

Violence sexuelle au Congo-Kinshasa : nécessité de la dépenalisation de l'avortement

Sexual violence in Congo-Kinshasa : necessity of decriminalizing abortion

J.-C. Omba Kalonda

Ecole de Santé Publique, ULB

RESUME

Les violences sexuelles commises en République Démocratique du Congo (RDC), de par leur ampleur et leurs conséquences sur les femmes sont des véritables défis de santé publique, politico-juridique et socio-économique. Plus d'un million des femmes ont été victimes de violences sexuelles depuis 1996. Les viols systématiques sur les femmes ont été utilisés comme arme de guerre par les hommes en uniformes au cours du conflit congolais. Les conséquences médicales sont : la propagation de maladies sexuellement transmissibles, les complications gynécologiques, les grossesses non désirées et les traumatismes psychologiques. Malgré le nombre élevé de grossesses non désirées observées, la loi congolaise, très restrictive, n'autorise pas d'avortement. Cet article présente trois arguments qui plaident en faveur de la dépenalisation de l'avortement en RDC : 1) une loi très restrictive sur l'avortement force les femmes à recourir à des avortements clandestins à risque, favorisant des taux élevés de lésions et de mortalité maternelle ; 2) la RDC, signataire de la Déclaration universelle des droits de l'homme et de la charte de l'union africaine, est censée promouvoir l'égalité entre les sexes, en ce compris les droits reproductifs des femmes ; 3) une naissance non désirée est une charge financière supplémentaire pour la femme, un facteur aggravant de la pauvreté et psychologiquement inacceptable en cas de viol. Sur le plan politico-juridique, la lutte contre l'impunité ainsi que la dépenalisation de l'avortement sont recommandées. Le libre accès à l'avortement épargnera les femmes victimes et enceintes, des risques liés à la grossesse, à l'accouchement ainsi que de ceux associés à un éventuel avortement clandestin qui majorent le taux de mortalité maternelle dans ce pays : il est évalué entre 950 et 3.000 décès pour 100.000 naissances vivantes.

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 482-6

ABSTRACT

The sexual violence's committed in the Democratic Republic of Congo (DRC) are from their scales and consequences on women, real public health, politico-legal, and socio-economical challenges. More than a million of women have been victims of sexual violence on a period of less than fifteen years. Systematic rapes of women were used as war weapon by different groups involved in the Congolese war. Sexual violence against women has impacted public health by spreading sexually transmissible diseases including HIV/AIDS, causing unwanted pregnancies, leading to the gynaecological complications of rape-related injuries, and inflicting psychological trauma on the victims. Despite high level of unwanted pregnancies observed, the Congolese law is very restrictive and interdict induced abortion. This paper presents three arguments which plead in favour of legalizing abortion in DRC : 1) a restrictive law on abortion forces women to use unsafe abortion and increase incidence of injuries and maternal mortality ; 2) DRC has ratified the universal Declaration of human rights, the African union charter, and has than to promote equality between sexes, in this is included women reproductive rights ; 3) an unwanted birth is an additional financial charge for a woman, a factor increasing poverty and psychologically unacceptable in case of rape. From the politico-legal point of view, ending rape impunity and decriminalizing abortion are recommended. Decriminalizing abortion give women choice and save victims and pregnant women from risks related to the pregnancy, a childbirth, or an eventual unsafe abortion. These risks increase the maternal mortality already high in DRC (between 950 and 3000 for 100000 live births).

Rev Med Brux 2012 ; 33 : 482-6

Keys words : sexual violence, abortion decriminalizing, Congo

LA PROBLEMATIQUE

La République Démocratique du Congo (RDC) connaît une grave crise politico-militaire, socio-économique, sanitaire et humanitaire.

Les conséquences directes et indirectes de cette guerre ont déjà provoqué plus de 5,4 millions de décès entre août 1998 et avril 2007 et entraînent 45.000 décès chaque mois, ce qui fait du conflit congolais, l'un des plus meurtriers depuis la Seconde Guerre mondiale¹.

Le Réseau Genre en action estime à plus d'un million le nombre de femmes victimes de violences sexuelles depuis 1996². Une enquête réalisée auprès des survivants de violences sexuelles dans la province du Sud-Kivu indique que 30 % des victimes sont des mineures dont l'âge moyen est de 21 ans³.

Dans cette province (Sud-Kivu à l'Est du pays), 27.000 agressions sexuelles ont été recensées par les organisations humanitaires en 2006 et plus de 12.000 cas en 2007⁴.

Tous les acteurs sur le terrain sont d'avis que ces chiffres sont sous-estimés pour diverses raisons qui sont, entre autres :

- le fait que les victimes ne portent pas plainte par manque de confiance dans la justice ;
- la crainte de représailles ;
- la peur de la stigmatisation et du rejet ;
- le tabou qui entoure les questions liées au sexe dans la culture congolaise.

Les conséquences de ces violences sont connues du point de vue de la santé publique. Il s'agit notamment de la propagation des maladies sexuellement transmissibles (MST) dont le SIDA, des grossesses non désirées, des complications gynécologiques, ainsi que le traumatisme psychologique⁵.

Le taux de grossesses non désirées varie en fonction de l'âge des victimes et de la pratique de la contraception qui reste très faible en RDC (4,4 %). Dans un contexte similaire, des études réalisées en Ethiopie auprès de lycéennes ayant subi des violences sexuelles ont montré des taux de grossesse variant entre 7,2 et 21 %^{6,7}.

Cependant, malgré le nombre élevé de grossesses non désirées constatées sur le terrain, la loi congolaise très restrictive interdit l'avortement. Le code pénal congolais en ses articles 165 et 166 interdit toute forme d'avortement et punit sévèrement toute femme qui se fait avorter ainsi que toute personne qui provoque un avortement⁸. Les peines maximales encourues par les contrevenants sont respectivement de dix et quinze ans de servitude pénale.

Bien que conscient du fait que la société congolaise soit profondément croyante, nous

souhaitons intervenir sur cette question d'actualité. En effet, ce débat ne pourra plus être éludé très longtemps, compte tenu de la fréquence et de l'ampleur des violences sexuelles perpétrées sur les femmes dans ce pays. La question qui se pose est la suivante :

Est-il logique (raisonnable) qu'une femme violée, particulièrement une mineure d'âge soit obligée par la loi de garder une grossesse, contractée du fait de cet acte imposé ?

La réponse à cette question passe par un débat public qui mettra à contribution politiciens, juristes, médecins, sociologues, etc.

L'objectif de ce travail est de plaider en faveur de la nécessité de modifier la loi sur l'avortement en RDC et de permettre une prise en charge globale des conséquences de violences sexuelles massives et systématiques commises dans ce pays.

Une revue de la littérature à propos des lois restrictives sur l'avortement et leurs conséquences sur la morbidité et la mortalité maternelles en Afrique subsaharienne en général et en RDC en particulier, nous amène à présenter ci-dessous les trois arguments majeurs qui plaident en faveur d'une dépénalisation, même partielle, de l'avortement dans ce pays :

- argument de santé publique ;
- argument politico-juridique ;
- argument socio-économique et psychologique.

Argument de santé publique

La mortalité maternelle est une priorité de santé publique dans le monde et particulièrement en RDC. Selon l'O.M.S./UNICEF/UNFPA/WORLD BANK⁹, 11 pays comptaient pratiquement 65 % des décès maternels en 2005. L'Inde en déclarait le plus grand nombre (117.000), suivie par le Nigeria (59.000), la République Démocratique du Congo (32.000) et l'Afghanistan (26.000).

En RDC, pays en proie à la guerre et aux violences sexuelles, les taux de mortalité maternelle varient selon les régions entre 930 à 3.000 pour 100.000 naissances vivantes¹⁰.

Les principales causes directes de cette situation dramatique sont connues : les hémorragies, les dystocies, les infections, la prééclampsie/éclampsie, ainsi que l'absence de structures sanitaires efficaces disposant de plateaux techniques susceptibles de prendre en charge ces problèmes. Malgré l'absence d'études récentes en rapport avec l'avortement clandestin cité comme l'un des facteurs de risque de la mortalité maternelle. Une ancienne étude réalisée aux Cliniques Universitaires du Mont Amba¹¹ a montré que les IVG sont fréquentes et représentent un coût élevé au niveau aussi bien individuel que national. Elles sont réalisées dans de mauvaises conditions et le plus souvent par un personnel non qualifié. Cette étude a conclu en recommandant une éducation sexuelle, une

amélioration de l'accès à la contraception ainsi qu'une révision de la loi sur l'avortement. Selon *Inter Press Service News Agency*¹², à Kinshasa, pour le seul mois de mars 2009 " plus de 20 cas d'avortements clandestins suivis d'abandons de fœtus ou de bébés " ont été rapportés par le " Journal en Lingala facile ", une production satirique diffusée sur la télévision nationale et relayée par plusieurs chaînes privées du pays. Ces avortements réalisés dans de mauvaises conditions d'hygiène et de sécurité, sont pratiqués par des médecins mais également par le personnel paramédical, entre autres dans les dispensaires, maisons d'habitation, ou cliniques privées. Ils sont motivés à la fois par le gain d'argent facile mais aussi par une demande sans cesse croissante. Les méthodes les plus utilisées sont notamment les moyens mécaniques (curetage, dilatation du col par divers instruments, etc.), les produits chimiques (médicaments dont l'ocytocine, la quinine *per os* ou injectable, le permanganate de potassium intra-vaginal, etc.), ainsi que l'utilisation de certaines plantes locales. Le but recherché est parfois de mettre fin à la croissance du fœtus (grossesse) pour obtenir un avortement médicalisé par la suite.

Au Nigeria par exemple, le taux d'avortement est de 25 pour 1.000 femmes en âge de reproduction, soit 760.000 avortements en 2006. Chaque année dans ce pays, 142.000 cas d'avortements clandestins présentent des graves complications exigeant une hospitalisation¹³. Les IVG représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle. Un rapport des autorités indique que l'avortement illégal tue plus de 34.000 Nigériennes chaque année¹⁴ et classe l'avortement illégal parmi les principales causes de mortalité maternelle.

Pour pallier cette réalité et prenant en compte les violences sexuelles massives commises en RDC, plusieurs mesures sont envisageables notamment la promotion de la planification familiale, l'éducation sexuelle des jeunes, l'amélioration de l'accessibilité et de la qualité des services de santé reproductive. La libéralisation de l'avortement est également recommandée, dans la mesure où elle permet de réduire le risque lié à l'avortement clandestin qui augmente le taux de mortalité maternelle en RDC. Les écoles, les associations de la société civile et les structures de santé, dans le cadre de la politique de soins de santé primaires devront jouer un rôle majeur.

Dans les pays occidentaux, la libéralisation de l'avortement a entraîné une suppression des avortements clandestins avec en conséquence, une réduction significative des taux de mortalité maternelle. En Afrique du Sud, l'un des pays d'Afrique subsaharienne à avoir dépénalisé l'avortement, une étude réalisée plus de 10 ans après l'adoption de la loi a montré la même tendance¹⁵.

Argument politico-juridique

La RDC, signataire de la Déclaration universelle

des droits de l'homme¹⁶, et de la charte de l'Union Africaine¹⁷, devrait promouvoir l'égalité entre les sexes et la suppression de toute forme de discrimination envers les femmes.

Plus récemment, le protocole de Maputo¹⁸ signé mais non encore ratifié par la RDC stipule en son article 14 que les pays ayant ratifié ce protocole sont tenus de " protéger les droits reproductifs des femmes, en autorisant particulièrement l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle et de viol ".

Ces droits prennent tout leur sens en RDC, particulièrement dans la partie orientale du pays, où la femme congolaise est victime de violences sexuelles systématiques et de l'esclavage sexuel. De graves conséquences sur le plan de la santé publique sont d'ores et déjà observées aussi bien sur les victimes que sur l'ensemble de la communauté.

En outre, la Constitution de la RDC¹⁹, dans ses articles 14 et 15, prône respectivement l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard de la femme ainsi que l'élimination de violences sexuelles qui sont érigées en crime contre l'humanité. Dans les conditions actuelles, l'Etat congolais n'assume pas cette noble mission.

Imposer un accouchement à toutes les femmes congolaises qui se retrouvent enceintes à travers une loi très restrictive qui s'avère inapplicable sur le terrain est une aberration qui devrait être corrigée. Le législateur congolais devrait plutôt laisser le libre choix aux victimes mais aussi créer les conditions d'un accompagnement médical et psychologique pour que les victimes qui désirent un avortement, le fassent en toute sécurité, dans le strict respect des instruments juridiques internationaux et des droits reproductifs des femmes.

Agir autrement équivaldrait à infliger une double peine aux victimes des violences sexuelles congolaises. En effet, l'Etat congolais est incapable de protéger les femmes et filles de la partie orientale du pays contre les violences sexuelles d'une part et d'autre part les oblige, par une loi restrictive sur l'avortement, à garder les grossesses issues des viols et à accoucher.

L'analyse des informations disponibles concernant les principaux facteurs de résistance au changement de la loi montre que l'obstacle majeur à cette évolution est la volonté politique. En effet, la loi actuelle ne prévoit aucune exception contrairement aux propositions qui existent ainsi qu'aux législations des autres pays y compris ceux qui interdisent l'avortement. En règle générale, l'avortement est autorisé en cas de grossesse issue de viol, de l'inceste, de menace grave pour la santé physique ou mentale de la mère, de malformation fœtale grave.

Le facteur religieux vient en seconde position, néanmoins, la RDC est un pays laïc de par sa Constitution. Par conséquent, la religion relève du

domaine privé et ne devrait donc pas interférer avec la loi qui elle, est opposable à tous.

Depuis 1995, la plate-forme d'action issue de la conférence des Nations Unies sur les femmes de Beijing a appelé les gouvernements à considérer l'impact des avortements clandestins sur la santé de la femme comme un problème majeur de santé publique. 17 pays dont 7 pays africains ont décidé la dépénalisation de l'avortement, 3 pays ont renforcé leurs lois comme le montre le tableau.

Tableau : Depuis 1995, 17 pays dont 7 pays africains ont libéré leur législation relative à l'avortement ; 3 pays ont renforcé leurs lois. Source : Center for Reproductive Rights, 2007.

Depuis 1995, 17 pays ont dépénalisé l'avortement...	... 3 pays l'interdisent
Albanie (1996)	Salvador (1998)
Benin (2003)	Nicaragua (2006)
Bhutan (2004)	Pologne (1997)
Burkina Faso (1996)	
Cambodge (1997)	
Tchad (2002)	
Colombie (2006)	
Ethiopie (2004)	
Guinée (2000)	
Mali (2002)	
Népal (2002)	
Portugal (2007)	
Saint Lucia (2004)	
Afrique du Sud (1996)	
Swaziland (2005)	
Suisse (2002)	
Togo (2007)	

Argument socio-économique et psychologique

La majorité de la population congolaise vit dans la précarité. Selon le dernier rapport du PNUD²⁰, plus de 71 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté de 1 \$/jour/tête. La législation très restrictive sur l'avortement affecte particulièrement les femmes pauvres qui payent un lourd tribut en termes de morbidité et de mortalité maternelles à travers des avortements clandestins. Elle est, de ce fait, un facteur discriminatoire envers ces dernières. En effet, les femmes de condition plus aisée ont accès à tous les services de santé reproductive y compris l'interruption volontaire de grossesse (IVG) à l'étranger.

La naissance d'un enfant en RDC, comme

partout ailleurs, est une charge financière pour les parents qui doivent subvenir aux besoins fondamentaux de ce dernier jusqu'à sa majorité. Dans le contexte d'un viol, cette charge revient exclusivement à la mère dans la mesure où le violeur n'assume pas ses responsabilités. Par conséquent, une naissance non désirée est un facteur aggravant de la pauvreté.

En outre, la majorité de la population congolaise vit en milieu rural et pratique l'agriculture traditionnelle. Ce travail auquel les femmes participent activement permet aux familles de se nourrir et de se procurer un revenu susceptible de satisfaire d'autres besoins fondamentaux dont l'accès aux soins de santé, l'habillement et la scolarisation des enfants.

Une grossesse non désirée représente une baisse de productivité avec à la clé une perte de revenu non négligeable. La baisse de productivité ainsi que la baisse de revenu sont occasionnées par l'exigence de suivi de la grossesse ainsi que les éventuelles complications pendant la grossesse, l'accouchement et le *post-partum*. Elles peuvent entraîner, par conséquent, une accentuation de la pauvreté et de l'insécurité alimentaire. En RDC, plus de 70 % de la population vit dans l'insécurité alimentaire permanente²¹ ; la malnutrition qui en découle est un sérieux problème de santé publique, qui augmente le risque de mortalité chez les enfants.

Pour atteindre les " Objectifs du Millénaire pour le Développement " ²², qui préconisent de réduire de moitié l'extrême pauvreté et la faim d'ici 2015 d'une part, et de réduire de 75 % les taux de mortalité maternelle d'autre part, la question de la santé maternelle doit être abordée dans le cadre d'un *continuum* de soins qui relie les services de santé essentiels pour les mères, les nouveau-nés et les enfants dans ce pays.

Sur le plan psychologique, plusieurs conséquences sont susceptibles de se manifester pendant la grossesse, lors de l'accouchement, ainsi que pendant toute la vie de l'enfant à venir. D'une part, parce que ces viols ont pour objectifs d'humilier et de casser la cohésion sociale qui existe au sein de la communauté, et s'accompagnent d'atrocités inacceptables notamment de mutilation sexuelle, d'esclavage sexuel, de viol collectif, de viol forcé entre victimes, d'insertion d'objets dans les organes génitaux des victimes (bâton, arme blanche ou arme à feu). D'autre part, en cas de grossesse, la législation actuelle en RDC ne donne aucun autre choix aux femmes. Elle place de ce fait, les femmes enceintes dans une situation psychologique intolérable. Celle de devoir assumer les grossesses issues des viols et de vivre toute leur vie avec des enfants qui rappellent des événements atroces et insupportables, ce que le sociologue appelle " un crime continu ". La détresse psychologique et la colère provoquées par ce genre de situations poussent certaines femmes à la dépression, aux tentatives de suicide, et aux suicides comme le montre la littérature scientifique²³. D'autres, par contre,

choisissent l'abandon d'enfants ou l'infanticide.

CONCLUSION

Les violences sexuelles commises en RDC constituent, de par leur ampleur et leurs conséquences d'importants défis dans les domaines de la santé publique, politico-juridique et socio-économique. Depuis le début du conflit en 1996, près d'un million de femmes ont subi des violences sexuelles. Environ 30 % des victimes sont des mineures d'âge. De nombreux cas de grossesses issues de viols sont signalés. Une prise en charge globale et durable de cette problématique exige de tenir compte de toutes ses conséquences aussi bien sur les victimes que sur la communauté, et cela dans chaque domaine.

Sur le plan politico-juridique, au-delà de la lutte contre l'impunité dont jouissent les agresseurs, il convient au législateur congolais d'apporter des modifications à la loi visant la dépénalisation de l'avortement. Cette démarche soutenue par les experts (médecins et juristes), ainsi que par certaines associations, permettra aux victimes qui le désirent d'avorter en toute sécurité et leur épargnerait ainsi les risques liés à la grossesse et à l'accouchement, mais aussi ceux associés à un éventuel avortement clandestin dont les complications entraînent des taux élevés de lésions et de mortalité maternelle. Cette approche est nous semble-t-il la seule conforme aux différents instruments internationaux qui bannissent toute discrimination envers les femmes et garantissent leurs droits reproductifs.

Remerciements

Nos remerciements au Pr France Kittel (Ecole de Santé Publique, ULB) d'avoir accepté de relire cet article.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cohan B, Ngoy P, Mulumba F *et al.* : Mortality in the Democratic Republic of Congo : An ongoing, International Rescue Committee. New York, 2008. www.theirc.org
2. Genre en Action : Mettre fin à la violence sexuelle en RDC (Document préparé à l'occasion du forum d'AWID organisé à Bangkok), Octobre 2005. www.genreenaction.net/spip.php?article3772
3. République Démocratique du Congo : Goma : Caritas lance son projet de réinsertion socio-économique des victimes de violences sexuelles. Décembre 2008. www.caritasdev.cd
4. Fédération International des ligues des droits de l'Homme : Crimes sexuels en République Démocratique du Congo : Briser l'impunité, Paris, Genève, Bruxelles, La Haye, avril 2008
5. Omba Kalonda JC : Les violences sexuelles en République Démocratique du Congo : quelles conséquences sur le plan de la santé publique ? *Med Trop* 2008 ; 68 : 576-8
6. Worku D, Gebremoriam A, Jayalabshmi S : Child sexual abuse and its outcomes among high school students in Southwest Ethiopia. *Trop Doct* 2006 ; 36 : 137-40

7. Worku A, Addisie M : Sexual violence among female high school students in Debarq, North West Ethiopia. *East Afr Med J* 2002 ; 79 : 96-9
8. Code Pénal Congolais, Journal Officiel de la République Démocratique du Congo, 2004. [Article 165 : Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme, sera puni d'une servitude pénale de cinq à quinze ans. Article 166 : La femme qui volontairement se sera fait avorter, sera punie d'une servitude pénale de cinq à dix ans]
9. Mortalité maternelle en 2005 : Les estimations de l'O.M.S./UNICEF/UNFPA/WORLD BANK
10. FNUAP : Témoignage vivant, la fistule obstétricale et les inégalités en santé maternelle. New York, 2006
11. Tshibangu K, Ntabona B, Liselele-Bolemba L, Mbiye K : Illicit abortion, a public health problem in Kinshasa (Zaire). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1984 ; 13 : 759-63
12. Inter Press Service News Agency, Santé RD Congo : Un regard sur les avortements clandestins en ce mois de mars 2009. http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=5265
13. Henshaw SK, Adewole I, Singh S, Bankole A, Oye-Adeniran B, Hussain R : Severity and Cost of Unsafe Abortion Complications Treated in Nigerian Hospitals. *Int Fam Plan Perspect* 2008 ; 34 : 40-50
14. Xinhua, Nigeria : 34.000 femmes décèdent chaque année de l'avortement illégal, Septembre 2008. www.casafree.com/modules/news/article.php?storyid=22333
15. Bateman C : Maternal mortalities 90 % down as legal TOPS more than triple. *S Afr Med J* 2007 ; 97 : 1238-42
16. Déclaration Universelle des droits de l'homme. Paris, décembre 1948
17. Organisation de l'Unité Africaine : Acte Constitutif de l'Union Africaine. Lomé, 2000
18. Union Africaine : Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples, Relatif aux droits de la Femme en Afrique. Maputo, 2003
19. Constitution de la République Démocratique du Congo, 2006
20. PUND : République Démocratique du Congo, rapport national sur le développement humain, 2008
21. FAO : Etat de sécurité alimentaire dans le monde, 2008
22. PNUD : Les Objectifs du millénaire pour le Développement en République Démocratique du Congo, 2006. www.undp.org.cd/news.aspx?newsID=2
23. Brockington L : Suicide in Women. *Int Clin Psychopharmacol* 2001 ; 16 (Suppl 2) : S 7-19

Correspondance et tirés à part :

J.-C. OMBA KALONDA
Ecole de Santé Publique, ULB
CR "Approches sociales de la Santé"
Route de Lennik 808 CP 590
1070 Bruxelles
E-mail : jc_ombakalonda@yahoo.fr

Travail reçu le 25 juin 2009 ; accepté dans sa version définitive le 31 août 2012.