

Le changement politique en faveur des droits de la femme : LE CAS DE LA DOMESTICATION DU PROTOCOLE DE MAPUTO EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Introduction

Les femmes vivant en Afrique sub-saharienne sont les plus à risque au monde de se confronter à une grossesse non désirée qui se termine par un avortement non sécurisé. En 2019, 92 % des femmes en âge de procréer habitaient 43 des pays de la sous-région où l'accès à l'avortement est restreint ou pénalisé. Or cela ne contribue pas à réduire le nombre d'avortements mais à les rendre clandestins et moins sûrs. On estime que 6,2 millions d'avortements non sécurisés sont pratiqués en Afrique sub-saharienne chaque année, soit 77 % de l'ensemble des avortements pratiqués dans la sous-région.¹

Le seul instrument juridique du continent Africain traitant du droit à l'avortement sécurisé est le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, connu sous le nom du Protocole de Maputo, du nom de la capitale Mozambicaine où il a été adopté par la

Commission africaine des droits de l'homme et des peuples en 2003. Bien que bon nombre de pays de la sous-région aient ratifié le Protocole, en 2020 seuls sept pays ont poursuivi une réforme pour harmoniser leurs lois et intégrer les dispositions du Protocole de Maputo.²

En 2018, la République démocratique du Congo (RDC) a publié le Protocole de Maputo dans le Journal officiel, le faisant ainsi primer sur les lois nationales. Avec d'autres actions comme la publication d'une circulaire garantissant l'accès à l'avortement conformément aux prescriptions du Protocole de Maputo et la validation en 2020 des Normes et Directives progressives pour la vulgarisation du Protocole, la RDC est devenue le premier pays d'Afrique francophone à avoir élargi les conditions d'accès à l'avortement à grande échelle pour sa population. Ce changement politique représente une étape décisive dans l'amélioration des droits sexuels et

reproductifs pour les millions de femmes vivant en RDC. Au-delà, il constitue aussi un exemple de changement politique et de collaboration entre la société civile, les acteurs étatiques, les organisations internationales et les défenseurs des droits en faveur d'un changement positif, avec d'énormes implications pour la santé, les droits et le développement de la population congolaise.

Après un travail de plaidoyer de longue haleine sur plus de 10 ans, dans le contexte de défis considérables et face à une opposition constante, les acteurs locaux de la RDC ont réalisé d'importantes avancées dans l'amélioration des droits et de l'accès à la santé pour les femmes et filles du pays. Ce chemin de plaidoyer peut servir d'exemple aux autres acteurs de la région confrontés à des défis ou éléments contextuels similaires. Le cas de la RDC présente un précédent récent qui n'a pas encore été documenté de façon exhaustive à des fins didactiques pour favoriser le changement politique. Les exemples documentés de changements politiques dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive sont particulièrement rares dans la région d'Afrique centrale ou d'Afrique francophone. Cette étude de cas retrace le processus de la domestication du Protocole de Maputo en RDC afin de mettre en exergue les éléments qui ont contribué à ce changement et documenter le processus de changement politique et afin de servir de guide aux autres pays souhaitant suivre les pas de la RDC.

I. Cadre de référence

Le cadre utilisé comme référence dans cette étude de cas est celui de Jeremy Shiffman, chercheur en sciences politiques qui, en 2013, a estimé qu'il existait des éléments systématiques, qui concourent à attirer l'attention et les ressources des décideurs politiques sur certains problèmes de santé publique contrairement à d'autres.³ Jeremy Shiffman cite neuf facteurs qu'il regroupe en trois catégories.

La première catégorie est celles des **mécanismes des organisations internationales** qui comprennent la promotion de normes par des acteurs internationaux et la provision de ressources (financières, appui technique, autres).

La seconde catégorie, désignée **plaidoyer par des acteurs nationaux**, englobe :

- la cohésion de la communauté politique que sont les réseaux d'acteurs de la société civile, les associations professionnelles, les organisations non-gouvernementales (ONG), les organismes gouvernementaux poursuivant un but commun ;
- la présence d'entrepreneurs politiques tels que des individus influents dans la sphère politique ;
- des indicateurs crédibles et des données probantes pour démontrer l'étendue du problème et motiver l'action ;
- des événements de focus (événements ou occurrences à grande échelle qui peuvent mettre un coup de projecteur sur la question – conférences, découvertes, crises) ;
- des alternatives politiques telles que des propositions claires, réalisables, et axées sur l'action pour les décideurs politiques.

Enfin, la troisième et dernière catégorie, celle de **l'environnement politique national**, est composée quant à elle des transitions politiques (changements majeurs dans l'écosystème politique qui peuvent motiver des changements de priorités du gouvernement) et de la concurrence entre priorités en cas de présence d'autres priorités du gouvernement dans le même domaine.

La combinaison de ces trois catégories (influence internationale, plaidoyer par les acteurs nationaux et environnement politique national) ouvre une fenêtre d'opportunité pour engager le changement politique. Ces éléments permettent de mobiliser l'attention au moment même où la communauté politique est engagée et organisée, armée de messages pertinents

et de recommandations réalisables basées sur des données probantes crédibles permettant de favoriser le changement politique. La confluence de ces caractéristiques au moment opportun favorise un environnement propice au changement politique.

Cette étude de cas démontre comment ces éléments sont plus ou moins présents dans le processus de domestication du Protocole de Maputo en RDC et ont été déterminants pour atteindre l'objectif du plaidoyer, à savoir rendre effectif l'avortement sécurisé pour les nombreuses femmes et filles qui y ont recours.

II. Contexte

La RDC est un pays immense qui partage ses frontières avec le Rwanda, le Burundi, l'Ouganda, la Tanzanie, le Congo-Brazzaville, la République Centrafricaine, l'Angola, la Zambie et le Soudan du Sud.

La population de la RDC est nombreuse, jeune et en forte croissance. Elle est estimée en 2021 à 92,5 millions d'habitants, faisant ainsi de la RDC le 4^e pays le plus peuplé d'Afrique avec un taux de croissance estimé à 12,9 % entre 2021 et 2050.⁴ Son taux de fécondité est également l'un des plus élevés au monde avec 6,2 naissances par femme et les femmes âgées de 15 à 19 ans ayant enregistré 16 % de toutes les naissances en 2020.⁵

Cette forte fécondité est associée à une faible prévalence contraceptive ainsi qu'à un taux élevé de violences sexuelles et un faible accès aux services et à des informations fiables sur la santé sexuelle et reproductive. En 2021, seulement 18 % de femmes mariées en âge de procréer utilisaient des méthodes modernes de contraception et 69 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer avaient des besoins non satisfaits en matière de contraception.⁶ Par conséquent, beaucoup de femmes et de filles sont à risque d'une grossesse non planifiée.

De plus, les violences sexuelles sont utilisées comme arme de guerre depuis près de 20 ans en RDC. À l'Est du pays par exemple, 40 % des femmes rapportent avoir subi une forme de violence sexuelle perpétrée en majorité par des combattants des différentes parties, y compris de l'armée régulière.⁷ En outre, 17 % de survivantes de viols rapportent une grossesse non désirée résultant du viol.⁸

La mortalité maternelle en RDC figure parmi les plus élevées au monde. Elle est estimée à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes selon la dernière Enquête Démographique et de Santé du pays en 2014.⁹ Parmi les facteurs contribuant à la mortalité maternelle, l'avortement non sécurisé représente un facteur majeur, qui contribue à hauteur de 9 % aux décès maternels en Afrique sub-saharienne.¹⁰

En l'absence d'études nationales montrant l'incidence des avortements, des études partielles et des observations à partir des soins après avortement dans les cliniques sont extrapolées pour comprendre l'ampleur des avortements en RDC et leur contribution à la mortalité maternelle. Une étude en 2017 estime à 56 le nombre d'avortements pour 1 000 femmes en 2016 à Kinshasa, la capitale de la RDC, un taux bien plus élevé que celui du reste de l'Afrique centrale (estimé à 35 avortements pour 1 000 femmes).¹¹

Après plus d'une décennie de guerre civile et de troubles politiques majeurs qui ont eu des conséquences dramatiques sur le système de santé et ont fait reculer les efforts en matière de planification familiale, un regain d'intérêt concernant notamment la réduction de la mortalité maternelle a été observé. En tant que pays aspirant à l'émergence, la RDC a hissé la réduction de la mortalité maternelle et l'augmentation du recours à la contraception au rang des questions prioritaires afin de réduire le taux de fécondité et favoriser la transition démographique.

Pourtant, avant 2018, le cadre légal de la RDC était contradictoire en matière d'accès à la santé sexuelle et reproductive, et particulièrement en matière d'accès à l'avortement. Bien que le pays ait signé et ratifié le Protocole de Maputo en 2008, il n'a pas pu être transposé de façon effective dans le droit national. D'autres textes datant de la période coloniale belge pénalisaient l'avortement. En effet, le code pénal congolais interdit l'avortement sous toutes ses formes.¹² Le code de déontologie médicale prévoit une possibilité pour les avortements thérapeutiques, laissée sous certaines conditions, à l'appréciation du médecin.¹³ Pourtant, même dans ce deuxième cas, il est impossible d'en assurer la nature puisque les conditions décrites par la loi sont si contraignantes qu'il est difficile de les réaliser dans les plus brefs délais sans mettre la vie de la mère en danger. Pour clarifier le cadre légal et rendre accessibles les soins complets de santé reproductive, un travail de plaidoyer visant à formaliser et clarifier le statut de l'avortement en RDC s'est avéré nécessaire.

Depuis 15 ans, la RDC réalise des avancées notables/déploie des efforts considérables pour améliorer l'accès à la santé sexuelle et reproductive, en investissant dans la planification familiale et en libéralisant son cadre légal, notamment avec la publication officielle du Protocole de Maputo en 2018. L'article 14 du Protocole de Maputo garantit « les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ».¹⁴ La publication du Protocole dans le Journal officiel rend le texte supérieur aux lois du pays, légalisant l'accès à l'avortement sous les conditions décrites dans le Protocole.

Cette étude de cas a pour objectif de documenter le processus de domestication du Protocole de Maputo en RDC, afin de saisir comment les neuf

éléments systématiques identifiés par Jeremy Shiffman ont pu contribuer à ce changement politique en RDC.

À terme, cette étude de cas pourrait servir de modèle aux pays qui aspirent également à rendre effectif l'accès à l'avortement sécurisé aux femmes et aux filles, ou faire office de ressource pour des chercheurs et défenseurs dans tout autre domaine connexe.

III. Méthodologie

La réalisation de cette étude de cas a mobilisé diverses sources documentaires. Il s'agit en premier d'une revue des travaux de recherche publiés et des rapports produits par des institutions nationales et internationales, y compris des lois, politiques, directives et engagements nationaux. La revue documentaire a permis de disposer des premiers éléments de contexte sur le pays afin d'éclairer les entretiens.

Nous avons ensuite conduit des entretiens avec 10 personnes ressources, parmi lesquelles des responsables du ministère de la Santé publique et du ministère du Genre, Famille et Enfant, des membres du Comité de Suivi de la mise en œuvre du Protocole de Maputo ainsi que des défenseurs de l'avortement sécurisé en RDC. Ces entretiens ont permis de recueillir l'expérience des acteurs clés du processus et des documents pertinents permettant d'approfondir l'analyse du processus de domestication du Protocole de Maputo.

Enfin, nous avons conduit un atelier virtuel de discussion avec un groupe de personnalités de la société civile, du gouvernement, des organisations internationales et des chercheurs ayant œuvrées à rendre l'avortement sécurisé disponible en RDC. Cet échange a permis de vérifier et confirmer les informations recueillies tout au long de cette étude.

IV. La domestication du Protocole de Maputo en RDC appliquée au cadre de Shiffman pour le changement de politique de santé

— A. Réformes en matière de santé sexuelle et reproductive et ratification sans réserve du Protocole de Maputo

Des transitions politiques, ainsi que l'influence des parties prenantes internationales promouvant l'adhésion aux normes des droits de l'homme et mettant l'emphase sur le développement à travers la réduction de la mortalité maternelle ont créé des conditions favorables à une mobilisation autour des droits à la santé sexuelle et reproductive en RDC au début des années 2000.

En effet, en 2003, la RDC sort péniblement de près de 20 ans de conflits et forme un gouvernement d'union nationale chargé de l'établissement d'une transition démocratique dans le pays. Cette période de transition est caractérisée par un retour progressif à la légitimité avec les préparations des premières élections libres, démocratiques et transparentes, et la reprise des relations avec les bailleurs de fonds internationaux perdus à la suite de plusieurs décennies d'instabilité politique. Pendant cette période, le gouvernement est aussi très engagé à l'international avec une reprise de coopérations internationales, bilatérales et multilatérales.

Entre 2003 et 2013, le pays s'engage sur la voie de réformes législatives internes. Parmi celles-ci, il convient de citer l'adoption d'une nouvelle constitution en 2005 qui introduit une innovation de taille en formalisant la parité homme-femme et les deux lois de lutte contre les violences sexuelles, longtemps utilisées comme arme de guerre pendant les décennies de conflits armés en RDC. Selon le Dr Jean-Claude Mulunda, Directeur pays de l'organisation internationale

Ipas, « le pays était classé, au début des années 2000, parmi les pays qui contribuaient énormément aux chiffres des violences faites aux femmes, avec notamment des viols utilisés comme arme de guerre. Pour rendre justice à ces femmes, le gouvernement congolais de l'époque devait prendre un certain nombre de dispositions, montrer qu'il était du côté de la femme, pas du côté des agresseurs. En adhérant à certaines conventions internationales et même en interne, en portant des lois comme le gouvernement l'a fait avec les lois sur les violences sexuelles, il montrait une position claire. »¹⁵

Le gouvernement met en œuvre plusieurs initiatives pour atteindre l'objectif du millénaire pour le développement (OMD) numéro cinq, lié à la santé maternelle, afin de réduire la mortalité maternelle à 322 décès pour 100 000 avant 2015. La santé de la reproduction est au cœur du programme avec une politique nationale qui déroule neuf composantes, parmi lesquelles la planification familiale ainsi que la prévention et la prise en charge des complications liées à l'avortement non sécurisé.

En 2006, le gouvernement reçoit mandat du parlement d'adhérer au Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, plus connu sous le nom de Protocole de Maputo. En 2008, cette adhésion est effective et sans aucune réserve, malgré une forte opposition conduite par l'Église catholique entre autres.¹⁶

Après la ratification du Protocole de Maputo, la RDC, avec l'appui de la communauté internationale, s'investit dans l'accès à la planification familiale sur la base des résultats des premières Enquêtes Démographiques et de Santé menées en 2009 et 2014, faisant état d'une mortalité maternelle extrêmement élevée. Le plan stratégique national à vision multisectorielle de la planification familiale (2014 - 2020) est créé. Par ailleurs, le pays rejoint en 2013 le FP2020, un partenariat mondial visant à autonomiser les femmes et les filles en investissant dans la

planification familiale fondée sur les droits. Le budget consacré à la santé passe de fait de 5,8 % en 2012 à 9 % en 2016 et une allocation spécifique pour l'achat de contraceptifs dans le budget interne du gouvernement est inclus dans le document de mise en œuvre du plan stratégique.¹⁷

— B. La loi-cadre de 2018 sur la santé de la reproduction : les progrès en matière d'avortement bloqués

Malgré le fait que la RDC ait signé et ratifié le Protocole de Maputo en 2008 et que la politique nationale sur la santé de la reproduction reprenne la prévention et prise en charge des complications de l'avortement parmi ses composantes, la question de l'accès à l'avortement sécurisé est négligée dans les discussions en rapport avec la mortalité maternelle.¹⁸ Le manque de données fiables pour déterminer l'ampleur des avortements et leur contribution à la mortalité maternelle, ainsi que la focalisation sur la planification familiale comme priorité prédominante ont contribué à ralentir les progrès vers le changement politique en matière d'avortement.

À partir de 2014, quelques organisations nationales et leurs partenaires internationaux réfléchissent à mettre en place une coalition pour repositionner la question des avortements dans les différentes stratégies de réduction de la mortalité maternelle. La Coalition de Lutte Contre les Grossesses Non Désirées (CGND) est formée en 2016 avec l'appui financier et technique de partenaires internationaux tels que Pathfinder International, Médecins du Monde-France, International Rescue Committee (IRC) et CARE International pour consolider et créer une synergie entre les acteurs de la société civile du pays. Cette coalition s'est fixée comme objectif de plaider pour l'intégration du Protocole de Maputo dans les lois du pays. Tel que souligné par Huguette Sakina Kasongo, membre de la coalition, « dans le cadre de la coalition CGND, nous avons organisé des formations pour clarifier nos valeurs concernant les avortements

sécurisés, développé des argumentaires pour répondre aux considérations socio-culturelles, législatives et de santé publique et nous avons élaboré un plan stratégique de plaidoyer pour parvenir à cette fin. »¹⁹

L'année précédente, en 2015, une proposition de loi sur la santé reproductive avait été élaborée avec le soutien des députés nationaux sensibles aux questions de santé. Ce projet de loi sera finalement versé dans un travail unique de proposition d'une loi de santé publique ayant pour ambition d'actualiser des dispositions réglementaires très anciennes et éparses qui régissent le domaine de la santé.²⁰ Cette réforme légale est aussi l'opportunité de lever les restrictions autour de l'avortement sécurisé. La CGND et d'autres partenaires tels que Ipas s'y engagent pour promouvoir l'inclusion des dispositions du Protocole de Maputo. Ces dispositions très controversées ne recevront pas beaucoup de soutien de la part des alliés du parlement, dans une période électorale déjà très tendue par les troubles autour d'un possible amendement illégal de la constitution en faveur du président sortant.

En 2018, lorsque la loi sur la santé publique est portée sans les dispositions du Protocole de Maputo permettant d'ouvrir l'accès à l'avortement sécurisé aux femmes et aux filles, les activistes réunis au sein de la CGND ainsi que d'autres coalitions à travers le pays comme la Coalition 14, dans l'Est du pays, décident d'opter pour une autre stratégie de plaidoyer. À la lumière des données réunies par les différents rapports produits, par le ministère de la Santé publique et par différents partenaires de mise en œuvre, notamment une analyse réalisée par des juristes constitutionnels, les activistes décident de privilégier un plaidoyer en faveur de la publication du Protocole de Maputo au Journal officiel, permettant ainsi à la RDC de rompre avec les dispositions contradictoires du code pénal, et de renouer avec ses engagements internationaux et priorités définies par le gouvernement.²¹

— C. Un changement de stratégie : faire du Protocole de Maputo un levier de changement de politique nationale

Des éléments du cadre de Shiffman dans le plaidoyer national tels que la cohésion de la communauté politique favorisée par la CGND en collaboration avec des organisations internationales et la non-inclusion de l'avortement dans la loi sur la santé sexuelle et reproductive ont joué un rôle important dans la décision d'orienter la lutte sur la publication du Protocole de Maputo dans le Journal officiel, ne ciblant ainsi plus le parlement mais les fonctionnaires chargés de la publication dans le Journal officiel. En outre, la publication d'études faisant état de l'incidence nationale de l'avortement non sécurisé a contribué à fournir des indicateurs crédibles pour donner du poids au plaidoyer.

Alors que la société civile s'attelait à atteindre l'objectif de l'inclusion des dispositions de l'article 14 du Protocole de Maputo dans la loi nationale sur la santé sexuelle et reproductive, des partenaires internationaux, y compris Pathfinder International, ont commandé la réalisation d'une analyse par des juristes constitutionnels. Dans le même temps, un nouvel acteur international spécialisé dans l'accès à l'avortement sécurisé, Ipas, a ouvert un bureau et commencé à déployer ses activités en RDC et à fournir un appui technique et financier au gouvernement et à la coalition, offrant ainsi sa contribution à l'analyse constitutionnelle. Cette analyse montre que la RDC est un pays appartenant au système moniste et qu'en tant que tel, sa constitution reconnaît tout traité international dûment signé, ratifié et publié dans le Journal officiel comme supérieur aux lois nationales. Cette analyse a montré qu'au lieu d'essayer de convaincre 251 parlementaires (le nombre nécessaire à l'adoption de la loi), la société civile gagnerait stratégiquement à se tourner vers l'objectif d'une publication au Journal officiel, n'ayant ainsi plus qu'à convaincre les quelques personnes chargées

de cette publication.²² Face à la non prise en considération des dispositions de l'article 14 du Protocole dans la loi sur la santé publique, les défenseurs de l'avortement sécurisé tels qu'AFIA MAMA, Si Jeunesse Savait (SJS), l'Association pour le Bien-être Familial – Naissance Désirable (ABEF-ND), le Cadre de concertation de la femme congolaise (CAFCO), se sont mobilisés et ont décidé de changer de stratégie.

Des études et recherches sont financées par différents organismes gouvernementaux et non gouvernementaux engagés dans cette lutte pour l'accès effectif des femmes congolaises à l'avortement sécurisé. Parmi ces recherches, on note celle du ministère de la Santé publique élaborée en 2017, sur base des données cliniques disponibles. Cette recherche portant sur l'état des lieux des services de contraception et d'avortement a montré le résultat inattendu que près d'un quart (24,2 %) des formations sanitaires interviewées à travers le pays déclaraient pratiquer des interruptions volontaires de grossesse (incluant les avortements thérapeutiques).²³ Une deuxième recherche menée en 2016, fruit de la collaboration entre le Guttmacher Institute et l'École de santé publique de l'Université de Kinshasa, sur les grossesses précoces et les avortements, dans la capitale Kinshasa, a estimé le taux d'avortements à 56 pour 1 000 femmes en âge de procréer en 2016, révélant ainsi une pratique très fréquente dans la capitale. Ces deux recherches fournissent une base factuelle permettant de soutenir le plaidoyer en faveur de la publication du Protocole.²⁴

Le Journal officiel est un service qui est lié directement au bureau du Président de la République, sous l'autorité du Conseil supérieur de la Magistrature ou de la Cour constitutionnelle. Une analyse entreprise par Ipas a montré que la Cour constitutionnelle pourrait servir de point d'entrée pour le plaidoyer et la sensibilisation de la Présidence à la publication du Protocole. Pendant trois mois, Ipas a organisé, en collaboration avec le

ministère de la Santé publique, des séances de clarifications des valeurs pour former des champions au sein de la Cour constitutionnelle en mesure d'exercer à leur tour leur influence auprès de la Présidence afin de faire avancer la publication du Protocole de Maputo.

Selon le Dr Franck Akamba, défenseur de l'avortement sécurisé au sein de la CGND, « la constitution d'une cellule technique constituée de magistrats, de professionnels de santé issus du Secrétariat général de la santé, de professionnels des médias et d'organisations de la société civile pour appuyer l'application du Protocole de Maputo a représenté une étape déterminante. »²⁵

Des recommandations formulées lors des différentes rencontres ont été prises en considération, notamment celles de l'atelier des juristes et haut-magistrats ayant proposé comme stratégie juridique de saisir la Cour constitutionnelle pour une requête de confirmation de la constitutionnalité du Protocole de Maputo. C'est aussi à la suite de l'une de ces recommandations que le Comité de Suivi de la mise en œuvre du Protocole de Maputo composé de haut-magistrats et de représentants du ministère de la Santé publique a été créé.²⁶

— D. Publication du Protocole de Maputo au Journal officiel

Une fois l'avis favorable de la Cour constitutionnelle obtenu à la fin de l'année 2017, il n'y avait plus d'obstacles pour que le Conseil supérieur de la Magistrature prenne contact avec le Journal officiel. En démontrant que le Protocole avait déjà été ratifié par le Chef de l'État, et en demandant un avis des juges de la Cour constitutionnelle pour montrer qu'il n'y avait aucune raison constitutionnelle pour bloquer la publication, les champions formés au sein du ministère de la Santé publique et de la Cour constitutionnelle ont obtenu l'autorisation de publier le Protocole. Finalement, le Protocole de Maputo est publié dans le Journal officiel le 14 mars 2018, le rendant supérieur aux lois congolaises.²⁷

À la suite de la publication, le Comité de suivi de la mise en œuvre du Protocole de Maputo a également émis, le mois suivant, une circulaire adressée aux présidents des cours et tribunaux de la RDC pour leur demander l'application immédiate du Protocole de Maputo sans attendre la révision des lois interdisant auparavant l'avortement en RDC.²⁸ Cette circulaire représentait une mesure importante de légalité, protégeant et clarifiant les droits des prestataires de soins et des femmes nécessitant avoir recours aux services d'avortement sécurisé.

La circulaire rappelait aux juridictions et offices des parquets civils et militaires le droit des femmes victimes de viols, d'agressions sexuelles, d'inceste et de celles dont les grossesses mettent en danger leur santé mentale et physique ou leur vie ou celle du fœtus, de recourir librement aux services d'avortement médicalisé. Elle rappelait également que les formations sanitaires publiques, privées et confessionnelles avaient l'obligation, sans tergiversation, d'offrir des services d'avortement médicalisé à ces femmes.²⁹ En l'absence d'une large diffusion et vulgarisation du Protocole par le ministère de la Santé publique, la circulaire servait à informer les juridictions de l'entrée en vigueur du Protocole de Maputo comme instrument juridique national, et que les tribunaux ne pourraient plus arrêter ou pénaliser les femmes ayant recours à un avortement selon ses dispositions. Dans le même temps, le ministère de la Santé publique se voyait ainsi poussé à prendre toutes les mesures nécessaires pour rendre accessibles les services d'avortement sécurisé dans le pays.

Toutefois, le chemin ne devait pas s'arrêter là. Pour appliquer le Protocole de Maputo et le rendre effectif, le ministère de la Santé publique devait élaborer des normes et directives afin de permettre aux prestataires d'accéder à un cadre référentiel de ces soins. En effet, même si le Protocole de Maputo autorisait les avortements sécurisés, la pratique de l'avortement sécurisé devait se faire selon des normes alors encore inexistantes. Par conséquent, le ministère de la

Santé publique devait prendre toutes les mesures nécessaires pour que les soins d'avortement pratiqués dans le pays soient sécurisés et éviter qu'ils figurent parmi les causes de mortalité ou morbidité des femmes ayant recours aux services. La lettre d'information au Secrétaire Général de la santé a permis de lancer les travaux de l'élaboration de normes et de directives relatives aux soins complets d'avortement.

— E. De la publication à la mise en œuvre : élaboration de normes et directives

Après 10 années de plaidoyer pour la publication du Protocole de Maputo, la communauté activiste craignait de devoir parcourir encore un long chemin avant de parvenir à l'élaboration de normes et de directives pour guider la mise en œuvre du Protocole. En effet, la nécessité de continuer la vulgarisation du Protocole de Maputo entamée par la société civile s'est également fait sentir. Pour cela, le ministère du Genre, Famille et Enfant a représenté un allié de taille. Après plusieurs années de patronage de la célébration de la Journée mondiale pour la dépénalisation de l'avortement, il a lancé, en juillet 2018, une campagne de vulgarisation du Protocole de Maputo à l'échelle du pays. Par ailleurs, une fois la publication effectuée, la Cour constitutionnelle a écrit au ministère de la Santé publique pour lui demander d'élaborer des normes et directives, conformément à la responsabilité constitutionnelle qui lui incombe d'appliquer le Protocole, en prenant pour modèle le guide de l'Organisation mondiale de la Santé pour les soins complets d'avortement. Avec l'appui technique et financier d'Ipas et d'autres partenaires internationaux et nationaux, le ministère de la Santé publique a élaboré les « Normes et directives des soins complets d'avortement centrés sur la femme en RDC », qui ont été validées par son comité d'éthique et adoptées en décembre 2020, à peine deux ans après la publication du Protocole de Maputo.³⁰

— F. Prochaines étapes : harmonisation juridique, sensibilisation de la communauté, disponibilité des services et collecte de données

La publication du Protocole de Maputo et la validation des normes et directives sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme rendent effectif l'accès aux soins complets d'avortement pour les femmes et filles en RDC. Cependant, il reste toujours à harmoniser les lois nationales, y compris le code pénal et le code de déontologie médical, avec les textes du Protocole pour assurer une clarté et une harmonisation du cadre légal. Il reste également à se concentrer sur la diffusion de la connaissance de la loi et le travail de déstigmatisation de l'avortement à tous niveaux de la société, par l'engagement des autorités et des communautés. Pour rendre cela effectif, le ministère du Genre, Famille et Enfant, le ministère de la Santé publique ainsi que la Coalition de lutte contre les grossesses non désirées ont chacun une feuille de route.

À l'échelle d'un aussi grand pays que la RDC, cette dernière étape demande plus de ressources pour poursuivre le mouvement en faveur de l'accès aux services à travers le pays. Des outils de prestations de service, des manuels de formation et des outils de collecte de données sont en cours d'élaboration par le ministère de la Santé publique. Ce dernier organisera, une fois validés, les renforcements des capacités des prestataires de soins et leur répartition dans les différentes zones de santé du pays. Les outils de collecte de données cliniques tels que le DHIS2 au niveau mondial et le système national d'informations sanitaires (SNIS) qui intègrent déjà les données liées aux soins après avortements doivent s'élargir pour collecter les données liées aux soins complets d'avortement.

En outre l'installation de cellules spécialisées dans les différents tribunaux visant à rechercher les accusations en lien avec les avortements est également prévue dans le plan d'action du comité de suivi de la mise en œuvre du Protocole de Maputo.³¹

Tableau 1. Le Cadre du changement politique de Shiffman

FACTEUR	STATUT AVANT 2018	STATUT EN 2021
Mécanismes des organisations internationales		
Promotion de la norme	La réduction de la mortalité maternelle ne traitait pas le facteur de la mortalité associée à l'avortement non sécurisé. L'attention en matière de santé de la reproduction était portée sur la planification familiale.	En RDC, il y a une meilleure prise en compte du rôle de l'avortement non sécurisé parmi les causes de mortalité maternelle, et l'avortement sécurisé est intégré dans les soins essentiels de la santé de la reproduction.
Fournitures de ressources	Les bailleurs de fonds bilatéraux tels que les coopérations au développement des pays développés, les partenaires multilatéraux tels que la Banque Mondiale, les agences du Système des Nations Unies, etc. ainsi que les fondations privées sont présentes en RDC mais financent des sujets connexes à l'avortement tels que la mortalité maternelle, la lutte contre les violences sexuelles, la planification familiale, les soins après avortement, etc.	Les partenaires bilatéraux, multilatéraux, ainsi que les fondations privées financent directement les questions liées à l'avortement sécurisé (plaidoyer, mise en place des normes, prestation des services, activités d'information, éducation et communication, etc.)
Plaidoyer par des acteurs nationaux		
Politique de cohésion communautaire	Les activistes travaillent de façon isolée et après plusieurs années sans financement, l'activisme s'essouffle.	Les activistes ont créé des coalitions qui sont financées et qui peuvent continuer le plaidoyer en faveur de la domestication du Protocole de Maputo.
Entrepreneuriat politique	Il n'y a pas eu de cas d'entrepreneuriat politique lié à la domestication du Protocole de Maputo en RDC.	
Indicateurs crédibles	Peu de données factuelles sur la pratique de l'avortement en RDC.	Plusieurs études et recherches sont produites avec une rigueur scientifique par des organisations locales et internationales, soutenues par des universités ou instituts internationaux.
Focus sur les événements	Pas de célébration du 28 septembre, journée internationale du droit à l'avortement.	Le 28 septembre est célébré chaque année avec des invité-e-s de haut-niveau et la communauté des défenseur-e-s de l'avortement sécurisé est plus visible.
Des alternatives politiques claires	Tentatives de réviser les lois nationales auprès du parlement avec les textes du Protocole de Maputo, aboutissant sur la loi-cadre sur la santé de la reproduction en 2018 n'incluant pas l'avortement.	La publication du Protocole de Maputo au Journal officiel permet au Protocole de faire partie de l'arsenal juridique du pays et au ministère de la Santé publique d'élaborer des normes et directives et de former les prestataires de service sans attendre la révision du code pénal, du code de déontologie médicale et de la loi sur la santé publique.
Environnement politique national		
Transitions politiques	Les autorités de l'administration de la santé changent fréquemment et il est difficile, dans ces conditions, d'avancer dans les pourparlers pour une stratégie commune en vue de la domestication du Protocole de Maputo.	Un nouveau Secrétaire général à la santé est en place depuis juin 2018. Avant cela, il cumule les fonctions de directeur de cabinet du ministère de la Santé publique et de la direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques. Il soutient la domestication du Protocole de Maputo.
Priorités de santé concurrentes	La planification familiale est un sujet phare qui mobilise l'attention du gouvernement et des bailleurs internationaux grâce notamment à l'engagement du pays dans l'initiative FP2020.	L'avortement sécurisé est mieux intégré parmi les priorités sanitaires du pays.

En RDC, presque tous les éléments du cadre théorique de Shiffman ont contribué au changement politique. Surtout, la cohésion de la communauté politique, l'influence des normes internationales et le soutien des partenaires financiers et techniques, et la production d'indicateurs crédibles ont favorisé la domestication du Protocole de Maputo

Conclusion

Le succès de la RDC concernant le changement politique pour l'accès à l'avortement sécurisé résulte de la convergence de plusieurs facteurs clés, qui ont contribué à créer une fenêtre d'opportunité permettant aux acteurs nationaux de faire avancer la loi en faveur de l'accès à l'avortement sécurisé. La compréhension du contexte national pour saisir les opportunités existantes, l'appui technique et financier des bailleurs de fonds travaillant sur les questions de santé dans le pays, la cohésion des activistes locaux qui, dans le cas de la RDC, s'est faite sous forme de coalition, sont autant de leviers qui ont contribué à un tel succès.

Plusieurs leçons peuvent être tirées de l'exemple de la RDC. La mobilisation de fonds et de l'influence internationale a permis une conversation à haut niveau au sein du gouvernement, au moment de sa transition post-conflit vers une démocratie plus stable, de faire le lien entre l'accès aux soins de santé reproductive et la réduction de la mortalité maternelle, laquelle pouvait résulter de conditions et pratiques comme la violence basée sur le genre à l'Est du pays. La production de nouvelles études et recherches, y compris celles menées par le ministère de la Santé publique ou l'université de Kinshasa avec l'appui d'acteurs internationaux, a permis d'éclaircir la situation actuelle, montrant que l'avortement était déjà largement pratiqué dans le pays, mais dans des conditions non sécurisées qui contribuaient à une mortalité et morbidité élevées. La formation de champions au sein de structures du pays telles que la

en RDC. Parmi les facteurs, l'entrepreneuriat politique était le moins présent pour le cas de la RDC. Pourtant, on voit que le changement politique ne demande pas la présence de tous les facteurs pour ouvrir la fenêtre d'opportunité, il suffit qu'il y ait une confluence de plusieurs au bon moment pour créer un environnement propice au changement.

Cour constitutionnelle et le ministère de la Santé publique, à l'initiative d'une société civile coordonnée et soutenue par des acteurs internationaux, a assuré la force et la durabilité du mouvement au sein même du gouvernement, avec un leadership convaincu et avec des valeurs clarifiées. Enfin, des analyses constitutionnelles ont permis aux acteurs en RDC d'utiliser la constitution comme outil puissant pour avancer la publication du Protocole de Maputo dans le Journal officiel, avec la compréhension de la portée de cette étape importante sur les lois du pays.

Pour assurer l'avenir de l'accès aux droits de la santé sexuelle et reproductive en RDC, une attention particulière doit être accordée aux différents plans d'action et feuilles de route élaborés par les parties prenantes. Le gouvernement aura besoin d'un appui continu pour poursuivre la collecte des données permettant de comprendre l'impact de la publication du Protocole de Maputo sur des indicateurs de santé et continuer à améliorer la qualité et l'accessibilité des services. Le gouvernement doit maintenant s'affirmer comme le leader de la vulgarisation du Protocole et de l'intégration des soins complets d'avortements de qualité dans toutes les zones de santé du pays.

Ceci constitue donc un exemple pour les pays et les défenseurs de l'avortement sécurisé qui pensent utiliser le Protocole de Maputo comme instrument de choix pour dépenaliser l'avortement dans leur pays.

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce à la contribution d'une équipe multisectorielle d'experts, d'activistes, de chercheurs, et de défenseurs des droits de la femme. Le présent document est le fruit d'une collaboration internationale entre le Population Reference Bureau (PRB) et l'African Population and Health Research Center (APHRC). Il convient de remercier spécifiquement l'équipe de recherche et de production de cette étude : Françoise Mukuku, consultante ; Grace Kibunja, Ramatou Ouedraogo, et Khalifa Seydi Ababcar Sy Loum d'APHRC ; Tess McLoud, Cathryn Streifel, Aïssata Fall, Anneka Van Scoyoc, et Raquel Wojnar du PRB.

Il convient également de remercier les experts en RDC ayant participé aux entretiens et à l'atelier de discussion pour fournir les témoignages des expériences du processus de domestication du Protocole de Maputo en RDC ; Richine Masengo de Si Jeunesse Savait, le Dr Jean-Claude Mulunda de Ipas RDC, le Dr Timothée Lunganga du ministère de la Santé publique, le colonel Eanga du Conseil supérieur de la Magistrature, Joséphine Ngalula du Réseau Genre et Droits des Femmes ; Viviane Sebahire de la Coalition Article 14, le Professeur Paulin Mutombo de l'Université de Kinshasa, la Dre Rachel Yodi du ministère de la Santé publique (Programme National de la Santé de la Reproduction), le Dr Franck Akamba de la CGND, et toutes autres parties prenantes qui ont contribué leurs idées à la recherche de ce document.

Références

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Prévention des avortements à risque », mis à jour le 25 septembre 2020. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion> ; Akinrinola Bankole, Lisa Remez, Onikepe Owolabi, Jesse Philbin et Patrice Williams, « From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa : Slow But Steady Progress », Guttmacher Institute (2020), <https://www.guttmacher.org/report/from-unsafe-to-safe-abortion-in-sub-saharan-africa> ; PRB, *Avortement : Faits et Chiffres*, 2021. <https://www.prb.org/wp-content/uploads/2021/05/safe-engage-avortement-faits-et-chiffres.pdf>.
2. Bankole *et al.*, 2020.
3. Jeremy Shiffman et Sharmina Sultana, “Generating Political Priority for Neonatal Mortality Reduction in Bangladesh”, *American Journal of Public Health* 103, no. 4 (2013): 623-631
4. PRB, 2021.
5. PRB, 2021.
6. PRB, 2021.
7. République démocratique du Congo, Ministère du Genre, Famille et Enfant ; Politique Nationale du Genre, 2009 (2009) ; Gillian Burkhardt *et al.*, « Grossesses liées à la violence sexuelle dans l’Est de la République démocratique du Congo : Une analyse qualitative de l’accès aux services relatifs à l’interruption de grossesse », *Conflit et Santé* 10, n°30 (2016).
8. Burkhardt *et al.*, 2016.
9. République démocratique du Congo, Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International. <https://www.unicef.org/drcongo/media/1046/file/EDS-RDC%2011%202013-2014.pdf>.
10. Say L *et al.*, Global Causes of Maternal Death: a WHO Systematic Analysis, *Lancet Global Health*, juin 2014, 2(6): e323-33. doi: 10.1016/S2214-109X (14)70227-X. Epub 2014 May 5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25103301>.
11. Sophia Chae *et al.*, « The Incidence of Induced Abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016 », *PLoS ONE* 12 no. 12 (2017).
12. République démocratique du Congo ; Décret du 30 janvier 1940 tel que modifié et complété à ce jour mis à jour au 30 novembre 2004 (2004).
13. République démocratique du Congo, Ordonnance 70-158 du 30 avril 1970 déterminant les règles de la déontologie médicale.
14. Protocole à la Charte africaine des droits de l’homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, (Maputo : Union Africaine, 2003).
15. Dr. Jean-Claude Mulunda (Directeur pays, Ipas RDC) en discussion avec l’auteur, juillet 2021.
16. République démocratique du Congo, Loi n° 06/015 du 12 juin 2006 autorisant l’adhésion de la République démocratique du Congo au Protocole à la Charte africaine des droits de l’homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique (2006) ; Lison Guignard, « Résistances catholiques au Protocole de Maputo. Mobilisations et controverses autour de la libéralisation de l’avortement en Afrique », *Genre, sexualité & société* [En ligne], 18 Automne 2017, mis en ligne le 01 décembre 2017, consulté le 20 août 2021.
17. Radio Okapi, « RDC : 9 % du budget 2016 consacré à la santé », 4 novembre 2015, <http://www.radiookapi.net/2015/11/04/actualite/economie/rdc-9-du-budget-2016-consacres-la-sante>, République démocratique du Congo, ministère de la Santé publique (MSP), Mise en œuvre du plan stratégique pour la planification familiale 2014-2020 : résultats à atteindre en 2014. RDC, 2014 ; ministère de la Santé publique, « Planification familiale : Plan stratégique national à vision multisectorielle 2014 – 2020 » (2014).
18. République démocratique du Congo, ministère de la Santé publique (MSP), Politique nationale de santé de la reproduction, 2010 (2010).
19. Huguette Sakina Kasongo (membre de la Coalition de Lutte Contre les Grossesses Non Désirées), en discussion avec l’auteur, 2021.
20. République démocratique du Congo, Loi n° 18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l’organisation de la santé publique (2018).
21. Françoise Mukuku, Argumentaire juridique sur la décriminalisation du Protocole de Maputo selon les conditions spécifiques du Protocole de Maputo, CGND. 2018, non édité.
22. Jean-Claude Mulunda (Directeur pays, Ipas RDC) en discussion avec l’auteur, juillet 2021.
23. Timothée Lunganga *et al.* « État des lieux de la contraception et de l’avortement en République démocratique du Congo », ministère de la Santé publique, 2017, non édité.
24. Chae *et al.*, 2017.
25. Dr Franck Akamba (CGND), en discussion avec l’auteur, 2021.
26. Timothée Lunganga (Chef de Division Stratégie et Coopération Internationale, ministère de la Santé publique RDC) en discussion avec l’auteur, juillet 2021.
27. Journal officiel de la République démocratique du Congo, Cabinet du Président de la République, Numéro spécial, 14 mars 2018 (2018) <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/SERIAL/84846/94671/F861828376/ratification%20protocole%20droits%20de%20la%20femme.pdf>.
28. Circulaire n°4/SPCSM/CFLS/EER/2018 du 06 avril 2018 relative à la mise en exécution des dispositions de l’article 14 du Protocole à la Charte africaine des droits de l’homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique.
29. Circulaire n°4/SPCSM/CFLS/EER/2018 du 06 avril 2018.
30. République démocratique du Congo, ministère de la Santé publique, Secrétariat Général, Normes et directives des soins complets d’avortement centrés sur la femme en RDC (2020).
31. République démocratique du Congo, Comité de Suivi de la Mise en œuvre du Protocole de Maputo, feuille de route (2020).