

Applicabilité de l'accord de Maputo dans le contexte de la province du Sud-Ubangi - Enjeux et perspectives: Etude réalisée dans l'aire de santé cité Kivu, Zone de santé urbano-rurale de Gemena, Ville de Gemena. Province de Sud Ubangi, RD Congo

[Applicability of the Maputo Agreement in the Context of South-Ubangi Province - Issues and Perspectives: Study Conducted in the Kivu Health Area, Gemena Urban-Rural Health Zone, City of Gemena, South Ubangi Province, DR Congo]

MOMBELA IBELE Désiré¹, MAMBESA BAINAMBOKA Martin², MANGI BENDE Maurice², WEBINA SANA Clarice¹, MALAKA MAKONGO Frédéric¹, KUTUBATO ETONDE Niclette¹, BOKANGO BAPOTI Thomas¹, ETOMBO Wa LINGOMBOLO¹, and MONGANGA TWANA Olivier¹

¹Chef de Travaux, ISTM Gemena, Province du Sud-Ubangi, RD Congo

²Assistant, ISTM Gemena, Province du Sud-Ubangi, RD Congo

Copyright © 2024 ISSR Journals. 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.

ABSTRACT: The health and well-being of women of reproductive age are central to sexual and reproductive health concerns in the Democratic Republic of Congo (DRC), especially in the South Ubangi province. Despite the 2018 ratification of the Maputo Protocol, which advocates for comprehensive abortion care centered on women (SCACF), its implementation remains limited, contributing to high maternal morbidity and mortality rates. The World Health Organization estimates that over 200,000 women die annually in developing countries due to unsafe abortions, a particularly severe issue in areas like Gemena, where maternal deaths, especially among adolescents, are frequent. The high mortality is partly due to social stigma, which views abortion as a criminal act, preventing access to appropriate healthcare services.

A study conducted in the Kivu health area revealed significant gaps in the implementation of the Maputo Protocol. Of 21 healthcare providers surveyed, only 2 (9.1%) had received SCACF training, far below WHO standards. Additionally, the necessary infrastructure and equipment to provide quality care were lacking. The study shows that the Maputo Protocol is largely non-functional in the Kivu health area and throughout the Gemena health zone.

To address these issues, it is crucial for health sector actors, particularly the government, to ensure the proper application of the protocol. This would not only improve women's health but also contribute to the overall development of the province and the country.

KEYWORDS: care, abortions, health, sexual, reproductive, Maputo agreement.

RESUME: La santé et le bien-être des femmes en âge de procréer sont au cœur des préoccupations en matière de santé reproductive en RDC, en particulier dans la province du Sud Ubangi. Malgré des protocoles comme celui de Maputo, ratifié en 2018 et visant l'intégration de soins complets d'avortement centrés sur la femme (SCACF), leur mise en œuvre reste limitée, contribuant à des taux élevés de morbidité et de mortalité maternelle. Chaque année, l'OMS estime que plus de 200 000 femmes meurent dans les pays en développement à cause d'avortements clandestins, un problème particulièrement présent dans des zones comme la ville de Gemena où les cas de décès maternels, surtout chez les adolescentes, sont nombreux. Ce taux élevé est en partie lié au manque de sensibilisation et à l'inaccessibilité des soins appropriés, renforcés par les normes sociales locales qui stigmatisent l'avortement et l'assimilent à un acte criminel, rendant difficile l'accès aux soins de santé.

Une étude menée dans l'aire de santé Kivu a révélé des lacunes significatives dans la mise en œuvre du protocole de Maputo. Sur 21 prestataires sondés, seulement 2 avaient reçu une formation sur les SCACF, soit à peine 9,1 %, un chiffre bien en deçà des

recommandations de l'OMS. De plus, les infrastructures et équipements nécessaires pour fournir ces soins de qualité font cruellement défaut. Cette étude démontre que l'application du protocole de Maputo reste largement insuffisante dans cette région. Pour remédier à cette situation, l'engagement des acteurs de la santé, y compris le gouvernement, est essentiel pour assurer l'application du protocole et améliorer la santé des femmes, contribuant ainsi au développement durable de la province et du pays.

MOTS-CLEFS: soins, avortements, santé, sexuelle, reproductive, accord de Maputo.

1 INTRODUCTION

L'avortement criminel est l'interruption volontaire de grossesse, c'est-à-dire l'expulsion prématurée, volontairement provoqué, sans nécessité médicale du produit de conception. (OMS, 2009). A ces jours, cette pratique est de plus en plus rencontrée parmi les jeunes adolescentes en RDC et dans la province du Sud Ubangi. Elle met en danger la vie de la jeune fille et a un impact négatif parfois irréversible sur la société. Alors que l'avortement est considéré, dans le droit congolais et même dans les pactes internationaux comme un des droits humains (Protocole de MAPUTO, 2010)

Par avortement, on sous-entend, toute interruption de la grossesse d'une façon spontanée ou provoquée avant 22 semaines d'aménorrhée ou pour un fœtus de moins de 500 g (OMS). La viabilité foetale est définie parfois en fonction du plateau technique de chaque pays. Ainsi pour la RDC, l'âge gestationnel de l'avortement est fixé à avant 28 SA. Il est dit provoqué, si l'expulsion du produit de conception à la suite des manœuvres instrumentales ou d'actions médicamenteuses entreprises pour interrompre une grossesse, se fait de manière intentionnelle pour des raisons diverses.

L'OMS et l'UNFPA reconnaissent que dans les pays en voie de développement, 222 millions de femmes souhaitant éviter ou retarder une grossesse n'ont pas accès à la contraception (OMS-UNFPA, 2009). La plupart de ces services étant non disponibles, Chaque année, 25 millions de grossesses non désirées aboutissent par un avortement non sécurisé. Ces avortements dits « clandestins » provoquent des infirmités temporaires ou définitives de 8 millions de femmes, et le décès d'au moins 50.000 femmes (OMS, Op.cit.).

L'Afrique est la région au monde comptant le plus grand nombre de décès liés à l'avortement par an. En 2014 par exemple, au moins 9 % de la mortalité maternelle en Afrique étaient imputable à l'avortement non sécurisé (OMS-Afrique, 2016). Selon l'EDS 2013-2014, la mortalité maternelle en RDC est estimée à 846 pour 100. 000 naissances vivantes. Les avortements y compris. Les avortements non sécurisés représentent la deuxième cause de mortalité maternelle dans le pays. Ces avortements non sécurisés dans des conditions d'hygiène précaires concernent toutes les femmes en âge de procréer, y compris les adolescentes, contribuant aux décès maternels à hauteur de 30 % selon les estimations (MICS, 2010).

Les avortements non sécurisés constituent donc un réel problème de Santé Publique et d'injustice sociale en République Démocratique du Congo. 30 % des décès maternels sont imputables à des avortements à risque (clandestins), souvent réalisés dans des très mauvaises conditions (prestataire non qualifié, plateau technique inadéquat, procédures inappropriées et/ou obsolètes).

En 2016, pour la seule ville de Kinshasa, on a estimé que 2 grossesses sur 5 se sont terminées par un avortement, avec une moyenne de 146 700 avortements pour l'année, ce qui représente 400 avortements par jour et 17 avortements par heure. Près de deux tiers de ces avortements finissent par des complications graves ou modérées (OMANYONDO M-C, 2019).

Par avortement clandestin, on entend une interruption volontaire et consciente de la grossesse avant sixième mois. Cet avortement résulte de certaines manœuvres extérieures. L'Abbé BEUGNET dans son ouvrage avortement, estime que l'interruption peut être directe ou indirecte.

Tshibangu (1984) estimait que les moyens les plus utilisés sont des moyens médico-chimiques qui sont en réalité des poisons qui tuent le fœtus (et) parfois empoisonnent la mère.

Parmi ces moyens, on peut citer:

- Les extraits végétaux (médicaments traditionnels ou modernes);
- Les moyens chirurgicaux dépendant de plusieurs facteurs, notamment du degré de l'interruption de la grossesse.
- Les moyens mécaniques: utilisent l'intervention chirurgicale ou autres instruments pour provoquer l'avortement. Par exemple:
 - ✓ Ouverture du col par dilatation;
 - ✓ Curetage.

A l'issue de toutes ces pratiques, les hémorragies sont abondantes; les douleurs sont constantes, plus ou moins vives continues ou rythmées de paroxysmes, de siège hypogastrique ou lombaire. L'état général est souvent atteint, la température peut être anormalement très élevée.

Les conséquences de l'avortement clandestin sont innombrables et démesurées. Elles peuvent entraîner la vie de la mère, mais aussi celle du fœtus. En effet, l'avortement clandestin entraîne toujours la mort du fœtus ou de l'embryon et parfois la mort subite de l'avortée.

Parmi les nombreuses complications, on peut retenir:

- Complications locales: la rétention placentaire (63,6%). Elle est source de complications hémorragiques et infectieuses locales; les hémorragies (63,6%) qui peuvent se compliquer du collapsus et du choc. L'hémorragie est une indication formelle de l'évacuation de l'utérus, l'infection localisée à l'utérus (9.1%), les lésions traumatiques (25,2%); perforations utérines, dilacérations cervicales, brûlure du vagin, l'infarctus utérin...
- Complications régionales: la pelvipéritonite; la collection purulente (l'abcès du douglas, le phlegmon du ligament large, (pyosalpinx), les salpingites, les péritonites généralisées, les thrombophlébites...
- Complications générales: les infections généralisées: septicémie à germes banals; la toxi-infection septicémie à perfringens, choc bactériémique dans les toxi-infections à germes banals tétanos: l'intoxication par absorption de drogues abortives avec atteintes des reins, foie, nerfs...
- Complications nerveuses: la mort subite lorsque la sonde d'aspiration franchir le col (réflexe vaginal) ou lors du début de l'injection intra-utérine, l'embolie gazeuses se manifestant par un syndrome convulsif suivi de coma vigile ou par une aphasie, une anoxie, une hémiparésie ou une monoparésie.
- Conséquences sociales: chance très réduite de mariage (22.7%), dépenses financières (18.2%), conflits familiaux (9,1%); divorce.
- Séquelles de l'avortement la salpingite chronique, les séquelles concernant la fonction de reproduction: la stérilité secondaire par lésions tubaires cicatricielles, les adhérences péritonéales et péri-tubo-ovariennes et parfois mutilation d'organes; la sténose isthmique et synéchie utérines, adénomyoses, endométrioses; les algies pelviennes chroniques; les séquelles menstruelles irrégularité menstruelle métrorragies, hypoménorrhée ou aménorrhée due à la formation des synéchies utérines.
- Séquelles psychiques à type de psychose dépressive avec l'idée de culpabilité, d'indignité, bouffées délirantes avec hallucinations.
- Conséquences obstétricales ultérieures de l'avortement clandestin, la grossesse extra-utérine liée à une lésion inflammatoire tubaire acquise à l'occasion de complication infectieuses de l'avortement. Les avortements à répétition suite à l'endométrite résiduelle, synéchies et surtout la béance cervico-isthmique; l'insertion basse du placenta responsable des anomalies de la délivrance, notamment rétention placentaire par adhérences ou forme grave de placenta accreta, rupture utérine en cours du travail à partir d'une brèche utérine connue ou méconnue.

Dans la province du Sud Ubangi et dans la ville de Gemena en particulier, il se note au moins chaque semaine un cas d'avortement réalisé dans des conditions inacceptables se soldant pour la majorité des cas, à des décès maternels parfois évitables si les soins complets d'avortement centrés sur la femme étaient de stricte application.

Face à ces défis, la RDC a adhéré au Protocole à la Charte Africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique dit « Protocole de Maputo » qui en son article 14.2 (c) autorise l'avortement sécurisé en vue de protéger les droits reproductifs de la femme. Ce protocole, acté par les textes légaux de la RDC notamment à travers l'arrêt de la cour constitutionnelle du 07 juin 2019, autorise l'avortement à travers les soins complets d'avortements centrés sur la femme (SCACF) 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 celle du fœtus. L'avortement en tant que soin, relève du droit de la femme et d'un choix raisonné auquel les prestataires sont appelés à pourvoir et à accompagner pour concourir à la bonne santé et au bien-être de la femme. D'où l'intégration des SCACF pour respecter les droits sexuels et reproductifs de la femme conformément aux instruments ratifiés par le pays.

Les soins complets d'avortement centrés sur la femme est une approche des soins d'avortement qui tient compte des besoins individuels en termes de santé physique et émotionnelle de chaque femme, de ses circonstances personnelles et de sa capacité à accéder aux soins.

Celle-ci inclut, selon le protocole de Maputo (2018), le traitement de l'avortement provoqué; de l'avortement incomplet, la grossesse arrêtée; des informations et un accompagnement compatissant; des services de contraception; des soins et services de santé sexuelle et génésique liés à l'avortement et dispensés sur place ou par le biais d'un transfert ou d'une orientation vers des établissements accessibles ou des prestataires partenaires disponibles au sein de la communauté.

En vertu d'un cadre juridique fondé sur les droits humains, toute femme en tant qu'individu a droit à l'avortement et aux soins destinés à lui sauver la vie en cas de complications consécutives à un avortement.

Le droit de la femme à l'avortement se réfère à toutes les femmes indépendamment de leur âge, qu'elles soient jeunes, adolescentes et/ou célibataires.

Les conditions qui facilitent l'accès de la femme à l'avortement sécurisé et qui déterminent sa capacité d'exercer ce droit sont:

- Un cadre juridique propice;
- Un engagement gouvernemental et public favorable à la santé des femmes ;
- La liberté permettant aux femmes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs ;
- Des infrastructures adaptées et des ressources économiques suffisantes pour permettre au système de santé de répondre aux besoins de toutes les femmes ;
- Un environnement social et culturel favorable aux droits des femmes.

Un avortement est non sécurisé ou dangereux lorsqu'il est pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité (conditions minimales ne sont pas remplies) ou par des personnes n'ayant pas les compétences requises, soit les deux. (OMS). Les Soins Après Avortement (SAA) sont une composante des SCACF comprenant un ensemble d'interventions médicales et autres visant à traiter les complications d'un avortement spontané ou provoqué, sécurisé ou non, et à répondre aux besoins en matière de soins de santé des femmes en rapport avec l'avortement.

Les Soins complets d'Avortement Centré sur la Femme (SCACF) sont une approche des services en rapport avec l'avortement qui tient compte des besoins individuels de la patiente/ cliente en termes de santé physique, mentale, des circonstances et de ses capacités. Ils comprennent un paquet de services de santé de la reproduction en rapport avec l'avortement:

- L'offre des services d'avortements sécurisés conformément aux dispositions légales et réglementaires;
- L'offre des soins après avortement pour traiter toutes les complications des avortements incomplets, la rétention fœtale et toute autre complication d'un avortement sécurisé ou non sécurisé;
- Les services de contraception après avortement;
- Le counseling ou conseil bienveillant qui est une composante très déterminante pour la qualité des SCACF;
- Les autres services de santé sexuelle ou de santé génésique dont la cliente qui avorte peut avoir besoin d'utiliser sur place ou par le biais d'une référence vers des structures accessibles;
- Mise en place de partenariats avec des prestataires de soins au sein de la communauté afin d'aider les femmes à éviter les grossesses non voulues et les avortements non sécurisés.

Les éléments essentiels des soins complets d'avortement centrés sur la femme, incluent une série de soins médicaux et de services liés à la santé. Ils comprennent:

- Choix ;
- Accessibilité ;
- Qualité.

1.1 CHOIX

Avoir le choix, en matière de droits sexuels et génésiques, signifie que personne ne doit s'immiscer dans les décisions que prend une femme concernant son corps et sa santé.

Le choix signifie qu'une femme a le droit de déterminer:

- Si et quand elle souhaite être enceinte;
- Si elle souhaite poursuivre ou interrompre une grossesse;
- Ce qu'elle souhaite utiliser parmi les procédures d'avortement et les contraceptifs disponibles, et à quel prestataires ou centre de soins elle souhaite s'adresser pour obtenir des soins et/des services;
- Les choix que font les femmes doivent s'appuyer sur des informations complètes et exactes. Elles doivent également avoir la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs préoccupations aux prestataires de soins. Pour que les soins qu'ils dispensent soient réellement centrés sur la femme, les prestataires doivent reconnaître à toutes les femmes le droit de faire des choix, indépendamment de leur âge ou de leur situation matrimoniale.

Les prestataires de soins de santé peuvent soutenir les femmes dans leurs choix:

- En leur fournissant des informations complètes et précises;
- En leur offrant la possibilité de poser des questions et d'exprimer leurs inquiétudes;
- En admettant leur droit à faire un choix, quels que soient leur âge, leur statut matrimonial ou leurs autres caractéristiques.

1.2 ACCESSIBILITÉ

L'accessibilité aux soins et services d'une femme est déterminée par:

La **disponibilité des services à tous les niveaux de la pyramide sanitaire** en termes de compétences des prestataires, le plateau technique et les infrastructures; la disponibilité de prestataires de soins qualifiés, techniquement compétents qui:

- Utilisent des technologies cliniques appropriées;
- Peuvent être aisément atteints au sein des communautés locales;
- Exercent dans toute une variété de centres de soins différents.

1.2.1 ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

Le temps ou la distance nécessaire pour atteindre un établissement de soins.

Les liens entre secteur privé et public peuvent également offrir aux prestataires de soins des réseaux utiles de transfert dans des zones où les lois sur l'avortement sont restrictives.

1.2.2 ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE

Les soins d'urgence sont disponibles indépendamment de la capacité de la femme de les payer.

1.2.3 ACCESSIBILITÉ CULTURELLE

Les soins ne lui sont pas refusés en vertu de sa situation matrimoniale ou économique, de son âge, de son niveau social ou d'éducation, de sa religion ou de ses opinions politiques, de sa race, de son groupe ethnique ou de ses préférences sexuelles.

1.3 QUALITÉ

Parmi les aspects fondamentaux des soins de qualité optimale se trouvent les suivants:

- Des soins adaptés spécifiquement aux circonstances sociales et aux besoins individuels de la population locale.
- Des informations et un accompagnement qui favorisent la prise de décisions en toute connaissance de cause, y compris dans le cas de femmes jeunes qui peuvent nécessiter davantage d'informations ou de temps pour parvenir à faire un choix véritablement éclairé.
- La disponibilité de technologies médicales internationalement recommandées, particulièrement aspiration manuelle intra-utérine (AMIU) et méthodes médicamenteuses.
- Des normes et protocoles cliniques appropriés en matière de prévention des infections, de contrôle de la douleur et de gestion des complications.
- Des services de contraception et des possibilités de choix parmi une gamme de méthodes contraceptives au moment des soins d'avortement afin d'aider les femmes à éviter d'autres grossesses non désirées et promouvoir un espacement des naissances propice à leur santé..
- Des soins et services de santé génésique, et autres, au moment des soins d'avortement, notamment dépistage, diagnostic et traitement des infections sexuellement transmissibles (IST), /VIH ainsi que la gestion des cas de violence sexuelle
- Des prestataires de soins qui veillent tout particulièrement à ce que les besoins spécifiques des jeunes femmes et des adolescentes soient pris en compte.
- Une garantie de confidentialité, de protection de la vie privée et d'interactions positives entre les femmes et le personnel soignant, indépendamment de leur l'âge et de la situation matrimoniale.
- La garantie que des systèmes ont été mis en place pour suivre et évaluer les incidents..
- La garantie que des systèmes ont été mis en place en vue d'améliorer la qualité des soins, notamment à travers la participation des membres de la communauté

Il convient de mentionner en outre, les six éléments essentiels pour la réalisation des SCACF:

1. Offre des services des avortements conformément aux dispositions légales et réglementaires en RDC.
2. Traitement des avortements incomplets, non sécurisés et des fausses couches.
3. Conseil bienveillant afin d'identifier et de répondre individuellement aux besoins médicaux, émotionnels, physiques et autres de chaque femme.
4. Services de contraception et de planification familiale en vue d'aider la femme à éviter une grossesse non désirée ou à espacer les naissances.
5. Services liés à la santé sexuelle et génésique qu'il est préférable de dispenser sur place ou par le biais d'un transfert ou d'une orientation vers d'autres centres de soins accessibles.

6. Mise en place de partenariats avec des prestataires de soins au sein de la communauté afin d'aider les femmes à éviter les grossesses non voulues et les avortements non sécurisés.

Pour PNSR (2013) le nombre total d'interruption volontaire de la grossesse (IVG) dans le monde en 2010 a été estimé à 40 millions soit un taux de 29 interruption volontaire de la grossesse pour 100 femmes en âge de procréer. Ce taux étant de 12% en Europe occidentale, 17% en Europe du nord, 18% en Europe du sud.

La poursuite de la scolarité, les grossesses non désirées, la pauvreté... sont parmi les principales raisons pour lesquelles les adolescentes se font avortées (WAMBU, 2022). Selon l'OMS, 44% des femmes qui meurent chaque année dans le monde suite à un avortement clandestin non médicalisé, sont africaines, près de 300.000 africaines décèdent ainsi chaque année sur le continent.

Malgré les progrès dans la prise en charge, un avortement provoqué reste toujours un problème dans la vie obstétricale d'une femme.

En rapport avec ce qui est décrit ci-haut, la question de l'applicabilité de l'Accord de Maputo mérite d'être posée dans le contexte du Sud Ubangi.

En réponse, il est vraisemblable que l'accord de Maputo reste largement méconnu et par les prestataires des soins en faveur de la santé sexuelle et reproductive que par les prétendues bénéficiaires qui sont les femmes en âge de procréer.

La présente étude vise à analyser les mesures d'applicabilité du protocole de Maputo sur les soins complets d'avortement centrés sur la femme à travers la province du Sud Ubangi en général et dans la ville de Gemena en particulier. Il faut mentionner que les SCACF ne traduisent pas que l'application du protocole de Maputo mais bien plus le respect des droits fondamentaux, une garantie du bien-être de la femme et de la communauté et un gage de développement durable au vue de l'apport de la femme dans le bien-être général de la communauté.

Cette étude s'inscrit dans le domaine de la santé publique dans la thématique de la santé sexuelle et reproductive. Elle est transversale et prospective. Elle a couvert une période de trois mois soit du mois de juin au mois d'août 2024.

2 BREVE DESCRIPTION DU MILIEU D'ETUDE

Notre recherche s'est effectuée dans la zone de santé urbano-rurale de Gemena et plus particulièrement dans l'aire de santé KIVU/Cité.

L'aire de santé cité/Kivu est une des 23 aires de santé que compte la ZSUR de Gemena. Cette aire de santé a été créé par la décision N° 252/88 du 18/12/1988 de Monsieur le Commissaire du District, celle-ci est reconnue officiellement par l'ordonnance n° 87/233 du 29/06/1967.

Le bâtiment dans lequel se trouve l'aire de santé était l'habitation d'un particulier qui le cédant à la zone de santé à titre d'un don en vue d'ériger le centre de santé pour le bénéfice de membres de sa communauté.

Le premier infirmier à travailler dans cette aire de santé fut TYONGAMA: succédé par plusieurs infirmiers jusqu'à nos jours où il est géré par l'infirmier Salomon WAMBU TEGBALIU.

L'Aire de Santé cité dispose d'un centre de santé logé tout prêt de la population de son rayon d'action, cette Aire de santé se trouve en pleine ville de Gemena plus précisément dans le Quartier GBZUBU qui a son Siège au niveau de l'Avenue KIVU N° 17 au cœur de l'ancienne cité de Gemena.

Cette aire de Santé est limitée:

- Au Nord: par l'Aire de santé Gemena II, par le ruisseau MOMBONGA;
- Au Sud: par l'Aire de santé Ville, par le ruisseau SUKIA;
- A l'Est: par l'Aire de santé SALONGO I, par le ruisseau GBZUBU;
- A l'Ouest: par l'Aire de santé Notre Dame par les avenues du marché et Lumumba.

L'Aire de Santé Kivu/cité de Gemena a une population de 30739 habitants selon les estimations de 2023, desservie par les différentes structures de Santé dont le centre de santé étatique, les postes de santé et les centres de santé privés intégrés et ceux non intégrés.

Les pathologies dominantes sont les suivantes:

- La fièvre typhoïde;
- Le paludisme;
- La méningite;
- Les infections respiratoires aiguës;

- L'amibiase;
- L'anémie.

Sur le plan socio-culturel, la tribu Ngbaka reste majoritaire au sein de cette Aire de Santé. On trouve également les Bolondo, Mbanza, Ngombe, Ngbandi, Mongo, BOMBOMA, Baluba, Swahili, Mono... les langues parlées en générales est le Lingala et le Français.

Il est à noter que les problèmes locaux de la population de cette Aire de santé sont gérés par les Chefs des Quartiers, le Bourgmestre mais aussi dans la hiérarchie, par le Maire de la ville.

Dans son organisation, le centre de santé étant un établissement des soins de premier échelon, responsable des activités des prestations des soins au niveau d'une aire de santé donnée, ouvre ses portes 24 heures sur 24 avec la rotation des prestataires pour couvrir les services et répondre valablement à l'offre des soins de qualité en faveur des bénéficiaires.

Le centre de santé compte 2 lits d'observation pour les cas graves à surveiller. Une accouchée en post partum peut y rester 24 heures de temps avant d'être libérée par l'infirmier.

Les cas de fièvre et autres maladies graves sont gardés à l'appréciation de l'IT afin de décider soit un départ à domicile, soit une référence vers une structure des soins d'échelon supérieur.

Nous avons entrepris, pour ce faire, une étude analytique de type descriptif dans la mesure où elle cherche à découvrir l'ensemble des mesures mises en œuvre au niveau du centre de santé en vue de l'application des recommandations du protocole de Maputo pour les SCACF au sein de l'aire de santé concernée.

Quant à la cible de cette étude, il s'agit avant tout des prestataires qui travaillent dans cette aire de santé durant la période couverte par cette étude.

Les sujets participant à cette étude ont été recrutés dans un processus d'échantillonnage non probabiliste à choix raisonné c'est-à-dire, le choix des participants a été intentionnellement guidé par le chercheur sur base des critères préalablement définis et bien connus dont:

- Etre prestataire œuvrant dans l'aire de santé KIVU;
- Etre présent pendant la période de l'étude;
- Accepter de participer volontairement à l'étude.

Toute personne ne répondant pas aux critères énumérée ci-haut a été automatiquement exclue de cette étude.

Grace aux critères de sélection établis ci-haut, 21 sujets ont été retenus comme taille définitive de l'échantillon de cette étude. Ce qui correspond à 61,8% d'agents travaillant dans cette entité des soins.

Méthodiquement, une enquête a été mise sur pieds pour rencontrer les sujets identifiés appuyée par des entretiens interpersonnels à travers un guide d'entretien circonstanciel, tout ceci accompagné par une revue documentaire et l'analyse des contenus pour se rassurer de la pertinence et de la véracité des données fournies par les enquêtées.

Les données ainsi collectées ont été dépouillées manuellement et organisées dans des tableaux de fréquences exprimées en pourcentage selon la formule suivante.

$$\% = 100x \frac{Fo}{n}$$

%= pourcentage

Fo = fréquence attendue

N = Nombre total

Pendant la réalisation de cette étude, plusieurs difficultés ont été rencontrées entre autre:

- Difficultés d'ordre comportementale des enquêtés. En effet, voulant parfois paraître, certains sujets ont été tentés de répondre aux questions de l'étude juste pour satisfaire au chercheur et non pour traduire la réalité. Ce qui a requis un esprit d'analyse approfondie pour faire la sélection des données utiles à l'étude.
- Mauvaise tenue de dossiers des patientes dans les archives, des fiches des consultations mal tenues, ceci dans le but soit de sous notifier les cas ou simplement d'omettre certains cas non repris dans les registres des malades, cela ne nous a pas rendu la tâche facile dans la collecte des données.

3 RESULTATS

CARACTERISTIQUES SOCIO DEMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES ENQUETES

Tableau 1. Age des enquêtes

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
19 – 24 ans	3	14,3
25 – 29 ans	4	19,1
30 – 34 ans	7	33,3
35 ans et plus	7	33,3
Total	21	100

La lecture de ce tableau nous fait voir que la majorité des sujets se concentre dans les tranches d'âges de 30 – 34 ans et de 35 ans et plus avec respectivement 7 sujets pour chacune de ces classes soit 66,6% pour l'ensemble de ces 2 classes. Ceci traduit une classe des routiniers, assidus et accrochés aux valeurs traditionnelles. La majorité ayant fini les études il y a plusieurs années n'ont jamais entendu parler de SCACF ou encore du protocole de Maputo.

Tableau 2. Répartition des enquêtes selon les niveaux d'études

Niveaux d'études	Effectif	Pourcentage
Secondaire (A3/A2)	09	42,9
Supérieur/Universitaire (A1, L2)	12	57,1
Total	21	100

Il ressort clairement de ce tableau que la majorité d'enquêtés est du niveau supérieur et universitaire avec 12 sujets soit 57,1% contre 9 sujets soit 42,9% du niveau secondaire.

Tableau 3. Répartition des enquêtes selon les filières d'études

Filières d'études	Effectif	Pourcentage
Sciences infirmières/Hospitalière	14	66,7
Sciences infirmières/Pédiatrie	03	14,3
Sage-femme/Accoucheuse	04	19,0
Total	21	100

Au regard de ce tableau, on constate que la filière la plus suivie par les enquêtés est la filière des sciences infirmières plus précisément en Hospitalière. La filière Sage-femme/Accoucheuse est représentée dans cette étude par 04 sujets soit 19,0%.

Tableau 4. Répartition des enquêtes selon qu'ils ont été formé sur les SCACF ou non

Formation sur les SCACF	Effectif	Pourcentage
Oui	02	9,5
Non	19	90,5
TOTAL	21	100

Ce tableau montre clairement que sur les 21 sujets enquêtés, seulement 02 soit 9,5% ont été formés sur les SCACF donc suivant l'approche du protocole de Maputo alors que 19 soit 90,5% n'ont suivi aucune formation et sur les SCACF ni encore sur le protocole de Maputo lui-même.

Tableau 5. Répartition des enquêtes selon qu'ils ont assisté ou non aux soins relatifs à un avortement

Assistance aux soins relatifs à l'avortement	Effectif	Pourcentage
Oui	08	38,1
Non	13	61,9
Total	21	100

Il se lu à travers ce tableau que seulement 8 des 21 sujets enquêtés ont déjà pris part aux soins relatifs à un avortement alors que 13 soit 61,9% ne l'ont pas encore pratiqués.

Tableau 6. Répartition des enquêtes selon qu'ils ont déjà pratiqués les SCACF

Pratique des SCACF	Effectif	Pourcentage
Oui	0	0,0
Non	08	100,0
Total	08	100,0

Ce tableau montre qu'aucun des enquêtés n'a jamais pratiquer les soins complets d'avortement centrés sur la femme (SCACF) selon ce qui est contenu dans le protocole de Maputo.

Tableau 7. Répartition des enquêtes selon les raisons de non application des SCACF

Raisons de non application des SCACF	FA	FO	Pourcentage
Manque de formation en matière des SCACF	21	19	90,5
Manque d'équipements adaptés	21	21	100,0
Manque d'une structure appropriée	21	21	100,0
Non vulgarisation des textes sur les SCACF	21	19	90,5
Environnement non favorable aux SCACF	21	20	95,2
Total			100,0

A travers ce tableau, il se lu les différentes raisons pour lesquelles les SCACF ne sont pas appliqués dans la structure de soins de cette étude. Les 2 enquêtés, malgré leur formation en la matière n'ont jamais appliqués les soins appris à travers leur formation dans leurs pratiques des soins aux malades. Alors que même pour les formés les SCACF ne sont pas d'application, les autres prestataires ont évoqués le fait de n'être jamais formés sur les SCACF, les équipements des soins inexistantes, le manque des structures adaptées. Il faut mentionner que les SCACF requièrent des équipements et des bâtiments spécialisés suivant les recommandations de l'OMS et des conventions internationales en la matière. Les soins de l'avortement tels que réalisés jusqu'à ce jour dans le centre de Santé Kivu, ZSUR de Gemena, les sont de manière très rudimentaire. D'ailleurs avec une pesanteur culturelle qui considère tout avortement, quelle que soit sa nature comme un acte plutôt criminel et non un acte des soins. Devant le manque des subsides et par le fait des moyens financiers très limités, le centre de santé se trouve dans l'impossibilité d'offrir les soins de qualité aux bénéficiaires notamment en ce qui concerne les soins complets d'avortements centrés sur la femme.

Les résultats obtenus de cette étude sont très éloquentes. Ils traduisent en fait, la réalité et le vécu de la population du Sud Ubangi en général et de la femme en particulier en rapport avec les soins complets d'avortement centré sur la femme (SCACF) suivant les recommandations de l'OMS et du Protocole de Maputo.

L'applicabilité des SCACF devient, dans une certaine mesure, une nécessité pour le bien-être de la femme. Elle peut aider à prévenir, pour la jeune fille, la maternité précoce ainsi que d'innombrables conséquences à court et à long terme liées à ce phénomène au sein de la société.

De l'information à la formation en passant par les équipements et la mise en pratique des soins complets d'avortements centrés sur la femme, l'étude a démontré que tout reste à faire. Seuls 2 prestataires sur 21 enquêtés sont formés en SCACF, le centre ne dispose d'aucun équipement adapté, les infrastructures sont inexistantes et inadaptées, les fonds manquent cruellement mais aussi la pesanteur culturelle constitue un frein à l'applicabilité de ce protocole au bénéfice de la femme. Il nous appartient donc de suggérer:

Au ministère de la santé publique, Hygiène et prévoyance sociale à travers le PNSR:

- Organiser les formations continues des prestataires en vue de vulgariser le protocole de Maputo sur les SCACF;
- Equiper/Doter les structures des soins en matériels nécessaires pour les SCACF;
- Construire les infrastructures des soins nécessaires et adaptées aux SCACF.

Aux prestataires des soins:

- Appliquer, avec les moyens de bord, les notions apprises dans les différentes formations notamment en ce qui concerne les SCACF.

REFERENCES

- [1] Banque mondiale Reproductive Health at a Glance. www.worldbank.org/hnp.
- [2] Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nccdphp/drh/mh.htm
- [3] Family Care International. www.familycareintl.org/.
- [4] Fonds des Nations Unies pour la population. www.unfpa.org/tpd/mmupdate/.
- [5] International Federation of Gynecology and Obstetrics. www.figo.org/.
- [6] Maternité sans risques, Groupe inter-agences www.safemotherhood.org/freindex.htm
- [7] Organisation mondiale de la Santé www.who.int
- [8] Population Reference Bureau www.prb.org
- [9] Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), *Mortalité maternelle 1995: estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP* (Genève: OMS, 2001).
- [10] Irvine Loudon, « The transformation of maternal mortality », *British Medical Journal* 305 (1992), 1557-60.
- [11] Isabella Danel, « Maternal mortality reduction, Honduras, 1990-1997: a case study », rapport préparé par la Banque mondiale (Washington, DC: Banque mondiale 2000). Voir aussi Jorge H. Melendez, Jose C. Ochoa, Yanira Villanueva, « Investigación sobre mortalidad materna y de mujeres en edad reproductiva en Honduras » (Honduras, 1999). OMS, UNICEF et FNUAP, *Mortalité maternelle en 1995: estimations de l'OMS, de l'UNICEF et du FNUAP*.
- [12] Agence des États-Unis pour le développement international (USAID): « Improving the quality and outcomes of obstetric & neonatal care in rural Nicaragua », Maternal health technical series announcement, quality assurance project quarterly report (Washington, DC: USAID, octobre-décembre 2000).
- [13] Enquête Démographique et de Santé/RDC 2013 – 2014.
- [14] Multi Indicator Cluster Survey (MICS), 2010.
- [15] OMANYONDO OHAMBE M-C (2018), Santé de la Reproduction.
- [16] PNSR (2010), Politiques et stratégies de la santé de la reproduction en RDC.