé Rurale, mais aussi les résultats contribueront d'une part, à la promotion des droits de femme à la contraception après avortement et une base des données de réflexion des acteurs de secteur sanitaire du Nord-Kivu d'autre part.

⁸ World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR). (2018), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. «*Family Planning*»: A Global Handbook for Providers. <https://www.fphandbook.org/>. Accessed November 09, 2022.

⁹BCZ Walikale.(2022).Rapport sur la Santé de la Reproduction, Walikale, Nord-Kivu, DRC.

Nous nous sommes posés comme question de recherche : Quel est le taux d'utilisation de la contraception post-abortum au sein de la Zone de santé Rurale de Walikale.?

Nous nous sommes assigné comme objectif: Déterminer le taux d'utilisation de la contraception post-abortum au sein de la Zone de santé Rurale de Walikale.

Selon Grawitz (1975) l'hypothèse est une proposition des réponses aux questions posées. Elle tend à formuler une relation entre les faits significatifs. Sous cet angle en voulant apporter des réponses à nos préoccupations ci haut-établies, nous nous sommes proposé les hypothèses suivantes : La contraception post-abortum serait moins utilisée au sein de la Zone de santé Rurale de Walikale.

II.MÉTHODOLOGIE

La méthodologie comporte un certain nombre d'élément qui nous allons développer dans les lignes qui suivent.

II.1. LIEU D'ÉTUDE

Notre étude s'est faite dans la Zone de santé de Walikale au Nord-Kivu, en République Démocratique du Congo, plus spécifiquement au sein de la Clinique Tumaini. Cette Zone de santé a été choisie car, elle regroupe des proportions inquiétantes de cas d'avortement.

II.2. TYPE D'ÉTUDE

Pour une issue heureuse de ce travail, nous avons jugé utile de faire usage d'une étude analytique, avec comme type d'étude transversale. L'analyse documentaire nous a permis de faire une photographie du phénomène en question, en vue de bien décèler le problème lié à la non utilisation de la contraception après avortement.

II.3. POPULATION D'ÉTUDE

Notre étude porte sur toutes les femmes en âge de procréation dont l'âge varie entre 15 à 49 ans ayant de la Zone de Santee Rurale de Walikale.

II.4. POPULATION CIBLE ET ÉCHANTILLONAGE

Se focalisant sur les femmes ayant avorté au sein de la clinique TUMAINI à Walikale durant notre période d'étude, notre population cible constituera la taille de notre échantillon. L'échantillonnage était exhaustif (n=248). Nous avons utilisé le registre des malades disponible dans le service (Clinique Tumaini) ainsi que le rapport sur la santé de la Reproduction du BCZ de Walikale.

II.5. MÉTHODE, TECHNIQUE ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

Pour vérifier les hypothèses émises dans notre étude et atteindre les objectifs assignés, les méthodes suivantes ont été utilisées :

- Méthode analytique** : nous a facilité d'analyser les données sur l'avortement et la contraception ;
- Méthode statistique** : qui nous a permis d'utiliser les éléments statistiques pour les différents calculs.

En vue de renforcer ces méthodes, les techniques suivantes ont été utilisées :

- Technique documentaire** : elle nous a permis d'approfondir et enrichir des informations ayant trait avec notre sujet à travers différents documents ;
- Technique d'observation directe** : nous a permis de nous rendre sur terrain et avoir un état de lieu exact ;

II.6. SAISI, TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNEES

Les données ont été encodées, traitées et analysées à base de logiciel SPSS, (Statistical Package Social Sciences) version 26. Les variables qualitatives étaient exprimées sous formes des fréquences et de pourcentages. Par contre, les variables quantitatives sous formes des moyennes et écart-type. La force d'association a été estimée par Odds ratio et l'intervalle de confiance à 95 %. Le niveau de signification statistique a été fixé à une valeur $p < 0,05$. Les données ont été interprétées et enfin un support rédigé dans le logiciel Microsoft Office Word.

II.7.VARIABLES D'ÉTUDE

Les données collectées portaient sur : la tranche d'Age, niveau d'étude, religion/croyance, profession, État matrimonial, usage de la contraception post-abortum, type de méthode contraceptive utilisée, counseling post-abortum.

II.8. CRITÈRES DE SÉLECTION DE LA CIBLE

II.8.1. Critères d'inclusion.

Ont été inclus dans l'étude :

- Toutes les femmes en âge de la procréation (15-49 ans) ayant avorté au sein de la clinique TUMAINI durant notre période d'étude.

II.8.2. Critères d'exclusion

Ont été exclues :

Toutes les filles et femmes qui avaient avorté en dehors de l'Hôpital Général de Walikale, celles ayant avorté en dehors de notre période d'étude et celle ayant avorté (moins de 15 ans).

II.9. CONSIDÉRATION ETHIQUE

Avant la collecte des données, nous avons tenu compte des dimensions à la fois administratives et éthique de la recherche. L'autorisation des autorités administratives du lieu de recherche notamment le Médecin Chef de Zone de santé de la Zone de Sante Rurale de Walikale a approuvé le protocole de recherche. La confidentialité a été aussi respectée.

III.RÉSULTATS¹⁰

III.1. CARACTÈRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE

Tableau n°1 : Profils sociodémographiques des participants à l'étude. (BCZ de Walikale, 2022).

VARIABLE		Effectifs	Pourcentage
(1) Tranche d'âge	Inférieur à 18 ans	80	32,3
	18 à 25 ans	120	48,4
	26 à 35 ans	33	13,3
	36 ans et plus	15	6
	Total	248	100
(2) Niveau d'étude	Sans étude	10	4
	Primaire	22	8,9
	Secondaire	150	60,5
	Universitaire	66	26,6
	Total	248	100
(3) Religion/Croyance	Chrétienne	110	44,4
	Musulmane	110	44,4
	Autres	28	11,3
	Total	248	100
(4) Profession	Employée	50	20,2
	Etudiante	50	20,2
	Elève	88	35,5
	Ménagère	50	20,2
	Cultivatrice	10	4
	Total	248	100
(5) Etat Matrimonial	Mariée	30	12,1
	Célibataire	218	87,9
Total	248	100	

¹⁰. BCZ Walikale, op cit.

L'analyse de ce tableau révèle que 88,4% de femmes ayant avorté ont un âge variant entre 18-25 ans, ce qui prouve en suffisance que la population de la Zone de santé Rurale de Walikale est non seulement plus jeune mais aussi cet âge est l'âge où l'activité sexuelle est très élevée. 60% des femmes ayant avorté ont un niveau d'étude secondaire, 44,4% sont Chrétiens et 44,45 musulmans, 35,5% sont des élèves et 87,9% sont des célibataires.

III.2. DONNÉE PAR RAPPORT À LA CONTRACEPTION APRÈS AVORTEMENT

Tableau n° 2. Usage des Contraceptions après avortement

	Effectifs	Pourcentage
OUI	100	40,3
NON	148	59,7
Total	248	100

L'analyse de ce tableau révèle que, 4/10 femmes ayant avorté ont adhéré à une des méthodes contraceptives.

Tableau n° 3. Type des Méthodes contraceptives utilisées

METHODES CONTRACEPTIVES	Effectif	Pourcentage
Méthodes hormonales-Estroprogestatifs	10	10
Méthodes hormonales-Progestatifs	40	40
Dispositifs intra-utérins (DIU)	10	10
Méthodes Barières (Préservatifs)	30	30
Autres	10	10
Total	100	100

Il ressort de ce tableau que, 4/10 femmes ayant avorté ont choisi la méthode Hormonale-Progestatifs.

Tableau n° 4. Counselling par rapport à l'adhésion à la contraception post-abortum

Counselling	Effectif	Pourcentage
Counselling fait	240	96,8
Conselling non fait	8	3,2
Total	248	100

96.8% des femmes ayant bénéficié de l'avortement médicalisé ont bénéficié d'une séance de counselling pré et post-abortum, mais seulement 100 femmes soit (42%) y ont adhéré.

III.3. ANALYSE BIVARIÉE

Tableau n° 5. Usage des Contraceptions après avortement * Tranche d'âge

Usage des Contraceptions après avortement	TRANCHE D'ÂGE				
	Inférieur à 18 ans	à 18 à 25 ans	à 26 à 35 ans	à 36 ans et plus	Total
OUI	80	20	0	0	100
NON	0	100	33	15	148
Total	80	120	33	15	248

8 femmes sur 10 ayant utilisé la contraception post-abortum ont l'âge situé dans tranche d'âge inférieure à 18 ans. Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($\chi^2=178,739$; ddl=3 ; $p<0.001$). Cet âge correspond à l'âge scolaire ou les filles dépendent encore des parents et sont élèves à l'école secondaire. Pour raison d'étude, elles sont obligées de prendre une méthode contraceptive afin d'éviter une autre grossesse non désirée durant les activités scolaires.

Tableau n° 6. Usage des Contraceptions après avortement * Niveau d'étude

Usage des Contraceptions après avortement	Niveau d'étude				Total
	Sans étude	Primaire	Secondaire	Universitaire	
OUI	10	22	68	0	100
NON	0	0	82	66	148
Total	10	22	150	66	248

Sur 100 femmes ayant accepté d'utiliser la contraception post-abortum, 68 avait un niveau d'étude secondaire soit 7 sur 10 et la possibilité d'utiliser les contraceptifs après avortement est 7 fois plus élevée chez les femmes du niveau secondaire, par rapport à celles des autres niveaux. Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($\chi^2=93,520$; ddl=3 ; $p<0.001$). Cela s'expliquerait par le fait qu'à l'école secondaire une fois enceinte, tout s'arrête à moins que celle-ci soit mariée. C'est la raison pour laquelle, une fois avorté une grossesse indésirable, elle choisit une méthode contraceptive afin d'éviter une autre grossesse qui pourrait arrêter ses études.

Tableau n° 7. Usage des Contraceptions après avortement * Religion/Croyance

Usage des Contraceptions après avortement	Religion/Croyance			Total
	Chrétienne	Musulmane	Autres	
OUI	100	0	0	100
NON	10	110	28	148
Total	110	110	28	248

10 femmes sur 10 ayant acceptée d'utiliser les contraceptifs sont chrétiens. Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($\chi^2=210,221$; ddl=2 ; $p<0.001$). Cela

s'expliquerait par le fait que non seulement chez les chrétiens l'avortement est interdite mais aussi la majorité de la population est chrétienne. Contrairement chez les musulmans, où l'avortement est interdite après 120 Jours et donc avant cette période, elles peuvent avorter sans problème.

Tableau n° 8. Usage des Contraceptions après avortement * Profession

Usage des Contraceptions après avortement.	Profession					Total
	Employée	Etudiante	Elève	Ménagère	Cultivatrice	
OUI	50	50	0	0	0	100
NON	0	0	88	50	10	148
Total	50	50	88	50	10	248

5/10 femmes ayant adhérer à la contraception post-abortum sont étudiantes et 5/10 sont des employées. Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($\chi^2=93,520$; ddl=3 ; $p<0.001$).

Tableau n° 9. Usage des Contraceptions après avortement * Etat Matrimonial

Usage des Contraceptions après avortement.	Etat Matrimonial			Total
	Mariée	Célibataire		
OUI	30	70		100
NON	0	148		148
Total	30	218		248

7/10 femmes ayant utilisé les contraceptifs après avortement sont des célibataires

Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($\chi^2=50,510$; ddl=1 ; $p<0.001$).

IV.DISCUSSIONS

L'analyse du tableau 1 révèle que 88,4% de femmes ayant avorté ont un âge variant entre 18-25 ans, 60% de nos enquêtées ont un niveau d'étude secondaire, 44,4% sont Chrétiens et 44,45 musulmans, 35,5% sont des élèves et 87,9% sont des célibataires.

La tranche d'âge 16-34 ans a été majoritaire chez nous (88%), proche des 82,3% rapporté en Zambie c'est la période de forte activité génitale.¹¹

Quant à ce qui concerne la religion et l'utilisation du service d'avortement médicalisé, il est très clair que tous utilisent le service et surtout que la zone rurale de Walikale est dans une contrée où il y a beaucoup de musulmans surtout à Walikale centre où s'offre

¹¹. Coast E, Murray SF.(2016),«*These things are dangerous: understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. Social Science and Medicine.*»,pp.201–209. [PubMed] [Google Scholar]

ce service, et selon les musulman l'avortement est autorisée avant 120 jours de la grossesse mais formellement interdit par les chrétiens.

10 femmes sur 10 ayant accepté d'utiliser les contraceptifs sont chrétiens. Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($\chi^2=210,221$; ddl=2 ; $p<0.001$).

Cela s'expliquerait par le fait que chez les chrétiens, l'avortement est strictement interdit, une fois avortée, elles font tout pour ne plus tomber enceinte car si cela est connue par les fidèles/autres croyant ou responsables de l'église, elle sera excommuniée. Or la contraception injectable est un top secret que personne ne saura sauf l'agent responsable du service qui lui administre ce médicament.

Par contre chez les Musulman, Certains imams chafiistes tolèrent l'avortement jusqu'au 120^e jour. Bien que le courant hanbaliste, majoritaire en Arabie saoudite et aux Émirats Arabes Unis, n'ait pas d'opinion tranchée sur la question, certains chefs religieux autorisent également l'avortement jusqu'au quatrième mois. Enfin, le malikisme, qui prédomine en Afrique du Nord, considère le fœtus comme un être vivant en devenir et interdit totalement l'avortement. En fait, tous les dogmes islamiques estiment qu'à compter de 120 jours après sa conception, le fœtus a une âme, et aucun n'autorise l'avortement après cette date¹².

Par rapport à l'état civil, nous réalisons que les femmes célibataires ont beaucoup de partenaires ce qui fait qu'elles tombent enceinte ne sachant pas parfois l'auteur de la grossesse, or si elle garde la grossesse elle ne saura plus vivre étant donné que son sexe est la seule source de revenu, ce qui leur pousse à avorter une fois tomber enceinte.

Selon les données des tableaux 2 et 3 ; 4/10 femmes ayant avorté ont adhéré à une des méthodes contraceptives. Ce faible pourcentage d'utilisation des contraceptifs post-abortum au sein de la Zone de santé rurale de walikale s'expliquerait par le fait que non seulement l'avortement lui-même constitue un interdit dans la société mais aussi l'utilisation des contraceptifs, alors elles ont peur de pécher deux fois contre leur culture.

Cette réticence peut être liée à l'obstacle que représentent parfois les avis de conjoints. Une étude en RDC rapporte 29% de refus de contraception pour ce motif¹³. Selon l'OMS, les soins après avortement (SAA), qui comprennent le traitement des complications liées à une fausse couche ou à un avortement provoqué, constituent un moment opportun pour conseiller et proposer aux patientes une contraception

¹².Hazal Atay.(2018),Ph.D candidate, INSPIRE Marie Skłodowska-Curie Fellow at Sciences Po Paris, *Sciences Po – USPC* .

¹³Ntambue MA, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST, et al. (2017), « *Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo:*» prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan African Medical Journal*, pp.26:199. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]

volontaire. Même si une femme souhaite tomber enceinte à nouveau dans un bref délai, elle devrait probablement attendre six mois pour réduire les risques de faible poids à la naissance, de naissance prématurée et d'anémie maternelle¹⁴.

Selon Cynthia Steele Verme (1994), « Si la femme que nous traitons pour des complications après avortement se trouve devant nous parce qu'elle n'a pas pu obtenir de contraception, nous avons échoué. Si elle s'en va sans planification familiale, nous avons échoué deux fois ».

De même, seuls 6 % des patientes en Géorgie, 17 % en Tanzanie et 26 % au Pakistan reçoivent la méthode de contraception de leur choix dans le cadre des SAA.6-8 En outre, des études menées au Kenya et au Népal montrent que même lorsque les services sont en place, le choix de la méthode peut être limité¹⁵ Les coûts pourraient connaître une réduction en investissant dans l'amélioration de l'accès à des services de planification familiale de qualité et dans une sensibilisation accrue à la fécondité. Les avortements répétés sont courants¹⁶ et indiquent que le système de santé n'a pas réussi à faciliter l'accès à des contraceptifs efficaces et à l'information lorsque les SAA ont été présentés pour la première fois à la femme. Une étude portant sur plusieurs pays a révélé qu'en moyenne, près de 20 % des patientes ayant subi un avortement ont déclaré avoir déjà subi un avortement provoqué¹⁷.

En outre, plus de la moitié des patientes ayant subi un avortement ont exprimé un intérêt pour l'utilisation de la contraception, mais seulement un quart environ (27 %) ont quitté la structure sanitaire avec une méthode de contraception. La fourniture d'une contraception volontaire aux femmes qui souhaitent retarder ou limiter leur grossesse ne coûterait qu'une fraction de la dépense moyenne pour les SAA : une année de services et de fournitures de contraception moderne coûte, en moyenne, de 3 à 12 % du coût du traitement d'une patiente ayant reçu des SAA¹⁸. Par contre, pour ce qui concerne notre étude, moins de la moitié des femmes en âge de la procréation avaient refusé d'utiliser une méthode contraceptive après l'avortement, car, selon leur conviction, non seulement elles ne peuvent pas tomber enceinte dans les 6 mois après avortement mais aussi sur le plan culturellement et religieuse, la contraception n'est pas du tout acceptée, et selon elles, utiliser la contraception après avortement médicalisé serait péché doublement

¹⁴ WHO.(2018),op cit

¹⁵.Mutua MM, Achia TNO, Maina BW, Izugbara CO. (2017), «*A cross-sectional analysis of Kenyan postabortion care services using a nationally representative sample.*» Int J Gynaecol Obstet, pp.276-282. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12239>

¹⁶ Jones RK, Singh S, Finer LB, Frohvirth LF.(2006), «*Repeat abortion in the United States.*» New York: Guttmacher Institute». Occasional Report 29. <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/21/or29.pdf>. Accessed November 06, 2022.

¹⁷ Kidder E, Sonneveldt E, Hardee K.(2004),«*Who receives PAC services? Evidence from 14 countries.* » Washington, DC: The Futures Group.

¹⁸ Vlassoff M, Singh S, Onda T. (2016), «*The cost of postabortion care in developing countries: a comparative analysis of four studies.*» Health Policy Plan, pp.1020-1030. <http://doi.org/10.1093/heapol/czw032>

:«Pécher en avortant et pécher en utilisant la contraception». Selon le mythe jusque-là non brisé, «la contraception entraîne soit le cancer ou une stérilité irréversible et le rapport sexuel avec préservatif ne procure pas du plaisir, c'est comme manger le bonbon dans son sachet ».

Selon notre étude, 4/10 femmes ont utilisé la méthode contraceptive immédiatement après avortement, ce qui est un taux faible car, selon l'OMS, une femme peut à nouveau être féconde dans les deux semaines suivant un avortement ou une fausse couche au premier trimestre, dans les quatre semaines suivant un avortement ou une fausse couche au deuxième trimestre¹⁹.

Cependant, une étude transversale a montré que près des deux tiers des femmes ayant reçu des SAA ne savaient pas quand elles seraient fécondes après l'avortement, et ce même groupe n'avait pas l'intention d'utiliser un moyen de contraception bien que les trois quarts d'entre elles aient souhaité reporter leur grossesse²⁰.

Les femmes qui quittent une structure sanitaire sans avoir une compréhension claire des risques liés à leur grossesse ont presque trois fois plus de chances de subir un autre avortement que les femmes qui en ont une connaissance précise²¹. C'est ce qui a été le cas pour notre étude. Nous avons constaté que certaines femmes en âge de la procréation ayant refusé de choisir une méthode contraceptive après avortement malgré le counseling tombent enceinte après 6 mois ; la conséquence est que par honte d'aller se faire avorter médicalement à la Clinique TUMAINI, elles décident d'aller se faire avorter clandestinement dans des mauvaises conditions. Parmi elles, certaines sont amenées en urgence dans un tableau d'Hémorragie avec anémie sévère associée ou non à un sepsis grave voire une perforation utérine par un curetage avec du matériel inapproprié. Ce qui met en danger la vie de la femme avec le risque d'une hystérectomie ou la mort. Des conseils et des services de planification familiale en temps utile peuvent aider les femmes à prévenir une grossesse non planifiée ultérieure et un éventuel avortement. Des études montrent que la prestation de services de planification familiale volontaire dans le cadre des SAA peut accroître l'utilisation des contraceptifs et réduire les avortements ultérieurs. Au Zimbabwe, les patientes ayant subi un avortement qui ont été orientées vers une structure de santé maternelle et infantile proche et qui ont dû payer un montant symbolique pour la contraception étaient trois fois plus susceptibles

¹⁹ WHO, 2018, op cit.

²⁰ Mahmoud GA, Byomy SS.(2013),« *Fertility awareness and family planning use among post abortion women in Egypt.*» Life Sci J, pp.143-150. <https://www.dx.doi.org/10.7537/marslsj100113.21> April 2019.

²¹ David PH, Reichenbach L, Savelieva I, Vartapetova N, Potemkina R.(2007),«*Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care?* »Health Policy Plan, pp.83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm003>

de connaître une grossesse non planifiée dans les 12 mois suivant un avortement que les patientes ayant subi un avortement à qui l'on a offert des services et des méthodes de planification familiale sur place, dans une salle de soins, gratuitement²².

De même, en Géorgie, les avortements multiples étaient nettement plus fréquents chez les femmes qui n'avaient pas reçu de contraception après avortement sur le site des SAA que chez celles qui en avaient reçu²³, ce qui corrobore notre recherche.

Selon une étude faite par Senlet P et al(2001), plus précisément, trois ans après la fin de l'assistance technique, plus de 80 % des patientes de soins après avortement ont reçu une méthode avant de quitter la structure, contre un peu moins de 60 % pendant la période d'assistance technique. Des résultats similaires ont été obtenus en Turquie. Pour notre cas, les femmes amenées en urgence pour une complication d'avortement avaient accepté la méthode contraceptive à la sortie de l'Hôpital, cela suite à la mauvaise expérience des complications de l'avortement.

Pour l'efficacité de cette utilisation des contraceptives après avortement, il serait important d'impliquer les communautés et les agents de santé communautaires, car tout ce qu'on ferait pour la communauté et sans elle, ne réussira jamais. Au Kenya, la formation des agents de santé communautaires pour sensibiliser la communauté et changer leurs attitudes à l'égard des SAA et pour conseiller les femmes en matière de planification familiale a permis d'augmenter à la fois le nombre de femmes utilisant les services de SAA et le nombre de femmes qui utilisent la contraception. Selon les responsables de la mise en œuvre du programme, la grande majorité des patientes recevant les SAA ont été orientées par les agents de santé communautaires. Une approche clé consiste à engager les communautés dans un dialogue pour définir le besoin de services de SAA, concevoir des services de SAA qui s'inscrivent dans la culture communautaire et développer l'appropriation locale pour garantir un accès équitable aux SAA de qualité²⁴. À walikale, la santé de la reproduction en général est appuyée par MSF depuis plus de 10 ans et le service d'avortement médicalisé gratuit

²² Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. (2002), «*Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception.*» Stud Fam Plann, pp. 195-202.
<https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2002.00195.x>

²³ Pestvenidze E, Berdzuli N, Lomia N, Gagua T, Umikashvili L, Stray-Pedersen B. (2010), «*Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations: secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010.*» Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, pp. 85-90.
<https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.08.020>

²⁴ Ottolenghi E, Riveros P, Blanding S. (2008), «*Assessment of the Bolivia Postabortion Care Community Mobilization Program.*» ACQUIRE Project.
http://www.acquireproject.org/archive/files/5.0_community_engagement_marketing_and_communication_s/5.2_resources/5.2.2_studies/cPAC_report_revised_final.pdf. Accessed on March 18, 2019. 4 November 2022.

avait été implémentée dans le paquet minimum d'activité offert par ce service en 2014 après qu'une forte sensibilisation des leaders communautaires sur les bienfaits d'un avortement médicalisé et les méfaits d'un avortement clandestin, malgré une forte sensibilisation de toutes les couches de la société ont été conviées à cette séance de sensibilisation : Les autorités politico-administratives locales, chef religieux, la société civile, les leaders des associations féminines voire les étudiants, les élèves du secondaire, les militaires et les policiers.

Malgré la sensibilisation, les barrières sont toujours. Le conflit de génération était née entre les jeunes et les vieux ; les jeunes comprennent mieux et utilisent le service sans problème tandis que les vieux sont conservateurs. Ils sont contre l'avortement médicalisé et la contraception car, selon eux, Walikale est un grand Territoire de la Province du Nord-Kivu avec une grande forêt, mais malheureusement avec une démographie faible et donc il faut avoir beaucoup d'enfants. Celui qui avortera ou prendra les pilules contraceptives devra le faire en cachette et à son risque et péril. Ce qui est plus fort est que même les hommes de la loi (Juristes-Magistrats) de Walikale font semblant d'ignorer la loi en poursuivant ou arrêtant toute femme accusée d'avoir avorté voire les staff MSF travaillant au sein de la clinique TUMAINI l'ont déjà été plusieurs fois. Ce qui prouve en suffisance que le Protocole de MAPUTO n'a jamais été vulgarisé dans cette contrée. Le Protocol de Droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction stipule à son Article 14 : que les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive.

Ces droits comprennent :

- a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité;
- b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ;
- c) le libre choix des méthodes de contraception ;
- d) le droit de se protéger et d'être protégées contre les infections sexuellement transmissibles(IST), y compris le VIH/SIDA ;
- e) le droit d'être informées de leur état de santé et de l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles(IST), y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues ;
- f) le droit à l'éducation sur la planification familiale(PF).

2. Les États prennent toutes les mesures appropriées pour :

- a) assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural ;
- b) fournir aux femmes des services pré et postnatals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants ;
- c) protéger les droits reproductifs de 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.²⁵

Le tableau n°6 révèle que 8 femmes sur 10 ayant utilisé la contraception post-abortum ont l'âge situé dans tranche inférieure à 18 ans. Le test de Khi-deux indique une valeur très significative ($X^2=178,739$; ddl=3 ; $p<0.001$). Ce taux élevé d'utilisation des contraceptifs post-abortum par les filles de moins de 18 ans s'expliquerait par la peur de tomber enceinte après car c'est une bonne occasion pour prévenir les autres grossesses et surtout que c'est un moment dur pour elle. Néanmoins, ceux de plus de 18 ans sont adultes et matures et donc peuvent obliger leur partenaire d'utiliser le condom ou peuvent utiliser la méthode naturelle (Calendrier par exemple), ce qui fait que 40% des femmes ayant adhéré à la contraception après avortement médicalisé ont choisi librement la méthode hormonal progestatif injectable, car, dans la communauté personne ne saura qu'elle a utilisé une méthode contraceptive. Par contre, selon une étude faite au Kenya, les jeunes patientes de 15 à 24 ans reçues pour des SAA étaient moins susceptibles de recevoir une méthode de contraception que les patientes adultes (35 % contre 48 %, respectivement), et 49 % des jeunes ont déclaré ne pas utiliser de contraception en raison de préoccupations en lien avec l'infertilité, d'effets secondaires ou d'un manque de connaissances, contre 22 % des adultes²⁶.

Selon les données du tableau n° ; 9/10 femmes ayant bénéficié de l'avortement médicalisé ont bénéficié d'une séance de counselling pré et post-abortum mais seulement 4/10 y ont adhéré. Cela qui s'explique par le fait que ce service d'avortement médicalisé est organisé par MSF en appuie à la Zone de santé Rurale de Walikale, ce qui fait qu'il y ait des psychologues bien formés et payés par MSF qui jouent correctement leur rôle de faire le counselling à toute femme ayant avorté médicalement au sein de cette structure. L'objectif de ce counselling est de faire adhérer la femme

²⁵ Protocol de Maputo. (Maputo, le 11 Juillet 2003), Protocole a la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes Adopté par la 2ème session ordinaire de la Conférence de l'Union, p14-15.

²⁶ Evens E, Otieno-Masaba R, Eichleay M, et al.(2014), «*Post-abortion care services for youth and adult clients in Kenya: a comparison of services, client satisfaction and provider attitudes.*» J Biosoc Sci, pp.1-15. <https://doi.org/10.1017/S0021932013000230>.

ayant avorté à une méthode contraceptive de son choix immédiatement après avortement. Malgré le counselling sur l'utilisation d'une méthode contraceptive réalisée pour la majorité de ces femmes ayant avorté, moins de 50% ont accepté d'utiliser les méthodes contraceptives après avortement. Or la fourniture de conseils en matière de planification familiale et de contraception volontaire à toutes les patientes ayant subi un avortement — tant celles qui cherchent un traitement à la suite d'une fausse couche que celles qui cherchent un traitement pour un avortement provoqué — aide à réduire cette stigmatisation potentielle.

La raison est belle et bien expliquée dans une étude réalisée par Hubert D et call selon leur étude, l'avortement est souvent stigmatisé, en particulier dans les milieux où il est restreint par la loi. Il peut être particulièrement difficile de se faire soigner pour faire face aux complications de l'avortement ou de choisir une méthode de contraception pour les personnes se trouvant dans ces contextes ou pour les personnes dont l'autonomie est limitée parce que le choix d'utiliser une méthode implique que l'avortement a été provoqué²⁷.

Selon Chukwumalu K et al (2017), 98 % des patientes des SAA ont reçu des conseils sur la contraception, dont 88 % ont accepté une méthode de contraception avant de quitter la structure, ce qui démontre que des services complets de SAA peuvent être mis en œuvre avec succès dans des contextes politiquement instables et culturellement conservateurs. Cela rejoint nos résultats quant à ce qui concerne le pourcentage de counselling réalisé après avortement.

CONCLUSION

Notre étude sur la contraception post-abortum montre qu'après avortement, la plupart des femmes ayant avorté au sein de l'Hôpital Général de Référence de Walikale (Clinique Tumaini) n'adhèrent pas à la contraception malgré le département offrant gratuitement ce service à Walikale use de tous ses moyens en sensibilisant les femmes ayant avorté sur l'importance d'utiliser une méthode contraceptive après avortement car on peut tomber enceinte dans quelques jours après avortement. Cette non adhésion à la contraception post-abortum serait due aux mythes autour de l'usage de la contraception et surtout que la culture et la religion s'y opposent. Bon nombre des femmes ayant avorté sont tombées à nouveau enceintes dans moins de 6 mois, ce qui leur pousse à avorter dans des mauvaises conditions à cause de la honte de revenir à l'Hôpital pour les

²⁷ Huber D, et al.(2016), «*Post abortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components*» *Glob Health Sci Pract.* ,pp. 481-494. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00052>

soins après avortement par automédication avec des complications graves, ce qui aurait été évité.

À l'issue de cette étude nous avons abouti aux résultats suivants :88,4% de femmes ayant avorté ont un âge variant entre 18-25 ans, 60% des femmes ayant avorté ont un niveau d'étude secondaire, 44,4% sont Chrétiens et 44,4% musulmans,35,5% sont des élèves et 87,9% sont des célibataires, 4/10 femmes ayant avorté ont adhéré à une des méthodes contraceptives, ce qui confirme notre hypothèse, 4/10 femmes ayant choisi la méthode Hormonale-Progestatifs, 96.8% des femmes ayant bénéficié de l'avortement médicalisé ont bénéficié d'une séance de counseling pré et post-abortum seulement 100 femmes soit (42%) y ont adhéré.

Ces résultats illustrent ainsi, la nécessité d'intensifier la sensibilisation/Counseling des femmes en âge de la procréation sur l'efficacité de l'usage de la méthode contraceptive immédiatement après avortement afin d'éviter de tomber enceinte dans les 6 mois post-abortum, ce qui leur exposerait à avorter à nouveau.

Bibliographique

- BCZ Walikale. (2022).Rapport sur la Santé de la Reproduction, Walikale, Nord-Kivu, DRC.
- Chukwumalu K, Gallagher MC, Baunach S, Cannon A. (2017),«*Uptake of postabortion care services and acceptance of post abortion contraception in Puntland, Somalia.*» *Reprod Health Matters*, pp.48-57. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1402670>
- Coast E, Murray SF.(2016),«*These things are dangerous: understanding induced abortion trajectories in urban Zambia. Social Science and Medicine.*», pp. 201–209. [PubMed] [Google Scholar]
- Cynthia Steele Verme.(1994), «*Postabortion Care (PAC) Consortium, Conférence internationale sur la Population et le Développement (CIPD)*», Le Caire
- David PH, Reichenbach L, Savelieva I, Vartapetova N, Potemkina R.(2007),«*Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care?* »*Health Policy Plan*, pp.83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm003>
- Evens E, Otieno-Masaba R, Eichleay M, et al. (2014), «*Post-abortion care services for youth and adult clients in Kenya: a comparison of services, client satisfaction and provider attitudes.* *J Biosoc Sci*, pp.1-15. <https://doi.org/10.1017/S0021932013000230>
- Grawitz, M. (1971). *Méthode des sciences sociales*. Paris: Dalloz.

- Hazal Atay. (2018), Ph.D candidate, INSPIRE Marie Skłodowska-Curie Fellow at Sciences Po Paris, *Sciences Po – USPC*.
- High Impact Practices in Family Planning (HIP). (2018), « *Family planning high impact practices list.* » Washington, DC: USAID;. <https://www.fphighimpactpractices.org/high-impact-practices-in-family-planning-list/>. Accessed November 10, 2022.
- Huber D, et al.(2016), « *Postabortion care: 20 years of strong evidence on emergency treatment, family planning, and other programming components* » *Glob Health Sci Pract.* , pp.481-494. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00052>
- Johnson BR, Ndhlovu S, Farr SL, Chipato T. (2002), « *Reducing unplanned pregnancy and abortion in Zimbabwe through postabortion contraception.* » *Stud Fam Plann*, pp.195-202. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2002.00195.x>
- Jones RK, Singh S, Finer LB, Frohwirth LF.(2006), « *Repeat abortion in the United States.* » New York: Guttmacher Institute». Occasional Report 29. <http://www.guttmacher.org/pubs/2006/11/21/or29.pdf>. Accessed November 06, 2022.
- Kidder E, Sonneveldt E, Hardee K.(2004), « *Who receives PAC services? Evidence from 14 countries.* » Washington, DC: The Futures Group.
- Levy J., Merger R., Melchior J. (2001). Précis d'obstétrique. 6ème Ed. Masson, Paris , 605 p. Little WA .« *Placental Infarction. Obstet Gynecol* » pp.109–130.
- Mahmoud GA, Byomy SS.(2013), « *Fertility awareness and family planning use among post abortion women in Egypt.* » *Life Sci J*, pp.143-150. <https://www.dx.doi.org/10.7537/marslsj100113.21> April 2019.
- Mutua MM, Achia TNO, Maina BW, Izugbara CO. (2017), « *A cross-sectional analysis of Kenyan postabortion care services using a nationally representative sample.* » *Int J Gynaecol Obstet*, pp.276-282. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12239>
- Ntambue MA, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST, et al.(2017), « *Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo:* » prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan African Medical Journal*, pp.26:199. [Article PMC gratuit] [PubMed] [Google Scholar]
- Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. (2014), « *Immediate post-abortal insertion of intrauterine devices.* *Cochrane Database Syst Rev.* » ;(7):CD001777
- Organisation mondiale de la santé (OMS) *Prévention des avortements à risque.* <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>
- Ottolenghi E, Riveros P, Blanding S. (2008), « *Assessment of the Bolivia Postabortion Care Community Mobilization Program.* » ACQUIRE Project. http://www.acquireproject.org/archive/files/5.0_community_engagement_marketing_and_communications/5.2_resources/5.2.2_studies/cPAC_report_revised_final.pdf. Accessed on March 18, 2019. 4 November 2022.

- Park J, et al.(2016),«*Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion.*» *IJGO*, pp.217–220.
- Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura, GM.(2012), «*Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. Obstet Gynecol,* »pp.1291-1297.
- Pestvenidze E, Berdzuli N, Lomia N, Gagua T, Umikashvili L, Stray-Pedersen B. (2010), «*Repeat induced abortions in Georgia, characteristics of women with multiple pregnancy terminations: secondary analysis of the Reproductive Health Survey 2010.*» *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, pp.85-90. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.08.020>
- Protocol de Maputo. (Maputo, le 11 juillet 2003), Protocole a la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes Adopté par la 2ème session ordinaire de la Conférence de l'Union, pp14-15.
- Rocca CH, Puri M, Harper CC, Blum M, Dulal B, Henderson JT.(2014) «*Postabortion contraception a decade after legalization of abortion in Nepal.*» *Int J Gynaecol Obstet*, pp.170-174. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.02.020>
- Senlet P, Cagatay L, Ergin J, Mathis J. (2001),«*Bridging the gap: integrating family planning with abortion services in Turkey.*»*Int Fam Plan Perspect*, pp.90-95. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/2709001.pdf. Accessed November 07, 2022.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.(2021), «*World Contraceptive Use*» (en)site de l'ONU [archive]
- Vlassoff M, Singh S, Onda T. (2016), «*The cost of postabortion care in developing countries: a comparative analysis of four studies.*» *Health Policy Plan*, pp.1020-1030. <http://doi.org/10.1093/heapol/czw032>
- Wickstrom J, Russell N, Escandon I. (2008), «*Engaging communities as partners in postabortion care: a desk review of the Community Postabortion Care Project in Nakuru, Kenya.*» *ACQUIRE Evaluation and Research Studies No. 11*. New York: The ACQUIRE Project/Engender Health. http://www.acquireproject.org/archive/files/11.0_research_studies/er_study_11.pdf. Accessed November, 2022.
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR). (2018), Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. «*Family Planning*»: A Global Handbook for Providers. <https://www.fphandbook.org/>. Accessed November 09, 2022.