



Prévention de l'interruption clandestine des grossesses dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo à l'Est de la République Démocratique du Congo

Bweswa wenda merci¹, Kitumaini Bulembu John³, Linda Athanase jean³, Mapenzi shashiya david³, Ngongo Mutuka evariste¹, Wilondja Kishabongo wilkis², Mubake Kyalondawa Cadet⁴, Aganze Cihonzi séverin⁴, Cibonga Bagula rosine⁵, Zawadi kishabongo lydia⁵, Habiragi Birhaheka Félix¹, Bienfait Kalubala Paye⁴, Mushagasha Munyerenkana Gisèle¹, Ndekezi malekera aristote¹.

1. Enseignant chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu/Section sage-femme ;
2. Enseignant chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Baraka ;
3. Enseignant chercheur au département de sciences infirmières à Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu ;
4. Enseignant-chercheur à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu/Section Sciences de la motricité et de la Réadaptation.
5. Etudiante à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu/Section sage-femme.

Résumé : les avortements clandestins constituent l'un des problèmes majeurs de santé de la reproduction ; cette étude s'est fixée l'objectif de contribuer à l'amélioration de la santé maternelle en réduisant la morbidité et la mortalité liées aux complications des avortements non sécurisés (clandestins).

Méthodologie : Une étude descriptive et analytique transversale a été réalisée auprès de 384 femmes entre août et octobre 2025, avec collecte des données par questionnaire structuré et analyse via Excel et SPSS.

Résultats : La prévalence de l'avortement clandestin était de 3,4 %, principalement chez des femmes jeunes, célibataires, de niveau secondaire et majoritairement non salariées, avec 24 % ayant déjà eu un antécédent d'avortement et 38,3 % ayant utilisé un contraceptif moderne. Les connaissances sur les risques étaient relativement élevées (71,4 %), mais celles sur les méthodes et la législation faibles, l'avortement clandestin étant jugé non acceptable par la majorité, et les principaux facteurs associés incluent l'âge, le célibat, les antécédents d'avortement et l'opinion favorable à cette pratique ($p < 0.05$). Pour prévenir le recours à l'avortement clandestin, les femmes ont suggéré : la sensibilisation communautaire, information sur les risques, et accessibilité aux services de santé sécurisés.

Conclusion : Ces résultats confirment que l'avortement clandestin reste un problème de santé publique dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo, influencé par les facteurs sociodémographiques, comportementaux et contextuels. Des interventions ciblées en éducation sexuelle, planification familiale et accessibilité aux soins sont nécessaires. La mise en œuvre de ce projet permettra de renforcer la sensibilisation, d'évaluer les connaissances et d'identifier les freins à l'utilisation des contraceptifs, contribuant ainsi à la réduction de l'avortement clandestin et à l'amélioration de la santé maternelle dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo.

Mots-clés : Avortement clandestin ; Planification familiale ; Santé maternelle ; Sensibilisation ; CBCA/Nyamugo.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.19488001>

1 Introduction

L'avortement clandestin ou non sécurisé, désigne toute interruption de grossesse pratiquée avant l'âge de viabilité en dehors du cadre légal ou dans des conditions médicalement inadéquates, souvent par du personnel non qualifié [1]. Il survient principalement dans des contextes de restriction légale ou d'accès limité aux services de santé reproductive [2]. Cette pratique est une cause majeure de complications graves et de mortalité maternelle dans le monde [3].



Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), près de 73 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde, dont 45 % dans des conditions non sécurisées, majoritairement dans les pays en développement [4]. Ces avortements à risque contribuent à environ 13 % des décès maternels mondiaux [5].

En République Démocratique du Congo (RDC), bien que le Protocole de Maputo autorise l'IVG dans certains cas (viol, inceste, etc.), la législation nationale reste floue, poussant de nombreuses femmes à recourir à l'avortement clandestin, souvent au péril de leur vie [6]. En 2022, Kinshasa affichait un taux alarmant de 105,3 avortements clandestins pour 1 000 femmes, et près de 45,6 % des complications post-avortement à Eringeti (Nord-Kivu) étaient liées à des pratiques clandestines souvent réalisées à domicile par des adolescentes sans assistance [7, 8]. Le manque d'éducation sexuelle et la faible couverture contraceptive aggravent cette problématique, avec un besoin non satisfait estimé à 27 % des femmes en âge de procréer [9].

Au Sud-Kivu, la pauvreté, les violences sexuelles, les conflits et l'accès limité à la planification familiale exposent particulièrement les jeunes femmes vulnérables à la grossesse non désirée et à l'avortement clandestin [10]. Dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo, les complications post-avortement (infections, d'hémorragies et de septicémies), souvent sous-déclarées, masquent toutefois l'ampleur réelle du phénomène et révèlent l'urgence d'une réponse sanitaire intégrant prévention, éducation et renforcement des soins [11].

Face à cette réalité marquée par la stigmatisation, le manque d'information et l'accès limité à la planification familiale, ce travail vise à renforcer la prévention et améliorer la santé maternelle locale par des actions de sensibilisation. Ainsi, nous nous sommes posé la question de savoir : « Les femmes en âge de procréer de l'aire de santé CBCA/NYAMUGO ont-elles de bonnes connaissances, attitudes face au phénomène d'interruption clandestine de la grossesse » ?

2 Objectifs du travail

2.1 Objectif général

Cette étude vise à contribuer à l'amélioration de la santé maternelle en réduisant la morbidité et la mortalité liées aux complications des avortements non sécurisés (clandestins).

2.2 Objectifs spécifiques

- ✚ Déterminer la prévalence de l'avortement clandestin dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo.
- ✚ Décrire le profil sociodémographique et obstétrical des femmes en âge de procréer dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo.
- ✚ Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques des femmes à l'égard de l'interruption clandestine de grossesse.
- ✚ Identifier les mesures préventives envisageables pour réduire le recours à l'avortement clandestin dans la zone d'étude.
- ✚ Identifier les facteurs associés à l'avortement clandestin

2.3 Fœtus ramassé



Figure 1. Fœtus ramassé dans l'aire de santé CBCA/nyamugo Durant la période d'étude.

3 Methodologies

Il s'agissait d'une étude descriptive et analytique transversale réalisée auprès de 384 femmes en âge de procréer ; durant la période allant d'août en octobre 2025, avec collecte des données par questionnaire structuré et analyse via Excel et SPSS.

3.1 Résultats

3.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées dans l'aire de santé Nyamugo

Le tableau 1 illustre la distribution des caractéristiques sociodémographiques des femmes

Tableau 1 : Répartition des Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Variables	n=384	%	Moyenne (DS)
Age de la mère (en année), moyenne (DS)			29 ±9 ans
> 18 ans	37	9,6	
18 – 35 ans	237	61,7	
≥ 36 ans	110	28,7	
Statut Matrimonial			
Célibataire	220	57,3	
Mariées/Union libre	164	42,7	
Niveau d'étude			
Primaire	37	9,6	
Secondaire	292	76,1	
Supérieur/Universitaire	55	14,3	
Profession			
Salariées	54	14,1	
Non salariées	330	85,9	
Religion			
Catholique	183	47,7	
Protestante	92	24,0	
Branamiste	37	9,6	
Musulmane	72	18,7	
Niveau socio-économique estimé			
Faible	184	47,9	
Moyen à élevé	200	52,1	
Parité			
Nullipare	165	43,0	
Primipare	18	4,7	
Multipare	201	52,3	
Antécédent d'avortement			
Oui	92	24	
Non	192	76	
Avoir déjà utilisé un contraceptif moderne			
Oui	147	38,3	
Non	237	61,7	
Type de contraceptif déjà utilisé	n=147		
Préservatif	78	53,1	
Sayana press	14	9,5	
Dépôt Provera	9	6,1	
DIU ou stérilet	7	4,8	
Implant	7	4,8	
COC	11	7,5	
Pilule du lendemain (72h)	21	14,3	

Le tableau ci-dessus montre que les femmes enquêtées étaient majoritairement âgées de 18 à 35 ans, avec une moyenne d'âge de 29 ± 9 ans. La plupart étaient célibataires, avaient un niveau d'étude secondaire et exerçaient

une activité non salariée. Concernant la santé reproductive, près d'un quart avaient un antécédent d'avortement et plus d'un tiers avaient déjà utilisé un contraceptif moderne, principalement le préservatif.

3.1.2. Connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des femmes enquêtées sur l'avortement clandestin

Le tableau 2 illustre la distribution des femmes selon leurs connaissances, attitudes et pratiques sur l'avortement clandestin

Tableau 2 : Répartition des femmes selon leurs connaissances, attitudes et pratiques sur l'avortement clandestin

Variables	n=384	%
Connaissance des risques liés à l'av. clandestin		
Oui	274	71,4
Non	110	28,6
Connaissance des méthodes d'av. clandestin		
Oui	53	13,8
Non	331	86,2
Connaissance des lois de la RDC sur l'av. clandestin		
Oui	63	16,4
Non	321	83,6
Opinion sur l'avortement clandestin		
Acceptable	13	3,4
Non acceptable	371	96,6
Motifs justifiant un avortement	n=13	
Grossesse non désirée	9	69,2
Difficultés Socio-économiques	4	30,8
Attitude face à une grossesse non désirée		
Arrêter la grossesse	52	13,5
Laisser évoluer la grossesse	332	86,5
Avoir déjà fait recours à un avortement clandestin		
Oui	13	3,4
Non	371	96,6
Lieu où s'est réalisé l'avortement clandestin	n=13	
Maison	10	76,9
Structure sanitaire	3	23,1
Qualification de la personne ayant réalisé l'avortement clandestin	n=13	
Infirmier A1	3	23,1
Infirmier A0	2	15,4
Infirmier A2	4	30,8
Sage-femme	1	7,6
Médecin	3	23,1
Méthode utilisée pendant l'avortement clandestin	n=13	
Administration de Misoprostol (Cytotec) seule	4	30,8
Administration de Misoprostol + d'ocytocine + AMIU	3	23,1
Administration de Misoprostol + d'ocytocine + Curetage utérin	6	46,1
Complication enregistrée		
Non	13	100

La majorité des femmes enquêtées connaissaient les risques liés à l'avortement clandestin, mais peu d'entre elles avaient une connaissance précise des méthodes ou des lois qui l'encadrent en RDC. L'avortement clandestin est largement perçu comme non acceptable, bien que certaines femmes évoquent la grossesse non désirée et les difficultés socio-économiques comme motifs pouvant le justifier. Très peu de femmes ont eu recours à un avortement clandestin, la plupart dans un cadre domestique, souvent pratiqué par un personnel paramédical avec des méthodes médicamenteuses, sans complication rapportée.

3.1.3. Mesures préventives envisageables de l'avortement clandestin

Le tableau 3 illustre la distribution des femmes selon les mesures préventives de l'avortement clandestin

Tableau 3 : Répartition des femmes selon les mesures préventives de l'avortement clandestin

Variables	n=384	%
Utilisation actuelle de méthodes contraceptives modernes		
Oui	170	44,3
Non	214	55,7
Types des contraceptifs modernes	n=170	
Préservatif	51	30
Sayana press	18	10,6
Dépôt Proverra	22	12,9
DIU ou stérilet	17	10
Implant	16	9,4
COC	19	11,2
Pilule du lendemain (72h)	27	15,9
Principales raisons de non-utilisation des contraceptifs	n=214	
Manque d'information	54	25,2
Croyances/religion	37	17,3
Effets secondaires	73	34,1
Opinion familiale	37	17,3
Refus du partenaire	13	6,1
Accessibilité facile aux services de santé reproductive		
Oui	183	47,7
Non	201	52,3
Suggestions pour réduire le recours à l'avortement clandestin		
Sensibilisation de la communauté	37	9,6
Arrêter et emprisonner le cas	73	19,0
Rendre accessible l'avortement dans les structures de santé	92	24,0
Informers la communauté sur les risques liés à l'av. clandestin	182	47,4

Un peu plus de la moitié des femmes n'utilisaient pas de méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête, bien que le préservatif et la pilule du lendemain soient les plus couramment utilisés parmi les utilisatrices. Les principales raisons de non-utilisation étaient liées aux effets secondaires, au manque d'information et aux croyances religieuses. Pour prévenir le recours à l'avortement clandestin, la majorité des femmes ont suggéré de renforcer la sensibilisation et l'information de la communauté sur les risques liés à cette pratique.

3.1.4. Analyse Bivariée des facteurs associés à l'interruption clandestine de grossesse

Le tableau 4 présente l'association des facteurs de l'interruption clandestine de grossesse

Tableau 4 : Distribution des facteurs associés à l'interruption clandestine de grossesse

Facteurs	Interruption clandestine de grossesse		OR (IC à 95%)	P-value
	Oui n=13	Non n=371		
Age de la mère (en année), moyenne (DS)				
> 18 ans	0 (0,0)	37 (10,0)	0,00 [0,00 – ∞]	0,001
18 – 35 ans	4 (30,8)	233 (62,8)	1	
≥ 36 ans	9 (69,2)	101 (27,2)	5,2 [1,6 – 16,9]	0,005
Niveau d'étude				
Primaire	0 (0,0)	37 (10,0)	0,00 [0,00 – ∞]	0,001
Secondaire	9 (69,2)	283 (70,3)	1	
Supérieur/Universitaire	4 (30,8)	51 (13,7)	2,47 [0,71 – 8,63]	0,15
Statut Matrimonial				
Célibataire	4 (30,8)	216 (58,2)	3,16 [1,10 – 11,87]	0,0469

Mariées/Union libre	9 (69,2)	155 (41,8)	1	
Niveau socio-économique estimé				
Faible	9 (69,2)	175 (47,2)	0,39 [0,10 – 1,29]	0,0994
Moyen à élevé	4 (30,8)	196 (52,8)	1	
Antécédent d'avortement				
Oui	13 (100,0)	79 (21,3)	∞ [13,82 – ∞]	0,0000
Non	0 (0,0)	292 (78,7)	1	
Niveau socio-économique estimé				
Faible	9 (69,2)	175 (47,2)	0,39 [0,10 – 1,29]	0,0994
Moyen à élevé	4 (30,8)	196 (52,8)	1	
Connaissance des risques liés à l'av. clandestin				
Oui	13 (100,0)	261 (70,3)	∞ [1,59 – ∞]	0,0114
Non	0 (0,0)	110 (29,7)	1	
Connaissance des méthodes d'av. clandestin				
Oui	13 (100,0)	40 (10,8)	∞ [30,16 – ∞]	0,0000
Non	0 (0,0)	331 (89,2)	1	
Connaissance des lois de la RDC sur l'av. clandestin				
Oui	9 (69,2)	54 (14,6)	13,06[3,94–50,33]	0,0000
Non	4 (30,8)	317 (85,4)	1	
Opinion sur l'avortement clandestin				
Acceptable	12 (92,3)	1 (0,3)	0,004[0,00–0,004]	0,0000
Non acceptable	1 (7,7)	370 (99,7)	1	
Attitude face à une grossesse non désirée				
Arrêter la grossesse	12 (92,3)	40 (10,8)	0,01 [0,00–0,06]	0,0000
Laisser évoluer la grossesse	1 (7,7)	331 (89,2)	1	

L'analyse bivariée montre que l'interruption clandestine de grossesse est significativement associée à plusieurs facteurs sociodémographiques et comportementaux. Les femmes âgées de 36 ans et plus, célibataires et ayant déjà un antécédent d'avortement présentent une probabilité plus élevée d'y recourir. De plus, la connaissance des méthodes, des lois sur l'avortement et une opinion favorable à cette pratique sont fortement liées à la survenue d'un avortement clandestin, tandis que les femmes mariées et celles laissant évoluer une grossesse non désirée semblent moins exposées.

4. Discussion

La prévalence des avortements clandestin dans l'aire de santé CBCA/Nyamugo était de 3,4% dont la majorité étaient célibataires (64,8 %), avaient un niveau d'étude secondaire (58,3 %) et exerçaient une activité non salariée. Concernant la santé reproductive, près d'un quart avaient un antécédent d'avortement (24%) et plus d'un tiers avaient déjà utilisé un contraceptif moderne (44,3%), principalement le préservatif (30%). Les facteurs associés à l'avortement clandestin sont : âge ≥ 35 ans, niveau socioéconomique bas, le célibat, connaissance sur les méthodes d'avortements ($p < 0.05$).

La prévalence retrouvée est nettement inférieure à celle observée à Kinshasa (105,3 pour 1 000 femmes) [10] et à ceux rapportés dans d'autres régions d'Afrique subsaharienne, où la prévalence varie entre 10 % et 30 % [13,14]. Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs : la sous-déclaration fréquente en milieu rural ou semi-urbain, liée à la stigmatisation sociale et aux pressions culturelles ; le recours à des méthodes à domicile non déclarées ou non médicalisées ; ainsi que l'accès limité aux structures de santé et aux services de santé sexuelle et reproductive, qui pousse les femmes à cacher leur démarche.

Cependant, des écarts sont notables avec certaines études internationales, notamment dans des contextes urbains développés, où le niveau d'éducation plus élevé, un cadre légal permissif et un meilleur accès aux services de santé sécurisés réduisent le recours à l'avortement clandestin [2,15]. Ces différences soulignent l'importance du contexte culturel, légal et socio-économique dans l'évaluation des facteurs de risque.

5. Conclusion

L'avortement clandestin demeure un problème de santé publique, influencé par des facteurs sociodémographiques, comportementaux et contextuels. Les variations observées par rapport aux études antérieures soulignent l'importance du contexte local, de l'éducation, de la stigmatisation et de l'accès aux services sécurisés, renforçant le besoin d'interventions combinant éducation sexuelle, planification familiale et mesures légales et communautaires.

REFERENCES

1. World Health Organization. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2018. 6th ed. Geneva: WHO; 2019.
2. Guttmacher Institute. Abortion Worldwide 2022: Uneven Progress and Unequal Access. New York: Guttmacher Institute; 2022.
3. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A-B, Daniels J, et al. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *Lancet Glob Health*. 2014 Jun;2(6):e323–33.
4. World Health Organization. Abortion. Geneva: WHO; 2021. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>
5. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017. Geneva: WHO; 2019.
6. Center for Reproductive Rights. The World's Abortion Laws Map 2020. New York: CRR; 2020. Available from: <https://reproductiverights.org/maps/worlds-abortion-laws/>
7. Akilimali P, Moreau C, Byrne M, Kayembe D, Larson E, Bell SO. Estimating induced abortion incidence and the use of non-recommended abortion methods and sources in two provinces of the Democratic Republic of the Congo (Kinshasa and Kongo Central) in 2021 *Sex Reprod Health Matters*. Dec;31(1):2207279. doi:10.1080/26410397.2023.2207279.
8. Mulyumba M, Mukwege D. *Étude MSF-RDC*. 2021. Disponible sur : <https://www.msf.org/international-activity-report-2018/democratic-republic-congo>
9. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, RDC, et ICF International. Enquête Démographique et de Santé en RDC 2018.
10. Mutombo N, Atuyambe L, Kawooya M, Kambugu A. Health seeking behavior of women with post-abortion complications in eastern DRC. *Reprod Health*. 2020;17(1):152.
11. CBCA/Nyamugo. Rapport annuel d'activités du service de santé reproductive. Bukavu: CBCA; 2023. Données internes non publiées.
12. Schwartz D, Flamant R, Lellouch J. *Méthodologie statistique en médecine*. Paris: Flammarion Médecine-Sciences; 1991. p. 203-205
13. UNFPA Niger. *Rapport sur l'état de la population*. Niamey: UNFPA; 2022.
14. Love Matters NG. *Factsheet: Unsafe abortions in Nigeria*. 2024
15. Amnesty International. Poland: Abortion Law Reform. London: AI; 2022.