



**LES DÉTERMINANTS  
SOCIOCULTURELS  
ET COMMUNAUTAIRES  
DES GROSSESSES  
NON DÉSIRÉES ET  
DES AVORTEMENTS**

VILLE DE KINSHASA  
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO





**LES  
DÉTERMINANTS  
SOCIOCULTURELS ET  
COMMUNAUTAIRES DES  
GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET  
DES AVORTEMENTS, NOTAMMENT  
AU SEIN DE LA TRANCHE D'ÂGE  
DES 15-24 ANS EN MILIEU URBAIN,  
DANS LA VILLE DE KINSHASA EN  
RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE  
DU CONGO**

**- RAPPORT FINAL -**

**NOVEMBRE 2015**

**ÉQUIPE DES CONSULTANTS**

**Gaëlle Fonteyne**, consultante

**John Kamwinakebela**, École de Santé Publique de l'Université de Kinshasa, GIARESASS

**Emmanuel N'koué Sambiéni**, PhD, Université de Parakou, LASDEL Parakou, Bénin

**Elisabeth Paul**, Consultante, Université de Liège, Belgique

**COMITÉ DE PILOTAGE MÉDECINS DU MONDE**

**Sandrine Simon**, Référente SSR (coordinatrice de l'étude)

**Anne-Laure Cheyron**, Coordinatrice terrain, RDC

**Patrick Lunzayiladio Lusala**, Coordinateur médical, RDC

**Delphine Clochard**, Référente déterminants socio-culturels

**Catherine Giboin**, Référente associative SSR

**Joseph Zahiri**, Référent médical Afrique

**Tanit Iglesias**, Référente médicale MO/ALC



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

## PRÉFACE

Depuis 2003, le Ministère de la Santé Publique a créé un Programme National - en sigle PNSA - dont la mission est d'assurer la promotion de la santé de l'adolescent par la prise en charge de ses problèmes de santé et de son développement sain. Tout en assurant la coordination des interventions dans ce domaine dans le pays, une de ses attributions est d'appuyer et encourager le développement de recherches susceptibles de promouvoir la santé de l'adolescent. C'est à ce titre que le PNSA salue l'étude menée par Médecins du Monde France dans la ville de Kinshasa, qui analyse les déterminants des grossesses non désirées et des avortements clandestins chez les jeunes filles en particulier et chez les femmes en général et qui examine aussi les barrières à l'utilisation de la contraception moderne chez les adolescents et jeunes.

Dans ce rapport, le lecteur pourra noter que les facteurs explicatifs / causes des grossesses non désirées sont de trois ordres : individuel, environnemental, politique et législatif. Les contraceptifs sont souvent peu utilisés à cause, entre autre, des perceptions défavorables dont ils font l'objet. Les résultats de cette étude montrent que le pays est confronté à de grands défis en matière d'éducation sexuelle de la jeunesse.

Cette étude fournit des informations riches et fiables qui permettront au Gouvernement de la RDC en général et aux différents ministères chargés de la promotion des adolescents et jeunes en particulier, de planifier leurs activités sur base d'évidences.

Le PNSA se réjouit de mettre à la disposition des décideurs politiques, planificateurs, Ministères ayant en charge la promotion et le développement des adolescents et jeunes, Directions et Programmes du Ministère de la Santé Publique et autres utilisateurs tant du secteur privé que public, les résultats de cette étude.

Puisse cette étude être une source d'informations utiles et appréciables à tous les acteurs de la problématique des adolescents et jeunes en RDC et qu'ils s'en servent pour contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie de la Jeunesse Congolaise.

Que tous ceux qui ont contribué à la réalisation de cette étude, l'Agence Française au Développement (AFD), Médecins du Monde France, les partenaires au développement, les zones de santé, l'équipe de recherche, l'équipe d'appui technique etc. trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Fait à Kinshasa, le 30 novembre 2015

**MBADU MUANDA**  
Directeur du PNSA

*Une femme mariée et mère de six enfants qui vient de mourir ça fait deux semaines, comme son mari était en voyage, elle a eu la grossesse d'un autre homme. Sachant que son mari revenait, elle est allée dans un petit centre pour avorter et après curetage, elle fait l'hémorragie génitale qui l'a amenée à la mort. C'est vraiment honteux. Une autre femme du quartier aussi, sortait avec un homme marié. Lorsqu'elle est tombée grosse, elle a pris des médicaments traditionnels sans dose et elle est morte. Les exemples sont nombreux. Souvent on donne des antibiotiques après avoir fait le curetage. Pour bien laver la matrice. C'est le propriétaire de la grossesse qui paie, soit ses parents si celui-ci ne travaille pas ou s'il n'a pas des 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.*

Focus group avec les hommes

# TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE _____	4	à l'utilisation des contraceptifs _____	28
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS _____	7	<b>3.3. Les risques sociaux et la gestion des GND</b> _____	28
RÉSUMÉ EXÉCUTIF _____	8	3.3.1. Les risques sociaux des GND _____	28
EXECUTIVE SUMMARY _____	9	3.3.2. La gestion familiale et communautaire des GND _____	29
<b>CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET DES AVORTEMENTS EN RDC</b> _____	10	3.3.3. La gestion sanitaire et sociale des GND _____	30
<b>1.1. Contexte institutionnel et législatif</b> _____	10	<b>3.4. Les déterminants socioculturels et la gestion des avortements clandestins</b> _____	32
1.1.1. La législation en vigueur _____	10	3.4.1. Les déterminants socioculturels et communautaires des avortements clandestins _____	32
1.1.2. Acteurs actifs pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes et adolescent-e-s _____	11	3.4.2. Les méthodes d'avortement clandestin _____	33
1.1.3. L'adhésion de la RDC aux politiques et réformes internationales de santé sexuelle et reproductive _____	11	3.4.3. Les parcours d'avortements clandestins et la responsabilité des auteurs _____	34
1.1.4. Les politiques nationales de promotion de la SSR _____	12	3.4.4. Les risques et les perceptions liés aux avortements _____	35
1.1.5. Les contraintes en matière de SSR en RDC _____	14	3.4.5. Les soins post avortements _____	37
<b>1.2. État de la situation en matière de GND et d'avortements en RDC</b> _____	14	3.4.6. La gestion des avortements clandestins par la justice _____	37
<b>1.3. Hypothèses de travail</b> _____	16	<b>CONCLUSION</b> _____	40
<b>MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b> _____	16	<b>RECOMMANDATIONS</b> _____	42
<b>2.1. Méthodes et techniques de collecte et d'analyse des données</b> _____	16	I. ENVERS LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES ET LA SOCIÉTÉ CIVILE _____	42
<b>2.2. Les limites de l'étude</b> _____	17	A. Quelles stratégies ? _____	42
<b>PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE</b> _____	18	B. Quel type de message ? _____	42
<b>3.1. Savoirs populaires et pratiques autour des contraceptifs modernes</b> _____	18	C. Élaborés par qui et pour qui ? _____	43
3.1.1. Disponibilité des contraceptifs modernes et traditionnels _____	18	D. Où diffuser ces messages ? _____	43
3.1.2. Les perceptions médicales et populaires autour des contraceptifs _____	18	II. ENVERS LES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ _____	44
3.1.3. Les contraintes socioculturelles à l'utilisation des contraceptifs _____	20	III. ENVERS LES SERVICES DE COMMUNICATION _____	45
3.1.4. Discours et pratiques de vulgarisation des produits contraceptifs _____	22	IV. ENVERS LES DÉCIDEURS POLITIQUES _____	45
<b>3.2. Déterminants socioculturels des grossesses non désirées</b> _____	23	<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b> _____	48
3.2.1. Le sexe comme bien marchand pour la survie des jeunes filles _____	23	<b>ANNEXES</b> _____	50
3.2.2. Le manque d'éducation sexuelle au sein des familles _____	24	ANNEXE 1 : TERMES DE RÉFÉRENCES DE L'ÉTUDE _____	51
3.2.3. Les violences sexuelles et les croyances liées au dépuclage des adolescentes _____	26	2. Compréhension et commentaire des termes de référence _____	52
3.2.4. Les faiblesses du dispositif de promotion des contraceptifs modernes _____	27	3. Approche méthodologique _____	52
3.2.5. L'opposition des partenaires sexuels		3.1. Méthodologie _____	52
		3.2. Techniques d'échantillonnage _____	54
		4. Principes éthiques _____	54
		5. Techniques et outils d'analyse des données _____	54
		6. Rapportage et restitution _____	54
		7. Références bibliographiques _____	55
		ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS _____	56
		ANNEXE 3 : CALENDRIER DE LA MISSION _____	64

# LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

<b>ABEF</b> Association pour le bien-être familial	<b>IST</b> Infection sexuellement transmissible	du Congo <b>ReCo</b> Relais communautaire
<b>BM</b> Banque Mondiale	<b>IVG</b> Interruption volontaire de grossesse	<b>SANRU</b> Soins de santé primaires en milieu rural et urbain
<b>CBCO</b> Communauté baptiste du Congo	<b>OMS</b> Organisation Mondiale de la Santé	<b>SSP</b> Soins de santé primaires
<b>CODEV</b> Comité de développement	<b>ONUSIDA</b> Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/ Sida	<b>UNESCO</b> United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
<b>CPN</b> Consultation prénatale	<b>MSP</b> Ministère de la santé publique	<b>UNICEF</b> United Nations International Children's Emergency Fund
<b>CCC</b> Communication pour le Changement de Comportement	<b>PNLS</b> Programme National de Lutte contre le Sida	<b>USAID</b> United States Agency for International Development
<b>DFID</b> Department for International Development (UK)	<b>PNSA</b> Programme National de Santé de l'Adolescent	<b>VIH/Sida</b> Virus de l'immunodéficience humaine/ syndrome d'immunodéficience acquise
<b>DIU</b> Dispositif intra-utérin	<b>PNSR</b> Programme National de Santé de la Reproduction	<b>ZS</b> Zone de santé
<b>FNUAP</b> Fonds des Nations unies pour la population	<b>PSI/ASF</b> Population Services International/Association de Santé Familiale	
<b>GND</b> Grossesse non désirée	<b>RDC</b> République démocratique	
<b>IEC</b> Information, Education, Communication		

## RÉSUMÉ EXÉCUTIF

C'est dans le cadre de son intervention en faveur de la promotion des DSSR des jeunes en République Démocratique du Congo que MdM a commandité cette étude dont l'objectif global est d'analyser les barrières à l'utilisation des contraceptifs chez les jeunes de 15-24 ans et les déterminants des grossesses non désirées et des avortements clandestins particulièrement chez ces jeunes filles et en général chez les femmes en âge de procréer.

Le terrain de l'étude est constitué de 3 zones de santé [ZS] ciblées : 2 zones où MdM a déjà/projette d'avoir des activités [Selembao et Kingabwa] et 1 zone où il existe un centre de santé mère-enfant [Ngaba]. Il s'agit de trois zones de santé urbaines de Kinshasa. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble du pays, vu qu'elle est limitée à l'espace urbain de la capitale [Kinshasa]. Cependant, les résultats vont être comparés aux résultats des autres pays/villes où l'étude est aussi menée suivant les mêmes principes [Burkina Faso, Pérou et Gaza]. Il faut préciser que le choix des zones sanitaires a été opéré au cours d'une réunion de cadrage avec l'équipe de MdM RDC. C'est au cours de cette réunion que les attentes particulières de MdM Kinshasa et le calendrier général de la mission ont été précisés. Des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des soignants des centres de santé publics, privés confessionnels, privés lucratifs, avec l'hôpital général de référence de la ZS et des membres du bureau central de la zone de santé. Des entretiens ont été réalisés aussi avec les chefs de quartier [ou un représentant du service « social » du Sous Commissariat Territorial [S/CIAT]], les responsables d'église [pasteur, responsable des jeunes/des femmes], les présidents du CODEV [comité de développement qui réunit les relais communautaires], les ONG/organisations locales actives dans le domaine de la formation des jeunes filles-mères ou promotion de la santé sexuelle et reproductive ou autre objet social en lien avec notre recherche, les écoles mixtes/lycées [un membre en contact avec les jeunes : professeur, directeur, infirmière]. Les entretiens ont enfin été réalisés avec les jeunes filles/femmes de 15 à 24 ans ayant connu une grossesse non désirée avec naissance vivante ou avortement ; l'idée a été de s'appuyer sur les précédents entretiens avec le personnel soignant et les autres acteurs en tant qu'intermédiaires afin d'identifier les jeunes filles/femmes et de nous mettre en contact avec elles si elles étaient d'accord. Des

focus groups ont été réalisés avec les jeunes filles de 15 à 24 ans, les jeunes garçons de 15 à 24 ans et les mères de jeunes filles de 15 à 24 ans.

Les dispositifs sanitaires de promotion des contraceptifs modernes sont orientés vers une amélioration continue de la disponibilité et de l'accessibilité puis vers une communication qui permettrait d'en corriger la perception et l'utilisation. Malgré la pluralité des sources d'approvisionnement en contraceptifs – même si la chaîne d'approvisionnement connaît des problèmes ce qui constitue un obstacle à la disponibilité des contraceptifs, d'après la directrice du PNSR – et des canaux de communication, l'utilisation de la contraception reste globalement faible. En particulier, la perception reste encore négative et l'utilisation difficile pour certaines catégories de population, en lien notamment avec le discours permanent sur l'abstinence [église, écoles, parents, leaders communautaires, etc.]. Les GND sont liées à trois catégories de facteurs : les facteurs individuels [image de soi, valeur, croyance, etc.], les facteurs micro-environnementaux [entourage, communauté, etc.] et les facteurs politiques et législatifs. Les grossesses non désirées [GND] sont encore très courantes au sein des ménages. Cependant, elles ne font pas l'objet d'une grande attention à la fois dans la famille, dans la communauté et dans les services sanitaires et sociaux. L'une des issues des GND est l'avortement. Il se passe souvent dans des espaces clandestins, avec des acteurs non médicaux et des conséquences dramatiques. Certains congolais et congolaises sont favorables à une dépenalisation partielle de l'avortement [par exemple en cas de viol ou d'inceste], mais cela reste une minorité [Kalonda, 2015]. Le facteur religieux [certaines jeunes filles/femmes choisissent d'interrompre rapidement une grossesse pour ne pas « décevoir » le responsable et les membres de son église avec une relation non reconnue par la communauté religieuse, et prendre le risque de se voir rejetée] et le manque de volonté politique sont des blocages importants qui incitent les femmes à recourir à l'avortement clandestin. Tout comme les GND, plusieurs facteurs liés aux logiques et pratiques socioculturelles expliquent le recours à l'avortement chez les personnes qui n'ont pas désiré leur grossesse. Aussi, comme pour les grossesses, des institutions sociales [familles, etc.] existent et fonctionnent, quelles qu'en soient les conséquences, dans la gestion des processus d'avortement et de leurs suites.



Pour réduire l'incidence des grossesses non désirées et les conséquences des avortements à risque, il faut améliorer l'offre de santé sexuelle et reproductive, modifier les savoirs et les perceptions sur les contraceptifs pour une meilleure acceptation, et améliorer la formation du personnel en matière de soins post avortements. Il faut agir sur l'environnement familial et communautaire, notamment sur l'éducation sexuelle des jeunes filles et des jeunes hommes puis sur l'attitude des hommes et des femmes envers les contraceptifs, et enfin porter une attention particulière au genre et à la capacité d'agir des femmes. L'école, les responsables des confessions religieuses, les médias et les structures privées de travail comme les ateliers d'artisanat constituent des espaces à investir pour réussir cette mission. Les recommandations sont proposées suivant les différents acteurs à considérer pour les interventions.

## EXECUTIVE SUMMARY

Médecins du Monde (Mdm) commissioned this study in the context of its intervention in favour of the promotion of SRH rights for young people in Democratic Republic of the Congo. Its overall objective is to analyse the barriers to contraceptive use among the youth (aged 15-24) as well as the determinants of unwanted pregnancies and illegal abortions among women of childbearing age, especially among young girls.

The field of this study consists of three target health zones (H): 2 areas where Mdm has or is planning to lead activities (Selembao and Kingabwa), and one area where there is a mother-child health centre (Ngaba). All three are urban health zones in Kinshasa. The results of this study cannot be extrapolated to the whole country, because it is limited to the urban area of the capital (Kinshasa). However, its results will be compared with those of other countries / cities where the study is also being conducted on the same principles (Burkina Faso, Peru and Gaza). It should be noted that the choice of health zones was operated during a scoping meeting with the team of Mdm in DRC. The special needs of Mdm-Kinshasa and the overall schedule of the mission were set during that meeting. Semi-structured interviews were conducted with healthcare providers at public, faith-based and private for-profit health centres and at the reference General Hospital, as well as with members of the management team of the health zone. Interviews were also conducted with neighbourhood chiefs (or a representative of the

"Social" Service of the Deputy Territorial Commissioner (called S/CIAT)), church leaders (pastors, youth/women leaders), the Presidents of the CODEV (Development Committee which brings together community health workers), NGOs / local organisations active in the fields of training for young unwed mothers, promotion of sexual and reproductive health or other social purpose related to our research, schools and high schools (member in contact with young people such as teacher, principal, nurse). Finally, interviews have also been conducted with 15-24 years old girls / women who experienced an unwanted pregnancy leading to a live birth or abortion; the idea was to build on previous discussions with healthcare providers and other actors as intermediaries to identify girls / women and to put us in contact with them if they agreed. Focus groups were conducted with 15-24 years old girls, 15-24 years old boys/men, and mothers of 15-24 years old girls.

Sanitary devices for the promotion of modern contraceptives aim at continuously improving their availability and accessibility. They also work towards a communication that improves their perception and use. Despite the plurality of supply sources of contraceptives – even if the supply chain faces problems hindering the availability of contraceptives, according to the director of the national reproductive health plan – and communication channels, the use of contraception remains generally low. In particular, perception remains negative and their use remains uneasy for certain population groups, especially because of the ongoing discourse on abstinence (church, schools, parents, community leaders, etc.). Unwanted pregnancies are related to three categories of factors: individual factors (self-image, values, beliefs, etc.); micro-environmental factors (environment, community, etc.); and political and legislative factors. Unwanted pregnancies are still very common within households. In general, little attention is given to unwanted pregnancies be it in the family, in the community and in health and social services. One of the results of unwanted pregnancies is abortion. It often takes place in clandestine spaces with non-medical actors and leading to terrible consequences. Some Congolese (males and females) are supporting a partial decriminalisation of abortion (e.g. in cases of rape or incest), but they remain a minority (Kalonda, 2015). The religious factor (some girls / women choose to terminate a pregnancy quickly not to "disappoint" the church leader and members with a relationship which is not recognised by the religious community, thus taking the risk of being rejected) and the lack of

political will are important obstacles that encourage women to resort to unsafe abortion. Like for unwanted pregnancies, several factors related to logical and socio-cultural practices explain why people who have not desired a pregnancy resort to abortion. Moreover, like for pregnancies, social institutions (family, etc.) exist and play a role in the management of abortion processes and their consequences.

To reduce the incidence of unwanted pregnancies and the consequences of unsafe abortions, the provision of sexual and reproductive health services should be improved, knowledge and perceptions about contraceptives should be changed so that they are better accepted, and health staff training on post abortions care should be strengthened. Actions should be taken towards the family and community environment, including through sexual education for girls and young men, modifying the attitudes of men and women towards contraceptives, and paying particular attention to gender and women empowerment. Schools, religious leaders, the media and private working environments such as craft workshops, are spaces to be invested to achieve these goals. Recommendations are formulated towards different intervening actors.

## CONTEXTE SOCIO-SANITAIRE DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET DES AVORTEMENTS EN RDC

Phénomène culturel, sanitaire, institutionnel, et économique, les grossesses non désirées (GND) et les avortements, qui en sont l'une des conséquences, influencent considérablement la durée et la qualité de vie des jeunes filles et des jeunes femmes en République démocratique du Congo (RDC). Si la situation est plus ou moins comparable dans les pays en développement, le cas de la RDC est particulier dans le sens où ce pays a connu deux guerres, l'une en 1996 et l'autre en 1998 (suite à la fin de la guerre au Rwanda en 1994 et à l'arrivée au pouvoir de Kabila en 1997). Aux différentes causes structurelles en rapport avec les logiques et les pratiques courantes en matière de sexualité et d'éducation, s'ajoute le viol utilisé comme stratégie de destruction dans le cadre des conflits armés dans

certaines régions (principalement le Nord, Kivu, le Sud Kivu et la Province Orientale) (HRW 2005). Cette étude a porté sur trois zones de santé défavorisées de Kinshasa (dont deux où MdM-France intervient). Nous commençons ici par donner un aperçu du contexte institutionnel en matière de santé de la reproduction (SR) et de l'état de la situation en matière de GND et d'avortements en RDC.

### 1.1. CONTEXTE INSTITUTIONNEL ET LÉGISLATIF

#### 1.1.1. LA LÉGISLATION EN VIGUEUR

Concernant la prévention des GND, une loi de 1920 interdit la vente et l'administration des produits contraceptifs. Elle n'a pas encore été abolie – bien que dès 1972, le Président Mobutu autorise les activités de planification familiale (PF) – même si un projet de loi en SR/PF a été élaboré en 2012 et est actuellement en cours d'analyse par la Cour Constitutionnelle, à la demande du bureau du Parlement ; si la Cour confirme sa constitutionnalité, la loi pourra être renvoyée au Parlement pour adoption.

Il existe des obstacles au niveau de la promotion et de la distribution des contraceptifs : d'une part le Code Pénal (2004) stipule dans son article 178 que : *« Quiconque aura [...] préconisé l'emploi de moyens quelconques de faire avorter une femme, aura fourni les indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ou aura fait connaître, dans le but de les recommander, les personnes qui les appliquent ; quiconque aura exposé, vendu, distribué, fabriqué ou fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quelconque de publicité, les drogues ou engins spécialement destinés à faire avorter une femme ou annoncés comme tels ; quiconque aura exposé ou distribué des objets spécialement destinés à empêcher la conception et aura fait de la réclame pour en favoriser la vente ; quiconque aura, dans un but de lucre, favorisé les passions d'autrui en exposant, vendant ou distribuant des écrits imprimés ou non qui divulguent des moyens d'empêcher la conception, et en préconisant l'emploi ou en fournissant les indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ; quiconque aura, en vue du commerce ou de la distribution, fabriqué, fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution ou annoncé par un moyen quelconque de publicité les écrits visés dans*

*l'alinéa précédent, sera puni d'une servitude pénale de huit jours à un an et d'une amende de vingt-cinq à mille zaires ou d'une de ces peines seulement*. D'autre part, seuls certains types de contraceptifs sont promus [l'évaluation du 3<sup>ème</sup> programme FNUAP relève qu'en matière de Planning Familial, 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.

Concernant l'avortement, bien que la RDC soit signataire de différents protocoles/conventions qui reconnaissent l'égalité entre les sexes (Déclaration universelle des Droits de l'Homme, Charte de l'Union Africaine), et plus particulièrement du Protocole de Maputo (voir ci-dessous), la loi congolaise interdit toujours l'avortement. En effet, l'article 165 du code pénal congolais énonce que *« 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 »* et l'article 166 déclare que *« la femme qui volontairement se sera fait avorter, sera punie d'une servitude pénale de cinq à dix ans »*. L'avortement thérapeutique est possible selon l'article 32 du code de déontologie médicale qui dispose que *« 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 »* (Ordonnance n° 70-158 déterminant les règles de la déontologie médicale, J.O RDC, n° spécial, avril 1970).

### 1.1.2. ACTEURS ACTIFS POUR LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES JEUNES ET ADOLESCENT-E-S

Les principaux acteurs en matière de santé des adolescent-e-s/jeunes en RDC sont au nombre de six : tout d'abord il y a l'État qui intervient à travers le Ministère de la Santé Publique (MSP) et ses programmes (voir ci-dessous), le Ministère des Affaires Sociales, action humanitaire et solidarité internationale (direction de la protection sociale), le Ministère du Genre, Famille et de l'enfant (direction du genre), le Ministère de la Jeunesse (direction récupération et reclassement des

jeunes] et le Ministère de l'Enseignement Primaire, Secondaire et Professionnel (direction de l'éducation à la vie familiale et en matière de population à l'école). Ensuite, il existe les agences des Nations Unies (FNUAP, UNICEF, OMS, UNESCO, ONUSIDA); la Banque mondiale; les ONG internationales telles que Médecins du Monde (MdM), PSI/ASF (Association pour la Santé Familiale), Cordaid; les coopérations bilatérales (USAID, DFID); et les ONG nationales (ex. ABEF : Association pour le Bien-Etre familial) (Vodierna Nsakala et al., 2014).

Ces acteurs utilisent plusieurs approches et stratégies d'intervention dans le cadre de la prévention des GND : l'information, l'éducation et la communication (IEC) ou la communication pour le changement de comportement (CCC), la mobilisation sociale des groupes communautaires (pour adopter un comportement à moindre risque) ou encore le plaidoyer (auprès des autorités sanitaires, politiques et administratives et les leaders religieux et d'opinions), ainsi que l'offre et/ou le renforcement de l'offre de services.

### 1.1.3. L'ADHÉSION DE LA RDC AUX POLITIQUES ET RÉFORMES INTERNATIONALES DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Selon la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) organisée en 1994 au Caire, la santé de la reproduction est définie comme *l'état de bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé.*

Les documents officiels, notamment du FNUAP ont construit le contenu technique, idéologique et politique de la santé de la reproduction (SR). Au niveau international, la RDC est signataire de différents protocoles/conventions qui reconnaissent l'égalité entre les sexes (Déclaration universelle des Droits de l'Homme, Charte de l'Union Africaine) et qui promeuvent la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive (OMD). Elle est également signataire des résolutions de la Conférence Internationale sur la Population et la Développement (CIPD, Caire, 1994) [particulièrement le Chapitre 7 « Droits et santé en matière de reproduction »] et de son programme d'actions en matière de santé sexuelle et reproductive, qui ont été reconduits à travers le Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits Liés à la Reproduction [2005] avec, en ce qui nous concerne, parmi les 10 domaines stratégiques retenus :

- **Accroissement des ressources destinées aux programmes dans le domaine de la santé et des droits sexuels et de reproduction ;**
- **Traduction des engagements pris dans le cadre de la CIPD dans les lois nationales ;**
- **Santé et droits sexuels et de reproduction des jeunes ;**
- **Élargissement de l'utilisation des contraceptifs ;**
- **Diminution des niveaux des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions.**

La RDC est également signataire du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes, mieux connu sous le nom de Protocole de Maputo. La RDC a ratifié ce protocole le 09 février 2009, sans aucune réserve, mais ne l'a jamais publié au Journal Officiel, ce qui peut limiter sa portée juridique. Le Protocole, dans son article 14, point 2, lettre c, prévoit que « *Les États prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.* ».

## 1.1.4. LES POLITIQUES NATIONALES DE PROMOTION DE LA SSR

Afin de garantir la santé sexuelle et reproductive à la population congolaise, et ainsi de répondre à ses différents engagements au niveau international et régional, le Ministère de la Santé Publique a développé sa propre politique nationale de santé de la reproduction, et à créer pour la mettre en œuvre, en décembre 2001, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) [anciennement Projet des Services des Naissances Désirables].

La Politique Nationale de Santé de la Reproduction comprend 9 composantes issues de la CIPD, dont la 7<sup>ème</sup> concerne directement les adolescents et les jeunes : *La promotion d'un développement sexuel sain par l'encadrement des adolescents, l'information et l'éducation concernant les rapports sexuels sans danger et responsables durant toute la vie et du respect mutuel entre sexes* [Document de Politique Nationale]. L'objectif général de la Politique Nationale est de *contribuer à l'amélioration de la qualité de la vie des individus, des couples, des familles, des communautés pour tout ce qui concerne la santé de la reproduction dans toute sa dimension, entre autres en promouvant la bonne santé en matière de sexualité et de reproduction et, basée sur l'équité et l'égalité entre les sexes, l'approche droit, l'approche genre et la sexo-spécificité.* La politique nationale cible particulièrement : i) *les futurs géniteurs (0-20 ans) : composés des enfants, garçons et filles qui passent par des périodes particulières de leur croissance, notamment l'adolescence,* et qui constitue 55% de la population, et ii) *les géniteurs actuels (20-55 ans) : les adultes femmes et hommes en période de reproduction, constituant plus ou moins 40 % de la population.*

Au niveau de la mise en œuvre, la politique nationale précise les responsabilités et prérogatives de chacun des niveaux du système de santé (central, provincial et périphérique). Au niveau central, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) a un rôle stratégique (norme, régulation, conception). Au niveau provincial, la coordination provinciale a un rôle assez stratégique (vulgarisation, coordination, etc.). Enfin, le niveau périphérique (la zone de santé) est chargé de la mise en œuvre opérationnelle. Le suivi et l'évaluation de la politique nationale de santé de la reproduction se fait à travers une Task Force.

Le Ministère de la Santé Publique a également défini sa politique en matière de Planning Familial (PF) (Planification Familiale. Plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020), avec deux objectifs principaux :

- augmenter la prévalence contraceptive moderne estimée à 6,5% en 2003 à au moins 19% en 2020 et ;
- assurer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à au moins 2,1 millions de femmes d'ici 2020.

Le rôle du PNSR, de ses 8 divisions et de ces 11 coordinations provinciales, est de i) élaborer et vulgariser la politique nationale, le plan directeur, les normes en matière de santé de la reproduction, ii) assurer la coordination, le suivi, l'évaluation des activités de santé de la reproduction et iii) mobiliser les ressources (personnel, matériel, médicament). Pour répondre aux besoins de la population en matière de santé sexuelle et reproductive, le PNSR a défini 9 objectifs spécifiques à leur tour déclinés dans des actions à mener, des résultats et des indicateurs à suivre. Notons que les actions prévues dans ce Plan ne ciblent pas en particulier les adolescentes et les jeunes filles/femmes, et qu'aucun des indicateurs proposés ne concerne spécifiquement ce groupe-cible.

Le PNSR n'est pas le seul acteur institutionnel concerné par la santé sexuelle et reproductive ; au niveau du Ministère de la Santé Publique, on retrouve également le Programme National de Santé de l'Adolescent (PNSA) et le Programme National de Lutte contre le VIH/Sida (PNLS).

Le PNSA a été créé en janvier 2003, afin d'assurer la promotion de la santé de l'adolescent par la prise en charge des problèmes de santé et de développement de l'adolescent (document de politique nationale de santé de l'adolescent). Le document de politique du PNSA met particulièrement l'accent sur les problèmes liés à la santé de la reproduction chez les adolescents (30% de grossesse non désirées, 16,2% d'avortements, etc.) et a donc comme vision *d'amener les adolescents et les jeunes à avoir accès à des services de santé de qualité et à disposer des informations complètes en matière de sexualité et de reproduction en vue d'une vie saine pour un développement durable du pays*. Les orientations stratégiques du PNSA sont

en outre : i) L'éducation sexuelle (famille, école, etc.) pour et avec les jeunes, et la lutte contre les informations erronées, ii) la communication pour le changement de comportement (CCC), iii) le renforcement des capacités des acteurs (parents, personnel de santé, les adolescents eux-mêmes, etc.), iv) des services de santé des adolescents avec du personnel qualifié et des structures appropriées, v) proposer comme méthode de choix : l'abstinence sexuelle et mettre à portée les autres méthodes pour les adolescents sexuellement actifs, vi) faire accepter la grossesse adolescente (pour éviter l'avortement) et promouvoir un encadrement approprié par la communauté (prise en charge psychosociale, etc.), vii) le cas échéant, prendre en charge les complications d'avortement, viii) garantir un accès facile aux soins de santé de la reproduction pour les adolescents.

Le document de politique énonce également certaines valeurs fondamentales telles que le respect de la confidentialité mais également le respect du principe de consentement des parents le cas échéant. Des expériences pilotes ont été menées pour intégrer les soins de santé des adolescents au niveau de la zone de santé.

Les études menées en RDC révèlent un taux d'intégration des services de PF de 46% en moyenne (MSP, Plan stratégique PF 2014-2020, citant l'enquête PTME), et à Kinshasa, la couverture des services de PF dans les zones de santé varie fortement, *de moins de 20% à plus de 60% de couverture en activité de PF. Pour les adolescent-e-s et les jeunes, à peine 12 zones de santé sur 516 avaient intégré le paquet d'activités de santé de la reproduction adapté aux adolescents et jeunes*. Les obstacles sont nombreux comme par exemple : la faible utilisation de la distribution à base communautaire des méthodes contraceptives, les fréquentes ruptures de stock et la faible diversité des méthodes proposées (*seulement 18% des structures de santé offriraient au moins 3 méthodes de planification familiale*), le manque d'information sur les effets secondaires des contraceptifs, le peu de messages de PF destinés aux hommes (alors que l'autorisation maritale pour recourir aux méthodes de PF est un obstacle important pour les femmes mariées), mais aussi, le manque de personnel de santé formé en PF, la difficulté de collecter les données sur l'utilisation des services de PF, le financement principalement assuré par des bailleurs de fonds extérieurs, la coordination et le suivi des interventions des acteurs impliqués dans

la PF. Le plan d'action en matière de PF prévoit entre autres *d'étendre les services de centres intégrés pour les Jeunes et les Adolescents à toutes les zones de santé (sous-objectif 2.4). Ces obstacles démontrent que les ressources allouées sont insuffisantes pour mettre en œuvre ces politiques.*

### 1.1.5. LES CONTRAINTES EN MATIÈRE DE SSR EN RDC

L'existence de deux programmes spécifiques ciblés sur la question de la SSR au niveau du Ministère de la Santé Publique est une avancée pour la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescent-e-s en RDC, cependant le manque de moyens ne permet pas aux acteurs de pouvoir faire leur travail. Les responsables de ces programmes en sont conscients et, avec leurs partenaires, ils relèvent les difficultés qu'il reste à surmonter, comme par exemple :

- **La présence de multiples acteurs ayant des approches différenciées, répartis inégalement sur le territoire, ajouté à l'absence ou la faiblesse d'un cadre fédérateur local et national, qui conduit à des actions fragmentées, dispersées, à un risque de « saupoudrage » des actions au final peu durables ;**
- **Une approche encore trop verticale des actions et programmes avec les difficultés à intégrer les soins de santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s et des jeunes dans les Soins de Santé Primaires et les Zones de santé ;**
- **L'insuffisance de données sur la santé sexuelle et reproductive des adolescent-e-s au niveau du Ministère, en contradiction avec les exigences des partenaires et bailleurs de fonds qui produisent eux-mêmes leurs propres données ;**
- **Une vision encore trop médicalisée de la santé des adolescent-e-s, avec des actions peu adaptées aux spécificités du public cible (pas ou peu de différenciation en fonction du genre, de la tranche d'âge, de l'environnement) et qui n'est pas en capacité de faire des choix éclairés. De plus ces actions sont très axées sur une simple transmission d'information (IEC) et pas assez autour du changement de comportement (CCC) ;**

- **Les obstacles au niveau de la promotion et de la distribution des contraceptifs au regard du Code Pénal (voir point 1.1.1 : une loi de 1920 interdit la vente et l'administration des produits contraceptifs. Elle n'a pas encore été abolie.) ; Ou encore, le manque d'action communautaire et d'empowerment des jeunes et des adolescent-e-s et dans le même temps, une action limitée des Relais Communautaires et des pairs-éducateurs.**

Il existe d'ailleurs une cartographie du *Déploiement des Services de Planification Familiale en République Démocratique du Congo. La quote-part des ONGs Internationales et Locales* réalisée en 2013 qui permet de se faire une meilleure idée de certains des acteurs en présence et de leur type d'intervention en matière de PF. Cette cartographie montre qu'il existe de multiples acteurs impliqués dans la santé sexuelle et reproductive en RDC mais qu'ils manquent de coordination entre eux.

## 1.2. ÉTAT DE LA SITUATION EN MATIÈRE DE GND ET D'AVORTEMENTS EN RDC

Il existe peu de données statistiques sur le pourcentage de grossesses non désirées chez les jeunes filles/femmes entre 15 et 24 ans en RDC et ces pourcentages sont divergents. Globalement, l'enquête *Performance Monitoring and Accountability (PMA 2020)* a relevé le pourcentage de 48,2% (2013) et 56,5% (2014) de grossesses qui sont non désirées chez les femmes de 15 à 49 ans. L'enquête *Démographie et Santé de 2013-2014 (EDS-RDC II)* relève seulement que 5% des grossesses – pour les femmes en union et en âge de procréer, soit entre 15 et 49 ans – sont non désirées (dont 1,7% pour les femmes ayant eu une grossesse avant 20 ans et 1,4% pour les femmes ayant eu une grossesse entre 20 et 24 ans).

Les informations statistiques disponibles qui peuvent nous orienter concernent : i) l'âge moyen des premiers rapports sexuels, ii) l'âge moyen de l'entrée en union ou encore iii) l'âge moyen de la première grossesse. Rappelons avant ceci que le Code congolais de la famille fixe toujours l'âge minimum légal du mariage à 15 ans pour les filles et 18 ans pour les garçons, mais la loi 09/001 du 10 janvier 2009 fixe l'âge de la majorité sexuelle à 18 ans pour les filles et les garçons. Selon l'EDS-RDC II (2013-2014), l'âge moyen des pre-

miers rapports sexuels en RDC est de 16,8 ans pour les femmes et 17,6 ans pour les hommes (soit plus ou moins 1 an de différence). 20% des jeunes filles/femmes (15-24 ans) déclarent avoir eu leur premier rapport sexuel avant 15 ans. L'âge moyen d'entrée en union est de 18,7 ans pour les femmes et 24,1 ans pour les hommes. 14% des adolescentes sont épousées par des hommes âgés de 10 ans et plus qu'elles (l'enquête MICS-RDC-2010). C'est ainsi que dans la tranche d'âge 15-19 ans, 76% des femmes et 98,1% des hommes se déclarent célibataires, mais pour la tranche d'âge 20-24 ans, le pourcentage passe à 32,1% de femmes qui se déclarent célibataires, et encore 71,5% pour les hommes. L'âge médian à la première naissance est de 19,9 ans pour les femmes. Toutefois, ceci cache que 27% des femmes de 15-19 ans ont déjà commencé leur vie procréative, c'est-à-dire qu'elles ont déjà eu au moins un enfant (21%) ou sont enceintes (6%) au moment de l'enquête (le taux est de 4,3% avant 15 ans). 65% des femmes de cette tranche d'âge qui sont déjà en union ont déjà eu au moins un enfant. Et avant 20 ans, 51% des femmes ont au moins donné naissance une fois, bien qu'un tiers d'entre elles (33%) aurait souhaité que la naissance arrive plus tard. L'entrée dans la vie sexuelle des jeunes filles/femmes se fait à un âge d'autant plus jeune (EDS-RDC II 2013-2014) qu'elles vivent dans un milieu rural plutôt qu'urbain, qu'elles possèdent un faible niveau d'instruction, et qu'elles ont un faible niveau de bien-être socio-économique.

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 pour toute 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.

Les données disponibles sur l'avortement sont également parcellaires : l'avortement est illégal en RDC sauf si la vie de la femme est en danger. Dans les autres situations, les femmes ont recours à l'avortement clandestin, et ce malgré les peines encourues (5 à 10 ans

de servitude pénale pour la femme qui se fera volontairement avorter, et 5 à 15 ans pour celui qui fera avorter une femme selon le Code pénal congolais de novembre 2004) et les risques et conséquences pour la santé que cela entraîne.

Ainsi, régulièrement, des cas de fœtus ou de bébés nouveaux-nés retrouvés morts dans des poubelles ou des caniveaux font la une de la presse locale congolaise qui révèle les perceptions (avec l'influence importante des églises catholique, protestante et du réveil qui véhiculent ces perceptions dans les prêches) de la population vis-à-vis de ceux et celles qui commettent/subissent un avortement (considérés comme « des meurtriers/meurtrières, des filles « légères », qui devraient être condamnées », [ispisinternational.org](http://ispisinternational.org), 2009).

Dans des rubriques de faits de société, on a pu lire dans la presse écrite ou numérique des titres comme :

**« Une mère abandonne son bébé dans les immondices à Matete »**

**« Un bébé d'une semaine a été abandonné dans les immondices par sa mère, le week-end dernier sur l'avenue de la paix dans la commune de Matete à Kinshasa »**

Il faut donc recourir à des données « indirectes » (nombre de femmes hospitalisées pour des suites d'avortement – spontané ou provoqué – et les séquelles de ces avortements). Dans un travail de recherche quantitatif menée à Bukavu (Chef-lieu de la Province du Sud Kivu, à l'Est du pays), sur un échantillon de 80 femmes hospitalisées pour complication d'avortement clandestin et 20 femmes dont l'avortement clandestin date d'au moins deux ans, on note quelques informations importantes. L'âge moyen des femmes ayant avorté est de 20 ans (avec des extrêmes de 10 ans et 45 ans), et 11% des avortements clandestins concernent des adolescentes. Les femmes de l'échantillon sont en majorité des célibataires (85%), nullipares (91%), avec un niveau d'étude secondaire (85%). Quant au géniteur, selon les déclarations des femmes de l'échantillon, ils ont entre 25 et 35 ans (66%), sont étudiants (35%) ou commerçants (30%) et célibataires (71%). 46% des grossesses interrompues étaient issues d'un rapport sexuel imposé, et 33% dans le cadre d'un échange (argent, notes à l'école ou à l'université, etc.).

Toujours selon ce travail mené à Bukavu par Byaene (2007), les raisons les plus souvent évoquées pour l'avortement (et qui peuvent s'additionner) sont nombreuses : la crainte des parents avec le risque de se faire chasser de chez soi (40%) (il ne peut pas y avoir « deux femmes » dans la même maison selon la coutume locale), la crainte de ne pas pouvoir poursuivre les études (35%), la fuite/l'irresponsabilité du géniteur (16%), ou encore, dans une moindre mesure, le manque de ressource pour élever un enfant, la crainte de ne plus être « mariable » lorsqu'on a déjà eu un enfant hors union.

Toujours selon cet auteur, « les manœuvres abortives ont été pratiquées dans 5% des cas par les médecins ; dans 58% des cas par les paramédicaux ; dans 6% des cas par les femmes elles-mêmes ; dans 4% des cas par les matrones ; dans 4% des cas par les étudiants en médecine ; dans 12% des cas par les élèves infirmiers ou les étudiants infirmiers. Dans 11% des cas, les avorteurs n'ont pas été identifiés. » (Byaene, 2007 :40).

Les risques pour la santé des femmes sont importants : certaines ignorent la nécessité de soins post-avortement, d'autres préfèrent passer par un tradipraticien (ce sont des acteurs de la médecine traditionnelle, qui utilisent principalement les plantes et autres substances naturelles et auxquels les congolais font habituellement appel avant de se tourner vers la médecine moderne). Ces tradipraticiens sont suivis, au ministère de la santé, par la direction de la médecine traditionnelle). Les avantages de leur recours sont : des coûts accessibles aux moins riches, des modalités de paiement négociables (montant, délais, etc.), la possibilité du traitement dans l'anonymat et la confidentialité. Les obstacles à une interruption de grossesse, dans le cas où cela est autorisé (danger pour la santé de la mère et/ou de l'enfant) sont nombreux : la longue distance entre le domicile et le centre de santé, le coût élevé de l'intervention/prise en charge, la nécessité d'avoir le consentement du mari pour se rendre au centre de santé, ou bien sûr le risque de poursuite pénale. Tout cela pousse les femmes à recourir à l'avortement clandestin et à en subir les conséquences pour leur santé : les complications immédiates, hémorragiques (dues à la rétention placentaire [85%] par exemple) et/ou infectieuses (comme le risque de septicémie [23%]) qui peuvent mener à des suites simples (moins de 10 jours d'hospitalisation : 80% des cas) ou compliquées (plus de 10 jours d'hospitalisation) ou pire, la mortalité maternelle (4%) (Byaene, 2007).

### 1.3. HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

De ces informations factuelles, on peut **poser l'hypothèse que la problématique des grossesses non désirées et des avortements**, qui s'inscrivent plus largement dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescentes/jeunes femmes, **serait directement en lien avec le statut dans la société** (encore « fille » ou déjà « femme »), qui lui-même dépendrait du statut matrimonial (célibataire ou en union). Cela se comprendrait dans des rapports de « genre », avec une différence de statut entre l'homme et la femme, le garçon et la fille dès le plus jeune âge. La fille/femme serait considérée comme inférieure dans la société congolaise. Elle serait souvent victime de sa sexualité, qu'elle ne choisit pas mais qu'elle subit. Elle assumerait seule la responsabilité des rapports sexuels qu'ils soient consentis ou subis.

## MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Cette étude a été réalisée avec la méthodologie qualitative. Elle a été faite sur la base de méthodes de communication approfondies (entrevues individuelles et de groupe) et d'observations directes dans les services de santé, les ménages et les institutions de promotion des contraceptifs modernes.

### 2.1. MÉTHODES ET TECHNIQUES DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES

Le terrain de l'étude est constitué de 3 zones de santé (ZS) ciblées : 2 zones où MdM a déjà/projeté d'avoir des activités (Selembao et Kingabwa) et 1 zone où il existe un centre de santé mère-enfant (Ngaba). Il s'agit de trois zones de santé urbaines de Kinshasa. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble du pays, vu qu'elle est limitée à l'espace urbain de la capitale (Kinshasa). Cependant, les résultats vont être comparés aux résultats des autres pays/villes où l'étude est aussi menée suivant les mêmes principes (Burkina Faso, Pérou et Gaza). Il faut préciser que le choix des zones sanitaires a été opéré au cours d'une réunion de cadrage avec l'équipe de MdM RDC. C'est au cours de cette réunion que les attentes particulières de



MdM Kinshasa et le calendrier général de la mission ont été précisés.

Les enquêteurs ont formé 3 équipes, chacune constituée d'une infirmière expérimentée dans le contact avec les jeunes et ayant déjà une expérience dans la réalisation d'entretiens, et d'une anthropologue junior. Chacun de ces « binômes » a couvert une zone de santé.

Pour les entretiens avec les soignants, nous avons pour chaque zone, ciblé un centre de santé public, un centre de santé privé confessionnel, un centre de santé privé lucratif, l'hôpital général de référence de la ZS et un membre du bureau central de la zone de santé. Pour chacune de ces structures, les enquêtrices ont identifié la personne la mieux placée pour les renseigner (soit un médecin, une infirmière/un infirmier, une sage-femme) car impliquée dans des activités en lien avec la santé sexuelle et reproductive des jeunes filles/femmes. Au total, 15 entretiens avec des prestataires de soins ont été réalisés dans chaque zone de santé.

Pour les entretiens avec les autres acteurs, nous avons ciblé pour chaque zone de santé, le chef de quartier (ou un représentant du service « social » du Sous Commissariat Territorial (S/CIAT)), une église (pasteur, responsable des jeunes/des femmes), le président du CODEV (comité de développement qui réunit les relais communautaires), une ONG/organisation locale active dans le domaine de la formation des jeunes filles-mères ou promotion de la santé sexuelle et reproductive ou autre objet social en lien avec notre recherche), une école mixte/lycée (un membre en contact avec les jeunes : professeur, directeur, infirmière).

Pour les entretiens avec les jeunes filles, nous avons pu identifier des jeunes filles/femmes de 15 à 24 ans ayant connu une grossesse non désirée avec naissance vivante ou avortement ; l'idée a été de s'appuyer sur les précédents entretiens avec le personnel soignant et les autres acteurs en tant qu'intermédiaires afin d'identifier les jeunes filles/femmes et de nous mettre en contact avec elles si elles étaient d'accord.

Pour les focus groups, nous avons ciblé 3 publics : les jeunes filles de 15 à 24 ans, les jeunes garçons de 15 à 24 ans et les mères de jeunes filles de 15 à 24 ans. Chaque focus groupe a été organisé 1 fois dans chacune des 3 ZS. Au total, 9 focus groups ont été

réalisés. L'étude s'est déroulée entre février 2015 et mai 2015.

Tous les entretiens réalisés ont été entièrement transcrits. Nous les avons ensuite codés au moyen du logiciel QDA Miner. Ce logiciel permet de construire un arbre des codes sous des catégories. Nous avons monté des codes sous des catégories comme contraceptifs, grossesses non désirées, avortements, etc. Les codes sous contraceptifs ont été disponibilité, vulgarisation, utilisation, avantage, inconvénient, etc. Le logiciel permet ensuite de ressortir en un clic tout ce que les informateurs ont dit sur la disponibilité des contraceptifs. Nous relisons tous les discours pour faire une synthèse des principales idées. Nous retenons ensuite quelques propos comme illustrations aux différentes idées. Les différentes idées issues des informateurs sont aussi mises en perspectives de la littérature et des observations.

Les résultats ont été présentés au cours d'une séance de restitution organisée au siège de Médecin du Monde à Kinshasa. Elle a réuni les différents acteurs des services de santé de la reproduction, les ONG nationales et internationales, les chercheurs du Lasdel et des représentants de Médecins du Monde. Après une présentation globale des résultats, il y a eu un débat général qui a permis d'approfondir certaines dimensions de l'enquête.

## 2.2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Quelques limites sont à reconnaître pour ce travail. La première est le temps qui lui a été alloué. Inscrite dans une courte marge de temps à cause des résultats à intégrer dans une programmation d'intervention, l'étude n'a pas eu la possibilité d'approfondir tous les aspects culturels, institutionnels et techniques soulevés par les observations et les discours. Cette situation a été accentuée par les procédures administratives au niveau de tous les acteurs institutionnels concernées (ministère de la santé, Ecole de santé publique (autorisation de la recherche par le comité éthique), Médecins du Monde, Lasdel Bénin, etc.). La seconde limite concerne la pluralité et la diversité socioculturelle congolaise, dissoute dans une urbanité caractéristique de Kinshasa et influencée par un contexte de violence sexiste et d'instabilité politique aux différentes couleurs sociodémographiques et sociales. En effet, Kinshasa est peuplé par des congolais dont les origines régionales construisent des différences socioculturelles fondamentales. Le contexte est marqué par des classes sociales différentes et les effets de la

guerre dépendent de celles-ci ainsi que des origines des populations. Notre étude n'a pas eu les moyens en temps et en méthodes de faire ressortir ces différences de fond.

## PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

De manière générale, les grossesses non désirées et les avortements sont des thématiques difficiles à aborder en RDC – pour des raisons d'intimité, de confidentialité, de poids culturel et religieux voire de risque de poursuite judiciaire en cas d'avortement clandestin avéré – et pour lesquelles peu de données sont disponibles, autant qualitatives que quantitatives. La plupart des données quantitatives sont « indirectes » : pourcentage d'utilisation des moyens contraceptifs, âge des femmes/jeunes filles au premier rapport sexuel, à la première grossesse, nombre de femmes/jeunes filles hospitalisées pour des complications liées à l'avortement (sans que l'on sache s'il s'agit d'un avortement provoqué ou spontané), etc. Sur le plan qualitatif, les interviews nécessitent de prendre certaines dispositions (enquêteurs femmes de préférence, assurer l'anonymat et la confidentialité lors de l'entretien et de l'analyse des données, etc.). Outre ces enquêtes, les articles de presse apportent aussi certains éléments sur la perception dominante dans la société congolaise vis-à-vis des grossesses non désirées, des avortements, de celles qui les choisissent/subissent et de ceux qui les pratiquent.

La littérature spécifique sur ce sujet est donc assez peu fournie : quelques articles de presse, quelques articles dits scientifiques, de la littérature grise, des documents officiels du Ministère de la Santé Publique, des bailleurs et des ONG qui travaillent sur ces thématiques. Une partie de cette littérature porte plus généralement sur les connaissances et les comportements des adolescent-e-s (10-19 ans selon l'OMS) et des jeunes (15-24 ans selon l'OMS) en matière de santé sexuelle et reproductive, et étant donné le contexte militaire et sécuritaire à l'Est de la RDC, une partie des études sont envisagées sous l'angle des violences sexuelles comme arme de guerre, notamment pour les provinces de l'Est du pays.

### 3.1. SAVOIRS POPULAIRES ET PRATIQUES AUTOUR DES CONTRACEPTIFS MODERNES

Les dispositifs sanitaires de promotion des contraceptifs modernes sont orientés vers une amélioration continue de la disponibilité et de l'accessibilité et une communication pour en corriger la perception et l'utilisation. Malgré la pluralité des sources d'approvisionnement en contraceptifs – même si la chaîne d'approvisionnement connaît des problèmes ce qui constitue un obstacle à la disponibilité des contraceptifs, d'après la directrice du PNSR – et des canaux de communication, l'utilisation de la contraception reste globalement faible (voir ci-dessus). En particulier, la perception reste encore négative et l'utilisation difficile pour certaines catégories de population, en lien notamment avec le discours permanent sur l'abstinence (église, écoles, parents, leaders communautaires, etc.).

#### 3.1.1. DISPONIBILITÉ DES CONTRACEPTIFS MODERNES ET TRADITIONNELS

Plusieurs méthodes contraceptives sont matériellement et techniquement disponibles ou signalées comme telles. Il y a les méthodes modernes hormonales orales (pilules), injectables (dopé-provera, sayana press et néristat) et implantables (jadelle, implanon). Les méthodes modernes de barrières sont le préservatif (masculin et féminin), le diaphragme, le Dispositif Intra Utérin (DIU) ou stérilet. Les méthodes chimiques sont les spermicides, en mousses et en gelées. Il existe aussi la stérilisation (masculine et féminine). Les méthodes traditionnelles sont constituées de l'abstinence périodique (collier du cycle Mayaka) et du retrait (coït interrompu).

Les lieux de disponibilité sont les pharmacies, les centres de santé mais aussi la rue (par les sensibilisateurs à domicile) et les vendeurs de médicaments (via les pharmacies « par terre » ou traditionnels). En général, les produits sont rendus moins coûteux par l'appui des ONG, des agences des Nations Unies (FNUAP) et du PNSR. Ces acteurs travaillent aussi pour améliorer la perception et l'utilisation de ces contraceptifs.

#### 3.1.2. LES PERCEPTIONS MÉDICALES ET POPULAIRES AUTOUR DES CONTRACEPTIFS

En plus d'être disponibles, les méthodes contraceptives doivent être bien perçues pour être acceptées et utilisées.

En effet, dans les discours des soignants, il est fréquent d'entendre qu'elles ne sont pas destinées à toutes les catégories de la population. On rencontre, en effet, des soignants qui reconnaissent partiellement l'utilité de ces méthodes. La dimension communément acceptée est celle de la limitation des naissances. Certains agents de santé pensent que seules les femmes qui ont déjà « suffisamment » d'enfants sont appelées à se servir de la contraception. Ils ont tendance à croire qu'il faut avoir au moins deux enfants avant de pouvoir recourir à des méthodes pour arrêter momentanément ou définitivement les grossesses.

*« C'est tout le monde, les femmes mariées et les non mariées. A condition d'avoir déjà deux enfants »*  
Infirmière, 34 ans.

Cette perception liée au ciblage des méthodes, portée par les soignants, va certainement influencer la perception des utilisateurs. La perception des contraceptifs comme peu efficaces (voire dangereux pour la fertilité, la virilité) est partagée par les utilisateurs cibles. On a donc rencontré des points de vue similaires dans la population. Certains agents communautaires impliqués dans la distribution avancent souvent que *« ça permet de diminuer le nombre des naissances »* et que *« le nombre des grossesses non désirées a diminué ces derniers temps dans la communauté »*. (Relais communautaire)

Au total, la majorité de nos informateurs pensent que les méthodes de contraception sont bonnes, du moins dans certains cas. Les raisons reportées par les uns et les autres sont qu'elles permettent :

- **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.**

Certaines méthodes comme le Jadelle sont jugées plus efficaces et sans effets indésirables considérables.

A côté de ces perceptions favorables se trouvent une panoplie de perceptions défavorables signalées par les usagers pendant l'enquête autour des mêmes contraceptifs. Les principaux éléments en défaveur sont les suivants :

- **les préservatifs sont réducteurs de plaisir sexuel et limitent le contact physique ; en Lingala, on dit que pendant l'acte sexuel, il faut « Nzoto na Nzoto ou Poso na Poso », c'est-à-dire le corps à corps ;**
- **les contraceptifs en général rendraient insidieusement stériles leurs utilisateurs et utilisatrices. Un soignant a même dit sa préférence aux méthodes traditionnelles qui seraient « avantageuses, par rapport aux méthodes modernes », ces dernières « souvent à la longue compliquent la conception » ;**
- **certaines personnes pensent que les méthodes comme le stérilet nécessitent que les utilisatrices aient une bonne hygiène corporelle, ce qui ne semble pas toujours être le cas.**

En général, c'est à partir des expériences vécues ou entendues que les usagers classent les effets à court et à long terme des contraceptifs dans les catégories « avantages et inconvénients ». Les inconvénients sont souvent signalés autour des effets indésirables. On le comprend à la lecture des extraits suivants :

*Personnellement, les méthodes contraceptives ont des avantages. Mais, dans la plupart des cas, ce sont les désavantages qui priment. Exemple, la fille après avoir beaucoup utilisé les préservatifs, elle tombe malade. Même pour celles qui prennent les médicaments ou celles qui prennent du repos, des injections, il y a de ces jeunes filles qui sont restées stériles durant toute leur vie. Avec les préservatifs, les relations sexuelles deviennent surnaturelles. C'est-à-dire que l'homme et la femme deviennent superficiels. Ou encore, la sensation naturelle n'existe plus.*

Homme adulte

*C'est bien. Mais, moi, je n'utilise que les préservatifs masculins parce que les injections de trois mois ou plus rendent les femmes ou les jeunes filles stériles. La famille de mon conjoint n'aime pas ça ; elle m'a interdit de le faire.*

Entretien avec une femme avec expérience de GND

La perception des effets secondaires, réels ou non, est un frein à l'accès aux méthodes de contraception.

Certaines églises s'ouvrent aux messages de promotion des contraceptifs comme le signale un pasteur d'une église de réveil<sup>1</sup>.

*Nous demandons aux personnels soignants de passer à l'église pour former nos jeunes et nos mamans.*

1 - Les églises de réveil sont des églises qui naissent de façon spontanée dans les quartiers. Ce ne sont pas des églises structurées de façon fédérative. Elles relèvent d'un renouveau charismatique avec une relative influence américaine. On y note un syncrétisme à l'intérieur de cette

catégorie d'église. Elles viennent à peu près en troisième position après les catholiques et les protestants. Pour eux, les églises catholique et protestante font dormir les fidèles alors qu'eux ils les réveillent.

Les tendances diffèrent d'une église à l'autre. Les églises sont plutôt ouvertes aux préservatifs, sans doute suite aux campagnes de communication de masse qui ont été faites sur les préservatifs dans le cadre de la prévention contre le VIH/SIDA. Le préservatif est donc d'abord connu comme une méthode de prévention du VIH avant de porter une dimension contraceptive. Les pasteurs se sont rendu compte qu'avec les messages de santé publique, leur opposition ne marche pas. Ils font face à la réalité malgré le discours théologique et moral ; c'est ce qu'a dit leur représentant à l'atelier de restitution de l'étude.

Aussi, certains pasteurs plus instruits (niveau universitaire) sont donc ouverts aux messages contraceptifs. Ils acceptent souvent l'utilisation pour éviter les maladies et dans les couples pour éviter les naissances. Ils n'acceptent pas l'utilisation en dehors du couple. Ceci illustre l'adaptation entre le discours religieux et la réalité vécue et laisse la possibilité d'évolution du discours religieux vers une acceptation de la contraception. Comme on va le constater, certaines personnes s'appuient sur ces perceptions générées par les savoirs publics et populaires pour utiliser ou pour ne pas utiliser les contraceptifs.

### 3.1.3. LES CONTRAINTES SOCIOCULTURELLES À L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

Une grossesse non désirée est avant tout (mais pas uniquement) liée à la non utilisation ou à la mauvaise utilisation d'une méthode contraceptive. Il importe donc de mieux connaître le niveau d'utilisation de méthodes contraceptives en RDC, les moyens d'information et d'accès à ces méthodes, le niveau de connaissance dans l'utilisation de ces méthodes. D'après le Ministère de la Santé (2013-2014), les méthodes modernes les plus connues sont le préservatif masculin, les injectables et la pilule. Les méthodes traditionnelles les plus connues sont la méthode du rythme (abstinence périodique) et le retrait pendant l'acte sexuel. Mais 38% des utilisatrices ne savent pas utiliser correctement la méthode traditionnelle du rythme par exemple. L'accès aux moyens contraceptifs modernes se fait soit dans les pharmacies privées (45%) pour celles qui ont recours au préservatif masculin et à la pilule, soit dans les hôpitaux d'État (20%) pour celles qui préfèrent les injectables, les implants ou la stérilisation.

Pratiquement, le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSA) de la RDC fait la promotion de tous les moyens de contraception modernes existants (pilules, DIU, préservatifs masculins et féminins, injections, stérilisation, etc.), mais rencontre des difficultés pour en assurer l'accès – tant financier que matériel – dans toutes les structures sanitaires du pays, à toutes les femmes et jeunes filles qui en ont besoin. Ainsi, les besoins en planification familiale sont loin d'être satisfaits – que ce soit pour l'espacement ou la limitation des naissances – surtout pour les femmes de 15-19 ans en union dont la demande totale n'est satisfaite qu'à hauteur de 29%. Quant aux femmes sexuellement actives qui ne sont pas en union, 43% de leurs besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits. La non-satisfaction et la non-demande en planification familiale, dont l'utilisation de méthodes contraceptives, est sans doute liée au manque de sensibilisation/promotion par les services de santé en général : 90% des femmes qui ont eu un contact avec un service/prestataire de soin dans les 12 mois précédant l'enquête n'ont pas parlé/reçu d'information sur la planification familiale lors de ce contact (EDS-RDC II 2013-2014)<sup>2</sup>.

Certains éléments en particulier peuvent influencer l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive par les jeunes et les adolescent-e-s (J. Berrewaerts et F. Noirhomme-Renard, 2006) comme par exemple : le risque perçu de tomber enceinte (« ça n'arrive pas la première fois »), la moindre acceptation de la sexualité (culpabilité), l'inexpérience, la difficulté de prévoir la première relation sexuelle et la peur du rejet du partenaire (si on lui demande de mettre un préservatif par exemple), l'absence de motivation et la non-adaptation du contraceptif (par exemple, la pilule doit se prendre tous les jours, c'est une contrainte), le sentiment de fatalisme (« si ça arrive, c'est que Dieu l'aura voulu »).

Nous avons constaté que toutes ces raisons sont évoquées par les informateurs dans la justification du rejet des contraceptifs. La citation suivante l'illustre fort bien.

*« Dans 1 Corinthiens, la Bible dit que pour vaincre l'impudicité, il faut que chacun ait son mari ou sa femme. C'est l'abstinence pour les non mariés, la soumission et l'utilisation des préservatifs. Il n'y a pas des barrières. Mais, sauf qu'il y a certaines qui ne mettent pas en pratique à cause de leurs coutumes ».*  
Pasteur

2 - L'EDS distingue : 1) les besoins non satisfaits : somme des besoins non satisfaits pour espacer et des besoins non satisfaits pour limiter ; 2) la demande totale en planification familiale : somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale ; 3) le pourcentage de demande satisfaite : utilisation contraceptive totale divisée par la somme des

besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale ; 4) le pourcentage de demande satisfaite par les méthodes modernes : utilisation des méthodes contraceptives modernes divisée par la somme des besoins non satisfaits et de l'utilisation contraceptive totale.

Comme on l'a appris avec les indicateurs quantitatifs, les méthodes contraceptives ne sont pas totalement rejetées. Ici, nous allons évoquer les différentes raisons que les utilisateurs et les non utilisateurs évoquent. Certains, en effet, ne les utilisent pas du tout. Certains pensent que toutes les méthodes peuvent être utilisées, et d'autres pensent qu'on ne peut utiliser que certaines catégories de méthodes.

Les utilisateurs se justifient en général en évoquant les avantages présentés par les promoteurs, à savoir la prévention des maladies transmissibles (en ce qui concerne les préservatifs) et les grossesses non désirées. Des hommes et des femmes adultes, des jeunes filles comme des jeunes garçons adolescents ont répondu qu'ils utilisent des contraceptifs.

*Les jeunes et même les vieux utilisent les préservatifs pour se protéger contre les maladies et les grossesses non désirées. D'autres personnes prennent des médicaments ou les pilules et les injections... Nous utilisons les préservatifs, les pilules, les implants, les stérilets, la méthode d'allaitement, le calcul de période et l'abstinence. Il n'y a pas d'interdits. On utilise toutes les méthodes. Mais, le problème que nous rencontrons, c'est au niveau de l'utilisation. Il y a des mamans ou des jeunes filles qui sont sales et qui ne contrôlent pas par exemple leurs stérilets et d'autres femmes aussi ou jeunes filles oublient souvent de prendre leur pilule.*

Entretien hommes adultes

Certains contraceptifs ne sont pas utilisés à cause du vécu, comme ces jeunes filles qui rejettent le préservatif parce qu'il serait réducteur de plaisir.

*On utilise tous les moyens. Mais, ça dépend d'une personne à une autre. Comme moi, je n'utilise pas le préservatif parce que je ne sens pas le plaisir quand mon copain porte ça.*

Entretien groupe de jeunes filles

*Les jeunes utilisent les préservatifs ou encore ils jettent leurs semences en dehors du vagin de la femme. Mais, toutes ces méthodes ne sont pas rassurantes. Parce que le préservatif peut aussi exploser et le sperme peut rester au pénis. Ce qui est rassurant, c'est seulement respecter les périodes de la femme (calculer les dates), prendre des médicaments avant ou après l'acte sexuel.*

Entretien groupe de jeunes garçons

Les non utilisateurs des préservatifs se justifient soit

par les croyances, soit par une mauvaise expérience (réduction des sensations, préservatif qui craque, etc.), soit tout simplement par les savoirs populaires qui construisent les perceptions.

Pour les chrétiens, l'utilisation des préservatifs n'est pas une bonne chose. Ils pensent que l'homme ne doit pas « *jeter sa semence hors du vagin de la femme* ». Ils conseillent plutôt l'abstinence. Pour eux, porter le préservatif c'est semblable à la masturbation. Certains vont jusqu'à le qualifier comme un péché selon la Bible et un « meurtre » (de la semence divine).

La non utilisation est surtout du ressort des préservatifs pour des raisons de croyances populaires aux effets indésirables ou de moindre sensation de plaisir pendant les rapports sexuels comme nous venons de le dire dans le paragraphe précédent. A ce propos, nous pouvons nous référer à cet échange récurrent au cours de nos enquêtes :

« - Lasdel : *Utilisiez-vous une méthode contraceptive ?*  
- Femme enquêtée : *Non. Mais, j'ai utilisé le préservatif deux fois.*

- Lasdel : *Pour quelles raisons ?*

- Femme enquêtée : *Parce que je ne sens pas les plaisirs lors des relations sexuelles. Je sens que mon vagin devient large. Moi, personnellement je n'aime pas ça. Parce qu'aussi ma tante qui est docteur m'interdit de les utiliser. Parce que ça rend stérile. Surtout les pilules et les implants. »*

On trouve des personnes qui utilisent rarement les contraceptifs du fait des exigences ou du profil du partenaire sexuel. C'est le cas de cette autre jeune femme qui dit : « *J'utilise les préservatifs, mais rarement* ».

La faible utilisation par les bénéficiaires des produits distribués gratuitement a conduit ceux qui les distribuent à dire que ce sont des gaspillages. On a rencontré un agent communautaire qui s'est exprimé en ces termes :

*Ces jeunes filles et garçons ne viennent pas nous les demander pour utiliser. Ça expire et nous jetons. Selon moi, les jeunes n'ont besoin de rien parce que nous avons remarqué que nos jeunes, malgré la sensibilisation et les conseils que nous leur prodiguons, ils ne veulent toujours pas venir vers nous pour demander les préservatifs. Donc, je trouve qu'ils sont déjà satisfaits par nos conseils sur le planning familial.*

Le fait que ces agents communautaires soient majoritairement des hommes d'un certain âge a été plusieurs fois mentionné par les jeunes comme un obstacle à la promotion des contraceptifs. Ils sont certes formés mais ne sont pas experts dans la communication avec les jeunes et les adolescents.

Parmi les facteurs limitatifs de l'utilisation pour les femmes en couple se trouve l'influence des époux, souvent légitimée par certaines institutions de promotion comme on peut le constater avec les propos d'un soignant qui dit que :

*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.*

### 3.1.4. DISCOURS ET PRATIQUES DE VULGARISATION DES PRODUITS CONTRACEPTIFS

Plusieurs acteurs institutionnels déploient différentes méthodes de vulgarisation des contraceptifs. L'État à travers les services de santé et les privés (ONG, agences de coopération, agences humanitaire, etc.) sont les plus actifs. Parmi les privés se trouvent des organisations de la société civile nationale et internationale.

Les dispositifs les plus opérationnels sont les communications de masse au travers des médias (affiches, spots publicitaires, messages radiotélévisés, etc.) et les communications interpersonnelles mises en œuvre par des éducateurs et autres agents communautaires.

Parmi les nombreuses méthodes d'intervention des agents communautaires se trouvent les visites à domicile.

*Nous passons dans un ménage pour expliquer à la maman et au papa l'utilité de l'avenir des enfants. Nous les sensibilisons aussi sur l'importance des CPN et des méthodes contraceptives. Tout le monde a accès à l'information. Mais, on distribue les préservatifs aux jeunes dans la communauté. Mais pour les implants et les pilules, on les oriente vers le centre de santé.*

Entretien avec éducatrice ONG, mai 2015

Il existe peu de centres de planning familial destinés aux jeunes au sein desquels sont organisés des

séances d'information et d'échange. Ces centres reçoivent des médecins qui assurent des consultations gynécologiques puis donnent des conseils et informent sur les pratiques du planning familial.

*Nous organisons des séances de sensibilisation pour parler avec les jeunes filles et les jeunes garçons. Il n'y a pas de difficultés pour accéder aux contraceptifs, c'est tout le monde qui peut en avoir. Mais, le problème est que ces jeunes ne viennent pas vers nous pour demander ces contraceptifs.*

Entretien avec un agent communautaire d'un orphelinat, mai 2015

Les savoirs populaires autour des contraceptifs se construisent à partir des informations collectées par-ci par-là. Les jeunes estiment que ces canaux de communication sont plus instructifs pour eux.

*Dans le quartier auprès des amis, lors de nos propres causeries. A la télévision et la Radio. Et même dans les hôpitaux, les centres de santé, lors des enseignements des femmes enceintes. Dans des écoles (il y a des cours sur l'éducation à la vie ou sexuelle).*

Focus group avec les hommes

*A l'école on n'autorise pas les pratiques des moyens de la contraception. On conseille aux élèves tout simplement d'éviter l'acte sexuel. On les appelle à garder leur corps pour leur futur mari. En tant qu'enseignant de psychologie, je ne peux jamais montrer les méthodes de contraception selon le programme de cours d'éducation à la vie. Montrer aux enfants ces moyens, c'est les pousser à mener une vie de débauche. Personnellement, je pense qu'il faut conseiller aux jeunes filles l'utilisation des méthodes naturelles ou biologiques (le calendrier menstruel et l'abstinence) et non pas celles dites modernes à cause de leurs inconvénients. J'insiste toujours pour que les élèves cherchent à demeurer chastes jusqu'au moment réservé au mariage. Parce que faire foi à ces moyens contraceptifs serait les exposer au danger. Puisque s'il faut prendre à titre illustratif les préservatifs qui se déchirent parfois et à combien plus forte raison les autres moyens contraceptifs modernes. Si pour ma femme je n'ai pas voulu que l'on place ces dispositifs, c'est de la même manière que je ne ferai pas cela aux élèves que j'encadre ou encore à une autre personne. L'école n'a pas prévu un programme contraceptif.*

Entretien enseignant, protestant pratiquant CBCO, 18 ans de carrière

Les relais communautaires (ReCo) sont un des maillons proposés pour diffuser des messages d'information et de sensibilisation vers la population, dont les jeunes et les adolescents. Des centres et des organisations les forment pour mener à bien le travail de communication et de formation à la pratique. Cependant, beaucoup de ReCo sont des hommes, d'un certain âge. Ils sont certes formés par les centres de santé pour parler SSR avec les familles mais leur profil n'en font pas les interlocuteurs privilégiés des jeunes dans la communauté.

*Il y a des relais communautaires qui sont bien formés qui vont dans la communauté pour sensibiliser la population. Les relais communautaires nous aident à sensibiliser à domicile et ces femmes viennent prendre les injections, les pilules et implants. Nous donnons aussi les préservatifs et les colliers du cycle.*

Soignant

### 3.2. DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Les causes des GND peuvent être regroupées en trois facteurs : les facteurs individuels (image de soi, valeur, croyance, etc.), les facteurs micro-environnementaux (entourage, communauté, etc.) et les facteurs politiques et législatifs. Les grossesses non désirées (GND) sont encore très courantes au sein des ménages.

*Les grossesses non désirées sont très fréquentes dans notre communauté ou dans notre région. Parce que les parents sont pauvres, la majorité des jeunes n'étudient pas, surtout les jeunes filles.*

Éducatrice ONG

Elles concernent autant les célibataires et les femmes mariées, les jeunes filles et les femmes âgées de 25 à plus de 40 ans. Elles concernent aussi à la fois les utilisatrices et les non utilisatrices de méthodes contraceptives, les femmes instruites et les femmes non instruites, l'ensemble des obédiences confessionnelles.

Quand une GND survient, c'est toujours lié à une cause ou à un ensemble de causes structurelles. Elle engendre un débat dans la famille, et parfois des actes doux ou durs. Elle peut toucher le groupe social et les institutions de gestion des problèmes sociaux. Elle occasionne parfois des conséquences dont la lourdeur est fonction de plusieurs éléments de contexte.

Les GND sont en général mal vues, tant au niveau individuel que communautaire. Les jeunes filles auraient préféré vivre leur sexualité sans inquiétude et sans risques d'une GND. Malgré tout, ces GND sont très fréquentes comme en témoignent des statistiques diverses dans certaines régions du pays. Plusieurs causes sont évoquées pour justifier la situation : la recherche du du sexe transactionnel chez les filles afin de répondre à des besoins financiers vitaux, le manque d'éducation à la sexualité dans les ménages, les faiblesses du dispositif sanitaire de promotion des contraceptifs et les croyances autour de la sexualité des jeunes.

#### 3.2.1. LE SEXE COMME BIEN MARCHAND POUR LA SURVIE DES JEUNES FILLES

Si la rhétorique de la pauvreté entoure les comportements à risque des filles qui cherchent à satisfaire parfois même les besoins primaires (manger, se loger, etc.), la marchandisation du corps, les perceptions défavorables autour des contraceptifs, etc. constituent les principales causes évoquées par les différents acteurs. Les cas récurrents qui doivent aussi être considérés sont les viols, l'influence des réseaux de camaraderies au sein des jeunes filles, ces réseaux qui profitent souvent des désirs et des ambitions émergents à l'adolescence.

*Il y a des parents, surtout les mamans qui envoient leurs filles à la débauche, chercher l'argent. Le manque de moyen des parents (la pauvreté).*

Hommes, groupe de discussion

On constate clairement une marchandisation autour du corps de la femme et ce très jeune dans un contexte d'économie de survie, de sursexualisation de la vie ou de la société. On observe dans les rues des jeunes filles de 3 ou 4 ans envoyées s'arranger seules pour avoir le pain du matin au prix d'actes d'attouchement de la part d'hommes plus âgés moyennant l'argent nécessaire au pain.

*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

La marchandisation du corps comme facteur déterminant des GND se fait selon des logiques différentes [morale sociale, économique et financière]. On parle parfois de la stratégie « chic, chèque, choc » : des jeunes filles ont un copain pour sortir [chic], un copain pour se financer [chèque], généralement celui-ci est un homme plus âgé, déjà marié souvent communément appelé « papa sugar », mon « chida » en lingala pour dire « celui auprès de qui je tire l'argent », et finalement un troisième copain pour « bien faire le sexe » et assurer les autres assistances sociales [choc]. Certaines filles sortent ainsi avec plusieurs hommes à la fois. Elles utilisent des taxis motos communément appelés « vite fait » pour pouvoir faire le tour de plusieurs garçons dans la même journée. Elles ont deux types de partenaires : les commerciaux et les non commerciaux.

Les partenaires commerciaux doivent payer avant la relation sexuelle, suivant un tarif défini en fonction du rapport sexuel. Dans ce cas, elles refusent des actes physiques associés à l'intimité comme de se faire toucher les seins ou embrasser. Ce sont des relations tarifées réalisées dans le cadre de la prostitution.

*Même quand tu dis que tu n'as pas d'argent, elles insistent pour que tu paies quelque chose.*  
Homme

Il s'agit à ce niveau de relations non tarifées clairement avec des partenaires, mais apportant un bien matériel [vêtements, crédits téléphone, nourriture, etc.].

En somme, les GND surprennent bien des jeunes filles dans cette entreprise de marchandisation, surtout quand elle est faiblement maîtrisée. En effet, ici se joue les rapports d'inégalités de genre qui créent des difficultés, pour une jeune fille, à négocier un rapport protégé, etc. Les filles ne font pas vraiment le choix de cette marchandisation. Cela est rendu possible par le fait que ces pratiques sont intégrées à la norme socialement admise dans un contexte d'économie de survie. Les filles sont sollicitées et peuvent être influencées par leurs amies, leur famille, etc. En parallèle, le niveau d'information sur les risques de ces pratiques étant très bas, les filles sont particulièrement vulnérables au GND dans ce contexte.

### 3.2.2. LE MANQUE D'ÉDUCATION SEXUELLE AU SEIN DES FAMILLES

Les adolescentes sont souvent exposées aux grossesses non désirées, au moment même parfois de leur premier rapport sexuel. Ce sont des rapports sexuels de curiosité, entourés d'ignorance dans le fonctionnement génital féminin et masculin. « *C'est là où beaucoup d'entre elles tombent en grossesse, parce qu'elle a voulu découvrir* », déclare une éducatrice d'ONG. Selon la plupart des us et coutumes, les parents, surtout les hommes, ne peuvent pas parler de la sexualité à leurs filles. Elles doivent tout découvrir par la pratique aveugle. On le constate avec les propos de quelques femmes qui ont vécu de telles expériences.

*Le test a donné que j'étais grosse. La grossesse avait déjà deux mois. Mais, comme chez moi, mes grandes sœurs ont déjà eu plusieurs enfants avant le mariage et ma mère me dit souvent de ne pas suivre ces exemples, j'avais eu peur de ma mère et honte de mon entourage. Cette situation m'avait troublée parce que je ne m'y attendais pas. C'était un accident.*

Entretien jeune femme

*Je sortais avec un jeune garçon. Comme le copinage. Après un temps, j'ai remarqué que j'étais en grossesse. Ça m'avait dérangée. Parce que j'étudiais et le propriétaire de la grossesse était trop jeune. J'avais peur de mes parents et j'ai eu la décision d'avorter. La grossesse était déjà en son cinquième mois.*

Entretien avec jeune femme

Originellement c'est la parenté élargie [oncle et tante] qui est en charge de l'éducation sexuelle. Avec les profondes modifications de la société congolaise, la parenté est maintenant réduite et moins accessible [modèle de la famille nucléaire, forte mobilité, urbanisation, etc.]. De fait, les personnes qui assuraient habituellement l'éducation sexuelle des jeunes ne sont plus là et/ou ne le font plus. Les jeunes « s'éduquent » seuls sur ces questions [entre pairs], ce qui contribue à véhiculer de fausses conceptions et à ancrer dans les mentalités des messages négatifs ou erronés sur la contraception.

Les adolescent-e-s et les jeunes sont caractérisés par plusieurs facteurs influençant leur sexualité : le manque de connaissances sur leur propre corps et les croyances [rumeur sur les effets de certains contraceptifs, etc.]



qui s'avèrent erronées en matière de santé sexuelle et reproductive, puis les normes sociales quant au rôle de la fille/femme en matière de sexualité et de reproduction (« faire plaisir », être mère pour être considérée comme une femme, etc.). Les représentations positives ou négatives de la société face aux grossesses précoces les influencent. Les représentations par rapport à la contraception comme *l'affaire des femmes en couple*, font que demander une méthode de contraception quand on n'est pas en union ou quand on n'a pas encore commencé sa vie sexuelle est mal vu (fille légère, obsédée, etc.).

Dans la littérature, nous avons identifié peu d'études menées en RDC sur les connaissances/pratiques et plus généralement l'influence des facteurs individuels sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes (15-24 ans) et adolescent-e-s (10-19 ans). La dernière Enquête Démographie et Santé (EDS-RDC II 2013-2014) fournit un certain nombre de données statistiques intéressantes mais peu de données qualitatives qui permettraient de comprendre les raisons des comportements des jeunes et adolescent-e-s.

Une enquête de 2012 (Nsakala Vodiana et al, 2012) menée dans 3 grandes villes de la RDC apporte certains éléments. Jusqu'à 14 ans, les connaissances et les besoins des adolescents filles et garçons en matière de santé sexuelle et reproductive sont moins développés. C'est dans les tranches d'âge situées entre 15 et 24 ans que les besoins apparaissent et se différencient : les jeunes filles s'interrogent surtout sur leur cycle menstruel et la stérilité (influencées par le contexte de forte natalité), tandis que les garçons sont préoccupés par leur performance sexuelle (attrait pour les aphrodisiaques et la pornographie pour « apprendre l'art de la sexualité ») et la masturbation (pratique, risques perçus basés entre autres sur la culpabilité [discours de l'église], nourris par les rumeurs [perdre son énergie, mourir si on se masturbe trop, devenir aveugle, etc.]). Mais quels que soient ces besoins, les réponses sont difficiles à trouver pour les jeunes et les adolescent-e-s : soit elles ne sont pas disponibles, soit elles ne répondent pas à leurs attentes (trop moralisatrices, centrées sur l'abstinence, peu de respect de l'intimité, etc.). Or le besoin de s'informer, d'en savoir plus existe puisqu'à partir de 15 ans, beaucoup de jeunes et d'adolescent-e-s estiment qu'il est nécessaire d'avoir un copain/copine (pour le plaisir, l'expérience), tout en redoutant les grossesses précoces (surtout lorsqu'on dépend encore de ses parents). Dans la tranche

d'âge des 20-24 ans, les besoins changent, la parentalité est envisagée/envisageable, pour laisser une trace, pour prouver que l'on n'est pas stérile (surtout pour les jeunes femmes). Les données statistiques de l'EDS-RDC vont dans ce sens, puisqu'en moyenne, les filles commencent leur vie sexuelle et affective plus tôt que les garçons, que ce soit l'âge lors des premiers rapports sexuels, lors de l'entrée en union et lors de la première naissance ; elles ne connaissent pas pour autant un nombre de partenaires sexuels très élevés (en moyenne, 2,4 partenaires pour les filles de 15-24 ans), comparativement aux garçons (5,5 partenaires en moyenne pour les garçons de 15-24 ans).

Les jeunes et les adolescent-e-s sont donc demandeurs d'une éducation sexuelle, et de personnes avec qui en parler en toute intimité (respect, confidentialité, discrétion, et crainte d'être traité de « moins sérieux »). Leurs besoins dans ce domaine varient surtout en fonction du genre et du stade de développement. L'exemple des IST et VIH/Sida est illustratif en matière de besoins en éducation. En cas de problème – douleur « du bas ventre » pour les filles et douleur « du dos » pour les garçons – les jeunes et les adolescent-e-s choisissent en majorité de recourir soit à l'automédication, soit à un guérisseur traditionnel (qui offre différents avantages comme la confidentialité, un traitement rapide, la possibilité de payer en plusieurs fois). C'est seulement en seconde intention – lorsque les premiers traitements ont échoué – qu'ils consultent au centre de santé, exception faite des jeunes-filles mères de 20-24 ans qui se rendent directement au centre de santé. Or, la situation des IST chez les jeunes et les adolescent-e-s en RDC est préoccupante : 20% des filles de 15-24 ans et 12,6% des garçons de 15-24 ans ont déclaré une IST et/ou symptôme d'IST (perte vaginale, écoulement du pénis, plaie génitale) dans les 12 mois précédents l'enquête EDS-RDC II. Quant au niveau de la connaissance approfondie du VIH/Sida (mode de transmission, risque et moyen de prévention), il est de seulement 22%, chez les 15-24 ans. Toujours dans la tranche des 15-24 ans, ils sont en moyenne 27,2% à avoir utilisé un préservatif masculin lors des rapports sexuels dans les 12 mois précédents l'enquête EDS-RDC II. Malgré ces chiffres, la prévalence du VIH est de 0,5% chez les 15-19 ans et de 1% chez les 20-24 ans, avec tout de même 2,2% chez les femmes ayant eu leur 1er rapport sexuel avant 16 ans (association avec la précocité des rapports sexuels pour les jeunes filles/femmes) et 3,1% pour les femmes de 15-24 ans en rupture d'union. Notons que 42% des 15-49 ans sont

favorables à l'enseignement de l'utilisation du préservatif aux jeunes à partir de 12-14 ans.

L'enquête menée par Jean-Marie Kalau Mutej (2013) à Lubumbashi confirme l'influence du milieu socio-familial sur les comportements et les choix sexuels des adolescents (14-18 ans) et notamment l'âge auquel les adolescent-e-s débutent leur vie sexuelle et affective. Les éléments suivants déterminent un milieu socio-familial « aisé » : les deux géniteurs sont encore en vie, les adolescent-e-s ont la possibilité de se confier aux membres de leur famille pour des affaires relevant de l'intimité, ils bénéficient de la prise en charge par les parents pour les soins médicaux, il y a peu de bagarres/ conflits dans leur foyer, et ils ne font pas l'objet de mauvais traitement en famille. L'étude conclut que les adolescents qui vivent dans un tel milieu socio-familial « aisé » sont sexuellement moins actifs et ont moins de comportements à risque que ceux qui vivent dans un milieu familial « carenciel ».

*Le divorce des parents. Par exemple, si les parents divorcent et que le Papa trouve une autre femme, souvent cette femme ne va pas aimer les enfants de son mari. Et en les maltraitant, la fille peut s'accrocher à un garçon pour avoir de l'argent et satisfaire ses besoins.*  
Femmes, groupe de discussion

*J'avais 18 ans quand j'ai eu la grossesse de ma fille. C'était un accident, parce que je ne m'y attendais pas. En ce moment-là, j'étais en sixième des humanités. J'ai présenté les examens d'État tout en étant grosse.*  
Femme avec une expérience de GND

*L'ignorance des jeunes filles (les mamans n'enseignent plus bien leurs filles à la maison et celles-ci vont apprendre dans la rue), c'est un sujet tabou d'apprendre à ses filles comment calculer ses dates de règle et d'autres qui pensent que si elles font ça c'est inciter les enfants à aller pratiquer.*  
Entretien homme

*L'influence des autres camarades qui ont déjà connu les hommes ou qui ont déjà avorté. La tête dure des filles. Les filles sont très rêtues. Si une fille décide de faire quelque chose, elle ne recule jamais, même-ci vous la conseillez. Manque de connaissances bibliques ou de la vie de prière. Manque de rigueurs des parents à la maison. Les émissions télévisées non admises aux adolescents ou aux jeunes.*  
Entretien de groupe des hommes

*L'âge, c'est-à-dire que la fille quand elle devient adolescente, elle cherche à découvrir les choses. Oui, elles sont nombreuses ici même dans cette parcelle et dans le quartier. Les filles ont deux, trois ou voir même quatre enfants avec des papas différents. L'exemple de ma petite sœur qui vient de tomber grosse et a accouché. Elle n'a que 14 ans.*

Entretien de groupe avec les jeunes filles

*Les adolescentes. La majorité ne maîtrise pas leurs cycles et ne se protège pas avec le préservatif. Mais, même les femmes mariées aussi ont des grossesses non désirées par accident.*

Entretien soignant

D'autres facteurs de risque de GND pour les jeunes filles et les adolescentes sont le faible niveau d'instruction, la vie en milieu rural, et le bas niveau de bien-être socio-économique (EDS-RDC, 2014). Plus généralement, l'attitude et les valeurs parentales vis-à-vis des relations sexuelles des adolescents et des grossesses précoces influencent les pratiques et comportements des jeunes et adolescents ; c'est entre autres à travers la communication entre adolescents/jeunes et parents que cela se traduit, comme l'attitude de l'environnement familial par rapport aux questions de sexualité (tabou versus sujet de discussion « comme un autre »), ou encore la présence d'une personne de confiance avec laquelle parler de sexualité (respect de l'intimité, confidentialité, etc.).

### 3.2.3. LES VIOLENCES SEXUELLES ET LES CROYANCES LIÉES AU DÉPUCELAGE DES ADOLESCENTES

Les violences sexuelles sont également une cause de grossesse non désirée. Toujours selon l'EDS-RDC II, 16,4% des filles de 15 à 19 ans déclarent avoir subi des violences sexuelles (dont 9,4% dans les 12 derniers mois avant l'enquête) et 27,6% des femmes/jeunes filles de 20-24 ans (dont 16,6% dans les 12 derniers mois avant l'enquête).

A Kinshasa, le viol est perçu comme plus choquant qu'à l'Est car il ne représente pas un risque quotidien lié au conflit, où il est utilisé comme une arme de guerre et dont de nombreuses femmes sont victimes, cependant certaines pratiques vestimentaires et comportementales amènent certaines personnes à dire que c'est la fille qui a provoqué : « *Elle a porté*

*des vêtements provocants*». Dans les collèges et lycées, plusieurs formes de violences sexuelles sont dissimulées sous des histoires de « *notes sexuellement transmissibles* » (échange de points contre du sexe).

*Le viol aussi peut faire qu'une femme ou une fille se retrouve en situation de grossesse sans le vouloir. Oui, dans ce quartier, il y a beaucoup des jeunes filles qui sont dans cette situation.*

Entretien de groupe, femme

La première relation sexuelle fait l'objet de croyances, de représentations et de normes qui éloignent les partenaires de l'utilisation des contraceptifs. En effet, le rapport n'est pas toujours prémédité et les filles sont « *difficiles à convaincre* » en matière de négociation de rapport sexuel, d'après ce qu'en disent les garçons.

*J'ai eu mon premier rapport sexuel le jour où on a eu les résultats de fin d'année, parce que dans la joie que cela a produit, mon copain m'y a conduite sans que je m'en rende vraiment compte.*

Fille

*C'est toujours mieux que la fille soit vierge avant le mariage.*

Homme

Par exemple, au Kasai, le jour du mariage, le couple est appelé à avoir un rapport sexuel. L'homme doit témoigner de la virginité de la fille. Si la virginité est avérée, l'homme doit amener une chèvre pour remercier la mère.

Ce qui est intéressant à noter, c'est que le plaisir féminin et masculin est perçu dans la société congolaise comme passant par une sensation d'étroitesse du vagin. Plusieurs hommes disent avoir besoin de sentir qu'ils déflorent leurs partenaires pour éprouver du plaisir. La recherche du plaisir sexuel dans l'étroitesse du vagin conduit les hommes à viser le dépucelage et par conséquent les filles dès leur jeune âge. En conséquence, les filles se voient visitées par les garçons en négociation de rapports sexuels à un plus jeune âge, comparativement aux garçons.

Par ailleurs, il y a eu une croyance selon laquelle un sidéen qui dépucelle une fille guérit de sa maladie. Cette croyance aurait conduit de nombreux séropositifs à tout faire pour dépuceler des jeunes filles encore très jeunes.

### 3.2.4. LES FAIBLESSES DU DISPOSITIF DE PROMOTION DES CONTRACEPTIFS MODERNES

Les messages diffusés dans le cadre de la promotion des contraceptifs subissent plusieurs déformations et appauvrissement avant d'atteindre leur destination. Cette situation se vit tant au niveau des services de santé que des autres canaux comme en l'occurrence les médias. En effet, une étude met en avant le rôle éminent des médias dans l'accès à la connaissance et au dialogue, pour les jeunes et les adolescents, en matière de santé sexuelle et reproductive (Gabriel V. Nsakala et Al., 2014) : ***les médias constitueraient un moyen privilégié d'accès à l'information pour les jeunes et les adolescents entre autres car ils garantissent l'anonymat et permettent une certaine interactivité via les téléphones mobiles.*** L'enquête réalisée à Kinshasa sur le niveau d'intégration de l'éducation sexuelle dans les émissions de santé apporte quelques éléments intéressants, sachant que les médias représentent bien souvent la source principale d'informations sur les questions de santé. Les obstacles évoqués sont le manque de clarté de la loi relative à la liberté d'expression et le risque de poursuite pour avoir tenu des propos contraires aux bonnes mœurs (d'où une diffusion tardive des émissions qui ne permettent pas aux jeunes et adolescent-e-s de les suivre), les considérations socioculturelles (la sexualité est un tabou, en parler aux jeunes et aux adolescent-e-s reviendrait à les inciter à avoir des relations sexuelles, etc.), la faible disponibilité de l'expertise et leur capacité à être compris du grand public, les préjugés sur le non-intérêt du public pour ces questions (souvent uniquement traitées sous l'angle de la prévention du VIH/Sida) et le manque de retombées financières. Il semble donc qu'il y ait un réel travail à faire du côté des médias (par exemple, Population Reference Bureau a produit en 2011 un « Guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes »).

Cependant, les médias congolais invoquent souvent comme obstacle à l'information sur la santé sexuelle et reproductive la loi de 1920 qui interdit la vente et la promotion de contraceptifs. Cependant, en 2009, le ministre de la santé a signé un texte qui autorise la distribution, la vente et la promotion de contraceptifs en attendant une révision de cette loi. La révision de la loi a été initiée par CAFCO, une ONG locale

(association de juriste), qui a déposé un projet de loi SR en septembre 2014 à l'Assemblée Nationale. La loi est actuellement en cours d'examen par la Cour Constitutionnelle.

De façon plus générale, les méthodes de communication utilisées à l'heure actuelle semblent, selon Nsakala, peu efficaces : l'IEC consisterait en une simple transmission. Il y a très peu de CCC et d'actions globalisées (pas de différenciation par genre, tranche d'âge, environnement, etc.). L'action des ReCo et des pairs éducateurs est limitée. On constate enfin, en termes de facteurs politiques, législatifs et institutionnels que des acteurs multiples et des approches différenciées conduit à des actions fragmentées (pas de cadre fédérateur) basées sur une approche verticale (pas intégrée dans les SSP).

### 3.2.5. L'OPPOSITION DES PARTENAIRES SEXUELS À L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS

Le partenaire peut jouer un rôle dans les comportements et les pratiques en matière de sexualité et de reproduction, selon son implication et son attitude dans la question de la contraception. Plusieurs femmes ont souligné que leur partenaire leur refuse l'utilisation des contraceptifs, entre autres, du préservatif. Ce qui traduit le faible pouvoir de décision et de négociation des femmes dans la relation, ceci étant une conséquence des inégalités de genre dans les rapports sexuels.

Une jeune femme répond à la question sur l'utilisation des préservatifs en ces termes :

*Non, parce que 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. Mes amies me disent que les injections rendent les jeunes filles stériles. Je n'aime pas ça. Je calcule seulement mes périodes.*

Une autre jeune femme interrogée affirme que son « copain n'aime pas les préservatifs masculins parce que ça rend les filles stériles à force de l'utiliser régulièrement ». Elle continue d'argumenter le rejet des préservatifs en soulignant que dans sa coutume c'est interdit de mettre les préservatifs parce que lors du rapport sexuel il faut que « vous soyez en contact physique avec votre conjoint ».

## 3.3. LES RISQUES SOCIAUX ET LA GESTION DES GND

Plusieurs institutions sociales sont impliquées dans la gestion des GND, soit pour éviter les nombreux risques sociaux qu'elles entraînent soit pour apporter une réponse. Les principales institutions impliquées sont la famille dans laquelle la GND survient, les autres familles et les parents autour de celle-ci, les services de santé et les ONG. C'est à l'aune des risques encourus surtout par la fille ou la femme en GND que des familles se mobilisent pour gérer au mieux la grossesse non désirée et ses conséquences.

### 3.3.1. LES RISQUES SOCIAUX DES GND

Les GND occasionnent plusieurs risques sur le plan social : rupture du processus d'instruction ou de formation professionnelle, abandon d'enfants dans la rue (des filles ayant eu une grossesse non désirée accouchent et abandonnent immédiatement le nouveau-né dans les toilettes, sur des poubelles, etc.), etc.

Dans bien des cas, les filles sont contraintes d'arrêter leurs études suite à une GND. D'autres sont obligées de se mettre sur le marché de tout type de travail pour se nourrir et nourrir l'enfant. Plusieurs jeunes femmes assument seules, par différents moyens, la gestion des enfants en l'absence des pères. Elles déclarent que « c'est vraiment pénible ». Il y a désengagement du père et de la famille élargie. Cela a pour conséquence d'accroître la vulnérabilité de ces filles et de leurs enfants.

Aussi, plusieurs informateurs disent que la plupart des enfants issus des GND n'étudient pas, faute de moyens et de bonne éducation familiale. Les filles-mères ont des difficultés à scolariser leurs enfants, à les vêtir et à les nourrir. Dans la plupart des cas, ce sont les parents des mères célibataires qui s'organisent pour nourrir la famille. Ces mères célibataires vivent pour la plupart chez leurs parents. Elles constituent une charge pour ceux-ci et augmentent ainsi leur pauvreté. C'est l'une des raisons pour lesquelles certains enfants issus de ces ménages rejoignent la rue. Les parents se débrouillent juste pour les nourrir. Mais, la scolarité est souvent difficile.

Au total, les filles qui connaissent une GND courent les risques suivants : l'abandon de la formation, l'exclusion, même temporaire du cadre familial, les difficultés à

trouver un époux, le fait d'être mal vue dans la société, de perdre la confiance des parents.

C'est dans la gestion préventive ou curative de ces risques sociaux que les filles recourent aux avortements clandestins, si la grossesse ne remplit pas les critères légaux pour être avortée.

### 3.3.2. LA GESTION FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE DES GND

Des familles surprises et choquées mais qui, à un moment donné, acceptent la situation. Les dispositifs communautaires de gestion des GND se fait en général par les conseils organisés entre les familles des auteurs de grossesses et des filles concernées dans les cas où c'est possible. Ainsi, dans certains cas, les auteurs identifiés assument leurs responsabilités.

Le manque d'éducation sexuelle, reproductive et affective au sein de la famille, est un facteur important des GND. En effet, de l'éducation, au sens large du terme, dépend le rapport à la sexualité des filles et des garçons. Cette éducation devrait être entreprise et développée au sein de la famille, mais comme nous l'avons souligné plus haut ce n'est plus le cas. Les normes, les valeurs et les croyances en matière de sexualité, bien que relevant du groupe socioculturel large, étaient d'abord transmises, de façon consciente ou non, par le truchement de la famille suivant des modes d'éducation comme les pratiques quotidiennes, les espaces d'échanges, etc. Les influences externes négatives que les jeunes reçoivent, à l'école, dans la rue et dans les autres milieux qu'ils fréquentent devraient être neutralisées au niveau de la famille. La famille est le lien privilégié de la mise en place de mécanisme de gestion/régularisation des conflits (la GND est vu comme un conflit, puisqu'elle vient déstabiliser un ordre familial établi). Cela s'explique par le fait que la famille est l'unité sociale 1<sup>ère</sup> d'appartenance d'un individu d'une part et parce que la question des GND relève de l'intime et du tabou, d'autre part. Toutes ces raisons fondent l'importance théorique de la famille dans la gestion des GND.

La première réaction des familles est le rejet. Ensuite, la mise en place d'un mécanisme de gestion du conflit qui donne lieu à un consensus communément admis par les deux familles peut s'établir. Et c'est suite à cela qu'il peut y avoir une acceptation de la situation.

Dans ce cas la fille est exclue pendant la grossesse mais réintégrée après l'accouchement. Le cycle de socialisation reprend (retour à la normalité sociale) et la grand-mère se doit d'enseigner à la mère comment s'occuper de son enfant. Dans de nombreuses familles, on rencontre des filles avec plusieurs enfants préalablement non planifiés, chacun d'ailleurs ayant son père. Quelques mères accompagnent cependant leurs filles pour les faire avorter. D'autres les confient aux auteurs de leur grossesse. Il arrive aussi que le père et la mère de l'enfant à naître soient forcés, par la décision familiale, à vivre ensemble et à assumer l'enfant. La plupart de ces auteurs acceptent les grossesses, de même que leurs familles.

*J'étais allée trouver le propriétaire de la grossesse. Ici à Kinshasa nous cherchons seulement un endroit, pour dormir en paix. Je n'avais pas des problèmes. Parce que le mari avait accepté. Il m'a juste demandé de garder la grossesse et qu'il prendra ça en charge. Il m'a soutenu financièrement et m'a orienté vers un centre de santé pour la prise en charge médicale. Elle l'a accepté sans problèmes. Parce que le propriétaire de la grossesse lui-même m'avait demandé de garder la grossesse. Il m'a soutenu. Sur tous les plans.*

Femme expérience GND

C'est surtout les filles qui relèvent de familles relativement aisées qui se voient subir une première colère qui finira par s'adoucir cependant. Les cas typiques sont ceux de cette jeune dame.

*C'est ma mère qui avait découvert en m'observant que je suis enceinte. Elle était très fâchée. Elle m'a dit que je l'ai déçue. Elle m'a rejetée, en me sortant de la maison. J'ai même dormi dans la rue pendant trois jours. Après je suis allée chez une grande sœur. A la fin, elle m'a récupérée. Je suis rentrée à la maison. Ma maman m'a beaucoup soutenue après.*

Entretien, femme ayant vécu une GND

D'autres jeunes femmes ont vécu des cas plus ou moins similaires :

*J'ai approché ma mère. Elle n'était pas contente. Elle m'avait chassée de la maison. Je suis allée dans la belle-famille. Mais, après l'accouchement, elle m'a récupérée.*

Fille, expérience de grossesse non désirée

*J'étais bien chez ma tante. Mes parents sont décédés. Quand je me suis retrouvée grosse, j'étais partie chez*

*ma belle-famille. Parce que la tante m'avait chassé 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 chassé de sa maison.*

Entretien jeune fille

Au niveau des familles des auteurs des grossesses, la tendance générale est à l'acceptation et au soutien, surtout quand l'homme lui-même assume la responsabilité de la grossesse. On le voit avec plusieurs cas comme celui-ci :

*J'ai eu peur de ma famille. Parce que j'étais en sixième et je devais présenter les examens d'État. C'est mon conjoint lui-même qui avait informé sa famille. Il avait convoqué une petite réunion. Oui. Il m'a encouragé de garder la grossesse et de continuer les études. Parce que j'étais déjà en terminale, donc, en sixième des humanités. Il était d'accord pour que je garde la grossesse. Donc, il m'a soutenue.*

Femme expérience GND

D'ailleurs, le renvoi des filles vers les familles des auteurs est une tendance forte que proposent les pères. C'est ce qui ressort des entretiens de groupe réalisés avec les hommes dans les différents districts sanitaires.

*On demande à la fille d'aller chercher le propriétaire de la grossesse. Ou encore c'est sa mère qui l'accompagne, parce que les filles sont des complices avec leurs mamans. Ce sont les mamans qui tolèrent ces bêtises. Elles n'enseignent pas bien leurs filles. Elle reste obligatoirement chez son copain, pour que celui-ci ou sa famille puisse la prendre en charge. Mais, si elle met au monde et que je trouve qu'elle n'est pas en bonne santé, je dois la récupérer. Parce que je ne peux pas perdre ma fille, seulement à cause de la grossesse. C'est l'eau qui s'est versée par terre. On ne peut plus la récupérer. Mais, faire avorter ma fille, je ne peux jamais le faire.*

Focus group avec les hommes

*Elles sont normales, certaines filles vivent chez leurs parents et sont sous la dépendance de ceux-ci. Tu peux trouver une fille qui a trois ou quatre enfants, mais, qui reste chez ses parents. Et peut-être ces enfants, chacun à son père. D'autres, vont dans la famille de l'auteur de la grossesse, après accouchement, la fille rentre chez ses parents.*

Entretien avec les jeunes filles

Comme on le voit, les grossesses non désirées produisent des troubles dans la famille et la communauté mais il existe des systèmes de régulation, notamment le fait d'envoyer la jeune fille dans la famille du garçon pendant le temps de la grossesse. Par contre, les questions de maternité étant du ressort des femmes, à l'accouchement la fille retourne chez sa mère pour recevoir l'éducation « classique » à la maternité que sa mère a le devoir (social) de lui transmettre.

Les jeunes filles interrogées qui ont pu identifier leurs partenaires ont souligné que les conseils de familles se sont soldés en faveur d'un partage des responsabilités dans la gestion de la grossesse. Ceci permet d'assurer la grossesse et de préserver l'avenir des jeunes (géniteurs) : maintien à l'école par exemple.

En somme, avec l'évolution du contexte (urbanité et mixité culturelle, repli sur la famille nucléaire, etc.), l'espace communautaire apparaît désengagé de la question des grossesses des jeunes filles et de toutes les conséquences qu'elles engendrent. Chaque famille est seule responsable des cas qui surviennent. Pour les chrétiens, ce sont les pasteurs qui font parfois la médiation.

La communauté est en général faiblement impliquée mais dans les cas où elle l'est, elle parvient à identifier un médiateur communautaire entre la fille et les parents ou entre la famille de la fille et la famille du garçon responsable de la grossesse.

*Parce que le propriétaire de la grossesse, sa famille et la mienne, m'encourageaient de garder la grossesse et de continuer mes études. Oui. Il m'a encouragé de garder la grossesse. Il m'a soutenu moralement et financièrement. Ma mère avait découvert que j'étais en grossesse et moi-même aussi je leur avais dit ça après un mois. Elle était fâchée contre moi. Mais, après la réunion de la famille, elle a changé d'attitude et m'a encouragée de garder la grossesse et de continuer les études.*

Entretien avec femme

### 3.3.3. LA GESTION SANITAIRE ET SOCIALE DES GND

La gestion de l'avortement thérapeutique est abordée dans le code pénal en tant qu'infraction. Les praticiens au Congo n'ont pas un autre référentiel à ce propos. En plus vient le poids de la religion qui consi-

dère que la vie est sacrée. Cela constitue un frein pour le praticien dans sa communication avec un enquêteur croisé pour la première fois, et ne l'incite pas à avouer qu'il a déjà fait avortement. Même si on lui garantit la confidentialité, il craint la poursuite judiciaire.

Il est cependant important de connaître les attitudes adoptées par les agents de santé et les actes qu'ils posent dans le cadre de leurs obligations professionnelles quand ils rencontrent un cas de GND. En général, il ressort du discours courant que le principal conseil est l'orientation des porteuses de GND vers les services de suivi de la grossesse. Ces discours sont liés à la déontologie professionnelle. Certains agents de santé pratiquent des actes qui vont à l'encontre de la demande des patientes. Ils leur administrent des soins sans les informer des objectifs thérapeutiques. Au lieu de faire l'avortement demandé, certains disent qu'ils renforcent la grossesse à l'insu de celles qui le demandent. Les extraits suivants sont respectivement prononcés par un gynécologue, trois infirmières et un médecin généraliste.

*Je lui ai conseillé de garder la grossesse et de venir commencer la CPN. C'est de la convaincre pour qu'elle garde sa grossesse ou si elle insiste, lui donner des vitamines pour rendre le col de l'utérus dur. Et elle ne pourra plus avorter. Mais, il faut le faire sans qu'elle ne comprenne que c'est pour protéger l'enfant. Ce que nous implorons ici, est que ces filles vont souvent chez les charlatans qui cherchent l'argent et qui acceptent facilement de le faire avorter en leur disant que ce n'est pas grand-chose.*

Gynécologue

Cette position est aussi tenue par plusieurs autres agents de santé adeptes de la Borne, une église du réveil. Les agents de santé sont visiblement influencés par l'église.

*Je leur demande de garder la grossesse. Parce que, pour moi, je ne peux jamais permettre à une fille ou à une femme d'avorter. Parce que la vie est sacrée. Moi aussi cela m'est arrivé et j'ai gardé la grossesse jusqu'à terme. Et voilà maintenant j'ai mon bébé.*

Infirmière

*Je lui ai demandé de garder sa grossesse et je l'ai aussi orienté vers un centre de santé. Il faut seulement la conseiller de garder sa grossesse. Moi, je ne peux*

*pas aller dénoncer à la justice. Ça ne sera pas une bonne chose... Tous nous condamnons l'avortement.*

Infirmière

*C'est l'orienter vers un centre de santé et la conseiller de garder sa grossesse. Parce que l'avortement est un péché. Et l'État aussi la condamne.*

Infirmière

A propos des filles qui ont avorté, un médecin généraliste s'exprime en ces termes.

*Il faut qu'elles soient encadrées. Elles sont ignorantes. Ce sont des criminelles. Je donne raison au législateur. C'est un mauvais acte. Je commence à demander pourquoi l'as-tu fais ? Et je lui conseille de ne plus le faire en lui montrant que l'avortement a plusieurs conséquences. Entre autre la mort, l'hémorragie génitale, la stérilité et d'autres complications encore plus graves. Mais, si ça nécessite aussi les soins, je lui demande d'aller faire l'échographie et puis après je vais administrer les soins. Si ce n'est pas possible de le faire ici, je vais la transférer dans un grand hôpital.*

Médecin généraliste

De façon systématique, les soignants se préoccupent très peu des conditions de survenue et d'évolution des GND pour lesquelles les femmes souhaitent des avortements. Ils sont d'office en position de refus et d'encadrement en faveur du suivi de l'évolution de ladite grossesse. Cette attitude peut se comprendre si on se réfère à l'article 165 du code pénal congolais qui stipule que « Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par autre moyen aura fait avorter une femme, sera puni d'une servitude pénale de cinq à quinze ans ». Cet article est suivi du 166 qui stipule que « La femme qui volontairement se sera fait avorter, sera punie d'une servitude pénale de cinq à dix ans ».

On voit cette influence de la loi ou des confessions dans les propos des institutions sociales concernées par des cas de jeunes filles en état de GND, à savoir les ONG confessionnelles et les établissements qui s'occupent de la prise en charge ou de l'encadrement des filles mères et des adolescents, ainsi que les établissements scolaires. C'est cela que présentent les propos d'une éducatrice et d'un enseignant.

*Je lui ai demandé d'aller à un centre de santé pour la prise en charge. Et comme elle était encore très jeune, je voulais qu'elle suive bien les enseignements*

*qu'on prodigue aux femmes à la maternité pour ne pas tomber victime des complications au moment de l'accouchement. La meilleure solution est de la convaincre de garder sa grossesse et l'orienter vers un centre de santé pour qu'on lui conseille et qu'on fasse le suivi de sa grossesse.*

Éducatrice ONG locale

*La meilleure solution pour moi, c'est de l'orienter vers un centre de santé et de lui prodiguer les conseils pour garder sa grossesse et accoucher. De peur d'être arrêté ou de pécher contre Dieu, en voulant avorter.*

Enseignant école

Des ONG ont des centres tels que BBS et CCN qui interviennent dans l'encadrement des mères célibataires, mais pas auprès des filles enceintes. Les agents de santé le plus souvent repoussent les filles quand elles viennent avec les grossesses. Seuls les agents qui ont été formés dans le cadre de la prise en charge des violences sexuelles écoutent mieux ces filles. Il n'existe pas de dispositifs institutionnels de prise en charge des enfants abandonnés. Le REEJER regroupe une soixantaine d'ONG qui se mobilisent dans la protection de l'enfance. Le Ministère des Affaires Sociales, Action Humanitaire et Solidarité Internationale a ouvert en 2014 un centre pilote pour répondre aux besoins. Certes les besoins sont supérieurs à la demande mais il existe une réponse à Kinshasa. Il existe aussi quelques orphelinats.

Au total, le rapport thérapeutique entre les filles et les services de santé est peu réconfortant. Les services sont assez répulsifs lorsque les jeunes se présentent pour des problèmes de grossesse. Ils sont pour cela stigmatisés. C'est pour réduire le degré de stigmatisation que le Ministère de la Santé a récemment mis en place le PNSA. Des prestataires de santé sont en cours de formation sur l'importance du relationnel dans la prise en charge des usagers des centres de santé et particulièrement des maternités. Ce sont les prestataires de santé qui ne sont pas encore formés dans la promotion de la SSR qui produisent la stigmatisation. C'est encore plus le cas pour les relais communautaires.

### 3.4. LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET LA GESTION DES AVORTEMENTS CLANDESTINS

L'une des issues des GND est l'avortement. Il se passe

souvent dans des espaces clandestins, avec des acteurs non médicaux et des conséquences dramatiques.

Certains congolais et congolaises sont favorables à une dépénalisation partielle de l'avortement (par exemple en cas de viol ou d'inceste), mais cela reste une minorité [Kalonda, 2015].

*Moi, si je trouve que ma fille est encore très petite et que le garçon n'a pas un boulot, je veux l'amener moi-même au centre pour qu'elle avorte. Je ne peux pas vouloir que ma fille ait un enfant avec un garçon irresponsable et qu'elle arrête ses études. Avec tout l'argent que j'ai déjà payé pour elle.*

Entretien avec un homme

Le facteur religieux (certaines jeunes filles/femmes choisissent d'interrompre rapidement une grossesse pour ne pas « décevoir » le responsable et les membres de son église avec une relation non reconnue par la communauté religieuse, et prendre le risque de se voir rejetée) et le manque de volonté politique sont des blocages importants qui incitent les femmes à recourir à l'avortement clandestin.

Tout comme les GND, plusieurs facteurs liés aux logiques et pratiques socioculturelles expliquent le recours à l'avortement chez les personnes qui n'ont pas désiré leur grossesse. Aussi, comme pour les grossesses, des institutions sociales (familles, etc.) accompagnent les services de santé dans la gestion des processus d'avortement et de leurs suites.

#### 3.4.1. LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET COMMUNAUTAIRES DES AVORTEMENTS CLANDESTINS

Les résultats de l'enquête montrent que l'avortement est pratiqué par les femmes. Toutes les personnes interrogées connaissent au moins une femme décédée des suites de complications d'un avortement. Cela montre que les avortements sont pratiqués avec des conséquences dramatiques. Bien plus, celles qui avortent, et pour qui tout se passe bien, ne parlent pas de leur expérience. Tous ces éléments sont des faisceaux d'indices qui tendent à montrer l'importance du phénomène à Kinshasa.

Les principaux déterminants des avortements au niveau des jeunes filles sont la peur (de la famille, des



enseignants, des tuteurs, etc.), la honte (à l'égard des amies, des parents et de la société), le rapport à la religion (catholique, protestante et églises de réveil, toutes prônant comme vertu la virginité ou tout au moins le mariage avant l'enfantement). La clandestinité de l'avortement est surtout favorisée par la pénalisation de l'avortement et l'attitude défavorable ou parfois même violente des parents en contexte de grossesse. Tous ces facteurs poussent les filles à être souvent les premières à décider d'avorter dans la clandestinité. Elles sont aussi les premières victimes des avortements clandestins.

La volonté d'avorter dépend de l'âge des sujets (la fille et le garçon), de leur occupation (l'école et l'apprentissage), du contexte de la famille (expériences, dans l'entourage, d'autres grossesses non désirées qui font honte, etc.), du manque de moyens financiers et matériels pour la gestion de la naissance, etc. C'est ce que confirment des extraits d'hommes, de femmes et de soignants.

*Si l'homme nie la grossesse (la fuite de responsabilité). La peur des parents. La honte de l'entourage. Le manque d'argent. Si la fille est encore très petite (exemple, si elle a 13 ans) et si elle étudie. Si la fille elle-même ne désire pas avoir un enfant avec cet homme, parce qu'il n'a pas de boulot ou parce qu'il n'a pas d'argent ou encore parce que c'est un homme marié. De peur que sa femme soit au courant. Pour garder son image.*

Focus group avec des adultes hommes

*La peur d'être rejetée par la famille, la honte si c'est le cas d'un viol. Oui. Il y a des filles qui meurent suite aux avortements dans notre quartier. Elles sont nombreuses. Dernièrement, un mois passé, il y a eu une, qui est morte à la parcelle voisine.*

Entretien de groupe femmes

*Une fille qui a connu une déception au moment où elle est grosse, elle regarde l'entourage et refuse d'avoir un enfant sans papa ou un délinquant, elle avorte carrément. Si la fille est encore très petite ou si elle étudie encore. La honte d'être appelée maman avant l'âge. Si le propriétaire [auteur] de la grossesse n'a pas de boulot ou n'a pas de moyens. Si le propriétaire de la grossesse est un homme marié. La fuite des responsabilités.*

Entretien de groupe avec les jeunes garçons

*Oui. Plusieurs fois. Exemple de la fille de ma grande*

*sœur qui venait de mourir parce qu'elle a avorté. Comme elle était fille unique, elle avait honte de se retrouver dans cette situation. Je lui avais conseillé, mais, elle n'a pas suivi mes conseils.*

Entretien avec un Pasteur d'une église de réveil

*Surtout si la femme a déjà un bébé. Pour la sauver. Et l'aider à bien faire grandir le bébé. La loi condamne l'avortement et même la communauté. Mais, les avortements clandestins sont toujours fréquents.*

Médecin généraliste

*Une femme mariée et mère de six enfants qui vient de mourir ça fait deux semaines, comme son mari était en voyage, elle a eu la grossesse d'un autre homme. Sachant que son mari revenait, elle est allée dans un petit centre pour avorter et après curetage, elle fait l'hémorragie génitale qui l'a amenée à la mort. C'est vraiment honteux. Une autre femme du quartier aussi, sortait avec un homme marié. Lorsqu'elle est tombée grosse, elle a pris des médicaments traditionnels sans dose et elle est morte. Les exemples sont nombreux. Souvent on donne des antibiotiques après avoir fait le curetage. Pour bien laver la matrice. 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

### 3.4.2. LES MÉTHODES D'AVORTEMENT CLANDESTIN

Il existe des avortements dans les services de santé, malgré l'interdiction, et les décès liés aux avortements dépendent des méthodes pratiquées. Les avortements se font via des méthodes « médicales » – mais en utilisant parfois des médicaments non destinés à l'avortement (actions utérines en effets secondaires qui ont pour conséquence l'avortement ou l'arrêt du développement de l'embryon), et/ou des médicaments destinés à l'avortement mais pas utilisés correctement, d'où les fréquentes complications. En outre, il existe aussi des méthodes dites traditionnelles (cataplasme de feuilles de papaye dans le vagin, etc.).

Les médecins, les infirmiers et les sages-femmes fixent les rendez-vous en dehors des heures de service, en

fonction des relations avec l'auteur de la grossesse ou avec la femme. En général, ce sont souvent les infirmiers, les étudiants en fin de médecine et les infirmiers encore en formation. Il s'agit souvent de centres de santé privés. Les avortements dans ces centres sont plus coûteux qu'avec les tradipraticiens. Comme cité plus haut, d'après une étude faite à Bukavu, 58% des avortements sont pratiqués par les paramédicaux, 12% par des élèves et des étudiants infirmières, 5% par des médecins et 11% par des catégories non identifiées [Byaene, 2007].

La plupart des avortements clandestins se font dans ce qu'on appelle « la boîte » ou la « boutique ». Ce sont soit des espaces privés composés d'acteurs parfois ni médicaux ni paramédicaux, soit de petits centres de santé publics utilisés à titre privé pour ces pratiques, où les filles se rendent pour se faire avorter. Au lieu d'utiliser le terme centre de santé, ils disent « boutique » pour en assurer la confidentialité. Les centres de santé clandestins sont appelés « Ligablo », ce qui veut dire « boutique ».

Pour contourner la loi et les convictions religieuses des soignants contre les avortements, la plupart des usagères se remettent aux savoirs populaires et aux « boîtes ». Les expériences des unes servent aux autres. C'est ce qui ressort de la plupart des entretiens avec celles qui ont pratiqué et qui acceptent de s'exprimer, ou avec ceux qui ont des cas dans leur entourage.

*J'ai eu des comprimés et des injections. C'est l'ami de mon copain qui est infirmier, qui m'a prescrit ces médicaments. Cinq mois. J'avais tenté pour la première fois, mais, sans succès et le temps de chercher l'argent par-ci par-là pour tenter la deuxième fois, ça a pris du temps. Je me rendais chaque matin vers 9 heures chez l'ami de mon conjoint pour l'injection. Pendant cinq jours. Après je continuais à prendre des produits à la maison. En cachette. C'était vraiment pénible. Je n'aimerais plus le revivre. Des fois, quand j'avais très mal, je supportais de peur que les membres de la famille sachent que j'ai avorté. Mais, comme cet avortement n'était pas bien fait, il y avait des débris du fœtus dans la matrice qui me faisaient très, très mal. J'avais premièrement utilisé les feuilles de papaye. J'ai appris dans mon entourage seulement et chez les amies qui ont tenté d'avorter une ou plusieurs fois. Une seconde fois, j'ai fait le curetage et les médicaments*

Entretien avec jeune femme

*Les jeunes filles prennent des comprimés (Citotec,...), d'autres les injections et d'autres encore recourent à la médecine traditionnelle. Soit, elles peuvent faire ça en cachette chez elles ou encore, elles peuvent aller dans un centre de santé qu'on appelle communément « Boutique » de la rue où les infirmiers sont très mal payés et qui sautent sur les occasions pareilles pour avoir de l'argent.*

Focus group avec des adultes hommes

*Les jeunes filles prennent des médicaments (la quinine, le Decaris, le Citotec, etc.). Elles prennent aussi les produits traditionnels (feuilles de papayer,...)*

Focus group avec les femmes

*Les infirmiers prescrivent souvent les médicaments (comprimés) et les injections ou encore ils font le curetage si, l'avortement n'avait pas bien réussi et il y a des déchets dans le corps de la fille ou de la femme. D'autres personnes le font en médecine traditionnelle. On vous donne des feuilles ou des racines que vous allez bouillir et boire. Ces sont les hommes souvent qui paient. Il y a aussi les parents de l'homme qui peuvent payer si leur enfant n'a pas de moyens ou s'il est encore petit. La maman de la fille aussi paie ou la fille elle-même, si elle a son argent.*

Focus group avec les jeunes filles

*Nous suivons à la télévision. Mais, dans notre communauté c'est très fréquent. Ça s'est passé dans des centres de la rue qu'on appelle les « boutiques » où les infirmiers n'ont pas des matériels appropriés. Ces infirmiers n'ont pas un bon salaire. Ce sont des occasions qui se présentent et ils gagnent beaucoup d'argent du coup.*

Agent communautaire santé

### 3.4.3. LES PARCOURS D'AVORTEMENTS CLANDESTINS ET LA RESPONSABILITÉ DES AUTEURS

Les rencontres et les échanges d'expériences entre amies, pour les jeunes filles qui connaissent une GND, sont déterminants dans les recours et les itinéraires d'avortements. Ce sont les amies qui donnent les premières orientations aux filles dans le cas où le parcours d'avortement n'est pas fait avec la mère. Une informatrice nous a confié que son amie a utilisé un certain mélange de substances – elle cite le citotec, le vermoz, le decaris, une surdose de quinine – qui s'est

avéré être efficace, et donc est allé en acheter pour elle-même à la pharmacie.

Plus largement, dans l'étude de Nsakala [2012], il apparaît que les interlocuteurs privilégiés des jeunes et des adolescent-e-s en matière de sexualité changent en fonction de l'âge : chez les 10 à 14 ans, ce sont les amies, les pairs éducateurs et parfois les parents qui sont ces interlocuteurs privilégiés. Chez les 15-20 ans, ce sont les médecins, les personnes expérimentées, les amis, les enseignants et les pasteurs ; les parents sont moins acceptés. Quant aux 20-24 ans, ils citent les aînés, les personnels médicaux, les enseignants et les pasteurs.

Les offres sont indiquées aux jeunes filles par les thérapeutes et les vendeurs de médicaments de rue, surtout si elles n'ont pas les moyens d'une prise en charge dans les services publics ou privés de santé. Celles dont la grossesse est découverte par leurs proches se rendent dans les centres de santé ou dans les « boîtes ».

Les auteurs des GND ont des responsabilités dans les décisions et les méthodes abortives. Dans les cas rapportés, ils ne déclinent pas leurs responsabilités dans la survenue de la grossesse. Ce qui se passe en général c'est qu'ils acceptent et assument quand ils ont les moyens. C'est seulement quand ils n'ont pas les moyens qu'ils n'assument pas. Le plus souvent ce sont eux qui prennent en charge financièrement l'avortement, mais ils n'interviennent à aucun autre moment du processus.

*Ils sont souvent des inconscients. Ils ont peur de la grossesse et de l'avenir de la femme. Ils ne travaillent pas. Voilà pourquoi ils demandent à la femme d'avorter. Souvent même, ils n'accompagnent pas la femme. Ils cherchent seulement un peu d'argent et ils donnent à la femme pour que celle-ci parte avorter. Mais, si la fille meurt, ils fuient.*

Agent communautaire santé

*Les hommes jouent souvent le rôle d'accompagnateur et ce sont eux qui donnent l'argent aux femmes pour avorter.*

Éducatrice ONG

*Je donne un exemple, ce n'est pas pour moi. Mais, Je donne juste un exemple, ce qui se passe souvent, lorsqu'un homme cohabite avec une femme ou une jeune fille quelconque, lorsqu'elle se retrouve grosse, il y a de ces femmes qui menacent les hommes et suite*

*aux menaces, l'homme va céder maintenant. Il va outiller cette fille en lui donnant de l'argent pour aller avorter. Mais, l'homme personnellement n'avait pas besoin d'avorter, mais, c'est suite aux menaces de cette femme ou de cette fille que celui-ci fini par accepter. Sinon, en pratique, l'homme ne joue pas vraiment un rôle primordial. C'est la femme qui joue le rôle majeur, parce que c'est elle qui exige l'homme à avorter.*

Enseignant école

*Il voulait que je garde la grossesse. Mais, moi-même j'avais refusé. Il m'avait soutenu pour que je garde la grossesse. Par des conseils et l'argent. Non, jamais. Nous avons géré ça nous deux seulement, avec mon copain.*

Femme expérience avortement

*Il était fâché, puis après il a changé d'avis. Il était d'accord pour l'avortement. Il m'a soutenue pour que j'avorte. Comme il étudiait encore et n'avait pas de boulot. En plus, nous sommes encore trop jeunes.*

Femme expérience avortement

*J'avais eu peur et suis allée trouver le propriétaire pour qu'il m'aide à avorter. Mais, lui a refusé. Il m'a demandé de garder la grossesse. Comme il travaillait déjà.*

Femme expérience GND

*Les hommes financent seulement*

Entretien avec des adultes hommes

*L'homme lui, finance pour que la fille avorte dans de bonnes conditions. Oui. Il y a une fille dernièrement qui sortait avec un homme marié et celui-ci l'avait déçu en niant la grossesse. La fille voyant cela, elle a pris les médicaments [la quinine] et après trois jours, elle était morte.*

Entretien avec jeunes filles

Les témoignages mettent en évidence que la grande majorité du temps, les femmes sont actrices de décisions pour l'avortement et que les hommes y sont associés essentiellement pour les aspects financiers.

### 3.4.4. LES RISQUES ET LES PERCEPTIONS LIÉS AUX AVORTEMENTS

Les conséquences des avortements à risque, quand on échappe à la mort, peuvent être les invalidités et

les souffrances morales et physiques. Les soignants comme les femmes qui ont pratiqué ces avortements ainsi que leurs proches évoquent la mort, la stérilité, les infections et les souffrances au regard de la conception sociale et religieuse. Pour les soignants, les avortements clandestins sont médicalement responsables d'hémorragie génitale qui peut conduire à l'anémie et à la mort. Ils provoquent les infections, l'endométrite et les péritonites. En général, les avortements clandestins peuvent engendrer des risques graves sur la santé et la vie des filles. Mais lorsqu'un avortement est pratiqué dans des conditions sûres, les risques de complication sont fortement réduits. Les extraits suivants de femmes et d'hommes témoins de quelques expériences d'avortements font référence aux risques objectifs auxquels font face les femmes qui avortent.

*J'ai eu des complications graves. J'ai failli mourir. Le bas ventre me faisait très mal. L'hémorragie. La personne qui me prenait en charge médicalement, avait pris fuite. De peur d'être arrêtée.*

Femme expérience avortement

*Oui. Ici à Ngaba, ça se fait. Il y a eu beaucoup. Nous connaissons des jeunes filles qui sont mortes suites aux avortements clandestins.*

Entretien groupe de jeunes filles

*Hémorragie génitale, infections, perforation de la matrice, la mort et d'autres complications. On peut aussi vous arrêter.*

Gynécologue

En outre, les extraits suivants mettent en évidence les souffrances liées aux perceptions, croyances et conceptions sociales et religieuses.

*L'avortement n'est pas permis par l'État et dans la Bible. Parce que tu as tué une personne. Et même pas ça, l'avortement a plusieurs inconvénients (la mort, la stérilité et les complications). Mais, médicalement, si l'on veut sauver la maman, on demande l'avis de son mari ou de ses parents, en associant aussi la police ou le Bureau du quartier. Les hôpitaux ou les centres de santé où ces filles s'y rendent pour avorter, ne sont pas appropriés et sont moins équipés. L'infirmier qui n'a pas de salaire chaque fin du mois et trouve qu'une jeune fille veut avorter et qu'elle va donner beaucoup d'argent, celui-ci saute directement sans hésitation. Voilà pourquoi, elles meurent en cascade.*

Entretien avec homme

*Les complications néfastes, la stérilité et la mort. Comme c'est la fille d'autrui, c'est question seulement de la conseiller de ne plus le faire. En le pratiquant régulièrement, elle peut rester toute sa vie stérile. Elle amoindrit la chance de se marier. Parce que beaucoup de gens vont parler d'elle. Il ne faut pas prendre cette fille en mariage. Voilà ce qu'elle fait. C'est ce qui se passe dans nos quartiers.*

Enseignant de lycée

Il est rare de rencontrer une bonne appréciation de l'avortement clandestin même si on en reconnaît la récurrence et la forte incidence. On note donc globalement une perception défavorable à l'avortement, certainement à cause de la religion et de la morale sociale dans un contexte démographique nataliste. Les attitudes de ceux qui condamnent et réprouvent l'avortement tournent autour des propositions suivantes : ce n'est pas bien, ce n'est pas bon, c'est un crime, ce sont des assassins ceux qui avortent, c'est un meurtre. Alors que les éducateurs, les parents et les soignants sont clairement opposés à l'avortement, les jeunes femmes nuancent leurs propos et le justifient par les contextes de survenue de la grossesse.

*L'avortement n'est pas bien. C'est un péché selon la sainte Bible et même la loi l'interdit. Si on vous attrape, vous irez en prison. Mais, si c'est pour sauver la vie de la mère en cas de problème de santé, là on peut le faire. Mais, à condition que l'autorité militaire soit au courant et les membres de la famille de la femme ou le mari de la femme, si elle est déjà mariée. Pour qu'en cas de complication ou problème, je ne sois pas condamnable.*

Entretien gynécologue

*Pour moi, l'avortement n'est pas bon. C'est un crime parce que la vie est sacrée. Même une grossesse d'un jour seulement doit être protégée. Ces filles sont des criminelles. Elles commettent le péché devant Dieu. Non, parce que l'avortement est condamnable par la loi.*

Éducatrice ONG

*L'avortement d'abord, c'est un péché, parce qu'il est défendu dans la Bible. Aux femmes qui pratiquent fréquemment l'avortement, ce n'est pas bien. Elles sont en train de pécher. Ça leur coûtera très cher dans l'avenir. L'avortement est un péché devant Dieu.*

Enseignant école

*Je condamne les personnes qui pratiquent l'avortement. Parce que c'est une mauvaise chose. Moi, j'ai eu des complications qui ont failli me coûter la mort. Je ne peux plus jamais revivre ces événements dans ma vie.*

Femme expérience avortement

*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

*Ces filles sont des assassins. Moi, je ne peux pas permettre qu'une jeune fille avorte si elle est normale, c'est-à-dire sans problème de santé. Nous condamnons l'avortement et nous protégeons la vie, car elle est sacrée.*

Gynécologue

*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

Il existe tout de même des personnes qui ont souligné l'avantage de l'avortement. Elles pensent que « *c'est efficace* » parce que « *je suis maintenant en bonne santé. Je continue ma vie normalement. Je vais à l'école et je suis maintenant en bon terme avec tout le monde dans ma famille et dans la famille de mon copain. Je calcule seulement très bien mes périodes de menstrues* ».

### 3.4.5. LES SOINS POST AVORTEMENTS

En cas de complication de l'avortement, la plupart des femmes concernées se réfèrent aux centres de santé. Les témoignages montrent bien que malgré une condamnation morale de l'avortement par la plupart des professionnels de santé, certains acceptent la prise en charge post avortement. La déontologie médicale prend alors le dessus sur les valeurs personnelles.

Avec les agents de santé, on voit que les soins sont fonction des cas et des moyens techniques disponibles.

*On demande à la fille ou à la femme de faire l'échographie et le résultat va nous dicter le schéma à suivre pour la prise en charge. Si l'avortement est incomplet, on donne une forte antibiothérapie et on fait le curetage. Mais, si c'est déjà complet, on soumet la femme à une forte antibiothérapie et on lui donne aussi la vitamine K en cas d'hémorragie.*

Gynécologue

*Une forte antibiothérapie. Oui, ça existe. Nous avons notre ordinogramme. Il y a une différence. Normalement on ne peut pas garder ces cas ici. Parce que dans les centres de santé, il n'y a pas de médecins. On observe le patient pendant 48 heures et on le transfère au centre pour mère et enfant.*

Infirmière

*Elle passe aux tests d'échographie et par rapport aux résultats, on administre les soins. Si l'avortement n'était pas complet et il y a encore des restes ou débris dans la matrice, la patiente doit passer par le curetage. Il n'y a pas des protocoles préconisés. Ça dépend de chaque cas qui arrive et des résultats des examens.*

Infirmière

*Si elle a déjà avorté, on doit la prendre en charge médicalement, par des antibiotiques et le curetage, si l'avortement n'est pas complet.*

Médecin généraliste

D'après les responsables du Programme National pour la Santé des Adolescents (PNSA), il est prévu de prendre en charge les complications des avortements. Il existe d'après eux, des protocoles pour les soins obstétricaux d'urgence dont les soins post avortement dans le Paquet Minimum d'Activités des services de santé selon leur niveau. Seulement, ils affirment que la plupart des agents de santé ne sont pas encore formés. Cela s'est remarqué au cours de nos entretiens par le fait que plusieurs sages-femmes et infirmières ont répondu qu'il n'existe pas de protocoles pour les soins post avortement et que chacun se débrouille pour faire comme il peut.

### 3.4.6. LA GESTION DES AVORTEMENTS CLANDESTINS PAR LA JUSTICE

Avorter ou faire avorter est puni par la loi si c'est en dehors des prescriptions prévues par celle-ci (voir point 1.1.1). On le ressent dans les discours des soignants qui

n'accepteraient pas de faire un avortement parce qu'ils ont « *peur d'être arrêtés* ». Toutefois, on ne rencontre pas de cas fréquents d'emprisonnement pour des raisons d'avortements malgré la forte prévalence signalée de ces pratiques. Pour cela, la loi sur l'avortement est souvent peu connue. Tous ceux qui en parlent ne sont pas capables d'expliquer la teneur de la loi.

*Je sais seulement que la loi interdit l'avortement, mais je ne sais pas si c'est quel article. Les avortements clandestins (IVG) se font dans cette communauté parce que nous entendons souvent des cas de mort 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



## CONCLUSION

La recherche sur les déterminants socioculturels et communautaires des GND et des avortements clandestins visait l'explication des différents ressorts sociétaux de ce phénomène ô combien récurrent, morbide et létal dans la ville de Kinshasa et ses banlieues. Essentiellement qualitative, cette étude socioanthropologique, a procédé par des entretiens individuels et de groupes pour mobiliser des matériaux analysés avec un logiciel de traitement adéquat (le logiciel QDA Miner). Malgré ses limites, elle a permis de dégager des résultats importants. D'abord, les contraceptifs, plutôt disponibles, sont malgré tout peu utilisés principalement à cause des perceptions défavorables dont ils sont l'objet. Ces perceptions sont construites sur la base des effets à court, moyen et long termes qui leur sont attribués (réduction du plaisir sexuel, stérilité, éloignement des normes sexuelles, etc.). Même si les promoteurs dans le secteur politique et médical reconnaissent que certains effets sont justifiés, ils tentent vainement de convaincre les usagers des services (de façon individuelle) de la nécessité d'adopter une rigueur dans le choix de la méthode indiquée et dans le suivi de l'application. Les perceptions sont alors des arguments populaires défavorables amplifiés par des facteurs techniques comme l'insuffisance de counseling permettant un choix libre et éclairé au niveau des services de santé. Des savoirs populaires en ce qui les concerne évoluent, parfois légitimés par le personnel médical et paramédical. Malgré leur formation technique professionnelle, des agents de santé véhiculent fortement des normes morales sociétales,

religieuses, etc. pour sanctionner le plus souvent, même inconsciemment, la demande d'utilisation des contraceptifs, surtout auprès des jeunes. La conviction religieuse et les rôles des parents d'une manière ou d'une autre l'emportent souvent sur les rôles professionnels médicaux et paramédicaux. Ces conflits d'appartenance et de pluralité de profils des agents de service sont renforcés par le manque de réelles politiques nationales de communication et de promotion des contraceptifs.

Les grossesses non désirées se rencontrent dans la plupart des familles, comme en témoignent les différents extraits d'entretiens. Elles concernent à la fois les jeunes filles et les femmes en ménage, quel que soit leur milieu social, leur niveau d'instruction ou leur âge. Des facteurs sociétaux comme les contraintes matérielles et financières, la disparition progressive des modalités traditionnelles d'éducation sur la sexualité et la reproduction au niveau de la famille, l'influence des réseaux de camaraderie des adolescent-e-s, puis des facteurs institutionnels comme l'insuffisance de communication et de marketing social autour des contraceptifs favorisent leur survenue. En effet, seuls certains types de contraceptifs sont promus, et en quantité insuffisante, pour répondre aux besoins des populations.

La faible utilisation de ces contraceptifs, entretenue par les représentations collectives et individuelles erronées, expliquent la récurrence des grossesses non désirées, redoutées par le contexte social, moral et religieux



de Kinshasa, une ville emplie de milliers d'églises chrétiennes diverses. Les causes des GND sont du ressort des jeunes filles, des familles et de la communauté toute entière. Alors que les filles sont victimes de la marchandisation de leur corps, de leur inexpérience dans la gestion de leur sexualité, de l'ignorance de leur cycle menstruel, les familles ont révélé le manque de préparation des filles à la sexualité, la pauvreté structurelle et une gestion souvent violente des situations de grossesses non désirées. Cette gestion familiale néfaste et très subjective est prolongée par les services de santé. Les personnels ne sont pas toujours accueillants à l'égard des demandeurs de soins et d'avortements. Le rapport que ces agents de santé entretiennent avec ces personnes ne permet pas toujours d'examiner les conditions de la grossesse et de les mettre en perspective avec la loi anti-avortement qui malgré son aspect très restrictif porte une ouverture liée à l'état de santé de la femme. Une fille subissant une grossesse non désirée et en quête de réponses pour conserver le regard bienveillant de la société qui la pousse à l'avortement provoqué doit faire face à de nombreuses difficultés. Des profils peu indiqués comme les agents de l'hôtellerie médicale, les tradithérapeutes, etc. interviennent dans les opérations d'avortement. Dans ces circonstances, les méthodes abortives sont assez violentes allant de l'introduction directe d'objets dangereux dans le corps féminin à la consommation par les jeunes femmes de mélanges très toxiques. En général, le risque pris pour l'avortement est très élevé et traduit la contrainte sociale qui engage le sujet dans cette

entreprise. C'est seulement dans la compréhension du mécanisme social de production de la réalité que les intervenants en matière de santé sexuelle et reproductive gagneront en efficacité.

En cas de grossesses non désirées, nombreuses sont les femmes à faire le choix de l'avortement, même si celui-ci doit être pratiqué clandestinement.

Réalisés dans des conditions peu techniques et peu hygiéniques, les avortements clandestins sont le résultat d'un ensemble de facteurs dont : les attitudes du personnel des services de santé, le poids des croyances religieuses, la méconnaissance et la crainte de la loi, le rapport à l'image de soi, la gêne ou encore la honte.

Malgré les dispositifs existants, il y a encore beaucoup à faire pour répondre aux besoins en matière de contraception et réduire d'une part les GND et d'autre part les avortements clandestins, donc à risques.

# RECOMMANDATIONS

Pour réduire les grossesses non désirées et les conséquences des avortements à risque, il faut améliorer l'offre de santé sexuelle et reproductive, modifier les savoirs et les perceptions sur les contraceptifs pour une meilleure acceptation, et améliorer la formation du personnel en matière de soins post avortements. Il faut agir sur l'environnement familial et communautaire, notamment sur l'éducation sexuelle des jeunes filles et des jeunes hommes puis sur l'attitude des hommes et des femmes envers les contraceptifs, et enfin porter une attention particulière au genre et à la capacité d'agir des femmes. L'école, les responsables des confessions religieuses, les médias et les structures privées de travail comme les ateliers d'artisanat constituent des espaces à investir pour réussir cette mission. Les recommandations sont proposées suivant les différents acteurs à considérer pour les interventions.

## I. ENVERS LES ACTEURS COMMUNAUTAIRES ET LA SOCIÉTÉ CIVILE

### A. QUELLES STRATÉGIES ?

> Appliquer des stratégies d'information et de communication de proximité d'une part, avec des messages adaptés aux besoins et aux attentes des différentes catégories d'âge et avec une approche basée sur le genre, et de masse d'autre part pour faire apparaître ces questions dans l'espace public. Ces stratégies de communication ont pour objectif premier de transmettre **une information juste et adaptée** sur les questions de SSR et spécifiquement sur la contraception, et de **discuter publiquement des représentations collectives et individuelles erronées ou défavorables** à la santé sexuelle et reproductive. Pour que les tabous autour de la sexualité s'estompent progressivement, il est nécessaire que la sexualité soit un sujet traité régulièrement dans l'espace public ;

> Dans un second temps, il est nécessaire de développer des stratégies de changement de comportement car l'information seule ne suffit pas ! [on sait que la cigarette est mauvaise pour la santé = l'information, mais beaucoup continue à fumer malgré cette

connaissance = comportement]. L'enjeu est d'accroître l'acceptation des familles vis-à-vis des contraceptifs et leur adoption par les adolescentes et leurs partenaires sexuels, il faut donc renforcer les capacités des adolescent-e-s et des jeunes à pouvoir poser des choix qui sont positifs pour leur santé et qui sont cohérents avec leurs pratiques et leurs valeurs ;

> Il s'agit également de **promouvoir le droit des populations et des individus à décider eux-mêmes de leur santé sexuelle et reproductive**, toute en veillant particulièrement à la dimension genre en matière de droits.

### B. QUEL TYPE DE MESSAGE ?

> Des messages d'information sur les aspects médicaux et sanitaires comme : i) les différents types de contraceptifs existants et disponibles, et leurs avantages, ii) les conditions d'utilisation et leur accessibilité (les lieux pour se procurer gratuitement ou à moindre coût/à un coût abordable), iii) les effets secondaires attendus des contraceptifs et leur gestion au centre de santé. Mais aussi, iv) les conditions et les comportements qui peuvent entraîner la survenue d'une GND, v) les risques liés à un avortement à risque (clandestin, réalisé dans de mauvaises conditions) ;

> Des messages qui abordent les aspects affectifs et émotionnels des relations sexuelles, qui sont encore trop peu pris en compte dans les campagnes de communication et qui répondent pourtant aussi aux préoccupations des adolescent-e-s et des jeunes, et ainsi ne pas parler de la sexualité uniquement sous l'angle du risque ;

> Des messages qui désamorcent le lien fait entre « parler de sexualité avec les adolescent-e-s = inciter les adolescent-e-s à avoir des relations sexuelles ». Il existe des études<sup>3</sup> qui montrent au contraire qu'un-e adolescent-e bien informé-e sur la sexualité et la contraception a moins de comportements à risque ;

> Des messages de vulgarisation des droits des adolescent-e-s en matière de santé sexuelle et reproductive car, comme les acteurs qui les encadrent, ils sont peu ou pas informés à ce sujet ; diffuser et vulgariser publiquement les droits en matière de santé sexuelle et reproductive constitue une étape indispensable pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescent-e-s.

3 - Guilamo-Ramos V., J. Lee J., Jaccard J., *Parent-Adolescent Communication About Contraception and Condom Use*, in JAMA Pediatr. Published online 02 november 2015 ou Nsakala G., Coppieters Y., Kayembe P., *Utilisation du téléphone portable et de la radio pour identi-*

*fier les préoccupations sexuelles des jeunes en République Démocratique du Congo*, publié dans les actes de la Journée des Doctorants de l'École Doctorale «SPSS», 2011

> Des messages qui veilleront à respecter le genre et à ne pas renforcer les stéréotypes sur les hommes et les femmes.

## C. ÉLABORÉS PAR QUI ET POUR QUI ?

Élaborer ces stratégies au profit et avec la participation des différents acteurs qui sont régulièrement en contact avec les adolescent-e-s et les jeunes : les familles, les institutions sociales et éducatives comme les églises, les lycées et collèges, les universités, etc., pour que les adolescent-e-s reçoivent des messages similaires des différentes personnes ou institutions qui les encadrent et en qui ils peuvent placer leur confiance ; il s'agit de parvenir à « unifier » le message sur la santé sexuelle et reproductive. En effet, actuellement, les jeunes et les adolescent-e-s reçoivent quantité de messages et d'injonctions contradictoires concernant leur sexualité, ce qui ne leur permet pas de faire un choix éclairé.

> **Les jeunes et les pairs éducateurs** car les adolescent-e-s et les jeunes préfèrent parler de sexualité entre eux. Il faut donc d'une part, développer des stratégies impliquant les jeunes dans la conception, l'élaboration et la diffusion des messages de contraception, de prévention des grossesses non désirées et des avortements de façon générale, à l'attention des médias, des églises, etc., et d'autre part former des jeunes capables d'animer, d'informer et d'inciter les autres jeunes à adopter des comportements bénéfiques pour leur santé sexuelle et reproductive, c'est-à-dire des pairs éducateurs.

> Une attention particulière devra être apportée aux publics **des jeunes et adolescent-e-s vulnérables** (enfant vivant dans la rue, fille-mère, orphelin, etc.) que les messages de prévention et d'information atteignent plus difficilement. Une étude ciblée sur ces publics, associée à l'expérience de MdM avec les enfants vivants dans la rue (dont les deux enquêtes CAP), par exemple, devrait permettre de mieux connaître leurs besoins et leurs pratiques dans ce domaine ;

> **Les parents et la famille** ne parlent pas de sexualité avec leurs enfants pour différents raisons : manque de connaissance par les parents, incompréhension vis-à-vis des besoins, pratiques, comportements des enfants, gêne et tabou, etc., mais ne sont pas pour autant inconscients de la nécessité d'une éducation sexuelle.

Sur base de ce constat, il serait intéressant d'animer des groupes de discussions pour, par et avec des parents et des adultes intéressés à développer leurs connaissances en matière de SSR et leurs aptitudes à traiter de cela avec les adolescent-e-s et les jeunes ;

> **Les enseignants** sont en contact permanents avec les adolescent-e-s, et son porteur d'un savoir reconnu. Il faut donc améliorer la formation des enseignants du primaire et du secondaire en charge du cours d'éducation à la vie familiale ou du cours de biologie, et de valoriser le cours d'éducation à la vie familiale dont le programme vient d'être revu par le Ministère de l'Enseignement. De plus, il est important de tenir compte de la déperdition des élèves au cours du cursus scolaire, et particulièrement des filles, et de la précocité des relations sexuelles (selon les données de l'EDS RDC), et donc de commencer les premières leçons relativement tôt dans le cursus. Cela implique également de travailler sur les représentations des enseignants par rapport à la sexualité des jeunes et des adolescent-e-s ;

> **Les futurs professionnels de santé**, c'est-à-dire les jeunes adultes qui suivent des études dans le domaine médical (infirmier/infirmières, sage-femme, médecin, kinésithérapeute, pharmacien/pharmacienne, etc.) sont également un public privilégié pour participer et recevoir des informations sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes. Ils sont eux-mêmes des jeunes adultes, encore conscients des problèmes vécus par les adolescent-e-s et ils sont les futurs interlocuteurs de ces mêmes adolescent-e-s dans les structures de santé ;

> **Les médias de masse** offrent aux adolescent-e-s la possibilité de s'informer tout en leur garantissant anonymat et confidentialité (exemple : pouvoir poser des questions par sms lors d'une émission télévisée). Il serait intéressant de développer des approches spécifiques pour les médias de masse (radio, journaux, télévision, etc.). Cela nécessite une bonne connaissance des types de médias et d'émission que les adolescent-e-s écoutent et regardent, et la participation de jeunes pour développer des formats et des messages susceptibles de plaire et d'être attractifs pour ces mêmes adolescent-e-s (sketch et théâtre, utilisation de l'humour, faire appel à une personnalité connue et appréciée des jeunes, etc.).

## D. OÙ DIFFUSER CES MESSAGES ?

Les structures de santé ne sont pas des lieux que les adolescent-e-s fréquentent spontanément pour recevoir

des informations sur leur santé sexuelle et reproductive (on se rend au centre de santé ou à l'hôpital seulement si on est malade, et les jeunes s'y rendent la plupart du temps accompagné par un parent). Il est important de cibler les différents lieux que les adolescent-e-s et les jeunes fréquentent régulièrement : les écoles, les collèges, les lycées, les universités et les églises, etc., les lieux où ils se retrouvent sans les adultes (sortie entre jeunes le week-end, etc.), les autres structures étatiques déjà existantes à l'attention des jeunes (celles du Ministère de la jeunesse et des sports par exemple). Et de distinguer le type d'activités proposées selon les lieux : d'un côté, des services et des informations médicales au centre de santé, éventuellement à travers des espaces à l'intérieur des centres de santé spécialement dédiés aux jeunes, assurant la confidentialité comme cela est actuellement expérimenté par MdM et Pathfinder à Kinshasa avec le PNSA ; de l'autre côté, des temps de discussion et d'échange, des moments d'apprentissage dans les institutions scolaires, les églises, les lieux de loisir, etc. Dans le même sens, il serait intéressant de ne pas recourir uniquement aux professionnels de santé pour aborder les questions de santé sexuelle et reproductive avec les adolescent-e-s, et d'y associer des éducateurs ou des assistants sociaux par exemple. Il s'agit là de choix stratégiques et politiques dont il serait intéressant d'évaluer l'impact à moyen terme.

## II. ENVERS LES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ

Il s'agit avant tout d'améliorer l'accessibilité et la qualité des services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescent-e-s dans les structures sanitaires :

> **Accessibilité financière** : assurer la disponibilité régulière et à moindre coût des moyens contraceptifs c'est-à-dire, de préférence, un accès gratuit aux consultations de planning familial et aux contraceptifs, ainsi qu'en cas d'effets secondaires (les adolescent-e-s disposent rarement de leur propre moyen financier pour accéder aux services de santé) ;

> **Accessibilité géographique** : renforcer les services de contraception par une plus grande disponibilité des moyens contraceptifs, et développer une stratégie de proximité, voir une stratégie avancée pour atteindre les jeunes là où ils se trouvent. Outre la disponibilité de tous les moyens contraceptifs dans chaque CS, on pourrait également envisager la présence périodique de prestataires de soins dans les

écoles, ou éventuellement, si cela est bien préparé, un système de distribution à base communautaire (à étudier au niveau des avantages et inconvénients) ;

> **Accessibilité financière et géographique** concerne également les moyens **contraceptifs d'urgence** que peu de jeunes et d'adolescent-e-s connaissent. Il s'agit de communiquer sur ces moyens contraceptifs (entre autre sur le fait que cela ne constitue pas une forme d'avortement) et leur disponibilité ;

> **La qualité** de la prise en charge avec un bon accueil qui assure l'écoute, la confidentialité et l'empathie, sans jugement moralisateur, vis-à-vis des adolescent-e-s et des jeunes, et un service de counseling efficace, y compris en ce qui concerne les effets secondaires des moyens contraceptifs ;

> En cas d'avortement, spontané ou clandestin, **améliorer les soins post-avortement** (formation au protocole de prise en charge, formation du personnel de santé, disponibilité du matériel, etc.) et promouvoir des méthodes efficaces et non invasives (par exemple l'aspiration manuelle) ;

### COMMENT ?

Outre la fourniture des moyens contraceptifs aux structures de santé par le gouvernement et ses partenaires, il importe de former le personnel de ces structures en :

> Travaillant sur les représentations du personnel de santé vis-à-vis de la contraception (les prestataires eux-mêmes véhiculent – souvent en toute bonne foi – des connaissances erronées sur la contraception), de la sexualité des jeunes (dénier de la vie sexuelle des jeunes) et de l'importance de la confidentialité (certains prestataires appellent les parents lorsqu'un jeune se présente pour obtenir un moyen contraceptif) et de leur rôle en tant que prestataires (légalement, ils sont supposés promouvoir tous les moyens contraceptifs, sans préférence de leur part) ;

> Dotant le personnel médical de capacités à avoir un dialogue ouvert avec les adolescent-e-s sur leur sexualité (comment discuter de sexualité avec un jeune ?) et à prendre en compte les préoccupations spécifiques des jeunes en matière de savoirs et de savoir-faire ;

> Insistant sur le caractère confidentiel des échanges

avec les jeunes bien que sur ce point, il serait nécessaire d'approfondir l'analyse des documents juridiques pour mettre au point un plaidoyer. Il n'y a pas de référence claire et précise en ce domaine, mais des articles de loi qui y touchent de près comme i) la loi portant protection des droits des personnes vivant avec le VIH/SIDA et des personnes affectées prévoit d'une part que « toute institution prenant en charge des enfants, tout programme d'éducation et de formation ou autre, préserve la confidentialité du statut sérologique au VIH de ses bénéficiaires », mais également que « le test de dépistage du VIH sur un enfant ou sur tout autre incapable est pratiqué avec le consentement des parents ou du tuteur, selon le cas, sauf si leur intérêt supérieur l'exige », ii) la loi portant protection de l'enfant, elle prévoit que « le fait de priver un enfant de la capacité biologique de reproduction, sans qu'un tel fait ne soit justifié médicalement, sera puni d'une servitude pénale de cinq à quinze ans », iii) le code de déontologie médicale indique que « le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations établies par la loi » mais également que « appelé d'urgence près d'un mineur ou autre incapable, et lorsqu'il ne peut recueillir en temps utile le consentement de son représentant légal, le médecin doit user immédiatement de toutes ses connaissances et de tous les moyens dont il dispose pour parer au danger menaçant; il ne peut cesser ses soins qu'après que tout danger est écarté ou tout secours inutile, ou après avoir confié le malade aux soins d'un confrère » ;

## ET ENFIN :

> Poursuivre/intensifier la collaboration avec le PNSR et le PNSA pour : i) étendre la disponibilité de tous les moyens contraceptifs sur le territoire de la RDC, ii) assurer la gratuité des moyens contraceptifs, iii) former le personnel de santé sur la SSR des jeunes et des adolescent-e-s, iv) évaluer et adapter les stratégies de communication, v) mener la réflexion sur l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescent-e-s dans les services de santé, vi) renforcer la capacité des deux programmes à coordonner les interventions des partenaires et à faire respecter leurs politiques et stratégies ;

> Bien que cette enquête n'ait pas porté sur les pratiques des pharmaciens/vendeurs de médicaments, ils constituent également une catégorie d'acteurs importants qui fournit méthodes contraceptives et conseils aux jeunes et aux adolescent-e-s ; il serait intéressant d'évaluer leurs

connaissances et leurs pratiques dans ce domaine et si nécessaire de les améliorer.

## III. ENVERS LES SERVICES DE COMMUNICATION

> Renforcer les capacités de communication des médias en formant des journalistes sur l'éducation sexuelle, en termes de contenu et de méthode, ainsi que d'autres acteurs actifs dans la communication de masse (acteurs/troupes de théâtre, danseur, campagne avec une personne connue et appréciée des jeunes) ;

> Disposer d'experts capables d'intervenir dans les médias et de donner des messages compréhensibles et attractifs sur la santé sexuelle et reproductive, et sur la sexualité en général, pour les jeunes et les adolescent-e-s et la population. Ces messages pourraient être élaborée avec des jeunes et des adolescent-e-s pour répondre au plus près à leurs préoccupations ;

> Renforcer les capacités et appuyer le Programme National pour la Communication en Promotion de la Santé (Ministère de la Santé) dans le domaine de la communication autour de la santé sexuelle et reproductive des jeunes et des adolescent-e-s ;

> Produire un plan de communication concerté entre acteurs et bailleurs (cohérence des messages, régularité, plan de diffusion, etc.) autour de la santé sexuelle et reproductive pour les jeunes et les adolescent-e-s.

## IV. ENVERS LES DÉCIDEURS POLITIQUES

> Concernant l'avortement, la question de son entière légalisation reste complexe : d'un côté, la société dans sa grande majorité reste fondamentalement opposée à l'avortement, et il apparaît qu'une majorité des professionnels de santé eux-mêmes refuseraient de le pratiquer même s'il était légalisé ; d'un autre côté, légaliser l'avortement sauverait la vie de nombreuses femmes qui à l'heure actuelle n'ont d'autres alternatives que l'avortement clandestin (dans des lieux qui ne sont pas équipés pour cela, avec des intervenants qui ne sont pas formés, etc.) et ses conséquences sur leur santé et leur vie, et cela protégerait les praticiens qui accepteraient de le pratiquer. La dépénalisation

de l'avortement est un processus : la vulgarisation des conditions actuelles qui permettent l'avortement thérapeutique en RDC, la publication dans le journal officiel du Protocole de Maputo, sa vulgarisation et l'évaluation de la mise en œuvre du protocole prévue dans le cadre de l'Union Africaine (puisque que la RDC a adhéré au protocole, qui prévoit une évaluation) pourrait en constituer une première étape dans le plaidoyer à mener vers la dépénalisation ;

- > Faire un plaidoyer pour modifier ou abroger l'article 178 du Code Pénal qui interdit la promotion et la distribution des contraceptifs afin de lever ces obstacles souvent évoqués par les médias ou faire le plaidoyer pour l'adoption de la nouvelle loi sur la santé sexuelle et reproductive, actuellement à l'étude, et qui autorise la promotion, la publicité et la vente des moyens contraceptifs.

- > Faire pression pour que la nouvelle loi sur la santé sexuelle et reproductive soit rapidement adoptée – bien qu'il reste un doute sur la version qui a été introduite, entre autres sur la question de l'avortement – et la vulgariser largement, mais surtout auprès des prestataires de soins et auprès des adolescent-e-s ;

- > Faire du plaidoyer auprès de l'État et des bailleurs pour qu'ils subventionnent des émissions sur la santé sexuelle, produire un cahier des charges sur le contenu des matières d'éducation sexuelle en collaboration avec les médias, l'instance de régulation des médias et la commission de censure.

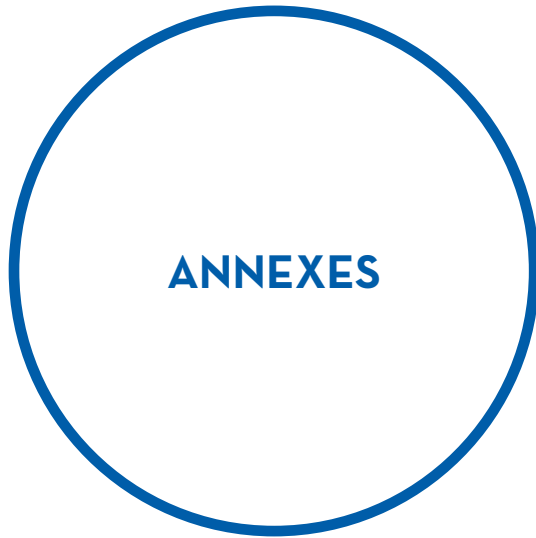


## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Basinga P et al., *Grossesse non désirée et avortement provoqué au Rwanda: causes et conséquences*, Guttmacher Institute, New York, 2012, 43 p.
2. Berrewaerts J. et Noirhomme-Renard F., *Les grossesses à l'adolescence : quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ?*, Service Communautaire de Promotion de la Santé avec le soutien de la Communauté française de Belgique, Belgique, juin 2006, 43 p.
3. Chabo Byaene A., *Les femmes et les avortements à risque dans la ville de Bukavu : résumé*, Bukavu, 2007, 5 p.
4. Commission de l'Union Africaine, *Cadre Directeur Continental pour la Santé Sexuelle et les Droits Liés à la Reproduction*, Khartoum, Soudan, janvier 2006, 44 p.
5. Global Voices, *République Démocratique du Congo : Le problème des avortements clandestins à Goma*, 22 avril 2012, 6 p., <http://fr.globalvoicesonline.org/2012/04/22/105544/>
6. Human Rights Watch, *Enquête de justice, Poursuivre les auteurs de violences sexuelles commises pendant la guerre au Congo*, Vol. 17, No. 1[A], mars 2005, 59 p.
7. Ipsinternational, *Un regard sur les avortements clandestins en ce mois de mars. Analyse de Emmanuel Chaco, Kinshasa*, 2009, 2 p., [http://ipsinternational.org/fr/\\_note.asp?idnews=5265](http://ipsinternational.org/fr/_note.asp?idnews=5265)
8. Journal Officiel de la République démocratique du Congo, *Ordonnance n° 70-158 déterminant les règles de la déontologie médicale, n° spécial*, avril 1970
9. Journal Officiel de la République démocratique du Congo, *Code pénal congolais, Décret du 30 janvier 1940 tel que modifié et complété à ce jour, Mis à jour au 30 novembre 2004*, 45<sup>ème</sup> Année, Numéro Spécial 30, novembre 2004, 64 p.
10. Kabwe J. et al., *Parcours de vie des adolescents en RD Congo à partir de l'EDS 2007*, XXVI<sup>ème</sup> Congrès Général de la Population/Marrakech, Maroc, du 26 septembre au 02 octobre 2009, 18 p.
11. Kalau Mutej J.-M., *Etude des déterminants socio-familiaux associés aux comportements sexuels à risque des adolescents de Lubumbashi : Une contribution à la théorie socio-psychologique de la santé*. Santé publique et épidémiologie. Université de Lubumbashi, 2013, 291 p., <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00862001>
12. Mburano Rwenge J.-R., *Comportements Sexuels parmi les Adolescents et Jeunes en Afrique subsaharienne Francophone et Facteurs Associés*, African Journal of Reproductive Health March 2013; 17(1); 49-66.
13. Mesce D. et al., *Guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes*, Population Reference Bureau, 2011, 60 p.
14. Ministère de l'Enseignement Primaire Secondaire et Professionnel de la République démocratique du Congo et al., *Rapport de l'enquête nationale sur la situation des enfants et adolescents en dehors de l'école*, Kinshasa, 2012, 157 p.
15. Ministère de la Santé Publique de la RDC, Programme Nationale de Santé de la Reproduction, *Politique nationale de la santé de la reproduction*, Kinshasa, juillet 2008, 24 p.
16. Ministère de la Santé Publique de la RDC, Programme Nationale de Santé de la Reproduction, *Draft du Plan Stratégique Santé de la Reproduction 2011-2015*, Kinshasa, décembre 2010, 78 p.
17. Ministère de la Santé Publique de la RDC, Programme Nationale de Santé des Adolescents, *Politique nationale de Santé des Adolescents*, Kinshasa, 22 p.
18. Ministère de la Santé Publique de la RDC, Programme Nationale de Santé des Adolescents, *Plan stratégique 2011 - 2015*, Kinshasa, 18 p.
19. Ministère de la Santé Publique de la RDC, Planification Familiale. *Plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020)*, janvier 2014, 49 p.



- 20.** Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité, Ministère de la Santé Publique et ICF International, *Deuxième enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014 (EDS-RDC II 2013-2014)*, Rockville, Maryland, USA, 2014, 678 p.
- 21.** Omba Kalonda J.-C., *Violence sexuelle au Congo-Kinshasa : nécessité de la dépénalisation de l'avortement*, Rev Med Brux 2012, 33, p. 482-486
- 22.** PMA 2020, *PMA/2014 Kinshasa*, 19 janvier 2015, 2 p.
- 23.** Shongo Diamba A., *La cartographie du Déploiement des Services de Planification Familiale en République Démocratique du Congo. La quote-part des ONGs Internationales et Locales*, pour le Programme Intégré de Santé de Reproduction et Familiale, 2013, 48 p.
- 24.** UNFPA, *Évaluation du 3ième programme pays de l'UNFPA en RDC*, Kinshasa, mars 2012, 130 p.
- 25.** UNFPA, *Journée Mondiale de la Population. Les grossesses des adolescentes*, Kinshasa, juillet 2013, 12 p.
- 26.** UNFPA, *De la Pré-Conférence des jeunes sur le repositionnement de la Planification Familiale en RDC*, Kinshasa, 01-02 décembre 2014, 15 p.
- 27.** UNHCR, Save the Children, Women's Refugee Commission, *Programme de santé sexuelle et reproductive des adolescents à Goma, République démocratique du Congo. Étude de cas*, Goma, décembre 2013, 32 p.
- 28.** UNICEF, *Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS - 2010. Résultats préliminaires*, Kinshasa, 2010, 25 p.
- 29.** Union Africaine, *Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples*, Nairobi, 1981, 14 p.
- 30.** Union Africaine, *Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes*, Maputo, juillet 2003, 22 p.
- 31.** Vodiena Nsakala G. et al., *Analyse qualitative de l'intégration de l'éducation sexuelle des jeunes dans les médias audio-visuels à Kinshasa en République Démocratique du Congo*, in Global Health Promotion, juin 2014, 13 p.
- 32.** Vodiena Nsakala G. et al., *L'approche « promotion de la santé », une alternative stratégique pour la santé des adolescents en République démocratique du Congo ?*, Santé Publique, 2014/HS (S1), p. 89-98.
- 34.** Vodiena Nsakala G. et al., *Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo*, Santé Publique, 2012/5 (Vol. 24), p. 403-415.



**ANNEXES**

## ANNEXE 1: TERMES DE RÉFÉRENCES DE L'ÉTUDE

### PROTOCOLE DE RECHERCHE

**Étude transversale 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 en République Démocratique du Congo.**

### ÉQUIPE DES CONSULTANTS

- Sambieni N'koué Emmanuel, Université de Parakou, LASDEL Parakou, Bénin
- Zongo Sylvie, Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique, Ouagadougou, Burkina Faso
- Paul Elisabeth, consultante et collaboratrice scientifique de l'Université de Liège, Belgique

### EQUIPE DU COMITÉ DE PILOTAGE MÉDECINS DU MONDE

- Simon Sandrine, Référente SSR (coordinatrice de l'étude)
- Cheyron Anne, Coordinatrice programme - RDC
- Clochard Delphine, Référente Déterminants Socioculturels
- Giboin Catherine, Référente associative SSR
- Iglesias Tanit, Référente médicale MO/ALC
- Lunzayiladio LusalaPatrick, Coordinateur médical - RDC
- Zahiri Joseph, Référent médical Afrique

## 1. NOTE INTRODUCTIVE

En introduction, nous pensons nécessaire de présenter notre affiliation institutionnelle, la question de la bourse de recherche sur le programme et notre intention de publier les résultats de la recherche.

### 1.1. COUVERTURE INSTITUTIONNELLE DE LA RECHERCHE

La mission d'étude sera pilotée par le Laboratoire

d'Études et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (Lasdel). Les différents chercheurs, consultants et assistants de recherche engagés dans ce processus répondent au nom de l'antenne béninoise du LASDEL (BP: 1383 Parakou (Bénin), tél. : [+229] 23 10 10 50 email : lasdel2005@yahoo.fr. Le LASDEL est un laboratoire de recherche en sciences sociales ayant statut d'ONG au Niger et au Bénin, créé en 2001 par Convention entre plusieurs institutions universitaires et de recherches. Son siège est à Niamey au Niger, mais il existe une antenne fonctionnelle à Parakou au Bénin. Le LASDEL et ses chercheurs ont entre autres domaines d'intérêt, l'analyse empirique des systèmes et des pratiques de santé principalement en Afrique comme en témoignent les nombreux travaux et publications effectués dans ce domaine. Ceci justifie l'intérêt du LASDEL pour le présent partenariat. Par ailleurs, la longue et vaste expérience et les excellentes capacités techniques ainsi que les innovations méthodologiques du LASDEL dans le domaine des recherches socio-anthropologiques n'ont pas d'équivalent dans la région de l'Afrique de l'Ouest. Le chercheur principal de cette mission est par ailleurs rattaché à l'Université de Parakou, notamment auprès du département de sociologie et d'anthropologie. La responsable du site au Burkina Faso est confiée à une chercheuse du Centre National de la Recherche Scientifique et Technologique du Burkina Faso. Tous les chercheurs sont rattachés à des institutions universitaires du Nord ou du Sud, notamment en Belgique (Université de Liège), au Canada (Université Laval à Québec, Université de Montréal à Montréal) et en France.

### 1.2. FINANCEMENT DE BOURSES SUR LE PROGRAMME

Nous prévoyons d'offrir une bourse de master en anthropologie/sociologie, ou en promotion de la santé, d'une valeur de 1500 euros pour couvrir les frais d'inscription et de participation aux enquêtes de terrain.

### 1.3. PUBLICATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE

Les résultats seront diffusés et adaptés aux diverses audiences grâce à des outils tels que les policy briefs, les médias locaux. La participation à des rencontres internationales est envisagée de même que des publi-

cations dans des revues scientifiques en accès libre. Nous prévoyons de publier un ouvrage scientifique au terme de la mission dans une maison d'édition de renommée en sciences sociales, par exemple Karthala.

## 2. COMPRÉHENSION ET COMMENTAIRE DES TERMES DE RÉFÉRENCE

Il s'agit de réaliser une étude de cas visant à documenter de façon approfondie et analyser les déterminants et les expériences liés aux grossesses non désirées (GND) et aux avortements dans les banlieues de Kinshasa en République Démocratique du Congo. Les objectifs sont de mieux cerner d'une part, les besoins non satisfaits en la matière (y compris le profil des femmes touchées) et d'autre part, les barrières – tant « environnementales » que liées aux femmes concernées – qui se heurtent à la prévention et la prise en charge des GND et des avortements. Cette étude de cas devraient permettre d'abord d'affiner les stratégies d'intervention de MdM (identification des aspects « vulnérables » par des politiques et stratégies, aux différents niveaux d'intervention depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau politique). Ensuite, il s'agira aussi de tirer des leçons transversales, diffusables auprès du public et des preneurs de décision, qui concourront à atteindre l'objectif général du programme, à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées » par des changements positifs et durables des pratiques et des législations. Les objectifs spécifiques déclinés dans les TdR nous permettront de cerner les questions à intégrer dans notre protocole de recherche. Nos livrables attendus seront de trois ordres :

- Une étude comparative des conditions, déterminants et du vécu des GND, qui sera de nature « scientifique », en relation avec la littérature sur le sujet ;
- Des recommandations pratiques à l'endroit de MdM en R.D.Congo, pointant les stratégies qui pourraient être développées ou affinées aux différents niveaux d'intervention en vue d'améliorer l'offre de services de prévention, promotion et prise en charge des GND en R.D.Congo ;
- Un bref document de synthèse à destination d'un plus large public (y compris les décideurs) synthétisant nos principaux résultats.

Malgré les efforts des acteurs internationaux et nationaux, publics et privés, les indicateurs de morbidité et de mortalité maternelle restent assez critiques dans bien de pays du Sud. Différents facteurs expliquent cette situation. Si en amont on retrouve de nombreux facteurs socioculturels et communautaires (Eben-Moussi, 2006), (LAPLANTINE, 1992), (Sambiéni, 2012b), (SAMBIENI, 2012a) (Memmi, 2013) (Zongo, 2012), les programmes nationaux de santé de la reproduction, de planification familiale et de santé maternelle révèlent aussi de nombreux problèmes liés aux dimensions institutionnelles, politiques, financières et légales qui dépendent de chaque contexte (Imorou, 2006) (Ridde, 2007) (Campbell, 2001) (Borghi, 2001) (Bonvalet, 2014). Cette mission permettra d'actualiser les connaissances sur cette thématique de santé sexuelle et reproductive en général d'une part et de la mettre en lien avec le contexte national et contexte international d'autre part. C'est une mission d'un grand intérêt pour les chercheurs et pour leurs institutions universitaires.

## 3. APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

La stratégie méthodologique retenue est l'étude de cas multiples avec plusieurs niveaux d'analyse imbriqués. Il s'agira d'une approche mixte, essentiellement qualitative mais avec l'utilisation de données secondaires quantitatives.

### 3.1. MÉTHODOLOGIE

Nous aurons recours aux méthodes mixtes ; c'est-à-dire qualitatives et quantitatives (Creswell & Plano, 2007), mais les données qualitatives seront largement prépondérantes sur les données quantitatives compte tenu de la problématique de la recherche. Une revue et analyse documentaire sur le sujet dans le contexte de chaque pays permettra de dresser le portrait global de la situation du pays, en termes de prévalence, incidence, intervention existante, ampleur et contexte particulier associé au phénomène. L'équipe de recherche en R.D.Congo doit rassembler et analyser les documents pertinents disponibles traitant de façon générale de la santé de la reproduction et particulièrement des GND et avortements chez les jeunes âgés de 15-24 ans. Les informations contenues dans les rapports de MdM, les enquêtes démographiques et de santé (EDS), les rapports de l'UNFPA, d'autres documents pertinents faisant état des activités en matière de Santé Sexuelle et Reproductive/ Planification Familiale (SSR/PF) dans

le pays seront également rassemblés et analysés. L'équipe sollicitera les documents et rapports d'études disponibles se rapportant directement au contexte de la R.D.Congo pour dégager une synthèse à la fois de la situation/phénomène et aussi de la riposte. La littérature scientifique sera également mobilisée pour mieux poser la problématique d'ensemble de la recherche. **Une identification des principaux acteurs nationaux et des politiques stratégiques** nationales en matière de PF/SR et des grossesses non désirées sera réalisée. L'analyse de la mise en œuvre des politiques de PF/SSR existantes et l'identification des écarts se fera au regard des meilleures pratiques et guidelines de référence (UNFPA, OMS, IPPF, ONG locales travaillant sur la thématique) et aideront à dégager des recommandations.

**Les données qualitatives** seront recueillies au moyen des procédés anthropologiques de collecte de données que sont **les entretiens individuelles et de groupe**, ainsi que les observations directes. Les entretiens individuels et de groupe seront réalisés d'abord avec des acteurs et intervenants (agents de santé et autres acteurs clés du système de santé et services communautaires). Elles viseront entre autres à identifier et comprendre : les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements et la prise en charge des complications post avortement, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, etc. Les entretiens seront aussi menés avec diverses catégories de populations homogènes au plan du profil sociodémographique (jeunes femmes mères de 15-24 ans, leaders communautaires ou d'opinion, etc.). Elles viseront à identifier les déterminants associés aux GND/avortements ainsi que les perceptions des GND/avortements. **Des études de cas** seront menées auprès de jeunes filles (15-24 ans) ayant été confrontées à des GND et/ou ayant eu recours à l'avortement (clandestin ou légal selon le pays) et prises en charge dans un service de soins post-avortements. Il s'agira de documenter leurs parcours, les difficultés rencontrées pour l'accès aux informations et aux soins, les éventuelles pressions et/ou la stigmatisation subies de la part de leur entourage ou du personnel soignant, etc. **Des observations directes** seront faites dans les centres de PF/SR et de soins post-avortements. Il s'agira d'observer les consultations de la population

générale et particulièrement des jeunes et adolescents dans les centres de SR 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 cas d'avortements provoqués. Comme outils de collecte des données qualitatives, **des guides d'entretiens** qui exposent les thèmes à aborder, seront élaborés suivant les contextes propres de la R.D. Congo et serviront à collecter les données sur le terrain. Ces guides présenteront des questions qui peuvent être adaptées au contexte socio-économique et politique des pays et en fonction du profil des personnes à interviewer. Ils aborderont entre autres les questions relatives aux différents facteurs socio-économiques et culturels qui influencent la survenue d'une GND. Les facteurs proximaux et distants associés aux GND, aux avortements provoqués, les croyances normatives, comportementales ou de contrôle en lien avec les GND et les avortements ainsi que les vécus et perceptions des GND/avortements seront abordés. L'appréciation de la satisfaction et de la qualité des services PF/SR par les clientèles cibles et les perceptions et attentes seront recueillies au travers de ce guide d'entretiens. **Une grille d'observation** qui expose les éléments à observer dans les services des PF/SR et de soins post-avortements sera élaborée pour les observations directes.

**Les données quantitatives** seront obtenues par extraction des données secondaires dans les registres et les rapports d'études. Les techniques et les outils à utiliser seront fonction des sources et de la nature des informations. Ces informations seront en grande partie qualitatives, même si des données quantitatives seront extraites des documents/rapports d'études disponibles selon les pays. **La partie quantitative s'appuiera sur une grille d'extraction des données statistiques secondaires des registres des structures qui seront retenues pour l'étude.** Elle permettra de dresser le portrait de la situation et des besoins notamment la capacité technique des structures de références au niveau nationales en matière d'offre des services de prévention et de prise en charge des GND/avortements. Les données à collecter à partir du guide concernent les statistiques de routine disponibles dans les hôpitaux, centres de Santé et maternités où ont lieu les consultations, la disponibilité des ressources humaines et matérielles, les types des services offerts, la disponibilité des intrants et autres matériels, l'adéquation du cadre physique, le suivi/supervision et le système d'enregistrement en place,

le niveau d'utilisation, la couverture des clientèles, l'organisation et le fonctionnement, etc.

### 3.2. TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE

L'échantillonnage va porter sur les acteurs à enquêter. Ici, tous les acteurs des villages sélectionnés seront interviewés. Les principaux acteurs retenus sur la base des études diagnostics de Médecins du Monde sont les suivants : les agents de santé, le Haut-Commissaire et les Préfets, les élus locaux (maires, conseillers municipaux), les responsables coutumiers et religieux, les chefs de canton, les autorités sanitaires (Equipe cadre de district), les comités de gestion des centres de santé (COGES), les agents de Santé Communautaire et les accoucheuses Villageoises, les organisations communautaires et ONG locales, les médias et les bénéficiaires (usagers) des soins de santé en général et des soins de santé de la reproduction en particulier.

## 4. PRINCIPES ÉTHIQUES

Le programme de recherche sera soumis à l'avis des comités nationaux d'éthique pour leur présenter les objectifs de l'étude, rappeler les principes d'anonymat et de confidentialité et le caractère volontaire de la participation à l'étude. Des fiches d'information seront remises aux différents informateurs et leur consentement sera recueilli au moyen de fiches de consentement à signer avant toute intervention.

## 5. TECHNIQUES ET OUTILS D'ANALYSE DES DONNÉES

La validité des données est renforcée par notre stratégie de recherche en profondeur et d'utilisation de multiples sources de données probantes. Dans chaque pays, des assistants de recherche (des étudiants de préférence), supervisés par le coordonnateur pays, seront déployés sur les sites de recherche. Après son terrain, chaque assistant rédigera une monographie puis une analyse transversale du volet dont il a la charge. Ensuite, chaque coordonnateur pays réalisera une synthèse pays. Enfin, l'investigateur principal analysera de manière globale les données-pays. L'ensemble de ce processus sera collectif pour renforcer la validité des conclusions. Un atelier de démarrage entre cher-

cheurs s'assurera de la compréhension commune des concepts, du cadre d'analyse et des stratégies de collecte de données. Les logiciels de traitement des données qualitatives (N'Vivo) et quantitatives (SPSS) serviront de plateforme d'analyse commune tout au long de la recherche. Toutes les entrevues seront enregistrées, transcrites puis codées. Une analyse de contenu sera effectuée. Une analyse collective sera organisée.

Des analyses descriptives (moyenne, médiane, étendues, fréquences, etc.) seront effectuées concernant les caractéristiques sociodémographiques et comportementales des répondants en utilisant le logiciel SPSS. Les données quantitatives extraites des registres et rapports d'études disponibles feront l'objet d'une synthèse en vue de renseigner certains indicateurs clés de comportement et de connaissances en lien avec la SR chez les jeunes filles et garçons. Selon la disponibilité des données, des tableaux synthétiques voire des figures illustrant l'évolution des certains indicateurs en matière de SR seront présentés avec quelques éléments comparatifs. À titre indicatif, les indicateurs ci-après seront documentés en raison du lien avec les GND : l'âge moyen au premier rapport sexuel, l'âge moyen à la naissance du premier enfant, la prévalence des GND, en général et chez les 15-24 ans en particulier, la prévalence des comportements sexuels à risque chez les jeunes femmes, la prévalence des violences sexuelles envers les femmes, le niveau de connaissance et le taux de couverture des méthodes contraceptives (incluant les préservatifs et les méthodes dites traditionnelles, la prévalence des avortements provoqués, etc.). Ces indicateurs seront interprétés en perspectives avec les données qualitatives en vue d'avoir un cadrage et une compréhension plus fine des déterminants et leurs impacts selon les régions, contexte spécifique de chaque pays.

Sur le terrain, un journal de bord sera tenu, dans lequel sera consigné quotidiennement les faits et constats marquants et les informations complémentaires à rechercher ou à valider (Muccchielli, 1996), (Paillé & Mucchielli, 2003). Ce journal de bord constitue un document accessoire important qui permettra le cas échéant d'enrichir le processus d'analyse et l'interprétation de données (Muccchielli, 1996).

## 6. RAPPORTAGE ET RESTITUTION

Au terme de la recherche, le coordonnateur pays fournira un rapport provisoire qui sera soumis au

commanditaire de l'étude pour amendements. Les résultats feront par la suite l'objet d'une restitution nationale qui réunira les commanditaires de l'étude, les utilisateurs de connaissances, les décideurs ainsi que certains acteurs ayant pris part à l'étude. La validation du rapport provisoire et les discussions nourries de la restitution permettront l'élaboration d'un rapport final qui va exposer les résultats de la recherche et les recommandations. Ce rapport basé sur les termes de référence de l'étude sera livré aux commanditaires dans un délai qui sera négocié par l'investigateur principal.

## 7. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Bonvalet, P. [2014]. *De l'urgence politique à la gestion de l'action politique: construire et institutionnaliser l'accès aux traitements du VIH/sida au Bénin*. Université de Bordeaux.
- Borghi, J. [2001]. Le coût des soins de santé maternelle et les alternatives de financement. Dans V. D. Brouwere, & W. V. Lerberghe, *Réduire les risques de la maternité: Stratégies et évidence scientifique* [pp. 259-314]. Antwerp: ITG Press.
- Creswell, W. J., & Plano, C. V. [2007]. *Designing and conducting mixed methods research*, Thousand Oaks. Calif: SAGE Publications.
- Eben-Moussi, E. [2006]. *L'Afrique doit se refaire une santé. Témoignages et réflexions sur quatre décennies de développement sanitaire*. Paris: L'Harmattan.
- Imorou, A.-B. [2006]. *Cliniciens versus santé publique: une analyse socio-anthropologique de la mise en œuvre d'une réforme sanitaire au Bénin*. Marseilles: EHESS.
- LAPLANTINE, F. [1992]. *Anthropologie de la maladie*. Paris: Payot.
- Memmi, S. [2013]. Contraceptive behaviour as a marital responsibility in the occupied Palestinian territory: a cross-sectional survey. *The lancet. Health in the occupied Palestinian Territory 2013*, 25.
- Paillé, P., & Mucchielli, A. [2003]. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin.
- Ridde, V. [2004]. *Equité et politique publique au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Ridde, V. [2007]. *Equité et mise à l'épreuve des politiques de santé au Burkina Faso*. Paris: L'Harmattan.
- Sambiéni, E. N. [2012b, août]. Les femmes dans les soins maternels au Bénin. Le rendez-vous manqué! *Revue Dezan* (numéro spécial de relance), 78-93.
- Sambiéni, E. N. [2013, Juin]. L'infortune sanitaire de l'infidélité tolérée chez les Pendjariens autochtones au Bénin. *Les Cahiers du CBRST* (3), 186-222.
- SAMBIENI, N. E. [2012a]. *Gouverner la maternité au Bénin. Les difficiles conditions d'application des politiques sanitaires dans le territoire de la Pendjari*. Liège : Université de Liège.
- Zongo, S. [2012]. « L'enfant de la séropositivité » ou « l'enfant de la grâce de Dieu »: conceptions de l'enfant chez les femmes confrontés à l'infection à VIH au BURKINA FASO. Récupéré sur Anthropochildren: <http://popups.ulg.ac.be/anthropoChildren/document.php?id=1165>

## ANNEXE 2 : GUIDES D'ENTRETIENS

### GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES SOIGNANTS

**Objectif de l'entretien :** identifier et comprendre les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, les représentations des soignants.

**Personnes susceptibles d'être interrogées :** médecins (généralistes, gynécologues, obstétriciens, autres...) ; sages-femmes ; accoucheuses ; infirmiers, AIS et aides-soignants ; etc.

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité, obtenir le consentement

*En italique, exemple de relances ou de précisions pour bien cerner la réponse, si possible toujours demander des exemples concrets en respectant éthique et secret médical.*

#### IDENTIFICATION

- Statut de l'agent (*IDE, IB, SFE, AA, AB, etc.*)
- Aire de santé (*CSPS, CMA, etc.*)
- Poste (*dispensaire, maternité, SMI, etc.*)
- Responsabilité (*chef de poste, responsable maternité, etc.*)
- Niveau d'études et formation (*nombre d'années, type de formation*)
- Âge
- Religion (*pratiquant, non pratiquant*)

#### 1. SUR SON RÔLE :

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Depuis quand faites-vous ce travail ? Que faisiez-vous avant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce lieu ?
- Quels sont les lieux/territoires/centres de santé/communauté où vous intervenez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

#### 2. SUR LA PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des grossesses non désirées dans votre aire de santé ? Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables dans votre aire de santé ? Pourquoi ?
- De quels moyens disposez-vous pour prévenir les grossesses non désirées ? À quel(s) public(s) s'adressent-ils ? *[ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...]*
- Comment cela s'organise-t-il particulièrement pour les adolescents et les jeunes ? *[étapes, quels professionnels concernés, expériences personnelles ?]*
- Quels est/sont selon vous, le(s) moyen(s)/dispositifs le(s) plus efficace(s) pour cette prévention ? Pourquoi ?
- Quels sont les acteurs/institutions responsables pour la mise en place de ces dispositifs *[santé publique locale, centrale, ministère de la santé, ONG, autres...]*
- Quels sont les interlocuteurs des femmes/adolescent(e)s et jeunes dans chacun de ces dispositifs ? Quelle est leur formation ?
- Quels sont les moyens contraceptifs disponibles ? Lesquels sont interdits ?
- Comment se déroule l'accès à ces contraceptifs ?
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des informations sur la contraception ? Lesquelles ?
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des contraceptifs ? Lesquelles ? *[disponibles pour femmes]*



*en union ? Accès pour mineures ? les adolescent (e)s et les jeunes ?*

- Que pensez-vous des méthodes contraceptives *[Bénéfices et inconvénients des différentes méthodes]* ? Sont-elles adaptées aux jeunes ? Quels sont les rapports des populations aux méthodes contraceptives ?
- Comment se fait la prise en charge des grossesses non désirées à votre niveau ? Bénéficiez-vous d'un accompagnement institutionnel et communautaire [ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.] ?

### 3. SUR LA PRISE EN CHARGE DES SUITES D'AVORTEMENTS DANS LE CADRE D'UNE GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des avortements dans votre aire de santé ? Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Quels sont les types d'avortements que vous rencontrez souvent (spontanés, provoqués) ? Qu'est-ce qui les distingue ?
- Selon vous quelles en sont les principales causes dans cette zone particulièrement ?
- Que savez-vous sur les dispositions juridiques sur l'avortement au Burkina Faso [légal ? illégal ? sanction, etc.]
- Comment se fait la prise en charge d'une [jeune] femme ayant fait un avortement ou une tentative d'avortement à risque/non suivi médicalement ?
- Y a-t-il des protocoles préconisés ? Sont-ils les mêmes selon que l'on soit en face d'un avortement spontané ou provoqué ?
- Que pensez-vous de ces protocoles ? Sont-ils adaptés ? Pourquoi ?
- Si une femme en situation de GND exprime son désir d'avorter, que peuvent faire les soignants pour elle ? *[orientation, dissuasion, mesures d'ordre médical et/ou psychologique]*
- Que faites-vous personnellement face à une [jeune]

femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ? Avez-vous déjà accompagné une [jeune] femme ou un couple dans la réalisation de ce désir ? Pourquoi ?

- Quels sont les risques associés aux avortements ? *[risques pour la santé de la femme, d'ordre légal...]*
- Avez-vous déjà été confronté à un retard de recours aux soins suite à un avortement provoqué ? *[Peur des femmes d'être dénoncées, stigmatisées ? Conséquences pour la santé de la femme ?]*
- Avez-vous déjà suivi une femme qui est décédée des suites d'un avortement provoqué ? Que s'est-il passé ?

### 4. RAPPORTS AUX GND/ AVORTEMENTS

- En tant que soignant que pensez-vous de l'avortement ? *[Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?]*
- Selon vous, y a-t-il des contradictions entre votre rôle de soignant, la perspective de santé publique et le fait que l'avortement soit illégal ? *[Contradictions entre soins et respect de la loi]*
- Que pensez-vous des femmes qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est selon vous, la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- Quels sont vos besoins en matière de :
  - Prévention des GND et avortements ? Particulièrement pour les adolescent (e)s et les jeunes
  - Prise en charge de suites d'avortements

## GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTRES ACTEURS

**Objectif de l'entretien :** identifier et comprendre les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, les représentations des soignants.

**Personnes susceptibles d'être interrogées :** membres de la communauté (Agents de santé communautaires, leaders religieux, coutumiers, autorités administratives, associations/ONG, autorités judiciaires, etc.) ; assistants sociaux ; conseillers psychosociaux, éducateurs, etc.

**Remarques :** Les questions seront adaptées en fonction du statut des acteurs et du contexte.

*En italique, exemple de relances ou de précisions pour bien cerner la réponse, si possible toujours demander des exemples concrets en respectant éthique et secret médical.*

### 1. IDENTIFICATION

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Type d'informateur (membre ONG, association, leader religieux, ASC, etc.)
- Niveau d'études
- Formation (*nombre d'années, type de formation*)
- Fonction/Responsabilité (chef de service, chef de village, éducateur, etc.)
- Nombre d'années de service (si fonction)
- Localité
- Âge
- Religion (*pratiquant ou non pratiquant*)

### 2. SUR SON RÔLE

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Depuis quand faites-vous ce travail ? Faisiez-vous un travail différent avant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans cette localité ?
- Quels sont les lieux/territoires/centres de santé/communauté où vous intervenez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

### 3. SUR LA PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des grossesses non désirées dans votre zone ? Quelles en sont les principales causes ?
- Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Quelles sont les moyens disponibles à votre niveau pour faire face à ce phénomène ? À quel(s) public(s) s'adressent-ils ? (*ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...*)
- Quels est/sont selon vous, le(s) moyen(s) le(s) plus efficace(s) pour les jeunes particulièrement ? Pourquoi ?
- Quels sont les acteurs/institutions responsables pour la mise en place de ces dispositifs (*santé publique locale, centrale, ministère de la santé, ONG, autres...*)
- Quels sont les moyens contraceptifs disponibles ? Lesquels sont interdits ?
- Comment se déroule l'accès à ces contraceptifs ? Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des contraceptifs ? Lesquelles ? (disponibles pour femmes en union ? Accès pour mineures ? les adolescent (e)s et les jeunes)
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des informations sur la contraception ? Lesquelles ?
- Que pensez-vous des méthodes contraceptives

*[Bénéfices et inconvénients des différentes méthodes] ?*

- Pensez-vous que les jeunes peuvent et doivent les utiliser ? Pourquoi ?
- Lorsqu'une jeune fille se retrouve enceinte sans le vouloir, que se passe-t-il pour elle ? Que faites-vous ? *[accompagnement ? rejet ? avortement ?]*
- Y a-t-il des structures communautaires ou étatiques qui prennent en charge les cas de GND dans votre localité [ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.] ? Comment cela se passe-t-il ?

#### 4. SUR LA PRISE EN CHARGE DES SUITES D'AVORTEMENTS DANS LE CADRE D'UNE GND

- Pouvez-vous nous parler des avortements [clandestins] dans votre zone ? Quelles sont d'après vous les principales causes et les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que savez-vous sur les dispositions juridiques sur l'avortement au Burkina Faso [légal ? illégal ? sanction, etc.]
- Lorsque vous découvrez qu'une jeune fille ou une femme a tenté d'avorter ou a avorté clandestinement, que faites-vous ? [recours aux soins, rapport avec l'entourage, etc.]
- Selon vous, si une [jeune] femme en situation de GND souhaite avorter, que peut-on ou que doit-on faire pour elle ? *[orientation, illégal, mesures d'ordre médical et/ou psychologique]*
- Que faites-vous personnellement face à une [jeune] femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ? Avez-vous déjà accompagné/assisté une [jeune] femme ou un couple dans la réalisation de ce désir ? Pourquoi ?
- Quels sont les risques associés aux avortements ? *[risques pour la santé de la femme, d'ordre légal, conséquences scolaires, professionnelles...]*
- Avez-vous déjà suivi une femme qui est décédée des

suites d'un avortement clandestin ?

- Quelles sont les dispositions juridiques ou communautaires en matière d'avortement au Burkina Faso [dans votre localité] ?
- En tant que *[leader religieux, coutumier, agent de santé communautaire, autorité judiciaire, etc.]* que pensez-vous de l'avortement ? *[Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?]*
- Que pensez-vous des jeunes [femmes] qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- Selon vous, il y a-t-il des contradictions entre votre fonction/rôle, la perspective de santé publique et le dispositif juridique sur l'avortement au Burkina Faso ? *[Contradictions entre soins et respect de la loi]*
- Que peut-on faire pour lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins dans votre localité ?

## GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES (JEUNES FILLES ET AUTRES FEMMES AYANT UNE EXPÉRIENCE DE GROSSESSES ET OU D'AVORTEMENTS)

MdM cherche à documenter et à analyser de façon approfondie les déterminants et les expériences liés aux grossesses non désirées (GND) et aux avortements dans le district sanitaire de Djibo. Les objectifs sont de mieux cerner d'une part, les besoins non satisfaits en la matière (y compris le profil des femmes touchées) et d'autre part, les barrières – tant « environnementales » que liées aux femmes concernées – qui se heurtent à la prévention et la prise en charge des GND et des avortements. Cette étude devrait permettre d'abord d'affiner les stratégies d'intervention de MdM (identification des aspects « vulnérables » par des politiques et stratégies, aux différents niveaux d'intervention depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau politique) et ensuite de tirer des leçons transversales, diffusables auprès du public et des preneurs de décision, qui concourront à atteindre l'objectif général du programme, à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées » par des changements positifs et durables des pratiques et des législations.

### Consigne de relance et conduite de l'entretien

- Dans un premier temps, ne poser que des questions factuelles, du genre « et après ?, et alors ? » ou redonner la parole à la personne en appuyant ce qu'elle vient de dire.
- Dans un second temps, faire les relances thématiques en abordant les thèmes que la personne interviewée n'a pas évoqués ou en revenant sur les questions trop elliptiques

## THÈMES À EXPLORER

### 1. SURVENUE DE LA GND

*Lorsque vous avez été enceinte sans l'avoir prévu, pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?*

- Réactions au constat de l'état de grossesse
- Réactions du partenaire et de l'entourage (*à quel moment ou dans quelles conditions il a été informé, réactions et attitudes vis-à-vis de la grossesse*)
- Situation affective, familiale, professionnelle, matérielle et financière au moment de la grossesse.
- Projet (s) d'enfant (s)
- Implication du partenaire dans le (s) projet(s)
- Grossesses antérieures non prévues éventuelles

### 2. PROCESSUS DÉCISIONNEL

#### Si décision de poursuite de la grossesse

*Lorsque vous avez choisi de garder la grossesse, que s'est-il passé ?*

- Raisons du choix
- Réactions du partenaire et de l'entourage (soutien, rejet, déni)
- Gestion et suivi de la grossesse
- Types de soutien reçus (moral, financier, psychologique, matériel, etc.)
- Acteurs impliqués (famille, partenaire, amis, action sociale, ONG, etc.)
- Impacts sur les études/la vie professionnelle/la vie familiale
- Difficultés rencontrées

#### Si décision d'avortement clandestin

*Lorsque vous avez décidé d'avorter, qu'avez-vous fait ?*

- Raisons du choix
- Premier interlocuteur
- Démarches entreprises
- Choix du lieu de l'intervention

- Stratégies utilisées (techniques pour avorter, personnes impliquées, description dans conditions dans lesquelles s'est déroulée l'avortement ou la tentative d'avortement ...)
- Difficultés rencontrées

### 3. ACCÈS AUX SOINS POST-AVORTEMENTS

Comment êtes-vous arrivés au centre de santé, et que s'est-il passé ?

- Description du processus ayant conduit au centre de santé
- Accueil du personnel soignant
- Types de soins reçus (*description de la prise en charge médicale*)
- Prise en charge financière des soins
- Comportement de soignants
- Comportement de l'entourage
- Perceptions et vécu des soins

### 4. CONTEXTE NORMATIF

*Que pensez-vous des GND et de l'avortement ?*

- Opinion personnel (*légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?*)
- Attitude et opinion de l'entourage (familial, amical, communautaire, religieux)
- Connaissances sur les dispositions juridiques
- Connaissances sur les risques (sanitaires, sociaux, etc.)
- Connaissance de personnes ayant déjà effectué un avortement (*explorer le contexte et les raisons*)

### 5. RAPPORTS À LA CONTRACEPTION

*Que pourriez-vous nous dire au sujet de la contraception ?*

- Expérience personnelle de la contraception (*depuis*

*le début de la vie sexuelle, en insistant sur le premier rapport sexuel*)

- Information contraceptive (*échanges sur la sexualité et/ ou la contraception dans la famille, à l'école, avec le ou les partenaires ; stratégies d'accès à l'information et aux méthodes*)
- Contraception utilisée au moment de la grossesse non prévue (*explication de l'échec*)
- Conscience du risque de grossesse au moment du rapport qui a donné lieu à la grossesse non prévue
- Méthode de contraception actuelle (implication du partenaire, rôle du prescripteur dans le choix, etc.)
- Opinion globale sur les méthodes contraceptives (comparaison des bénéfices et des inconvénients des différentes méthodes, discours populaires,...)
- Opinion sur l'accès des jeunes et adolescents aux méthodes contraceptives (discours, accès, difficultés, etc.)

### 6. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES À RECUEILLIR EN FIN D'ENTRETIEN

- Âge
- Niveau d'études
- Religion
- Antécédents de GND et d'avortements
- Nombre et âge des enfants
- Lieu de résidence

## ENTREVUES DE GROUPE GND/ AVORTEMENTS

### Les participants

- Les groupes stratégiques préalablement identifiés dans le district concerné par l'étude :
  - les jeunes femmes (15-24 ans)
  - les jeunes garçons (15-24 ans)
  - les femmes (+ 24 ans)
  - les hommes (+24 ans)
- Nombre de participants : 06 à 07 au maximum/ rencontre
- Lieux des réunions : hors des structures de santé
- Identification des participants : sexe, âge, statut, localité, religion, responsabilité

### But des rencontres

Identifier les déterminants associés aux grossesses non désirées/avortements et les perceptions des GND/avortements. On s'intéressera aux :

- 1) discours et perceptions des grossesses non désirées et les avortements chez les adolescents et les jeunes
- 2) pratiques que cela induit en termes de prévention, d'accès aux soins et de prise en charge (communautaire et médicale) dans le district sanitaire de Djibo.

## CANEVAS DE DISCUSSION

### La contraception/planification familiale

- Que pouvez-vous nous dire sur la contraception ? Sur la planification familiale (but, méthodes, lieux d'obtention des contraceptifs, population cible, etc.) ?
- Comment et où avez-vous obtenu ces informations ?
- Que pensez-vous de la contraception et de la planification familiale ?
- Pensez-vous que les jeunes peuvent recourir à la contraception ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous des jeunes qui ont recours à la contraception ?

### Les constructions autour de la prévention et de la prise en charge des GND chez les adolescents et jeunes

- Qu'est-ce qui selon vous, peut faire que des jeunes se retrouvent en situation de grossesse/parents sans le vouloir ?
- Connaissez-vous des personnes qui sont dans cette situation ? Comment vivent-elles ?
- Que pensez-vous des grossesses non désirées chez les jeunes ? Quelles en sont les conséquences selon vous ?
- Selon vous, comment peut-on éviter les GND ?
- Quelles sont les moyens disponibles à votre niveau ? À qui s'adressent-ils ? *[ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...]*
- Quels sont ceux que vous utilisez et ceux que vous n'utilisez pas ? Pourquoi ?
- Comment se fait l'accès à ces moyens ? Sont-ils à la portée des jeunes ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour y accéder ?
- Lorsqu'une jeune fille (votre petite amie) se retrouve enceinte sans l'avoir voulu, que se passe-t-il pour elle ? Que faites-vous ? *[accompagnement ? rejet ? avortement ?]*
- Y a-t-il des structures communautaires ou étatiques qui prennent en charge les cas de GND dans votre localité (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ? Comment cela se passe-t-il ?

### Prise en charge des suites d'avortements dans le cadre d'une GND

- Que pouvez-vous nous dire au sujet de l'avortement ? [risques sanitaires, risques sociaux, dispositions juridiques, principes moraux, etc.]
- Selon vous, qu'est-ce qui peut conduire une jeune fille à vouloir avorter ?

- Quels sont les stratégies utilisées ?
- Lorsque vous découvrez qu'une jeune fille ou une femme a tenté d'avorter ou a avorté clandestinement, que faites-vous ? [recours aux soins, dénonciation, etc.]
- Selon vous, si une [jeune] femme en situation de GND souhaite avorter, que peut-on et que doit-on faire pour elle ? [*orientation, dissuasion, dénonciation, mesures d'ordre médical et/ou psychologique*]
- Que faites-vous personnellement face à une [jeune] femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ?
- Connaissez-vous des personnes décédées des suites d'un avortement ? Que s'est-il passé ?
- Avez-vous une idée de comment se fait la prise en charge médicale après un avortement clandestin ? Qui paye les soins ?
- Que pensez-vous des femmes qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- En tant que [jeune fille/jeune garçon/mères/leaders d'opinion...] que pensez-vous de l'avortement ? [*Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?*]
- Que peut-on faire pour lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins dans votre localité ?

## GRILLE D'OBSERVATION

### Observer qui ?

- Les prestataires de soins dans leurs interactions avec les usagers et leurs collègues : les propos échangés sur les malades, l'établissement du diagnostic, les prescriptions, les interrogatoires, l'attitude devant le malade, l'attitude devant les accompagnants, les explications données aux usagers, etc.
- Les usagers dans leurs interactions avec les prestataires de soins et les autres usagers : les réactions face aux diagnostics, aux prescriptions, aux soins, les réactions face aux explications données sur leur état

de santé, les comportements en dehors des structures de santé etc.

### Observer où ?

- Dans les maternités (Suites de couches, soins post-avortements)
- SMI/PF
- centres de SSR

### Observer quand ?

- Pendant les consultations
- Pendant les soins aux malades
- Pendant les entretiens aux domiciles des usagers

### Les observations doivent faire l'objet de prise de notes.

x

## ANNEXE 3 : CALENDRIER DE LA MISSION

Il est nécessaire d'établir un calendrier indicatif à cause du temps nécessaire à l'autorisation de la recherche. Le calendrier se présente comme suit :

CODE	ACTIVITÉS	INTERVENANTS	PÉRIODE D'EXÉCUTION
<b>1</b>	<b>Préparation et revue documentaire</b>		<b>1 semaine</b>
1.1	Séance de cadrage méthodologique avec l'équipe locale MdM	Equipe de coordination de MdM, Ministère santé	2 jours (y compris délais de route)
1.2	Mobilisation et exploitation des documents au niveau de MdM Burkina Faso	Coordination et chef équipe	5 jours
<b>2</b>	<b>Enquête de terrain</b>		<b>3 semaines</b>
2.1	Formation des enquêteurs et organisation pratique des enquêtes de terrain (y compris le test des outils) et l'installation des enquêteurs	Coordination et chef équipe	3 jours
2.2	Administration des entretiens	Consultants et enquêteurs	15 jours
2.3	Séance de travail et de récupération des données d'enquêtes	Consultants et enquêteurs	2 jours
<b>3</b>	<b>Traitement des données et analyse des données</b>		<b>6 semaines</b>
3.1	Transcription des entretiens enregistrés	Consultants et transcrip-teurs	3 semaines
3.2	Analyse des données, compilation des conclusions	Coordination et consultant	3 semaines
<b>4</b>	<b>Rapportage et restitution</b>		<b>2 semaines</b>
4.1	Rédaction du rapport provisoire	Coordination et consultant pays	1 semaines
4.2	Séance de débriefing avec MdM	Consultant principal	2 jours
4.3	Atelier de restitution pour validation des résultats par les acteurs nationaux	Consultant principal	1 jour
4.4	Correction et finalisation du rapport de l'évaluation	Consultant principal	2 jours
	Dépôt du rapport final	Consultant principal	Non considéré











**SOIGNE  
AUSSI  
L'INJUSTICE**