

DOMESTICATION DU PROTOCOLE DE MAPUTO EN MILIEU URBAIN : PORTRAIT DES ATTITUDES DES FILLES ET FEMMES DE LA ZONE DE SANTÉ DE KARISIMBI ENVERS L'AVORTEMENT

®Kubuya Katundi¹, G et Kankunda Eric, M²

¹Doctorant à l'Université Pédagogique Nationale

²Chercheur à l'Académie Genre _ RDC

*Auteur correspondant

RESUME : -

Introduction

Partout dans le monde, les grossesses non désirées sont courantes et plus de la moitié de ces grossesses se terminent par un avortement provoqué, l'interruption volontaire de grossesse. Si l'avortement est plus courant dans certains pays que dans d'autres, il n'existe aucun pays où il ne se produit pas.

Méthodologi

L'étude a été empirique, de nature transversale et analytique sur base de l'objectif adopté ad hoc, à partir duquel nous avons collecté les données et procédé à la mise en évidence de la perception et des attitudes des filles et femmes envers l'avortement. Le recrutement des participantes s'est effectué dans la Zone de santé de Karisimbi, à Goma au Nord-Kivu en République Démocratique du Congo. Étaient incluses à l'étude, toutes les filles et femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui acceptaient de participer à l'enquête. Un questionnaire a été élaboré et comprenait deux principales parties. Les données étaient saisies et analysées avec le 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 des écarts 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 $p < 0,05$.

Résultats

Les résultats suggèrent que les pilules et les méthodes contraceptives sont plus pratiquées par les participantes à l'étude. Les opinions de se faire avorter résident en majorité sur le cas d'incident de viol. Plus de la moitié des filles et femmes ayant participé à l'enquête, considèrent l'avortement comme un phénomène de la honte au sein de la communauté.

Conclusion

Les fausses idées sur l'avortement empêchent les filles et les femmes à l'accès équitable aux soins de qualité ainsi que de jouir un plein épanouissement de ses droits à la santé reproductive. Il y a donc, la nécessité d'intervention de multi-acteurs pour la promotion efficace du protocole de Maputo dans un contexte de sécurité fragile.

MOT-CLES : Domestication, Protocole de Maputo, Femmes en Age de la procréation, Zone de Sante de Karisimbi

¹Doctorant à l'Université Pédagogique Nationale

²Chercheur à l'Académie Genre _ RDC

ABSTRACT : -**Introduction**

Around the world, unwanted pregnancies are common, and more than half of these pregnancies end in induced abortion, or voluntary termination of pregnancy. While abortion is more common in some countries than in others, there is no country where it does not happen.

Methodology

The study was empirical, cross-sectional, and analytical in nature based on the ad hoc adopted objective, from which we collected the data and proceeded to highlight the perception and attitudes of girls and women towards abortion. Participants were recruited in the Karisimbi Health Zone, Goma, North Kivu, Democratic Republic of Congo. All girls and women of childbearing age (15-49 years) who agreed to participate in the study were included. A questionnaire was developed with two main parts Data were entered and analyzed using SPSS (Statistical Package Social Sciences) version 26 software. The qualitative variables were expressed as frequencies and percentages. Quantitative variables were expressed as means and standard deviations. The strength of association was estimated by Odds ratio and the 95% confidence interval. The level of statistical significance was set at a p value of 0.05.

Results

The results suggest that pills and contraceptive methods are more practiced by the study participants. The majority of the opinions to have an abortion were based on the incident of rape. More than half of the girls and women who participated in the survey, consider abortion as a phenomenon of shame within the community.

Conclusion

Misconceptions about abortion prevent girls and women from equitable access to quality care and from enjoying the full realization of their reproductive health rights. There is, therefore, a need for multi-stakeholder intervention for the effective promotion of the Maputo Protocol in a fragile security context.

KEYWORDS: *Domestication, Maputo Protocol, Women of Reproductive Age, Karisimbi Health Zone.*

INTRODUCTION

Dans le contexte des crises humanitaires, la prestation de soins de santé reproductive a augmenté au cours des deux décennies passées lors d'urgences ponctuelles et prolongées grâce au travail des multi-acteurs. Malgré cela, les services complets de santé reproductive dont font partie les soins d'avortement sécurisé ne sont toujours pas accessibles dans de nombreux contextes^[1]. Cela augmente le risque de grossesse non désirée et, potentiellement, d'avortement non sécurisé pour les jeunes filles et les femmes. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), considère l'avortement comme l'interruption de la grossesse avant l'âge de la viabilité fœtale, soit avant le 180ème jour de la grossesse^[4]. Cette interruption de la grossesse s'observe avant l'âge de la viabilité fœtale c'est-à-dire avant le 180ème jour de la grossesse^[3].

Les statistiques indiquent que toutes les 9 minutes, une femme meurt des suites d'un avortement dangereux^[4]. L'avortement à risque est fourni par des personnes non qualifiées dans des environnements insalubres, c'est-à-dire dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes. Il est l'un des cinq principaux contributeurs de la mortalité maternelle, et représente à elle seule 9 % des décès^[5]. Les chiffres illustrent que 98 % ces décès évitables surviennent dans les pays en développement, comme en Afrique subsaharienne, où l'accès à un avortement sans risque est très limité et fortement stigmatisé^[5,6].

Dans la zone de santé de Karisimbi, au Nord-Kivu en République Démocratique du Congo (RDC), les jeunes filles et les femmes, souvent pendant des périodes de conflits armés et les catastrophes naturelle, et les soins d'avortement sécurisé sont quasiment inaccessibles^[7]. A titre indicatif, en 2021, après l'éruption volcanique de Nyiragongo, cette zone de santé a enregistré 362 avortements spontanés et 6 avortements provoqués ayant débouché au taux de décès maternels inquiétant, notamment les filles de moins de 18 ans^[8]. Ces données illustrent que le besoin en soins d'avortement sécurisé et en contraception augmente en situation de crise, est de première nécessité dans cette partie du pays en proie des guerres en répétition. Ces atrocités sont à la base exposent les filles et les femmes au risque accru des violences et d'exploitation sexuelles, notamment le viol comme arme de guerre^[8,9].

Au sein d'un environnement de sécurité fragile, des obstacles aux soins d'avortement sécurisé sont ainsi, multiformes : l'affaiblissement du système de santé en raison de conflits ou de catastrophes naturelles, le manque de connaissances des questions juridiques et réglementaires des professionnels, la stigmatisation autour de l'avortement, le manque de connaissances et la désinformation des filles et les femmes^[9].

Bien que certains instruments juridiques internationaux, régionaux et nationaux de la RDC permettent sous certaines conditions un avortement sûr et légal. La promotion du Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples demeure moins visible, surtout dans les zones de santé dominée par des guerres^[9,10]. Dans une perspective exploratoire du phénomène, cet article vise à décrire certains obstacles notamment, les perceptions et attitudes des filles et femmes de la zone de santé de Karisimbi envers l'avortement. Les résultats contribueront d'une part, à la promotion des droits des femmes aux soins et une base des données de réflexion des acteurs de secteur sanitaire du Nord-Kivu d'autre part.

METHODE

Type d'étude. L'étude a été empirique, de nature transversale et analytique sur base de l'objectif adopté *ad hoc*, à partir duquel nous avons collecté les données et procédé à la mise en évidence de la perception et des attitudes des filles et femmes envers l'avortement. Le recrutement des participantes s'est effectué dans la Zone de santé de Karisimbi, à Goma au Nord-Kivu en République Démocratique du Congo. Cette Zone de santé a été choisie car, elle regroupe des proportions inquiétantes de cas de décès maternels et des avortements non sécurisés durant ces deux dernières années^[8].

Population d'étude. Étaient incluses à l'étude, toutes les filles et femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) qui acceptaient de participer à l'enquête. Ont été exclues, toutes les filles et femmes qui avaient un déficit cognitif significatif et ne vivant pas durant les trois mois avant la période de l'étude, dans la zone de santé de Karisimbi. L'échantillonnage était consécutif, non probabiliste. Nous avons procédé à un échantillonnage par convenance, en l'absence des données disponibles des filles et femmes en âge de procréer dans cette zone de santé ciblée par l'étude.

Outil de collecte des données. Un questionnaire a été élaboré et comprenait deux principales parties. La première partie concernait les paramètres sociodémographiques des participantes notamment l'âge, la religion, le niveau d'instruction atteint et l'état civil. La seconde partie évaluait la perception et les attitudes des filles et femmes envers l'avortement. Le questionnaire était composé des items dichotomiques et d'autres sous formes d'échelle d'accord de type Likert à quatre points de « *pas d'accord ou souvent* » à « *très d'accord ou très* ».

souvent ». Afin de faciliter la collecte des données, le questionnaire a été incorporé sur la tablette à travers le Kobocollect.

Procédure de collecte des données. La collecte des données s'est faite durant le mois d'octobre 2022 à travers les enquêtrices composées des diplômées en sciences de la santé. Avant l'administration du questionnaire, une séance avec les enquêtrices a été organisée afin de s'assurer de la même compréhension des questions et des attitudes à adopter lors des enquêtes. Après avoir expliqué l'objet et le but de l'étude, le questionnaire était remis ou lu à la participante qui manifestait le consentement éclairé. Au total, 131 questionnaires ont été administrés auprès des filles et des femmes.

Analyses statistiques. Les données étaient saisies et analysées avec le 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 des 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 différents tableaux sont placés en annexe.

Considération éthique. Avant la collecte des données, nous avons tenu compte des dimensions à la fois administratives et éthique de la recherche. D'abord, l'autorisation du comité d'éthique a été obtenue, en suite, des autorités administratives du lieu de recherche notamment le Médecin Chef de Zone de santé de Karisimbi, qui du reste, a approuvé le protocole de recherche et, enfin, lors de la collecte des données, le consentement éclairé de chaque enquêté était un des préalables. La confidentialité a été respectée car, le questionnaire garantissait les données personnelles des enquêtés.

RESULTATS/DISCUSSION

Rappelons-le, l'étude visait à explorer les opinions des filles et femmes de la zone de santé de Karisimbi envers l'avortement. Les résultats sont présentés en trois sections complémentaires : les profils sociodémographiques des participantes (a), leurs perceptions et attitudes (b) et les analyses bi-variées afin d'identifier les facteurs explicatifs du phénomène étudié (c).

Caractéristiques sociodémographiques des participantes.

L'échantillon retenu (*Tableau 1*) comprend en majorité, les filles et femmes chrétiennes (69%) du niveau secondaire (47%) qui sont célibataires (55%) et dont l'âge varie entre 15 à 26 ans (57%). Bien que la problématique de l'avortement en RDC est, en soit, un sujet « tabou », environ un tiers de l'échantillon a rapporté avoir une ou plusieurs fois avorté (29%).

Perception et attitudes des filles et femmes envers l'avortement

Dans le contexte de la ZS de Karisimbi, les filles et femmes recourent souvent ou font usage à des méthodes traditionnelles comme modernes de la planification familiale. Toutefois, la connaissance ou les pratiques de ces méthodes dépendent d'une part, de la perception envers ces méthodes et, d'autre part, des enjeux complémentaires dont la disponibilité des services, les compétences des prestataires, la politique sanitaire Dans le cadre de cette étude, les filles et femmes de la zone de santé de Karisimbi étaient invitées à répondre à une série des questions afin d'identifier les méthodes traditionnelles ou modernes, les plus usuelles dans cette partie de Goma.

En premier lieu (*Tableau 2*) les participantes ont cité **les méthodes contraceptives** les plus utilisées. Les réponses fournies sont résumées en proportions (%) des occurrences « *souvent à très souvent* ». Les résultats indiquent que 39 % des réponses citées portent sur l'usage des pilules, 21% sur des méthodes traditionnelles, 19% aux préservatifs masculins, 12 % des réponses illustrent l'abstinence périodique et 9 % des réponses soulignent l'allaitement exclusif (jusqu'à 6 mois). Ces résultats rencontrent partiellement la conclusion de l'enquête réalisée en RDC en 2014 [7].

En deuxième lieu, les sujets enquêtés ont répondu à la question suivante « *selon vous, quelles sont les raisons qui peuvent pousser une fille ou femme à faire avorter ?* ». Les réponses fournies concernant **les raisons de se faire avorter**, présentent des divergences d'intérêts. Parmi les raisons citées, 27% portent sur le viol, 22% sur la pauvreté et manque de moyen financier, 15% sur les pressions conjugales ou familiales, 8% respectivement, en cas d'incestes et des maladies mentales ; 6% pour l'espacement des naissances ou en cas de la prostitution. Les indications liées à la santé de la mère ou du fœtus ont été citées (3% et 5% respectivement) à très faibles proportions. Les principales raisons n'ont pas été citées dans une étude réalisée à Abidjan^[11].

La troisième préoccupation était de savoir **les raisons de garder une grossesse non désirée** chez une fille ou une femme de la zone de santé de Karisimbi. Les réponses fournies sont résumées de la manière suivante : 26% des

réponses indiquent la honte et la peur ; 23 % illustrent le refus à l'avortement, 15% soulignent la nécessité de la poursuite d'une grossesse ; 14 % indiquent le manque des services disponibles de proximité ; 11% illustrent les demandes tardives aux services des soins qui rendent l'avortement quasi impossible et 10 % des avis indiquent la méconnaissance des services disponibles dans le milieu environnant. Ces opinions en lien avec les difficultés que rencontrent les filles et femmes de Karisimbi confirment les avis collectés au Nigéria par Okerere ^[12].

En quatrième lieu, les filles et femmes étaient invité à répondre à la question suivante : « *Pourquoi certaines filles et femmes n'acceptent pas d'adhérer à la contraception après avortement ?* ». Les réponses fournies à **la non adhésion aux méthodes contraceptives** sont reprises en ordre ci-après : si 37 % d'opinions ont porté au manque d'information, 31% indiquent l'absence des produits dans les structures des soins de proximité, 18 % illustrent les mythes qui entourent les méthodes contraceptives dans le milieu de vie et 13 % des réponses indiquent le manque de disponibilité des services dans les structures sanitaires. Ces résultats rejoignent en partie les conclusions observées par Lambert dans une étude sur l'avortement en milieu scolaire au Togo^[13].

En cinquième lieu, nous avons voulu savoir, pourquoi certaines filles et femmes **hésitent de se faire avorter** dans les structures sanitaires de la zone de santé de Karisimbi ? Les avis des participantes sont présentés en ordre d'importance de la manière suivante : 39 % des réponses indiquent les normes culturelles ; 22 % respectivement, la honte et la méconnaissance des lois sur l'avortement et 17 % les fausses idées qui rayonnent dans la communauté concernant l'avortement. Ces avis ne rencontrent pas du tout, les observations faites par Smith au Botswana^[14].

Enfin, les participantes ont répondu à la question suivante « Pourquoi, dans certaines structures sanitaires de Karisimbi, **certaines prestataires de santé refusent ou résistent** de faire avorter les filles et les femmes ? ». Les avis des sujets enquêtés sont cités par ordre ci-après : la désapprobation de la famille et des amis (22%) ; les raisons religieuses et le manque des ressources dans la structure sanitaire de proximité (19 % respectivement) ; le manque de soutien de l'administration (16%) et la peur d'emprisonnement (13%). En analysant ces opinions, nous remarquons qu'une faible proportion d'occurrences en lien avec les aspects évoqués dans le rapport rédigé par les membres de l'équipe d'IPAS en 2018^[11].

Analyses bi variées des variables de l'étude

Est-ce que les opinions des participantes varient-elles selon leurs variables sociodémographiques ? Les résultats (Tableau 3) indiquent que dans la Zone de santé Urbaine de Karisimbi la variable « âge » d'une fille ou d'une femme n'est pas un déterminant important de l'avortement. Autrement dit, peu importe l'âge de procréation, les proportions indiquant les attitudes de se faire avorter chez les filles et femmes de cette zone de santé ayant participé à l'étude, ne présentent pas une différence significative [$p > 0,082$; OR=1,428(0,973-2,095)]. Par contre, le niveau d'instruction explique la possibilité de se faire avorter. Les femmes du niveau d'éducation supérieur ont 1,548 fois la chance de se faire avorter que celles ayant un niveau d'éducation bas, [$p < 0,025$; OR=1,584,(1,584-2,318)]. La possibilité d'avorter est 2 fois plus élevée chez les femmes musulmanes et d'autres croyances que chez les femmes chrétiennes. L'Odd ratio estimateur du risque relatif illustre que les non chrétiens ont 2,33 fois la chance de se faire avorter que les chrétiennes, [$p < 0,001$; OR=2,33 (1,4-3,8)]. L'avortement est associé à l'état civil chez les femmes en âge de la procréation. Les femmes vivant en couple ont 1,8 fois la chance d'avorter que les célibataires, [$p < 0,003$; OR=1,800 (IC 95%=1,265-2,560)]. Les résultats corroborent partiellement au constat de Mendame lors d'une étude menée au Gabon en 2005^[14]

CONCLUSION

Dans une approche descriptive du phénomène, cette étude parvient à objectiver les intentions, les connaissances et les attitudes des filles et femmes envers l'avortement. Les résultats suggèrent que les pilules et les méthodes contraceptives sont plus pratiquées par les participantes à l'étude. Les opinions de se faire avorter résident en majorité sur le cas d'incident de viol. Plus de la moitié des filles et femmes ayant participé à l'enquête, considèrent l'avortement comme un phénomène de la honte au sein de la communauté. Par ailleurs, les fausses idées sur l'avortement empêchent les filles et les femmes à l'accès équitable aux soins de qualité ainsi que de jouir un plein épanouissement de ses droits à la santé reproductive. Ces résultats illustrent ainsi, la nécessité d'intervention de multi-acteurs pour la promotion efficace du protocole de Maputo dans un contexte de sécurité fragile.

REFERENCES

- [1] UNFPA, U. N. (2012). *Maternal Deaths Halved in 20 Years, but Faster Progress Needed* .
- [2] Ipas. (2018). *Transformation des attitudes face à l'avortement : Trousse à outils de clarification des valeurs destinée aux professionnels de l'humanitaire*. Chapel Hill, NC: IPs.
- [3] J.Lansac, C. B. (2000). *Obstétrique, collection pour le praticien*. Paris: 4 ème édition, Masson.
- [4] UNICEF, W. e. (2012). *Countdown to 2015 : Maternal Deaths Halved in 20 Years , but Faster Progress Needed*.
- [5] WHO. (2012). *Safe abortion : technical and policy guidance for health systems, second edition*.
- [6] Ministère du Plan et Macro International. 2008. Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, U.S.A. : Ministère du Plan et Macro International. Disponible sur <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>
- [7] République Démocratique du RDC, Enquête Démographique et de Santé 2013-2014,
- [8] BCZ Karisimbi .(2022).Rapport sur la Santé de la Reproduction, Goma, RDC
- [9] IPPF.(2008). Accès à l'avortement sans risque : Un outil pour évaluer les obstacles juridiques et autres, Londres, Fédération internationale pour la Planification familiale.
- [10] Women on Waves, Organisation à but non-lucratif consacrée aux droits des femmes, site internet <http://www.womenonwaves.org/fr/page/380/safe-abortion-saves-women-s-lives>, visité le 17 septembre 2022.
- [11] Desgrées du Loû A, Misellati P, Viho I, Wellfens-Ekra C.(1999). Le recours à l'avortement provoqué à Abidjan : Une cause de la baisse de la fécondité ? *Population* 54(3):427-46.
- [12] Okereke CI (2010) Assessing the Prevalence and Determinants of Adolescents'unintended Pregnancy and Induced Abortion in Owerri, Nigeria. *Journal of biosocial science*. ;42(05):619–632. [PubMed] [Google Scholar]
- [13] Lambert KA.(199). Recours à l'avortement provoqué en milieu scolaire au Togo : Mesure et facteurs du phénomène. Paper presented at Seminaire La Santé de la Reproduction en Afrique, Ensea/IRD.
- [14] Smith SS.(2013). Reproductive health and the question of abortion in Botswana: a review. *Afr J Reprod Health* ;17(4):26–34. [PubMed]
- [15] WHO.(2013), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems, Second edition*.
- [16] Wilfried MENDAME MVE .(2005). Déterminants de l'avortement provoqué au Gabon, DESS Démographie.

ANNEXE

Tableau 1
Profils sociodémographiques des participants à l'étude

Variabiles (n=131)	f	%
Religion		
Chrétienne	90	68,7
Musulmane	25	19,1
Autres	16	12,2
Expérience-avortement		
Oui	38	29
Non	93	71
Niveau d'éducation		
Illettrée et primaire	14	10,7
Secondaire	61	46,6
Universitaire	56	42,7
État civil		
En couple	59	45
Célibataire	72	55
Tranches d'Age		
15 à 26 ans	74	56,5
27 à 48 ans	57	43,5

Tableau 2.
Opinions des participantes envers les aspects de l'avortement dans la ZS de Karisimbi

Thèmes (n = 131)	Indicateurs	n	%
Usage des méthodes contraceptives	Abstinence périodique	11	11,70
	Préservatifs masculin	18	19,10
	Pilules	37	39,40
	Méthodes naturelles	20	21,30
	Allaitement exclusif (jusqu'à 6 mois)	8	8,50
Raisons d'avorter	Viol	90	26,90
	Incestes	26	7,80
	Pressions familiales	51	15,30
	Espacement des naissances	21	6,30
	Pauvreté/manque des moyens financiers	74	22,20
	Maladies mentales	28	8,40
	Indications liées au fœtus	10	3,00
	Indications liées à la santé de la mère	15	4,50
Raisons garder la grossesse non désirée	Prostitution	19	5,70
	Refus d'avortement	82	23,30
	Pas d'accès aux services appropriés	49	13,90
	Méconnaissance des services	35	9,90
	Demande tardive qui rend l'avortement impossible	39	11,10
	Peur et honte	91	25,90
Non adhésion a la contraception après avortement	Poursuite forcée de la grossesse	56	15,90
	Absence des produits	77	31,60
	Manque d'informations	92	37,70
	Mythes entourant les méthodes	43	17,60
Hésitation à l'avortement	Services non disponibles dans l'AS	32	13,10
	Normes culturelles	94	38,70
	Peur et honte	53	21,80
	Méconnaissances des lois sur l'avortement	54	22,20
Résistance à l'avortement	Idées fausses sur l'avortement	42	17,30
	Raisons religieuses	74	19,40
	Désapprobations de la famille et des amis	84	22,00
	Emprisonnement	50	13,10
	Manque de soutien de l'administration	63	16,50
	Manque de formation	73	19,10
	Manque des ressources dans la structure sanitaire	38	9,90

Tableau 2.
Effets des variables sociodémographiques sur l'expérience à l'avortement dans la ZS de Karisimbi

Variables	Expérience à l'avortement		P-value	OR	IC 95%
	Oui	Non			
Age			0,082	1,42	1,082-2,31
15 à 26 ans	17	57			
27 à 48 ans	21	36			
Niveau d'étude			0,025	1,29	1,08-1,65
Primaire et Secondaire	16	59			
Universitaire	22	34			
Religion			0,001	2,33	1,4-3,8
Chrétienne	18	72			
Musulmanes et autres	20	21			
État civil			0,002	1,8	1,265-2,56
En couple	25	34			
Célibataire	13	59			