

Etude des complications des avortements non-sécurisés à Lubumbashi à l'aune du nouveau cadre juridique sur les avortements en RDC

Mukendi MR¹, Mbayo LX², Ngama KG³, Ngwe TMJ¹

¹Département de gynécologie-Obstétrique, Clinique universitaire de Lubumbashi

²Médecin du Centre d'excellence de l'hôpital Jason Sendwe, Lubumbashi

³Experte en santé publique, Université de Lubumbashi

RESUME

1) objectifs

La présente étude vise à déterminer la fréquence, le lien entre le profil épidémiologique ; les antécédents gynéco-obstétricaux et la prise en charge des complications des avortements associés à l'issue des gestantes à l'aune du nouveau cadre juridique sur les avortements en RDC.

2) Patientes et méthode

Il s'agit d'une étude transversale analytique incluant 170 cas de complications d'avortements non-sécurisés enregistrés au cours d'une période de 3 ans allant du 01 janvier 2019 au 31 décembre 2021.

3) Résultats

La fréquence des avortements non-sécurisés était de 9,41% des grossesses au premier trimestre enregistrées au cours de la même période. L'âge moyen était de 27,56±6,03 ans, avec des extrêmes de 15 et 38 ans. La rétention placentaire était retrouvée dans 53 cas soit 31.25% et l'endométrite a été diagnostiquée chez 22 patientes représentant 12.5% des cas. Le célibat, l'âge inférieure à 25 ans, le fait d'être étudiante ou élève ainsi que les antécédents de grossesses non-désirées étaient associés aux complications de l'interruption volontaire de grossesse de façon significative.

La mortalité maternelle ayant pour cause directe l'interruption volontaire de la grossesse était de 22 % de l'ensemble des cas de décès maternels durant la même période. La majorité des patientes soit 87 % des cas et 57 % du personnel médical ne connaissent rien de l'allègement des restrictions en matière d'avortements autorisés dans certains cas repris dans l'article 14 du protocole de Maputo auquel la République Démocratique du Congo a adhéré en 2008 et dont la mise en pratique cours depuis 2018.

4) Conclusion

On constate une fréquence des complications des avortements qui reste élevée à Lubumbashi et une faible connaissance du nouveau cadre juridique en la matière. Nous suggérons une accélération et une amplification de la sensibilisation des jeunes adultes et des professionnels de la santé sur les méthodes sécurisantes en soins complets d'avortement et sur le nouveau cadre juridique sur les avortements dans notre milieu.

Mots clés : Avortements non-sécurisés - complications - nouveau cadre juridique

Correspondance

Mukendi M.R. Département de gynécologie-Obstétrique, Clinique universitaire de Lubumbashi (RD Congo)

Téléphone : +243997035693

Email : richardmutshimbe@yahoo.fr

Article reçu : 24-05-2023 Accepté : 15-01-2024 Publié : 28-01-2024



Copyright © 2024. MUKENDI M.R. et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article : MUKENDI M.R. et al. Etude des complications des avortements non-sécurisés à Lubumbashi à l'aune du nouveau cadre juridique sur les avortements en RDC. Revue de Médecine et de Santé Publique. 2024 ; 7(1) : 136 - 149.

1) INTRODUCTION

L'avortement est un sujet sensible et controversé aux dimensions religieuses, morales, culturelles et politiques. Il s'agit également d'une question de santé publique. Plus d'un quart de la population mondiale vit dans des pays où cette procédure est interdite ou autorisée uniquement pour sauver la vie de la femme (1). Néanmoins, quel que soit leur statut juridique, les avortements continuent d'avoir lieu, et près de la moitié d'entre eux sont réalisés par des agents non qualifiés ou dans des conditions sanitaires précaires, voire les deux. Les avortements réalisés dans des conditions précaires aboutissent chaque année au décès de dizaines de milliers de femmes à travers le monde, laissent un nombre bien plus élevé avec des problèmes de santé chroniques et souvent irréversibles et absorbent les ressources des systèmes de santé publique (2). Toutefois, il n'est pas rare que la controverse et l'objection des consciences prennent le pas sur l'impact en matière de santé publique notamment chez le personnel de santé qui s'érigent en obstacles majeurs dans la quête des milliers de femmes des soins complets d'avortement, d'où la persistance des complications des avortements provoqués clandestins non-sécurisés observées dans la majorité des pays africains (1).

L'OMS estime que 103 décès d'avortements à risque se produisent pour 100.000 naissances vivantes en Afrique, alors qu'il n'y en a que 40 en Asie et 30 pour 100 000 en Amérique latine. Ce taux varie de 10 et 30 dans deux régions l'Afrique du Nord et du sud à 90 en Afrique de l'Ouest, à 110 et 140 en Afrique centrale et de l'est ; l'avortement étant estimé contribuer à 12 % des décès maternels (1). Les risques associés aux avortements sont liés au caractère légal de cet acte : ainsi selon l'OMS, dans les pays en développement, le risque de mortalité par suite d'un avortement est de 4 à 6 décès pour 100 000 cas d'avortements légaux et de 100 à 1000 pour 100 000 cas d'avortement illégaux (2).

La liaison entre la légalité de l'avortement et la mortalité maternelle est évidente. Bien que cette pratique d'interruption volontaire de la grossesse soit autorisée pour certaines indications à savoir les agressions sexuelles, le viol, l'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé physique ou mentale de la gestante dans la majorité des pays africains comme la république démocratique du Congo (RDC) sur base du *protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes* communément appelé « protocole de Maputo », la population africaine en général et celle de la RDC en particulier continue à payer un lourd tribut à la mortalité maternelle suite aux complications liées à des avortements non-sécurisés.

Les complications les plus fréquentes des avortements provoqués à risque sont des lésions des organes génitaux, des douleurs pelviennes chroniques, des infections, des hémorragies non maîtrisées conduisant à des hystérectomies et surtout le décès maternel (3). Certains auteurs

évoquent aussi des risques de séquelles pour l'enfant à naître si l'avortement échoue (4). Ces complications se manifestent parfois à plus long terme par des troubles gynécologiques, des fausses couches ou des naissances prématurées, une incontinence ou encore une stérilité (5).

L'objectif de la présente recherche est de déterminer la fréquence, le profil épidémiologique ; la prise en charge des complications de l'interruption volontaire de grossesses et l'issue des gestantes à l'hôpital général provincial de référence Jason Sendwe de Lubumbashi à l'aune du nouveau cadre juridique des avortements en vigueur depuis 2018 en RDC.

2) MATERIEL ET METHODES

Le cadre de notre étude est l'Hôpital Général Provincial de Référence Jason Sendwe qui est un hôpital de référence de niveau tertiaire qui sert la population de la ville Lubumbashi en particulier et de la province du Haut-Katanga en général, il a une capacité de 437 lits. Son service de Gynécologie-obstétrique a une capacité d'accueil de 111 lits.

IL s'agit d'une étude transversale analytique qui a inclus toutes les gestantes avec complications des interruptions volontaires de grossesses (IVG) reçues dans le service de Gynécologie-obstétrique de janvier 2019 à décembre 2021 soit durant 3 ans.

Les gestantes ont été sélectionnées sur base d'un critère clinique strict: admission pour complications d'IVG en gynécologie-obstétrique à l'hôpital Général Provincial de Référence Jason Sendwe avec dossier complet en rapport avec les variables de l'étude.

La collecte rétrospective des données a intéressé les patientes hospitalisées sur les paramètres d'intérêts ci-dessous provenant de fiches médicales et registres d'hospitalisation: l'âge des patientes, la parité, gestité, les antécédents d'interruption volontaire de grossesse, le niveau d'étude, la profession, le statut matrimonial, le motif de consultation, l'âge gestationnel, la clinique, la prise en charge médicale et chirurgicale ainsi que l'issue. Nous avons en outre collecté l'état des connaissances des patientes et du personnel médical notamment les sage-femmes et les infirmières sur le cadre légal des avortements en vigueur en RDC.

Les données ont été encodées à l'aide des logiciels Epi-info 3.5.1 et SPSS 10 a permis l'analyse des données. Les valeurs de tendance et l'écart type ont été calculés. Le test de Chi-carré a été utilisé pour l'analyse bivariée de la variable qualitative issue et les autres variables socio-démographiques, gynécologiques et la prise en charge. Une valeur de $p \leq 0.05$ et le Odd ratio avec son intervalle de confiance à 95 % exclue la valeur de 1 a été considérée comme significatif.

3) RESULTATS

a) Aspects épidémiologiques et statistiques hospitalières

Dans ce collectif de 170 cas d'avortements provoqués sur 1807 consultations suivies pour les consultations prénatales et pour des grossesses menacées au premier trimestre à l'hôpital Général Provincial de référence Jason Sendwe, la fréquence était de 9,41% de cas d'interruptions volontaires de la grossesse durant la période d'étude.

Comme le montre le tableau 1, la tranche d'âge allant de 18 à 35 ans était la plus fréquente avec 68,82 % et la moyenne d'âge était de $27,56 \pm 6,03$ ans, avec des extrêmes de 15 et 38 ans. Cependant le calcul du Odd ratio montre que les patientes de moins de 18 ans courent 2 fois plus de risques de connaître des complications lors de la réalisation des IVG comparées à leurs homologues âgées de 18 ans et plus (tableau 1).

L'analyse du tableau 2 révèle que les niveaux d'étude primaire et secondaire avaient respectivement 31,18 % suivis des analphabètes avec 24,70 % tandis que les universitaires représentaient 12,94 % des cas (tableau 2).

Les résultats repris sur la figure 1 montrent que les élèves et les étudiantes sont concernées dans 50 % des cas suivies des fonctionnaires avec 31,18 % (figure 1).

Les célibataires ont été comptabilisées dans 50% de cas, viennent ensuite les mariées qui étaient représentées dans 31,18 % des cas comme on peut le voir sur la figure 2 (figure 2).

Le tableau 3 met en exergue le fait que dans 68,82 % les patientes étaient primigestes avec une valeur de p significative (tableau 3).

Analysant les résultats présentés dans le tableau 4 on constate que dans 62,36 % des cas il n'y avait aucun antécédent d'IVG et que chez 24,70 % des patientes il y avait un antécédent d'un ou deux IVG avec une valeur de p significative (tableau 4).

En examinant le tableau 5 on remarque que dans 62,36 % des cas l'âge gestationnel était inférieur ou égal à 8 semaines d'aménorrhée avec une valeur de p significative (tableau 5).

La rétention de débris était le motif de consultation le plus fréquent avec 31,25 % des cas.

L'antibiothérapie et la sérothérapie ont représenté respectivement 100% des cas chacun (tableau 6).

La figure 3 révèle que 87 % des patientes n'ont aucune connaissance sur la nouvelle loi sur les avortements en RDC tandis que 57 % du personnel sanitaire est dans la même situation.

4) DISCUSSION

Cette étude transversale analytique avait pour objectif de déterminer la fréquence, le lien entre le profil épidémiologique-clinique, les antécédents gynéco-obstétricaux et la prise en charge des complications des interruptions volontaires de grossesse associées à l'issue des gestantes dans le cadre de la nouvelle loi sur les avortements en RDC. Dans cette étude la fréquence des complications des IVG était de 9,41% de l'ensemble des grossesses au premier trimestre ayant consulté à l'Hôpital Général Provincial de référence Jason Sendwe de janvier 2019 à décembre 2021 soit une période de trois ans.

Ces résultats suggèrent que cette fréquence est loin d'être en conformité avec la réalité dans la mesure où le mode de recrutement de notre population d'étude est l'aveu de la concernée, il est fort probable que beaucoup de cas d'avortements étiquetés de « spontanés » ont en réalité été provoqués mais de peur que l'anathème ne soit jeté sur elles les avorteuses ont déformé la réalité, ce qui rejoint les études qui parlent du « chiffre noir » des IVG qui est souvent plus important que celui rapporté dans les statistiques officielles (1).

A l'inverse au Gabon, la fréquence était supérieure à la nôtre soit 17% (6). Cette faible fréquence des complications pourrait être aussi le fait de la mise en pratique de la nouvelle loi sur les avortements car les études de démographie et santé d'avant 2018 rapportaient des fréquences entre 17 et 22 % (1). En outre certaines variables socio-démographiques et les caractéristiques gynéco-obstétricales des avortées étaient des prédicteurs de la fréquence dans la présente étude.

1) PARAMETRES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES PATIENTES

Dans cette série, il est suggéré que la moyenne d'âge est $27,56 \pm 6,03$ ans, avec des extrêmes de 15 et 38 ans. En outre les patientes de moins de 18 ans courent deux fois plus de risques de connaître des complications lors des IVG en comparaison à leurs homologues âgées de 18 ans et plus. Ces résultats avoisinent la série de Gastineau (2002) en Tunisie qui a indiqué l'âge moyen de 30 ans et contrastent avec les résultats trouvés à Bamako et Abidjan qui ont montré un âge < 25 ans (7, 8). Dans la même veine, l'âge < 18 ans (10,53%) était représentatif que les autres classes d'âge. Ces résultats sont différents de la série Gabonaise qui a trouvé que les jeunes de moins de 20 ans (44%) étaient majoritaires (6).

Nous en voulons pour preuve le fait que dans les pays où l'accès des adolescentes à la contraception est le plus largement autorisé par la loi, les jeunes se protègent davantage des grossesses non prévues (7). L'analyse comparative des situations en France, aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, au Canada ou en Suède montre que c'est bien dans les pays où la tolérance

sociale vis-à-vis de la sexualité des jeunes est la plus importante que les taux de contraception sont les plus élevés et les taux d'avortement les plus bas (10-12).

Les résultats suggèrent que les filles de moins de 20 ans courent deux fois plus de risques de connaître des complications en cas d'IVG que leurs homologues plus âgées. En effet, les filles plus jeunes étant limitées tant financièrement que sur le plan relationnel utilisent des méthodes dangereuses pour arriver à se débarrasser d'une grossesse généralement non-désirée et synonyme d'ennuis divers tant sur le plan familial, scolaire que social tant la stigmatisation est encore plus forte pour cette tranche d'âge en cas de grossesse. Les difficultés majeures que rencontrent les filles de moins de 18 ans pour accéder à des méthodes efficaces de contraception aggravent la fréquence des grossesses non-désirées et par ricochet celle des avortements provoqués dans des conditions précaires.

Il ressort des résultats de la présente étude que le niveau d'étude primaire et secondaire (53% à chacun) a été observé. Ce résultat contraste ceux trouvés respectivement à Bamako, Abidjan et Accra qui ont indiqué que le niveau d'instruction élevé dans leurs séries respectives (8-10). Ces divergences s'expliqueraient par la taille de l'échantillon.

Les célibataires représentent (50%) des cas dans notre série. Ceci croise les résultats issus de la série camerounaise et Zambienne (12, 13). Ces résultats suggèrent que le célibat est un facteur prédictif de l'avortement clandestin dans ces différentes séries africaines. D'autres études suggèrent que ces jeunes célibataires sont confrontées à des problèmes de négociation de méthodes préventives avec leur partenaires sexuels, l'avortement reste pour elles la seule façon d'éviter une grossesse non prévue (14, 15).

Les antécédents gynéco- obstétricaux des cas d'IVG

La moitié des patientes de notre série a pratiqué l'IVG sur des grossesses ayant au moins 12 SA, 22 patientes ont avorté sur des grossesses de 8SA et moins. La fréquence des complications chez les primigestes pratiquant l'IVG est pratiquement le double des autres catégories de gestité. Toutefois sans que cela soit statistiquement significatif en se référant aux autres catégories.

La fréquence des complications chez les nullipares pratiquant l'IVG est relativement plus élevée comparée aux autres catégories de parité qui montre que cette différence avec les autres catégories est statistiquement significative

Nos observations montrent que les patientes n'ayant jamais pratiqué l'IVG sont les plus nombreuses soit 62,5%, celles qui l'ont déjà pratiqué 1 ou 2 fois représentent 25% et celles qui ont déjà une expérience de 3 à 4 IVG ont une fréquence de 12,5.

CLINIQUES, PRISE EN CHARGE ET CONSEQUENCES DES IVG

Dans notre étude 62,5% des cas les patientes ont consulté pour anémie aigue ayant entraîné un choc hypovolémie, dans la majorité des cas soit 31,25% des cas, il s'agissait d'une rétention des débris trophoblastiques. Ces résultats recourent ceux de plusieurs séries africaines (9-12).

Il apparait dans notre série que dans 37,5% des cas le motif de consultation était une infection en accord avec plusieurs séries africaines (9, 12-14).

Il ressort de nos investigations que le traitement chirurgical en l'occurrence le curetage a concerné 31,25% des patientes. 12,5% des patientes ont bénéficié respectivement d'une toilette péritonéale après céliotomie et d'une hystérectomie subtotale. 10 patientes, dont les viscères étaient déportés dans l'utérus ou le vagin après perforation utérine, ont subi une hystérorraphie et une sigmoïdorrhaphie. Ces résultats rejoignent ceux de l'étude d'Anderson et al. En 1998 (3).

Dans notre série l'issue a été défavorable chez 32 patientes soit 19% ont succombé suite aux complications de l'IVG, 20 ont fait un choc septique et 12 ont succombé suite à un choc hypovolémique décompensé. Les études africaines sur les complications des avortements notifient une fréquence des décès maternels variant entre 12 et 30 % (3, 5, 9-15). Ces résultats indiquent que l'avortement comporte un risque de décès maternel non négligeable.

Limite

La brièveté et le caractère rétrospectif de la collecte de données n'ont pas permis l'analyse en profondeur et en détail de tous les facteurs de risque associés aux IVG. Des études prospectives sur la thématique pourraient offrir une meilleure compréhension des facteurs associés aux IVG dans notre environnement et dénicher les faux cas d'interruption spontanée qui sont en réalité de cas d'IVG.

CONCLUSION

Ce travail qui a ciblé les cas des complications d'IVG a colligé un échantillon de 170 cas sur 1807 dossiers de grossesses menacées au premier trimestre consultés à l'hôpital général provincial de référence Jason Sendwe en janvier 2019 et décembre 2021. Il ressort de ce travail l'existence de liens d'associations entre l'issue des IVG et le profil socio-démographique ainsi que les pratiques non-sécurisées basées sur la méconnaissance du nouveau cadre juridique en RDC. Nous suggérons une sensibilisation de la population générale sur les méthodes de contraception et le risque encourus en cas d'interruption volontaire de grossesse par des méthodes à risque ou désuètes. Nous recommandons également une poursuite de la vulgarisation du protocole de Maputo et la

formation du personnel médical sur les techniques des soins complets d'avortements centrés sur la femme telles que recommandées par l'OMS.

5) REFERENCES

- 1) OMS, « Prévention des avortements à risque » (2019), consulté sur www.who.int/reproductivehealth/topics/unsafe_abortion/hrpwork/en/ le 08 mars 2023
- 2) Remez, Lisa, Katherine Mayall et Susheela Singh. « Développements mondiaux dans les lois sur l'avortement provoqué: 2008-2019. » *Perspectives internationales sur la santé sexuelle et reproductive* 46, no. Supplément 1 (2020): 53–65. <https://doi.org/10.1363/46e0920>.
- 3) Anderson ANDERSON D., 1998 - Abortion, women's health and fertility. Liège, IUSSP. Policy and research papers, 21.
- 4) Bela Ganatra et al., "Global, Regional, and Subregional Classification of Abortions by Safety, 2010-14: Estimates From a Bayesian Hierarchical Model," *Lancet* 390, no. 10110 (2017).
- 5) Mpangile, G., M. Leshabari, et al., 1999. Induced Abortion in Dar es Salaam, Tanzania: The Plight of Adolescents. In *Abortion in the developing world*. A I Mundigo and C. Indriso. New Delhi, World Health Organization : 387-405.
- 6) Barrère, M., 2001. Avortement. Enquête Démographique et de santé Gabon 2000. F. DGSEE, ORC Macro. Calverton, Maryland, USA : 86-98.
- 7) Gastineau B, 2002, Légalisation de l'avortement et planification familiale : l'expérience tunisienne In Guillaume, Desgrees du Loû, Zanou, Koffi (Ed.) In *Santé de la Reproduction en Afrique, Côte d'Ivoire* : 243-264.
- 8) Goyaux, N., E. Alihonou, F. Diadhiou, R. Leke, et P. Thonneau. 2001. "Complications of induced abortion and miscarriage in three african countries: a hospital-base study among WHO collaborating centers." *Acta obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 80 : 568-573.
- 9) Guttmacher Institute, "Abortion in Africa," Fact Sheet, (March 2018), consulté sur www.guttmacher.org/fact-sheet/abortion-africa le 22 janvier 2023
- 10) Songane, F. F. and S. Bergstrom (2002). "Quality of registration of maternal deaths in Mozambique: a community-based study in rural and urban areas." *Social Science & Medicine* 54(1): 23-31.
- 11) World Health Organisation, 2004, *Unsafe abortion. Global and regional estimates of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. (Aahman E; Shah I), Geneva, Fourth edition, 82 p.

- 12) Susheela Singh et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access* (New York, Guttmacher Institute, 2018).
- 13) Susheela Singh and Isaac Maddow-Zimet, "Facility-Based Treatment for Medical Complications Resulting From Unsafe Pregnancy Termination in the Developing World, 2012: A Review of Evidence From 26 Countries," *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123, no. 9 (2015): 1489-98.
- 14) Silberschmidt, M. and V. Rasch, 2001. "Adolescent girls, illegal abortion and "sugar-dadies" in Dar es Salaam: vulnerable victims and active social agents." *Social Science and Medicine* 52, : 1815-1826.
- 15) Calves, A. E. (2002). "Abortion risk and decision making among young people in urban Cameroon." *Studies in Family Planning* 33(3): 249-260.

TABLEAUX

Tableau 1. Répartition des cas selon l'âge des patientes

Classes d'âges	N (%)
< 18 ans	21 (5,88)
18 à 35 ans	117 (68,82)
>35ans	32 (25,30)
Total	170 (100)

Tableau 2. Répartition des cas selon le niveau d'étude

Niveau d'étude	n	%
Analphabète	42	24,70
Primaire	53	31,18
Secondaire	53	31,18
Universitaire	22	12,94
Total	170	100

Tableau 3. Répartition des cas selon la gestité

Gestité	n (%)
Primigeste	117 (68,82)
Paucigeste	11 (6,48)
Multigeste	21 (12,35)
Grande multigeste	21 (12,35)
Total	170 (100)

Tableau 4. Répartition des cas selon les antécédents d'IVG

Antécédents d'IVG	n (%)
0	106 (62,36)
1 - 2	42 (24,70)
3 - 4	22 (12,94)
Total	170 (100)

Tableau 6 : Répartition des patientes selon les complications et les modalités de prise en charge de l'IVG

Motif de consultation		
Complications avec choc Hypovolémique n (%)	Complications infectieuses n (%)	
Rétention de débris : 53 (31,25)	Endométrite	22 (12,5)
Perforation utérine 22, (12,5)	Péritonite	22 (12,5)
Déchirure de col 22 (12,5)		
Plaie vaginale : 10 (6,25)		
Modalités de prise en charge		
Médicamenteuse n (%)	Chirurgical n (%)	
Antibiothérapie : 170 (100%)	Curetage	53 (31,25)
Sérothérapie : 170 (100%)	Hystérectomie	22 (12,5)
Irrigation vaginale : (42,25)	Toilette péritonéale	22 (12,5)
Antiseptique local (42,25)	Hystérorraphie +	
Transfusion 106 (62,5)	Sigmoidorraphie	10 (6,25)

FIGURES

Figure 1. Répartition des cas selon la profession

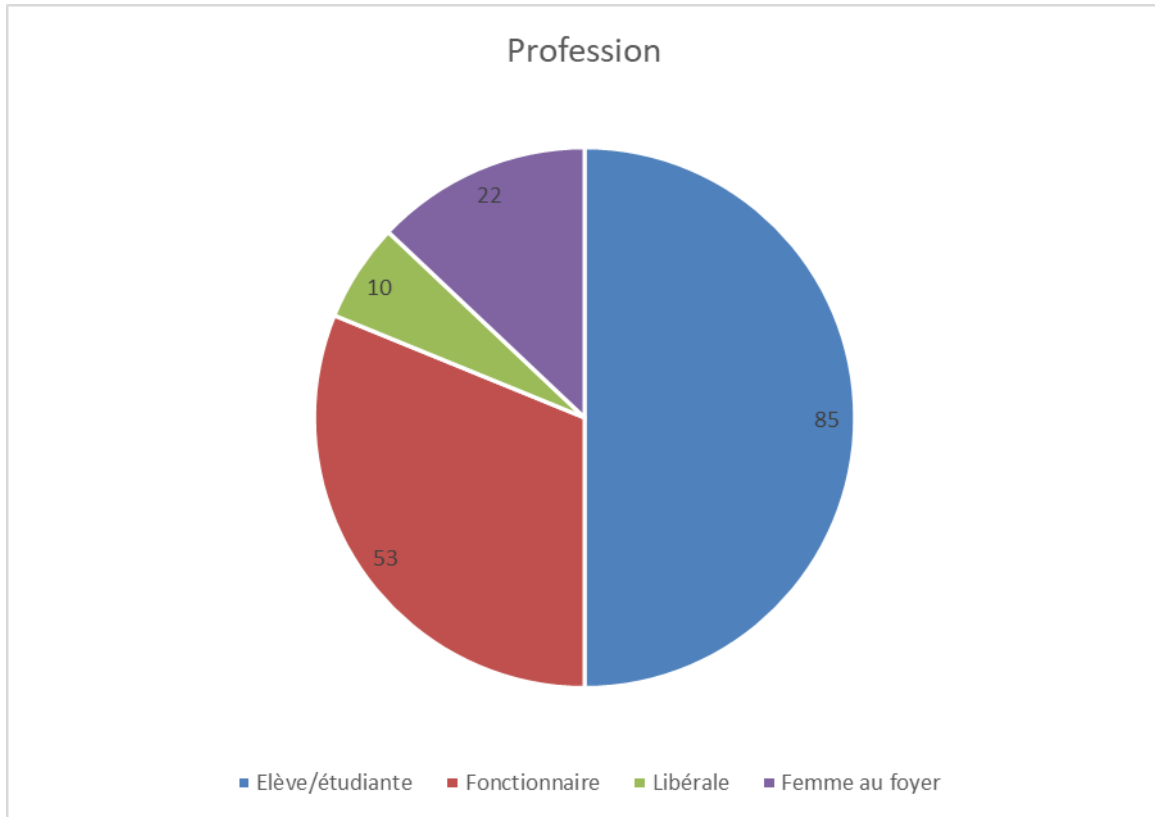


Figure 2. Répartition des cas selon l'état matrimonial

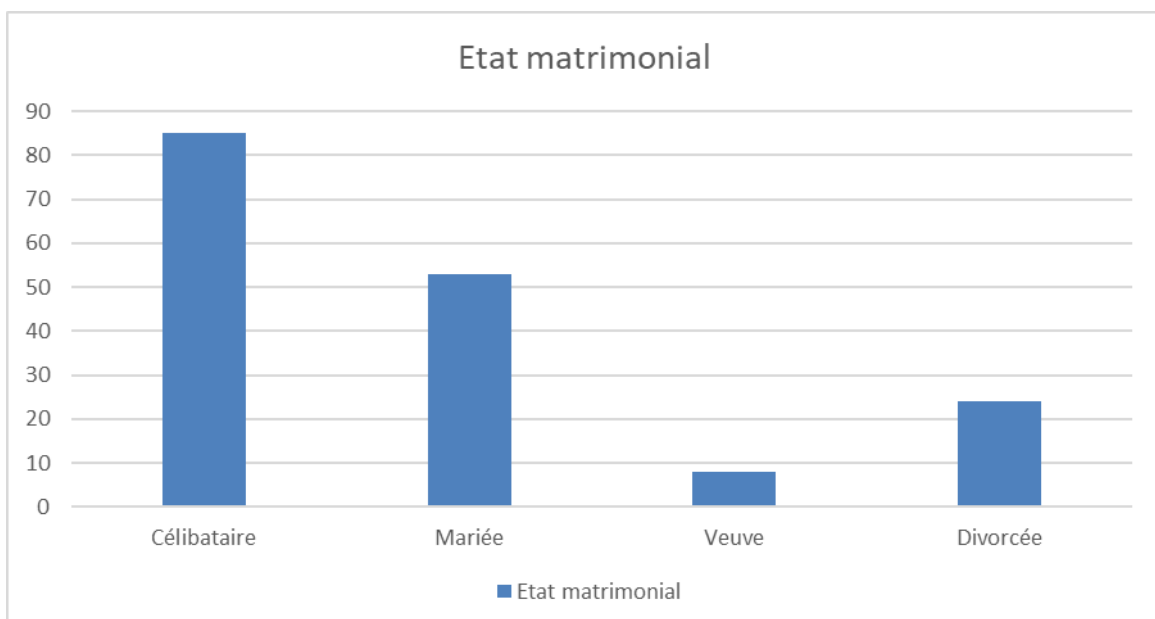


Figure 3. Répartition des cas selon l'état des connaissances sur la nouvelle loi sur les avortements en RDC

