



**ANALYSE COMPARÉE
DES DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS
ET COMMUNAUTAIRES
DES GROSSESSES
NON DÉSIRÉES
ET DES AVORTEMENTS**

PALESTINE | PÉROU | BURKINA FASO
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



**LES GROSSESSES
NON DÉSIRÉES ET LES
AVORTEMENTS AU BURKINA
FASO, EN PALESTINE, AU
PÉROU ET EN RÉPUBLIQUE
DÉMOCRATIQUE DU CONGO**

**ANALYSE COMPARÉE
DES DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS ET
COMMUNAUTAIRES**



Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de l'Agence Française de Développement.
Les idées et opinions présentées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de l'AFD.

Cette étude a été réalisée par une équipe de chercheurs affiliés institutionnellement ou contractuellement au Lasdel. Elle est composée comme suit :

COORDINATION GÉNÉRALE

Emmanuel N'koué SAMBIÉNI, Université de Parakou, LASDEL Parakou, Bénin
Elisabeth Paul, Université de Liège

COORDINATION BURKINA FASO

Sylvie Zongo, Centre National de Recherche Scientifique et Technologique

COORDINATION RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

John Kamwina Kebela, Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, GIARESASS Kinshasa, R.D.Congo
Gaëlle Fonteyne, consultante

COORDINATION PÉROU

Alila Brossard Antonielli, École des Hautes Études en Sciences Sociales - Paris, Cermes3

COORDINATION PALESTINE (GAZA)

Hélène Serval, Université Aix-Marseille.

L'équipe du Lasdel a été suivie par un
COMITÉ DE PILOTAGE DE MÉDECINS DU MONDE,
composé comme suit :

Catherine Giboin, Référente associative SSR
Delphine Clochard, Référente déterminants socio-culturels
Joseph Zahiri, Référent médical Afrique
Magali Bouchon, Référente déterminants socio-culturels
Sandrine Simon, Référente SSR (coordinatrice de l'étude)
Tanit Iglesias, Référente médicale MO/ALC

En collaboration avec les équipes Mdm du Burkina Faso, du Pérou, de RDC et de Palestine.

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES TABLEAUX _____	4	LES PERCEPTIONS ET PRATIQUES TRANSVERSALES ET SPÉCIFIQUES AUTOUR DES AVORTEMENTS	
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS _____	5	CLANDESTINS _____	27
RÉSUMÉ NARRATIF _____	6	5.1. Définitions, cadre légal et contextes _____	27
INTRODUCTION _____	9	5.2. Contexte social et pratique de recours aux avortements à risque _____	29
MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES _____	11	5.2.1. Jeunes filles et jeunes femmes : la crainte de la réprobation sociale _____	30
2.1. La revue documentaire _____	11	5.2.2. Méthodes et acteurs des avortements clandestins _____	30
2.2. La collecte des données empiriques _____	11	5.3. Pratiques et représentations autour des avortements _____	32
2.2.1. Les méthodes et outils de collecte des données _____	11	5.3. 1. Les soignants face aux avortements _____	32
2.2.2. Les cibles de l'enquête et la technique d'échantillonnage _____	12	5.3.2. La posture et la participation des hommes _____	33
2.3. Traitement des données _____	12	5.3.3. La posture des représentants religieux et le discours moral _____	34
2.4. Limites de l'étude _____	12	5.4. Les soins post-avortement _____	34
DE L'OFFRE À L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES _____	14	RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES _____	36
3.1. Offre de services de santé sexuelle et reproductive _____	14	6.1. Améliorer l'offre de services en santé sexuelle et reproductive (SSR) _____	36
3.2. La disponibilité des contraceptifs _____	15	6.2. Développer des stratégies d'IEC visant à informer sur la SSR et la contraception et à modifier les perceptions et les comportements en la matière _____	37
3.3. L'accessibilité des contraceptifs _____	16	6.3. Adapter les politiques publiques et le corpus législatif _____	37
3.4. Les perceptions associées aux contraceptifs _____	17	CONCLUSION _____	38
3.5. L'utilisation des contraceptifs _____	19	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____	40
LES DÉTERMINANTS TRANSVERSAUX ET SPÉCIFIQUES DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES _____	22	ANNEXES _____	42
4.1. La situation des GND dans les pays étudiés _____	22	Annexe 1. Termes de références de l'étude (Juillet 2014) _____	43
4.2. La pluralité de déterminants des GND _____	22		
4.3. Les conditions transversales et spécifiques de gestion des GND _____	24		
4.3.1. La gestion familiale et communautaire _____	24		
4.3.2. Les services sanitaires et sociaux face aux GND _____	25		

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA SSR DANS LES PAYS _____	10
TABLEAU 2 : DISPONIBILITÉ COMPARÉE DES CONTRACEPTIFS DANS LES 4 PAYS _____	15
TABLEAU 3 : ACCÈS COMPARÉ AUX CONTRACEPTIFS DANS LES PAYS _____	17
TABLEAU 4 : PERCEPTIONS COMPARÉES DES CONTRACEPTIFS DANS LES 4 PAYS _____	18
TABLEAU 5 : L'UTILISATION COMPARÉE DES CONTRACEPTIFS DANS LES 4 PAYS _____	20
TABLEAU 6 : CADRE LÉGAL CONCERNANT L'AVORTEMENT DANS LES 4 PAYS ÉTUDIÉS _____	27
TABLEAU 7 : MÉTHODES D'AVORTEMENT CITÉES PAR LES POPULATIONS DANS LES PAYS ÉTUDIÉS _____	31

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMIU

Aspiration Manuelle Intra Utérine

CMI

Centre Maternel Infantile

COGES

Comités de Gestion des centres de Santé

DIU

Dispositif Intra Utérin

GND

Grossesses non désirées

IEC

Information Education Communication

IST

Infections sexuellement transmissibles

Lasdel

Laboratoire de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local

MAMA

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MdM

Médecins du Monde

ODD

Objectif de Développement Durable

OMD

Objectif du Millénaire pour le Développement

OMS

Organisation mondiale de la santé

ONG

Organisation Non Gouvernementale

ONU

Organisation des Nations Unies

OSC

Organisation de la Société Civile

PF/SSR

Planification Familiale / Soins de Santé de la Reproduction

PNSA

Programme National de Santé de l'Adolescent

RDC

République démocratique du Congo

SR

Santé de la Reproduction

SSR

Santé Sexuelle et Reproductive

UNRWA

United Nations Relief and Works Agency for Palestinian Refugees in the near East

VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

RÉSUMÉ NARRATIF

CONTEXTE SOCIAL ET POLITIQUE INTERNATIONAL DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

La Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (1994), suivie de la Conférence internationale sur les femmes de Beijing (1995) constituent des étapes essentielles, au niveau international, pour le plaidoyer en faveur du respect des droits des femmes en matière de procréation et la révision des lois pénalisant l'avortement. Depuis plus de 20 ans, les acteurs se mobilisent à tous les niveaux (OMD, ODD, etc.) pour « assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux »¹

Mais sur le terrain, force est de constater qu'il est encore difficile pour les individus, femmes et hommes, d'atteindre un état de bien être physique, émotionnel, mental et social concernant leur sexualité et leur santé reproductive. L'incidence de grossesses non désirées (GND) et des avortements à risques sont des éléments révélateurs de ces difficultés. Et les adolescent-e-s et les jeunes sont particulièrement vulnérables face à ces problématiques de santé sexuelle et reproductive. C'est ce que montre les résultats que nous allons vous présenter de 4 études menées sur les GND et les avortements avec un focus sur la population des jeunes et des adolescent-e-s de 15 à 24 ans.

Les enjeux identifiés autour des GND et des avortements sont dépendants de l'accès, pour l'ensemble des individus, sans discrimination d'âge, de genre, de religion ou de statut d'union, à des informations fiables, aux services de SSR de qualité, allant au-delà de la planification familiale (PF) et à un environnement social, légal et sanitaire favorable aux droits sexuels et reproductifs (OMS, 2015; Delaunay, Guillaume, 2007).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

La problématique des GND est développée par MdM dans plusieurs pays en Amérique Latine et Caraïbes, en Afrique, au Moyen Orient et en Europe de l'Est. Plus particulièrement, MdM a initié un programme qui vise à Contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité

maternelle associée aux grossesses non désirées dans 4 pays qui constitue la zone de l'étude : le Burkina Faso (district de Djibo et Ouagadougou), la Palestine (Bande de Gaza), le Pérou (District de Villa El Salvador - région de Lima) et la République Démocratique du Congo (Kinshasa).

L'objectif de cette étude globale est donc de fournir une analyse comparative des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans dans les quatre pays concernés par cette étude.

Il s'agit particulièrement de :

- Analyser les conditions socio-démographiques, culturelles, familiales, ainsi que l'environnement social, économique et politique favorisant la survenue de grossesses non désirées et des avortements ;
- Recueillir les normes sociales, représentations populaires et les perceptions culturelles autour de la santé sexuelle et reproductive au sein des communautés locales ;
- Connaître les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire des grossesses non désirées et des avortements ;
- Identifier les acteurs communautaires et sanitaires qui interviennent dans la gestion de la contraception, des grossesses non désirées et des avortements ;
- Recueillir la perception et la conduite du personnel soignant face aux avortements et aux grossesses non désirées ;
- Connaître la qualité de la relation thérapeutique entre soignants et soignées, dans les services de SSR ;
- Comprendre les perceptions des usagers des structures de santé, de la qualité des services de santé sexuelle et reproductive, de la disponibilité des soins, et leurs niveaux de connaissances et de confiance des services disponibles ;

1 - <http://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/objectifs-de-developpement-durable/> [consulté le 14.12.2015]

- **Formuler des préconisations en vue d'orienter la stratégie de réponse à la problématique des grossesses non désirées et des avortements au sein des communautés.**

Les objectifs ont été affinés durant les enquêtes en fonction de la réalité de chaque contexte : importance de la religion, lien avec des situations de conflit et d'insécurité, etc.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Obstacles structurels dans l'offre de soins en SSR

Malgré leur disponibilité théorique dans l'ensemble des pays de l'étude, les contraceptifs et les services de SSR ne sont pas toujours accessibles à l'ensemble de la population. Dans tous les pays étudiés, nous avons constaté un cumul de dysfonctionnements structurels dans les services de soins : ruptures de stock, manque de personnel formé à la SSR et au counseling en PF, notamment spécifique aux adolescent-e-s, faible accessibilité géographique et coûts élevés des contraceptifs, de la consultation ou du transport vers un centre de santé. Force est de constater que l'accès concret aux services de santé sexuelle et reproductive ne sont pas à la hauteur des engagements pris par les États à l'échelle internationale.

Conséquences sanitaires de l'environnement social et légal

Dans ces contextes sociaux et institutionnels, les grossesses non désirées et les avortements contribuent de façon importante à la morbidité et la mortalité des jeunes femmes et des femmes, entre autres dans la catégorie des 15 - 24 ans (mais pas seulement). Nos résultats montrent que les jeunes filles payent un lourd tribut social lorsqu'elles ont une GND, avec des conséquences sanitaires importantes. En effet, que ce soit au Burkina Faso, en RDC ou au Pérou, elles sont souvent exclues du groupe familial et social, font l'objet de réprobations de la part de la communauté et doivent abandonner leurs études. Rarement soutenues par leur famille, elles subissent en plus, dans de nombreux cas, la démission de leur partenaire masculin, ce qui a pour conséquence de les précariser économiquement. On constate que cet environnement social est souvent à l'origine du recours tardif aux soins prénataux ou à la décision d'avorter ce qui, du fait de la pénalisa-

tion de l'avortement dans les pays étudiés, comporte des risques importants pour la santé et la sécurité des femmes, ainsi que pour ceux qui souhaitent les accompagner dans ce choix. C'est ce qu'illustre les nombreux entretiens menés dans les 4 pays.

Contexte social de l'offre de soins: l'imbrication entre communauté et soignants

Si ces mécanismes néfastes avaient déjà été décrits (Delaunay, Guillaume, 2007), l'apport majeur de notre étude a été de documenter de façon globale le rôle des rapports inégalitaires de genre, des représentations culturelles et des croyances religieuses dans la gestion des GND et des avortements à risque et ce, non seulement au sein des familles et des communautés, mais aussi parmi les soignants. Cette imbrication de normes et valeurs sociales a des conséquences pour la qualité des soins, présentées en détail dans ce rapport.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Trois principales recommandations sont proposées pour réduire les conséquences des grossesses non désirées et des avortements, et améliorer l'application des dispositifs juridiques en matière d'avortement qui devraient pouvoir évoluer pour s'adapter aux contextes sociaux :

Améliorer l'offre de services en santé sexuelle et reproductive (SSR)

Les professionnels de santé, actuels et futurs (étudiants dans le domaine médical ou paramédical), sont les acteurs principaux des services de santé, il est donc nécessaire de les former et de les informer correctement et régulièrement sur la santé sexuelle et reproductive dans le cadre de la formation initiale et continue. Il s'agit également de promouvoir, auprès de ces prestataires de soins, une déontologie professionnelle solide et cohérente afin d'améliorer en substance la qualité des soins et des pratiques dispensés. Enfin, il est indispensable d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de SSR dans les structures sanitaires, en particulier à destination des jeunes et adolescent-e-s.

Développer des stratégies d'IEC à différents niveaux

Il est important de développer des stratégies visant à

informer les populations sur la SSR et à modifier les perceptions et les comportements en la matière. Il s'agira de mettre l'accent sur les droits sexuels et reproductifs, l'égalité de genre et plus généralement sur les droits humains, pour transformer positivement et durablement les représentations autour de la SSR auprès des individus, des familles, de la communauté et des professionnels de santé. Vu l'impact considérable qu'ont, d'une part, le manque d'information et, d'autre part, les perceptions biaisées en matière de contraception, de GND et d'avortement, il semble crucial de renforcer les stratégies d'IEC à différents niveaux complémentaires.

Adapter les politiques publiques et le corpus législatif

Le rôle des décideurs politiques est évident, pour permettre ou faciliter les changements de perception de la société et les comportements des individus. Il faut donc les inciter à adapter ou modifier les lois pour qu'elles répondent mieux aux besoins et aux évolutions de la société. Pour cela, le plaidoyer, avec le concours des sociétés civiles, reste le moyen privilégié pour faire changer les lois et les politiques nationales.

INTRODUCTION

Dans le cadre de ses projets, Médecins du Monde France (MdM) a confié au Laboratoire d'Études et de recherches sur les Dynamiques Locales et le Développement Social (Lasdel) la réalisation de quatre études sur les déterminants socioculturels des grossesses non désirées (GND) et des avortements au Burkina Faso, en République démocratique du Congo (RDC), au Pérou et en Palestine. Les études ont été faites essentiellement selon l'approche qualitative, avec une ethnographie des services de santé sexuelle et reproductive, des contextes familiaux et communautaires de demande et d'utilisation des contraceptifs, et des dispositifs politiques et techniques de prévention et de gestion des grossesses non désirées et des avortements.

Ce rapport présente les données transversales et particulières selon les pays. Il commence par une comparaison analytique des contextes nationaux et une description de l'offre des services. Il présente ensuite les principaux déterminants socioculturels des GND, leurs perceptions et leurs gestions individuelle, communautaire et institutionnelle. Il présente aussi les perceptions et la gestion des avortements provoqués. Il propose enfin des recommandations qui paraissent adaptées à l'ensemble des contextes étudiés.

CONTEXTE SANITAIRE, SOCIOCULTUREL ET POLITIQUES DE SANTÉ LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DANS LES PAYS DE L'ÉTUDE

Dans les quatre pays retenus pour l'étude, ce sont des sites urbains qui ont été privilégiés : Villa El Salvador (Pérou), Kinshasa (République démocratique du Congo) et la bande de Gaza (Palestine). Seul le Burkina Faso a fait l'objet d'une double étude, en milieu urbain – district de Bogodogo – et en milieu rural – district de Djibo.

Ces contextes urbains se caractérisent par certaines constantes dont l'ampleur peut varier d'une ville à l'autre, mais dont les caractéristiques principales sont :

- des villes « jeunes » (dans des pays où les jeunes de 15 à 24 ans représentent en moyenne 20% de la population)²;
- des villes densément peuplées avec ce que cela implique en termes de promiscuité, d'urbanisation non régulée et de manque d'accès aux services de base (assainissement, eau potable, électricité, services sociaux et de santé, etc.);
- des villes qui ont connu/connissent des vagues de migrations et de déplacements importantes (parfois suite à un conflit interne et/ou externe), ce qui en font des villes très hétérogènes en termes de groupes culturels;
- une forte influence de la religion (principalement le christianisme pour le Pérou et la RDC, l'islam et le christianisme pour le Burkina Faso et principalement l'islam³ pour la Palestine)³ qui oriente les choix des gouvernements en matière de santé sexuelle et reproductive. Le poids de la religion sur les pratiques et représentations des familles et des communautés en matière de sexualité, de vision de la famille et par rapport au rôle de la femme reste important. Par exemple, à Gaza, régie par le droit islamique, la contraception est acceptée pour permettre l'espacement des naissances mais pas la limitation, et l'avortement est contraint ;
- des villes et des régions qui connaissent des violences, particulièrement à l'égard des femmes, qui peuvent se manifester sous différentes formes et intensités selon les pays, par exemple le machisme au Pérou ou les pratiques de violences sexuelles à l'Est de la RDC qui sont « exportées » dans d'autres régions du pays, etc., – et qui, plus généralement, entretiennent de fortes inégalités de genre⁴.

Sur le plan sanitaire, les quelques données comparatives en matière de fécondité des adolescentes et de prévalence contraceptive des femmes en âge de procréer montrent des situations assez contrastées : en RDC et au Burkina Faso, une prévalence contraceptive assez faible et des taux de grossesse non désirée qui restent élevés. Au Pérou, alors que le taux de

2 - La tranche d'âge des 15-24 ans représente en 2015 : 19,9 % de la population au Burkina Faso, 17,8 % au Pérou, 19,5% en République démocratique du Congo et 21,7% en Palestine (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015).

3 - Au Burkina Faso, 61,6% de la population se déclare musulmane, 23,2% catholique (2011). Au Pérou, 81,3% de la population est catholique et 12,5% chrétienne évangélique (2007). En RDC, 50% de la population

est catholique, 20% protestante, 10% musulmane et 10% syncrétiste ou religions locales (2010). Dans la Bande de Gaza, les musulmans, principalement sunnites, représentent entre 98 et 99% de la population (2012). Source : CIA The World Factbook, field listing : Religion, <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2122.html>

4 - En effet, avec le conflit armé et l'insécurité à l'Est de la RDC, il existe un phénomène d'exode rural important.

prévalence contraceptive est bien plus important, les chiffres concernant les grossesses non désirées restent très élevés. Les données sur la Palestine montrent une prévalence contraceptive de 50% mais nous n'avons pas pu trouver de chiffres sur le taux de grossesse non désirée. La faible disponibilité de chiffres est bien sûr symptomatique du caractère très sensible de ces questions, et de leur non considération comme un problème de santé publique par les pouvoirs publics.

TABLEAU 1. PRINCIPAUX INDICATEURS DE LA SSR DANS LES PAYS

Pays	Fécondité des adolescentes (nombre de naissances par 1.000 femmes)	Prévalence contraceptive (femme en union en âge de procréer, toutes méthodes confondues)	Besoins insatisfaits en matière de contraception	Taux de grossesse non désirée
Burkina Faso	117	Entre 16 – 17%	25%	32% (EDS 2003)
République démocratique du Congo	168	Entre 18 – 20%	24%	56,5% (PMA2020, 2014)
Pérou	48	Entre 69 – 73%	6%	53,2% (ENDES, 2014)
Bande de Gaza (Palestine)	48	48,4%	17%	Données non disponibles

Source : Statistiques Mondiales, OMS, 2014, UN 2011 et PCBS, 2010.

De façon générale, les grossesses non désirées chez les adolescentes sont considérées comme un problème important dans les quatre espaces étudiés, par les populations, les professionnels de santé, les autorités et les partenaires : pour la santé des adolescentes d'abord, mais aussi au regard des conséquences sur leur vie à long terme : fin de la scolarisation, rejet de la part de la famille, etc. Les données concernant l'avortement – clandestin – sont, par définition difficilement accessibles mais l'avortement à risque représente également un problème de santé publique aux yeux des populations, des professionnels de santé, des autorités et des partenaires. Au Pérou, selon les données disponibles, l'avortement clandestin serait la 3^{ème} cause directe de décès maternels pour la période entre 2002-2011 (MINSa, 2013).

Les facteurs de vulnérabilité des adolescent-e-s sont comparables dans les 4 contextes : le niveau d'éducation, le lieu de résidence (rural ou urbain) et le niveau de bien-être socio-économique⁵.

Sur le plan légal, les quatre pays inclus dans l'enquête ont une législation restrictive concernant l'avortement : l'avortement est interdit et puni⁶, autant pour la femme qui y aurait recours que pour celui ou celle qui «ferait» avorter une femme ou l'aiderait à avorter. L'avortement thérapeutique peut être envisagé seulement si la santé de la mère est menacée, il nécessite l'avis d'au moins deux médecins (trois en RDC).

5 - Il s'agit d'un indice construit à partir des informations sur la possession par les ménages de certains biens durables (télévision, radio, voiture, etc.) et sur certaines caractéristiques du logement (disponibilité de l'électricité, type d'approvisionnement en eau de boisson, type de toilettes, matériau de

revêtement du sol, nombre de pièces utilisées pour dormir, type de combustible pour la cuisine, etc.).

6 - Voir le tableau récapitulatif des différentes législations pp. 27-28 du présent rapport

MÉTHODOLOGIE DES ÉTUDES

Les études ont été réalisées selon une approche socio-anthropologique à visée essentiellement qualitative. Les protocoles ont été soumis et validés par les comités nationaux d'éthique pour la recherche dans chaque pays. Dans chaque pays, les enquêteurs et enquêtrices ont été formés et un test des outils a été effectué pour que les concepts, le cadre d'analyse et les outils et stratégies de collecte de données soient véritablement appropriés par les chercheurs et les chercheuses. Les différentes étapes appliquées ont été : i) la revue documentaire, ii) l'enquête de terrain (collecte des données par diverses méthodes) et iii) l'analyse des données.

2.1. LA REVUE DOCUMENTAIRE

Les études ont connu d'abord une étape de revue documentaire pour la collecte des données statistiques par exemple, pour comparer et établir les écarts entre les différents pays, ou encore pour collecter des articles de presse sur des cas de GND, d'avortement, d'abandon de nouveau-né, etc., pour mieux appréhender les représentations sociales véhiculées par les médias. Ces données secondaires, qualitatives et quantitatives, ont aussi permis d'orienter les questions pour les entretiens.

2.2. LA COLLECTE DES DONNÉES EMPIRIQUES

La collecte des données a été faite par des sociologues et ethnographes supervisé-e-s par un coordinateur principal de site et un coordinateur général pour l'ensemble des sites. La transcription des données a été faite par l'ensemble des chercheurs. Des synthèses régulières pendant la phase de collecte des données entre les enquêteurs et les superviseurs ont permis de gérer efficacement les difficultés et de mesurer l'évolution thématique de l'enquête pour proposer des solutions adaptées.

2.2.1. LES MÉTHODES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a eu lieu entre novembre 2014 et août 2015 pour les quatre pays. Les méthodes qualitatives, notamment les entretiens individuels, les

observations et les focus groups ont été utilisées. Les observations directes ont été faites dans les centres de Planification Familiale/Soins de Santé Sexuelle et Reproductive (PF/SSR) et de soins post-avortements. Il s'agissait d'observer les consultations des adolescent-e-s et de la population en général dans les centres de SSR pour en déterminer les mobiles, les préoccupations en matière de prévention des GND, les réponses des soignants à leurs sollicitations, ainsi que la prise en charge de ces GND et des avortements.

Les outils de collecte des données qualitatives ont été les guides d'entretiens et de focus group qui structurent les thèmes à aborder. Ces guides ont été développés en fonction des types d'acteurs et d'actrices à interroger. Les entretiens ont été réalisés avec des soignants (médecins, sages-femmes, infirmières), des agents de santé communautaire et travailleurs sociaux, des jeunes filles et jeunes femmes ayant vécu une GND, des représentants communautaires (religieux, associatifs) et autres personnes ressources selon le terrain. Les focus groups ont réuni des adolescent-e-s, des jeunes femmes et jeunes hommes, des membres de la communauté (femmes et hommes adultes, représentants communautaires religieux et associatifs) ou encore des soignants.

Sur le terrain, un journal de bord a été tenu par chaque ethnographe, dans lequel il ou elle a consigné quotidiennement les faits et constats marquants et les informations complémentaires à rechercher ou à valider, selon la disponibilité des personnes enquêtées. Ces journaux de bord ont constitué des documents importants qui ont permis d'enrichir le processus d'analyse et l'interprétation des données.

Quelques données quantitatives complémentaires ont été collectées à partir d'une matrice au niveau du système d'information (SNIS) des structures de santé et les études antérieures, les annuaires statistiques sanitaires et les enquêtes démographiques et de santé. Dans certains pays, nous avons eu accès aux statistiques de routine disponibles dans les centres de santé où ont lieu les consultations de soins. Elles concernent aussi : la disponibilité des ressources humaines et matérielles, les types de services offerts, la disponibilité des intrants et autres matériels, l'adéquation du cadre physique, le suivi/ supervision des activités de soins et de prévention et le système d'enregistrement en place, le niveau d'utilisation, la couverture des services, l'organisation et le fonctionnement, etc.

2.2.2. LES CIBLES DE L'ENQUÊTE ET LA TECHNIQUE D'ÉCHANTILLONNAGE

Quatre groupes d'acteurs et d'actrices ont été systématiquement interviewés et observés : les jeunes filles et garçons de 15-24 ans, les agents de santé et leurs différents relais, les pères et mères d'adolescent.e.s et les personnes ressources et associations communautaires ayant une quelconque influence sur la fécondité, la nuptialité, les mœurs et la mobilité des jeunes. Toutes les catégories d'acteurs/d'actrices des quartiers sélectionnés ont été interviewées. Dans la catégorie des personnes ressources, ont été pris en compte les responsables coutumiers et religieux, les chefs de canton, les autorités sanitaires (équipe cadre de district), les comités de gestion des centres de santé (COGES), les agents de santé communautaire et les accoucheuses traditionnelles, les organisations communautaires et associations, les médias, etc.

La technique d'échantillonnage a été celle du choix raisonné. Tous les acteurs/actrices ont été choisis pour l'enquête en fonction de leur implication dans le sujet. Nous avons rigoureusement tenu compte des différentes catégories et sous-catégories d'acteurs/actrices. La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée d'avance. Nous avons respecté le principe de la saturation des informations à l'intérieur de chaque sous-catégorie d'acteurs/d'actrices. Pour cela, nous avons confié chaque catégorie d'acteurs/d'actrices à un ou une même enquêteur/enquêtrice qui a pu mesurer cette saturation au fil du temps. L'identification des personnes à interroger à l'intérieur des catégories d'acteurs/actrices s'est faite sur la base de la technique « boule de neige » consistant à s'informer chez chaque personne d'une autre personne indiquée pour l'enquête.

2.3. TRAITEMENT DES DONNÉES

Toutes les entrevues ont été enregistrées, transcrites puis codées avec le logiciel QDA Miner ou NVivo. Une analyse de contenu a ensuite été effectuée sur les différents discours des acteurs/actrices, les descriptions des observations, etc. Les données quantitatives extraites des registres et rapports d'études disponibles ont fait l'objet d'une synthèse en vue de renseigner certains indicateurs clés de comportement et de connaissances en lien avec la SSR chez les jeunes filles et garçons.

2.4. LIMITES DE L'ÉTUDE

Excepté pour la Palestine, les procédures administratives ont partout retardé le démarrage des études. Cela a occasionné des contraintes de temps et des difficultés à rencontrer ou mobiliser des personnes ressources et des acteurs/actrices. Dans certains pays, nous avons constaté une absence de données quantitatives rigoureuses et vérifiables. Les statistiques disponibles ne sont pas collectées suivant les mêmes périodicités et les mêmes critères ou méthodes dans les quatre pays. Les avortements sont très faiblement renseignés dans la plupart des pays. Les données disponibles concernent parfois une région ou une ville ou encore une population précise.

Un certain nombre de difficultés ont été rencontrées lors de la collecte des données et notamment dans la bande de Gaza avec des problèmes comme l'indisponibilité des usagers pendant le ramadan, etc.

Les GND et l'avortement restent des sujets sensibles et difficiles à aborder, du fait de la stigmatisation et des tabous autour de la sexualité, notamment pour les adolescent.e.s. Par conséquent, dans certains terrains (ex. Pérou), il a été extrêmement difficile d'obtenir des entretiens avec des jeunes femmes ayant eu une GND et/ou ayant eu recours à un avortement. Cette même difficulté s'est faite sentir pour interroger des hommes ou les faire participer aux focus groups. Dans le contexte de la bande de Gaza, il a également été très difficile d'interroger des femmes non mariées sur ces questions, les rapports sexuels hors mariage étant fortement condamnés dans les normes sociales et morales en vigueur.

Le temps imparti aux terrains étant assez court (3-5 semaines), nous n'avons pas pu développer des stratégies complémentaires pour recruter des enquêté.e.s ou multiplier les entrées sur le terrain à travers le tissage de liens de confiance avec des personnes ressources. Dans le contexte péruvien, le retard dans le démarrage et la durée de terrain relativement courte, coïncidant avec les fêtes nationales, a limité le recrutement des enquêté.e.s. Cela a renforcé en particulier le biais des soignants interrogés qui pour la plupart étaient déjà sensibilisés aux droits en SSR du fait de l'action locale de MdM et d'autres ONG dans le district étudié.

Par manque de temps, l'absence de certains acteurs clés dans les interviews est également à déplorer dans le contexte gazaoui. Il nous est par exemple apparu

que les professeurs des écoles représentaient des acteurs primordiaux des canaux de transmission d'informations mais par manque de temps, il n'a pas été possible d'en analyser le rôle de manière plus précise. Le matériel de prévention à la contraception utilisé dans les hôpitaux et les centres de santé n'a pas pu être soumis à une analyse approfondie alors que cela aurait sans doute pu nous renseigner de manière très riche sur les pratiques et les perceptions autour de ces questions. Ces différents aspects sont autant de pistes qui devraient faire l'objet d'une future étude.

DE L'OFFRE À L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES

3.1. OFFRE DE SERVICES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Dans les quatre zones étudiées, les différentes méthodes contraceptives modernes sont théoriquement disponibles (hormonales, de barrière, chimiques ou définitives - sauf dans la bande de Gaza où ces dernières sont prohibées), et les méthodes traditionnelles (retrait, cycle, etc.) existent. Les différentes méthodes modernes sont disponibles dans les centres de santé publics et/ou subventionnés, elles peuvent être gratuites, payantes totalement ou partiellement, et/ou conditionnées au statut civil, comme dans la bande de Gaza. On les retrouve également dans des pharmacies, au prix du marché, et dans le secteur informel (pharmacie par terre, etc.).

La pilule du lendemain est également disponible dans les quatre villes/régions étudiées, le plus souvent dans les pharmacies privées de façon payante, donc peu accessible aux populations ayant de faibles ressources. Ainsi au Pérou, bien que la pilule du lendemain soit reprise dans la liste des méthodes contraceptives par le Ministère de la Santé, il existe un débat juridico-politique qui, actuellement, bloque sa distribution - gratuite - dans les centres de santé publics. Cependant, elle reste accessible dans les pharmacies (normalement sur prescription médicale).

Enfin, dans les quatre pays étudiés, l'abstinence, en tant que méthode contraceptive est encouragée (par les familles, les leaders religieux, certaines ONG et associations, etc.) auprès des jeunes, de préférence à toute autre méthode contraceptive.

Bien que toutes ces méthodes soient théoriquement disponibles, les mêmes obstacles se dressent devant les populations des quatre pays étudiés pour y accéder : coût (même si la méthode peut être gratuite, le transport ou la consultation sont payants), distance (tous les centres ne disposent pas toujours de toutes les méthodes), disponibilité (ruptures de stock), le manque de formation du personnel associé à la faible qualité des services de PF.

Il faut ajouter à ces aspects structurels les obstacles d'ordre social, comme le rôle incontournable des partenaires masculins (autorisation formelle parfois nécessaire) dans la décision de recourir ou pas à une méthode contraceptive. De même, la valorisation sociale d'une grande famille (comme dans la bande de Gaza) ou la prégnance du rôle traditionnel de genre de la femme comme mère au sein d'un couple, peuvent rendre plus difficiles la décision et le recours concret aux méthodes contraceptives, les femmes allant à l'encontre des normes sociales inculquées par leur entourage. En outre, souvent du fait d'un manque de counseling adapté offert par les services de santé, des perceptions négatives des effets secondaires des contraceptifs ont été constatées chez les femmes interrogées, notamment la crainte de la stérilité, et/ou des effets secondaires réels qui peuvent constituer un frein important pour ne pas recourir ou renoncer à une méthode contraceptive moderne. Celles-ci semblent limiter l'adhésion des femmes à ces méthodes.

Pour accéder à une des méthodes contraceptives disponibles, les adolescent-e-s doivent passer par un prestataire de soins, à l'occasion d'une consultation médicale mais les obstacles ne manquent pas. Ils sont plus ou moins similaires dans les quatre espaces étudiés : nécessité de l'autorisation d'un parent, d'un tuteur pour les mineur-e-s, manque de moyens financiers des adolescent-e-s pour accéder au centre de santé, à la consultation et/ou aux contraceptifs, manque de confidentialité et absence d'espaces de santé dédiés aux adolescent-e-s (avec du personnel formé, des outils d'information et de sensibilisation adaptés, etc.). Or, dans les pays étudiés, la sexualité des jeunes en-dehors de l'union est socialement et moralement condamnée, ce qui se traduit de fait par un accès très limité des jeunes à la contraception (Delaunay, Guillaume, 2007). Du fait de cette forte condamnation morale, notamment par les médecins et le personnel soignant, la mise en place de ce genre d'espace pour des personnes non mariées (jeunes ou moins jeunes) serait par exemple quasiment impensable dans le contexte gazaoui.

Illégal dans les quatre zones étudiées (sauf dans certaines conditions particulières comme la mise en danger de la santé de la femme et l'inceste), l'avortement n'est pas pris en charge dans les centres de santé publics et/ou conventionnés (ou alors de façon clandestine). Les soins post-avortement - sans distinction du type d'avortement, spontané ou provoqué - font normalement partie du paquet minimum d'activités des structures

sanitaires mais souvent, le personnel n'est pas suffisamment formé et les méthodes ne sont pas adaptées; actuellement, la plupart des spécialistes et l'OMS recommandent l'aspiration manuelle intra-utérine, alors que le curetage est la méthode la plus souvent citée par les prestataires de soins.

Enfin, on peut noter que les quatre pays où l'étude a été menée se sont engagés en faveur de l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive – y compris des adolescent-e-s (sauf dans la bande de Gaza où il n'est officiellement pas question d'aborder la question pour des personnes non mariées) – à travers l'approche basée sur les droits (la santé sexuelle et reproductive est un droit pour les populations), et orientent progressivement leur politique vers la préséance du droit de la femme en matière de santé sexuelle et reproductive.

3.2. LA DISPONIBILITÉ DES CONTRACEPTIFS

La disponibilité des contraceptifs est similaire dans les quatre contextes concernés par cette étude. La plupart des méthodes contraceptives sont disponibles dans le champ biomédical formel ainsi que dans le secteur informel de la médecine parallèle. La majorité des interviewé-e-s a déclaré que les usagers/usagères peuvent trouver facilement les contraceptifs dans des centres de santé, dans des pharmacies, dans des hôpitaux ou des cliniques (privés, d'ONG, ...) et même auprès de certaines organisations nationales ou internationales (ONG, organismes des Nations Unies, etc.) comme dans le contexte gazaoui avec l'UNRWA, l'agence de l'ONU dédiée aux réfugiés palestiniens.

Parmi les méthodes disponibles citées nous avons, d'une part les méthodes modernes qui incluent les injectables (Depo Provera), le dispositif intra-utérin (DIU), les spermicides, le condom (masculin et féminin), la pilule, le stérilet, ou encore l'implant (Jadelle); et d'autre part, les méthodes traditionnelles avec le collier ou le calendrier, la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA), etc. En plus de ces méthodes temporaires, il existe une méthode définitive : la stérilisation. Au Pérou, on peut ainsi trouver des centres spécialisés dans la ligature des trompes. Dans la bande de Gaza, même si certains témoignages attestent que la ligature des trompes peut-être pratiquée de manière clandestine, celle-ci est officiellement et strictement prohibée.

Malgré la disponibilité des contraceptifs dans les quatre contextes étudiés (Burkina, Pérou, RDC, Palestine), la diffusion de l'information reste limitée par rapport à la disponibilité de ces méthodes.

Par ailleurs, on constate souvent des ruptures de stock des méthodes contraceptives les plus populaires selon chaque pays et ceci, tant dans les structures de soins que dans les pharmacies. Au Pérou, par exemple, tous les CMI (Centre Médical et Infantile) de Villa El Salvador ont des problèmes d'approvisionnement avérés. Les ruptures d'approvisionnement en contraceptifs dans les centres publics de santé constituent un problème récurrent qui limite la possibilité des femmes de choisir librement leur contraception; on nous a ainsi déclaré que « *les méthodes contraceptives, on ne les a pas de manière permanente et surtout les préservatifs féminins ne sont pas assez disponibles dans le réseau public* » [professionnelle de santé, Pérou].

TABLEAU 2. DISPONIBILITÉ COMPARÉE DES CONTRACEPTIFS DANS LES 4 PAYS

Pays	La disponibilité des contraceptifs
Burkina - Ouagadougou	On peut acheter les méthodes contraceptives dans n'importe quelle formation sanitaire. Les services de santé disposent d'une bonne diversité de méthodes contraceptives (dans les hôpitaux, pharmacies, dans la rue, etc.). Néanmoins, on constate des ruptures de stocks de produits contraceptifs.
Burkina - Djibo	On en trouve partout, dans les pharmacies du quartier, dans les centres de santé publics et privé, les services de maternité, dans les hôpitaux.



Pérou	<p>Disponible dans le réseau public de santé, dans des pharmacies, des hôpitaux, les centres de santé privés et gouvernementaux.</p> <p><i>« Les méthodes contraceptives, on ne les a pas de manière permanente »</i></p> <p>Disponible partout et pour tout le monde, mais avec des ruptures régulières.</p> <p><i>« Les préservatifs féminins ne sont pas assez disponibles dans le réseau public. »</i></p> <p>Les ruptures d'approvisionnement limitent la possibilité des femmes de choisir librement leur contraception. Malgré la diversité des méthodes contraceptives proposées, tous les CMI de Villa El Salvador ont des problèmes d'approvisionnement avérés.</p>
R.D.Congo	<p>Matériellement et techniquement disponibles, dans les pharmacies privées pour celles qui ont recours au préservatif masculin et à la pilule, dans les hôpitaux d'État pour celles qui préfèrent les injectables, les implants ou la stérilisation. Les contraceptifs sont disponibles dans Les centres de santé, la rue (par les sensibilisateurs à domicile) et les vendeurs de médicaments (via les pharmacies « par terre » ou traditionnelles).</p>
Palestine - Bande de Gaza	<p>La disponibilité des méthodes dépend du statut (civil, administratif). Elles sont plus ou moins disponibles dans l'ensemble des cinq districts, dans les cliniques et hôpitaux gouvernementaux, dans ceux de l'UNRWA, dans les hôpitaux et cliniques privés et ceux de certaines ONG, dans les centres de santé communautaires ainsi que dans les pharmacies.</p>

Source : Rapports des études pays, Lasdel/Médecins du Monde, 2015

3.3. L'ACCESSIBILITÉ DES CONTRACEPTIFS

Si les contraceptifs sont relativement disponibles, ils ne sont pas toujours accessibles (financièrement, géographiquement, culturellement) à toutes les femmes (et aux hommes), particulièrement les jeunes. Dans les quatre pays concernés par l'étude, l'accès aux moyens de contraception est assez variable. Dans certains cas, ils sont distribués gratuitement ou vendus à un prix abordable pour tous les usagers/usagères, selon plusieurs déclarations obtenues lors de l'enquête. En République Démocratique du Congo par exemple, comme dans les trois autres villes où s'est déroulée l'enquête, les usagères et les usagers ont déclaré pouvoir accéder aux contraceptifs (ils sont subventionnés et peuvent donc être distribués gratuitement), via les ONG, les centres de santé, ou éventuellement à des prix abordables sur le marché (hôpital, centre de santé, pharmacie, pharmacie de rue, etc.) mais ce n'est pas une généralité.

Le coût est un facteur d'accessibilité important, surtout pour les jeunes qui disposent souvent de peu de moyens financiers propres. C'est ainsi que parmi toutes les méthodes contraceptives, les jeunes ont plus facilement accès aux préservatifs parce qu'ils sont moins

chers.

D'autres difficultés d'accès persistent, différentes selon le pays. En RDC, où la contraception n'est pas légalement autorisée aux mineur-e-s, certains types de contraceptifs sont promus de préférence par les pouvoirs publics et leurs partenaires, surtout pour les jeunes (le préservatif masculin et féminin) mais ceux-ci le sont en quantité insuffisante pour répondre aux besoins des populations. D'autres difficultés rencontrées sont : des produits endommagés, des dates de péremption proches, etc.

Dans la bande de Gaza, il n'existe pas de loi empêchant les personnes de recourir et de se fournir en moyens contraceptifs, mais l'accès aux usagers et usagères peut être limité par le statut civil (« traitement différentiel » entre réfugiés et citoyens, Ashour et Watt, 2010), le statut marital et l'emplacement géographique. En effet, même si la densité de population est extrêmement importante, certaines zones plus éloignées des villes (notamment certaines localités situées dans les zones frontalières du sud-est de la bande de Gaza) sont moins couvertes par les structures publiques de santé.

TABLEAU 3. ACCÈS COMPARÉ AUX CONTRACEPTIFS DANS LES PAYS

Pays	L'accès aux contraceptifs
Burkina - Ouagadougou	Les centres de santé privés distribuent et vendent les contraceptifs, de même que les centres de santé publics ou encore dans la rue, on en trouve, financièrement accessibles pour la grande majorité des usagers. Cependant, ils sont difficilement accessibles en fonction des saisons. Comme on le voit dans des discours récurrents comme celui-ci, « <i>J'ai obtenu facilement la méthode contraceptive. Ce n'est pas difficile d'avoir les méthodes contraceptives. Ça n'a pas été compliqué. Les jeunes ont accès aux préservatifs parce que ça c'est moins cher.</i> », les coûts des contraceptifs sont abordables .
Burkina - Djibo	Les méthodes contraceptives sont souvent gratuites ou à faible coût. Elles sont accessibles pour tout le monde. Les principales barrières sont la distance géographique, l'illettrisme et la stigmatisation des jeunes dans les services de santé.
Pérou	Les méthodes contraceptives sont distribuées gratuitement dans le réseau public de santé à la suite d'une consultation en planification familiale (PF). Ils sont accessibles pour toutes les couches de la société. Les ruptures d'approvisionnement en contraceptifs dans les centres publics de santé représentent un problème récurrent.
R.D.Congo	Les méthodes contraceptives sont peu chères et d'autres sont distribuées gratuitement. Elles sont accessibles pour tout le monde. Certains types de contraceptifs sont promus (l'évaluation du 3ème programme FNUAP relève qu'en matière de PF, il existe surtout une sensibilisation et distribution de préservatifs masculins et féminins) et ceux-ci le sont en quantité insuffisante pour répondre aux besoins des populations. D'autres difficultés rencontrées sont: des produits endommagés, des dates de péremption proches, des ruptures de stock, etc.
Palestine - Bande de Gaza	La contraception médicale est largement répandue et facilement accessible : Les méthodes contraceptives sont gratuites pour la plupart et accessibles facilement pour la grande majorité des usagers malgré des différences selon le statut civil, le statut marital, l'emplacement géographique et l'existence de ruptures de stock.

Source : Rapports des enquêtes pays, Lasdel/Médecins du Monde, 2015

3.4. LES PERCEPTIONS ASSOCIÉES AUX CONTRACEPTIFS

Les méthodes contraceptives sont parfois perçues positivement comme : un moyen efficace pour espacer les grossesses et donc mieux pouvoir s'occuper des enfants, permettre d'éviter les maladies (pour les préservatifs), réduire le nombre d'enfants à la charge des parents/grands-parents, ou encore réduire le nombre d'enfants obligés de séjourner dans la rue. Cette vision des choses est partagée par une importante partie des professionnels de santé.

Toutefois, de nombreux usagers et usagères ont une perception négative de la contraception. Pour eux, lorsqu'on utilise les méthodes contraceptives modernes, il y a toujours un risque d'effets secondaires. Parmi le plus cité : devenir stérile et/ou malade. Ces perceptions négatives peuvent en plus être relayées ou renforcées par certains professionnels de santé :

« *C'est à partir de 20 ans et la fille doit avoir déjà deux enfants. Nous donnons souvent aux mariés, parce qu'il y a la décision du mari qui est exigé. Les filles célibataires ne prennent pas les implants. Seulement les préservatifs.* »

professionnelle de santé, Kinshasa

Les préservatifs sont aussi perçus comme ayant des effets négatifs, principalement sur le plaisir sexuel (en limitant le contact physique direct), « *mon conjoint ne veut plus de ça ! Il dit que le préservatif rend une femme stérile à force de trop l'utiliser et aussi, parce que ça ne procure pas le plaisir. Mon conjoint n'aime pas les préservatifs* » explique une jeune femme de la RDC.

Outre les effets perçus sur la santé (stérilité) et le plaisir, les méthodes contraceptives sont également considérées par certain-e-s comme favorisant de mauvais comportements tels que la prostitution, le multi-partenariat, etc. Ainsi, les méthodes contraceptives ne s'adresseraient pas à tout le monde, elles seraient avant

tout « *l'affaire des femmes en couple* » et donc « *non indiquées pour les jeunes filles* ». La promotion de la contraception auprès des jeunes est souvent perçue comme une incitation à avoir des relations sexuelles, ce qui est socialement réprimé en dehors du mariage.

En résumé, les populations des zones enquêtées ont, dans une certaine mesure, connaissance des méthodes contraceptives mais il existe plusieurs barrières d'ordre socioculturel, économique et environnemental (géographique) qui limitent leur utilisation.

TABLEAU 4. PERCEPTIONS COMPARÉES DES CONTRACEPTIFS DANS LES 4 PAYS

Pays	Les perceptions des contraceptifs
Burkina - Ouagadougou	Les contraceptifs sont perçus comme une pratique avantageuse pour la femme et pour l'homme. Elle garantirait à la fois la bonne santé physique et économique de la famille permet l'espacement des naissances puis la prévention des grossesses non désirées. C'est le meilleur moyen ou le moyen efficace pour pouvoir planifier les naissances. Cependant, les méthodes contraceptives sont considérées comme pouvant avoir un effet stérilisant sur les femmes. Elles seraient une source de problèmes de santé à long terme. Source de maladies, les contraceptifs entraîneraient la ménopause précoce. Les hommes refuseraient que leurs épouses utilisent les méthodes contraceptives car outre les effets stérilisants, elles favoriseraient aussi de mauvais comportements (prostitution, multi-partenariat, etc.). Leur utilisation serait contraire à une sexualité responsable.
Burkina - Djibo	Sauf pour les églises, les contraceptifs sont dits avantageux mais à haut risque. Ils sont aussi vu comme l'affaire des marginaux sociaux (fille de mauvaise éducation, etc.). On le voit avec cette citation « <i>Chez nous si une fille se cache pour prendre les contraceptifs c'est parce qu'elle veut aller avec les hommes sinon nous n'acceptons pas qu'une fille planifie les naissances. Elle n'a pas de mari elle va planifier les naissances pourquoi ?</i> »
Pérou	Les méthodes vues tout de même comme bonnes sont dites capables de rendre les règles complètement irrégulières. Elles rendent les femmes stériles, favoriseraient le cancer ou diminuent la libido et le plaisir sexuel. Donner des préservatifs aux adolescents, c'est comme leur dire « <i>ayez des relations sexuelles</i> ». L'utilisation de contraceptifs, notamment du préservatif, comporte une signification négative parce que les contraceptifs sont perçus comme une invitation à débiter précocement les rapports sexuels. « <i>Je pense que les contraceptifs, avec une bonne orientation, une bonne administration, peuvent atteindre une bonne fin, parce qu'elles prennent soin de soi, elles n'auront pas de grossesses non désirées, il n'y aura pas d'enfants abandonnés, des enfants avec des problèmes de santé, alors bien orientées, bien acheminés, ce sera positif.</i> »

R.D.Congo	<p>Perception négative : Peu efficaces, avec des effets secondaires (voire dangereux pour la fertilité, la virilité), les préservatifs sont réducteurs de plaisir sexuel et limitent le contact physique (<i>la sensation naturelle n'existe plus</i>), ils rendraient insidieusement stériles. Les méthodes ne sont pas destinées à toutes les catégories de la population.</p> <p>Perception positive : Les méthodes de contraception sont bonnes, ça permet de diminuer le nombre des naissances (<i>le nombre des grossesses non désirées a diminué ces derniers temps dans la communauté</i>). Cela permet aux jeunes d'éviter les grossesses, aux utilisateurs d'éviter les maladies (pour les préservatifs), d'espacer les naissances, de réduire le nombre d'enfants à la charge des parents/grands parents, de réduire le nombre d'enfants obligés de séjourner dans la rue.</p>
Palestine - Bande de Gaza	<p>Dans la société gazaouie, une « limitation » des naissances est perçue comme contraire à la volonté d'Allah. <i>« Dans la religion, c'est interdit de dire qu'on veut seulement deux enfants par exemple. Les mères devraient continuer à donner naissance à leurs enfants normalement et seulement dans le cas où ça affecte leur santé, là, elles doivent s'arrêter. »</i></p> <p>Femme.</p> <p>Pourtant, lors de discussions informelles, certaines femmes affirment ne vouloir qu'un certain nombre d'enfants: <i>« Moi j'ai 27 ans et j'ai deux enfants mais deux, ça suffit ! (rires) Parce que je travaille et puis je veux leur donner une bonne éducation ! »</i></p> <p>Travailleuse sociale.</p> <p>En revanche, la contraception visant à espacer les grossesses, elle, est tolérée: <i>« Je l'utilise moi-même parce que je voulais espacer mes grossesses ! J'ai utilisé la contraception jusqu'à ce que ma fille ait deux ans et je suis tombée à nouveau enceinte six mois après. C'est la raison principale pour laquelle les femmes utilisent la contraception : pour espacer leurs grossesses. Elles ne veulent pas tomber enceinte 40 jours après avoir accouché. C'est tout. »</i></p> <p>Médecin, Gaza City.</p> <p>Quand la contraception est considérée comme un moyen d'espacement et non pas de limitation des naissances, elle est perçue comme bénéfique et nécessaire: <i>« La contraception, on est toutes pour ! »</i></p> <p>Médecin.</p> <p><i>« La contraception et le planning familial en général sont une bonne chose. »</i></p> <p>Femme.</p> <p>Elle est parfois perçue comme comportant un certain nombre de risques pour la santé: <i>« L'utilisation de la pilule peut causer des graves problèmes pour la santé de la mère au bout d'un moment. »</i></p> <p>Femme.</p>

Source : Rapports des enquêtes pays, Lasdel/Médecins du Monde, 2015

3.5. L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

Même si, dans les quatre contextes de l'étude, les enquêté-e-s ont une connaissance minimale des méthodes contraceptives disponibles, l'utilisation des contraceptifs reste faible.

Les cas de la bande de Gaza et du Pérou présentent des taux de prévalence contraceptive relativement élevés, toutes tranches d'âge confondues : 48,4% dans la

bande de Gaza et entre 69% et 73% au Pérou, selon les données statistiques disponibles. Ceci montre un niveau correct d'acceptation sociale, et des services de santé qui répondent aux besoins des usagers et usagères en matière de contraception.

Pour le Burkina Faso et la RDC, les taux sont très bas. En cause, différents facteurs révélés par l'étude : manque d'information sur les méthodes contraceptives, faible niveau d'acceptation sociale de la contraception, difficulté d'accès, etc.

TABLEAU 5. L'UTILISATION COMPARÉE DES CONTRACEPTIFS DANS LES 4 PAYS

Pays	Les perceptions des contraceptifs
Burkina - Ouagadougou	L'utilisation comparée des contraceptifs dans les 4 pays
Burkina - Djibo	Les préservatifs masculins sont plus utilisés par les jeunes à cause de la perception selon laquelle « <i>ça préserve contre les maladies sexuellement transmissibles et les GND</i> ». La majorité des usagers connaît les méthodes contraceptives, mais peu les utilisent. Donc, l'utilisation est très faible.
Pérou	Les préservatifs masculins sont souvent mis en avant positivement par leur double rôle préventif en tant que contraceptif et protection contre les IST/VIH. Les femmes utilisent les pilules et les injections mensuelles <i>« C'est tout le monde qui utilise les méthodes contraceptives. Les mariés et les célibataires. »</i> La pilule, le Jadelle et le Depo Provera sont très utilisés par les femmes et les filles. Les méthodes hormonales incluent les pilules, les injections mensuelles ou trimestrielles et les implants (Norplant, Implanon). Nous avons également recensé le stérilet (DIU), plus connu sous le nom de « T en cuivre » [T de cobre]. <i>« Moi j'ai utilisé la T en cuivre, j'ai utilisé aussi les pilules et j'ai également pris soin de moi avec les ampoules. J'ai utilisé les trois. »</i>

<p>R.D.Congo</p>	<p>« <i>Tout le monde utilise les contraceptifs, les femmes mariées et les non mariées. A condition d'avoir déjà deux enfants</i> ».</p> <p>En RDC, l'utilisation de la contraception reste globalement faible. Elle est notamment difficile pour certaines catégories de population. Seules les femmes qui ont déjà « suffisamment » d'enfants sont appelées à se servir de la contraception. Des méthodes comme le Jadelle sont jugées plus efficaces et sans effets indésirables considérables. Les méthodes modernes les plus connues sont le préservatif masculin, les injectables et la pilule.</p> <p>« <i>Les jeunes et même les vieux utilisent les préservatifs</i> »</p> <p>Concernant l'utilisation des méthodes contraceptives, d'après le Ministère de la Santé [2013-2014], le pourcentage global d'utilisation des contraceptifs par les femmes dans l'ensemble de la RDC est de 19%, réparti entre les méthodes modernes (8%) et les méthodes traditionnelles (11%), avec 11,5% d'utilisation (méthodes modernes et traditionnelles confondues) dans la tranche des 15-19 ans (taux d'utilisation le plus faible) et 22% dans la tranche 20-24 ans. A Kinshasa plus particulièrement, selon le PMA2020 (données de 2014), 35,6% des femmes de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive, soit moderne (21,6%), soit traditionnelle (14%). Mais les femmes de la tranche 15-24 ans, sexuellement actives et hors union, sont 45% à utiliser une méthode contraceptive.</p>
<p>Palestine - Bande de Gaza</p>	<p>Le taux de prévalence contraceptive est relativement élevé puisqu'il s'établit à 48,4%.</p> <p>« <i>Toute cette génération prend/utilise une contraception. [...] Moi-même j'utilise la contraception. Beaucoup de gens utilisent un moyen de contraception à Gaza.</i> »</p> <p>Médecin.</p> <p>Les femmes utilisent le stérilet, les pilules (progestérone, microgynon), injections (DepoProvera).</p> <p>« <i>Le stérilet est la meilleure méthode parce qu'elle n'a que peu d'effets secondaires.</i> »</p> <p>Femme.</p> <p>Les méthodes contraceptives sont parfois choisies par les femmes selon le confort qu'elles occasionnent:</p> <p>« <i>J'utilise le préservatif parce que ça n'affecte pas mes hormones comparé aux pilules qui bouleverse mon poids et mon équilibre hormonal.</i> »</p> <p>« <i>Je voulais utiliser le stérilet mais les médecins ont trouvé que j'étais anémique donc maintenant j'utilise le préservatif.</i> »</p> <p>« <i>J'utilise la pilule parce que c'est plus confortable et fiable et on risque pas de devenir stérile.</i> »</p> <p>Femmes.</p> <p>Les hommes utilisent souvent les préservatifs (masculins) mais sont également favorables à la contraception dite « naturelle », c'est à dire le retrait.</p> <p>« <i>La contraception naturelle c'est le mieux.</i> »</p> <p>Homme.</p>

Source : rapports des études pays, Lasdel/Médecins du Monde, 2015

LES DÉTERMINANTS TRANSVERSAUX ET SPÉCIFIQUES DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Une grossesse non désirée (GND) ou non intentionnelle est une grossesse qui survient chez une femme qui ne désire pas d'enfants ou qui ne le désire pas au moment où la grossesse se présente. Ces grossesses non désirées étaient estimées à 86 millions sur 208 millions en 2008. Environ la moitié des GND se soldent par des avortements dont 21 millions seraient à risque, c'est-à-dire réalisés dans des conditions d'hygiène et de sécurité insuffisantes (Sedgh et al, 2012).

4.1. LA SITUATION DES GND DANS LES PAYS ÉTUDIÉS

Dans les quatre pays étudiés, les GND sont considérées comme un phénomène important. Généralement associées aux adolescentes, les GND touchent aussi les femmes adultes célibataires ou en couple.

« Personnes vulnérables aux grossesses non désirées ? Avant nous on parlait des jeunes mais on dirait que maintenant c'est partout dè ! [rires] ». Même dans les foyers ! C'est trop sinon au début moi-même je me disais que c'était les jeunes mais actuellement ce qu'on voit là, c'est partout. »

Soignante - Ouagadougou, Burkina Faso

On note cependant quelques spécificités selon le contexte de chaque pays. Au Pérou, ce sont les adolescentes et les adultes en couple ayant un pouvoir économique et de décision limité par le machisme et la violence domestique qui constituent les groupes les plus vulnérables. Au Burkina Faso, même si des femmes en couple sont concernées, il s'agit essentiellement des adolescentes dont la tranche d'âge se situerait entre 14 et 18 ans, avec des profils oscillant entre ceux d'élèves, de serveuses de bars, d'employées de petites activités (nettoyage, commerce, etc.). En RDC et dans la bande de Gaza, ce sont des femmes de tous âges et de tous milieux sociaux et statuts civils qui sont concernées, bien que les adolescentes semblent également plus vulnérables en RDC.

4.2. LA PLURALITÉ DE DÉTERMINANTS DES GND

« Les plus vulnérables sont les adolescentes, parce qu'elles, eh bien, généralement en ce moment elles n'ont pas la précaution de se protéger, d'utiliser une méthode, par manque de connaissances. Autre raison, parce que généralement elles conçoivent en état d'ébriété ou lors de prises de drogue. Des filles qui ont des vies très désorganisées, enfin, elles sont désorganisées entre guillemets. Parce que parfois elles ont beaucoup de problèmes à la maison. Mais il y a aussi des femmes plus âgées qui ont des unions entre guillemets stables, mais elles aussi, elles tombent enceintes par des circonstances, parfois des échecs de méthodes, parfois parce que le mari l'a forcée, alors parfois le mari va lui dire que c'est de sa faute à elle parce qu'elle n'a pas pris le soin nécessaire et qu'elle a fini enceinte. Parfois, elle ne souhaite pas l'enfant pour des facteurs économiques ou à cause de conflits avec le conjoint. Même en étant en union stable, elles ont des grossesses non désirées, surtout à cause du facteur économique et de conflit avec le conjoint. »

Assistante sociale - Pérou

Plusieurs facteurs permettent d'expliquer et de comprendre les situations de GND. Ceux-ci peuvent différer selon qu'il s'agit d'une jeune fille/femme ou d'une femme adulte, célibataire ou en couple/mariée. Chez les femmes vivant en couple par exemple, les cas de GND sont généralement la conséquence d'une grossesse rapprochée due à un défaut d'utilisation d'une méthode contraceptive ou au poids des normes sociales (qui valorisent la forte fécondité dans le mariage), ou une grossesse qui survient dans un contexte d'adultère. Chez les jeunes filles, les raisons sont diverses comme nous allons le voir ; elles sont le reflet d'un ensemble de vulnérabilités auxquelles les jeunes filles et les jeunes femmes sont confrontées (Ouedraogo et Sunby, 2014).

Au Pérou, en RDC et au Burkina Faso, les pairs (les autres jeunes et adolescent-e-s) exercent différentes formes de pression sociale pour inciter aux expériences sexuelles précoces. Le fait que la sexualité constitue un sujet tabou dans la société, au sein des familles, renforce l'influence que les jeunes et les adolescent-e-s peuvent exercer entre eux (échange d'information, d'expérience). Il faut également noter l'existence de certaines croyances ou représentations autour de la sexualité chez les jeunes (valeur du premier rapport sexuel, valeur des rapports sexuels sur les sites

d'orpaillage, etc.). Ces différents facteurs favorisent la survenue de GND chez les jeunes.

Dans la bande de Gaza, le contexte socio-politique marqué par les conflits armés expose davantage les femmes aux violences sexuelles ou aux rapports sexuels occasionnels :

« Pendant la guerre aussi, certains hommes profitent de la situation et ont des aventures avec des femmes. Se retrouver dans un abri étroit et petit avec d'autres gens leur fait sentir de l'intimité et les mène à avoir ces relations »

Avocate, Gaza City.

Le problème des violences sexuelles se retrouvent dans presque tous les contextes étudiés, en RDC et au Pérou particulièrement, où il est bien souvent présent, y compris au sein du couple.

Dans ces situations de violences à l'égard des femmes, y compris dans le contexte intra-familial, la dénonciation de l'acte de viol et le recours à la contraception d'urgence pour prévenir une grossesse non désirée restent difficile.

Un autre facteur important et commun à l'ensemble des quatre pays est la pauvreté des familles et des populations qui induit des situations de vulnérabilité exprimées sous diverses formes :

- Au Pérou : des situations d'anomie familiale dans lesquelles l'absence prolongée des parents du foyer entraînent une transmission difficile de certaines valeurs aux enfants et donc une augmentation de leur vulnérabilité et leur exposition au risque de GND.

- En RDC : la pratique du sexe transactionnel chez les filles constitue souvent une réponse à des besoins vitaux non satisfaits :

« La pauvreté des parents ou le manque de moyens pour satisfaire les besoins des enfants. Surtout les filles. Lorsque la fille n'est pas satisfaite, elle cherche à avoir quelque chose dans la rue, auprès d'un garçon et celui-ci ne la laissera pas comme ça, il cherchera à coucher avec elle. Si l'acte n'est pas protégé, c'est la grossesse qui arrive. L'influence des amies ou de l'entourage. Exemple, si la fille trouve que ses amies s'habillent bien plus qu'elle, elle cherchera à aimer un garçon pour avoir de l'argent pour s'acheter les habits. »

Femmes, groupe de discussion

- Au Burkina Faso : existence de monétarisation des rapports sexuels dans les espaces urbains ou sur les sites d'orpaillage pour compenser les difficultés des parents à satisfaire aux besoins vitaux de la famille ou dans un contexte de scolarisation en ville.

- Dans la bande de Gaza : certaines dominations économiques et sociales donnent lieu à des abus sexuels voire à des situations d'inceste, comme l'exprime cette informatrice :

« Dans le passé, on pensait que la pauvreté était une raison pour laquelle les femmes pouvaient avoir des aventures par exemple au travail : en échange de relations sexuelles avec l'employeur, elle pouvait obtenir un soutien financier ou la préservation de son poste. Mais il y a aussi des cas où le père de l'enfant est le frère ou le père de la femme. On ne cache pas ces cas parce que c'est une problématique publique et ça devrait être exposé et une solution devrait pouvoir être trouvée. Il y a aussi le cas des hommes qui aident les enfants de leur frère parce que celui-ci est mort : ils offrent un soutien financier et en échange, ils ont des relations sexuelles avec les filles. Ils font ça parce qu'ils ont du pouvoir sur eux. »

Avocate, Gaza City

Ces différents facteurs se combinent à la non utilisation ou la mauvaise utilisation des méthodes contraceptives. Ces problèmes d'utilisation des méthodes contraceptives se présente comme l'un des principaux déterminants des GND (Gutmacher Institute, 2011; Bankolé et al, 2013; Guillaume, 2005; Bajos et al. 2013; Zuehlke, 2010). Au Pérou et dans la bande de Gaza, l'utilisation des méthodes contraceptives revêt une dimension normative, si bien que ne pas les utiliser c'est « ne pas prendre soin de soi » ou « manquer d'éducation » :

« Les personnes les plus vulnérables aux GND et aux avortements sont celles qui ne connaissent pas les méthodes de planning familial et qui n'utilisent pas le planning familial. Ou alors ils les utilisent mais mal. »

Médecin, Gaza City

Or, plusieurs facteurs interviennent dans la non utilisation ou la mauvaise utilisation des méthodes contraceptives. Il y a les représentations négatives qui les entourent, comme on l'a vu précédemment, les barrières financières, géographiques à l'accès ou encore les facteurs culturels.

Mais il y a surtout le refus des hommes d'utiliser le préservatif ou de laisser les femmes recourir aux méthodes contraceptives. Un refus que le faible pouvoir décisionnel et de négociation des femmes, ne leur permet pas toujours d'affronter. Au Burkina Faso ou en RDC, même si quelques femmes utilisent les méthodes contraceptives à l'insu de leurs partenaires, cela pose des problèmes d'observance qui les exposent à des risques de GND.

4.3. LES CONDITIONS TRANSVERSALES ET SPÉCIFIQUES DE GESTION DES GND

De manière générale, les GND sont mal vécues et mal vues tant au niveau individuel que communautaire. Les jeunes filles qui se retrouvent dans ces situations sont exposées à une certaine vulnérabilité au sein de la famille et de la communauté. Cette vulnérabilité s'accroît lorsque la grossesse n'est pas reconnue par le partenaire ou lorsque la jeune fille ignore qui en est l'auteur. Au Pérou et en RDC, la situation est toujours vécue négativement dans un premier temps avant d'être parfois acceptée avec résignation.

4.3.1. LA GESTION FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE

La survenue d'une GND assombrit d'emblée les relations entre la jeune fille et sa famille. De façon générale, les jeunes filles en situation de GND sont confrontées à des risques élevés de rejet ou d'expulsion de leur famille et de leur entourage. Le rejet doit être compris dans une logique de punition pour la déviance que constitue la grossesse pré-nuptiale. En effet, les rapports sexuels pré-nuptiaux, avec pour conséquence une grossesse, sont généralement désapprouvés [Ouattara *et al.*, 2009; Ouattara et Storeng, 2008; Rossier *et al.* 2013; Rossier, 2007]. Le déshonneur ressenti au niveau de la famille fait que la jeune fille qui se retrouve dans cette situation est dans bien des cas rejetée, voire bannie de sa communauté.

« J'étais bien chez ma tante. Mes parents sont décédés. Quand je me suis retrouvée en grossesse, j'étais partie chez ma belle-famille. Parce que la tante m'avait chassée de la maison. Ma tante n'était pas contente. Parce qu'elle avait un bébé et elle voulait que je m'occupe d'elle pour des travaux ménagers. Comme je me suis

retrouvée en grossesse sans le savoir et le vouloir, elle m'avait chassée de sa maison ».

Jeune fille, RDC

Le rejet initial consécutif à une situation de GND peut parfois, selon les contextes, être suivi, après négociation, d'une réintégration de la jeune fille dans la famille après l'accouchement ou éventuellement être accueillie dans la famille du père de l'enfant si celui-ci a reconnu la paternité de la grossesse.

« Les membres de la famille se disent que tu les as honnis, que tu aurais dû te marier d'abord. Ils vont te chasser de la cour pour que tu ne restes pas là-bas avec la grossesse. Mais il y a des gens, quand tu accouches, on te permet de revenir en famille. Par exemple mon père, il ne voulait pas que je reste là-bas avec ma grossesse. Pour cela, il ne faisait que m'insulter. Mais comme je suis venue ici accoucher, il est en train de me dire si je veux de revenir à la maison. Certains ne veulent pas que la fille reste dans sa famille avec la grossesse parce qu'ils se disent que c'est honteux ». Focus group discussion avec des filles, Ouagadougou, Burkina Faso

Les jeunes filles dépendant de leur famille peuvent être victimes de harcèlement moral et psychologique. Celles qui ne bénéficient pas de soutien familial se voient obligées de surseoir ou de renoncer à leurs études ou leur travail pour se consacrer à leur grossesse et à l'enfant. Au Pérou, certaines filles expulsées ou reniées par leur famille, de même que les migrantes qui n'ont pas de famille en ville, se voient obligées d'aller vivre dans la famille du conjoint. Les expulsions des établissements scolaires ne sont plus pratiquées (le cadre légal a été modifié pour interdire ces expulsions), mais il n'empêche que des formes de stigmatisations existent encore envers les victimes de GND.

Certaines jeunes filles ont la chance de bénéficier du soutien de leur famille, une fois passé le choc de la découverte de la grossesse.

Au Burkina Faso, des associations accueillent les jeunes filles expulsées des suites de GND. Les services sociaux sont parfois saisis en cas de conflit autour de la reconnaissance de la grossesse par le partenaire.

En RDC, des ONG viennent en appui aux filles mères, mais pas aux jeunes filles en situation de GND, en amont de l'accouchement. Celles-ci font souvent face à une première réaction de rejet par les parents, et chercheront refuge auprès d'un autre membre de la

famille (tante, sœur), ou éventuellement auprès du père de l'enfant si celui-ci en a reconnu la paternité, jusqu'à l'accouchement. Après l'accouchement, la jeune fille peut être réintégrée dans sa famille, selon les circonstances. Mais souvent, sa scolarité en souffre.

Dans la bande de Gaza, les femmes mariées avec enfants qui se retrouvent en situation de GND doivent faire face à la norme sociale qui impose de mener la grossesse à terme. Les femmes se voient ainsi prises en étau entre les exigences de la société et les aspirations personnelles qui ne concordent pas forcément. Elles doivent choisir entre mener la grossesse à terme (sur incitation de l'entourage) ou braver la réprobation sociale et morale de l'avortement pour mettre un terme à la grossesse.

« Moi, j'avais deux garçons et une fille quand j'ai découvert que j'étais enceinte. La première chose à laquelle j'ai pensé, c'était de me débarrasser du bébé en essayant toutes les méthodes que je pouvais utiliser. Et j'ai eu beaucoup de disputes avec mon mari à propos de ça. »

Femme, bande de Gaza

« Quand j'ai découvert que j'étais enceinte, j'ai commencé à réfléchir à une méthode pour avorter parce que mon enfant précédent était très jeune, quelques mois, et je ne pouvais pas être à nouveau enceinte à ce moment-là. »

Femme, bande de Gaza

Chez les jeunes, la gestion des GND est essentiellement de la responsabilité de la jeune fille et éventuellement de sa mère. Lorsque la grossesse n'est pas reconnue et acceptée par le partenaire, la jeune fille/femme n'a pas d'autre choix que de gérer cela elle-même. Les garçons font rarement l'objet d'une réprobation dans les situations de GND. Au Pérou, on rapporte que certains garçons peuvent arrêter volontairement leurs études pour travailler afin de subvenir aux besoins de leur enfant. Au Burkina Faso, les hommes se distinguent par trois attitudes face à une GND : 1) le déni de la grossesse pour des raisons d'infidélité présumée de la fille/femme ou parce qu'ils estiment avoir utilisé un préservatif par exemple. Cela les conduit à refuser de jouer un quelconque rôle financier ou matériel dans la gestion de la grossesse; 2) la reconnaissance de la grossesse, mais un refus d'être impliqués dans les dépenses afférentes; 3) la reconnaissance de la grossesse, mais un refus de conduire la grossesse à

terme. Dans ces cas, l'homme contraint la jeune fille à avorter, tout en fournissant les moyens nécessaires. Ce sont sensiblement les mêmes attitudes qu'on retrouve en RDC. Seulement dans quelques cas rencontrés, les garçons/les hommes - et leur famille - ont reconnu et accepté la grossesse et ont soutenu la jeune fille/femme jusqu'à l'accouchement pour ensuite la prendre en charge ainsi que l'enfant.

4.3.2. LES SERVICES SANITAIRES ET SOCIAUX FACE AUX GND

Au Pérou, un protocole de prise en charge gratuite et intégrale des cas de GND comme des grossesses désirées existe dans le cadre de la stratégie nationale du MINSA pour réduire la mortalité maternelle. Les cas de GND ne sont pas traités de façon différente des grossesses prévues mais une attention particulière peut leur être portée en raison de l'âge et des risques physiologiques. Ce dispositif implique plusieurs professionnels de la santé, dont des psychologues et des assistants sociaux qui interviennent lorsque la jeune fille éprouve des difficultés à accepter sa grossesse.

En RDC, au Burkina Faso et dans la bande de Gaza, il n'existe pas de dispositifs sanitaires particuliers de prise en charge. La gestion des GND dans les services de santé consiste essentiellement à prodiguer des conseils aux jeunes filles afin de les amener à accepter leur grossesse et à ne pas recourir à l'avortement, puis à les orienter vers un centre de santé pour le suivi des soins prénataux. En RDC, le ministère de la santé a mis en place le PNSA (Programme National de Santé de l'Adolescent) en vue de lutter contre les grossesses précoces et d'améliorer la prise en charge des adolescent-e-s et des jeunes filles/femmes enceintes dans les centres de santé. Il existe également des programmes de formation des agents de santé sur l'importance de la relation et de la communication avec les adolescent-e-s.

Dans les quatre contextes étudiés, qu'il s'agisse de jeunes filles ou de femmes en couple, les femmes en situation de GND sont encouragées à mener leur grossesse à terme. Les agents de santé disent être confrontés à des demandes d'avortement relatives à des GND; officiellement, ces demandes d'avortement ne sont pas satisfaites au nom de certains principes dont l'éthique, la déontologie, le droit et surtout la morale et la religion.

« Pour moi, en tant que musulmane, je ne prescris pas l'avortement. Oublie ! Même à l'hôpital, jamais ! Si elle vient et que le préservatif s'est déchiré, ou qu'il y a une erreur ou une mauvaise utilisation du contraceptif, alors je lui donne une pilule du lendemain sous cinq jours. Je l'aide. Mais si elle est tombée enceinte, c'est sa faute ! »

Médecin, Gaza

Cependant, officieusement, des cas d'avortements sont pratiqués, tant par des agents de santé que par d'autres acteurs, parfois avec la complicité des mères qui aident leur fille à avorter en leur prodiguant conseils et techniques.

LES PERCEPTIONS ET PRATIQUES TRANSVERSALES ET SPÉCIFIQUES AUTOUR DES AVORTEMENTS CLANDESTINS

5.1. DÉFINITIONS, CADRE LÉGAL ET CONTEXTES

Nous parlons d'avortement clandestin dans les cas où le Code pénal national prévoit des sanctions contre les femmes ayant eu recours à une interruption de grossesse ou envers les personnes ayant pratiqué l'interruption. Les avortements clandestins peuvent être sans danger lorsqu'ils sont pratiqués par des professionnels de santé compétents dans de bonnes conditions d'hygiène ou avec des méthodes médicamenteuses, en suivant les posologies et temporalités recommandées. Cependant, l'insécurité de l'avortement augmente dans les zones avec des lois restrictives. En effet, la criminalisation représente une barrière pour l'accès à cette catégorie de soins, alors que le besoin d'avortement ne diminue pas en conséquence de la restriction [WHO, 2015]. Sans une alternative légale, les femmes chercheront à avorter de façon clandestine et avec des risques, c'est-à-dire avec des techniques non sûres

et par du personnel non qualifié, souvent à un stade de grossesse plus avancé, ce qui augmente le risque de complications telles que l'infection, l'hémorragie et l'avortement incomplet [Lesieur, 2013].

Dans le cadre de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement au Caire en 1994 et de la 4e Conférence Mondiale sur les Femmes à Beijing en 1995, la communauté internationale a qualifié l'avortement à risque comme étant un problème majeur de santé publique. Les gouvernements nationaux ont été appelés à réformer les lois punitives envers les femmes qui se soumettent à des avortements clandestins et à garantir l'accès de ces femmes à des services de qualité pour traiter les complications faisant suite à un avortement.

Dans les quatre pays choisis pour cette étude, l'avortement est interdit et pénalisé par la loi. Si l'avortement thérapeutique est autorisé selon les pays, il est soit encadré par des critères stricts, soit par des mentions floues soumises à l'interprétation de plusieurs médecins et dignitaires religieux, rendant plus difficile son application.

Ainsi, dans les pays étudiés, les cadres légaux restrictifs concernant l'avortement limitent le pouvoir de décision des femmes, leurs possibilités sociales et sanitaires et ont des conséquences sanitaires importantes, parfois mortelles.

TABLEAU 6. DÉFINITION

Pays	Les perceptions des contraceptifs
Burkina Faso Code pénal 1996	<p>Art. 383 : Est puni d'un emprisonnement de un à cinq ans et amende de 300.000 à 1.500.000 Fcfa, quiconque, par aliments, breuvage, médicaments, manœuvres, violences ou par tout autre moyen, procure ou tente de procurer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non.</p> <p>Art 384 : L'interruption volontaire de grossesse peut à toute époque être pratiquée si deux médecins dont l'un exerçant dans une structure sanitaire publique, attestent après examens que le maintien de la grossesse met en péril la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. En cas de viol ou d'inceste établis, la matérialité de la détresse est établie par le ministère public et la femme enceinte peut demander à un médecin dans les dix premières semaines l'interruption de sa grossesse.</p>

<p>R.D. Congo Code pénal 2004</p>	<p>Art. 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.</p> <p>Art. 166 : La femme qui volontairement se sera fait avorter sera punie d'une servitude pénale de cinq à dix ans.</p> <p>Art. 32 - code de déontologie médicale : la pratique de l'avortement est légalement interdite. En matière d'avortement thérapeutique, et en prenant en considération les réserves idéologiques, il n'est autorisé que si l'avortement thérapeutique est l'unique moyen pour sauver la vie de la mère en grand-danger.</p>
<p>Pérou Code pénal 1991</p>	<p>Art 114 Auto avortement : <i>La femme qui provoque son avortement, ou qui consent à qu'une autre personne le fasse, sera réprimée avec une peine de privation de liberté allant jusqu'à 2 ans ou avec la prestation d'un service communautaire de 52 à 104 jours.</i></p> <p>Art. 115 Avortement avec consentement : <i>Celui qui provoque l'avortement avec le consentement de la femme enceinte sera réprimé avec une peine de privation de liberté entre 1 à 4 ans. Si la femme décède et l'agent avait pu prévenir ce résultat, la peine ne devra pas être inférieure à deux ans ni supérieure à cinq ans. [Art.116 : cette peine double si l'avortement n'était pas consenti et si la femme en décède]</i></p> <p>Art. 117 Aggravations de la peine du fait de la qualité du sujet : <i>le médecin, sage-femme, pharmacien ou autre professionnel sanitaire qui abuse de sa science ou art pour provoquer l'avortement sera réprimé avec les peines des articles 115 et 116 et la privation de l'exercice de ses fonctions professionnelles.</i></p> <p>Art. 119 Avortement thérapeutique : <i>n'est pas punissable l'avortement pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme enceinte ou de son représentant légal le cas échéant, lorsqu'il s'agit du seul moyen pour sauver la vie de la femme enceinte ou pour lui éviter à sa santé un mal grave et permanent. [les critères médicaux sont réglementés par le Guide national technique pour la standardisation de la procédure de prise en charge intégrale de la femme enceinte pour l'interruption volontaire de grossesse par indication thérapeutique avant 22 semaines avec un consentement informé, publié en 2014]</i></p> <p>Article 30- Loi Générale de Santé : <i>Le médecin qui prend en charge une personne blessée par arme blanche, blessée par balle, [...] ou pour cause de tout autre type de violence qui constitue un délit passible de poursuites ou quand il existe des indices d'avortement criminel, est obligé de rapporter le fait à la connaissance de l'autorité compétente.</i></p>
<p>Palestine - Bande de Gaza</p>	<p>L'avortement est illégal selon les multiples références légales mobilisées localement (code pénal jordanien, égyptien, sharia, loi basique palestinienne, droit islamique...).</p> <p>L'avortement thérapeutique lorsque la vie de la femme est en danger peut être pratiqué avant 40 ou 120 jours de grossesses, mais reste soumis à l'interprétation et accord du moufti (dignitaire religieux) et à l'avis de deux médecins.</p>

Soulignons qu'au Pérou et en RDC, les peines de prison sont moindres pour les femmes qui consentent à leur avortement, que pour ceux qui le pratiquent. Au Pérou, une peine spécifique est prévue pour le personnel soignant, qui risque à la fois l'emprisonnement et l'impossibilité de poursuivre leur activité professionnelle. La loi oblige également les médecins à dénoncer les femmes ayant avorté et qui ont recours aux soins post-avor-

tement. Toujours au Pérou, depuis 2014, un guide d'ordre médical élaboré par le Ministère de la Santé oriente les soignants sur les critères pathologiques reconnu dans le cadre de l'avortement thérapeutique et les protocoles de soins.

Si les populations savent que l'avortement est interdit par la loi, elles ne sont pas toujours renseignées sur les

peines, ce qui diminue leur aspect dissuasif. En effet, la crainte de la sanction sociale, surtout d'ordre religieuse, apparaît souvent comme étant plus importante que celle de la sanction judiciaire. Les populations soulignent néanmoins la possibilité légale d'avortement thérapeutique, même si les conditions spécifiques d'accès ne sont pas toujours évoquées ou connues.

«L'avortement n'est pas bien. C'est un péché devant Dieu. Et même l'État condamne cet acte. Si on vous attrape, vous irez en prison. Même si la grossesse n'a que deux jours, c'est déjà une vie qui commence, il faut la protéger jalousement. Ce n'est pas bien. Elles doivent cesser de faire ça. Mais, il y a aussi des exceptions où la femme a avorté pour se sauver. Là, ce n'est pas un problème. Mais, pour moi, tout avortement n'est pas bien. C'est un péché».

Entretien de groupe adulte homme – Kinshasa, RDC

D'après nos enquêtes, les avortements sont rarement dénoncés, les femmes et les pratiquants, soignants ou autres, sont donc jugés et emprisonnés en conséquence.

«C'est difficile de lutter contre ces pratiques parce que la loi ne joue pas son rôle, il y a des gens qui pratiquent l'avortement mais ils n'ont jamais été condamnés, il y en a même qui s'enrichissent à cause de ça... Le phénomène ne fait que prendre de l'ampleur»

Conseiller – Djibo, Burkina Faso

«Il ne se passera rien pour elle ! On documente juste son cas parce qu'il faut que sa famille sache qu'elle a essayé d'avorter sans être mariée. En tant que médecins, on doit faire comme ça ! La famille doit savoir ! En plus, elle vient rarement seule : il y a souvent sa mère avec elle, ou sa sœur. Et puis on a un comité d'urgence dans les hôpitaux pour les viols, les avortements illégaux, ces choses-là. Ce groupe a besoin de savoir qu'il y a des cas d'avortements provoqués non achevés chez des femmes non-mariées. Il y a toujours des femmes non mariées qui se retrouvent avec un bébé !»

Médecin – Bande de Gaza

Néanmoins, la crainte d'être dénoncée reste un élément important qui expliquerait le retard dans le recours aux soins post-avortement ou les déclarations de fausses couches spontanées.

«Je sais seulement que la loi interdit l'avortement, mais je ne sais pas si c'est quel article. Les avortements clan-

destins (IVG) se font dans cette communauté parce que nous entendons souvent des cas de morts suite aux IVG. C'est fréquent et nous recevons aussi des filles et femmes qui viennent en retard ou plusieurs jours après avortement pour les soins.»

Gynécologue – Kinshasa, RDC

«[Quand j'avais] presque deux mois [de grossesse, mon amie] m'a emmenée chez un docteur [...] Et il m'a dit qu'il pouvait me faire un curetage. Il me l'a fait un jour. J'ai présenté des complications très fortes après, des douleurs très lourdes, j'avais très mal au ventre, j'ai eu des saignements pendant presque une semaine, deux semaines... Ça n'arrêtait pas, comme des règles, mais ça ne s'arrêtait pas. J'ai dû aller voir régulièrement ce médecin parce que ça me faisait peur d'aller ailleurs et le plus compliqué c'était de trouver l'argent pour pouvoir le payer. Mais là, disons entre mon amie et moi... j'ai vendu mes vêtements à mes amies du collège, à qui je pouvais, jusqu'à ce que j'ai l'argent...»

Femme, 22 ans, ayant fait un avortement à 15 ans, Villa El Salvador, Pérou

Du fait de l'illégalité, les avortements clandestins sont difficiles à estimer. Selon les pays, il est possible d'estimer le nombre de femmes ayant eu recours à un avortement à partir des registres médicaux des soins post-avortement.

5.2. CONTEXTE SOCIAL ET PRATIQUE DE RECOURS AUX AVORTEMENTS À RISQUE

Si des femmes de tout âge peuvent être susceptibles de vouloir avorter suite à une GND, force est de constater que certaines femmes sont en situation de plus grande vulnérabilité. Les GND et les avortements étant fortement stigmatisés socialement et moralement, il s'agit d'une pratique dont les femmes parlent peu et uniquement entre elles. Elles sont également plus ou moins conscientes des risques associés aux avortements clandestins et cherchent souvent des informations par le « bouche à oreille » sur des méthodes et/ou des praticiens sûrs. Cependant, du fait de la clandestinité et de la forte stigmatisation entourant les avortements, et surtout chez celles qui disposent de faibles ressources économiques, éducationnelles et relationnelles, certaines n'ont d'autre choix que de recourir à des méthodes dangereuses seules ou auprès de personnes peu ou pas formées. L'avortement à risque constitue à

la fois une conséquence et un facteur révélateur des inégalités et des vulnérabilités sociales.

5.2.1. JEUNES FILLES ET JEUNES FEMMES : LA CRAINTE DE LA RÉPROBATION SOCIALE

Dans les quatre contextes étudiés, les jeunes filles/jeunes femmes sont indiquées comme étant les plus vulnérables face aux risques d'un avortement clandestin : du fait de leur jeune âge, du manque de ressources économiques, mais surtout du fait de leur non union et de la condamnation sociale et religieuse des rapports sexuels avant le mariage qui constitue un obstacle majeur à l'accès à la contraception [Delaunay, Guillaume, 2007].

Ainsi, la honte a été régulièrement évoquée ainsi que la stigmatisation par la communauté. Les expulsions du foyer familial suite à une GND sont fréquentes au Burkina Faso comme au Pérou ou en RDC. L'insuffisance de soutien des filles en situation de GND expulsées de la communauté ou qui craignent de l'être expliquerait le recours à l'avortement. La famille peut également être, même si c'est plus rare, à l'origine de l'avortement, lorsque les parents découvrent une grossesse considérée comme honteuse par rapport aux normes religieuses et sociales. Si la grossesse est le produit d'un viol, la femme peut également être stigmatisée dans des contextes où la victime est souvent pointée comme coupable de son viol. La crainte de la démission du partenaire, qu'il soit jeune ou plus âgé, et la peur de se retrouver seule sans ressources apparaissent également dans les récits.

Les familles des conjoints qui accueillent les jeunes filles enceintes expulsées ou les jeunes mères rappellent constamment à celles-ci leur faute d'avoir eu des rapports et des enfants avant l'union reconnue par la communauté. Les jeunes filles et jeunes femmes sont ainsi harcelées, réprimandées et on leur reproche leur comportement hors norme à chaque occasion. Ces reproches ont des effets psychologiques importants sur l'estime de soi, limitant la capacité d'autonomie et de décision des femmes.

Soulignons qu'au Pérou et en RDC, nous avons constaté que les jeunes filles sont plus ouvertes à l'idée de l'avortement, avec une évocation moins importante de la morale ou de la religion. Elles nuancent les pro-

pos et justifient le choix d'avorter pour poursuivre leurs études et travailler, cherchant à se constituer un projet de vie. Au contraire, au Burkina Faso, les jeunes filles à Ouagadougou condamnent davantage les avortements en invoquant l'interdit religieux.

La littérature indique que les avortements ont lieu aux deux extrémités de la vie féconde [Cosío-Zavala, 2007]: des jeunes filles célibataires comme des femmes plus âgées et en union peuvent donc également recourir à des avortements pour diverses raisons :

- Désir d'espacement des naissances (la « fatigue » des grossesses à répétition, notamment dans la bande de Gaza où le nombre moyen d'enfants par femme est de 5,1);
- Limitation du nombre de naissances (besoin contraceptif non satisfait);
- Situation de pauvreté et ressources limitées;
- Mauvaises relations conjugales, violences domestiques, viol conjugal.

Néanmoins, certaines femmes plus âgées évoquent des regrets et un sentiment de culpabilité par rapport à leur avortement, leur discours étant fortement marqué par la morale et la religion. Cette même réprobation de l'avortement se retrouve chez des femmes plus âgées n'ayant pas avorté.

Rappelons que la vulnérabilité des jeunes filles et des femmes est le résultat d'un contexte de relations asymétriques de genre dans lequel prédomine le pouvoir de décision des hommes [Cosío-Zavala, 2007]. Nous pouvons faire l'hypothèse que dans ces contextes, le recours à un avortement pourrait être ressenti par certaines femmes vivant des situations de forte insécurité vis-à-vis d'un conjoint violent ou suite à un viol, comme une forme de reprise de contrôle sur leur corps et leur existence, en empêchant qu'un enfant ne les lie pour toujours à des hommes violents et à des expériences traumatiques.

5.2.2. MÉTHODES ET ACTEURS DES AVORTEMENTS CLANDESTINS

Nous avons recensé cinq types de méthodes utilisées pour avorter : i) les produits alimentaires, ii) les produits chimiques, iii) la pharmacopée traditionnelle, iv) les méthodes médicales et l'usage de médicaments (indiqués pour l'avortement, ayant des effets secondaires

sur l'utérus ou sur le développement du fœtus ou jugés abortifs] et v) des méthodes physiques. La dangerosité de certaines de ces méthodes est reconnue et elles peuvent nuire physiquement ou provoquer des intoxications sévères. Les méthodes médicales mal mises en

œuvre peuvent également s'avérer délétères pour la santé des femmes, notamment les mauvaises manipulations, les surdosages/sous-dosages ou les interactions de médicaments.

TABLEAU 7 : MÉTHODES D'AVORTEMENT CITÉES PAR LES POPULATIONS DANS LES PAYS ÉTUDIÉS

Type de méthode	Burkina Faso	R.D. Congo	Pérou	Bande de Gaza
Produits alimentaires	Nescafé mélangé à un antibiotique, alcool, sucre mélangé au paracétamol, mélanges avec du coca-cola			Décoction de cannelle et gingembre, consommer certains aliments en abondance (dates, sel)
Produits chimiques/caustiques	Ingestion de teinte bleue. Insertion d'eau de javel ou de lessive dans l'utérus	Cataplasmes de feuilles de papaye insérées dans le vagin, ingestion de racines bouillies	Insertion dans l'utérus de solutions savonneuses, lessive (rare)	Respirer des substances chimiques
Pharmacopée traditionnelle	Ingestion de décoctions, d'« angiran » <i>Vernonia amigdalina</i>	Injections, misoprostol (achat en pharmacie), vermox, quinine, decaris, curetage	Ingestion de tisanes de plantes et lavages vaginaux avec plantes (rares)	Ingestion de tisanes d'herbes
Méthodes médicales ou médicamenteuses	Misoprostol (milieu urbain), autres médicaments (paracétamol, antibiotiques)		Misoprostol (acheté en pharmacie), injections, curetage, AMIU (aspiration manuelle intra-utérine)	Misoprostol acheté en pharmacie, curetage
Méthodes physiques	Insertion d'objets coupants perforants (ex : rayon). Ingestion ou insertion de bouts de verre.		Insertion d'objets coupants perforants (rare), se faire tomber	Sauter, courir, porter des choses lourdes, coups dans l'abdomen et le ventre

Certaines méthodes sont utilisées par les femmes seules ou entourées par des amies ou des membres féminins de leurs familles. Dans ces cas, les méthodes alimentaires, chimiques et physiques sont les plus utilisées. Les femmes ont aussi recours à l'automédication via des médicaments vendus en pharmacie ou dans les rues.

Lorsque les femmes ont recours à des tradipraticiens ou des matrones, la pharmacopée traditionnelle semble être privilégiée. Toutefois, au Burkina Faso, des tradipraticiens utilisent également des objets perforants, avec des conséquences délétères pour le corps et la santé des femmes.

Les femmes peuvent aussi faire appel à du personnel soignant, dont la plupart ne disposent pas de formation ou de connaissances spécifiques pour la réalisation des avortements. C'est le cas en RDC, dans la Bande de Gaza et au Pérou, où des soignants (médecins, sages-femmes, infirmières, étudiants en médecine) proposent des services payants d'avortement dans les locaux des services de santé publique (RDC) ou dans des cabinets privés (RDC, bande de Gaza et Pérou). Dans ces cas, ces locaux peuvent ne pas être adaptés, soit par l'absence des conditions d'hygiène nécessaires ou du fait d'un plateau technique insuffisant.

Les médicaments sont très souvent associés aux avortements, parfois seuls ou associés à la pratique du curetage, comme le Misoprostol (aussi connu sous le nom commercial de Citotec, pouvant être utilisé en automédication) ou des injections de substances pour dilater l'utérus, par exemple. Cependant, nos données indiquent que les antibiotiques ne sont pas toujours associés aux pratiques chirurgicales pour prévenir ou traiter des infections, ni dans le cadre d'avortements incomplets, notamment lorsqu'on n'a pas recours à des soignants formés. Chacune de ces procédures et médicaments sont payants, souvent très chers et excluant ainsi les femmes ayant de faibles ressources économiques. Ce coût peut pousser des femmes ayant moins de ressources à chercher des méthodes moins chères et donc souvent moins efficaces ou plus risquées, ou alors à renoncer à une partie de la méthode (prendre le Misoprostol à faibles doses, par exemple), ce qui constitue un risque important.

Soulignons qu'au Pérou et dans la Bande de Gaza, des médecins ou sages-femmes formés peuvent effectuer des avortements (par curetage ou AMIU) dans de bonnes conditions d'hygiène. Soulignons à nouveau

que ces interventions sont hors de la portée de la plupart des femmes du fait de leur coût élevé.

« Si tu as de l'argent, si tu as des proches à l'hôpital qui sont médecins ou soignants, tu peux te faire avorter beaucoup plus facilement dans des hôpitaux. Pour l'avortement aussi, il y a de la wasta !⁷ ». Travailleurs sociaux, Gaza City

5.3. PRATIQUES ET REPRÉSENTATIONS AUTOUR DES AVORTEMENTS

De manière générale, les pratiques d'avortements et les représentations varient selon les acteurs/actrices et au sein d'une même classe d'acteurs/actrices : les soignant-e-s, les hommes (pères, maris, partenaires), les représentants communautaires et religieux. Chaque type d'acteur/actrice est pris dans une maille de normes et représentations spécifiques, reproduites ou renforcées selon les cas, ou en déviance par rapport à celles-ci. Ces normes et représentations configurent le contexte dans lequel les femmes évoluent et prennent leurs décisions.

5.3. 1. LES SOIGNANTS FACE AUX AVORTEMENTS

Nous avons recensé trois postures parmi les soignants des quatre pays :

Aide pour avorter

Certains soignants s'impliquent directement pour aider les femmes à faire des avortements clandestins. Si dans certains cas il s'agit d'indiquer, de façon souvent désintéressée, le contact de professionnels compétents pour limiter les pratiques à risque (Pérou), d'autres offrent ce service contre rémunération pour compléter leurs faibles revenus (R.D. Congo). Ces derniers ne sont pas toujours formés aux procédures qu'ils pratiquent comme on l'a déjà montré.

Le soutien simple et gratuit

Une autre posture consiste à soutenir les femmes qui manifestent le souhait d'avorter sans leur indiquer des personnes pour pratiquer l'avortement, ni leur proposer des services payants. Il s'agit dans ce cas d'aider la femme à peser ses contraintes et les possibilités concernant l'issue d'une grossesse non désirée.

7 - La *wasta* désigne, en arabe, ce mode de gestion clientéliste qui s'active par les relations et les connaissances d'une personne pour obtenir services, poste ou informations. On peut traduire ce terme par le « piston ».

La dissuasion

Finalement, de nombreux soignants essayent activement de dissuader les femmes de se faire avorter. Les motivations varient : l'invocation du discours moral et religieux, le rôle des médecins comme garants d'un certain ordre des choses dans lequel l'avortement reste une pratique condamnable, la crainte des sanctions légales et l'invocation des risques des avortements clandestins non médicaux sur la santé des femmes.

Rares sont les soignants à avoir évoqué le droit des femmes à décider sur leur corps.

Les quelques soignants qui soutiennent les femmes dans leur désir d'avorter évoquent majoritairement l'argument de santé publique, étant convaincus que sans leur aide les femmes auront recours à des praticiens et/ou des méthodes à risque.

« Vous savez quoi, si vous avez décidé, c'est vous qui savez, fait semblant que je suis au courant de rien, je n'ai jamais donné le nom du médecin, rien. « D'accord madame », parce que sinon, c'est pire si tu veux le savoir, le pire c'est s'ils vont dans un lieu clandestin où elles vont vraiment courir un danger pour leur vie. Parce que si je leur dis non, si je leur ferme les portes, cela entraîne qu'elles cherchent par elles-mêmes, qu'elles frappent n'importe où et qu'ils peuvent et mettre en danger leur vie. »

Assistante sociale - Villa El Salvador, Pérou

Quant aux soignants qui condamnent l'avortement, le discours mobilisé est l'interdiction religieuse et, en moindre mesure, l'évocation de la pénalisation légale.

« L'avortement est un péché selon la Bible. Mais, je sais aussi que l'État n'autorise pas cet acte. Je ne sais pas la raison qui les pousse à pratiquer ces actes. Pour moi, je trouve qu'elles sont des meurtrières et elles seront jugées par Dieu le dernier jour. »

Infirmière - Kinshasa, RDC

Nous constatons que les soignants ne connaissent pas toujours les protocoles et méthodes médicales d'avortements sûrs. Du fait de leur position, ils sont davantage familiarisés avec les cas d'avortements clandestins pratiqués avec des méthodes approximatives dans de mauvaises conditions d'hygiène qui ont des conséquences graves sur la santé des femmes (dites « charcuteries » au Burkina Faso) et qui sont traités en soins post-avortements.

5.3.2. LA POSTURE ET LA PARTICIPATION DES HOMMES

On constate que l'avortement est presque toujours une affaire de femmes. Elles sont davantage renseignées sur les méthodes et sur les personnes de leur entourage ayant déjà pratiqué un avortement que les hommes. La crainte des réprobations de la part de leurs partenaires pousse certaines femmes à cacher leur avortement à ces derniers, ce qui expliquerait en partie le faible niveau de connaissances des hommes concernant cette pratique. Dans la bande de Gaza, la plupart des hommes interrogés déclarent n'avoir jamais été confrontés à la situation de quelqu'un qui avait une GND et souhaitant avorter, malgré les récits de femmes ayant demandé de l'aide à leur maris pour avorter.

Ainsi, les hommes ont des postures ambiguës concernant l'avortement. Selon certaines études, celles-ci varient en fonction du degré d'engagement affectif dans le couple [Guillaume, Lerner, 2009]. Les hommes interrogés dans les quatre pays étudiés expriment majoritairement des opinions réprobatrices invoquant tour à tour le discours religieux, la valorisation d'avoir une grande descendance - notamment dans la bande de Gaza et en Palestine en général où il s'agit même d'un véritable « prestige social » [Memmi, 2014] - ou la responsabilité des femmes de prendre en charge leur contraception.

« Si une femme veut avorter, j'essaie d'intervenir pour faire en sorte qu'elle n'avorte pas parce que, quoi qu'il se passe, ce n'est pas bien de perdre un bébé, surtout s'il n'y avait aucun danger pour la santé de la mère. »
Homme, bande de Gaza

Dans les focus groups avec des adolescent-e-s au Pérou et au Burkina Faso, certains jeunes hommes ont justifié leur désapprobation de la pratique de l'avortement en invoquant les séquelles psychologiques et émotionnelles, ainsi que les risques pour la santé des femmes. Au Burkina Faso, les lycéens ont plus spécifiquement mentionné les punitions religieuses et l'exclusion sociale.

Face à un cas de GND, lorsqu'ils ne sont pas dans la condamnation, ils ne font que timidement preuve de soutien. Celui-ci peut s'exprimer par des contributions pécuniaires pour l'achat de médicaments ou la rémunération de la personne qui va procéder à l'avortement.

Souvent, cette contribution se fait sous la menace et la contrainte des femmes qui conservent la décision et/ou la responsabilité lorsqu'il s'agit d'avorter. Ainsi, les hommes restent cantonnés (par eux-mêmes ou par les femmes) à leur rôle traditionnel de genre comme pourvoyeur économique, faiblement associé aux décisions concernant la reproduction, que ce soit vis à vis de la contraception ou de l'avortement.

« Soit c'est le propriétaire de la grossesse qui paie, soit ses parents si celui-ci ne travaille pas ou s'il n'a pas de moyens. Les parents de la fille aussi payent dans certains cas. Si l'homme nie la grossesse ou si la fille refuse de citer le copain. Si c'est une femme mariée, c'est son mari ou elle-même qui paye. »

Entretien de groupe hommes - Kinshasa

Nous avons constaté de façon marginale des situations dans lesquelles les hommes font pression pour que les femmes avortent, notamment pour des raisons économiques liées à la charge que représenterait un enfant supplémentaire.

« Quand j'ai appris que j'étais enceinte, j'étais heureuse, mais mon mari ne voulait pas ce bébé. J'ai eu beaucoup de conflits avec mon mari à cause de ça. J'ai essayé d'avorter en sautant dans les escaliers mais ça n'a pas marché. Finalement, j'ai gardé le bébé et j'ai mené la grossesse à terme : j'étais très heureuse parce que je le voulais moi ce bébé ! Quand j'ai essayé d'avorter, c'était juste pour faire plaisir à mon mari. »

Femme, bande de Gaza

5.3.3. LA POSTURE DES REPRÉSENTANTS RELIGIEUX ET LE DISCOURS MORAL

L'avortement est condamné dans le dogme des religions monothéistes dont sont issus le catholicisme, le protestantisme et l'islam, les principales religions dans les aires étudiées. Quelques représentants religieux, à titre personnel, ont pu manifester un avis favorable à l'avortement thérapeutique en cas de danger pour la vie de la femme, mais la plupart restent opposés à toute pratique d'avortement.

Ils ont recours au vocabulaire de l'interdiction, du péché et de la punition divine pour celles et ceux qui participent à la pratique d'un avortement. Cette réprobation se traduit dans la vie quotidienne par l'exclusion

de la femme des rites religieux et de la prière, soit une exclusion de la communauté religieuse.

Le discours moral, associé à la religion, est aussi fréquemment évoqué par les soignants et les autres membres de la communauté. L'avortement reste condamné par l'ensemble de la société et ceux qui le pratiquent sont perçus de façon négative, porteurs d'une disgrâce morale et de ce fait stigmatisés. Elles et ils sont qualifiés de criminels, d'assassins, de personnes n'ayant pas de morale ou d'honneur et qui porteront en elles les conséquences de leur avortement.

Les jeunes filles et femmes qui refusent de mener à terme une grossesse sont ainsi perçues comme déviantes par rapport aux normes sociales où la maternité est étroitement associée au statut de genre de femme.

Les jeunes femmes célibataires notamment en RDC mais aussi au Burkina Faso et au Pérou, se retrouvent ainsi dans une situation ambivalente face à une forte réprobation morale et religieuse des GND, avec les conséquences sociales déjà évoquées et la condamnation du recours à l'avortement. Nous avons relevé des représentations selon lesquelles les jeunes filles ayant avorté seraient de moins bonnes épouses car les séquelles morales et physiques de leurs avortements provoqueraient la stérilité ou engendreraient des enfants handicapés. Certaines représentations ont aussi pour socle le constat empirique des conséquences des avortements à risque pour certaines femmes atteintes de complications.

5.4. LES SOINS POST-AVORTEMENT

Selon les pays, si des soins post-avortement existent, ils ne sont pas toujours accessibles à toutes les femmes, soit par manque de structures adaptées à proximité, par manque de personnel soignant formé ou lorsqu'il s'agit de services payants. Ces soins consistent à diagnostiquer si l'avortement a été complet, par une échographie ou un examen clinique, assurer la vacuité utérine en cas de rétention par une AMIU ou un curetage⁸ et gérer des complications éventuelles, notamment par l'administration d'antibiotiques pour prévenir ou traiter des infections.

Les complications découlent soit d'une mauvaise pratique, comme l'usage d'objets non adaptés, d'une mauvaise hygiène ou du manque de compétences de celui qui a opéré ; soit du recours tardif aux soins lors

8 - L'OMS recommande que le curetage soit remplacé par l'AMIU (OMS, 2012). En effet, la méthode du curetage est moins sûre que celle de l'AMIU, elle présente des risques trois fois plus élevés de complications en plus d'être considérablement plus douloureuse pour les femmes.

d'avortements incomplets ou d'autres complications, par la crainte des femmes d'être dénoncées et/ou maltraitées par les soignants. Dans les deux cas, les risques sont les hémorragies et les infections, pouvant provoquer des sepsis et le décès des femmes ou des séquelles importantes sur les organes reproducteurs. On constate des dysfonctionnements des services responsables des soins post-avortement, comme au Burkina Faso où le retard dans la prise en charge a des conséquences parfois mortelles pour les femmes. De même, si les ministères de la Santé disposent de protocoles pour les soins post-avortement, ces derniers sont parfois peu diffusés ou peu connus des soignants, qui accusent des lacunes importantes sur les méthodes et procédés de ces soins.

Outre l'aspect technique, les soins post-avortement peuvent constituer un lieu et un moment où les femmes sont stigmatisées par les soignants qui réproouvent l'avortement, soit pour des raisons morales et religieuses, soit en condamnant les risques pris pour la santé de la femme. Cela peut prendre des formes de violences envers les femmes, qui peuvent ainsi être ouvertement grondées, insultées ou maltraitées par les soignants, dont certains considèrent que c'est leur devoir de les « punir ». Par ailleurs, malgré l'urgence médicale, certaines femmes ayant avorté peuvent être laissées sans soins en salle d'attente, car elles ne sont pas perçues comme en situation d'urgence ou pour sanctionner leur recours à un avortement clandestin. Cette négligence, parfois volontaire, des soignants et les retards dans la prise en charge contribuent à aggraver les complications.

Ces résultats soulignent les tensions entre les normes et valeurs de la communauté et les normes de la pratique de soins. En effet, si ces soignants agissent en consonance avec les représentations de la communauté ou les normes pratiques, leur posture contredit l'éthique médicale, les normes officielles. Ces normes recommandent aux professionnels de santé de « s'engager pour garantir une prise en charge de qualité pour soigner les complications décourantes de l'avortement, y compris dans les situations dans lesquelles la loi interdit ce dernier, préservant l'autonomie et l'intégrité physique et morale de l'usagère et en offrant de l'orientation adaptée et opportune sur les méthodes contraceptives régulières et d'urgence, pour la prévention de la répétition de l'avortement et de ses conséquences nocives pour la santé » (Ventura,

2001). À cela s'ajoute la responsabilité des soignants de garantir le droit des usagères au secret médical et à la prise en charge sans préjugés, alors même que dans certains pays les lois obligent les soignants à dénoncer à la police les femmes ayant avorté.

Toutefois, nombre de soignants interrogés dans les quatre pays estiment que leur rôle premier est de soigner les femmes indépendamment de leurs convictions personnelles et de rétablir leur santé, en accord avec la déontologie médicale. Ils refusent de dénoncer les femmes qui recourent aux soins post-avortement pour des avortements provoqués, estimant que leur rôle n'est pas policier mais garant de la santé.

RECOMMANDATIONS TRANSVERSALES

Il ressort des quatre études réalisées qu'afin de limiter les grossesses non désirées et les conséquences des avortements à risque, **des actions sont souhaitables à plusieurs niveaux, ainsi que de la part de plusieurs acteurs/actrices** : MdM et les autres OSC (en partenariat), les services de l'enseignement, les services de santé, les églises et confessions religieuses, les médias et leaders d'opinion, de même que les décideurs politiques tels que les parlementaires. Nous avons regroupé les principales recommandations transversales que nous dégageons de nos études en trois grandes catégories.

6.1. AMÉLIORER L'OFFRE DE SERVICES EN SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (SSR)

Les actuels et futurs professionnels de santé (étudiants dans le domaine médical ou paramédical) sont un public privilégié à cibler pour recevoir des formations et informations spécifiques sur la SSR, les GND et les avortements, pour qu'ils puissent les véhiculer à leur tour. Dans les quatre pays étudiés, il apparaît nécessaire d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de SSR dans les structures sanitaires, en particulier à destination des jeunes et adolescent.e.s. Les principales recommandations transversales issues de nos études sont les suivantes :

- **Renforcer les moyens de prise en charge et intégrer autant que possible les services de SSR** dans les paquets minimums d'activités des services de santé de proximité, y compris les soins post-avortement ;
- **Assurer la disponibilité continue des moyens contraceptifs** sur tout le territoire, y compris en milieu rural, à travers des stratégies de proximité et si nécessaire, des stratégies avancées permettant d'atteindre les jeunes là où ils se trouvent ;
- **Assurer la disponibilité à moindre coût** voire la gratuité des services de SSR et des moyens contraceptifs, y compris en cas de GND ou de complications post-avortement ;

- **Améliorer la formation des personnels de santé** – y compris du secteur privé – en matière de SSR et de soins post-avortements, y compris en modifiant leurs représentations, souvent négatives, vis-à-vis de la contraception et des avortements, ainsi qu'en les sensibilisant à l'importance de l'accueil et de la confidentialité des échanges sur ces questions, en particulier avec les jeunes, en vue d'améliorer la qualité de la prise en charge et des services ;

- En cas d'avortement spontané ou clandestin, **améliorer les soins post-avortement** et promouvoir des méthodes efficaces et non invasives de soins post-avortement. Un accent sur la question de la déontologie et de l'éthique médicales dans les pratiques des soignants devrait également pouvoir être mis lors des formations destinées aux professionnels de la santé. La contraception post-avortement devrait aussi être intégrée systématiquement lors des sessions de counseling.

- **Assurer la coordination des acteurs** intervenants en matière de SSR, notamment les éventuels programmes verticaux ciblant la SSR, les services sanitaires en charge des soins de santé primaires, les services sociaux, les mairies ainsi que les partenaires techniques et financiers, associations et ONG ;

- **Renforcer les connaissances sur les questions de GND et d'avortement** afin de pouvoir mieux appréhender le phénomène et concevoir des politiques de riposte adaptées, notamment en :

- Collaborant avec les tradipraticiens afin de mieux connaître leurs savoirs et pratiques tout en les informant sur les risques et les méthodes à moindre risque, en vue de développer des collaborations [référence] ;
- Intégrer des autopsies verbales (audits) des décès maternels liés aux avortements à risque pour améliorer la prise en charge ;
- Améliorer la qualité des données quantitatives collectées sur la SSR, les GND et les avortements, ainsi que les données qualitatives (par exemple, pour approfondir les pratiques/savoirs en rapport avec les contraintes socio-économiques, familiales, environnementales, culturelles, religieuses etc., ou pour produire des études de cas détaillées sur les logiques d'interaction entre professionnels et populations dans les services). L'amélioration de la collecte de données devra se faire dans le respect de la confidentialité.

6.2. DÉVELOPPER DES STRATÉGIES D'IEC VISANT À INFORMER SUR LA SSR ET LA CONTRACEPTION ET À MODIFIER LES PERCEPTIONS ET LES COMPORTEMENTS EN LA MATIÈRE

Vu l'importance considérable qu'a d'une part le manque d'information et d'autre part, les perceptions biaisées en matière de contraception, de GND et d'avortement, il semble crucial de **renforcer les stratégies d'IEC à différents niveaux complémentaires** :

- D'abord, il faudrait commencer par procéder à un état des lieux en matière d'IEC : qui sont les acteurs, quels sont leurs messages, quel public ciblent-ils, quelles méthodes utilisent-ils, etc., et si c'est possible, comparer les résultats atteints par ces différents programmes d'IEC. Cet état des lieux pourrait être complété par une analyse de type socio-anthropologique [entretien, observation] : analyse de contenu (est-ce que cela renforce certains stéréotypes), observation des interactions, etc.

- Il est nécessaire de considérer **différents types de messages** à véhiculer :

- i. Des informations pratiques sur l'éducation sexuelle, les contraceptifs, les GND et les avortements, en vue notamment de promouvoir une meilleure connaissance des différentes méthodes contraceptives ;

- ii. Au-delà de la simple information, il est nécessaire de mener des campagnes d'informations permettant une prise de décision autonome ;

- iii. Mais aussi plus largement, il est important de multiplier les débats sur la sexualité dans la société en vue de lever les tabous, et de promouvoir au sein de la société l'acceptation du pouvoir de décision/d'autodétermination de chacun sur sa sexualité et sa vie féconde, en particulier celui des femmes.

- Ensuite, il faudra **adapter les messages selon les publics cibles** ; des stratégies d'IEC doivent être développées auprès des jeunes femmes mais aussi des jeunes hommes et des familles/parents, avec une attention particulière pour les populations en situation de vulnérabilité [enfants vivant dans la rue, orphelins, jeunes vivant sur des sites particuliers tels que les sites d'orpaillage au Burkina, etc.].

- **Différents canaux pourront être retenus pour faire passer les messages** ; à cet effet, il sera utile de cibler à la fois (avec des moyens adaptés) :

- i. L'environnement de proximité des jeunes, en particulier : l'environnement familial et communautaire (par exemple, via les OSC et services sociaux) ; les écoles, collèges, lycées, lieux de formation professionnelles et universités (par exemple, via les enseignants et des groupes de pairs) ; les églises et lieux de culte (via leurs responsables) ; les lieux de sortie et de travail des jeunes ;

- ii. Le niveau de la société plus largement – à cet effet, les médias et autres acteurs actifs dans la communication de masse (acteurs/troupes de théâtre, personnalités connues et appréciées des jeunes, ...) ont un rôle important à jouer, d'où l'importance de les sensibiliser, de renforcer leurs connaissances ainsi que leurs capacités de communication en matière d'éducation sexuelle (en termes de contenu et de méthodes).

- De façon générale, il apparaît que les problèmes liés aux GND et aux avortements témoignent d'un manque de pouvoir de décision des femmes sur leur sexualité, leur vie affective et leur fertilité, d'où l'importance de porter une attention particulière au genre et d'appuyer le renforcement de la capacité d'agir des femmes au sein de la société.

6.3. ADAPTER LES POLITIQUES PUBLIQUES ET LE CORPUS LÉGISLATIF

Afin de permettre ou de faciliter les changements de perception de la société et de comportements des individus, les décideurs politiques ont un rôle à jouer. Nous recommandons ainsi de :

- **Développer ou renforcer les politiques nationales** en vue de promouvoir les droits en matière de SSR, l'égalité des genres et de reconnaître les GND et les avortements comme des questions de santé publique et d'intérêt général ;

- **Assouplir les textes législatifs** encadrant la vente et la promotion des contraceptifs, y compris à destination des jeunes ;

- **Introduire une requête en vue de dépenaliser l'avortement** afin de limiter les avortements à risque.

CONCLUSION

C'est dans un souci d'amélioration de ses interventions au regard des réalités de contexte que cette étude a été initiée par Médecins du Monde. Elle a concerné certains terrains en Afrique (RDC et Burkina Faso), au Moyen-Orient (Palestine, précisément dans la Bande de Gaza) et en Amérique Latine (Pérou).

Les études recherchent « l'universel » et « les règles » dans les rapports sociétaux aux droits sexuels et reproductifs. Il s'agit de voir les logiques et pratiques communes à l'ensemble des pays de l'étude et celles qui sont spécifiques à certains pays. Ces déterminants socioculturels sont analysés face à l'offre de santé sexuelle et reproductive que proposent les services de santé des Etats ou d'autres acteurs privés. D'une ébauche interventionniste de la problématique, nous sommes passés à une approche fondamentale qui part non pas des objectifs d'évolution des pratiques mais simplement de simples questions de recherches qui permettent des pistes. Nous avons donc cherché à comprendre la construction sociale des normes en matière de sexualité et de reproduction dans les contextes socioculturels des études.

Nous avons séjourné auprès des acteurs des systèmes de santé, de leurs usager.e.s mais aussi auprès des personnes qui vivent et soutiennent les traditions pour collecter les discours et analyser les logiques autour des droits sexuels et reproductifs. Il se dégage des résultats des enquêtes quelques leçons fortes.

En effet, dans les quatre contextes, des normes socioculturelles réductrices de libertés individuelles en matière de sexualité et de reproduction cohabitent avec une introduction progressive des contraceptifs par les ONG et le service public d'une part, et l'émergence de dynamiques sociales qui évoluent vers une tendance à l'auto-contrôle du corps et de la sexualité d'autre part.

Malgré les difficultés liées à l'existence et à la fiabilité des statistiques, on note une ampleur de l'incidence des grossesses non désirées et des avortements plus importante en Afrique (Burkina Faso et RDC) qu'au Moyen-Orient (bande de Gaza en Palestine) et en Amérique Latine (Pérou). Cette situation pourrait s'expliquer, peut-être en partie, par l'hypothèse du facteur religieux (Islam dans la bande de Gaza et catholicisme au Pérou) plus prégnant dans ces derniers qu'au

Burkina et en RDC. Alors que les contextes gazaouis et péruviens sont marqués par une plus grande homogénéité culturelle, le Burkina et la RDC font face à un contexte social un peu plus hétérogène et connaissant une diversité religieuse aux croyances plus ouvertes.

Dans les deux cas, les relations de parenté (parents, beaux-parents, époux/se) influencent les pratiques sexuelles et donnent une orientation aux grossesses qui surviennent malgré les encadrements sociaux. Il arrive que des réseaux de camaraderie ou des connaissances de tiers favorisent, au niveau des jeunes femmes mais aussi de celles qui sont déjà mariées, des comportements qui prédisposent à la sexualité d'une part, et à l'avortement risqué d'autre part.

Dans ce double risque, on note des inégalités de genre, une vulnérabilité liée à l'âge et au statut socio-professionnel et économique des jeunes femmes et des violences à l'égard des femmes qui n'ont toujours pas le droit de disposer de leur corps.

Au terme de ces études, nous pensons qu'il est nécessaire, à la fois pour la connaissance et pour les interventions de développement, de poursuivre la recherche autour de certains thèmes qui n'ont pas pu être approfondis :

- **les formes et les conséquences de la marchandisation du corps chez les jeunes** (en l'occurrence les jeunes filles). Plusieurs jeunes filles, comme on l'a compris en RDC et au Burkina Faso sont dans les conditions sociales de marchandisation de leurs corps (école, artisanat, mines, exodes, trafic, traite, maltraitance, etc.). Les conditions de déclenchements et de facilitation de la marchandisation sont encore peu connues. Il est aussi important d'approfondir les connaissances sur les effets de la marchandisation du corps sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes filles ;
- **les dynamiques sociales autour des valeurs morales (la honte) et sexuelles**. En effet, certaines valeurs morales comme la honte gouvernent la sexualité des jeunes et des femmes : la honte d'avoir une grossesse, un enfant avant le mariage, de perdre un mari, etc. Le rapport à la honte est une construction sociale qui subit des changements comme tout fait culturel. Comment interviennent ces changements ? Quel est leur

rythme ? Quels sont les facteurs déterminants ? Quel est l'impact de la honte sur les grossesses non désirées et les avortements ? Comment les parents influencent-ils la sexualité des jeunes par la convocation de la honte ? ;

• **la négociation intrafamiliale de l'utilisation des contraceptifs** (entre époux, entre belle-mère et belle-fille, entre parents, etc.). L'entrée dans la contraception chez les adolescentes, et les femmes en général, nécessite souvent une négociation avec un proche parent qui peut être l'époux, la mère de l'époux, la tutrice, etc. Comment procède cette négociation suivant le lien de parenté ? Si dans tous les pays, la relation avec l'époux est évidente dans ce choix, ailleurs comme dans la bande de Gaza, c'est l'influence de la belle-mère qui est primordiale. Toute épouse doit informer sa belle-mère de son intention de prendre les contraceptifs. D'ailleurs, avant de sortir pour toute course, elle doit l'informer. Comment se négocie la prise des contraceptifs entre épouse et belle-mère, entre épouse, époux et belle-mère ?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ASHOUR Majdi, WATT Graham, «Use of maternal health services in the Gaza Strip, Occupied Palestinian territory: a survey of households», Rapport pour l'UNRWA.
- Bajos Nathalie, Teixeira Maria, Adjamagbo Agnès, Ferrand Michèle, Guillaume Agnès et Rossier Clémentine, 2013, «Tensions normatives et rapport des femmes à la contraception dans 4 pays africains», *Population*, 1 juin 2013, Vol. 68, no 1, p. 17-39.
- Cosío-Zavala Maria Eugenia, 2007, «Impact sur la fécondité des changements dans les rapports de genre. Le cas de l'Amérique latine» dans Adjamagbo Agnès, Msellati, Phillippe et Vimard, Patrice (eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du sud*, Louvain-la-Neuve, Bruylant-Academia, p. 103-138.
- Delaunay, Valérie et Guillaume, Agnès, 2007, «Sexualité et mode de contrôle de la fécondité chez les jeunes en Afrique sub-Saharienne», dans Adjamagbo Agnès, Msellati, Phillippe et Vimard, Patrice (eds.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du sud*, Louvain-la-Neuve, Academia-Bruylant, p. 215-267
- Felitti Karina, 2015, «L'avortement en Argentine : politique, religion et droits humains», *Autrepart*, 1 février 2015, N° 70, no 2, p. 73-90.
- Guillaume Agnès et Lerner Susana, 2009, «Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine», *Autrepart*, 28 décembre 2009, n° 52, no 4, p. 65-80.
- Johnson Stanley P., 1995, *The politics of population: the International Conference on Population and Development, Cairo 1994*, London, Earthscan, 256 p.
- Lesieur Élise, 2013, *Santé sexuelle et reproductive : cadre de référence*, Paris, Médecins du Monde.
- Ouattara Fatoumata, Bationo Bouma Fernand et Gruénais Marc-Éric, 2009, «Pas de mère sans un «mari»», *Autrepart*, 28 décembre 2009, n° 52, no 4, p. 81-94.
- Ouattara Fatoumata et Storeng Katerini, 2008, «L'enchaînement de la violence familiale et conjugale. Les grossesses hors mariage et ruptures du lien social au Burkina Faso», *Bulletin de l'APAD*, 4 avril 2008, no 27-28.
- Ouattara Fatoumata et Storeng Katerini Tagmatarchi, 2015, «L'avortement volontaire au Burkina Faso : quand les réponses techniques permettent d'éviter de traiter un problème social», *Autrepart*, 1 février 2015, N° 70, no 2, p. 109-123.
- MEMMI Sarah, 2014, «Vie conjugale, comportements procréatifs et rapports de genre dans les Territoires Palestiniens», thèse de doctorat en socio-démographie.
- Ouédraogo Ramatou et Sundby Johanne, 2014, «Social Determinants and Access to Induced Abortion in Burkina Faso: From Two Case Studies», *Obstetrics and Gynecology International*, 2014, vol. 2014, no 3, p. e402456.
- Rossier Clémentine, 2007, «Abortion: an open secret? Abortion and social network involvement in Burkina Faso», *Reproductive Health Matters*, novembre 2007, vol. 15, no 30, p. 230-238.
- Rossier Clémentine, Sawadogo Nathalie et Soubeiga André, 2013, «Sexualités pré-nuptiales, rapports de genre et grossesses non prévues à Ouagadougou», *Population*, 1 juin 2013, Vol. 68, no 1, p. 97-122.
- Sedgh Gilda, Singh Susheela, Shah Iqbal H, Åhman Elisabeth, Henshaw Stanley K et Bankole Akinrinola, 2012, «Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008», *The Lancet*, février 2012, vol. 379, no 9816, p. 625-632.
- Ventura, Miriam, 2004, *Direitos reprodutivos no Brasil*, 2^e éd., Brasilia, Fundação MacArthur, Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA.
- WHO 2015, *Sexual Health, Human Rights and the Law*, Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- Zuehlke Eric, 2010, *Réduire le nombre de grossesses non désirées et d'avortements peu sûrs grâce à l'utilisation des contraceptifs*, <http://www.prb.org/FrenchContent/2010/unintendedpregnancyand-abortion-fr.aspx>, 2010.

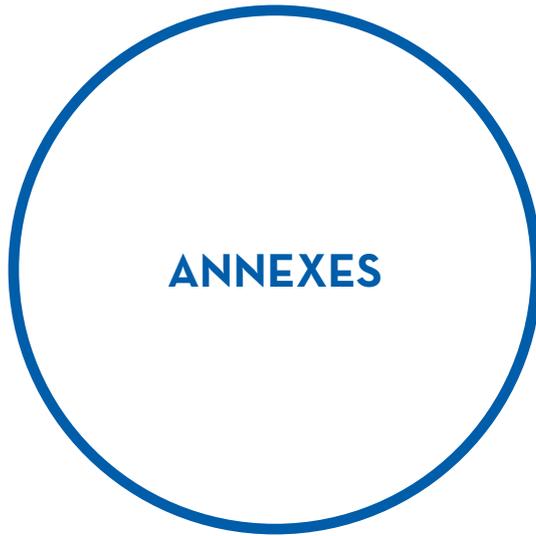
SITES INTERNET CONSULTÉS

CIA The World Factbook, field listing : Religion,
<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2122.html> [consulté le 09.01.2016]

United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division 2015
<http://esa.un.org/unpd/wpp/> [consulté le 21.01.2016]

PCBS, The Palestinian C Bureau of Statistics, Family Survey, 2010.
http://www.pcbs.gov.ps/Portals/_PCBS/Downloads/book1941.pdf

-



ANNEXES

ANNEXE 1 : TERMES DE RÉFÉRENCES DE L'ÉTUDE

APPEL A PROPOSITIONS

CONSULTANCE pour une :

« Étude transversale et analyse comparative des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans. »
Étude multi pays

I. CONTEXTE

A. ORIGINE DE LA DEMANDE

Si la santé maternelle a fait l'objet d'initiatives positives de la part de la communauté internationale, un déterminant majeur de la mortalité maternelle n'a jamais été vraiment pris en compte depuis les recommandations de la conférence du Caire en 1994 : la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées (GND). En effet les progrès se heurtent à de fortes oppositions au niveau national et international, rendant les avancées en la matière encore très fragiles et limitées. En 2008, on estime que 86 millions des 208 millions de grossesses n'étaient pas désirées⁹. Les avortements à risque seraient à l'origine de 47 000 décès maternels chaque année.

Au sein de ses projets, MdM a pu identifier que :

- Les femmes font face à de nombreuses barrières (légale, financière, socio-culturelle, sanitaire et géographique) qui favorisent la survenue des GND et/ou entravent leur prise en charge.
- Malgré un cadre légal restrictif, le recours à l'avortement pour la PEC des GND est fréquent.
- Il n'existe pas de schéma familial d'éducation sexuelle des jeunes au sein des familles et des communautés, favorisant ainsi une faible connaissance des moyens de contrôle des GND en particulier chez les jeunes.
- Les besoins en soins de SSR des femmes sont importants et non satisfaits.
- Les jeunes filles sont particulièrement exposées aux risques de grossesses non désirées et d'interruption volontaire de grossesse et nécessitent une prise en charge qui, pour le moment, reste inadaptée.

Dans ce cadre, MdM fait de la prévention et prise en charge des GND, une thématique prioritaire et s'engage dans un programme spécifique dédié à cette problématique qui rencontre encore une trop faible mobilisation de la communauté internationale. Ainsi, un résultat attendu est la documentation et le partage des déterminants des grossesses non désirées. Pour ce faire, une étude socio-anthropologique est prévue dans 4 projets intégrés à ce programme. Cette étude vise à affiner et objectiver les constats réalisés par les équipes afin d'adapter nos approches mais aussi de communiquer sur les réalités vécues.

B. BRÈVE PRÉSENTATION DU PROJET-

La problématique des GND est développée par MdM dans plusieurs pays notamment en Amérique Latine et Caraïbes, en Afrique, au Moyen Orient et en Europe de l'Est. Plus particulièrement, MdM vient d'initier un programme qui vise à *Contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées* dans 4 pays (Burkina Faso, République Démocratique du Congo, Palestine, Pérou). Ce programme tend à développer 4 résultats principaux que sont :

- L'analyse et la prise en compte des barrières à une prévention et prise en charge des GND ;
- Le renforcement des services de prévention et de prise en charge des GND au sein des structures de santé ;
- Le renforcement des capacités des titulaires de droit pour garantir leur accès aux services et leur capacité d'influence sur ces services ;
- La promotion de l'adoption de politiques publiques favorables à une meilleure prise en compte des enjeux de prévention et prise en charge des GND.

Par cet appel à proposition, MdM cherche à bénéficier des compétences de chercheurs spécialisés sur les questions de Santé Sexuelle et Reproductive, afin de pouvoir organiser une vaste étude sur la problématique des grossesses non désirées (GND) dans quatre pays d'intervention. L'objectif de cette étude globale est d'obtenir une analyse transversale et comparative de la problématique des GND. Par cette expertise transversale, MdM a aussi pour objectif de renforcer sa visibilité à l'internationale sur la thématique et alimenter son plaidoyer.

9 - Singh and al., Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes, Studies in Family Planning, 2010

II. OBJECTIFS

A. OBJECTIFS

Objectif général de l'étude globale

L'objectif de cette étude globale est donc de fournir une analyse comparative des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements, en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans dans les quatre pays concernés par cette étude.

Objectifs spécifiques pour chaque étude pays

- Analyser les conditions sociodémographique, culturelle, familiale, environnementale, et économique favorisant la survenue de grossesses non désirées et des avortements;
- Recueillir les normes sociales, représentations populaires et les perceptions culturelles autour de la santé sexuelle et reproductive au sein des communautés locales;
- Connaître les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire des grossesses non désirées et des avortements;
- Identifier les acteurs communautaires et sanitaires qui interviennent dans la gestion de la contraception, des grossesses non désirées et des avortements;
- Recueillir la perception et la conduite du personnel soignant face aux avortements et aux grossesses non désirées;
- Connaître la qualité de la relation thérapeutique entre soignants et soignées, dans les services de SSR;
- Comprendre les perceptions des usagers des structures de santé, pour la qualité des services de santé sexuelle et reproductive, de la disponibilité des soins, et de leurs niveaux de connaissances et de confiance des services disponibles;
- Formuler des préconisations en vue d'orienter la stratégie de réponse à la problématique des grossesses non désirées et des avortements au sein des communautés.

Les objectifs pourront être affinés en fonction de la réalité de chaque contexte. Notamment, pour la RDC (Kinshasa) nous souhaiterions étudier plus précisément le lien entre grossesses non désirées et violences liées au genre, les mécanismes de prise en charge de ces dernières ainsi que ceux des infections sexuellement transmissibles.

B. ZONES DE L'ÉTUDE

Pays de réalisation de l'étude :

Burkina Faso (district de Djibo), RDC (Kinshasa), Palestine (Gaza), Pérou (District de Villa El Salvador – région de Lima)

L'étude sera faite dans les 4 pays sous réserve de conditions sécuritaires ou opérationnelles qui entravent la réalisation de la phase de terrain ; ce qui sera discuté entre l'équipe de recherche et le comité de pilotage le cas échéant.

C. PORTÉE ET UTILISATEURS DE L'ÉTUDE

Ces études apporteront des éléments indispensables à la qualité des projets. Elles seront utilisées en interne par les équipes mais les résultats pourront être diffusés aussi à nos partenaires afin qu'ils puissent en bénéficier au mieux. L'étude sera également diffusée au sein du réseau de MdM et possiblement diffusée via le site Internet. L'utilisation des données pour des travaux scientifiques pourra être faite ainsi que pour des publications scientifiques sous réserve d'une autorisation préalable.

III. MÉTHODOLOGIE

A. MÉTHODOLOGIE

L'utilisation des techniques de recueil de données qualitatives propres aux études socio-anthropologiques (observation, entretien, Focus Group...) sont attendues. La méthodologie d'enquête reste à développer dans la proposition.

B. RÉUNION DE CADRAGE PAR LE COMITÉ DE PILOTAGE DE L'ÉVALUATION

Un comité de pilotage au sein de MdM fera le suivi du déroulé de l'étude.

Une première réunion de cadrage entre le comité de pilotage et l'équipe de recherche permettra de définir les termes exacts de l'étude. Par ailleurs, une réunion de cadrage avec les équipes de terrain est à envisager pour affiner le protocole d'étude aux réalités et contraintes de chaque pays.

Des réunions physiques ou téléphoniques sur l'avancement de l'étude seront faites régulièrement avec le comité de pilotage. Les réunions de cadrage peuvent aussi se faire par visioconférence et n'impliquent pas nécessairement un déplacement dans les locaux de MdM.

C. DOCUMENTS CLÉS

Seront disponibles :

- Les documents clés des projets (ex. rapport de mission exploratoire...)
- Les rapports des précédentes enquêtes et les données récoltées sur les terrains
- Documents du programme sur les GND
- Derniers rapports de visite (desk, etc.)
- Rapports mensuels
- Plans stratégiques nationaux et autres documents des données générale sur la vulnérabilité et la situation populationnelle au niveau de chaque pays, s'ils sont à disposition des équipes terrain.

NOTES



**SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE**