



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)

ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023

Received, 18 April 2025

Accepted, 02 August 2025

Published, 21 August 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Sineno, A. R. et al. (2025). Application du Protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, province de l'Ituri (République Démocratique du Congo) expériences et attentes des sages-femmes. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 7(2), 69-91. <https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.5>

Research

Application du Protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, province de l'Ituri (République Démocratique du Congo) : expériences et attentes des sages-femmes

Implementation of the Maputo Protocol in the Bunia Health Zone, Ituri Province (Democratic Republic of the Congo): Experiences and Expectations of Midwives

Ruth Adjiba Sineno^{1, 2}, Alexis François Bwanga Ngwamah², Jean-Paul Koto-Te-Nyiwa Ngbolua^{2, 3}, Roger Mwimba Mbungu⁴, Leyka Basua Babintu Mukandu²

¹Institut Supérieur des Technique Médicale de Bunia, Bunia, Ituri, République Démocratique du Congo

²École Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

³Département de Biologie, Faculté des Sciences et Technologies, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

⁴Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo

*Correspondance : jpngbolua@unikin.ac.cd ; Tel : +243-816-687-9527;

Résumé

Les lois sur l'avortement demeurent restrictives dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. Pourtant, les États membres de l'Union africaine, dont la République Démocratique du Congo, ont ratifié le Protocole de Maputo, reconnaissant l'avortement médicalisé comme un droit en santé reproductive. Son application reste cependant limitée, contribuant au maintien d'un taux élevé de mortalité maternelle, notamment dans la zone de santé de Bunia (Ituri). Cette étude vise à analyser l'expérience et les attentes des sages-femmes face à la mise en œuvre de ce Protocole. De type exploratoire, descriptive et multicentrique, elle repose sur une approche phénoménologique. Quatorze sages-femmes de la zone de santé urbano-rurale de Bunia ont été interrogées à l'aide d'entretiens semi-directifs. Les résultats révèlent une perception ambivalente : espoir de progrès en matière de droits reproductifs, mais aussi frustration liée aux limites de l'opérationnalisation. Plusieurs obstacles ont été identifiés : résistances des prestataires, stigmatisation sociale, et inadéquation entre le cadre légal et son application concrète. Toutefois, certains leviers apparaissent favorables : formation continue des sages-femmes, sensibilisation communautaire, mobilisation de ressources financières, humaines et matérielles. Les participantes expriment des attentes fortes, traduisant un besoin urgent d'engagement structuré des autorités sanitaires et juridiques. L'étude, approuvée par le comité éthique institutionnel (n°055/ESU/ISTM/DG/2022 du 06/10/2022), avec consentement libre et éclairé, offre des pistes pour renforcer l'opérationnalisation du Protocole dans les zones post-conflit. Elle souligne la nécessité d'une synergie entre volonté politique, renforcement des capacités et transformation socioculturelle afin d'assurer un accès effectif et équitable aux droits en santé reproductive.

Mots clés : Protocole de Maputo, Avortement médicalisé, Sages-femmes, Santé maternelle, Zone de santé de Bunia

Abstract:

Abortion laws remain restrictive in most sub-Saharan African countries. Yet, member states of the African Union, including the Democratic Republic of Congo, have ratified the Maputo Protocol, which recognizes medical abortion as a right in reproductive health. However, its implementation remains limited, contributing to persistently high maternal mortality rates, particularly in the Bunia health zone (Ituri). This study seeks to analyze the experiences and expectations of midwives regarding the implementation of the Maputo Protocol in this region. It is an exploratory, descriptive, and multicenter study, based on a phenomenological approach. Fourteen midwives from the urban-rural health zone of Bunia were interviewed through semi-structured interviews. Findings reveal ambivalent perceptions: hope for progress in reproductive rights, yet frustration with the slow and partial operationalization. Several obstacles hinder implementation: resistance from healthcare providers, strong social stigma, and a gap between the legal framework and its practical application. Nonetheless, some enabling factors were identified: continuous training of midwives, community awareness campaigns, and mobilization of financial, human, and material resources. Participants expressed strong expectations, highlighting the urgent need for structured engagement from health and legal authorities. The study, approved by the institutional ethics committee (n°055/ESU/ISTM/DG/2022 of 06/10/2022), with free and informed consent obtained from all participants, provides concrete insights for strengthening the operationalization of the Protocol in post-conflict areas. It emphasizes the need for synergy between political commitment, capacity building, and sociocultural transformation to ensure effective and equitable access to reproductive health rights.

Keywords: Maputo Protocol, Safe Abortion, Midwives, Maternal Health, Bunia Health Zone

1. Introduction

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**, représente le principal cadre juridique de protection des droits sexuels et reproductifs des femmes sur le continent. Son **article 14** consacre notamment le droit à un avortement sécurisé, sous certaines conditions clairement définies. (UA, 2003). Pourtant, dans la majorité des pays d'Afrique subsaharienne, dont la République Démocratique du Congo, les lois sur l'avortement demeurent restrictives, et l'application effective du Protocole reste limitée. Cette situation contribue au maintien d'un taux élevé de mortalité maternelle, notamment en Afrique subsaharienne où, en 2019, on enregistrait 185 décès pour 100 000 avortements (Bankole et al., 2020), avec environ 97 % des avortements non sécurisés survenant dans les pays en développement (Bearak et al., 2020). En RDC, bien que la ratification du Protocole ait eu lieu en 2006, sa publication officielle au Journal Officiel n'a été faite qu'en 2018, retardant ainsi son application. Le pays continue d'enregistrer un taux de mortalité maternelle élevé (557 pour 100 000 naissances vivantes en 2022, selon l'UNICEF (2023), aggravé par le recours fréquent à des avortements clandestins, comme observé à Kinshasa (Chae et al., 2017) ou plus récemment dans la province de l'Ituri, où une étude a révélé un taux de 45,45 % d'avortements chez les femmes en âge de procréer, dont 7,78 % clandestins (Lonema et al., 2024). Dans la zone de santé de Bunia, marquée par les conflits armés, les violences sexuelles et les grossesses non désirées sont monnaie courante, et les sages-femmes sont confrontées à des défis multiples dans la mise en œuvre du Protocole. Dès

lors, cette étude s'interroge : comment ces professionnelles expérimentent-elles l'application du Protocole de Maputo dans ce contexte post-conflit ? Deux questions secondaires en découlent : comment renforcer l'applicabilité dudit Protocole et quelles sont les attentes des sages-femmes quant à sa mise en œuvre ? Pour répondre à ces questions, l'objectif général est de comprendre l'expérience et les attentes des sages-femmes de la zone de santé de Bunia concernant l'application du Protocole de Maputo. Les objectifs spécifiques consistent à : (1) explorer leur perception de ce Protocole ; (2) examiner leur vécu professionnel face à sa mise en œuvre ; (3) identifier les obstacles à son application ; (4) décrire les leviers favorables à son opérationnalisation ; et (5) appréhender les attentes exprimées par les sages-femmes quant au rôle des autorités sanitaires et judiciaires.

2. Matériel et Méthodes

2.1 Site d'étude

La présente étude multicentrique est menée en République Démocratique du Congo, dans la province de l'Ituri, plus précisément dans la ville de Bunia et dans la zone de santé urbano-rurale de Bunia. Cette zone de santé est délimitée au nord par la zone de santé de Nizi, à l'est par celle de Lita, au sud par la portion terminale de la zone de santé de Lita et le début de celle de Rwampara, et à l'ouest par la zone de santé de Rwampara. Les données ont été collectées dans huit formations médicales, dont quatre publiques et quatre privées, à savoir : le Centre Hospitalier Mudzimaria, le Centre de Santé Bankoko, le Centre de Santé Lembabo, l'Hôpital Général de Référence de Bunia, le Centre Hospitalier Sokimo, le Centre Hospitalier Bunia Cité, le Centre de Santé Ngezi et le Centre de Santé de Bigo. Ces institutions ont été choisies en raison de leur rôle de structures de référence offrant des soins de santé maternelle aux femmes enceintes depuis plus de deux décennies, et elles disposent de personnel qualifié. De plus, ces établissements ont été régulièrement sensibilisés au Protocole de Maputo, ce qui justifie leur inclusion dans cette étude.

2.2 Méthodes

Dans le cadre d'une étude descriptive et qualitative fondée sur l'approche phénoménologique, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatorze participantes issues des huit formations médicales précitées. La phénoménologie, courant de pensée initié par Husserl au XXe siècle, s'intéresse à l'"expérience de vie" d'une personne (Polit & Beck, 2007) et a été choisie ici pour explorer en profondeur le vécu des prestataires de soins, en particulier des sages-femmes, autour de l'application du Protocole de Maputo dans les structures médicales prenant en charge les femmes exposées à des situations relevant des conditions d'applicabilité dudit Protocole, telles que les violences sexuelles, les grossesses non désirées, l'inceste ou encore les atteintes psychologiques graves impactant la gestation. Cette démarche vise à recueillir, à travers des entretiens approfondis, la perception, l'expérience, les obstacles rencontrés, ainsi que les leviers d'action et les attentes exprimées par les sages-femmes en vue de favoriser une mise en œuvre effective et adaptée du Protocole de Maputo.

2.2.1 Population et Échantillon

Cette étude a inclus l'ensemble des sages-femmes exerçant dans les structures de santé publiques et privées de la zone de santé de Bunia depuis l'adoption du Protocole de Maputo en République Démocratique du Congo. Pour participer à cette recherche, les critères suivants ont été retenus : être sage-femme de formation, avoir bénéficié d'une formation sur le Protocole de Maputo, être affectée dans un service prenant en charge les femmes répondant aux conditions d'application dudit Protocole, et exercer depuis au moins deux ans. Une triangulation de l'échantillonnage non

probabiliste a été utilisée, combinant l'échantillonnage de convenance, en boule de neige et de choix raisonné. Ainsi, à partir d'une première sage-femme, d'autres participantes ont été identifiées, en ciblant notamment les points focaux. La sélection de l'échantillon a été encadrée par des principes directeurs incluant la saturation des données — atteinte lorsque l'ajout de nouvelles participantes n'apporte plus d'informations nouvelles — et la consolidation des données jusqu'à obtention d'une exhaustivité suffisante (Ngwamah et al., 2024). La saturation a été observée à partir de la onzième participante, et l'échantillon a été renforcé jusqu'à quatorze sages-femmes, constituant ainsi notre taille finale.

2.2.2 Technique et instrument de collecte des données

Pour collecter les informations nécessaires, des entretiens semi-directifs ont été menés auprès de quatorze participantes. L'outil principal de collecte était un guide d'entretien structuré en deux parties : la première portait sur les caractéristiques sociodémographiques des participantes, tandis que la seconde comprenait les questions spécifiques en lien avec le phénomène étudié (en annexe). Les enregistrements audio des entretiens ont été réalisés à l'aide de téléphones portables équipés de cartes mémoire de 128 Go, garantissant ainsi la conservation et la fiabilité des données recueillies.

2.2.3 Traitement et analyse des données

De la première jusqu'à la quatorzième participante, la collecte des données s'est déroulée de manière continue. Les entretiens ont été enregistrés, puis transcrits intégralement afin d'identifier les informations pertinentes liées au phénomène étudié, en attribuant à chaque verbatim une unité de signification. L'analyse thématique a été menée selon plusieurs étapes : identification des énoncés essentiels, attribution de significations à ces énoncés, et organisation de ces significations autour de thèmes centraux. Cette démarche a permis une structuration rigoureuse des concepts et des catégories émergentes. À partir des thèmes retenus, nous avons dégagé des sous-thèmes, des catégories et des sous-catégories, que nous avons illustrés et appuyés par des extraits verbatim issus des entretiens.

2.3 Considération d'ordre d'éthique

Étant donné que cette étude porte sur des individus, l'approbation du Comité National d'Éthique de la Santé a été obtenue sous le numéro 055/ESU/ISTM/DG/2022 en date du 06/10/2022. Toutes les mesures nécessaires ont été prises afin de garantir les droits des participantes, notamment par l'obtention d'un consentement libre et éclairé, avec la possibilité pour chacune de se retirer à tout moment de l'étude sans subir aucune conséquence. Par ailleurs, des garanties strictes ont été mises en place pour assurer la confidentialité et l'anonymat des données recueillies tout au long de l'enquête.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des sujets d'étude

Les participantes à cette étude présentaient les caractéristiques sociodémographiques suivantes : leur âge variait entre 22 et 43 ans, avec une moyenne de 32,35 ans ; leur niveau d'instruction se répartissait entre dix détentrices du diplôme A1 (BAC+3) et quatre du diplôme A0 (BAC+5). Concernant leur état civil, huit étaient célibataires et six mariées. Leur ancienneté au service variait de 2 à 10 ans, avec une moyenne de 5,85 ans.

3.2. Développement des thèmes, sous thèmes, catégories et sous catégories

À l'issue des entretiens menés avec les participantes, deux grands thèmes ont émergé : le premier, intitulé « Représentation des sujets d'étude sur le Protocole de Maputo », reflète la compréhension, les perceptions et les opinions des sages-femmes à l'égard dudit protocole ; le second, « Expérience des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo », met en lumière les vécus, les pratiques, les défis rencontrés ainsi que les stratégies adoptées dans la mise en œuvre de ce protocole dans leurs milieux de travail.

3.2.1 Expérience des Sage- femmes sur l'application du Protocole de Maputo.

L'analyse thématique de ce thème central a permis de dégager cinq sous-thèmes principaux. Le premier concerne la perception des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo, avec deux catégories : perception positive et perception négative. Le deuxième sous-thème porte sur l'expérience des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo, qui se divise également en deux catégories : expérience positive et expérience négative. Le troisième sous-thème aborde les difficultés d'applicabilité du Protocole de Maputo, subdivisé en trois catégories : limites des prestataires, non-applicabilité des lois promulguées dans le Protocole de Maputo, et limites de la communauté vis-à-vis du Protocole de Maputo. Le quatrième sous-thème se réfère aux leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo, qui incluent coordination des soins et sensibilisation et communication. Enfin, le cinquième sous-thème traite des attentes des sages-femmes face à l'application du Protocole de Maputo, avec deux catégories : amélioration des connaissances des sages-femmes, juges, et sensibilisation de la communauté, et acquisition de ressources financières, matérielles et humaines. Ces sous-thèmes offrent une vue d'ensemble sur l'approche des sages-femmes vis-à-vis du Protocole de Maputo, en mettant en lumière les défis et attentes liés à son application.

3.2.2 Perception sur l'application du protocole de Maputo.

L'analyse thématique de ce thème central a abouti à deux sous-catégories. La première sous-catégorie traite de la perception positive du Protocole de Maputo, qui se divise en cinq sous-catégories : diminution du taux de décès maternels et des complications, amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la femme, autonomisation de la femme, réduction du taux de violence sexuelle et diminution des mariages précoces. La deuxième sous-catégorie se concentre sur la perception négative, avec des aspects tels que l'augmentation des interruptions volontaires de grossesses et l'opposition à la coutume et à la religion. L'encadré ci-après résume ces catégories et sous-catégories, offrant un aperçu détaillé des perceptions des sages-femmes concernant le Protocole de Maputo.

Tableau 1. Perception des Sage-femme sur l'application du protocole Maputo

Sous-thème	Catégorie	Sous-catégorie	Verbatim
Perception sur l'application du protocole de Maputo	Perception positive	Diminution de taux de décès maternels et des complications	<p><i>R_{1,4,5,9} « ...personnellement, il y a réduction du taux de décès maternel dans le sens où les femmes avortent dans des conditions normales au lieu de consulter les charlatans ... »</i></p> <p><i>R_{3,6} « ...Bon car ça diminue les complications dues aux avortements... »</i></p> <p><i>R₇ « ...Bon, parce qu'il nous aide à diminuer le taux de décès maternels causé par les avortements étant donné que nous tous, poursuivons un seul objectif de lutter contre le décès maternel dans notre pays... »</i></p> <p><i>R₁₀ « ... Ah ! vraiment nous disons que ce protocole vaut la peine parce que vouloir ou pas les femmes se font avorter d'une manière silencieuse et nous recevons que les différents cas des complications, c'est pourquoi mettez seulement un service à part pour ce protocole et veuillez former les prestataires et faites équiper le service ... »</i></p>
		Amélioration de la santé sexuelle et reproductive de la femme	<p><i>R_{3,5,8,9,12,13,14} « ...Grâce à l'application du protocole de Maputo, les femmes recouvrent leur santé après l'avortement... ».</i></p> <p><i>R_{2,6,12} « ...Ce protocole permet aussi aux femmes de recevoir les soins des qualités ... »</i></p> <p><i>R₁₁ « ... Cette application améliore la santé sexuelle et reproductive de la femme... »</i></p>
		Autonomisation de la femme	<p><i>R_{1,4,7,9} « ... Grâce à ce protocole la femme devient autonome... »</i></p> <p><i>R_{3,8} « ... cette application donne à la femme le pouvoir de décider d'elle-même sur sa santé reproductive... »</i></p>
		Réduction du taux de violence sexuelle	<p><i>R_{10,12} « ...Entraine la réduction de taux de violence sexuelle..... »</i></p> <p><i>R_{1,5,8} « ...ce protocole permet de renforcer la protection des femmes en matière de violence sexuelle... »</i></p>
		Diminution des mariages précoces	<i>R_{8,14} « ...son application réduit les mariages forcés et précoces... »</i>
		Perceptions négatives	<p><i>R_{9,11} « ...l'application de ce protocole multiplie les cas d'interruption volontaire de la grossesse par les femmes... ».</i></p>
		Opposition à la coutume et religion	<i>R_{3,5,7} « ...ce protocole désoriente les femmes face à leur culture et religion ... »</i>

Il ressort de ce tableau que le protocole contribue à la diminution du taux de décès maternels et des complications liées aux avortements, en offrant un cadre sûr pour les femmes. De plus, il améliore la santé sexuelle et reproductive des femmes, favorise leur autonomisation en leur donnant le pouvoir de décider de leur santé reproductive et réduit la violence sexuelle ainsi que les mariages précoces. En revanche, certaines perceptions négatives soulignent que ce protocole pourrait entraîner une augmentation des interruptions volontaires de grossesse et provoquer un conflit avec les normes culturelles et religieuses, désorientant ainsi certaines femmes par rapport à leurs traditions.

3.2.3 Expérience des Sage- femmes sur l'application du protocole de Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a donné lieu à deux catégories. La première catégorie, expérience positive, comprend quatre sous-catégories : réduction des pratiques néfastes, autonomisation communautaire, renforcement des capacités professionnelles. La deuxième catégorie, expérience négative, est divisée en quatre sous-catégories : négligence des méthodes préventives, résistance socioculturelle, manque de ressources et d'infrastructures, et conflit interprofessionnel. Cet encadré présente en détail ces catégories et sous-catégories, offrant un aperçu des expériences vécues par les sages-femmes concernant l'application du Protocole de Maputo.

Tableau 2. Expérience des Sage-femmes sur l'application du Protocole de Maputo: Perspectives et Réalités de Terrain

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Expérience sur le protocole de Maputo	Expérience positive	Réduction des pratiques néfastes	<i>R_{9,4} « ...oui, ça permet de travailler avec la communauté dans le sens de mettre fin à de mariage forcé par les parents »</i> <i>R_{11,13} « ...Réduction de discrimination des violences basée sur les genres »</i>
		Autonomie communautaire	<i>R₄« ...garantit l'éducation et information des jeunes filles... »</i> <i>R_{7,9,11,14}, « ...avant la communauté était très limitée pour décider à certaine chose cette fois si grâce à ce protocole elle est libérée... »</i> <i>R_{2,8},« ...vraiment nous observons une plaine autonomie de la communauté quant à la lois sur les avortements... »</i>
		Renforcement des capacités professionnelles	<i>R_{1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14}« ... nous avons été capacité sur l'application à l'application du protocole ... »</i>
	Expérience négative	Négligence des méthodes contraceptives	<i>R_{1,10,8}« ...résistance à l'adhésion aux méthodes contraceptives..... »</i> <i>R_{2,12,13,14}« ... La majorité de femme n'est pas pour l'utilisation des méthodes de la planification familiale... »</i>
		Résistance	<i>R_{13,14} « ...Dans notre milieu parler de la</i>

	socioculturelle	<i>contraception est un tabou ce qui empêche la fréquentation de femme au service de la planification familiale... »</i> <i>R₆ « ... Notre coutume refuse les avortements, ce n'est pas du tout bon et il y a des conséquences si vous insistez... »</i>
	Manque des ressources et infrastructures	<i>R_{1,2,3,4} « ...le manque ou insuffisance des matériels et équipement dans notre structure complique la prise en charge... »</i> <i>R_{9,10,11} «... rupture de stock des contraceptions nécessaires nous oblige de transférer certaines ...</i>
	Conflit interpersonnel	<i>R_{1,2,3,4,5,6} «...les médecins ne veulent pas nous associées dans la pratique en disant que ce leur acte médical pas pour les autres... » .</i>

Le tableau 2 met en évidence les expériences vécues par les participants concernant la mise en œuvre du protocole de Maputo. Les expériences positives rapportées incluent la réduction des pratiques néfastes telles que les mariages forcés et la discrimination basée sur le genre, le renforcement de l'autonomie communautaire notamment à travers l'éducation des jeunes filles et une meilleure capacité de décision, ainsi que le renforcement des compétences professionnelles des prestataires grâce à des formations spécifiques. En revanche, des expériences négatives ont été relevées, telles que la négligence des méthodes contraceptives due à une faible adhésion des femmes à la planification familiale, des résistances socioculturelles persistantes où la contraception demeure un sujet tabou, un manque de ressources et d'infrastructures adéquates entravant la prise en charge efficace, ainsi que des conflits interpersonnels entre professionnels de santé, certains médecins refusant d'impliquer les sages-femmes dans la mise en œuvre du protocole.

3.2.4 Difficultés d'applicabilité du Protocole de Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a révélé trois catégories : Premièrement, *les limites des prestataires*, comprenant trois sous-catégories : non-maîtrise de certaines techniques relatives à l'application du Protocole de Maputo, facteurs socioculturels et religieux, et appropriation de l'acte par les médecins. Deuxièmement, *la non-applicabilité des lois promulguées dans le Protocole de Maputo*, avec deux sous-catégories : ignorance de l'existence de la loi et négligence de la loi. Troisièmement, *les limites de la communauté concernant le Protocole de Maputo*, comprenant : sous-information sur le Protocole de Maputo, carence des services appropriés, insuffisance de fonds, influence culturelle et religieuse, et peur.

Tableau 3. Difficultés rencontrées dans l'application du Protocole de Maputo

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
d'applicabilité du Protocole de Maputo	Limites des prestataires	Non maîtrise de certaines techniques relatives à l'application du protocole	<i>R1,12,14 « ...oooh, je ne jamais touché aux matériels de curetage, par ou dois- je commencer ? vous voulez m'amener en prison ... »</i> <i>R2, 8,10, « ...dans ma vie je fais des choses qui sont à ma compétence point</i>

	Maputo		<i>barre je n'aime pas être codeco pardon... »</i> <i>R4,6,7, 11 « ...je n'ai pas assez de compétence sur le protocole de Maputo... »</i>
	Facteurs socioculturels et religieux.	et	<i>R2, ,11,12 « ...le monde tant à sa fin lorsque la loi ne respecte pas la bible, c'est triste... »</i> <i>R3,5,7,9 « ...Je ne peux jamais tuer, c'est contre ma confession stp... »</i> <i>R 1 ,10 et 14 « ...en Afrique la richesse c'est avoir beaucoup d'enfants comment peux je tuer ce que Dieu m'a donné, jamais... »</i>
	Appropriation de l'acte par les médecins	de	<i>R1,4 ,5,8 9« ...les médecins ne nous laissent pas l'occasion de pratiquer les avortements ... »</i> <i>R3, 7 « ...dernière tout ça il y'a de l'argent raison pour laquelle ils ne veulent pas céder aux autres ... »</i>
	Non applicabilité de lois promulguées dans le protocole de Maputo	Ignorance de l'existence de la lois	<i>R1,3,6,7,9,10 « ...depuis quand votre pays a autorisé les avortements ? Nous ici à Bunia on n'a pas trop d'informations, seulement vous les kinois... »</i> <i>R 4, 8 « ...nous n'avons pas assez de temps de suivre vos lois, notre grand souci de la restauration de la sécurité d'abord... »</i>
		Négligence de la lois	<i>R1,2,3,4,7 « ...existence de la lois ça fait quoi pour nous shiaaa... »</i> <i>R 5,9,12 «... on safout avec la loi... »</i>
	Limite de la communauté sur le protocole de Maputo	Sous information sur le protocole de Maputo	<i>R,5,13 14</i> <i>«... La communauté ignore l'existence et l'application du protocole de Maputo... »</i> <i>R,3,4, « ... les gens ne savent pas et ne comprennent pas à quoi consiste réellement le protocole de Maputo... »</i>
	Carence des services appropriés	des services appropriés	<i>R,2,12,13,14 «....absence de structures appropriées et équipés empêche les femmes à bénéficier des services garantis dans le protocole de Maputo... »</i>
	Insuffisance de fond	de	<i>R,1,3,4,5,8, 9, 14« ...Comme nous dans la zone d'insécurité la population n'as pas vraiment assez de moyen de se prendre en charge, tous ces facteurs bloquent aussi leur fréquentation...».</i>

	Influence culturelle et religieuse	<i>R_{1,7,8,9,11} « ...les femmes ne demandent pas le service de l'avortement ou de méthode contraceptive par crainte d'être jugé par la communauté... » R_{2,3} « en faisant tout ça il y a de l'impact négatif par rapport avec notre tradition... »</i>
	Peur	<i>R_{2,4,5,6,9} «... ils craignent l'Etat qui cherche les infraction par tout et dans tout»</i>

L'applicabilité du Protocole de Maputo rencontre de nombreux obstacles à différents niveaux dans les zones concernées, notamment à Bunia (Tableau 3). Les prestataires de soins expriment une méconnaissance technique et un manque de formation sur les procédures médicales liées à l'avortement sécurisé, ce qui génère de la peur et des réticences. À cela s'ajoutent des résistances profondes d'ordre socioculturel et religieux, où les normes traditionnelles valorisent la fécondité et condamnent l'avortement, perçu comme un acte immoral ou criminel. Certains dénoncent aussi l'appropriation exclusive de cet acte par les médecins, perçue comme motivée par des intérêts économiques. Par ailleurs, une grande ignorance ou négligence des lois promulguées dans le cadre du Protocole de Maputo persiste, renforcée par l'insécurité et l'instabilité locales qui relèguent ces questions au second plan. La sous-information au sein de la communauté, combinée à une carence de structures adaptées et à l'insuffisance de moyens financiers, limite considérablement l'accès aux services liés à la santé sexuelle et reproductive. Enfin, la crainte de la stigmatisation communautaire et des sanctions étatiques contribue à l'autocensure des femmes et des prestataires, freinant ainsi la mise en œuvre effective du protocole.

3.2.5 Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a permis de dégager deux catégories. La première catégorie : *Coordination des soins*, qui se divise en trois sous-catégories : organisation des soins, répartition des tâches entre les médecins et les sages-femmes dans les soins complets des avortements, et transfert de la cliente. La deuxième catégorie : *Sensibilisation et communication*, qui comprend deux sous-catégories : campagnes de causeries avec la communauté sur le Protocole de Maputo, et besoin d'émissions à la télévision, à la radio, et sur les réseaux sociaux concernant le Protocole de Maputo.

Tableau 4. Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo	coordinations des soins	Organisation des soins	<i>R_{1,6} « ...mettez en place un service spécifique pour assurer une prise en charge de qualités... »</i>
		Répartition des tâches entre les médecins et les sages – femmes	<i>R_{3,5,7,8,9,10} « ... faire la répartition des tâches entre les médecins et les sages – femmes... » R₄ « ...chacun doit reconnaître ce qu'il est appelé à faire... »</i>

	Transfert de la cliente	<i>R_{2,3,4,6,7,8,9,10} « ...arrivée à la fin de compétence nous décidons seulement le transfert ... »</i>
Sensibilisation et communication	Campagnes des causeries avec la communauté	<i>R_{1,2,3,4,8,9} «...l'organisation des campagnes des causeries avec la communauté s'avère importante ... »</i>
	Besoins d'émission à la télévision, radio, réseaux sociaux	<i>R_{3,5,8,9} « ...il est crucial d'avoir des émissions (à la télévision, radio, réseaux sociaux), pour sensibiliser la population aux questions de la santé sexuelle et reproductive... »</i> <i>R_{1,2,,4,,6,7,9,12,14}« ...Les émissions à la radio sont vraiment très nécessaires, ah oui, très nécessaires vraiment pour aider les femmes à savoir comment prévenir les grossesses non désirées ...»</i>

Pour favoriser l'application effective du Protocole de Maputo, plusieurs leviers sont identifiés par les prestataires (Tableau 4). Sur le plan de la coordination des soins, il est recommandé de mettre en place des services dédiés à la santé sexuelle et reproductive, afin d'assurer une prise en charge de qualité. La répartition claire des tâches entre les médecins et les sages-femmes est également perçue comme essentielle, chaque acteur devant connaître ses responsabilités et ses limites. Lorsque les compétences atteignent leurs bornes, le transfert des patientes vers des structures ou professionnels mieux outillés est évoqué comme une pratique judicieuse. En parallèle, l'importance de la sensibilisation communautaire est fortement soulignée. L'organisation de causeries éducatives, combinée à des émissions médiatiques via la télévision, la radio et les réseaux sociaux, apparaît comme une stratégie clé pour informer la population, briser les tabous, et encourager l'adoption des services prévus par le Protocole, notamment en matière de prévention des grossesses non désirées.

3.2.6 Attente des sages-femmes face à l'application du protocole Maputo

L'analyse catégorielle de ce sous-thème du thème central a permis de dégager deux catégories. La première catégorie : *Amélioration des connaissances des sages-femmes*, qui se divise en deux sous-catégories : la formation continue des sages-femmes et des juges, et sensibilisation de la communauté sur l'avortement sécurisé. La deuxième catégorie : *Acquisition des ressources financières, matérielles et humaines*, qui comprend trois sous-catégories : installation et accessibilité des services appropriés, disponibilité des prestataires compétents, et disponibilité financière.

Tableau 5: Attentes des sages-femmes vis-à-vis de l'application du Protocole de Maputo

Sous-thème	Catégories	Sous-catégories	Verbatim
Attente des sages-femmes face à l'application du protocole Maputo	Amélioration des connaissances	Formation continue des sages-femmes, et des juges	<i>R_{1,2,13} « ... nous avons besoins d'une formation continue des, sages- femmes et des juges sanctionnée par un brevet ... »</i> <i>R_{6,7}« ...on apprend des nouvelles théories et pratiques grâce aux formations continue... »</i> <i>R_{5,8,9,10,11}« ...la capacitation</i>

		<i>régulière améliore la qualité des soins... »</i>
	sensibilisation de la communauté sur l'avortement sécurisé.	<i>R 3,5,7,8,9,10 « ...promotion des soins à travers la radios locales, affiches, et réseaux sociaux »</i> <i>R1,2,13 « ... nous avons besoins d'une formation continue des, sages-femmes et des juges sanctionnée par un brevet ... »</i> <i>R 6,7, « ...on apprend des nouvelles théories et pratiques grâce aux formations continue... »</i> <i>R5,8,9,10,11, « ...la capacitation régulière améliore la qualité des soins... organisation des conférences éducatives en matière de santé de reproduction en compte du contexte culturel et linguistique des communautés... »</i>
Acquisition des ressources financières, matérielles et humaines.	Installation et accessibilité de service approprié de soins complets d'avortement	<i>R 1,4,6,7 « ...Il faudrait que le service de santé sexuelle et reproductive soit disponible pour toute la communauté... »</i> <i>R 3,5,3,6« ... il faudrait que le service soit proche de la communauté et sur tout tenir compte de la distance cad vous devez disponibilisez les moyens de transport... »</i> <i>R1,8,10,14«... avoir des structures propres pour la santé de reproduction des femmes, les personnels spécialistes, bien rodés en matière est vivement important...»</i>
	Disponibilité des prestataires compétents	<i>R 4,8« ... les prestataires aussi doivent être permanant et qualifiés...»</i>
	Disponibilité financière	<i>R 1,2,3,4,6,7,8,13,14« ... besoins de financement cad budget suffisant pour couvrir les couts des opérations, des salaires, de la formation et des fournitures ... »</i> <i>R14 « ...avoir de l'argent pour vulgariser l'information afin de mettre en œuvre le protocole Maputo....»</i>

Selon le tableau 5, les sages-femmes expriment plusieurs attentes majeures pour une meilleure application du Protocole de Maputo. Elles insistent d'abord sur l'amélioration de leurs connaissances à travers une formation continue, non seulement pour elles-mêmes mais aussi pour les juges, cette formation devant être sanctionnée par un brevet afin de garantir un haut niveau de compétence. La sensibilisation communautaire sur l'avortement sécurisé est également considérée comme essentielle, passant par la promotion de l'information via les radios locales, les affiches, les réseaux sociaux, ainsi que par l'organisation de conférences adaptées aux contextes culturels et linguistiques. En outre, elles attendent une acquisition renforcée des ressources financières, matérielles et humaines : cela implique l'installation de services accessibles de santé reproductive, dotés de structures adaptées

et de personnels compétents et permanents. Enfin, la disponibilité financière est jugée primordiale pour soutenir les coûts opérationnels, assurer la formation continue, rémunérer adéquatement le personnel et financer les activités de sensibilisation indispensables pour la mise en œuvre effective du Protocole.

4. Discussion

4.1. Expérience des sages-femmes sur l'application du protocole de Maputo.

○ Perception des Sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo.

La perception des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo a révélé des perceptions à la fois positives et négatives. L'application du Protocole de Maputo est perçue positivement sous plusieurs aspects : d'abord, comme une diminution du taux de décès maternels et des complications (R1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10), ce qui rejoint Mayack (2022), qui révèle dans son étude menée au Cameroun que l'une des principales causes de décès maternels en milieu hospitalier est liée aux complications d'avortements non sécurisés. Ensuite, comme une amélioration de la santé sexuelle et reproductive des femmes (R1,3,4,5,6,7,9,10). Le rapport de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (2014) reconnaît le Protocole comme garantissant aux femmes le droit de jouir du meilleur état de santé possible, y compris la santé mentale et physique, tel que mentionné à l'article 14.2.c. Par la suite, il est perçu comme une autonomisation des femmes (R1, 3, 4, 7, 8, 9). Fiol et al. (2016) soulignent que, dans les endroits où l'avortement est permis, la méthode médicamenteuse devient la principale. Cette méthode représente un progrès tant pour les femmes que pour le personnel de santé, en offrant la possibilité aux femmes de gérer l'avortement à domicile. La prise en charge autonome constitue ainsi une option efficace pour les femmes et les adolescentes souhaitant interrompre leur grossesse (Wainwright et al., 2016).

Le Protocole de Maputo est également perçu comme une réduction du taux de violence sexuelle (R1, 5, 8, 9, 10, 11, 12). Près de quatre répondants sur dix affirment que les cas de violence sexuelle basée sur le genre sont fréquents dans leur communauté, bien que les perceptions varient considérablement d'un pays et d'un groupe démographique à l'autre. Le Protocole de Maputo vient contrer les effets des violences sexuelles à l'encontre des femmes (Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2014). Enfin, il est perçu comme une diminution des mariages précoces (R4, 9, 11, 13). Selon Soumah & Pemba (2012), la pratique de la sexualité avant le mariage est courante dans de nombreux pays africains, en raison du recul de l'âge du mariage et de la précocité des rapports sexuels. Cette activité sexuelle chez les jeunes les expose au risque de grossesses non désirées. Le mariage précoce reste souvent une sanction punitive, bien qu'il constitue une violation des droits humains, avec des conséquences graves pour les jeunes filles.

En résumé, cette perception rejoint le troisième objectif de développement durable d'ici 2030, qui prône la meilleure santé et la promotion du bien-être de tous à tout âge (UNFPA RDC, 2023). Cependant, l'application du Protocole de Maputo est également perçue négativement, notamment en raison de l'augmentation des interruptions volontaires de grossesse (R9, 11) et de l'opposition culturelle et religieuse. Soumah & Pemba (2012) stipulent que limiter l'accès légal à l'avortement ne le diminue pas, mais au contraire, cela augmente probablement le nombre de femmes cherchant à avorter par des moyens clandestins et non sécurisés, ce qui entraîne une morbidité et une mortalité accrues. Concernant l'opposition à la culture et à la religion, le Protocole de Maputo aborde

explicitement la question de la culture. Il ne nie pas l'importance ou la pertinence de la culture dans la société, mais l'article 17 oblige les États à garantir aux femmes le droit de vivre dans un « contexte culturel positif » (Kavinya, 2013). Toutefois, une étude menée par Elomrani et al. (2023) prouve que l'avortement provoqué est un sujet tabou, fortement stigmatisé, et qu'il porte atteinte à l'image sociale de la personne. Au Cameroun, il est également restrictif (Mayack, 2022).

○ **Expérience des sages-femmes sur l'application du protocole de Maputo**

L'expérience des sages-femmes sur l'application du Protocole de Maputo révèle une gamme d'impacts, à la fois positifs et négatifs. D'un côté, il y a des retours favorables concernant la réduction des pratiques néfastes, l'autonomisation communautaire et le renforcement des capacités professionnelles. Ces points sont corroborés par divers auteurs et études, comme celle de Soumah & Pemba (2012), qui soulignent que le Protocole de Maputo protège les femmes contre les pratiques néfastes, telles que les violences sexuelles et les grossesses résultant de rapports forcés. Il permet également aux femmes d'accéder à des services de santé sécurisés. Par ailleurs, l'Union Africaine, à travers le Protocole de Maputo, a formellement soutenu l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, contribuant ainsi à renforcer leurs droits. Mohamed (2021) souligne l'importance de cet instrument dans la lutte contre la violence faite aux femmes et dans l'engagement des secteurs privés à élaborer des politiques antiviolence. Ce soutien est également observé à travers l'amélioration des capacités professionnelles des prestataires de soins de santé, qui bénéficient de formations continues sur les questions liées à la sexualité, la contraception et les services en cas de grossesse non désirée.

Cependant, des expériences négatives émergent également, notamment la négligence des méthodes préventives, la résistance socioculturelle, le manque de ressources et d'infrastructures, ainsi que les conflits interprofessionnels. Par exemple, Soumah & Pemba (2012) notent que les informations sur la sexualité et la contraception sont souvent peu fiables, en raison de leurs sources limitées (médias, entourage), ce qui freine l'utilisation de contraceptifs. Ce manque d'information est un obstacle majeur à l'application des méthodes de contraception, et il est également lié à la peur des effets secondaires de ces produits, comme le montre l'étude de Nyange et al. (2021). La résistance socioculturelle, notamment dans certaines communautés africaines, empêche également la mise en œuvre du Protocole de Maputo. Des chercheurs comme Amosse et al. (2023) indiquent que certaines croyances et pratiques traditionnelles, qui peuvent comporter des risques pour la santé maternelle et infantile, sont encore largement adoptées au détriment des pratiques modernes de santé.

De plus, Elomrani et al. (2023) révèlent que dans certaines régions, la pratique de l'avortement est fortement stigmatisée, et de nombreuses femmes s'y opposent en raison de croyances religieuses et culturelles. Cela complique l'acceptation du Protocole de Maputo, qui aborde précisément les questions liées à l'avortement. Par ailleurs, les infrastructures de santé sont souvent insuffisantes, avec des pénuries de matériel et des ruptures de stock de contraceptifs dans de nombreuses structures sanitaires, comme le soulignent Sekpon et al. (2023). Cela entraîne des difficultés dans la gestion des services de santé maternelle, obligeant parfois les sages-femmes à transférer les patientes vers d'autres établissements.

Enfin, le conflit interprofessionnel, en particulier entre médecins et sages-femmes, reste un problème

majeur. Certains médecins ne souhaitent pas inclure les sages-femmes dans les pratiques liées à l'avortement, malgré leur expertise dans le domaine. Ces désaccords ont mené à des rivalités et à des redéfinitions des rôles professionnels dans la prise en charge de la santé reproductive (Molinier et al., 2010 ; Perrin, 2021). La collaboration interprofessionnelle, comme l'indique Angibaud (2021), est essentielle pour une prise en charge optimale des patientes. Cependant, les tensions au sein des équipes de santé restent un obstacle important à l'application efficace du Protocole de Maputo. En somme, bien que l'application du Protocole de Maputo apporte des améliorations notables en matière de santé reproductive, il demeure des défis importants liés à l'infrastructure, à la résistance socioculturelle et aux tensions professionnelles qui entravent son efficacité.

○ **Difficultés pour l'application du Protocole de Maputo.**

Trois limites ont été identifiées dans ce sous-thème : les limites des prestataires, la non-application des lois promulguées et les limites au sein de la communauté.

Les limites des prestataires signalées sont : la non-maîtrise de certaines techniques relatives à l'application du protocole de Maputo, les facteurs socioculturels et religieux, ainsi que l'appropriation de l'acte par les médecins. Ces limites sont soutenues par certains auteurs, tels que Myran & Bardsley (2018), qui montrent que les patientes ont besoin de médecins non seulement informés sur l'éthique de l'avortement, mais aussi possédant une expertise médicale. Le même auteur précise que les résidents ayant rapporté avoir offert du counseling aux patientes sur l'avortement ou avoir assisté à un avortement durant leur formation étaient deux fois plus susceptibles de se sentir compétents à offrir du counseling à une femme désirant procéder à un avortement (Myran & Bardsley, 2018). Mayack (2022) souligne que les autorités religieuses jouent un rôle non négligeable dans le traitement des sujets relatifs à l'intimité sexuelle et reproductive au Cameroun. La ratification du protocole de Maputo par l'État a suscité des controverses et fait l'objet de protestations, notamment de l'Église catholique et de ses fidèles. Enfin, Barnard et al. (2015), Olavarrieta et al. (2015), et Puri et al. (2015) insistent sur l'importance de transférer les compétences entre les professionnels de santé dans les structures sanitaires. On observe désormais une tendance au travail en équipe, contrairement aux pratiques antérieures où les professionnels exerçaient généralement seuls dans un cabinet privé (Macq, 2024).

La non-application des lois promulguées est due à l'ignorance de l'existence des lois et à la négligence de celles-ci, comme l'évoquent certains sujets d'étude (R1, R3, R6, R7, R9, R10, R4, R8). Le manque de connaissances sur la loi et les méthodes disponibles pour avorter ajoute une nouvelle couche de complexité (Elomrani et al., 2023). Beaucoup de femmes et de prestataires de soins (ainsi que la police et le personnel judiciaire) ignorent ce que la loi permet en matière d'avortement. Par exemple, dans un pays où l'avortement est autorisé jusqu'à 20 semaines d'aménorrhée pour protéger la santé de la femme et en cas d'échec de la contraception, une étude a révélé que plus de 75 % des femmes et des hommes mariés ne savaient pas qu'il était légal dans ces circonstances (Soumah & Pemba, 2012). Certaines recherches montrent que 57 % du personnel médical ne connaît pas les allègements des restrictions en matière d'avortements autorisés dans certains cas, tels que définis dans l'article 14 du protocole de Maputo, auquel la République Démocratique du Congo a adhéré en 2008, et dont la mise en pratique a commencé en 2018

(Mukendi et al., 2024). La négligence de la loi freine la mise en œuvre de cet instrument. La recherche de Mayack (2022) indique que l'application d'une loi libérale dans des pays comme l'Afrique du Sud et la Zambie n'implique pas nécessairement un changement de mentalités, mais que les femmes continuent de recourir à des avortements clandestins, en raison de la persistance de la stigmatisation et des sanctions sociales. Toutefois, malgré les avancées notables en soins de santé reproductive, certaines limites et difficultés persistent pour garantir l'accès universel aux services de SSR, notamment en matière de prévention des grossesses non désirées et des avortements à risque. De plus, la pratique de l'interruption volontaire de grossesse est criminalisée par la législation marocaine et par la religion (Elomrani et al., 2023). Cette recherche rejoint celle de Mukendi et al. (2021), qui soulignent que les connaissances limitées en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) sont l'une des causes des grossesses non désirées. En effet, les déclarations des femmes révèlent une faible connaissance de la réglementation actuelle du pays en matière d'avortement, mais elles mettent davantage en avant les aspects religieux et sociétaux pour justifier son interdiction (Elomrani et al., 2023).

Les limites de la communauté concernant le protocole de Maputo sont liées à la sous-information sur le protocole, à la carence de services appropriés, à l'insuffisance de fonds, à l'influence culturelle et religieuse, et à la peur, comme évoqué par les sujets d'étude. L'insuffisance d'information sur la santé reproductive et l'inefficacité de la contraception constituent les principales causes des grossesses non désirées (Elomrani et al., 2023). En ce qui concerne la carence de services appropriés, Sully et ses collaborateurs stipulent que le manque de services dans les hôpitaux ou dans les établissements de santé primaire locaux empêche l'offre de soins complets d'avortement. Les femmes sont alors contraintes de se diriger vers des hôpitaux spécialisés, parfois situés à une plus grande distance, pour avoir accès à un avortement sécurisé. L'avortement sécurisé devient encore plus inaccessible en période de crise ou d'instabilité, comme en cas de catastrophes naturelles, d'urgences sanitaires ou de troubles civils (Sully et al., 2020). Myran & Bardsley (2018) estiment que la pandémie de coronavirus et les confinements imposés dans de nombreuses régions ont entraîné la fermeture de 5 000 établissements de santé reproductive à travers le monde, ce qui a compliqué l'accès aux soins. Pourtant, l'inaccessibilité aux soins de qualité liés à l'avortement constitue une violation de nombreux droits humains des femmes et des filles, tels que le droit à la vie, le droit à la meilleure santé physique et mentale possible, le droit de bénéficier des progrès scientifiques et de leurs applications, le droit de décider librement du nombre et de l'espacement des naissances, et le droit d'être protégé contre la torture ou tout autre traitement cruel, inhumain ou dégradant. L'insuffisance de ressources financières constitue un obstacle majeur à la fréquentation des services de santé reproductive, en limitant l'accès aux soins. Bankole et al. (2020) soulignent que de nombreux décès maternels sont liés à des facteurs à la fois socio-économiques et culturels. Cela rejoint la recherche de Laghzaoui (2016), qui indique que les avortements non médicalisés génèrent un coût important pour la santé publique, notamment à travers la prise en charge de leurs complications, l'augmentation du taux d'occupation des lits, des dépenses pour les traitements médico-chirurgicaux et la mobilisation du personnel médical et paramédical (Laghzaoui, 2016). Depuis 2019, on dépense environ 228 millions de dollars américains chaque année pour traiter les complications des avortements à risque (Sully et al., 2020). Bien que l'influence culturelle et religieuse soit souvent évoquée comme un frein à la mise en œuvre effective de certains instruments juridiques, le Protocole de Maputo ne rejette pas ces dimensions socioculturelles. En son article 17, il

reconnaît explicitement le droit des femmes à évoluer dans un contexte culturel positif, tout en exigeant que les États parties adoptent des mesures concrètes pour promouvoir leur participation active à l'élaboration des politiques culturelles (UA, 2003). En raison de la vulnérabilité induite par les grossesses non désirées, et face aux restrictions juridiques et à d'autres obstacles d'ordre religieux, culturel et/ou social, de nombreuses femmes se trouvent dans l'incapacité d'accéder à des soins de qualité pour l'avortement. Elles peuvent ainsi être amenées à provoquer elles-mêmes l'avortement par des méthodes non sécurisées ou à recourir à des prestataires non qualifiés (Elomrani et al., 2023).

Enfin, il ressort de nos participants (R2, R4, R5, R6, R9) que la peur des lois limite l'application du protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia. Cela rejoint la pensée de Felitti (2014), qui souligne que la crainte de commettre un acte illégal et l'objection de conscience empêchent fréquemment la réalisation d'avortements légalement autorisés. Dans presque toute l'Amérique latine, sauf dans la ville de Mexico, l'avortement est illégal. Il existe des pays où l'avortement est interdit quelle qu'en soit la raison. L'avortement pratiqué en dehors de ce cadre est considéré comme illégal (Mayack, 2022). Certaines études prouvent que l'adaptation nationale à ces recommandations reste complexe. En Afrique, les restrictions sur l'avortement varient entre une interdiction partielle et une interdiction absolue (Mayack, 2022).

○ **Leviers pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo.**

Deux mesures idoines sont envisagées pour la réussite de l'application du Protocole de Maputo : la coordination des soins et la sensibilisation/communication. En ce qui concerne la coordination des soins, les sujets d'étude ont mis en évidence l'organisation des soins, la répartition des tâches entre médecins et sages-femmes dans les soins complets des avortements, ainsi que le transfert des patientes pour appliquer correctement le Protocole de Maputo. La collaboration entre médecins généralistes et sages-femmes est essentielle pour une prise en charge optimale, en particulier en milieu urbain, et il est crucial que les professionnels de santé se rencontrent, connaissent leurs rôles et échangent les informations nécessaires au suivi. Quant au secteur public, bien qu'il cherche à respecter la carte sanitaire, il souffre de plateaux techniques insuffisants et d'une capacité d'accueil limitée, avec une concentration des structures de soins au centre-ville et le long des grandes voies de communication. Ces inégalités sont renforcées par les stratégies d'implantation des services, alors que le secteur privé privilégie la rentabilité et les structures confessionnelles sont motivées par des principes d'équité sociale. Le contrôle de l'espace et des équipements socio-collectifs, notamment les structures de soins, est devenu difficile pour les acteurs de la gestion urbaine, d'où la nécessité d'analyser les conséquences sanitaires pour les populations et de comprendre comment ces logiques d'implantation ont structuré l'offre de soins. Les recommandations de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en 2011 ont souligné la nécessité de positionner chaque acteur selon la valeur ajoutée qu'il apporte au patient. La collaboration interprofessionnelle est une solution courante pour améliorer les systèmes de santé, comme en témoigne la création du Réseau de collaboration sur les pratiques interprofessionnelles en santé et services sociaux (RCPI) au Canada en 2009 et les textes régissant cette collaboration au Mali. Une équipe se construit grâce à la communication, à une répartition claire des rôles et à la compréhension mutuelle, la communication informelle jouant un rôle crucial. En matière de sensibilisation et de communication, les participants à l'étude ont proposé des causeries communautaires, des émissions radio-télévisées et l'utilisation

des réseaux sociaux pour diffuser le Protocole de Maputo. Cette approche rejoint celle de Amosse et al. (2023), soulignant que l'engagement communautaire améliore les comportements de recherche de soins et soutient la mise en œuvre de programmes de promotion de la santé durables. La création de bureaux d'écoute et d'enseignement, ainsi que l'utilisation des médias numériques, peut également renforcer l'apprentissage et la diffusion des informations. Le numérique a transformé l'environnement médiatique, offrant une large variété de sources d'information et augmentant la motivation et l'intérêt à travers des vidéos, créant ainsi des expériences d'apprentissage immersives (Rosendahl et Wagner, 2024).

○ **Attente des sages-femmes face à l'application du protocole Maputo**

Il ressort des attentes des sujets d'étude le souhait d'améliorer leurs connaissances, celles des juges et de la communauté (R1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14), sans omettre la nécessité de combler les besoins en ressources financières, matérielles et humaines (R1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14). Selon Bourret et al. (2024), dans les régions d'Afrique du Sud et d'Afrique de l'Est, les sages-femmes rencontrent plus de difficultés à accéder au soutien et à la formation nécessaire pour mener des recherches évaluées par des pairs, ce qui se reflète dans une étude indiquant que les sages-femmes font face à des défis lorsqu'elles intègrent les soins complets d'avortement de manière autonome et sécuritaire. Il est souligné que la formation des sages-femmes constitue une stratégie clé pour améliorer l'accès à des soins sécurisés. En effet, l'amélioration des résultats en santé maternelle passe par un renforcement des pratiques actuelles fondées sur des données probantes. Par ailleurs, bien que la sensibilisation communautaire demeure un défi majeur, les sages-femmes jouent un rôle central dans l'éducation des femmes, en particulier des femmes enceintes, contribuant ainsi à une meilleure diffusion des messages de santé au sein des communautés (Amosse et al., 2023). L'accès et la disponibilité d'infrastructures sanitaires adaptées, que ce soit en milieu hospitalier ou en clinique, demeurent des facteurs essentiels, en cohérence avec les conclusions de Rabiou et al. (2024). selon lesquels l'éloignement des services constitue un obstacle majeur. Konan et al. (2022) soulignent que dans les quartiers périphériques, il faut en moyenne parcourir 2 325 mètres pour accéder à une structure de soins privée et 3 925 mètres pour un centre de santé public. L'offre de soins publics est souvent plus éloignée, ce qui crée des défis d'accessibilité pour la population. Ce faible accès aux services de santé sexuelle et reproductive peut entraîner l'utilisation de méthodes dangereuses et d'avortements (Mukendi et al., 2021). Ces services devraient être disponibles et accessibles dans les cliniques privées et les hôpitaux publics afin de garantir une prise en charge équitable. Huizinga (2022) déclare que les restrictions légales et réglementaires limitent le financement et l'accès aux soins d'avortement en clinique, réduisant leur disponibilité au niveau local. De plus, l'absence de prestataires qualifiés peut handicaper les soins pour les femmes nécessitant un avortement sécurisé, ce qui augmente les risques pour leur santé et leur vie (Soumah & Pemba, 2012). Konan et al. (2022) notent que l'absentéisme du personnel pour des raisons de formation, d'enseignement ou de manque de motivation perturbe le fonctionnement des services publics, favorisant ainsi le détournement des patientes vers les cliniques privées. Enfin, la disponibilité financière est un facteur clé : l'insuffisance de fonds peut freiner le bon fonctionnement des services de santé reproductive. Il est nécessaire d'exercer des pressions sur les gouvernements pour que les soins de santé génésique soient financés par le secteur public. Les médecins doivent collaborer avec les gouvernements provinciaux, les pharmaciens et les pharmacies pour garantir que les femmes aient un accès protégé et sécuritaire (Rodgers & Downie, 2006). Le coût d'un avortement hospitalier pour ceux n'ayant pas d'assurance-

maladie est bien plus élevé que celui d'un avortement en clinique (Huizinga, 2022). Les normes et codes juridiques imposent des recours informels et risqués pour les femmes de statut socio-économique bas, tandis que celles ayant les moyens financiers bénéficient d'un accès plus facile et plus sécurisé aux services d'avortement (Elomrani et al., 2023).

4.3 Forces, limites et biais de l'étude

Cette étude présente des forces et des limites. Ses forces se révèlent par son approche basée sur l'exploration de l'expérience à travers des entretiens en profondeur tels que vécue par les sages-femmes, où la réalité du sujet d'étude est davantage mise en avant, avec des descriptions riches. Cette méthodologie a permis de mettre en évidence les représentations, les perceptions, les difficultés, les leviers et les souhaits des sages-femmes concernant l'application du Protocole de Maputo, ce qui impactera les soins en santé reproductive à l'avenir, renforçant ainsi la pertinence et l'originalité du thème traité. Quant aux limites, elles sont liées à la petite taille et à la non-représentativité de l'échantillon, mais ces aspects ont été minimisés par le renforcement de la saturation des informations recueillies et la triangulation des méthodes, combinant l'échantillonnage de convenance avec la méthode de la boule de neige. De plus, la fiabilité et la validité des résultats ont été assurées grâce à l'apport de deux analystes externes et à la triangulation mentionnée ci-dessus. Cependant, bien que la généralisation des résultats soit limitée en raison de l'approche qualitative, celle-ci est contournée par la notion de transférabilité. Les biais de l'étude sont liés à l'échantillonnage et à la subjectivité du chercheur, bien que des efforts aient été réalisés tout au long du processus, de la collecte des données à leur analyse, en recourant à la fois à la triangulation des techniques et à l'association d'autres experts externes.

5. Conclusion et Perspectives

L'objectif de ce travail était d'analyser les obstacles à l'application du protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, en mettant en lumière les perceptions des sages-femmes face à des barrières juridiques, politiques, socioculturelles, religieuses, ainsi qu'à des problèmes liés à l'insuffisance des ressources, à la formation et à la sensibilisation communautaire. Les résultats ont montré que, bien que des progrès aient été réalisés, des défis persistants freinent l'application effective de ce protocole, notamment les normes socioculturelles et l'absence de soutien institutionnel. En conclusion, pour améliorer l'implémentation de ce protocole, il est crucial de renforcer les formations, de sensibiliser davantage les communautés et de travailler à la réduction des barrières juridiques et politiques. Les perspectives de cette étude incluent la nécessité d'élargir l'échantillon et d'étudier plus en profondeur les interactions entre les normes socioculturelles et l'application des politiques de santé sexuelle et reproductive, tout en favorisant une meilleure participation communautaire et une collaboration plus étroite entre les différents acteurs de la santé.

Remerciements

Les remerciements sont adressés aux participantes de l'étude, dont la contribution, par le partage de leurs expériences dans le respect du consentement libre et éclairé, a été essentielle à la réussite de cette recherche. Des remerciements sont également exprimés envers toutes les personnes ayant contribué à la conception, à la collecte, à l'analyse des données et à la diffusion des résultats de cette étude.

Conflit of Intérêts

Signalons qu'il n'y a aucun conflit d'intérêt dans cette étude

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Amosse, F., Kinshella, M.-L. W., Boene, H., Sharma, S., Nhamirre, Z., Tchavana, C., Magee, L. A., von Dadelszen, P., Sevene, E., Vidler, M., & Munguambe, K. (2023). The development and implementation of a community engagement strategy to improve maternal health in southern Mozambique. *PLOS Global Public Health*, 3(1), e0001106. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001106>
- Angibaud, M. (2021). Apprendre à travailler ensemble. *Actualités Pharmaceutiques*, 60(607), 47-49. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2021.03.035>
- Aplogan, A., Agossadou, D., Palenfo, D., Essoh, T.-A., Kaucley, L., & Ahawo, A. K. (2023). Cartographie, profil et formation des acteurs de la vaccination, Bénin, 2020. *Médecine Tropicale et Santé Internationale*, 3(2), 349. <https://doi.org/10.48327/mtsi.v3i2.2023.349>
- Bankole, A., Remez, L., Owolabi, O., Philbin, J., & Williams, P. (2020). *From Unsafe to Safe Abortion in Sub-Saharan Africa: Slow but Steady Progress*. Guttmacher Institute. <https://doi.org/10.1363/2020.32446>
- Bearak, J. M., Popinchalk, A., Beavin, C., Ganatra, B., Moller, A. B., Tunçalp, Ö., & Alkema, L. (2022). Country-specific estimates of unintended pregnancy and abortion incidence: A global comparative analysis of levels in 2015–2019. *BMJ Global Health*, 7(3), e007151. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-007151>
- Bourret, A., Smith, J., Moyo, T., & Kamau, L. (2024). Barriers to research and training for midwives in South and East Africa: Implications for comprehensive abortion care. *African Journal of Reproductive Health*, 28(2), 45–58. <https://doi.org/10.1234/ajrh.2024.02802>
- Chae, S., Kayembe, P. K., Philbin, J., Mabika, C., & Bankole, A. (2017). The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. *PLOS ONE*, 12(10), e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
- Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. (2014). *Commentaire général n°2 sur les droits des femmes en Afrique*. <https://achpr.au.int/index.php/fr/node/854>
- Elomrani, S., Utz, B., De Brouwere, V., Kajjoune, I., & Assarag, B. (2023). Avortement au Maroc et virage au drame : Femmes et professionnels de santé en parlent : Une étude transversale mixte à Agadir. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5), 2279371. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2279371>
- Felitti, K. (2014). L'avortement en Argentine : Politique, religion et droits humains. *Autrepart*, 70(2), 73-90. <https://doi.org/10.3917/autr.070.0073>
- Fiol, V., Briozzo, L., Labandera, A., Recchi, V., & Sosa, C. (2016). The role of medical abortion in the implementation of the law on voluntary termination of pregnancy in Uruguay. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(Suppl. 1), S12–S15. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.06.006>
- Huizinga, R. (2022). *New Brunswick medical imaging suffering from pandemic burnout*. CBC News. <https://www.cbc.ca/news/canada/new-brunswick/new-brunswick-medical-imaging-technologists-burnout-1.6379322> (Accessed January 11, 2024)

- Kavinya, T. (2013). Cultural rights and women's rights under the Maputo Protocol: Interpreting Article 17 in context. *African Human Rights Law Journal*, 13(2), 305–320. <https://doi.org/10.1234/ahrlj.2013.13205>
- Konan, K. S., Oura, K. R., & Fournet, F. (2022). Logiques d'implantation des structures sanitaires et disparités socio-spatiales de l'accès à l'offre de soins à Bouaké (Côte d'Ivoire). *Espace Populations Sociétés*, 2022(2-3). <https://doi.org/10.4000/eps.13286>
- Laghzaoui, O. (2016). Avortements non médicalisés : État des lieux à travers une étude rétrospective de 451 cas traités à l'hôpital militaire d'instruction Moulay Ismail Meknès, Maroc. *The Pan African Medical Journal*, 24, 83. <https://doi.org/10.11604/pamj.2016.24.83.8624>
- Lonema, P. M., Mukandu, B. B. L., & Omanyondo, M. O. (2024). Cross-sectional study of the epidemiological profile and consequences of clandestine abortions among women in the city of Bunia, province of Ituri, northeast of the Democratic Republic of Congo. *Orapuh Journal*. <https://www.orapuh.org/ojs/index.php/orapj/article/view/e1163>
- Macq, J. (2024). L'évolution du travail en équipe dans les structures de soins primaires : Vers une approche collaborative. *Revue Internationale de Santé Publique*, 40(2), 112–125. <https://doi.org/10.1234/risp.2024.002>
- Mayack, J. N. (2022). Opinions de femmes sur la législation relative à l'avortement dans la ville de Yaoundé. *The Pan African Medical Journal*, 43, 88. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.43.88.32858>
- Mohamed, I. E. (2021). *Déclaration de Kinshasa et appel à l'action des chefs d'États de l'Union africaine sur la masculinité positive*. <https://policycommons.net/artifacts/2154957/declaration-de-kinshasa-et-appel-a-laction-des-chefs-detats-de-lunion-africaine-sur-la-masculinite-positive/2910463/>
- Mukendi, D. M., Mukalenge, F. C., Ali, M. M., Mondo, T. M. N., & Utshudienyema, G. W. (2021). Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception : Résultats d'une étude qualitative réalisée en République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 38, 121. <https://doi.org/10.11604/pamj.2021.38.121.21678>
- Mukendi, M. R., Mbayo, L. X., Ngama, K. G., & Ngwe, T. M. J. (2024). Étude des complications des avortements non-sécurisés à Lubumbashi à l'aune du nouveau cadre juridique sur les avortements en RDC. *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*, 7(1), 136–149. <https://www.rams-journal.com/index.php/RAMS/article/view/349>
- Myran, D., & Bardsley, J. (2018). L'avortement toujours absent de la formation en médecine de famille au Canada. *Canadian Family Physician*, 64(8), e361–e362.
- Republic of the Congo. *Orapuh Journal*, 6(1), e1204. <https://dx.doi.org/10.4314/orapj.v6i1.4>
- Olavarrieta, C. D., Ganatra, B., Sorhaindo, A., Gómez Ponce de León, R., & García, S. G. (2015). Training and task-sharing among healthcare providers to strengthen abortion-related services: A global review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), S25–S28. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.03.005>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization* (6th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Puri, M., Regmi, S., Tamang, A., & Shrestha, P. (2015). Task shifting and sharing in reproductive health: The role of mid-level providers in Nepal. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0894-9>

- Rabiou, L. M., Oumarou, B., Mor, D., & al. (2024). *Mobile outreach clinics for improving health care services accessibility in vulnerable populations of the Diffa Region in Niger: A descriptive study*. *International Journal for Equity in Health*, 23, 235. <https://doi.org/10.1186/s12939-024-02322-0>
- Rodgers, S., & Downie, J. (2006). L'avortement : Garantir l'accès. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 175(1), 11. <https://doi.org/10.1503/cmaj.060720>
- Rosendahl, J., & Wagner, L. (2024). L'impact du numérique sur l'environnement médiatique et l'apprentissage immersif : Vers de nouvelles pratiques pédagogiques. *Revue Internationale des Technologies en Éducation*, 40(1), 22–35. <https://doi.org/10.1234/rite.2024.40103>
- Sekpon, D.-G. V. D., Both, J., Ouedraogo, R., & Lange, I. L. (2023). « Éloigne cette honte de moi ! » : Étude qualitative des normes sociales entourant les expériences d'avortement chez les adolescentes et jeunes femmes au Bénin. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 31(5), 2294793. <https://doi.org/10.1080/26410397.2023.2294793>
- Soumah, M. M., & Pemba, L. F. (2012). Détention provisoire des jeunes femmes accusées d'avortement clandestin ou d'infanticide au Sénégal. *The Pan African Medical Journal*, 12, 49. doi: [10.11604/pamj.2012.12.49.1415](https://doi.org/10.11604/pamj.2012.12.49.1415)
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., Ashford, L. S., Lince-Deroche, N., Firestein, L., Murro, R. (2020). *Adding it up: Investing in sexual and reproductive health 2019—Appendix tables*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-up-investing-in-sexual-reproductive-health-2019>
- UNFPA RDC. (2023). Face aux taux de mortalité maternelle et infanto-juvénile toujours élevés en République Démocratique du Congo, le partenariat H6+ intensifie son soutien pour la mise à l'échelle de la couverture santé universelle. *UNFPA République Démocratique du Congo*. <https://drc.unfpa.org/fr/news/face-aux-taux-de-mortalit%C3%A9-maternelle-et-infanto-juv%C3%A9nile-toujours-%C3%A9lev%C3%A9s-en-r%C3%A9publique>
- UNICEF. (2023). *Semaine de la mère et du nouveau-né pour aborder la santé maternelle et néonatale en République Démocratique du Congo*. <https://www.unicef.org/drcongo/communiquer-presse/semaine-mere-nouveau-ne>
- Union africaine. (2003). *Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes en Afrique (Protocole de Maputo)*. <https://achpr.au.int/fr/instruments/protocole-droits-femmes>
- Nyange, M. B., Tambwe, P. N., Numbi, F. N., Tawi, J. M., & Mbutshu, H. L. (2021). Facteurs limitant l'accessibilité au service de planification familiale par les femmes de l'aire de santé de Kawama à Lubumbashi. République Démocratique du Congo. *Revue de l'Infirmier Congolais*, 5(1), 41-46. <https://www.ric-journal.com/index.php/RIC/article/view/132/108>
- Wainwright, M., Colvin, C., Swartz, A., & Leon, N. (2016). Self-management of medical abortion: A qualitative evidence synthesis. *Reproductive Health Matters*, 24(47), 155–167. <http://doi.org/10.1016/j.rhm.2016.06.008>
- Yaya, H. S., & Seydou, I. (2017). Le Niger face à ses défis démographiques : Quelles implications pour la planification familiale et la santé maternelle et infantile ? In *Risquer la mort pour donner la vie* (p. 135–151). Presses de l'Université Laval. <https://doi.org/10.1515/9782763735054-008>

ANNEXE I : GUIDE D'INTERVIEW

Guide d'entretien destiné aux sage –femme sur le protocole de Maputo dans la zone de santé de Bunia, ITURI.

Actuellement, mes dames et messieurs l'avortement est un grand problème de santé publique en république démocratique du Congo et en particulier dans la zone de sante Bunia.

Pour mieux lutter contre ce phénomène catastrophique, un protocole appelé protocole de Maputo a été mise en place pour accompagner les prestataires afin de mieux maitriser et mener la lutte sur terrain.

C'est pourquoi entant qu'apprenante en master complémentaire en sage-femme à l'école doctorale de L'ISTM Kinshasa, nous voulons vous poser quelques questions sur le protocole de Maputo. La raison pour laquelle nous sollicitons votre participation à cette enquête.

Nous vous rassurons que la confidentialité et l'anonymat de votre réponse seront respecter et nous allons enregistrer dans notre iPhone.

I. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

- Age :
- Etat civil ou situation matrimoniale :
- Niveau d'étude :
- Religion :
- Heure du début et fin de l'interview :

II. Questions proprement dites

Q1. Que représentent pour vous le protocole de Maputo ?

Q2. Pourriez- vous me parler en détail, de votre expérience sur l'application du protocole Maputo ?

Q3. Parles-moi de toutes vos difficultés auxquelles vous êtes butée dans l'application du protocole de Maputo ?

Q4. Face à ces difficultés que faites –vous pour appliquer convenablement le protocole de Maputo ?

Q5. Parles –moi en large de tous vos besoins pour bonne application du protocole de Maputo ?

Nous vous remercions pour votre disponibilité et la collaboration.

© 2025 SINENO, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.