



**Barrières et obstacles d'accès des personnes vulnérables aux services de
Santé Sexuelle Reproductive (SSR/PF et ISG) à Kinshasa**

Dr Eric Mafuta

Principal Investigateur

Barrières et obstacles d'accès des personnes vulnérables aux services de Santé Sexuelle Reproductive (SSR/PF et ISG) à Kinshasa

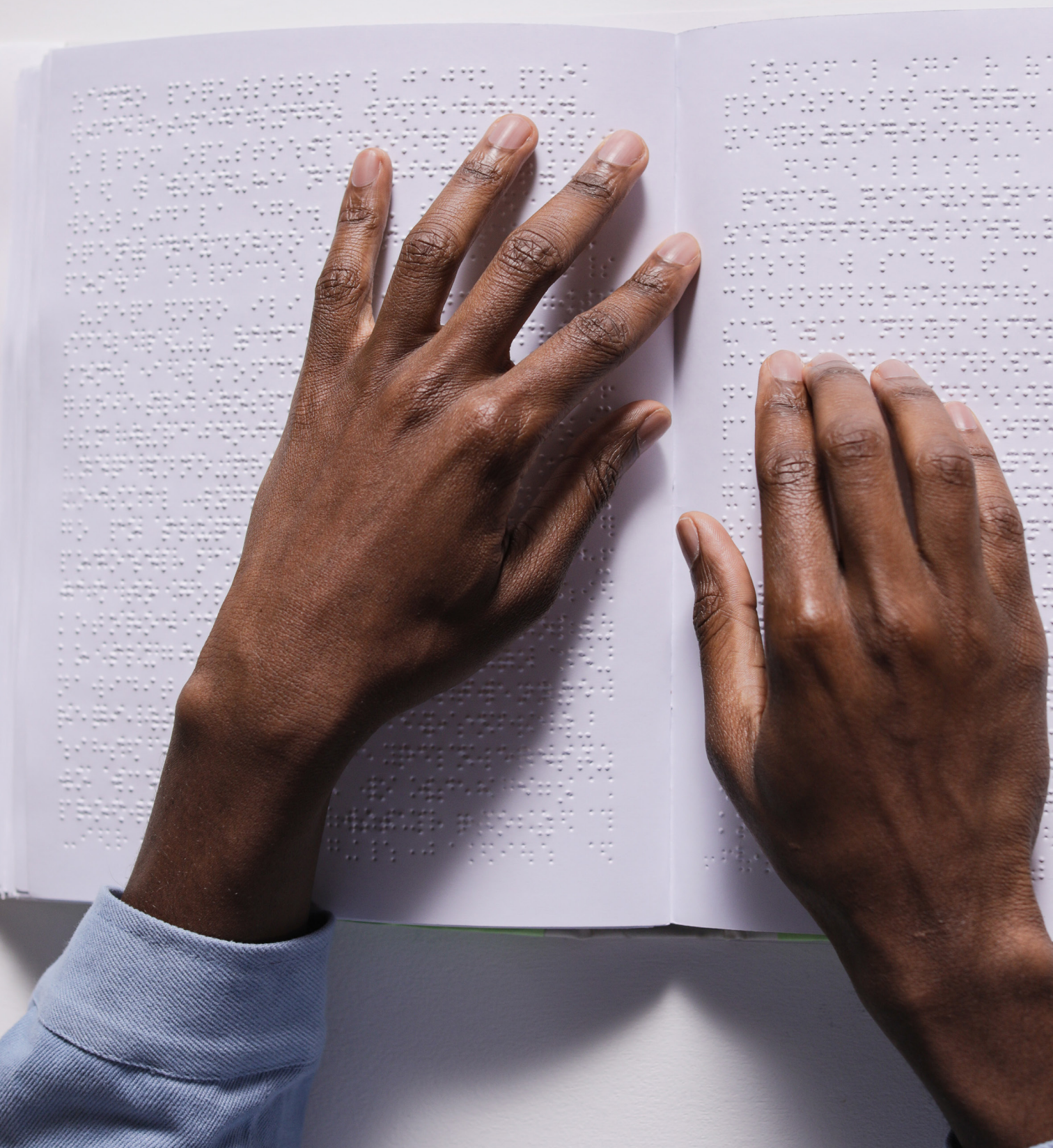
Dr Eric Mafuta

Principal Investigateur



TABLE DE MATIERES

Table de matières	01
Liste des abréviations	03
Présentation du projet WISH	05
Contexte et justification de l'étude	07
Objectifs	11
Méthodologie	13
Résultats	19
1. Personnes vivant avec handicaps (sourds-muets)	21
2. Adolescents et jeunes en situation de rue	22
3. Adolescents et jeunes vivant dans les orphelinats	23
4. Personnes avec handicap type Infirmités motrices cérébrales	24
5. Personnes avec handicap visuels	25
6. Personnes avec handicaps physiques	26
7. Personnes indigènes	29
8. Barrières ou obstacles à l'accès aux contraceptifs et aux autres services de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes et les jeunes femmes	29
9. Obstacles à l'avortement et aux soins après avortements (SAA)	34
Conclusion et recommandations	36
Limites	38
Références	40



LISTE DES ABBREVIATIONS

WISH	Women Integrated Sexual Health
FCDO	Foreign, Commonwealth & Development Office
MSI	Marie Stopes International
IPPF	International Planned Parenthood
PF	Planification familiale
D-SSR	Droits et la santé sexuelle et reproductive
RDC	République Démocratique du Congo
PIB	Produit intérieur brut
EDS	Enquête démographique et de santé
CPN	Consultations prénatales
VAT	Vaccin anti-tétanique
MSPHP	Ministère de la Santé publique, prévention et hygiène
IMC	Infirmité motrice cérébrale
PVHP	Personne vivant avec handicap physique
PVH	Personne vivant avec handicap
ONG	Organisation non gouvernementale
MESP	Mutuelle des enseignants du secteur publique
FOSA	Formations sanitaires
DC	Distribution communautaire
DIU	Dispositif intra utérin
ECS	Education complète à la sexualité
SAA	Stratégie de soins après avortement
ISG	Interruption sécurisée de grossesse



PRESENTATION DU PROJET WISH

Le programme WISH (Women Integrated Sexual Health) est un programme financé par FCDO et exécuté dans plusieurs pays dont 11 pays en Afrique. LOT 1 est mis en œuvre par un consortium constitué de MSI, Options, DKT, IPAS, IPPF, Leonard Cheshire et Think Place. Le lead de ce projet est assuré par MSI. Ce programme vise à fournir un ensemble complet de services de santé et de droits en matière de Santé Sexuelle et Reproductive, en mettant l'accent sur l'augmentation du nombre d'utilisateurs de la planification familiale (PF), en aidant les pays d'Afrique Sub-Saharienne et d'Asie à atteindre les objectifs du FP2020. Dans ce programme, Options est responsable de l'objectif deux du projet qui consiste à favoriser l'appropriation nationale du Gouvernement pour le financement de la PF. L'une des principales priorités du programme WISH est la manière dont les gouvernements prennent des mesures qualitatives nécessaires concernant les droits et la santé sexuelle et reproductive (D-SSR) des femmes dans un environnement politique et juridique favorable et un financement durable. Pour atteindre l'objectif d'appropriation nationale, Options travaille pour un environnement favorable pour le D-SSR à travers : L'amélioration des investissements du secteur public en SSR/PF ; l'appui au fonctionnement des mécanismes de redevabilité pour influencer et suivre les engagements et les politiques ; la création d'un environnement politique et de planification favorable en matière de SSR / PF ; l'implication nationale sur l'amélioration de la qualité de la SSR/PF.



CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE L'ÉTUDE

La République Démocratique du Congo (RDC), pays situé en Afrique Centrale, connu pour ses immenses richesses est le troisième pays le plus pauvre de la région, présentant un taux de mortalité infantile nettement supérieur au taux que l'on pourrait espérer au vu de son PIB par habitant. Selon le Rapport National sur le Développement Humain, l'espérance de vie à la naissance en RDC est de 58,9 ans. Des progrès considérables ont été réalisés ces dernières années dans la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans, dont le taux est passé de 148 pour 1000 naissances vivantes en 2007 à 98 en 2018. La situation sanitaire des mères n'est pas brillante au regard des ratio de mortalité maternelle, de 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2013-2014). Le taux de mortalité maternelle a diminué de 30 % depuis 1990, de passant de 1200 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 846 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Les efforts pour améliorer la situation de la santé en RDC passent par un accroissement de l'utilisation de services de santé par la population. Cependant, malgré les progrès observés depuis plusieurs décennies, les prestations de soins et de services de santé en RDC connaissent les problèmes prioritaires récurrents notamment (i) une faible couverture sanitaire ; (ii) une faible qualité des soins et des services offerts ; (iii) une faible résilience des structures de santé face aux urgences sanitaires ; iv) une faible utilisation des soins et des services disponibles ; et v) une faible redevabilité publique des services de santé.

L'utilisation des services est affectée par la triple dimension de l'accessibilité (financière, socioculturelle, et géographique) selon le Plan National de Développement Sanitaire 2019-2022. Les données du Système National d'Information Sanitaire situent l'utilisation des services de consultation curative à 33,1 % en 2020 ; la couverture en CPN4, à 48 %, et la couverture en VAT2, à 66 %. L'EDS 2013-2014 par exemple a indiqué que 69 % des femmes ont rencontré un obstacle financier pour se faire soigner ou recevoir un avis médical. La situation est plus accentuée en milieu rural (75 %) qu'en milieu urbain (58 %). La faiblesse de l'accessibilité socioculturelle est liée à des us et coutumes non favorables à la santé, et se trouve amplifiée par le déficit de la sensibilisation et l'organisation de la communauté. Le faible niveau d'instruction et l'analphabétisme contribuent à entretenir une perception inappropriée de la santé et de la maladie. L'EDS 2013-2014 indique que 33 % des femmes n'ont pas eu accès aux soins de santé faute d'avoir obtenu l'autorisation de leur mari. Quant à l'accessibilité géographique, enfin, la dispersion de la population, la distance à parcourir pour accéder aux CS (supérieure à 5 km) et les obstacles naturels, surtout en milieu rural, limitent l'accès aux services de santé. L'EDS 2013-2014 souligne qu'en milieu rural, la distance pour atteindre un service de santé constitue un problème pour 48 % des femmes, contre 25 % en milieu urbain. La situation de l'utilisation de santé par les personnes vulnérables, vivant avec handicap ou non peut être pire.

L'analyse de la littérature internationale montre que la connaissance des problèmes d'accès aux soins courants des personnes vivant avec handicap a beaucoup progressé dans des nombreux pays au cours des dernières années. Cette connaissance est restée longtemps lacunaire dans plusieurs pays par manque de données. En RDC, il n'existe pas de manière claire, une stratégie définie pour faciliter l'accès des personnes vivant avec handicap aux soins de façon générale et en particulier dans le domaine de santé sexuelle et reproductive. Les personnes vivant avec handicap ont des difficultés à

accéder aux soins, qui s'expliquent principalement par leurs conditions socio-économiques (diplôme, revenu, couverture complémentaire) moins favorables que celles des personnes sans handicap. Pour les personnes qui ont des difficultés motrices très accentuées (fauteuil roulant), des problèmes d'accessibilité physique aux structures de soins peuvent expliquer le moindre recours aux soins. Lorsqu'elles sont en institution, leur accès aux soins est très variable selon les types d'institutions. Beaucoup reste à faire¹.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus d'un milliard de personnes dans le monde vivent avec un handicap. 15% des personnes les plus pauvres souffrent d'incapacité. Or les personnes handicapées sont notamment plus exposées aux risques de violence, aux abus de tous types, à la pauvreté et à l'exclusion ; elles sont aussi plus susceptibles d'être en mauvaise santé que les personnes non handicapées. Discrimination, manque d'information, des professionnelles de la santé pas assez formée à une prise en charge adaptée, difficultés d'accès ou encore un manque de moyens financiers... voilà des exemples de barrière à l'accès aux soins de santé auxquelles ces personnes se voient souvent confrontées. Ces dernières ont trois fois plus de risque de se voir refuser les soins médicaux nécessaires, selon le rapport. ²Toutes ces barrières les exposent non seulement à une précarité multiforme, mais plus spécifiquement aux problèmes liés à la gestion de leur santé génésique.

Il existe un gap en terme des stratégies d'accès aux services de santé en général et en particulier à ceux de Santé Sexuelle et Reproductive. Des stratégies adaptées aux personnes vivant avec handicap doivent être réfléchies pour faciliter leur accès aux services de D-SSR afin d'assurer une offre de soins globale, équitable, accessible et de qualité.

En lien avec les jeunes, plusieurs études ont été réalisées et ont montré que les obstacles à la pratique contraceptive à Kinshasa tiennent aux caractéristiques individuelles des femmes y compris le jeune âge et le faible pouvoir socioéconomique ainsi que des difficultés systémiques rencontrées, notamment le manque de sensibilisation à la contraception et le choix limité des méthodes proposées dans les formations sanitaires³. Toutefois, il faut en dehors de cette information générale, établir s'il y a eu des politiques qui ont été mise en place pour faciliter l'accès des jeunes aux services de PF et comment ces politiques sont-elles appliquer.

Concernant, les avortements, des entretiens tenus en 2009–2010 avec des adolescentes résidentes de trois zones périphériques de Kinshasa ont révélé que 60% des 14 à 20 ans s'étaient précédemment avortées elles-mêmes clandestinement⁴. La précocité de l'activité sexuelle, les faibles niveaux de pratique contraceptive et l'expérience de la violence comptent au nombre des facteurs susceptibles de contribuer au risque de grossesse et de maternité non planifiées parmi les femmes de Kinshasa. Ces facteurs contribuent à la survenue des avortements non sécurisés dans un contexte où l'avortement demeure un tabou. Les rares travaux de recherche qui se sont penchés sur l'avortement en RDC dans le passé indiquent que les femmes se font avorter pour atteindre leurs objectifs de fécondité⁵.

1 <http://www.irdes.fr/recherche/2015/rapports-560-561-l-acces-aux-soins-courants-et-preventifs-des-personnes-en-situation-de-handicap-en-france.htm>
2 Rapport mondial sur le handicap - World Health Organization www.who.int/disabilities/world_report/summary_fr
3 <https://www.gutmacher.org/fr/report/unintended-pregnancy-abortion-kinshasa-drc>
4 Idem
5 https://www.gutmacher.org/sites/default/files/report_pdf/unintended-pregnancy-abortion-in-kinshasa-drc-fr.pdf

Les jeunes présentes aussi une certaine vulnérabilité quant à l'accès aux services de santé en général et en particulier, aux services de santé sexuelle et reproductive, selon l'EDS,

Selon Guttmacher, la plupart des très jeunes adolescents déclarent n'avoir jamais eu de rapports sexuels, certains ont commencé à explorer les relations intimes et à s'engager dans des activités sexuelles. D'après les résultats d'une étude multinationale des élèves, garçons et filles, sexuellement actifs âgés de 13 à 15 ans, l'usage du préservatif lors du dernier rapport varie entre 26 et 81%. Certaines études font état d'un usage moindre⁶.

On estime à 777 000 le nombre de naissances survenues en 2016 parmi les très jeunes adolescentes des régions en développement ; 58% de ces naissances ont eu lieu en Afrique, 28% en Asie et 14% en Amérique latine et Caraïbes. Un peu plus du tiers des accouchements de mères de moins de 15 ans dans les pays en développement étaient le produit de grossesses non planifiées⁷.

Les données révèlent que les adolescents plus âgés des pays en développement se trouvent confrontés à de nombreux obstacles structurels, culturels et légaux lorsqu'ils souhaitent obtenir de l'information et des services de SSR et tout donne à penser que les obstacles opposés aux très jeunes adolescents sont plus grands encore. Les obstacles fréquemment rencontrés par les adolescents sont : l'incapacité de payer les services, les attitudes négatives des prestataires, le non-respect de la confidentialité et de la vie privée, la méconnaissance des services et de l'endroit où se les procurer, les tabous et autres interdits relatifs à la sexualité et les lois qui empêchent les adolescents d'obtenir l'information et les services dont ils ont besoin⁸.

Cependant les caractéristiques de l'utilisation de services de personnes vulnérables ne sont pas bien connues, C'est pour combler cette lacune que cette étude est réalisée. Elle vise à produire les connaissances nécessaires pour la bonne compréhension des obstacles liés à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductives chez les personnes vulnérables dans le contexte de WISH : personnes en situation d'handicap, les jeunes, les femmes en âge de procréer dans la ville de Kinshasa. Ces connaissances serviront d'une base d'informations nécessaires pour permettre d'améliorer la politique et stratégies nationales plus pour l'accès des de ces populations aux services de SSR/PF.

6 <https://www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries>

7 Idem

8 Bidem



OBJECTIFS

Objectif général :

L'objectif général de l'étude est de contribuer à la production des connaissances sur les barrières d'accès aux services de Santé sexuelle et reproductive des personnes vivant avec handicap.

Objectifs spécifiques :

- ➔ Réaliser une analyse du contexte d'offre des services SSR/PF au profit des personnes vivant avec handicap ;
- ➔ Réaliser une analyse sur les facteurs pouvant influencer négativement l'accès des personnes vivant avec handicap aux services de SSR/PF ;
- ➔ Proposer des recommandations pratiques pour améliorer la politiques et les stratégies nationales afin de faciliter l'accessibilité de ces groupes aux services ;
- ➔ Partager ces résultats et recommandations auprès des acteurs intervenant dans le secteur de la SSR/PF en RDC



Type d'étude

La présente étude est une étude de cas, qui a combiné plusieurs techniques de collecte de données pour atteindre les objectifs. Ce type d'étude est choisi parce qu'il permet d'étudier en profondeur et de manière extemporanée un phénomène dans toutes ces dimensions. Elle a consisté à réaliser d'un côté une recherche documentaire portant sur les normes, directives et réglementations existantes en rapport avec l'accès aux soins de personnes avec handicap et de l'autre côté, à conduire des entretiens des informateurs clé évoluant dans les domaines en relation avec les personnes avec handicap.

Période et site d'étude

L'étude a été menée à Kinshasa, capitale de la République démocratique du Congo dans la période allant de décembre 2021 à Janvier 2022. Ce choix est guidé par le fait que la Ville de Kinshasa regorge toutes les institutions de la république ainsi que les entités de la société civile, pouvant constituer un cadre pour cette recherche.

Population d'étude et échantillonnage

Ont été ciblés par l'étude dans la revue documentaire tous les documents de politique, les normes, les directives ainsi que les réglementations en rapport avec l'organisation de soins, l'offre de soins ou le statut spécifique de personnes. Ces documents ont été recherchés au niveau du Ministère de la Santé publique, prévention et hygiène (MSPHP) et au niveau des Ministères œuvrant dans les affaires sociales, les affaires humanitaires et autres familles, femmes et enfants et genre. La revue documentaire a comporté également une tentative de recherche en ligne dans le moteur de recherche utilisant les termes en Français ou en Anglais en rapport avec les handicaps.

Les entretiens ont porté sur les informateurs clés. Les informateurs clés dans cette étude ont été les personnes vivant avec handicap ou non, en charge de structures d'encadrement de personnes avec handicap, les responsables au niveau du MSPHP en charge de l'organisation et offre de soins (DGOGS), les responsables de structures de prise en charge de personnes vivant avec handicap notamment les formations sanitaires du MSPHP et des Affaires sociales, les structures spécialisés prenant en charge les personnes avec handicap (Centres Bondeko, Centre de Livulu, Centre des Handicapés de Huileries...), les responsables des organisations communautaires et religieuses, les personnes prenant soin de personnes avec handicap, les personnes responsables de résidences et logements pour personnes avec handicap et autres parties prenantes comme les associations et autres organisations non gouvernementales travaillant dans le domaine associé aux handicaps. Il ne s'agissait pas spécifiquement des prestataires de soins de santé, mais de personnes responsables des structures en charge des personnes vulnérables.

Les entretiens semi-structurés ont également été organisés avec les personnes vulnérables elles-mêmes. Il s'agissait dans cette étude des personnes vivant avec handicap, physique, visuel, auditif, des personnes avec handicap cognitif, les enfants de la rue, les orphelins vivant dans les structures de prise en charge des orphelins, les personnes vivant dans l'indigence notamment les femmes qui se

livrent au petit commerce de biens de consommation.

La taille de l'échantillon pour les entretiens était d'environ 30 personnes. Ces personnes étaient sélectionnées suivant un échantillonnage par choix raisonné. Il s'agissait pour les enquêteurs d'enrôler les personnes présentant certaines caractéristiques notamment liées à leur vulnérabilité. Pour permettre un maximum de variation dans les caractéristiques des répondants, les enquêteurs ont enrôlés les répondants dans plusieurs catégories d'handicaps, en variant également les caractéristiques socio-démographiques comme le sexe et l'âge. Dans certains cas, une stratégie de boule de neige a été utilisée de manière à explorer les personnes pouvant travailler dans un système de réseau en relation avec les handicaps. Il s'agissait dans cette stratégie de demander à chaque répondant, s'il pouvait vous indiquer quelqu'un d'autre pouvant avoir des informations sur un type spécifique d'handicap ou de vulnérabilité. Etant donné l'existence de plusieurs types d'handicap, l'étude a tenté d'abord les aspects en rapport avec le handicap mental ou cognitif, le handicap physique, en dehors de cas de vulnérabilité. Dans cette étude, les handicaps liés à l'âge et liés à la coloration de la peau ainsi que liés à la migration ou au déplacement interne n'ont pas été abordés.

Techniques de collecte de données.

Les données ont été collectées par revue documentaire et par entretiens individuels semi-structurés. Une fiche d'extraction de données pour faciliter la revue documentaire et un guide d'entretien pour orienter les discussions avec les informateurs clés ont été élaborés. Le guide d'entretien a comporté les modules en rapport avec l'identification du répondant, les informations sur les politiques, normes et directives, un module sur les barrières aux soins et les solutions existantes.

Les informateurs clés et les personnes vulnérables, vivant avec handicap ou pas, ont été identifiés sur base de leurs organisations ou institutions ou en utilisant les réseaux professionnels ou associatifs. Ils ont été contactés par téléphone directement ou par personne interposée de manière à obtenir un rendez-vous. Si le rendez-vous est obtenu, le jour de l'entretien, un consentement éclairé a été administré et en cas de consentement, l'entretien a été conduit. Les entretiens se sont tenus dans des endroits choisis par le répondant, de préférence les lieux publiques ou communautaires, à l'abri de regard et de dérangement sonore. Ils ont été conduits en Lingala, la langue locale la plus parlée à Kinshasa ou en Français selon la préférence du répondant et ont duré entre 45 à 60 minutes. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone digital après autorisation du répondant. Pour l'entretien avec les personnes vivant avec handicap auditif type sourds-muets, l'entretien a été réalisé en présence d'un interprète. Cet interprète était en charge d'écouter les questions des enquêteurs, de les traduire en langue de sourds et de prendre les réponses des répondants en langue de signe et de les traduire en langue parlée, enregistrable. Pour les répondants avec handicap cognitif, les répondants ont été choisis par les responsables de structure de prise de charge sur base de leurs capacités à écouter, comprendre les questions, de tenir une interaction avec les enquêteurs.

Pour tous les entretiens conduits lors de cette étude, à la suite de l'entretien, un résumé a été rendu au répondant pour assurer une vérification avec le répondant. L'équipe de recherche était constituée d'un chercheur principal en charge de la coordination de l'étude et de six enquêteurs possédant des connaissances et des compétences en recherche qualitative. Cette équipe avait en charge la réalisation de la recherche documentaire en ligne, en physique et la conduite des entretiens. Les entretiens ont constitué une occasion pour l'équipe de recherche d'identifier auprès de répondant les documents

existants.

Variables

L'étude a abordé les aspects en rapport avec l'accessibilité et l'organisation aux soins de personnes avec handicap en commençant par les documents de politique, les normes et les directives. Les données qui seront collectées par l'équipe de recherche viseront à déterminer les données pouvant orienter à l'identification des barrières et des obstacles à l'utilisation de service. Pour atteindre les objectifs de l'étude, l'étude a utilisé les variables tirées du modèle Savoir-Pouvoir-Vouloir de l'utilisation de recherche (Figure 1). Ce modèle explique l'utilisation de services de santé par les facteurs liés au Savoir (connaissance), au Pouvoir (Accès) et au Vouloir (Décision) et comprendront notamment :

- ➔ Les caractéristiques démographique des personnes vulnérables: Age, sexe, rang dans la fratrie, taille de la fratrie, nombre d'enfant, les conditions de logement ;
- ➔ Les caractéristiques socio-démographiques et économiques de personnes avec vulnérabilité et de leur ménage (possession de carte de santé ou de l'assurance/mutuelles, possession de téléphone, l'appartenance à un groupe social, culturel ou religieux, la fréquentation des activités sociales de groupes, la connaissance de langue locale et de la langue française, le niveau d'alphabétisation, l'accès au moyen d'information, radio, télévision et autre internet, le niveau d'instruction, la possession de biens et logements, le niveau de revenu, l'habitude d'écouter les média,...la connaissance de média d'information ;
- ➔ Les caractéristiques en rapport avec la connaissance de service de santé notamment en terme de soins de santé de la reproduction ;
- ➔ Les caractéristiques en rapport avec l'accès lié à l'utilisation de services de santé ;
- ➔ Les caractéristiques en rapport avec la décision liée à l'utilisation de services ;
- ➔ Un narratif sur le contexte de vie pour identifier les barrières et les obstacles, perçus par la personne vulnérable ;

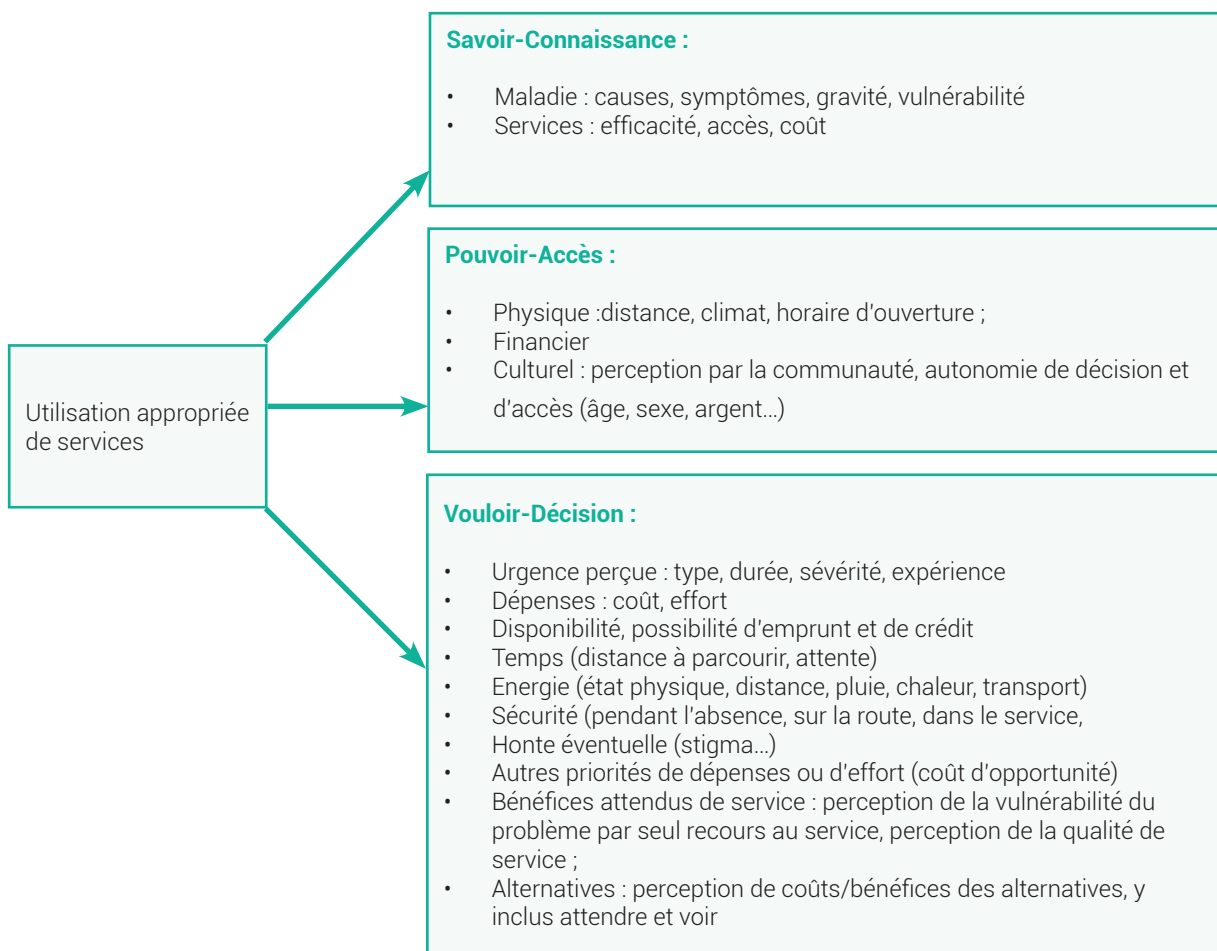


Figure 1. Modèle Savoir-Pouvoir-Vouloir pour expliquer l'utilisation appropriée de services de santé

- ➔ L'utilisation de services (utilisation et accès aux services de soins, satisfaction en rapport avec les services, la préférence de prestataires de services de santé moderne ou tradi-praticien, l'utilisation récente de services de santé, présence d'une assistance au niveau de structure de soins, présence de dispositifs de support pour faciliter l'accès dans les formations sanitaires, décision en rapport avec les soins de santé, accessibilité aux informations en rapport avec les soins et les services,...), présence des prestataires avec une formation adéquate et une compétence en rapport avec les handicaps spécifiques, les ressources au niveau de services,...).

Traitement et analyse de données

Les données collectées ont été analysées par analyse du contenu documentaire et revue narrative pour les données provenant de la revue documentaire et par analyse thématique pour les données des entretiens des informateurs clés. Dans tout le cas, l'approche a consisté à se familiariser avec les données par une lecture et une relecture, l'élaboration d'un guide de codification, la codification de données, la synthèse et l'interprétation de résultats. L'étude a utilisé une matrice d'analyse conçue sur Excel ou dans le cas échéant le logiciel Atlas-ti pour organiser et réduire les données.

Considérations éthiques

L'étude a été soumise à l'approbation du comité d'éthique de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. La participation aux entretiens a été conditionnée à l'obtention d'un consentement éclairé. Les données ont été obtenues et analysées de manière anonyme et en respectant la confidentialité. Toutes les informations permettant d'identifier les participants ont été soustraites de données à rendre publique. Les données collectées dans cette étude ne sont accessibles qu'aux membres de l'équipe de recherche. Les enregistrements seront détruits après la transcription et la vérification de transcriptions. Les transcripts et les documents en rapport avec les indications identitaires de participants ont été conservés en format électronique dans un ordinateur protégé par un mot de passe, dans des dossiers protégés. Le partage de données ne sera réalisé que dans le respect de protocole établi, en soustrayant les éléments identitaires et en codifiant les participants. L'étude ne comporte aucun risque majeur pour les répondants et n'a abordé que les aspects en rapport avec l'étude. Aucun participant n'a reçu un bénéfice direct de l'étude. Les données collectées serviront à orienter la mise en œuvre des politiques et directives en rapport avec l'accessibilité et l'organisation de soins pour les personnes avec handicap.

Diffusion de résultats et gestion de la recherche

L'étude a été pilotée par le MSPHP au travers du Programme National de la Santé de la Reproduction. Un comité de pilotage a été mis en place pour suivre toutes les étapes de la recherche. Les résultats seront présentés et validés par ce comité de pilotage avant leur finalisation et leur publication. Cette dernière pourra se faire sous forme de rapport, d'article ou de notes d'orientation politique.



RESULTATS

L'étude a comporté deux parties, une partie constituant l'étude de cas et l'autre partie, la revue documentaire. Au total, 29 répondants ont participé à l'étude. Le Tableau I reprend les caractéristiques principales des répondants. Ils provenaient de huit catégories notamment les personnes avec handicaps (visuel, auditif, physique), les personnes vulnérables (Orphelins, enfants de la rue et vulnérables) et les informateurs clés. Les répondants étaient âgés en majorité de plus de 25 ans, plus de sexe féminin, marié ou vivant en union pour la moitié parmi eux, ayant des enfants pour plus de la moitié. Plus d'un tiers étaient de salariés ou de personnes exerçant des activités à leur propre compte et avaient au moins un niveau d'éducation secondaire.

L'interview avec un conseiller du Ministère en charge des personnes avec handicaps au Ministère de la Jeunesse souligne l'existence d'une proposition de loi organique portant protection et promotion des droits de la personne avec handicap, élaborée en 2020 mais toujours au Sénat pour sa validation. Il atteste que l'Article 14 de ladite loi parle de la santé en général et de la problématique de la santé de la reproduction pour les personnes avec handicap. Il a rapporté que le Ministère de la Jeunesse collabore avec les autres ministères comme celui du Genre, famille et enfants ainsi que certaines associations et qu'il y a déjà eu l'installation des différentes divisions prévue en février 2022 dans différentes provinces mais qu'aucune action n'a été menée jusqu'à ce jour en rapport avec la santé sexuelle et reproductive par le ministère, à part quelques actions individuelles de certaines organisations qui entretiennent les personnes vivant avec handicap à ce sujet.

Les sections suivantes rapportent les synthèses de données collectées auprès de chaque catégorie. Les résultats portent sur trois aspects : la connaissance, l'accessibilité et le pouvoir décisionnel. Puis les sections suivantes rapporteront les synthèses de revue documentaire.

Tableau I. Caractéristiques de participants

Catégories	Total		Age		Sexe		Etat-civil			Avoir d'enfants		Occupation			Niveau d'étude		
	≤18	19-25	>25	M	F	MA	C	ET	Salarié	NS	SP	P	S	SU			
Aveugles	4	0	4	2	2	3	1	4	0	4	0	0	4	0			
Sourds-muets	3	1	2	1	2	1	2	1	1	1	0	2	1	0			
IMC	2	0	2	2	0	0	2	0	2	0	0	0	2	0			
PVHP	4	0	4	2	2	2	2	2	0	0	2	1	3	0			
Orphelins	4	2	1	0	4	0	4	2	1	0	3	0	4	0			
Enfants de la rue	4	4	0	2	2	2	2	2	0	0	4	0	0	0			
Personnes vulnérables	3	0	1	2	0	3	0	3	0	0	3	0	0	0			
Informateurs-clés	5	0	0	5	1	4	1	4	0	5	0	0	0	5			
	29	7	4	18	10	19	15	14	4	10	5	10	14	5			

Légendes :

- IMC : Infirmité motrice cérébrale
 PVHP : Personne vivant avec handicap physique
 M : Masculin
 F : Féminin
 MA : Marié et apparenté
 C : Célibataire
 ET : Elève/Étudiant
 NS : Non salarié
 SP : Sans profession
 P : Primaire,
 S : Secondaire,
 SU : Supérieur et universitaire

1. Personnes vivant avec handicaps (sourds-muets)

La majorité des répondants appartenant aux groupes cibles ne semblent ne pas connaître ou avoir entendu parler de services de planification familiale ni de celui d'avortement sécurisé dans leur environnement. La plupart rapportent des propos traduisant une certaine stigmatisation à l'égard de ces services de santé de la reproduction ou une norme négative.

Certains ont déjà attendu de services de planification familiale mais de manière vague, sans trop de précision. Toutefois de manière instinctive, ils mentionnent l'hôpital comme l'endroit où se procurer ces services.

La majorité de personnes vulnérables ou avec handicap vivent dans le ménage lié à leur famille ou avec un proche mais quelques fois avec des amis présentant le même handicap qu'elles. La majorité n'ont pas d'assurance santé et dépendent des ressources familiales pour les soins de santé, en dehors de quelques-uns qui sont pris en charge aux travers les structures spécifiques spécialisées, souvent gérées par les organisations à base confessionnelle. Pour les personnes indigentes, souvent, ce sont les personnes de son voisinage qui l'assistent en cas de problème vu leur précarité.

La plupart ont rapporté avoir fréquenté les services de santé souvent pour des symptômes de maladies infectieuses ou parasitaires et très rarement pour un problème de santé de reproduction, en dehors des accouchements pour les femmes. Pour les personnes sourds-muettes, lors des consultations, il y a nécessité d'avoir une tierce personne pour l'interprétation, car les prestataires de soins ne semblent pas connaître le langage de signes et cela pose des problèmes de confidentialité. Pour les autres, qui n'ont pas besoin d'une tierce personne, la confidentialité est respectée. Pour les personnes avec handicap physique, les structures de soins ne semblent pour la plupart avoir été conçues pour faciliter l'accessibilité aux personnes avec handicaps et pour les personnes avec handicap visuel, les structures ne portent des inscriptions en écriture Braille.

Beaucoup de personnes avec handicap sont conduits aux services de santé par leurs membres de famille donc ne possède pas la décision pour cela.

Les informateurs qui prennent en charge les personnes avec handicap ont rapporté que les PVH pour se faire soigner, viennent avec leurs familles qui assurent leurs prise en charge et payent les soins. Certaines personnes possèdent des groupes sociaux auxquels ils appartiennent. Ils affirment que les PVH généralement obtiennent des informations à la télévision ou par les personnes autour d'eux. Certains ont rapporté avoir accompagné une personne vivant avec handicap en consultation pour motif autre que les problèmes de santé de la reproduction. Ils pensent que l'accueil des prestataires de soins était bon, que la distance à la structure n'était pas un obstacle majeur surtout en milieu urbain, sous réserve de facilités de transport disponibles. Ils attestent que souvent il n'y a pas d'assistance directe mise à l'hôpital pour ces personnes mais l'attitude du médecin est acceptable.

La plupart des informateurs pensent que certaines personnes vivant avec handicap ou vulnérables ont une idée sur la planification familiale parce qu'elles ont déjà entendu qu'elles emploient le terme comme « injection de repos » pour éviter des grossesses. La majorité affirment que les méthodes contraceptives sont importantes pour les personnes avec handicap et les personnes vulnérables, pour

les protéger contre certaines maladies et des grossesses non désirées, attestant par exemple que les PVH ont souvent une libido excessive qu'ils ne savent pas contrôler. Ils ont affirmé que les PVH savent qu'elles peuvent se procurer les méthodes à l'hôpital mais souvent ce sont leurs membres de famille qui viennent demander ces services pour elles après peut être qu'il y ait eu une grossesse non désirée chez la personne. Donc le besoin ne vient pas d'eux souvent de façon spontanée

Les informateurs clés affirment ne pas connaître les endroits officiels où on disponibilise les services d'interruption sécurisés des grossesses et pensent que les PVH ne sont pas en mesure de payer ces services

2. Adolescents et jeunes en situation de rue

La situation des adolescents et jeunes vivant dans la rue est différente selon qu'ils sont prise en charge dans des structures de prise en charge ou non. Les enfants de la rue sont pour certains pris en charge dans structures tenus par les structures confessionnelles. Par exemple, certains enfants de la rue ont rapporté que ce sont des centres confessionnels souvent tenus par les catholiques qui travaillent en collaboration avec des ONG tels que Médecins du Monde qui leur offrent deux types des services.

La plupart ont rapporté qu'il existe des services de consultations auprès des enfants en situation de rue. Ce sont des enfants vivant parfois dans des domiciles mais qui vont dans la rue pour des activités d'ordre commercial. Ces enfants de la rue ont affirmé que les soins sont offerts dans leurs milieux de vie avec une ambulance bien équipée pour des soins rapides et pas très compliqués. Ils ont également rapporté que ces structures de prise en charge des enfants de la rue offrent également les service hospitaliers pour les cas graves. Elles ont des équipes multidisciplinaires composées d'une infirmière, des psychologue, et d'un hygiéniste. L'ambulance lorsqu'elle réfère les cas dans les centres tient compte des guerres des bandes et des rivalités entre groupes puis de la distance que la personne doit parcourir avant d'atteindre un centre de santé.

Il est ressorti des entretiens que ces structures offrent les services de santé de la reproduction aux enfants en situation de rue. Plusieurs affirment que les enfants de la rue surtout les filles utilisent plus le préservatifs, suivis des implants pour les femmes. Ils affirment que ces enfants préfèrent utiliser les préservatifs quand elles entretiennent des relations sexuelles avec les autres personnes qui ne sont pas du groupe des enfants de rue, c'est à dire d'ordre commerciale pour se protéger. Par contre dans le groupe des enfants de la rue, le rapport sexuel se fait souvent sans préservatif. Ils attestent que pour les enfants de la rue filles qui font le commerce du sexe, le rapport sexuel non protégé coûte plus cher que celui qui est protégé à cause du risque encouru.

Ces enfants de la rue ont témoigné qu'au sein des centres de prise en charge, les encadreurs abordent plusieurs thématiques lors des séances de sensibilisation sur la santé sexuelle et de la reproduction. Ces encadreurs ou ces équipes d'encadrement descendent sur terrain tous les jours de la semaine sauf samedi et dimanche. Les enfants ont rapporté qu'il y a deux équipes de sensibilisation, une pour la journée et une autre pour la nuit. Les enfants de la rue concernés par ces activités ont affirmé connaître les numéros de téléphones des encadreurs.

Les répondants ont relevé que comme la majorité des organisations sont tenues par les Catholiques, les centres de prise en charge n'offrent pas le paquet de soins des avortements sécurisés mais encouragent plutôt de garder la grossesse et l'enfant et puis de le confier à un centre d'hébergement.

Cependant, il a été noté qu'il arrive souvent qu'après l'accouchement plusieurs filles refusent de céder leurs enfants aux centres d'hébergement. De l'autre côté, certains informateurs-clé ont soulevé qu'il existait des réseaux de vente et achat des grossesses et que les enfants de la rue vendaient leurs enfants aux plus offrants alors qu'elles sont encore grosses.

3. Adolescents et jeunes vivant dans les orphelinats

L'étude a porté également sur les adolescentes et jeunes filles habitant les orphelinats dans la Ville de Kinshasa. Il ressort de ces entretiens que les adolescentes et jeunes filles rencontrées à l'orphelinat ont ressorti dans leurs discours les convictions personnelles pour ne pas utiliser les méthodes contraceptives au moment où elles vivent dans un cadre d'assistance sociale et sont déjà pour la plupart de filles-mères. Cette situation est suggestive d'un défaut de connaissance.

« Je ne peux pas utiliser les mesures contraceptives parce que Dieu a créé la femme et l'homme pour qu'ils s'unissent et mettent des enfants au monde. Pourquoi limiter la procréation ? moi, je ne peux pas ; si je tombe enceinte, je vais accoucher mais pour le moment, j'ai décidé de m'abstenir pour le mariage » (B, 18 ans, F, Orpheline)

Certaines adolescents et jeunes vivant au sein des orphelinats ont attesté avoir attendu parler les méthodes contraceptives modernes, mais qu'elles n'utilisent pas ces méthodes par manque d'argent pour en procurer, car, ont-elles déclaré l'accès à ces méthodes leur est interdit au sein des organisations qui les hébergent ou qui les supportent.

« Ba pilules wana ezali ezali ; biso bana ya orphelinat ba pesaka biso yango te, il faut to luka yango libanda. » (M, 23, F, Orpheline, fille-mère)

Il ressort aussi des interviews que dans le passé, les filles qui étaient hébergées dans certains orphelinats avaient accès à des méthodes contraceptives modernes, car il était important d'éviter des grossesses non désirées surtout lorsque les responsables remarquent un changement dans le comportement des filles. Cependant cette politique n'a pas été maintenue à cause des problèmes d'effets secondaires notamment les saignement et les troubles de règles... Les responsables ont arrêté de mettre les contraceptives à la disposition des passionnaires, selon les affirmations des répondants et ont privilégié la responsabilité de chacune de manière à ce qu'une fille qui tombe enceinte, est encouragée à accoucher et à élever son enfant à l'orphelinat. Les répondants ont rapporté que les filles-mères vivent dans un logement adapté avec leurs enfants, mais séparées des autres filles qui ne sont pas mères et qui étudient encore. Certaines adolescentes ont avancé comme raison pour ne pas utiliser les contraceptives l'attitudes des prestataires de soins à l'égard des adolescentes et jeunes qui demandent les informations ou demandent des contraceptives modernes.

« Si je leur demande les pilules ou un conseil en rapport avec ça, ils vont penser que je suis turbulente. Bako kanisela nga mabe, alors je préfère m'en procurer en dehors de notre hôpital... si je n'ai pas d'argent, je vais demander à mes amies qui en ont mais pour le moment je m'abstiens par ce que à la formation, les médecins nous avaient dit que la meilleure méthode c'est l'abstinence » (S, 19 ans, F, Orpheline).

Il est important de noter que parmi les adolescents et jeunes vivant dans les orphelinats, il n'existe aucune information sur l'interruption sécurisée de grossesse chez toutes ces filles.

Les informateurs clés qui travaillent avec les orphelins pensent que dans plusieurs orphelinats, les adolescents et jeunes ont certaines informations sur les contraceptions et les méthodes de planification familiale. Toutefois, plusieurs responsables encouragent plus les conseils pour l'abstinence, à cause de convictions personnelles.

« Je participe aux formations avec les enfants sur la PF, Mais ma religion ne me permet pas d'utiliser ces méthodes donc je ne peux pas leurs donner ça ; on leur donne des conseils seulement mais ban'ango ba beba na bango, ba yokaka te »

Ils attestent que les personnes vulnérables n'ont pas d'information sur l'interruption sécurisée de grossesse.

4. Personnes avec handicap type Infirmités motrices cérébrales

Les personnes souffrant des infirmités motrices cérébrales (IMC) ont été rencontrées au niveau des institutions qui les prennent en charge.

La plupart ont souligné que l'obstacle première est le manque d'argent, suivi de l'attitude négative de prestataires vis-à-vis de leurs handicaps et pour certains, le manque d'information sur les autres méthodes de contraceptions hormis le préservatifs mais aussi la méconnaissance de services pouvant offrir les méthodes contraceptives. Certains ont également soulevé les croyances religieuses ou les normes culturelles qui font que l'utilisation de méthodes contraceptives n'est pas conseillée pour certaines catégories de personnes comme les jeunes célibataires, car il est attendu d'eux l'abstinence.

« Une fois j'étais allé acheter un préservatif pour un ami, la dame dans la pharmacie qui vendait, elle m'a demandé pourquoi je cherchais à m'en procurer, elle m'a dit sois prudent, œil pour œil dent pour dent, je lui ai dit que ce n'était pas pour moi après, en plus j'ai dit à la femme que dans ma tête je pensais que c'était un médicament lorsque mon ami m'a demandé ce service. Après elle m'a vendu le préservatif ». (J, 21, M, IMC)

Les personnes vivant avec handicap mental pensent que les interruptions de grossesse même sécurisées sont interdites suivant la plupart de temps dans leurs croyances et elles pensent par contre qu'il sera mieux de conserver la grossesse, en déclarant surtout pour les femmes que *« c'est une grâce pour personne handicapée d'être enceinte tu ne sais pas qu'il sera demain »*.

Les informateurs-clé ont affirmé que la sensibilisation se fait d'une manière globale sans tenir compte de la particularité des personnes avec handicaps. Ils souhaitent que la sensibilisation soit un peu spéciale genre avoir si possible des interprètes de langue pour les sourds par exemple. Ils pensent aussi aux attitudes négatives des prestataires qui ont peur de certaines personnes avec handicaps qui montrent des difformités importantes. Toutefois, ils ont reconnu que certaines personnes avec handicap type infirmité motrice cérébrale suite à leur niveau de déficit cognitif (intelligence) n'ont pas accès à l'information sur plusieurs aspects de santé sexuelle et reproductive. Cependant, ils pensent que les services de santé qui offrent les méthodes contraceptives sont disponibles dans leur milieu mais que c'est l'accessibilité financière qui se pose, car les personnes avec handicap n'ont pas les moyens financiers pour un certain type de méthodes par exemple les implants qui coûtent un peu. Voir une personne handicapée se mettre des implants c'est difficile. Ils soulignent que ce sont souvent des membres de leur famille qui viennent solliciter ce genre des méthodes s'ils constatent que leur fille a un comportement sexuel à risque.

5. Personnes avec handicap visuels

Les répondants présentant des handicaps visuels ont affirmé pour certains disposer des cartes de mutuelles de la MESP, car enseignants au sein des institutions d'éducation de personnes aveugles. Ces cartes de mutuelle leur donnent accès aux soins dans certaines institutions sanitaires de la ville de Kinshasa proche de leurs domiciles. Toutefois, cela dépend de l'activation de ces cartes. D'autres ont par contre rapporté le manque d'argent comme obstacle à l'utilisation de services et pour justifier le recours à l'automédication, en achetant eux-mêmes les médicaments dans les pharmacies lorsqu'ils ne sentent pas bien. Ils regrettent seulement qu'il existe des hôpitaux privés qui n'acceptent pas des cas sociaux, les conduisant à payer les soins comme tout le monde d'une part et d'autre part ils rapportent qu'au niveau des hôpitaux publics, il y a des réductions pour les personnes avec handicap comme étant des cas sociaux. Cependant, ils relèvent qu'il y a beaucoup trop d'exigence pour bénéficier de ce statut social. Toutefois, ils informent que même cette réduction de moitié ne concerne que les fiches et consultations et non les autres biens et services. .

Les personnes avec handicap visuel ont rapporté des difficultés pour se déplacer vers les structures sanitaires à cause de leurs handicaps. Elles ont souligné souvent que les formations sanitaires pouvaient être loin de leur domicile.

Ils ont rapporté une durée d'attente importante au niveau de formations sanitaires surtout lorsqu'ils ont de cartes de mutuelles, les prestataires privilégiant surtout les payants au point d'offre de services et ils soulignent que les médicaments fournis ne sont pas de bonne qualité.

Ceux qui ne disposent pas de cartes de mutuelles recourent souvent à l'automédication. Certains ont relevé mais sans précision des informations selon lesquelles les personnes avec handicap et les vulnérables pouvaient bénéficier de la prise en charge de l'état au travers le Ministère de la Santé tant national que provincial. D'autres ont rapporté qu'en cas de maladie, ils se cotisent pour pouvoir soutenir la personne malade. Ils affirment tous qu'il n'existent pas de système pour faciliter l'accès de personnes avec handicap au niveau des établissements de santé et que souvent les files d'attente sont très longues. Ils ont noté qu'il y a aucune priorité accordée aux personnes vivant avec handicap.

Les données des interviews montrent que certaines personnes vivant avec handicap même visuel ont déjà attendu parler des méthodes de contraception mais plusieurs n'utilisent pas suite à des convictions personnelles basées sur des informations erronées. Ils se rabattent sur les préservatifs de certains cas, mais ils ont également relevé la difficulté d'obtenir des préservatifs, en dehors de campagnes de sensibilisation. Plusieurs ont souligné l'importance de la planification familiale notamment en cas de familles nombreuses et de difficulté financière. D'autres par contre, ont rapporté avoir arrêté l'utilisation suite aux effets secondaires. Cependant une partie non négligeable de personnes ont rapporté ne pas avoir des informations sur la planification familiale.

Les répondants ont relevé que l'accessibilité aux services de planification familiale est très faibles pour les personnes vivant avec handicap suite aux difficultés financières. Ils ont affirmé que les personnes vivant avec handicap peuvent aussi manqué de connaissance et d'information sur les méthodes contraceptives du fait que la sensibilisation est souvent orientée vers les personnes en bonne santé physique. Certains ont affirmé ne pas connaître les lieux où ils peuvent se procurer les méthodes contraceptives s'elles ne sont pas partagées, bien qu'ils pensent pouvoir les trouver dans les pharmacies.

Difficultés financières de pouvoir se procurer les méthodes contraceptives pour nous les personnes avec handicap visuel. L'idéal serai de nous les donner gratuitement. Moi je peux avoir l'argent pour l'acheter mais ça ne sera pas le cas des autres. Il y a un manque de sensibilisation des méthodes contraceptives pour les personnes vivant avec handicap. Elle est plus concentrée vers les personnes en bonne santé physique.

Plusieurs ont relevé ne pas connaître les services d'interruption sécurisée de la grossesse dans leur environnement et qu'ils n'en ont jamais attendu parler. Toutefois, certains ont affirmé ne pas faire recours à ce service même s'ils le connaissaient du fait de leur convictions religieuses qui les empêchent de pouvoir volontairement interrompre une grossesse, en dehors de cas de complications de la grossesse qui nécessitent de sauver la vie de la mère.

La plupart des personnes vivant avec handicap visuel interrogées ont rapporté qu'elles sont les seules à faire le choix de méthodes à utiliser si c'est nécessaire. Les femmes ont affirmé préférer les méthodes naturelles que les méthodes modernes, bien certaines utilisent les méthodes comme les pilules et que l'utilisation de préservatifs se fait souvent la demande de leur partenaire et qu'elles prennent cette demande comme un manque de confiance en elles. Elles rapportent les informations reçues de leurs groupes de référence comme les désavantages des préservatifs.

Elles ont affirmé que le recourt à un service d'interruption de la grossesse ne se conçoit que lorsque la vie de la mère est en danger, mais ne se conçoit par lorsque la grossesse évolue bien. Beaucoup ont affirmé ne pas s'intéresser à ce que les autres pensent sur leurs choix sur les méthodes contraceptives ou sur l'interruption sécurisée de la grossesse. Toutefois, elles ont affirmé ne pas quelques choses sur le service d'interruption sécurisé de grossesse, d'autant plus que pour elles, il est interdit de pratiquer l'avortement.

6. Personnes avec handicaps physiques

Il est ressorti essentiellement de nos interviews ce qui suit, pouvant être considéré comme de barrière à l'accès aux soins. La perception du handicap varie selon que la personne a une certaine autonomie de subsistance. Celle qui travaille considère leur handicap juste comme une limite dans la mobilité :

« Une personne vivant avec handicap c'est une personne comme tout autre le seul problème qui lui rend un peu difficile est la mobilité réduite, quand la mobilité est réduite peut-être monté un étage ou transporter un poids que la personne ne saura pas. En ce moment la personne devra solliciter une assistance par la personne qui est apte, mais en réalité la personne vivant avec handicap est une personne intelligente elle raisonne comme d'autres personnes elle travaille. Pour les femmes ou les hommes, ce sont des mariés même difficilement ils ont des enfants qui n'ont pas eux ce handicap que leurs parents procèdent. »

Par contre celle qui n'a pas assez de moyens pour vivre de façon indépendante le perçoit comme une limite ou une souffrance.

« une personne vivant avec handicap est négligée, n'est pas considérée parmi les autres dans la société. Certains sont même traité de sorciers juste à cause de leurs handicaps »

Personne ne dispose d'une carte de santé et donc doit se débrouiller pour se faire soigner à ses frais obtenus soit grâce à une aide par les proches ou de personnes de bonne foi ou si elle travaille grâce à son revenu. Et ces ressources ne sont que rarement disponibles.

Certains doivent reconnaître avoir obtenus une carte de personne vivant avec handicap délivré par le ministère des affaires sociales à l'époque mais cette carte sert le plus souvent de laisser passer et n'offre aucun avantage pour les soins médicaux. Quelques fois, ils bénéficient d'une réduction de frais de soins mais cela dépend des hôpitaux comme c'est le cas au centre des handicapés.

Concernant l'existence de groupes social, culturel ou religieux, tous reconnaissent au moins y avoir pris part à un moment mais ont été déçu par le fait que les responsables ont souvent détournés les biens revenant aux membres :

« J'ai juré dans ma vie de plus jamais faire partie d'une association de personnes vivant avec handicap car nous sommes trop exploités, les gens récoltent de fonds en nous utilisant mais sont les seuls en bénéficié. Je ne vais plus à aucune réunion ça fait plus de 3 ans »

« je ne vais plus jamais à aucune de réunion réunissant les personnes vivant avec handicap car ça termine toujours mal voire par des disputes suite à la mégestion ou à la mauvaise foi de certains. »

La principal source d'information en général et pour la santé est de bouche à oreille dans la rue, suivi des médias télévisés.

Il est ressorti de nos interviews que la grande barrière constitue le manque de ressources financières pour assurer le coût de soins.

« si tu as ton argent et que tu paies tu es bien reçu, comme tout le malade ; le personnel médical lui ne voit que son argent » ; « moi, je n'aime pas me classer dans la catégorie des indigents au risque d'être négligé, quand je vais à l'hôpital, je paie ma consultation comme tout le monde et je suis bien reçu »

Certains reconnaissent néanmoins qu'ils sont parfois mal regardés voire dévisager par les autres patients

« Pour beaucoup, les personnes vivant avec handicap sont de sorciers. J'ai même déjà entendu un pasteur dire qu'ils n'aiment pas les personnes vivant avec handicap car ils sont sacrifiés leurs membres au monde de ténèbres. »

Il arrive que parfois même quand une personne vivant avec handicap a de quoi payer pour les soins mais à cause de préjugés qu'ont les personnels soignant qu'elle soit un peu négligée ou reçue en retard parce qu'on pensait qu'elle n'avait pas de quoi payer.

Tous ont aussi cité la difficulté de trouver un moyen de transport pour se rendre à l'hôpital :

« Dans le bus de l'état comme le Transco, on nous accepte sans problème et on ne paie mais même là les marches à l'entrée ne sont pas adaptées à notre condition. Pour les autres bus, dès que le receveur nous voit à l'arrêt il fait signe au chauffeur de ne pas s'arrêter car disent-ils qu'on ne va pas payer. Ce qui fait que même si tu as ton argent ce n'est pas facile de trouver un bus, ça peut te prendre 1 heure. Le taxi au moins ça va mais c'est plus cher »

Les chaises dans la salle d'attente, les tables de consultations ne sont pas adaptés pour les personnes vivant avec handicap dans la plupart des établissements de soins. Il en est de même de l'accès à l'établissement (présence d'escalier sans rampe) et même de la disposition des bâtiments (bâtiments en étages sans ascenseur)

Les toilettes ne sont pas à adaptées aux conditions de personnes vivant avec handicap.

« dans les hôpitaux ou même dans les parcelles les gens qui construisent le font souvent sans tenir compte qu'il existe des personnes vivant avec handicap physique qui peuvent aussi utiliser les toilettes »

« Il y a des personnes vivant avec handicap qui rampent pratiquement mais quand tu vois l'état de salubrité des toilettes dans les hôpitaux, comment une telle personne peut les utiliser ? Elle est obligée de demander l'aide de quelqu'un pour la soulever »

Nous n'avons pas noté de fausses informations sur la planification familiale. Tous reconnaissent qu'il est important de réguler et de limiter le nombre d'enfants pour le bien-être de toute la famille.

« Oui j'ai déjà entendu parler. A la radio, des bouche-à-bouche. mais il y a beaucoup qui ne comprennent pas. Je ne connais pas les méthodes de contraception en bref, là vous pouvez m'en dire plus ».

Seule l'informatrice clé travaillant à l'hôpital qui avait une connaissance large sur les méthodes contraceptives. Les autres ont tous cité en premier la méthode du calendrier pour le calcul de cycle suivi des préservatifs comme seuls méthodes connus.

L'hôpital a été identifié par tous comme lieux où s'informer d'avantages et où se procurer les méthodes mais personnes une structure en particulier, dans son voisinage où obtenir une méthode contraceptive.

Concernant l'importance pour les personnes vivant avec handicap d'utiliser une méthode contraceptive, ils reconnaissent que c'est important de contrôler les naissances.

« une personne vivant avec handicap a déjà des ressources limitées alors s'il a beaucoup d'enfant ça sera compliqué pour prendre soins d'eux. » mais disent qu'il faut être prudent de ne pas trop les utiliser : « car il faut quand même avoir des enfants qui pourront prendre soins de toi quand tu n'auras plus de force. »

Personne ne connaissait un endroit précis où se rendre pour obtenir une méthode contraceptive. Les difficultés d'accès à l'hôpital sont les mêmes que celles évoquées précédemment.

Nos interviewés ont eu recours à la méthode de calendrier et certains en fonction de circonstances (demande du partenaire sexuel) ont recourus aux préservatifs achetés en pharmacie.

Le manque criant d'information dans ce domaine constitue la première barrière.

Personne ne connaissait une structure pouvant offrir ces services. Certains étaient convaincus qu'avec des moyens financiers il était possible de se procurer ce service. Un de nos interviewé a reconnu avoir accompagné une de ses proches pour le faire mais de manière clandestine.

Tous ont reconnus accepter de recevoir avec reconnaissance un conseil qui leur serait donner dans le sens d'utiliser une méthode contraceptive pour certains voyant même cela comme une intervention divine.

« Dieu parle de diverses manières peut-être que la personne qui me donne ce conseil, c'est Dieu qui me l'a envoyé, donc je veux accepter volontiers le conseil »

Toutefois personne n'a accepter qu'une personne une décision à sa place quelque puisse être cette décision.

« Toute personne doit prendre ses propres décisions car elle est responsable de sa vie. La personne vivant avec handicap physique est comme tout autre personne, pourquoi quelqu'un devrait prendre une décision à sa place ? Sa tête n'a pas de problème, c'est juste une limite dans sa mobilité, il doit prendre la décision lui-même »

7. Personnes indigènes

Les personnes vulnérables n'ayant pas des handicaps ont rapporté avoir attendu parler des méthodes contraceptives surtout des préservatifs. Cependant la majorité rapportent ne pas avoir de moyens financiers pour pouvoir utiliser les différentes méthodes. Par exemple, une a signalé son incapacité de payer les services par exemple le retrait des implants qui justifie son non-utilisation de cette méthode. D'autres rapportent d'autres barrières comme les attitudes ou les pratiques de partenaires. Une par exemple a parlé de son nouveau partenaire qui n'est pas le père de ses enfants et qui n'aime pas utiliser le préservatif en affirmant que cela « supprime (inhibe) le plaisir ».

Les personnes indigènes ont rapporté se faire souvent traitées à domicile par automédication car ne possède pas beaucoup des moyens pour se rendre tout le temps à l'hôpital.

Ils attestent que les personnes vulnérables n'ont pas d'information sur l'interruption sécurisée de grossesse.

8. Barrières ou obstacles à l'accès aux contraceptifs et aux autres services de santé sexuelle et reproductive par les adolescentes et les jeunes femmes

L'analyse des barrières/obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) par les adolescentes et jeunes femmes peut être effectuée suivant plusieurs perspectives. Dans le cadre de ce travail, les obstacles à l'accès aux services de SSR était réalisée suivant les éléments du modèle socio écologique de la santé : obstacles liés aux facteurs individuels, obstacles liés au milieu de vie, obstacles liés aux systèmes et obstacles liés au contexte global. Nous allons successivement faire la synthèse des obstacles ou les barrières qui sont décrites en RDC et à travers le monde.

1. Obstacles liés au contexte global

➔ **Insuffisance de la réglementation de l'organisation des services de planification familiale (PF) en RDC**

L'organisation des services de PF est soutenue par la réglementation locale, qui, dans la plupart des pays, se greffe sur les directives internationales sur la PF. En RDC, la loi N°18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique édicte des principes généraux en faveur de l'organisation de la PF [1]. Cependant, les mesures d'application de cette loi n'étant pas encore mises sur pied pour la plupart, une étude effectuée aux trois échelons du système de santé montre que les documents de politiques, les documents réglementaires et normatifs soutenant l'organisation de PF (normes et directives sur la PF) ne couvrent pas tous les aspects de soins en PF, sont encore génériques, sont peu disponibles, ne sont pas suffisamment vulgarisés et ne garantissent pas le respect des droits des adolescents dans la fourniture d'informations et de services en matière de contraception [2]. Cependant, cette faible réglementation de la PF s'inscrit dans le cadre de la faible réglementation et de l'insuffisance de la normalisation du système de santé de la RDC [3].

En RDC comme dans certains pays à ressources limitées, l'extension des services de PF est décidée par les autorités sanitaires qui s'appuient sur les objectifs de développement, sans véritablement faire naître les besoins de recourir à la contraception dans le chef des membres de la communauté [4]. La réglementation de l'offre de la PF en RDC reste insuffisante : l'offre de la PF dans certains types de formations sanitaires (FOSA) et à travers la distribution communautaire (DC) est insuffisamment soutenue par certains textes réglementaires [5,6]. Il n'y a aucune réglementation concernant l'offre des contraceptifs à travers les officines pharmaceutiques privées qui, cependant, constituent une source importante des méthodes contraceptives. Au Sénégal, les obstacles d'ordre juridique (imposées par la loi) et non juridique empêchent les pharmacies privées de prescrire les contraceptifs ; leur rôle est limité uniquement aux conseils, à la vente des contraceptifs et à la référence des clients vers les FOSA [7]. En RDC, il y a prescription des contraceptifs à travers les officines pharmaceutiques, souvent par des personnes non qualifiées [8]. Des précautions n'étant pas observées, cette manière d'agir expose les adolescentes et jeunes femmes aux risques des effets secondaires pouvant alimenter les rumeurs.

En dehors des normes et directives d'utilisation des préservatifs féminins [9], la RDC n'a pas encore mis au point des directives spécifiques réglementant la prescription des contraceptifs comme le dispositif intra utérin (DIU), les implants, le DMPA, etc.), et les conditions dans lesquelles ceux-ci devraient être prescrits, en particulier chez les adolescentes et les jeunes femmes. Dans les pays développés par contre, cette réglementation est très avancée [10]. En RDC, les rares documents normatifs et réglementaires de la contraception ne sont pas correctement appliqués car n'étant pas disponibles dans les structures sensées les opérationnaliser. Les FOSA n'organisent pas les services contraceptifs conviviaux aux adolescents [11] ; ces anomalies sont notées malgré l'existence des normes des interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes [6] qui, manifestement ne sont pas appliqués.

➔ **Insuffisance de la réglementation de la demande des services contraceptifs par les adolescentes et les jeunes femmes**

Il n'existe presque pas des politiques écrites pour soutenir la demande des services de SSR par les jeunes femmes et les adolescentes. La réglementation en vigueur ne facilite pas le respect de la personne humaine dans la fourniture d'information et des services en matière de contraception [2]. Alors que les parents et l'école constituent les sources préférées d'information en SSR pour les adolescents, une récente étude a montré que le contenu cours d'éducation à la vie familiale, mieux identifié sous l'appellation « éducation complète à la sexualité (ECS) » n'est pas harmonisé ni adapté aux attentes des adolescents, et qu'il est peu réglementé [12]. Dans un contexte caractérisé par une faible communication sur la SSR, ce programme est introduit à l'école en vue de combler l'insuffisance de l'éducation sexuelle en famille [13]. Afin de s'assurer de son observance, certains pays ont adopté des lois rendant l'ECS obligatoire dans les écoles [10], ce qui n'est pas encore le cas en RDC. L'insuffisance de l'ECS des adolescents en famille peut aussi être comblée par la mise sur pied des programmes de renforcement des compétences des parents [14]. Au minimum, les adolescents devraient bénéficier d'une information sur la SSR et d'une éducation à cet égard qui soient médicalement exactes, complètes et adaptées à leur niveau. L'ECS peut accroître l'adoption des comportements propices à la protection de la santé sexuelle [15].

L'obligation de conditionner l'accès des adolescents de moins de 18 ans aux services de SSR par l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur comme cela est repris dans la loi portant protection des enfants [16], constitue un autre obstacle à l'accès aux services de SSR. Enfin, il n'y a pas de réglementation qui facilite l'accès financier aux services contraceptifs pour les jeunes femmes et les adolescents.

Avec les observations ci-dessus, nous pouvons dire qu'à l'instar d'autres pays à ressources faibles, en RDC les adolescentes et les jeunes femmes font encore face aux obstacles juridiques à l'accès aux services de santé sexuelle et procréative [17].

2. Obstacles liés au système de santé

Il est noté une faible disponibilité et une faible qualité de services contraceptifs, ce qui constitue un des goulots d'étranglement majeurs à l'utilisation des services par les adolescentes et les jeunes femmes. Il est aussi démontré que les services de PF sont mal répartis entre les milieux rural et urbain, entre les secteurs public et privé [18]. La majorité des FOSA avec services de PF ne disposent pas d'une gamme variée des méthodes contraceptives et mettent peu d'accent sur les méthodes naturelles de contraception [11,18]. Certes des progrès sont enregistrés dans l'offre des services de PF entre 2014 et 2019 comme cela est montré à travers une étude [19]. Ces progrès qui font suite à l'implémentation du premier plan stratégique de la PF en RDC restent tout de même encore insuffisants [20].

Bien que l'offre de la contraception s'améliore à l'échelle de la RDC, il se pose encore le problème d'équité, d'accessibilité financière et de faible qualité de services offerts. Les services existants sont concentrés en milieu urbain et restent peu accessibles aux adolescents. Ils ne sont pas équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces pour tous les adolescents, y compris ceux qui sont défavorisés [15]. La faible disponibilité des services conviviaux aux besoins des adolescents et jeunes femmes constitue ainsi un autre obstacle au recours à la contraception [11]. Dans certaines FOSA, il existe une discrimination entre les adolescentes et les femmes adultes, dans la fourniture de certaines

méthodes contraceptives. La stigmatisation de la part des prestataires de soins constitue un véritable frein à la demande et à l'utilisation des services de contraception par les adolescents [21]. Une étude a rapporté qu'un environnement social non stigmatisant, un meilleur accès aux contraceptifs et une meilleure information relative à leur utilisation sont autant d'éléments essentiels à la prévention des grossesses non désirées et à la prévention de la propagation du VIH et d'autres IST [15]. Les services contraceptifs proposant une large gamme de méthodes contraceptives et où il n'y avait pas de stigmatisation de la part des prestataires sont susceptibles d'être fréquenté par les adolescents [11]. Selon Hall et al. [22], les scores de stigmatisation en SSR sont plus élevés pour les filles ayant des antécédents de grossesse non désirée. Les scores plus élevés de stigmatisation sont inversement associés à l'utilisation de contraceptifs modernes [23].

Les prestataires de soins sont la principale source de stigmatisation des adolescents. A la lumière de ce qui se passe dans certains pays africains attachés aux normes sociales défavorables au recours à la contraception par les adolescents, Ahanonu et al. [24] dans une étude réalisée au Nigéria et Tilahun et al. [25] dans une étude réalisée en Ethiopie ont rapporté que pour les prestataires de soins, l'offre des contraceptifs aux adolescents non mariés favorisait la promiscuité sexuelle. Pour ce faire, les adolescents devraient être invités à s'abstenir de relations sexuelles. Certains services et prestataires de soins souffrent d'un manque criant de confidentialité [26].

3. Obstacles liés au système éducatif

Il est démontré que l'école est une des sources préférées d'information en matière de SSR et de contraception pour les adolescents. Cependant, les programmes du cours d'ECS ne sont ni standardisés ni adaptés aux attentes des adolescents [12]. Les écoles ne disposent pas d'outils pédagogiques standardisés sur la sexualité, certaines préférant l'éducation à la vie familiale à l'éducation sexuelle, privant ainsi les jeunes de certaines informations spécifiques dont ils ont besoin à leur âge [27]. Le problème est qu'à l'heure actuelle, aucune évaluation des programmes de formation en ECS n'a encore été réalisée en RDC. Pourtant, celle-ci devrait aider à analyser le contenu du cours enseigné, déterminer les compétences des enseignants et les besoins en formation [28]. En dehors de la faible réglementation déjà évoquée, il est aussi noté un faible niveau des connaissances des enseignants en charge de l'ECS et une faible disponibilité des programmes officiels du cours d'ECS [12]. Ces observations pourraient expliquer l'incapacité des écoles d'adapter localement le contenu du programme de formation aux attentes des adolescents. En outre, il n'y a pas des critères officiels définissant le profil pédagogique de l'enseignant. Ainsi, le cours d'ECS est enseigné par les personnes ayant des formations de base variées. Les prestataires de soins sont peu associés à l'éducation des adolescents en SSR alors qu'un renforcement des compétences pourrait les transformer en éducateurs familiaux [29].

5.2.4. Obstacles liés au milieu de vie de l'adolescent

Le milieu de vie de l'adolescent est constitué de la famille et de la communauté. En dehors des enseignants, les parents sont considérés par les adolescents comme une des sources principales d'informations en SSR. Cependant, les parents ne communiquent pas suffisamment avec les adolescents sur la sexualité [12,30]. Les besoins en informations et en éducation des adolescents ne sont pas correctement satisfaits, à tel point que ces derniers vont finalement les rechercher ou compléter auprès des pairs, des tiers, et autres sources dans la communauté, avec souvent le risque de partage des informations erronées. Les parents, premiers garants de l'éducation des jeunes en milieu

familial, partagent peu d'informations sur la santé sexuelle avec leurs enfants ; sinon de manière très sélective, superficielle et voilée à cause de son caractère tabou [27]. L'insuffisance de communication fait suite aux faibles connaissances dont disposent les parents sur cette thématique. Les parents souhaitent organiser eux-mêmes l'éducation sexuelle primaire de leurs jeunes enfants ; cependant, la plupart ont peur de dispenser cette éducation en raison de la méconnaissance des méthodes d'enseignement et du manque de connaissances. Ainsi, la mise en place des interventions associant les parents et les enseignants en vue de créer la synergie et la complémentarité dans l'éducation sexuelle des adolescents peut accroître les comportements propices à la protection de la santé sexuelle des adolescents [15]. En vue d'appliquer les recommandations de l'OMS visant à garantir le respect des droits des adolescents dans la fourniture d'informations et services en matière de contraception [31], une bonne ECS en famille et à l'école devrait aider à autonomiser les adolescents et ainsi contribuer à la levée de l'obligation de solliciter l'autorisation parentale pour toute demande des services de SSR [32]. Devant les parents réfractaires sur la communication en SSR avec les adolescents, les études montrent que ces derniers recourent aux sources alternatives et souvent dangereuses d'informations en SSR. Parmi celles-ci il y a les frères et sœurs, la rue [33] et surtout les pairs [34]. Une autre barrière, et non de moindre est constituée par les normes sociales défavorables à l'utilisation des SSR par les adolescents ; des études ont montré son impact sur la santé des adolescents [26,35].

5. Obstacles liés aux facteurs individuels de l'adolescent

Les barrières au niveau individuel à l'utilisation des services contraceptifs sont de plusieurs ordres. Le faible niveau des connaissances des adolescents sur les services et méthodes contraceptives constitue le premier groupe d'obstacles au niveau individuel [12]. Les obstacles cognitifs sont liés au manque de connaissances sur la sexualité et au manque de connaissances sur les services [26,35]. Les faibles connaissances et les rumeurs qui en sont consécutives entraînent des attitudes défavorables à l'utilisation des services contraceptifs, tel que cela est démontré à travers certaines études [12,35]. Une autre barrière individuelle est le sentiment de timidité et de honte de recourir aux SSR et la peur que les parents découvrent les visites aux services de SSR. Ces faits sont occasionnés par les attitudes culturelles négatives, surtout à l'égard des relations sexuelles avant le mariage [26]. Les autres obstacles sont liés aux contraintes financières, à l'auto-stigmatisation ou à la stigmatisation de la part de l'entourage [35]. On peut aussi noter le faible niveau socio-économique et le faible niveau d'éducation qui frappe certains adolescents. En plus, certains services contraceptifs n'offrent pas certaines méthodes, comme les méthodes contraceptives naturelles, pourtant désirées par une proportion non négligeable d'adolescents [11].

Certaines croyances religieuses, notamment la pratique de la religion chrétienne semble se dresser en obstacle contre le recours aux méthodes contraceptives par certaines adolescentes. Une publication indique que la plupart des femmes sexuellement actives de toute confession religieuse – y compris l'église catholique -, qu'elles soient célibataires ou mariées, font recours à la contraception lorsqu'elles ne veulent pas devenir enceintes [36]. Cependant, peu d'études ont évalué le rapport entre la pratique religieuse des adolescents et l'utilisation de la contraception, et les résultats sont mitigés. Certains chercheurs ont constaté que les adolescents ayant une religiosité plus élevée ou des affiliations religieuses plus conservatrices sont moins susceptibles que les autres adolescents d'utiliser la contraception lorsqu'ils ont des rapports sexuels [37,38], tandis que d'autres chercheurs n'ont trouvé

aucune association [39,40].

Ces différents obstacles entravent l'utilisation des méthodes contraceptives plus dans le groupe des adolescentes comparativement aux femmes adultes. Ainsi, malgré une l'augmentation de la prévalence contraceptive parmi les adolescents comparativement aux résultats de l'enquête EDS 2013-14 [8], cette augmentation est lente en RDC comparativement aux femmes adultes et comparativement aux autres pays [41,42]. Les performances mitigées des services contraceptifs en RDC contrastent avec l'extension importante des stratégies d'offre des méthodes contraceptives aux femmes de 15 – 49 ans. Une étude a montré que les méthodes contraceptives modernes sont plus utilisées par les adolescentes en milieu rural alors que les méthodes naturelles sont plus utilisées en milieu urbain. Ces tendances peuvent s'expliquer par la différence du niveau de scolarité dans les deux milieux : le niveau d'éducation devrait être faible en milieu rural, poussant ainsi les adolescentes à utiliser les méthodes contraceptives qui ne font pas recours à un certain niveau de connaissances. Les adolescentes habitant en milieu urbain, supposées avoir un niveau d'éducation élevé, ont tendance à utiliser les méthodes contraceptives naturelles. Cependant, il y a une distinction à faire entre le niveau d'éducation et les connaissances en matière de contraception. En effet, une étude a montré qu'avoir un niveau d'éducation élevé n'est pas synonyme d'avoir un bon niveau de connaissances sur contraception [12]. L'utilisation des méthodes contraceptives est largement influencée par la connaissance des méthodes, le niveau d'études, le statut marital [43] et la religion de l'adolescente et des parents [44]. Les adolescents ont de l'appréhension pour utiliser les méthodes contraceptives autres que les méthodes naturelles. Les interventions de santé agissant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de contraception améliorent plus les connaissances et les attitudes que le comportement des adolescents. Les interventions ayant un impact sur le comportement sont plus susceptibles de changer le comportement en matière de contraception que le comportement sexuel [45].

Nous pouvons donc dire que les déterminants sociaux multi-niveaux, structurels et organisationnels influencent l'utilisation des services et des méthodes contraceptives par les adolescents en RDC. Parmi ceux-ci il y a les déterminants personnels, les influences interpersonnelles (les pairs, les partenaires et les parents), des influences communautaires (normes sociales), les influences macro sociales telles que la religion, les enseignements sur les rapports sexuels avant le mariage, le manque d'ECS et l'accès limité aux soins de qualité [46]. Il y a aussi l'influence exercée par la réglementation des services de contraception. Ainsi, les obstacles à l'utilisation de la contraception peuvent être résumés en ceci : choix limité des méthodes ; accès limité à la contraception (surtout chez les adolescents, les groupes les plus pauvres ou les couples non mariés); crainte ou expérience d'effets secondaires; opposition culturelle ou religieuse; qualité médiocre des services disponibles; les a priori des utilisateurs et des professionnels de santé ; obstacles fondés sur le sexe ; le tout sur un fond de faible réglementation.

9. Obstacles à l'avortement et aux soins après avortements (SAA)

A. Source : Guttmacher, 2016

Dans les pays qui autorisent l'avortement selon des critères généraux, des restrictions légales, telles que l'exigence d'une notification ou d'un consentement parental, peuvent dissuader les adolescentes de rechercher des services d'avortement sécurisé et les conduire à recourir à des sources et méthodes dangereuses.

Les adolescents citent le coût, le désir de garder le secret sur la grossesse (en raison de la stigmatisation associée à l'avortement, à la grossesse et à l'activité sexuelle chez les femmes non mariées) et la difficulté à trouver des prestataires sûrs comme les principales raisons pour lesquelles elles avortent d'elles-mêmes ou cherchent à se faire avorter par des prestataires non formés, même dans les pays où l'avortement est légal et largement disponible.

B. Source : Ishoso, 2021 (généralités et obstacles aux SAA)

Les avortements provoqués sont un réel problème de santé publique dans la plupart des pays en voie de développement de par leur fréquence de réalisation (Guttmacher, 2016 ; Sedgh G, 2011 ; Rossier C, 2006), les complications qui surviennent (Calvert C, 2018 ; OMS, 2016 Bankole A, 2013 ; Basinga P, 2013), et les décès qui leurs sont imputables à environ 8 % (Say L, 2014). Cette imputabilité va jusqu'à 18 selon certains auteurs (Graham W, 2016).

En RD Congo, le taux des avortements provoqués dans la ville de Kinshasa est de 56 pour 1000 femmes en âge de procréer (FAP) (Ishoso, 2019 ; Sophia, 2017). Près de la moitié de ces avortements provoqués ont entraîné des complications (hémorragiques, infectieuses, et traumatiques), et seulement 59% des femmes présentant ces complications se sont rendues dans les établissements sanitaires de référence pour rechercher les soins (Ishoso, 2019). Dans ces établissements sanitaires, des études quantitatives menées avaient trouvé des éléments qui faisaient suspecter un problème dans la prise en charge de ces patientes, notamment une durée d'hospitalisation significativement plus longue et une létalité significativement plus élevée pour ces patientes par rapport aux cas comparables (Ishoso, 2018).

Une des solutions théoriques face à ce problème est l'implémentation de la stratégie de soins après avortement (SAA). Afin de contextualiser ladite stratégie de SAA, les approches qualitatives ciblant notamment le médecin-chef de division maternité à moindre risque du programme national de santé de la reproduction, les médecins directeurs des hôpitaux de référence des zones de santé, les prestataires de soins travaillant en gynéco-obstétrique, les patientes ayant été hospitalisées pour une complication d'avortement provoqué, les femmes des communautés, les avorteurs clandestins, et les vendeurs des médicaments pharmaceutiques, ont été utilisées et ont permis d'identifier les obstacles au succès de cette stratégie dans la prise en charge des cas de complication post-abortive. Parmi ces éléments, nous pouvons citer notamment la culture, les normes sociales préétablies, la défaillance de l'éducation, le manque des moyens financiers, l'automédication, le manque d'un personnel formé, l'indiscrétion dans les structures sanitaires officielles, et les influences des pharmaciens/vendeurs des médicaments, des tradipraticiens, et des certains pasteurs (Ishoso, 2021).

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La présente étude avait conduit dans l'objectif de contribuer à la production des connaissances sur les barrières d'accès aux services de Santé sexuelle et Reproductive des personnes vivant avec handicap et vulnérables. Elle a combiné une revue documentaire et des interviews. Elle a montré qu'il existe de nombreuses barrières et de nombreux obstacles aussi bien individuels qu'institutionnels qui réduisent l'accès des personnes vulnérables aux services de SSR/PF-ISG dans la Ville province de Kinshasa.

L'étude a relevé de manière générale au niveau individuelle un manque d'information sur les services de SSR et ISG et une connaissance limitée de lieu pour certaines prestations de SSR/PF mais pas d'ISG. Avoir l'information sur les services de santé et de connaissance sur le lieu de prestations de services de santé est le premier facteur pour l'utilisation appropriée de services. L'étude a montré que peu étaient les personnes vulnérables, surtout les personnes vivant avec handicaps qui connaissaient les prestations en rapport avec les SSR notamment pour la PF et pour l'ISG. Un élément important est que les média utilisés n'étaient pas appropriés pour certains types d'handicap ou les éléments de contenu des messages n'étaient pas adaptés à certains types d'handicap ou de vulnérabilités. Plusieurs parmi eux avaient juste des connaissances génériques et parcellaires sur les prestations et les endroits où ils pouvaient accéder à ces prestations. Cependant, il est ressorti de l'étude que certains surtout les personnes en charge de leurs encadrements avaient bénéficié des sessions de sensibilisation et même de formation sur les SSR. Ces résultats suggèrent que des efforts doivent être fait pour augmenter l'exposition des personnes vulnérables surtout celles présentant des handicaps aux messages en rapport avec les SSR notamment en termes de supports à utiliser et du contenu. Un effort plus important doit être fait pour la vulgarisation auprès des personnes vulnérables notamment celles vivant avec handicaps des informations sur les soins liés à l'ISG et sur les établissements de santé offrant ces prestations. Ces efforts d'amélioration d'information doivent aussi être orientés vers les personnes ayant la responsabilité des personnes vulnérables notamment les parents et les encadreurs institutionnels.

L'étude a montré deuxièmement que les personnes vulnérables sont confrontés à plusieurs obstacles et barrières liés à l'accès aux services de santé de SSR. L'étude s'est déroulée en milieu urbain, qui malgré les limites liées à la mobilité ne présente pas des problèmes d'accessibilité physique majeurs en dehors de ceux liés à la distribution géographique de services de santé notamment SSR. Il est aussi ressorti que certaines personnes vulnérables accèdent aux soins au travers des structures mises en place par les organisations non gouvernementales qui assuraient leur encadrement. Aussi l'étude a montré que l'accessibilité physique n'est pas en soit une barrière à l'utilisation de services de santé notamment les SSR pour autant que ces services et soins SSR sont disponibles au niveau des établissements de santé des niveaux primaire et secondaire décentralisés dans les quartiers et communes où habitent les personnes vulnérables et pour autant que ces dernières connaissent leur existence et leur horaire d'ouverture. Aussi des efforts doivent-ils être fournis pour installer les établissements de santé avec les prestations essentielles dont celles liées à la SSR au niveau de toutes les aires de santé et pour mettre en place des stratégies permettant à la population de les localiser facilement notamment sous forme de panneaux ou de signalisation sur les routes principales ou des informations dans les média communautaires locaux.

Toutefois, pour certaines personnes vivant avec handicap notamment les personnes avec handicaps physiques et visuels, les formations sanitaires existantes ne présentent pas des facilités pour accroître cette accessibilité notamment en termes de manque de rampes d'accès ou des écrits en réduite en écriture Braille. Ces résultats suggèrent que les efforts doivent être faits au niveau du Gouvernement au travers le Programme National de la Santé de la Reproduction et de partenaires pour adapter les normes de construction de formations sanitaires mais d'ajouter les éléments d'accessibilité physique aux formations sanitaires existantes notamment les rampes, les monte-personnes ou les signalisations en Braille.

L'étude a montré qu'il existe auprès de nombreuses personnes vulnérables surtout les personnes vivant avec handicap la présence de normes et croyances défavorables à plusieurs services et produits de SSR notamment de PF et de ISG. Plusieurs personnes vulnérables surtout parmi les personnes avec handicap ont rapporté ne pas accepter l'utilisation de la PF et l'ISG à cause de leurs croyances religieuses. D'autres ont rapporté ne pas accéder à la PF et à l'ISG de fait du choix de structures qui prennent en charge de ne pas leur donner accès à ces services et produits SSR du fait des orientations religieuses de ces structures. D'autres part, plusieurs personnes vulnérables ont affirmé leur désir de ne pas utiliser les services et produits SSR du fait qu'elles trouvent une grossesse comme un bénéfice important étant donné leur statut de vulnérabilité. Il a été noté par exemple de manière quasi-totale de la non acceptation d'ISG. Ces résultats suggèrent souvent une manque de connaissance des services et produits SSR. Aussi des efforts doivent être faits par les structures en charge de la promotion des produits SSR pour mener des plaidoyers auprès des responsables de structures de prise en charge de personnes vulnérables au profit de l'amélioration de l'accessibilité des personnes sous leur responsabilité aux services et produits SSR. Ces résultats suggèrent aussi que les efforts doivent être faits par les structures en charge de la promotion de services et produits SSR pour accroître la sensibilisation, la communication et l'éducation auprès de personnes vulnérables notamment les personnes vivant avec handicap.

Il est aussi apparu que les personnes vivant avec handicap sont objet de la stigmatisation de la part des prestataires de soins ou que ces personnes perçoivent la stigmatisation de la part des prestataires lorsqu'elles accèdent aux formations sanitaires et autres lieux offrant les services et produits SSR. Cette situation est de nature à réduire la perception de la qualité de services et décourager les personnes vulnérables. Ces résultats suggèrent que des efforts doivent être faits par les structures en charge de la coordination et de la gouvernance de structures offrant les services et produits SSR pour insister lors de formation des prestataires sur les services de qualité centrés sur la personne, pouvant aider à réduire cette perception de stigmatisation.

L'étude a montré qu'en dehors d'un groupe très restreint de personnes vulnérables bénéficiant du soutien financier de certaines structures de prise en charge notamment de la mutuelle des enseignants, des orphelinats et autres structures d'encadrement des enfants de la rue, rares sont les personnes vulnérables qui ont accès à l'assurance santé. La majorité parmi elles ont rapporté ne pas avoir assez de moyens financiers pour payer les soins de santé y compris les soins liés aux services et produits SSR. Cette insuffisance d'accessibilité financière aux soins de santé, bien que touchant la population générale est plus prononcée dans le groupe de personnes vulnérables du fait que la plupart sont sans emploi et ne dépendent que moyens financiers de leur famille ou ménages, dans un contexte marqué par la pauvreté et les contraintes socio-économiques. Ces résultats montrent la pertinence

de la politique nationale visant à la mise en place d'une couverture santé universelle en République Démocratique du Congo. Toutefois, en attendant la mise en œuvre effective de cette politique, des efforts doivent être faits en terme de plaidoyer auprès du gouvernement et des partenaires pour la mise en place d'un mécanisme de support des personnes vulnérables en terme d'accès financier aux soins en tenant compte des contraintes relevés au niveau des structures tiers-payant déjà en activité dans le pays.

L'étude a montré que les personnes vulnérables ne perçoivent pas la présence de structures gouvernementales en charge de les supporter. Cette situation est aussi liée au fait qu'il n'existe aucune loi et directives en faveur de personnes vulnérables ou des personnes vivant avec handicap. Il ressort de l'étude que la proposition de lois en leur faveur n'est pas encore votée. Bien qu'il existe des pratiques en faveur de personnes vulnérables comme la réduction de prix de services à payer pour accéder aux services et produits de santé, la prise de personnes vulnérables comme personnes indigènes, plusieurs perçoivent que ces pratiques ne sont pas respectées ou appliquées de manière uniforme au travers la ville. Ce résultat suggère que des efforts doivent être faits sur le plan gouvernance et leadership pour l'élaboration de loi, de directives et règlements en faveur des personnes vulnérables. Ces efforts peuvent prendre la forme de plaidoyer auprès du gouvernement, de l'assemblée nationale et du sénat mais aussi d'assistance technique aux organisations de prise en charge et de protection des personnes vulnérables dans la mise sur agenda politique de ces documents.

En dernier lieu, l'étude a noté que les personnes vulnérables ont une décision limitée sur l'utilisation de SSR/PF. Elles sont souvent obligées de subir le choix des parents ou des personnes ayant leur responsabilité. Cette situation est liée au fait que les parents et les personnes responsables ont la perception que les personnes vulnérables ne perçoivent pas elles-mêmes la nécessité d'utiliser les services et produits SSR surtout en face des risques et de la vulnérabilité dont elles peuvent être confrontés. Ce résultat suggère que des efforts doivent être fait par les structures en charge de la promotion de l'utilisation de services et produits SSR pour informer et sensibiliser les parents et autres tuteurs sur les droits de personnes vulnérables notamment les personnes vivant avec handicap notamment sur l'importance de respecter leurs décisions.

La majorité de ces résultats semblent être en accord avec les résultats obtenus par la revue de la littérature réalisée pour les adolescents et pour les soins post-interruption de la grossesse.

LIMITES

Les résultats de cette étude doivent être interprétés à la lumière de certaines limitations. Premièrement, la présente étude est une étude de cas, portant sur un nombre limité de répondants, vivant à Kinshasa. Les informations obtenues d'eux ne peuvent pas nécessairement être généralisées pour toutes les personnes vulnérables, n'ayant pas nécessairement les mêmes caractéristiques. Toutefois la présente étude a utilisé l'échantillonnage par choix raisonné, permettant d'atteindre plusieurs catégories de personnes vulnérables, les personnes ressources qui les prennent en charge permettant une certaine triangulation des méthodes et de répondants. La conformité de résultats avec la revue de la littérature confirme aussi que ces résultats peuvent se généraliser. L'équipe a appris l'existence d'une étude similaire réalisée trois ans avant, mais elle n'est parvenue à retrouver aucun document.



RÉFÉRENCES

1. République Démocratique du Congo. Loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Journal officiel de la République Démocratique du Congo 2018.
2. Mpunga M. D., Mafuta M. E, Mbadu M. F., Lutumba G-O., Chenge M. F., Mapatano M. A, Wembodinga U. G. Assessment of Policies, Laws, and Regulations Affecting the Contraceptive Needs of Adolescents in the Democratic Republic of the Congo. *Health* 2020. 12. 1241-1261.
3. République Démocratique du Congo, Ministère de la santé. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 : Vers la couverture sanitaire universelle. Kinshasa 2018. Pages 1-95
4. Brugeilles Carole, « 8. Confrontation de l'offre et de la demande de services de planification familiale au Mexique. L'exemple de Tijuana en Basse-Californie », dans : Geneviève Cresson éd., *Les usagers du système de soins*. Rennes, Presses de l'EHESP, « Recherche, santé, social », 2000, p. 213-227.
5. Ministère de la santé publique. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République Démocratique du Congo : les interventions de planification familiale. Version 2012, volume 6 : pages 1-33
6. Ministère de la santé publique. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République Démocratique du Congo : interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes. Version 2012, volume 5 : pages 1-20
7. Mbow F., Nai D., Dwyer C. S., Jain A., Mane B. Les pharmacies privées dans l'offre de services de planification familiale au Sénégal : Une étude pilote. Dakar: Population Council, The Evidence Project 2019. Pages 1-32
8. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014.
9. Ministère de la santé publique. Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République Démocratique du Congo : normes et directives d'utilisation du préservatif féminin. Version 2015. Pages 3-5
10. Haute autorité de santé de la France. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée. Document de synthèse 2013 : 1-49 ; Disponible sur www.has-sante.fr
11. Mpunga M. D., Chenge M. F., Mapatano M. A, Wembodinga U. G. Exploring the Adequacy of Family Planning Services to Adolescents needs: Results of a cross-sectional Study from two settings in the Democratic Republic of the Congo. *Education and Public Health* 2019. 2(1): 131 – 141
12. Mpunga M. D., Chenge M. F., Mapatano M. A., Mambu N. M. T., Wembodinga U.G. Assessing Comprehensive Sexuality Education Programs in the Democratic Republic of the Congo: Adolescents' and Teachers' Knowledge, Attitudes and Practices towards Contraception. *Health* 2020. 12: 1428-1444
13. Lebas I. Education à la vie affective et sexuelle à l'école. *Dialogue* 2011. 3(193) : 89-100.

14. Rodrigo M., Martín J., Máiquez M., Álvarez M., Byrne S., Rodríguez B., et al. Programme « Vivre l'adolescence en famille » afin de promouvoir la parentalité positive. La revue internationale de l'éducation familiale 2011. 30(2), 39-60. <https://doi.org/10.3917/rief.030.0039>
15. Guttmacher institute. Besoin et recours des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement. Fiche d'information. 2015
16. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Loi N°09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant. 2009. Consulté le 30 juin 2019.
17. The International Planned Parenthood Federation (IPPF). Qualitative research on legal barriers to young people's access to sexual and reproductive health services. Inception report 2014. Pages 1-48
18. Mpunga M. D., Lumbayi J-P., Dikamba M. N., Mwembo T. A., Mapatano M. A., Wembodinga U. G. Availability and quality of family planning service in DR Congo: High potential Improvement. Global Health: Science and Practice 2017. 5(2):274-285.
19. Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK) et ICF. République Démocratique du Congo: Evaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017-2018. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ESPK et ICF 2019 : 1-509
20. Kwete D, Binanga A, Mukaba T, et al. Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. Glob Health Sci Pract. 2018;6(1):40-54.
21. Silumbwe A., Nkole T., Munakampe N.M., Milford C., Cordero J.P., Kriel Y., Zulu M.J., Steyn P.S. Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia. BMC Health Serv Res. 2018. 18: 390.
22. Hall K.S., Morhe E., Manu A., Harris L.H., Ela E., Loll D., et al. Factors associated with sexual and reproductive health stigma among adolescent girls in Ghana. PLoS ONE 2018.13(4): e0195163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195163>
23. Cromer A.B., McCarthy M. Family Planning Services in Adolescent Pregnancy Prevention: The Views of Key Informants In Four Countries. Family Planning Perspectives 1999. 31(6):287-293
24. Ahanonu L.E. Attitudes of Healthcare Providers towards Providing Contraceptives for Unmarried Adolescents in Ibadan, Nigeria. Journal of Family and Reproductive Health 2014. 8(1):33-40
25. Tilahun M, Mengistie B, Egata G, Reda AA. Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. Reprod Health 2012. 3(9):19.
26. Thongmixay S, Essink DR, Greeuw T, Vongxay V, Sychareun V, Broerse JEW. Perceived barriers in accessing sexual and reproductive health services for youth in Lao People's Democratic Republic. PLoS One. 2019.14(10):e0218296.
27. Nsakala VG. Communication stratégique pour améliorer la double prévention des IST/VIH et des grossesses non désirées chez les adolescents à Kinshasa, République Démocratique du Congo: Enjeux et perspectives de l'éducation sexuelle participative. Thèse de doctorat 2014, pages 1-278
28. Vaterlaus MJ, Asay MS. Family Life Education Methodology: An Evaluation of a University Family Life Education Course. Family Science Review 2016. 21(2): 135-159
29. Sito A. Training of health personnel as teachers of adolescents in family life education. Pediatrician 1988.15(3):143-5.
30. Mahajan P, Sharma N. Parents Attitude Towards Imparting Sex Education to Their Adolescent Girls. Anthropologist 2005. 7(3):197-199
31. World Health Organization. Ensuring Human Rights in the Provision of

- Contraceptive Information and Services: Guidance and Recommendations. WHO 2014 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua=1
32. WHO. Assessment of barriers to accessing health services for disadvantaged adolescents in Tanzania. Brazzaville : WHO Regional Office for Africa 2019. Pages 1-90
 33. Chepkoech J., Khayesi K.M., Ogola O.J. Sources of Information on Reproductive Health among Teenage Girls in Kaptembwo, Nakuru County, Kenya. *International Journal of Library Science* 2019. 8(1):18-25.
 34. Muhwezi W.W., Katahoire A.R., Banura C. et al. Perceptions and experiences of adolescents, parents and school administrators regarding adolescent-parent communication on sexual and reproductive health issues in urban and rural Uganda. *Reprod Health* 2015. 12 (110). <https://doi.org/10.1186/s12978-015-0099-3>
 35. Nmadu AG, Mohammed S, Usman NO. Barriers to adolescents' access and utilisation of reproductive health services in a community in north-western Nigeria: A qualitative exploratory study in primary care. *Afr J Prim Health Care Fam Med* 2020. 12(1):e1-e5.
 36. Jones RK, Dreweke J, Countering Conventional Wisdom: New Evidence on Religion and Contraceptive Use, New York: Guttmacher Institute 2011. Pages 1-8
 37. Nonnemaker JM, McNeely C, Blum R. Public and private domains of religiosity and adolescent health risk behaviors: evidence from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Soc Sci Med* 2003.57:2049-54.
 38. Brewster KL, Cooksey EC, Guilkey DK, et al. The changing impact of religion on the sexual and contraceptive behavior of adolescent women in the United States. *J Marriage Fam* 1998.60: 493-504.
 39. Jones R, Darroch J, Singh S. Religious differentials in the sexual and reproductive behaviors of young women in the United States. *J Adolesc Health* 2005.36:279-88.
 40. Bearman PS, Bruckner H. Promising the future: virginity pledges and first intercourse. *Am J Sociol* 2001.106:859-912.
 41. Blanc KA, Tsui OA, Croft NT, Trevitt LJ. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons With Adult Women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2009.35(2):63-71
 42. Li Z, Patton G, Sabet F, Zhou Z, Subramanian SV, Lu C. Contraceptive Use in Adolescent Girls and Adult Women in Low- and Middle-Income Countries. *JAMA Netw Open*. 2020.3(2):e1921437.
 43. Casey SE, Gallagher MC, Kakesa J, Kalyanpur A, Muselemu J-B, Rafanoharana RV, et al. Contraceptive use among adolescent and young women in North and South Kivu, Democratic Republic of the Congo: A cross-sectional population-based survey. *PLoS Med* 2020. 17(3): e1003086.
 44. Manlove JS, Terry-Humen E, Ikramullah EN, Moore KA. The role of parent religiosity in teens' transitions to sex and contraception. *J Adolesc Health* 2006. 39(4):578-587
 45. International Center for Research on Women (ICRW). Adolescents and Family Planning: What the Evidence Shows. Pages 1-11.
 46. Challa S., Manu A., Morhe E., Dalton K.V., Loll D., Dozier J., et al. Multiple levels of social influence on adolescent sexual and reproductive health decision-making and behaviors in Ghana. *Women Health* 2018. 58(4): 434-450.



CONDOM

FEMALE
CONDOM

SURGICAL
STERILIZATION

IMPLANT

HORMONAL
RING

CONTRACEPTIVE
PATCH

CONTRACEPTIVE
INJECTION

IUD

ORAL
CONTRACEPTION

Barrières et obstacles d'accès des
personnes vulnérables aux services
de Santé Sexuelle Reproductive (SSR/
PF et ISG) à Kinshasa