



**RAPPORT SUR LA CONFERENCE ORGANISEE
LE 28 SEPTEMBRE 2018 AU SALON CONGO DE PULLMAN HOTEL
SUR LA PROBLEMATIQUE DES GROSSESSES NON DESIREES ET DES AVORTEMENTS
A RISQUES**



Par la *Coalition pour la lutte Contre les Grossesse Non Désirées « CGND »* avec l'appui des organisations internationales IPAS, Médecins Sans Frontières, MDM-France , Pathfinder International et l'Institut Guttmacher, sous le haut parrainage du Ministre du Genre, Enfant et Famille.

Fait à Kinshasa le 5 Octobre 2018.

Le Secrétariat Technique de la Conférence.



INTRODUCTION

Sous le parrainage de Son Excellence Madame Chantal SAFOU LOPUSA, Ministre du Genre, Enfant et Famille, la Coalition pour la lutte contre les Grossesses Non Désirée (CGND) a organisé le 28 septembre 2018, à l'Hôtel Pullman de Kinshasa, avec l'appui des organisations internationales IPAS, Médecins Sans Frontières, MDM-France, Pathfinder International et l'Institut Guttmacher, une conférence sur *l'évolution du contexte légal en matière de Santé Sexuelle et Reproductive(SSR) en RDC et l'application de l'article 14 du Protocole de Maputo*.

Ont pris part à la conférence : Son Excellence Madame la Ministre du Genre, Enfant et Famille, les experts des Ministères de la santé publique, du Genre et des Droits Humains, les délégués des Agences des Nations-Unies, de la coopération au développement et des Ambassades, les délégués des organisations internationales partenaires, les membres du comité de suivi de la mise en œuvre de l'article 14 du PM, les délégués de la Société Congolaise de Gynécologie et Obstétrique (SCOGO), du Syndicat National des Médecins (SYNAMED), de l'Association des femmes juristes du Congo (AFEJUCO), du corps judiciaire, les responsables du Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA) et du Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR), les leaders des associations des jeunes, les leaders des associations des femmes, les victimes de la stigmatisation liée aux avortements clandestins, les membres de la société civile, les journalistes et les prestataires des soins.

Au total, plus de 450 personnes ont assisté à cette conférence prévue pour 350 participants dont l'objectif général était de dresser l'état des lieux de la mortalité maternelle liée à l'avortement clandestin et de la promotion de la santé sexuelle et reproductive en RDC, afin d'élaborer une politique et un cadre efficace de mise en application de l'article 14 du Protocole de Maputo pouvant engager la RDC à prendre toutes les mesures appropriées pour protéger « les droits reproductifs de la femme, 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 et du fœtus ».



DU DEROULEMENT DE LA CONFERENCE

1. De la cérémonie d'ouverture

Après l'hymne national et l'annonce du programme par le protocole d'Etat du Ministère du Genre, Enfant et Famille, deux allocutions ont été prononcées successivement, par Monsieur le Représentant de la société civile et par Son Excellence Madame Chantal SAFOU LUPUSA, Ministre du Genre, Enfant et Famille.

- Allocution du Représentant de la Société Civile

Dans son mot, le Représentant de la société civile a souligné d'emblée que l'application du droit relatif à la santé sexuelle et reproductive est un triomphe sur la mort maternelle et néonatale. C'est ainsi que la Coalition pour la lutte contre les Grossesses Non Désirée (CGND) est une plateforme née des tentatives pour obtenir une loi sur la santé sexuelle et reproductive intégrant les questions aux liées avortements.

Il a relevé qu'aujourd'hui la planification familiale est saluée à travers le monde comme un des piliers pour le développement des nations, pourtant à l'époque il y a eu beaucoup de résistances. C'est la même chose que nous constatons encore pour les questions qui touchent à l'accès des femmes à l'avortement sécurisé.

A ce sujet, l'intervenant a précisé qu'il ne s'agit pas des avortements pour des avortements, mais on part plutôt des constats : des lots et des lots de mortalité maternelle. En RDC, les statistiques indiquent 846 décès pour 100.000 naissances vivantes, soit 3 femmes qui meurent

chaque heure et les avortements à risques représentent la deuxième cause de mortalité maternelle dans le pays.

Poursuivant son intervention, il a rappelé l'adhésion du pays en 2008 au Protocole de Maputo dont l'article 14 (2) (c) autorise l'accès à l'avortement médicalisé pour certains cas précis et le plaidoyer fait par la Coalition pour sa publication au journal officiel afin de rendre ce texte opposable à tous et obliger le gouvernement à faciliter l'accès aux services d'avortement sécurisé dans les limites prescrites par le Protocole de Maputo. Il a terminé son



mot en indiquant quelques actions déjà menées par la coalition, notamment pour la vulgarisation du Protocole de Maputo et en informant l'assistance que le plaidoyer se poursuit auprès des députés nationaux et sénateurs pour l'harmonisation avec le Protocole de Maputo, du projet de loi-cadre sur la santé publique en cours d'examen au parlement.

▪ Allocution de Son Excellence Madame la Ministre du Genre

Prenant la parole à son tour, Son Excellence Madame la Ministre du Genre, Enfant et Famille a salué et remercié tous les partenaires techniques, financiers et sociaux engagés dans la promotion des droits des femmes sur la santé sexuelle et reproductive en RDC, particulièrement ceux qui étaient présents dans la salle, à savoir IPAS, Pathfinder International, MDM-France, Guttmacher Institute, ABEF-ND, Si Jeunesse Savait, AFIA MAMA et CAFCO. Elle a souligné que leur collaboration avec le Ministère du Genre, Enfant et Famille sur cette question spécifique, permet de faire avancer les choses dans le sens des attentes de nombreuses femmes du pays et ce, grâce à la détermination des pouvoirs publics qui tiennent à réduire de manière décisive la mortalité maternelle en RDC.

Pour cela, elle a rendu un hommage le plus déférent à Son Excellence Monsieur Joseph KABILA KABANGE, Président de la République et Chef de l'Etat pour son engagement politique à promouvoir les droits des femmes y compris ceux relatifs à la santé de la reproduction. Elle a rendu aussi un hommage appuyé au Chef du Gouvernement, Son Excellence Monsieur Bruno TSHIBALA et à l'ensemble du Gouvernement, pour leur sollicitude en ce qui concerne la promotion et la protection des droits des femmes en RDC.

Poursuivant son allocution, elle a indiqué que depuis la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD) tenue en 1994 au Caire en Egypte, les droits relatifs à la santé de la reproduction ont été reconnus comme des droits fondamentaux de l'homme. Assurer l'accès de tous aux soins de santé de la reproduction et faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation est bénéfique aux nations et à l'ensemble de l'humanité du fait de son impact sur la réduction de la mortalité maternelle à travers le monde.

C'est pourquoi, a-t-elle ajouté, dans le cadre des ODD, il est convenu d'ici à 2030, d'assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins

de planification familiale, d'information et d'éducation, et de veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux de développement. Il est aussi convenu à la même échéance, de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes.

A ce sujet, Son Excellence Madame la Ministre du Genre a souligné que la RDC est partie prenante à ces engagements, surtout qu'il figure parmi les six pays du monde qui contribuent à 50% au fardeau mondial de la mortalité maternelle. En effet, le contexte de la santé de la reproduction en RDC reste marqué par une mortalité maternelle élevée de 846 pour 100 000 naissances vivantes (EDS 2014) et le fait que l'avortement à risque représente la deuxième cause de mortalité maternelle dans le pays.

Pour la Ministre du Genre, la question qui se pose est de savoir dans quels cas les soins complets d'avortements sécurisés peuvent-ils être apportés aux femmes et jeunes filles ?

Répondant à cette question, elle a dit que la RDC a adhéré sans réserve au Protocole de Maputo qui en son article 14, (2) (c) aborde la question de l'accès des femmes à l'avortement médicalisé et autorise celui-ci dans des situations particulières, à savoir lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ou en cas d'agression sexuelle, de viol ou d'inceste.

Il s'agit là pour la Ministre du Genre, des situations particulières qui interpellent vraiment les consciences et non la généralisation de l'avortement qui ne peut, en aucun cas, être considéré comme une méthode contraceptive.

L'adhésion du pays sans réserve au Protocole de MAPUTO est un signe éloquent de son engagement à donner aux femmes congolaises l'accès aux droits protégés par cet instrument juridique international, notamment ceux prescrits à son article 14 (2) (c). La récente publication de ce protocole au journal officiel le rend désormais opposable à tous et supérieur à la législation interne en cette matière, conformément à la Constitution du pays.

C'est ainsi, dit-elle, elle a lancé le 30 juillet dernier à l'occasion de la journée panafricaine des femmes, la vulgarisation du Protocole de Maputo dont la mise en œuvre intégrale à travers le pays est une entreprise multisectorielle aussi bien au plan national que provincial et concerne toutes les dispositions de ce texte juridique.

Elle a noté aussi que la conférence intervenait au bon moment pour permettre de réfléchir sur les défis à relever afin que les femmes et jeunes filles congolaises accèdent facilement aux soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, conformément à l'article 14 du Protocole de Maputo.

Pour elle, la mise en place par le Conseil Supérieur de la Magistrature, du comité de suivi de la mise en œuvre de cet article 14, vise le même objectif particulièrement la non application du code pénal congolais pour les cas particuliers concernés par le Protocole de Maputo et cela est une bonne chose, cependant, le Protocole de Maputo ne peut être réduit à la

seule disposition 14. C'est pourquoi, dès la mise en place par le Gouvernement de la République, du Cadre de Suivi et d'Evaluation de la Mise en œuvre du Protocole de Maputo (CSEPM) en RDC, les deux structures devraient collaborer étroitement.

2. Des exposés

Introduisant les exposés, le Modérateur de la Conférence, Mr TSHIKA LUABA, Directeur Conseiller Technique à la CEPFE, a rappelé que ladite conférence se tenait sous le parrainage de Son Excellence Madame la Ministre du Genre, Enfant et Famille, qu'il a remercié pour son leadership exemplaire en matière de promotion des droits de la femme. En effet, depuis son avènement à la tête du Ministère, un accent particulier est mis sur la question de l'égalité genre et l'autonomisation des femmes, en se focalisant sur un certain nombre de textes juridiques nationaux et internationaux, notamment la Constitution du pays et le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, relatif aux droits des femmes en Afrique, communément appelé « Protocole de Maputo ».

Il a informé l'assistance, pour ceux qui ne le savaient pas, que la Ministre du Genre, Enfant et Famille a été portée depuis le mois d'avril dernier à la tête du Comité Technique Spécialisé de l'Union Africaine sur l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes pour un mandat de deux ans. Il a dit que c'est à la fois un honneur et une grande responsabilité pour la RDC qui devrait devoir prêcher par l'exemple pour toute l'Afrique.

Ensuite, Il a précisé que la présente conférence était la troisième du genre, organisée à cette date du 28 septembre, consacrée mondialement à la contraception et à la problématique des grossesses non-désirées et des avortements clandestins à risques.

La première conférence était tenue à SULTANI HOTEL et avait pour objectif la sensibilisation de toutes les parties prenantes (pouvoirs publics, société civile et partenaires au développement) sur l'aspect épidémiologique de cette question, c'est-à-dire son ampleur et ses conséquences au sein de la population au plan sanitaire.



La deuxième conférence tenue à KEMPISKY HOTEL Fleuve Congo visait la compréhension du cadre légal en cette matière pour en dégager les forces et les faiblesses. A ce sujet, deux textes légaux ont été évoqués à savoir le code pénal congolais très restrictif et le Protocole de Maputo qui élargit les indications pour lesquelles un avortement médical sécurisé est

autorisé, malheureusement qui n'était pas d'application en RDC malgré l'adhésion du pays à cet instrument juridique international.

Cette troisième conférence intervient alors que le contexte légal a connu une certaine évolution grâce à la publication du Protocole de Maputo au Journal Officiel du pays, ce qui rend ce texte non seulement opposable à tous mais aussi supérieur aux lois nationales dont le code pénal.

C'est ainsi que l'objectif visé par la conférence était d'évaluer le processus de promotion des droits de santé sexuelle et de la reproduction en RDC de manière à amener les porteurs d'obligations à mettre en place, à l'intention des femmes et des jeunes filles congolaises, des politiques d'accès aux soins de santé sexuelle et de la reproduction de qualité y compris les soins complets d'avortement, conformément à l'article 14 du Protocole de Maputo.

Après cette brève introduction, il a passé la parole successivement aux différents intervenants.

Concernant les évidences sur l'ampleur des grossesses non désirées et les avortements clandestins en RDC comme l'une des causes majeures de la morbidité et de la mortalité maternelle, quatre présentations ont été faites :

- **Etude de Guttmacher** : présentée par le Professeur MABIKA de l'Université de Kinshasa.

Dans sa présentation, l'intervenant a reconnu les efforts déployés par la RDC pour renforcer son système de santé. Il a ajouté que le gouvernement a récemment fait de l'amélioration des soins de santé sexuelle et reproductive (SSR) des femmes, une priorité. En cette matière, il a attiré l'attention sur les défis à relever en RDC, notamment le taux élevé de mortalité maternelle (693 décès pour 100 000 naissances vivantes) et le taux élevé de grossesses non planifiées (6 grossesses sur 10 en 2016 étaient non planifiées).

Concernant la législation sur l'avortement, l'intervenant a présenté la dynamique de deux textes : le code pénal congolais interdisant totalement l'avortement et le Protocole de Maputo auquel la RDC a adhéré et à ce jour, publié au journal officiel. Ce texte ouvre la voie à un élargissement de l'accès à un avortement sans risque et légal à l'avenir.

Parlant de l'avortement dans la pratique en RDC, le présentateur a souligné que malgré l'interdiction légale de l'avortement, celui-ci est largement pratiqué. Du fait de l'illégalité, presque tous les avortements sont réalisés dans la clandestinité et les complications, incluant le décès, sont courantes. Cependant, il n'existe pas de statistiques ou de données fiables (officielles) sur la fréquence de l'avortement non médicalisé dans le pays, sur la manière dont il est pratiqué et sur la gravité de ses complications. De même, il n'y a que très peu d'information sur les caractéristiques des femmes qui ont un avortement non médicalisé.

Abordant la recherche sur l'avortement à Kinshasa menée en 2006 par une équipe mixte des chercheurs de l'Université de Kinshasa et de l'Institut Guttmacher, l'intervenant a donné les objectifs poursuivis, notamment le calcul de l'incidence des grossesses non planifiées et de l'avortement à Kinshasa pour décrire la répartition de l'ensemble des grossesses, à la fois par statut de résultat et de planification. Il a aussi indiqué la méthodologie utilisée à savoir l'estimation de l'avortement par complications (AICM) pour pouvoir estimer la taille de l'iceberg sachant que la partie visible est constituée des femmes recevant des soins après

avortement. Pour l'intervenant, l'étude n'avait pas l'ambition de donner des réponses à toutes les questions possibles sur l'avortement, mais, elle n'était qu'un début dans la quête d'informations utiles.

Les résultats de cette étude ont montré qu'en 2006 à Kinshasa, 61% des grossesses étaient non planifiées et que 43% des grossesses non planifiées débouchaient sur un avortement. Aussi, l'étude a indiqué les expériences de violence vécues par les patientes en soins après avortement.

En conclusion, l'intervenant souligne que malgré le caractère restrictif de la loi en RDC, de nombreux avortements non médicalisés sont réalisés à Kinshasa. Certains entraînent des complications qui, sans traitement, mettraient la vie de la femme en danger. L'utilisation de méthodes dépassées de traitement des soins après avortement est répandue. La prise en charge de la douleur et la prestation de contraception après avortement est inadéquate.



Pour cela, il recommande que plus d'efforts soient fournis pour réduire les conséquences négatives de l'avortement non médicalisé (accroître l'accès à l'avortement médicalisé, améliorer les soins après avortement, augmenter l'utilisation de contraceptifs, investir dans la formation des prestataires de santé sur les dispositions du protocole de Maputo et sur la prestation de soins après avortement sans risque, améliorer la sensibilisation du public afin que les femmes connaissent leur droit à obtenir de tels soins).

- **Etude de Pathfinder** : présentée par Mr MBADU MUANDA, Directeur du PNSA

L'intervenant a présenté une étude pilote sur l'approche de réduction des méfaits associés à l'avortement à risque, initiée à Kinshasa par PATHFINDER International. Cette étude a consisté à documenter les attitudes et les pratiques des jeunes filles sur la grossesse non désirée, les avortements à risque et à recueillir leurs suggestions et recommandations en vue d'asseoir l'approche pour un passage à l'échelle. Cette approche a été expérimentée dans 4 formations sanitaires en 2016 à Kinshasa.

Après une brève présentation de l'approche qui se déroule en deux étapes (visite de counselling et visite post-avortement), l'intervenant a indiqué la méthodologie de collecte des données (outils de collecte) et en a dressé le bilan.

Les résultats de l'étude ont montré, en ce qui concerne les caractéristiques sociodémographiques, que les groupes d'âge de 15 à 24 ans sont les plus concernés par l'avortement (91%). Pour ce qui est de l'état matrimonial, les célibataires sont plus concernés que les mariées (89% contre 11%).

Cependant, concernant l'attitude à garder la grossesse ou à avorter, l'étude a montré que lorsqu'elles portent une grossesse qui bouleverse leurs plans de vie (grossesse non désirée), la majorité des jeunes filles cherchent à interrompre la grossesse malgré les conseils des prestataires de santé de garder la grossesse (86% des femmes venaient avec la décision d'interrompre la grossesse).

Globalement, l'approche a été acceptée par les jeunes car elle réduit les méfaits liés aux avortements clandestins. En effet, 52% des femmes ayant suivi les conseils n'ont pas connu de complications. L'étude a montré aussi que la période du post-abortum (après avortement) est bonne pour proposer aux jeunes filles qui ont avorté l'utilisation des méthodes contraceptives, car la majorité a accepté la contraception.



Pour cela, l'intervenante a conclu en recommandant un plaidoyer pour faire reconnaître l'approche de réduction des méfaits comme une stratégie de promotion de la planification familiale, l'élaboration et la vulgarisation d'un module de formation des prestataires dans l'offre des services de réduction des méfaits, le renforcement des capacités des prestataires dans l'offre des services sur la réduction des méfaits liés aux avortements.

- **Etude de Médecins Sans Frontières** : présentée Eva De Plecker du Groupe de travail SSR de MSF.

L'intervenante a présenté une étude anthropologique menée par Médecins Sans Frontières à l'est de la RDC (Nord Kivu, Sud Kivu et Ituri) et dont les objectifs spécifiques étaient notamment la connaissance des caractéristiques locales des soins de santé de la reproduction (planification familiale/ contraception, comportement dans l'accès aux soins santé), du contexte et des perceptions des violences sexuelles, des facteurs contribuant aux grossesses non désirées (GND), des facteurs qui entraînent l'interruption de grossesse (perceptions et attitudes).

Les résultats de cette étude qualitative ont montré un contexte local de prévalence élevée des violences sexuelles, une vulnérabilité des femmes dans la communauté et le manque de connaissance/utilisation de la contraception et de la planification familiale.

Concernant les facteurs qui entraînent les demandes d'interruption de grossesse, l'intervenante a épinglé les facteurs sociodémographiques (âge, scolarité, statut marital), culturels et familiaux (conserver son attractivité, relation avec le mari, femme allaitante), environnementaux et contextuels (conflit et insécurité, prévalence VS), financiers et économiques (commerce sexuel / sexe transactionnel, pas de moyen pour élever un enfant) et la stigmatisation des victimes de VS.

S'agissant des actes d'avortements non sécurisés ou médicalisés, l'intervenante a décrit les méthodes utilisées et catégorisé les prestataires en trois secteurs parmi lesquels se trouvent les femmes elles-mêmes avec toutes sortes de breuvage ou lavement, les charlatans et les professionnels de santé.

Quant aux attitudes et perceptions envers les avortements provoqués, celles-ci sont différentes dans les trois zones de l'étude (forte opposition et outrage, solution adaptée si considérations légales, attitude mixte), avec trois tendances principales chez les prestataires des soins malgré la déontologie médicale (volontaristes pro avortement mais limités par le cadre légal, pro accouchement mais tolérants vis-à-vis des clientes décidées à avorter, opposants radicaux qui condamnent sur base de la morale et de la religion).

Pour ce qui est du comportement des femmes à l'accès des soins, l'étude a indiqué qu'elles consultent d'abord les guérisseurs traditionnels et viennent tardivement dans les structures de santé, que la stigmatisation représente une barrière pour les victimes de VS et que le personnel de santé souligne la volonté de pouvoir pratiquer IG à l'hôpital car fin de fin l'hôpital répare ce qui a été commencé ailleurs.

Pour conclure, l'intervenante a indiqué que l'étude met en lumière le manque de pouvoir décisionnel de la femme (ou perception) au regard de sa sexualité, les facteurs contribuant au recours à l'avortement, une forte demande pour l'interruption de grossesse dans les 3 zones de l'étude. D'où le besoin de renforcer le dialogue sur ces problématiques sensibles.

- **Processus de plaidoyer pour l'application du Protocole de Maputo** : présenté Dr Timothée LUNGANGA MUKENDI

Intervenant pour le compte de IPAS, Dr Timothée LUNGANGA a présenté le processus de plaidoyer pour l'application du Protocole de Maputo en RDC en focalisant son intervention sur la mise en place du comité de suivi de la mise en œuvre de l'article 14 du PM par le Conseil Supérieur de la Magistrature et le Ministère de la Santé Publique.

Ce comité a été institué officiellement par la décision N° 180/J/D7/SPCSM/2018 du 28 mars 2018 du Président de la Cour Constitutionnelle et Président du Conseil Supérieur de la Magistrature, avec pour missions d'assurer la vulgarisation et le suivi de la mise en exécution effective des dispositions de l'article 14 du Protocole de Maputo au sein du secteur judiciaire et du secteur de la santé.

Parlant des activités du comité de suivi, l'intervenant a relevé l'amélioration du cadre légal et normatif sur l'application de l'article 14 du PM, l'organisation des séances de vulgarisation sur cette disposition et les réunions hebdomadaires pour s'assurer du niveau d'application de l'article 14 au plan sanitaire et au plan judiciaire.

Parmi les résultats obtenus, il a épinglé en ce qui concerne le cadre légal, la publication du Protocole de Maputo et des Observations Générales N°2 au Journal Officiel, la prise de la circulaire du CSM rappelant aux magistrats l'application immédiate de l'art 14 du PM et sa publication au Journal Officiel le rendant opposable à tous et l'amorce du processus d'élaboration des normes SCAC.

En ce qui concerne la vulgarisation, les résultats épinglés ont été l'appropriation de l'art 14 du PM par le CNOM, l'implication des autorités judiciaires sur la mise en exécution de l'art 14, le changement des attitudes d'un grand nombre de magistrats et OPJ opposés à l'avortement, les recommandations formulées par les participants à intégrer dans les normes SCAC et l'identification de plusieurs questions d'ordre médico-légal à clarifier dans les normes SCAC.

En termes de perspectives, l'intervenant a souligné l'importance de continuer la vulgarisation de l'article 14, de conduire une étude retro et prospective sur « l'impact de la vulgarisation de l'article 14 du PM sur l'accès aux soins d'avortements médicalisés et la cessation des poursuites judiciaires » et de procéder à l'élaboration des orientations médico-légales à intégrer dans les normes et directives des SCAC en se basant sur les recommandations formulées lors des ateliers.



A la fin de cette présentation, le modérateur a donné la parole à deux victimes des avortements clandestins pour rendre témoignages des conséquences de cette pratique.

- **Témoignages sur la pratique des avortements clandestins dans la Ville de Kinshasa.**



Le premier témoignage a été d'une dame qui a perdu sa fille unique à la suite d'un avortement clandestin ayant entraîné un saignement fatal. En effet, sa fille a recouru au breuvage mortel après que le médecin ait refusé d'intervenir pour évacuer en sécurité sa grossesse non désirée. La dame a interpellé le gouvernement pour sauver la vie des femmes se trouvant dans des situations semblables. L'accès à l'avortement médical sécurisé sauverait la vie de beaucoup de femmes en RDC.

Le second témoignage est d'une autre dame dont la fille, déjà mère une fois, est tombée encore enceinte à l'âge de 17 ans à la suite d'un

viol. Ayant recouru à un avortement clandestin devant le refus catégorique du médecin de l'aider à avorter en sécurité, la fille est décédée de suite des complications post-abortum. La dame restée seule, sans ressources, avec l'enfant de sa fille décédée, interpelle aussi le gouvernement pour l'application effective des textes juridiques progressistes comme le Protocole de Maputo. En effet, elle trouve que sa fille mineure violée pouvait bénéficier des droits prescrits par cet instrument juridique auquel le pays a adhéré.

Après ces deux témoignages, la série des présentations a continué avec deux intervenants.

- **Dispositions constitutionnelles, légales et réglementaires sur l'avortement et la contraception** : par Le Colonel Magistrat Bienvenu KINGUDI, Avocat Général près la Haute Cour Militaire

Avant de faire sa présentation, l'intervenant a tenu à faire aussi un témoignage concernant l'échec de la contraception au sein d'un couple, un cas que lui-même a vécu et reçu, une femme mariée allaitant tombée grosse. Suite au refus de son mari de procéder à l'avortement, la femme avait décidé d'avorter clandestinement, ce qui l'a amené à la mort, à la veille de cette conférence d'aujourd'hui à Pullman. Il estime que la société dans son ensemble doit prendre son courage pour aborder cette problématique de manière à épargner des vies humaines. Par notre silence, nous tuons, a-t-il dit, alors que dans certains pays du monde on dépénalise l'avortement.

Abordant son exposé, l'intervenant a présenté les dispositions constitutionnelles sur les traités internationaux en relevant que le Protocole de MAPUTO est un traité ou une convention internationale ayant rempli les modalités de confection, les conditions d'opposabilité, celles d'application par les juges et la valeur telles que déterminées par des dispositions constitutionnelles claires (art. 213 alinéa 1, 214, 215, 153 alinéa 3). Il a également évoqué l'article 95 de la Loi Organique n°13/011-B du 11 avril 2013 portant organisation, fonctionnement et compétences des juridictions de l'ordre judiciaire qui stipule que « La Cour de cassation connaît des pourvois pour violation des traités internationaux dûment ratifiés, ».

Il a noté que la consécration de ces précisions dans la Constitution et dans la loi organique précitée a pour finalité de rappeler la tradition moniste de la RDC, d'inviter les magistrats et les auxiliaires de la Justice (Avocats, OPJ et autres) à l'application directe et immédiate des traités internationaux et de leur interdire toute attitude légicentriste.

Parlant des dispositions constitutionnelles et légales sur la contraception et les avortements, l'intervenant a relevé que les droits SSR sont des droits fondamentaux de l'homme. Les dispositions légales en cette matière figurent, éparpillées, dans le Code de la Famille, la loi portant protection de l'enfant, la loi sur les violences sexuelles...Toutefois, elles figurent, pour l'essentiel, dans les articles 165, 166 et 178 al 1 et 2 du Décret du 30 janvier 1940 portant Code Pénal qui répriment les avortements sous toutes les formes, ainsi que tous les moyens de promouvoir et de faire accéder les femmes à la contraception.

Concernant l'incidence de l'article 14 du Protocole de Maputo, l'intervenant a souligné que l'avortement tout en restant interdit en RDC, il est cependant dépénalisé dans certaines conditions de fond reprises dans le protocole et de forme à savoir l'intervention d'un personnel médical qualifié, selon les normes de l'OMS et dans une structure sanitaire agréée par l'Etat.

Quant aux mesures d'application et d'exécution du Protocole de Maputo, il a indiqué que les observations générales n°2 de la CADHP constituent une véritable orientation interprétative de l'article 14 et que la circulaire du Président de la Cour constitutionnelle et Président du Conseil Supérieur de la Magistrature instruit que le Protocole de Maputo a une valeur supérieure à celle du Code Pénal et son application immédiate s'impose.

Pour conclure, l'intervenant a fait un appel à tous pour l'appropriation du problème posé par les GND et les avortements car la criminalisation sans les tempéraments apportés par l'article 14 du Protocole de MAPUTO porte énormément préjudice à la santé et à la vie des femmes, à leur dignité humaine, à leur santé reproductive et à leur droit à l'autodétermination.

Cette présentation a été suivie par une saynète prestée par une troupe théâtrale de la place sur les conséquences de l'avortement clandestin à risque.

- **Saynète les conséquences de l'avortement clandestin à risque**



La saynète relate l'histoire d'une jeune fille tombée enceinte à la suite des relations sexuelles forcées avec un garçon alors qu'elle avait un projet magnifique pour sa vie. Considérant cette situation difficile à supporter mentalement, elle s'est résolue de procéder à un avortement clandestin car ayant rencontré un refus catégorique de la part du médecin. Malheureusement, elle y laisse sa vie. Le message lancé par la fille victime est l'interpellation du gouvernement pour la mise en œuvre de l'article 14 du PM.

Après cette saynète, une dernière intervention a été faite par la Directrice de PNSR.

- **Contribution du PNSR dans l'APPLICATION DE L'ACCORD DE MAPUTO**

Prenant la parole, l'intervenante a d'abord donné la carte postale du PNSR avec sa triple mission relative à la politique nationale en matière des SSR. Elle a ensuite indiqué la contribution du PNSR dans les soins complets d'avortements (SCA), notamment la vulgarisation de normes et directives relatives aux prestations des services de PF, la disponibilisation d'une gamme complète de méthodes contraceptives, l'élaboration du Module SAA, l'intégration de la thématique dans le paquet SONU et le renforcement des capacités des prestataires à tous les niveaux.

Concernant la mise en œuvre du Protocole de Maputo, l'intervenante a souligné que le PNSR s'aligne sur l'application intégrale de l'article 14. Pour cela, une feuille de route d'accélération du processus est mise en place.

Cette présentation a clôturé la série des interventions de la journée et donné lieu à des échanges fructueux entre participants.

▪ **Echanges**

Dans le cadre des échanges, quelques recommandations ont été formulées par les participants en plus des questions posées et des suggestions faites.

1. RECOMMANDATIONS

Les participants ont recommandé:

- l'organisation d'une table ronde des différents provinces sur les SCA /GND ;
- la réalisation des études d'envergure nationale en s'inspirant des expériences des autres pays ;
- la multiplication des activités de vulgarisation du Protocole de Maputo sur terrain ;
- la mise en place des mécanismes pour que la jeunesse soit informée sur le Protocole de Maputo ;
- la sensibilisation de la population(en collaboration avec les ONGs actives) jusqu'aux coins profonds du pays sur le droit des femmes d'accéder aux soins après avortement ;
- l'amélioration de la qualité des soins par l'acquisition des équipements et fournitures nécessaires ;
- l'élaboration et la diffusion à grande échelle par le Ministère de la Santé de nouveaux standards et lignes directives traduisant l'élargissement de l'accès légal à l'avortement, prévu selon le PM ;
- le rejet de l'hypocrisie par le gouvernement et les prestataires des soins pour sauver la vie des femmes.

2. QUESTIONS

Les participants ont posé les questions auxquelles les intervenants ont donné des réponses comme indiquées ci-dessous:

- Question 1

Droit à la vie et droit à l'avortement, duel ou duo ? Comment associer les deux, la vie de la maman et celle du fœtus ?

- Réponse

Les intervenants ont souligné que le Protocole de Maputo est un instrument juridique qui prescrit les droits des femmes. A ce titre, il protège le droit à la vie pour la femme enceinte qui se trouverait dans les conditions reprises à l'article 14 (2) (c). C'est à la femme de faire un libre choix pour jouir des droits ainsi prescrits par le Protocole de Maputo. C'est à elle justement de décider s'il faut exercer son droit à l'avortement pour garder sa vie ou sa dignité selon le cas en présence.

Le PM garantit également la santé de la femme dans les cas où celle-ci veut garder sa grossesse. En effet, l'article 14 (2) (b) demande aux États de prendre des mesures appropriées pour fournir aux femmes des services pré et post-natals et nutritionnels pendant la grossesse et la période d'allaitement et améliorer les services existants.



- Question 2

Comment le législateur définit la santé mentale et comment le médecin s'y prend-il ?

- Réponse

A cette question, les intervenants ont répondu que la santé mentale est bien développée dans les observations générales n°2 sur le Protocole de Maputo. Le médecin est tenu à s'y conformer. D'ailleurs, c'est tout cela qui sera réglé par les normes et directives à élaborer par le Ministère de la Santé Publique pour l'application de l'article 14 du PM.

- Question 3

Quel est le sort des médecins incarcérés pour avoir commis l'avortement que le PM défend aujourd'hui ?

- Réponse

A ce sujet, les intervenants disent ne pas connaître des médecins incarcérés à cause de l'avortement, mais pensent qu'il est toujours mieux de signaler ces cas s'ils existent. Cependant, il faut retenir que le PM a créé un droit subjectif. Par conséquent, toute personne, qui se sent victime de la violation d'une disposition du Protocole de MAPUTO, dispose du droit de saisir, à condition d'avoir épuisé les voies de recours que prévoit le droit interne, la Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples.

- Question 4

- Qu'en est-il des statistiques des avortements faites dans la communauté? Pourquoi les études n'ont-elles pas donné les statistiques des avortements au plan global ?

- Réponse

Des chiffres avancés sont des estimations à la suite des enquêtes menées dans l'un ou l'autre espace géographique donné, il y a cependant difficulté car nous avons à traiter d'un phénomène clandestin. Par ailleurs, il se pose un problème de coût financier pour mener les études quantitatives à portée nationale. Le coût seul de l'étude Guttmacher de Kinshasa, c'est le double de celle de l'Ouganda.

- Question 5

- En aucun cas, le libre choix de la victime n'est signalé. Quelle serait la situation de la femme qui ne se retrouve pas dans les conditions d'avortements autorisées par le PM ?

- Réponse

On ne peut pas dire que le libre choix de la femme n'est pas engagé. Dans les conditions d'avortements autorisées par le PM, c'est elle qui a la décision d'utiliser ce droit ou pas selon sa situation personnelle. Quant à celle qui ne se retrouve pas dans les conditions d'avortements autorisées par le PM, elle n'a pas de choix, car l'avortement n'est pas totalement dépenalisé en RDC.



- Question 6

- Existe-t-il la prise en charge psychosociale des femmes qui avortent ?

- Réponse

Bien sûr qu'il existe une prise en charge post-abortum dans tous ses aspects y compris au plan psychosocial. Il faut approcher le ministère de la santé pour en savoir plus auprès des programmes spécialisés (PNSR/PNSA).

- Question 7

- Quelle approche pour les personnes vulnérables (filles de la rue) ?

- Réponse

Pour les enfants de la rue, il y a des ONG qui les accompagnent et il y a un plan d'action en étude pour cela.

- Question 8

- Quel sort est réservé aux femmes avec handicap ?

- Réponse

Les femmes avec handicap sont aussi concernées par la disposition 14.

3. Suggestion

Les participants ont suggéré Mettre que les présentations des intervenants soient mises à leur disposition via internet.

Après ces échanges et la synthèse de la journée par le modérateur, est intervenu le mot de clôture de Son Excellence Madame la Ministre du Genre, Enfant et Famille, lu par Mme Adrienne BINUANA, Secrétaire Générale du Ministère.

- Mot de clôture de Son Excellence Madame la Ministre du Genre

Prenant la parole, Madame la SG du Ministère du Genre, représentant Son Excellence Madame la Ministre du Genre, empêchée, a remercié au nom de la Ministre, les participants et participantes pour avoir répondu massivement à l'invitation et pour avoir donné leurs meilleures contributions tout au long de la journée. Son constat est que la conférence se termine sur une note satisfaisante concernant l'accès des femmes et des jeunes filles aux soins complets de santé de la reproduction, car le cadre légal national a évolué avec la publication du Protocole de Maputo au Journal Officiel, qui de ce fait est devenu opposable à tous et supérieur aux lois internes.

Cependant, elle a estimé important de retenir qu'en RDC, l'avortement demeure interdit sauf désormais pour les situations retenues par ce texte juridique africain, à savoir 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.

Tous les autres cas, sans préjudices de l'application du code de déontologie médicale, sont considérés comme des faits infractionnels et punis conformément au code pénal congolais.

Au cours de cette conférence, a-t-elle ajouté, notre meilleure attention a été retenue, particulièrement par les défis à relever pour permettre aux femmes et aux jeunes filles d'accéder facilement aux soins de santé sexuelle et reproductive de qualité, conformément à l'article 14 du Protocole de Maputo.



A ce sujet, l'élaboration des normes et des directives s'est avéré une tâche importante pour éviter tout libertinage dans ce domaine très sensible. Il en est de même de la formation des prestataires des services des soins et l'équipement conséquent des formations médicales publiques.

Considérant que l'accès à un avortement médicalisé ne peut être pris pour un moyen contraceptif, elle a souligné que depuis quelques années, le Gouvernement de la RDC a reconsidéré la planification familiale comme une priorité en matière de santé de la reproduction. En effet, la contraception est un moyen utilisé pour empêcher la survenue d'une grossesse lorsque l'on ne désire pas avoir un enfant pendant une période donnée. Pour cela, il existe plusieurs méthodes contraceptives. Elles sont prescrites par les personnes habilitées dans les centres de planification familiale et concernent aussi bien les hommes que les femmes.

Pour la Ministre, c'est la clé que le Gouvernement de la République s'est résolu d'utiliser pour réduire le taux de mortalité maternelle élevée dans notre pays. Mais, il est évident que l'évolution du cadre légal contribuera également à cet objectif, surtout si toute la démarche peut être confirmée par les études socio anthropologiques sur la question.

Ayant félicité la coalition pour l'initiative et remercié les partenaires pour leur appui, elle a émis le vœu de voir la prochaine conférence tableur sur l'efficacité des mesures qui seraient prises en termes des normes et directives pour faciliter l'accès des femmes et jeunes filles à l'avortement médicalisé, conformément à l'article 14 du Protocole de Maputo.

Débutée à 9h50', l'activité a pris fin à 14h07', après l'hymne national.