

Femmes et accès aux soins en République démocratique du Congo : des barrières liées au genre

Women and access to health care in the Democratic Republic of Congo: barriers related to gender

Hélène Lambert¹, Jean-Bosco Kahindo Mbeva^{1,2,3}

↳ Résumé

Introduction : L'étude présentée dans cet article cherche à comprendre les barrières rencontrées par les femmes pour accéder aux soins de santé dans la ville de Goma, en République démocratique du Congo.

But de l'étude : Nous avons opté pour une recherche de type qualitatif en utilisant une méthode d'analyse inductive générale. Nous nous sommes penchés sur le vécu, les perceptions et les représentations de la population et des prestataires de soins en conduisant au total 66 entretiens semi-directifs. Nous avons également organisé six *focus groups*. Au total, 109 personnes ont participé à l'étude.

Résultats : À Goma, le recours aux structures de soins nécessite souvent l'accord préalable du mari ou du chef de famille. Au sein des hôpitaux et des centres de santé, le harcèlement sexuel semble être une pratique fréquente qui peut dissuader certaines femmes ou filles de s'y rendre. Dans la population féminine, les jeunes, les mères célibataires et les femmes victimes de violences sexuelles rencontrent des obstacles spécifiques. Les soignants, loin d'être des techniciens neutres, sont imprégnés des normes culturelles et religieuses dominantes, ce qui retentit sur les prestations délivrées.

Conclusions : En mettant en relation le genre et l'état civil, l'âge, le niveau d'éducation et le profil socio-économique, nous avons pu déterminer les barrières spécifiques que rencontrent certaines catégories de femmes. Les femmes ne sont néanmoins pas les seules à rencontrer des difficultés dans l'accès aux soins. Il serait intéressant de mener des études sur d'autres groupes discriminés afin d'accéder à une compréhension globale de la situation.

Mots-clés : Femmes ; Accessibilité ; Soins de santé ; République démocratique du Congo.

↳ Abstract

Introduction: This study seeks to understand the barriers women face in accessing modern health care in the city of Goma, the capital of North Kivu province of the Democratic Republic of Congo.

Purpose of research: We examined the experiences, perceptions and representations of the population and caregivers by conducting a total of 66 semi-directive interviews.

Results: In Goma, the use of healthcare facilities often requires the prior consent of the husband or head of the family. Within hospitals and health centers, sexual harassment appears to be a common practice that may discourage some girls or women from accessing health care. In the female population, young girls, single mothers and women victims of sexual violence face specific obstacles. Caregivers, far from being neutral technicians, are imbued with dominant cultural and religious norms; this has repercussions on the services provided.

Conclusions: By relating gender to marital status, age, education level and socio-economic profile, we were able to understand the specific barriers faced by certain categories of women. However, women are not the only ones facing difficulties in accessing care. It would be interesting to track studies on other discriminated groups in order to gain a global understanding of the situation.

Keywords: Women; Accessibility; Health care; Democratic Republic of the Congo.

¹ ULB-coopération – Bruxelles – Belgique.

² Université officielle de Ruwenzori (UOR) – Butembo – République démocratique du Congo.

³ Université libre des Pays-des-Grands-Lacs (ULPGL) – Goma – République démocratique du Congo.

Introduction

À l'est de la République démocratique du Congo (RDC), la province du Nord-Kivu reste marquée par des conflits extrêmement meurtriers dont font partie la deuxième guerre du Congo et la guerre du Kivu ; en 2008, la Banque africaine de développement (BAD) estimait à 5,4 millions le nombre de personnes décédées depuis 1994 en raison des violences, de la famine et des maladies qui en ont découlé [1]. L'instabilité de cette région a induit une déstructuration du système de santé et contribue à entretenir une situation sanitaire précaire. Dans ce contexte, la population a difficilement accès aux soins de santé pour des raisons économiques. À ces difficultés s'ajoutent des barrières d'ordre culturel rencontrées spécifiquement par les femmes. Les études et enquêtes révèlent qu'en RDC, un déséquilibre lié au genre persiste dans tous les domaines de la vie sociale. En outre, les violences basées sur le genre, notamment les violences sexuelles, sont souvent dénoncées par les nombreuses organisations non gouvernementales (ONG) et institutions internationales présentes dans la région [2, 3]. Malgré cette situation, nous n'avons trouvé que peu d'études s'intéressant aux barrières que rencontrent les femmes pour accéder aux soins de santé. Au Nord-Kivu, une étude quantitative a étudié l'accès aux soins de populations déplacées dans un contexte d'aide humanitaire médicale [4]. Les autres études existantes se focalisent plutôt sur la question des violences sexuelles ; elles s'intéressent par exemple à leurs déterminants, en établissant des données chiffrées [5] ou en questionnant le paradigme du viol en tant qu'arme de guerre [6].

L'idée originelle de cette étude est partie d'une nécessité, celle de mieux connaître le contexte des inégalités et des discriminations dans l'accès aux soins de santé, avec pour objectif d'élaborer et de mettre en œuvre des actions afin d'améliorer l'accès aux soins. Nous avons cherché à comprendre quelles barrières rencontraient les femmes pour accéder aux soins de santé à Goma et quelles catégories parmi elles étaient discriminées dans cet accès.

Matériels et méthodes

La méthodologie choisie pour cette étude est qualitative.

Échantillon

Nous nous sommes intéressés à deux catégories de personnes : les usagers de soins (55 entretiens), d'une part, et les prestataires de soins (11 entretiens), d'autre part. Nous avons opté pour un échantillon à variation maximale. Aussi, pour la première catégorie, trois critères de variation ont été retenus : le genre, la catégorie d'âge¹ et le niveau socio-économique². Notre but était de déterminer si ces facteurs influençaient l'accès aux soins et, le cas échéant, de quelle façon. De même, nous nous sommes entretenus avec des prestataires de soins (infirmiers, sages-femmes ou médecins) qui devaient exercer des fonctions différenciées au sein des structures de soins pour être inclus dans l'étude. Nous avons ensuite souhaité approfondir certaines questions en nous adressant à des groupes spécifiques de femmes, *via* des associations locales. Ainsi, nous avons interrogé des mères célibataires (aussi appelées « filles-mères »), des veuves, des travailleuses du sexe et des femmes ayant été victimes de violences sexuelles. Parallèlement, nous avons organisé six *focus groups* sur les violences liées au genre avec 43 soignants au sein de structures de santé. Au total, 109 personnes ont participé à l'étude (tableau I).

Collecte des données

L'étude s'est déroulée de février à mai 2018 en deux étapes. Dans un premier temps, nous avons interrogé des personnes au sein de la « population générale » dans six quartiers aux profils socio-économiques différents³, tout en

¹ Nous avons retenu trois catégories d'âge : de 16 à 25 ans (*jeunes*) ; de 25 à 55 ans (*moins jeunes*) ; 55 ans et plus (*personnes âgées*). Par « jeunes », nous entendons une catégorie de personnes potentiellement engagées dans un cursus d'études ou sans emploi, pas encore mariées mais toujours dépendantes des parents ou d'autres membres de la famille pour l'accès aux soins. Par « moins jeunes », nous entendons une catégorie de personnes rencontrant potentiellement des problèmes de santé liés à la vieillesse et dépendant financièrement d'autres membres de la famille. Remarquons que l'espérance de vie à la naissance en RDC était de 59 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes en 2016 [7]. C'est en discutant avec les enquêteurs locaux et en partant de leurs propres expériences et connaissance du milieu que nous avons élaboré ces catégories.

² Pour évaluer le niveau socio-économique, nous avons pris en compte l'activité exercée, les difficultés rencontrées pour subvenir aux besoins élémentaires du ménage, le type de logement et le niveau d'éducation. Nous nous sommes basés pour cela sur *l'Enquête socio-économique d'évaluation de la capacité à payer par les usagers et usagères des services de santé dans les zones de santé de Rutshuru et Goma* [8].

³ Les quartiers où nous avons mené l'enquête sont les suivants : Lac vert et Mugunga (très pauvres) ; Keyshero et Katoy (pauvres) ; Himbi et Office (classes moyenne et supérieure).

Tableau I : Entretiens avec la catégorie « population »

	Genre		Niveau socio-économique			Âge (ans)		
	Homme	Femme	Bas	Moyen	Haut	16-25	25-55	≥ 55
Entretiens dans différents quartiers de la ville	19	28	23	17	7	14	21	12
Entretiens ciblés	0	8	5	3	0	3	3	2

gardant à l'esprit que ces quartiers ne sont pas homogènes. Cette approche a permis de faciliter le travail de sélection des enquêtés parmi la population selon les critères retenus. Nous nous sommes entretenus dans le même temps et les mêmes quartiers avec des soignants au sein de structures de santé. Dans un deuxième temps, nous avons conduit des entretiens ciblés.

Deux guides d'entretien avaient été élaborés au préalable, l'un pour la catégorie « population », l'autre pour la catégorie « prestataires ». Le premier guide d'entretien était structuré de la façon suivante : des questions générales sur les problèmes de santé rencontrés et la façon d'y faire face étaient d'abord posées ; étaient ensuite évoqués les obstacles à l'accès aux soins ; puis l'entretien se terminait par des questions liées au profil de l'interviewé. De manière similaire, le second outil de collecte commençait par des questions générales sur la relation de soin, suivies de questions plus spécifiques portant sur d'éventuelles différences de traitement et se terminait par des items concernant le profil de l'enquêté. Les entretiens duraient en moyenne 1 h 04.

Traitement des données

Une méthode d'analyse de type « inductive générale » [9] a été retenue afin de donner sens aux données récoltées. Dans un premier temps, les entretiens ont été retranscrits intégralement, traduits et lus plusieurs fois. Les données ont ensuite été segmentées et étiquetées. Enfin, quatre grandes catégories ont émergé qui correspondaient à des barrières rencontrées par les femmes dans l'accès aux soins : manque d'autonomie, stigmatisation, harcèlement sexuel et moralisation.

Éthique

Tout au long de la recherche, nous avons veillé à ce que certains principes éthiques soient respectés : un résumé oral des objectifs de l'étude était exposé à chaque

participant ; son consentement était demandé avant chaque entretien ; l'anonymat et la confidentialité étaient garantis et aucune rétribution n'était proposée.

Résultats

Autonomie et accès aux soins

Sous l'autorité du mari ou du chef de ménage

Notre étude révèle d'abord qu'à Goma, le devoir d'obéissance au mari ou au chef de famille est de rigueur, notamment lorsqu'il s'agit de prendre des décisions ayant trait à la santé. Aussi, le recours aux structures de soins nécessite l'accord préalable du mari ou chef de famille :

« E⁴ : *Est-ce que votre femme vous demande la permission pour se rendre aux soins ?*

– R⁵ : *Oui, elle doit me le dire si elle veut aller à l'hôpital.*

– E : *Pourquoi ?*

– R : *Parce que c'est moi qui suis la tête de la maison [...], c'est moi qui vais travailler, c'est moi qui sais s'il y a de l'argent disponible ou pas, c'est moi qui dois payer la facture à l'hôpital et d'autres choses, c'est pourquoi elle doit me demander la permission.* » (Homme, 34 ans, marié, protestant, universitaire, travaillant dans le secteur associatif, niveau socio-économique moyen)

Notons que seules trois femmes parmi celles que nous avons interrogées nous ont confié ne pas avoir à demander la permission à leur mari pour se rendre aux soins. Ces dernières avaient toutes été identifiées comme ayant un niveau socio-économique élevé et un diplôme universitaire. En général, les maris gèrent les revenus des ménages et ont, en l'occurrence, le pouvoir de décision sur ces dépenses.

⁴ Enquêteur.

⁵ Répondant.

Aussi, dans un contexte où les services de santé sont payants et où la population détient très peu de moyens, la dépendance économique des femmes contribue-t-elle à limiter leur accès aux soins.

Pour cette raison, une femme seule se rendant dans une structure de santé sera souvent suspectée de ne pas pouvoir payer les soins. Ce cas est illustré par la réaction de cette infirmière :

« R : *Lorsqu'elles ne s'entendent pas avec leur mari, pour payer la facture, ça devient tout un problème.* » (Femme, infirmière, catholique, religieuse, célibataire, 60 ans)

Certains prestataires de soins ont pu profiter de cette situation et proposer aux femmes vulnérables des soins gratuits ou à prix réduit en échange de faveurs sexuelles :

« R : *Quand une belle femme ou une belle fille arrive à l'hôpital, les infirmiers créent de l'amitié avec elles et commencent à lui demander de l'amour. Vous allez voir les infirmiers en mouvement, surtout chez les femmes pauvres, car ils savent qu'ils vont pouvoir leur demander de l'amour.* » (Homme, 34 ans, marié, protestant, licence, travaille dans le secteur associatif, niveau socio-économique moyen)

Le harcèlement sexuel semblerait être une pratique assez fréquente dans les structures de soins. Les témoignages que nous avons récoltés révèlent que ces faits sont connus par la population et peuvent dissuader certaines filles ou femmes à y avoir recours. Nous n'avons pas recueilli d'informations à ce sujet lors de nos différents entretiens formels avec les prestataires de soins. Lorsque nous avons abordé cette question dans le cadre de *focus groups* au sein des structures de santé, nous nous sommes rendu compte que le harcèlement sexuel n'est pas toujours considéré comme illégitime par les soignants. À titre d'exemple, un infirmier a évoqué le « droit à l'amour » pour qualifier cette pratique et la justifier.

Une autorité reconnue par les soignants

Au sein des hôpitaux et des centres de santé, les soignants reconnaissent l'autorité du mari ou du chef de famille. Ils demandent donc souvent que ce dernier soit présent et/ou informé lorsqu'une femme intègre une structure de soins :

« R : *Lorsqu'elles sont mariées, nous appelons le couple. Lorsque le couple est là, on leur donne des informations ensemble, à la femme et à son mari.* » (Femme, infirmière, 30 ans, mariée, témoin de Jéhovah)

L'accord du mari est particulièrement exigé par les soignants lorsqu'il s'agit de prescrire des contraceptifs. Or l'opposition des hommes constitue l'une des barrières à cet usage par les femmes :

« E : *As-tu déjà reçu les enseignements du planning familial ?*

– R : *Oui, mais c'est mon mari qui n'aime pas qu'on applique le planning familial...*

– E : *Pourquoi ?*

– R : *Il refuse toujours [...]. Parfois je propose à mon mari qu'on arrête un peu les accouchements, mais il me dit qu'on ne peut pas arrêter alors que presque tous nos enfants sont décédés.* » (Femme, 31 ans, mariée, catholique, analphabète, vendeuse de poisson, niveau socio-économique bas)

Cette désapprobation doit être appréhendée dans un contexte culturel où la fertilité de la femme est particulièrement valorisée. Une progéniture nombreuse confère au couple du prestige et une certaine reconnaissance sociale. De ce fait, la procréation par l'épouse est au cœur même des attentes masculines. Dans ce contexte, la pression sociale pour avoir un nombre élevé d'enfants prime souvent sur le bien-être et la santé de la femme.

L'appréhension, voire la peur d'effets secondaires existe également parmi la population :

« R : *Espacer les naissances, ça amène des maladies, des troubles et tout ça.* » (Femme, 45 ans, mariée, protestante, analphabète, vendeuse de clous, niveau socio-économique bas)

Toutes sortes de rumeurs circulant à propos de ces méthodes contribuent à alimenter la suspicion envers les contraceptifs. Notons que certaines Églises prohibent strictement l'usage de la contraception et le recours aux préservatifs :

« R : *Il y a de ces Églises qui malheureusement refusent que leurs fidèles adhèrent aux méthodes contraceptives. [...] Quand c'est le cas, si une femme arrive avec une grossesse à risque, même si tu lui expliques les dangers par rapport à sa santé, elle va te dire que c'est satanique, qu'on ne peut pas arrêter de mettre au monde parce que Dieu nous a recommandé de remplir la terre.* » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

Les prestataires de soins, eux aussi imprégnés par les normes sociales dominantes, expriment des réticences à prescrire des contraceptifs à une femme sans l'autorisation de son conjoint. Certains d'entre eux peuvent être tentés de

négozier avec un mari réticent, notamment lorsque le rapprochement des grossesses risque de mettre la vie de la femme en péril :

« E : *Il faut vraiment laver la mémoire du mari pour qu'il accepte que sa femme se fasse injecter ou que sa femme prenne des pilules contraceptives... Mais il y a certains maris qui ont un niveau d'instruction trop bas et qui ne veulent même pas écouter.* » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

La reconnaissance de l'autorité du mari ou du chef de famille par les soignants se manifeste également au travers de la transmission des informations. Dans les centres de santé et les hôpitaux, certains prestataires préféreront délivrer les informations concernant les problèmes de santé rencontrés par les femmes aux chefs de famille :

« E : *Quand tu pars à l'hôpital pour cette maladie d'épilepsie, est-ce qu'on t'explique de quoi est-ce que tu souffres ?*

– R : *Non, c'est à papa qu'on dit tout.* » (Femme, 19 ans, célibataire, protestante, ayant été victime de violence sexuelle, épileptique, sans emploi)

De plus, l'analphabétisme ou le faible niveau d'éducation augmentant les difficultés rencontrées par les femmes pour comprendre certaines informations techniques peut provoquer de l'agacement chez les prestataires :

« E : *À votre avis, est-ce que vous rencontrez plus de conflits avec certains types de personnes qu'avec d'autres ?*

– R : *Surtout avec les mamans [les femmes].*

– E : *Et pourquoi surtout avec les mamans ?*

– R : *Les mamans ne comprennent jamais...* » (Femme, sage-femme, mariée, 53 ans)

De ce fait, le niveau d'éducation influence la relation des prestataires avec les patientes. Ces derniers affirment qu'ils n'ont guère le temps de mettre à la portée de leurs patientes des informations qui, selon eux, de toute façon seront incomprises.

Un manque d'autonomie qui touche surtout les jeunes

Dans la population féminine, les jeunes rencontrent des obstacles spécifiques pour accéder aux informations et aux soins relevant de leur santé sexuelle et reproductive. La condamnation de la sexualité hors mariage et le déni de cette pratique chez les jeunes célibataires participent de ces difficultés. Précisons que, dans l'imaginaire collectif, parler de sexualité à une fille équivaut à l'encourager à avoir des relations sexuelles. Il existe donc un réel tabou autour

de la question de la sexualité, touchant plus particulièrement les jeunes ; celle-ci est rarement abordée au sein de la famille :

« R : *Le problème, c'est qu'ici, chez nous, les mamans ne sont pas capables d'expliquer à leurs filles qu'à tel âge, elles vont avoir ceci, à tel âge, elles vont avoir ceci... C'est un peu tabou ! C'est pour ça qu'une fille va dire qu'elle est malade et profiter d'être en consultation pour poser des questions... Là, on va lui expliquer les problèmes.* » (Homme, infirmier, 35 ans, marié, protestant)

Le centre de santé représente donc un endroit où les femmes peuvent trouver des réponses à leurs questions d'ordre personnel, mais les jeunes filles, strictement contrôlées par leurs familles dès l'apparition de leurs premières règles, ne sont que rarement autorisées à s'y rendre seules :

« R : *Si je pars seule, à la maison, on va me frapper. On va me dire : "Tu es partie seule voir l'infirmier, tu es partie avorter..."* » (Femme, 16 ans, célibataire, analphabète, sans emploi, niveau socio-économique bas)

Aussi, lorsqu'une fille accède malgré tout à une structure de soins, elle éprouvera souvent une certaine honte pour exprimer la raison de sa présence :

« R : *Elles viennent souvent ici avec des questions très personnelles. Souvent, c'est par rapport à la crainte de contracter une grossesse. Une fille te vient, parfois elle a honte, mais avec des tactiques on arrive à la faire parler. Elle passe par quatre chemins pour aboutir : "Docteur, j'ai passé une relation sexuelle." [...] Il arrive qu'à la réception, elle dise quelque chose, mais qu'ici dans la confidentialité, elle en dise une autre.* » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

Comme en témoigne cet extrait d'entretien, les usagères ne subissent pas uniquement les injonctions de leurs familles ; en d'autres termes, elles ne sont pas uniquement victimes du contrôle de leurs corps. Elles élaborent également des stratégies pour obtenir les informations ou accéder aux services qui les intéressent. Au sein des structures de santé, certains soignants, attentifs à leurs requêtes, seront tentés de créer un climat propice aux confidences. D'autres peuvent tenir des propos moralisateurs qui les décourageront de recourir aux structures de soins. Ils auront tendance à condamner la sexualité hors mariage et à encourager à l'abstention sexuelle. S'inscrivant dans cette logique, les méthodes contraceptives sont rarement prescrites aux jeunes filles célibataires :

« R : *Quand une jeune fille nous arrive ici, à partir de l'âge de la procréation, on commence à leur parler. On leur*

explique ce qu'est la grossesse précoce. On leur explique ce qu'est l'abstinence, et pourquoi elle doit s'abstenir. On leur parle des maladies et surtout du VIH.

– E : *Et de contraception, vous leur parlez ?*

– R : *Non [...] On leur propose l'abstinence.* » (Femme, sage-femme, 53 ans, mariée, catholique)

Aux yeux de nombreux prestataires, donner des contraceptifs à une femme célibataire équivaut à l'inciter à adopter un comportement immoral. Ainsi, au sein de la population, il est couramment admis que les méthodes contraceptives ne devraient être accessibles qu'aux femmes mariées :

« R : *Je ne pense pas que je peux planifier les naissances, aujourd'hui alors que je n'ai pas de mari...* » (Femme, 42 ans, veuve, catholique, ayant étudié jusqu'en cinquième primaire, sans-emploi, niveau socio-économique bas)

Les ONG et les organisations internationales qui préconisent la contraception sont en outre parfois mal perçues par la population :

« R : *Toutes ces ONG viennent nous perdre, nous détruire, quand elles nous autorisent, nous les jeunes [à prendre des contraceptifs]. Ailleurs comme à l'église, on nous dit qu'une jeune doit s'abstenir. Mais quand les ONG amènent les pilules et autorisent le planning familial, elles encouragent la prostitution.* » (Femme, 19 ans, célibataire, protestante, ayant été victime de violence sexuelle, épileptique, sans emploi, niveau socio-économique moyen)

Dans ce contexte, les prestataires de soins se trouvent au confluent de différents registres normatifs, qui se contredisent parfois, et avec lesquels ils doivent négocier :

« R : *On essaye toujours d'être entre la médecine et la culture. À Goma, si tu dis ouvertement aux jeunes qu'ils peuvent utiliser des condoms, la population peut venir vous menacer. Alors, on essaye de faire un équilibre. On leur parle d'abstinence, que c'est la meilleure méthode, mais que s'ils ne peuvent s'abstenir, ils peuvent utiliser des préservatifs.* » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

Bien que certains soignants reconnaissent l'importance de parler de la sexualité aux jeunes, ces derniers se trouvent socialement sous pression. Ils ne peuvent se permettre d'aborder ouvertement certaines questions, car la population pourrait se retourner contre eux. À titre d'exemple, les contraceptifs sont rarement évoqués de manière préventive par les professionnels de santé. Notre étude révèle qu'ils sont parfois délivrés lorsqu'une demande est clairement exprimée. Dans ce cas, les méthodes discrètes et à court

terme restent privilégiées. En effet, il est souvent attendu des femmes qu'elles aient un enfant juste après leur mariage. Celles qui se détournent de ce modèle peuvent se retrouver dans une situation difficile :

« R : *À la fille, on ne peut pas lui parler du dépôt (implant) de cinq ans ou de trois ans... Il faut les conseiller de laisser tout ça...*

– E : *Vous ne conseillez pas ces méthodes aux jeunes filles ?*

– R : *Non, on ne conseille pas, parce qu'elle va se marier bientôt. Si elle a un dépôt de cinq ans, ça peut causer des problèmes dans son foyer...* » (Femme, sage-femme, 53 ans, mariée, catholique)

Aussi, le manque d'autonomie financière, la crainte d'être découvertes par leur entourage et les réticences des soignants à leur prescrire de tels moyens de contraception constituent pour les jeunes de véritables obstacles à surmonter pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive.

Le cas des mères célibataires et des femmes ayant été victimes de violence sexuelle

Discriminées et stigmatisées au sein de la famille et de la communauté

Dans la société congolaise, les femmes ou filles ayant eu des relations sexuelles hors mariage sont stigmatisées et mises à l'écart. C'est le cas des filles-mères et des victimes de violences sexuelles. Les mères célibataires deviennent immariables, car le mariage représente une étape incontournable devant être respectée dans la société congolaise. Il arrive aussi qu'elles soient chassées de chez elles :

« R : *Ils [la famille] ont des réactions féroces. Dans notre société, une fille qui a une grossesse qui n'est pas légitime, ce n'est pas une situation qui est bonne. Il y a de ces parents qui cherchent même à lapider la fille, il y a de ces parents qui cherchent peut-être à la chasser de la famille.* » (Homme, infirmier, 48 ans, marié, protestant)

La première réaction des parents est souvent d'amener leur fille chez l'auteur de la grossesse. Si ce dernier la prend en mariage, celle-ci pourra encore sauver son honneur. Toutefois, il semble être fréquent que les hommes n'assument pas leurs actes :

« R : *Le plus souvent, la première réaction c'est de prendre la fille et de la ramener vers son mari (le père biologique). Mais il arrive que le mari dise non, qu'il ne reconnaisse pas cette grossesse. La famille de la fille l'a déjà*

abandonnée chez le mari. Le mari repousse la fille. Là elle se retrouve à la rue. » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

Précisons que dans ce cas, les parents peuvent abandonner toute possibilité de récupérer une dot :

« R : *Marier une fille-mère, c'est tabou. Si un garçon peut accepter, la famille sera catégorique. Ici, pour se marier il y a des cotisations. La famille donne une chèvre, deux chèvres... Mais quand il s'agit de marier une fille-mère, la famille s'abstient.* » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

Dans une situation économique difficile, la valeur de la dot peut toutefois être un argument de poids. Celle-ci ne se limite pas à une somme d'argent. Elle scelle l'union entre deux époux et deux familles. Or les réseaux de solidarité jouent un rôle important dans un contexte où la sécurité sociale est quasiment inexistante, notamment dans le domaine sanitaire. Certaines mères célibataires qui, rejetées par leur famille, ne peuvent trouver refuge chez des proches se retrouvent donc à la rue. Elles tentent alors de se débrouiller en réalisant de petits travaux ménagers et n'ont parfois d'autre choix que de se prostituer :

« R : *La plupart de ces filles, elles vont chercher des travaux ménagers et quelques-unes se délivrent à la débauche... [...] Si vous allez au marché de Kituku, il y a beaucoup de petites filles de 16-18 ans et même de 15 ans. Elles sont là, abandonnées* » (Femme, sage-femme, 53 ans, mariée, catholique)

Dans cette situation, l'accès aux soins devient plus complexe pour ces femmes en raison de leur pauvreté, de leurs conditions de vie précaires et de la honte qu'elles ressentent.

Les femmes victimes de violences sexuelles sont confrontées à des difficultés similaires. Notons d'abord que presque toutes les personnes que nous avons interrogées ont évoqué des violences infligées à des proches ou à des connaissances. Les témoignages que nous avons récoltés révèlent que les viols sont commis par des enfants de la rue, des motards, des policiers ou des militaires, des voisins ou des amis de la victime. Les femmes pauvres, contraintes d'exercer des activités qui les obligent à se rendre dans des endroits peu sûrs pour chercher du bois ou de l'eau, sont particulièrement concernées par ce type de violence :

« R : *La plupart des mamans (femmes) de ce quartier sont victimes de violences sexuelles. C'est à cause de la pauvreté que tu es obligée de te rendre dans la forêt et que par malchance tu te trouves face à des bandits qui te*

violent. » (Femme, 42 ans, veuve, catholique, ayant étudié jusqu'en cinquième primaire, sans-emploi, niveau socio-économique bas)

Tout comme les mères célibataires, les femmes victimes de violences sexuelles sont stigmatisées : elles risquent, par exemple, d'être rejetées par leur famille, méprisées ou insultées. La différence est qu'elles portent un stigmate invisible qu'elles peuvent garder secret :

« R : *Si elle en parle, son mari peut la quitter. C'est pourquoi elle laisse ça et que ça reste un secret pour ne pas se séparer avec son mari. Ces personnes ne parlent pas parce qu'elles ont peur et honte. On pourrait dire qu'elles ont eu des relations sexuelles avec une personne qui n'est pas son mari et ça, c'est un problème parce que les gens peuvent lui jeter des pierres dans la rue. Et pour les filles, c'est trop dangereux parce qu'une fois que les gens l'apprennent, elle n'aura plus la chance de se marier.* » (Femme, 42 ans, veuve, catholique, ayant étudié jusqu'en cinquième primaire, sans-emploi, niveau socio-économique bas)

La honte de se rendre dans une structure de santé et la peur de croiser une connaissance les dissuadent de se faire soigner. Pour cette raison, certaines femmes choisissent de se rendre dans une structure éloignée ; mais là encore, elles peuvent se heurter à des obstacles d'ordre financier.

Discriminées et stigmatisées au sein des structures de soins

Au sein des structures de soins, les prestataires sont imprégnés par les normes et les valeurs dominantes sociétales qui se répercutent sur leurs pratiques :

« R : *La Bible nous dit de faire ça et il [le patient] refuse de faire ça. Nous sommes des praticiens. On doit pratiquer ce que la Bible nous demande. Si on constate que quelqu'un a un comportement qui n'est pas lié à la parole, on doit le conseiller [...].* » (Homme, infirmier, 48 ans, marié, protestant)

Les professionnels de santé tiennent parfois un discours moralisateur à leurs patientes en leur prodiguant certains « conseils ». Ainsi, ils n'hésitent pas à interpeller les filles-mères et les victimes de violences sexuelles sur des comportements qu'ils estiment immoraux. Cette présence de la moralité dans le discours des soignants est d'autant plus significative quand on aborde la question de l'avortement. Dans un contexte où les violences sexuelles demeurent fréquentes et où les grossesses hors mariage seraient de nature à compromettre l'avenir de nombreuses femmes, l'avortement constitue parfois une porte de sortie.

Cependant celui-ci, déjà réprouvé culturellement et religieusement est interdit par la loi. Dans ces conditions, certaines filles et femmes cherchant à avorter se rendent dans des structures de soins, dans l'espoir d'y trouver de l'aide.

Sur place, les soignants ne se contentent pas de donner des informations légales et médicales sur l'avortement. Ils tentent aussi de convaincre l'usagère de ne pas y recourir en utilisant des arguments d'ordre culturel et religieux :

« R : *C'est un péché pour nous, on ne peut pas faire ça. La déontologie nous demande de ne pas faire de telles choses. Donc je lui ai dit : "Moi, je ne suis pas d'accord avec vous." Il faut la décourager, hein. Il faut la décourager.* » (Homme, infirmier, 48 ans, marié, protestant)

Ou encore :

« R : *Je lui avais dit non. Cet enfant-là que vous avez dans le ventre, il peut vous aider dans la vie.* » (Femme, infirmière, 30 ans, mariée, témoin de Jéhovah)

Cette intégration de la morale dans le discours des personnels de santé se manifeste également quand la question des violences sexuelles est abordée :

« R : *On donne des conseils. On lui demande si elle s'entend avec son mari et si elle a seulement déjà rencontré son mari. On lui demande comment elle a pu accepter ça [le viol]. Il y a certaines personnes qui disent qu'elles ont accepté sans problème, que c'est la quantième fois qu'elles sont agressées !* (Femme, infirmière, catholique, sœur, célibataire, 60 ans)

Alors que la plupart des soignants manifestent de l'empathie à l'égard des victimes, d'autres les culpabilisent, voire mettent en doute leur parole. Nous avons constaté, par exemple, chez certains de nos interlocuteurs, y compris chez des professionnels de santé, que le viol en ville commis par des civils n'est pas toujours reconnu en tant que violence sexuelle. En effet, il existe, dans la société, une croyance qui veut que les violences sexuelles n'aient lieu que dans le cadre de conflits :

« R : *En ville, ce n'est pas fréquent. Dans les villages avec les rébellions, avec les gens qui utilisent la violence comme arme de guerre, ça se comprend. Mais en ville, vraiment, les gens sont assez éduqués. Ce qu'il y a, ce sont des simulations, selon mes constats, selon ce que je vois...* » (Homme, médecin, 26 ans, célibataire, protestant)

Pour ce jeune médecin, en ville, l'accusation de viol est souvent feinte dans le but de se venger d'un tiers ou de le faire chanter. Ce soignant nous expliquera, au cours de

l'entretien, que quand il reçoit une patiente pour viol, il cherche à constater une lésion pour prendre au sérieux ses dires. Précisons que les témoignages que nous avons récoltés révèlent que certaines femmes recourent tardivement aux structures de soins et que nombre d'entre elles n'opposent aucune résistance durant l'acte pour ne pas subir davantage de violences. Des lésions ne sont donc pas toujours apparentes. Rajoutons à cela que ces structures sont rarement aménagées pour garantir la confidentialité des patients et que la notion de « secret professionnel » ne semble pas toujours correctement assimilée par les professionnels de santé. Tous ces éléments, cumulés, contribuent à accentuer la méfiance ressentie par les victimes.

Discussion

Les résultats de cette étude mettent en évidence de nombreux obstacles rencontrés par les femmes concernant l'accès aux soins de santé. Soumises à l'autorité de leur mari ou du chef de famille, la plupart d'entre elles doivent systématiquement le consulter avant de prendre une décision importante concernant leur propre santé. Cette recherche vient confirmer les travaux menés par Gautier [10], Thiombiano [11] et Kane *et al.* [12] dans d'autres contextes africains. Notons que la dépendance économique des femmes contribue à accentuer ce manque d'autonomie : puisque le système de santé congolais fonctionne selon le principe de recouvrement des coûts, les prestataires tendent à évaluer la solvabilité des malades avant de décider d'investir ou non dans leur prise en charge. Cette spécificité pourrait expliquer leurs réticences à prendre en charge une femme non accompagnée. Ensuite, comme l'ont montré d'autres études [13], l'accord du mari est particulièrement exigé par les soignants lorsqu'il s'agit de prescrire des contraceptifs. Notre étude a permis d'établir, en outre, que les centres de santé et les hôpitaux constituent potentiellement des lieux de harcèlement sexuel, et que cette pratique génère de la méfiance envers les soignants. Au Nord-Kivu, les études conduites sur le genre se sont souvent concentrées sur la question des violences sexuelles [5, 6, 14], ce qui contribue à invisibiliser les autres formes de violences qui s'exercent à l'encontre des femmes. En outre, en 2008, Véronique Moufflet avait mis en lumière la focalisation presque exclusive du discours des ONG internationales, des agences onusiennes et des associations locales sur le viol utilisé comme arme de guerre [6]. Elle avait démontré comment cette vision exclusive engendrait

paradoxalement des conséquences négatives pour les victimes ne répondant pas à ce critère, empêchant leur réintégration dans le tissu social. Notre étude conforte sa théorie en révélant que cette idée persiste toujours au sein de la société et qu'elle engendre des conséquences sur la prise en charge des victimes de violences sexuelles par les prestataires au sein des structures de soins.

Certains témoignages que nous avons recueillis révèlent ensuite qu'il existe une certaine méfiance de la population vis-à-vis des ONG et des organisations internationales, particulièrement lorsque celles-ci communiquent sur les méthodes contraceptives. Cela montre qu'il importe de prendre en considération les contextes culturels lorsqu'il s'agit d'implémenter des projets de développement en matière de santé sexuelle et reproductive. De nombreuses expériences témoignent de l'importance de s'ancrer au niveau local et de dialoguer avec les acteurs de la société civile et la population. En effet, la contraception n'est pas uniquement un moyen d'éviter une grossesse non désirée ; elle suppose une nouvelle manière d'appréhender la vie et d'envisager les relations entre sexes. Cette vision des choses – défendue par les institutions internationales et les ONG internationales et adoptée par l'État – engendre parfois des résistances au sein de la population.

Notre étude a également mis en évidence que toutes les femmes ne rencontraient pas les mêmes difficultés. À cet égard, l'approche intersectionnelle, développée initialement dans les travaux des féministes noires aux États-Unis, postulant que les systèmes d'oppression (de sexe, de race, de classe, etc.) sont en interaction [15] nous a semblé intéressante. À un niveau individuel, cela signifie que chaque personne, en fonction de son positionnement social, vit des situations d'inégalité particulières. Dans l'analyse de nos résultats, nous avons cherché à comprendre quels obstacles rencontrent les femmes dans l'accès aux soins de santé en mettant en relation le genre, l'état civil, le niveau d'éducation et le profil socio-économique. Cela a permis de mettre en lumière les barrières spécifiques que rencontrent certaines catégories de femmes. Notons qu'il serait intéressant de poursuivre des études sur d'autres groupes discriminés afin d'accéder à une compréhension globale de la situation.

Notre étude révèle enfin que la pratique des prestataires de soins n'est pas impartiale. Les normes culturelles et la morale induisent des répercussions sur les prestations délivrées, ce qui a été souligné dans plusieurs travaux [13, 16, 17]. Comme nous l'avons souligné précédemment, à Goma, les professionnels de santé se trouvent au carrefour de plusieurs registres normatifs avec lesquels ils tentent de négocier.

Finalement, la dimension contextuelle constitue à elle seule un facteur explicatif des résultats que nous avons obtenus. Plusieurs études ont en effet montré que les périodes de guerre et d'après-guerre ont tendance à amplifier les inégalités entre les sexes, ce qui rend les femmes plus vulnérables aux problèmes de santé et contribue aussi à rendre leur accès aux soins difficile [18, 19].

Notre étude présente toutefois certaines limites. Par manque de temps et de ressources, nous n'avons pas pu observer les interactions entre soignants et usagers au sein des structures de soins. Il serait pertinent de procéder à de telles observations dans le cadre de futures recherches. Il est vrai, par ailleurs, que notre visite dans les quartiers et dans les structures de soins suscitait de nombreuses attentes. Bien que nous ayons cherché à être les plus clairs possible quant aux buts de nos entretiens, toute désirabilité sociale constitue un biais ; nous en avons tenu compte lors de l'analyse des résultats.

Conclusion

Cette recherche révèle qu'un travail important doit être réalisé avec les soignants, ces derniers contribuant à rendre difficile l'accès aux soins des femmes. Cependant, l'équité d'accès aux soins passe aussi par un travail sociétal plus large de promotion de l'égalité de genre.

Aucun conflit d'intérêts déclaré

Remerciements

Nous tenons d'abord à remercier Bisimwa Ndeberi Bienvenu, Ndaliko Aline, Mupika Christian et Mwengesyali Kavira Sylvie pour les entretiens qu'ils ont mené en swahili. Merci aussi à Daniel Arnoldussen et Mara Vitale pour leurs relectures attentives.

Références

1. Banque africaine de développement (BAD). Rapport sur le développement en Afrique 2008/2009 : Règlement des conflits paix et reconstruction en Afrique. Paris : Economica ; 2009.
2. Mbambi MA, Faray-Kele MC. L'inégalité du genre et les institutions sociales en R.D. Congo. Genève, Suisse : WILPF DRC ; 2010.

3. Japan International Cooperation Agency (JICA). Country gender profile, Democratic Republic of the Congo: Final report. Kinshasa, RDC: JICA; 2017.
4. Alberti KP, Grellety E, Lin YC, Polonsky J, Coppens K, Encinas L, *et al.* Violence against civilians and access to health care in North Kivu, Democratic Republic of Congo: three cross-sectional surveys. *Confl Health.* 2010;4:17.
5. Peterman A, Palermo T, Bredenkamp C. Estimates and determinants of sexual violence against women in the Democratic Republic of Congo. *Am J Public Health.* 2011;101(6):1060-7.
6. Moufflet V. Le paradigme du viol comme arme de guerre à l'est de la République démocratique du Congo. *Afrique contemporaine.* 2008;227(3):119-33.
7. Organisation mondiale de la santé (OMS). République démocratique du Congo [Internet]. [Visité le 10/07/2019]. En ligne : <https://www.who.int/countries/cod/fr/>.
8. Kilcher F. Enquête socio-économique d'évaluation de la capacité à payer par les usagers et usagères des services de santé dans les zones de santé de Rutshuru et de Goma. Bruxelles, Belgique : ULB-Coopération ; 2018.
9. Blais S, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives.* 2006;26(2):1-8.
10. Gautier A. Les politiques de planification familiale dans les pays en développement : du malthusianisme au féminisme ? *Lien social et politique.* 2002;(47):67-81.
11. Thiombiano Gnoumou B. Genre et prise de décision au sein du ménage au Burkina Faso. *Cahiers québécois de démographie.* 2014;43(2):249-78.
12. Kane S, Rial M, Matere A, Dieleman M, Broerse J, Kok M. Gender relations and women's reproductive health in South Sudan. *Global Health Action.* 2016;(9):1-11.
13. Adjamagbo A, Guillaume A. La santé de la reproduction en milieu rural ivoirien. *Autrepart.* 2001;19(3):11-27.
14. Maertens de Noordhout F. Violences sexuelles en République démocratique du Congo : « Mais que fait la police ? » : Un état de non-droit à la recherche d'un système normatif. Le cas d'EUPOL RD Congo. *Revue interdisciplinaire d'études juridiques.* 2013;71(2): 213-41.
15. Bilge S. Théorisations féministes de l'intersectionnalité. *Diogenes.* 2009;225(1):70-88.
16. Diallo J. La politique de planification familiale au Sénégal : approche sanitaire et conflits de norme. *Autrepart.* 2014 ;70(2) :41-55.
17. Bationo BF. Les relations entre les professionnels de santé et les jeunes filles au Burkina Faso. Stigmatisation, normes et contrôle social. *Agora débats/jeunesses.* 2012;61(2):21-33.
18. Percival V, Richards E, MacLean T, Theobald S. Health systems and gender in post-conflict contexts: building back better? *Conflict and Health.* 2014;19(8):1-14.
19. Jansen G. Gender and war: the effects of armed conflict on women's health and mental health. *Journal of Women and Social Work.* 2006;21(2):134-45.