

## Autodétermination des femmes dans la santé sexuelle et reproductive à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Aline K. Ngomb <sup>1</sup>, Michel N. Ntanga <sup>1</sup>, Placide C. Bukasa <sup>1</sup>, Adelard MS. Ngoie <sup>1</sup>,  
Dénis L. Lubo <sup>1</sup> Watson K. Kavula <sup>1</sup>, Serge Nkumisongo <sup>1</sup>, Aurélien M. Ilunga <sup>1</sup>,  
Odon M. Lutumba <sup>1</sup>, Cham Lubamba <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

<sup>2</sup> Département de gynécologie-obstétrique, Faculté de médecine, Université de Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

### Résumé

**Introduction.** La santé reproductive est caractérisée par une vie sexuelle satisfaisante, sûre et la capacité de se reproduire et de prendre des décisions. La vie de beaucoup de femmes est marquée par les capacités d'action réduites quant aux décisions portant sur leur propre vie. L'objectif était d'évaluer l'autodétermination des femmes en matière de la santé sexuelle et reproductive.

**Matériel et méthodes.** Il s'agit d'une étude descriptive transversale effectuée dans 5 maternités de la ville de Lubumbashi au mois de juillet 2021 au près des 46 accouchées ayant accepté librement de participer à cette étude basée sur le questionnaire préétabli.

**Résultats.** L'analyse des données montre que la moyenne d'âge était de  $27,8 \pm 3,6$  ans avec les extrêmes entre 17 et 41 ans, dont 58,7% d'entre elles avaient le niveau de secondaire et paucipares dans 52,17%. La décision des rapports sexuels revenait au couple dans 58,70%. La décision d'avoir les enfants revenait au couple alors que celle de nommer les enfants revenait au mari dans 45,65% et 45,65%. Le nombre d'enfants était déterminé par le couple dans 45,65%. L'espacement des naissances était déterminé par la femme dans 45,65%. Le début de la CPN était décidé par la femme dans 86,6% et le choix du lieu des consultations prénatales (CPN) étaient décidés par la femme dans 89,13%. Le moment de se rendre à la maternité était décidé par la femme dans 73,91%. Le retour à domicile était décidé par le couple dans 39,13% et la décision des rapports sexuels après l'accouchement revenait à l'homme dans 52,17%.

**Conclusion.** La femme congolaise n'a pas toujours une autodétermination maximale dans la santé reproductive. Ainsi des efforts supplémentaires sont nécessaires pour laisser la liberté aux femmes de prendre des décisions qui conviennent mieux pour leur santé.

**Mots-clés :** Autodétermination, Femme, Santé sexuelle et reproductive, Lubumbashi.

### Correspondance:

Aline K. Ngomb, Institut Supérieure des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.  
Téléphone: +243 856 396 629 - Email: alinekazadi@gmail.com

Article reçu: 28-04-2022

Accepté: 13-06-2022

Publié: 17-06-2022



Copyright © 2022. Aline K. Ngomb *et al.* This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Ngomb AK, Ntanga MN, Bukasa PC, Ngoie AMS, Lubo DL, Kavula WK, Nkumisongo S, Ilunga AM, Lutumba OM, Lubamba C. Autodétermination des femmes dans la santé sexuelle et reproductive à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2022;6(2):12-17. <https://doi.org/10.62126/zqrx.2022623>

## Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la santé reproductive est un état général de bien-être physique, mental et social ayant trait à tous les aspects de la reproduction et ne se réduisant pas à la seule absence des maladies. La santé reproductive comprend la capacité à jouir d'une vie sexuelle satisfaisante et sans risques ; elle implique la capacité et la liberté de procréation, selon le moment et le rythme désirés par l'individu, ainsi que la liberté de non-procréation [1].

Bien que les droits reproductifs soient parfois présentés comme une nouvelle norme internationale, ils reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme [2].

Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresse de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence [3]. La Conférence mondiale sur les droits de l'homme reconnaît le droit des femmes de jouir du meilleur état de santé possible qui doit être garanti pendant toute leur vie, à égalité avec les hommes [3]. Sur la base d'égalité de l'homme et de la femme, les femmes ont les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances, d'avoir accès aux informations à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits [3].

La santé, les droits sexuels et reproductifs revêtent une importance essentielle pour rendre les femmes et les filles autonomes et promouvoir l'égalité entre les genres, à la fois pour qu'elles réalisent leurs droits et qu'elles aient accès à des services de santé. Un élément essentiel à l'égalité entre les genres repose sur la capacité des femmes et des filles à exercer leurs droits sexuels et reproductifs pour faire des choix libres et éclairés sur leur vie sexuelle et reproductrice, et si elles souhaitent avoir des enfants et quand [4]. Ainsi l'objectif de cette étude était d'évaluer l'autodétermination des femmes en matière de la santé sexuelle et reproductive.

## Matériel et Méthodes

### *Cadre, Type et Période d'étude*

Notre étude a été menée dans cinq maternités de différentes structures de la ville de Lubumbashi dans la Province du Haut-Katanga en République Démocratique du Congo. S'agissant d'une étude descriptive transversale appuyée sur le questionnaire préétabli nous a permis de mener cette étude respectivement au mois de Juillet de l'année 2021.

### *Population d'étude, la taille de l'échantillon et Critères d'éligibilités*

Notre population d'étude est constituée des accouchées à la maternité de la ville de Lubumbashi; l'échantillonnage a été non probabiliste de convenance centré à 46 accouchées. Étaient éligibles toutes les accouchées régulièrement mariées recrutées à la maternité pendant cette période d'étude.

### *Outils de collecte de données et Procédure de collecte*

La collecte des données a été faite au niveau des fiches de consultations prénatales à la maternité grâce aux fiches de récoltes des données.

### *Variables d'étude*

Les informations suivantes ont été recueillies : l'âge de la femme, le niveau d'étude, la parité, la décision des rapports sexuels, la décision d'avoir les enfants, la décision du nombre d'enfants, la décision d'intervalle entre les enfants, la décision des noms des enfants, la décision pour le début de la CPN, le choix du lieu de la CPN, le choix du lieu d'accouchement, la décision du moment de se rendre à la maternité, la décision de la durée du séjour à la maternité et décision du retour à domicile.

### *Traitement et Analyse des données*

Les données recueillies ont été codées, saisies, traitées et analysées en utilisant le logiciel SPSS 19. La description de l'échantillon a été effectuée par des distributions de fréquence, calcul de la moyenne avec déviation standard, ainsi que le calcul du pourcentage pour chacune des variables.

### *Considérations éthiques*

Lors de la collecte des données, le consentement libre et éclairé de toutes les gestantes sélectionnées ainsi que l'anonymat ont été respectés.

## Résultats

L'analyse des données portant sur 46 accouchées dans cinq maternités de la ville de Lubumbashi montre qu'en rapport avec l'âge, 71,74% des femmes avaient 20 - 34 ans avec l'âge moyen de  $27,8 \pm 3,6$  ans avec les extrêmes entre 17 et 41 ans, dont 58,7% d'entre elles, étaient d'un niveau secondaire et paucipares dans 52,17%.

**Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques et décision en couple des différents paramètres**

Variables	Effectif (n=46)	Pourcentage
<b>Age (année)</b>		
17-19	5	10,87
20-34	33	71,74
35-41	8	17,39
<b>Niveau d'étude</b>		
Analphabète	1	2,17
Primaire	3	6,52
Secondaire	27	58,70
Universitaire	15	32,61
<b>Parité</b>		
Primipare	10	21,74
Paucipare	24	52,17
Multipare	12	26,09
<b>Décision des rapports sexuels</b>		
Mari	17	36,96
Femme	2	4,35
Couple	27	58,69
<b>Décision d'avoir les enfants</b>		
Mari	19	41,31
Femme	6	13,04
Couple	21	45,65
<b>Décision du nombre d'enfants</b>		
Mari	20	43,48
Femme	5	10,87
Couple	21	45,65
<b>Décision d'intervalle entre les enfants</b>		
Mari	11	23,91
Femme	21	45,65
Couple	14	30,44
<b>Décision des noms donnés aux enfants</b>		
Mari	21	45,65
Femme	1	2,17
Couple	20	43,48
Famille	4	8,70

La décision des rapports sexuels était prise par le couple à 58,69% et ainsi que celle d'avoir les enfants (45,65%). Celle d'espacer les naissances revenait à la femme à 45,65% alors de nommer les enfants revenait au mari (45,65%) (Tableau 1).

**Tableau 2. Différentes décisions sur les consultations prénatales et paramètres liés à l'accouchement**

Variables	Effectif (n=46)	Pourcentage
<b>Décision pour le début de la CPN</b>		
Mari	2	4,35
Femme	40	86,96
couple	4	8,69
<b>Choix du lieu de la CPN</b>		
Mari	3	6,52
Femme	41	89,13
Famille	2	4,35
<b>Choix du lieu d'accouchement</b>		
Mari	13	28,26
Femme	31	67,39
Couple	2	4,35
<b>Décision du moment de se rendre à la maternité</b>		
Mari	5	10,87
Femme	34	73,91
Couple	7	15,22
<b>Décision de la durée du séjour à la maternité</b>		
Mari	15	32,61
Femme	20	43,48
Couple	10	21,74
Famille	1	2,17
<b>Décision du retour à domicile</b>		
Mari	13	28,26
Femme	14	30,43
Couple	18	39,13
Famille	1	2,17
<b>Décision des rapports sexuels après l'accouchement</b>		
Mari	24	52,17
Femme	9	19,57
Couple	13	28,26

Il ressort de ce tableau 2 que la majorité des femmes sont décidé du début de la CPN, du lieu du déroulement de la CPN, du lieu pour l'accouchement, du moment de se rendre à la maternité et du séjour à la maternité

respectivement dans 86,96%, 89,13%, 67,39%, 73,91% et 43,48%. Mais le retour à domicile était résolu par le couple à 39,13% des cas et la décision des rapports sexuels après l'accouchement revenait à l'homme dans 52,17%.

## Discussion

Pour ce qui concerne le niveau d'étude, les résultats de notre étude montrent que la plupart des femmes enquêtées (soit 58,69%) avaient un niveau d'étude secondaire suivi des universitaires avec 32,61%. Par ailleurs, le faible niveau d'instruction des femmes, leur manque de sensibilisation et d'information, et le poids d'une culture patriarcale dans la société, constituent aussi autant de freins dont il faudrait délimiter les contours [5]. Pour que les femmes et les filles puissent mener une vie saine, qu'elles soient libres de participer à la vie sociale, économique et politique, il leur faut bénéficier d'un accès universel à des services, des informations et une éducation de qualité, et à des conditions qui leur permettent de réaliser leurs droits sexuels et reproductifs [4].

Quant aux rapports sexuels, il s'avère que la décision revenait au couple dans 58,69%. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences [6]. À la base, la santé et les droits sexuels et reproductifs signifient que les individus devraient avoir le droit et les moyens de prendre des décisions concernant leur vie reproductive et leur sexualité, à l'abri de toute contrainte, de toute discrimination et de toute violence [4].

Pour ce qui est d'avoir les enfants, les résultats révèlent que 45,65% de la décision revenaient au couple. Tout couple et tout individu a le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre et de ses enfants et de l'espacement de leur naissance, et de disposer de l'information, de l'éducation et des moyens voulus en la matière [3]. Les violations relatives à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation sont souvent profondément ancrées dans les croyances et les valeurs de la société relatives à la sexualité féminine. En raison des concepts patriarcaux relatifs au rôle des femmes au sein de la famille, ces dernières sont souvent considérées en fonction de leur capacité de procréation. Les mariages et grossesses précoces, les grossesses répétées et rapprochées, qui résultent souvent d'efforts pour obtenir une descendance masculine en raison de la préférence accordée aux fils, ont un effet catastrophique sur la santé des femmes,

parfois avec des conséquences fatales. Les femmes sont aussi rendues responsables de leur infécondité et, pour cette raison, elles sont victimes d'ostracisme et de violations de leurs droits fondamentaux [6]. Une protection spéciale doit être accordée aux mères pendant une période de temps raisonnable avant et après la naissance des enfants [3]. En rapport avec le nombre d'enfants, l'analyse des données montrent que le couple prenait la décision dans 45,65%, l'homme décidait seul dans 43,48% et la femme seule ne prenait la décision que dans 10,87%. Cependant, le droit d'exercer un contrôle sur sa fécondité, de décider de sa maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, et de choisir librement une méthode de contraception sont inextricablement liés, interreliés et indissociables [7]. Comme c'est l'épouse qui souffre des peines de la grossesse et de l'accouchement et qui s'occupe ensuite de l'enfant, il semble normal à certaines femmes que ce soit elle qui choisisse en dernier ressort d'opter ou non pour la planification familiale. Mais le mari étant souvent le soutien de la famille, il paraît aussi normal à certains hommes que ce soit lui qui décide du nombre d'enfants que le couple peut se permettre. Selon les premiers résultats d'une étude du WSP menée à travers toute l'Égypte, la soumission des femmes influence souvent leur idée du nombre idéal d'enfants. La crainte d'un divorce peut aussi pousser certaines d'entre elles à accepter de nouvelles grossesses malgré un désir contraire. Par ailleurs, l'analyse de données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) pour l'année 1992 a révélé que les hommes souhaitent typiquement plus d'enfants que les femmes. A moins que la femme puisse discuter de la question avec son mari, c'est en général la volonté de ce dernier qui s'impose [8]. Dans les 10 pays étudiés, la majorité des femmes ont déclaré que leur mari ou leur partenaire participait habituellement aux discussions sur la contraception, même si le degré de cette coopération variait d'un couple à l'autre. Certains hommes soutenaient les décisions de leur épouse en la matière, d'autres utilisaient eux-mêmes une méthode contraceptive, d'autres enfin s'opposaient à la planification familiale pour leur femme [9]. A Cebu, aux Philippines, 2.200 femmes ont été interrogées sur la manière dont les décisions étaient prises au sein de leur ménage. Pour l'adoption d'un contraceptif, plus des deux tiers d'entre elles ont déclaré qu'elles consulteraient leur mari. Quelques 20 pour cent des femmes préféreraient s'adresser à un autre adulte et seulement 12 pour cent prendraient leur décision sans demander l'avis de quiconque [10]. La planification familiale est une affaire qui concerne souvent les proches. Les chercheurs ont conclu que les proches, surtout les maris, jouent un rôle primordial quant à

l'emploi et la continuation d'une méthode contraceptive. Si le partenaire ou si d'autres membres de la famille sont opposés à la planification familiale, les conséquences peuvent parfois être dramatiques pour la femme : le mari peut divorcer, abandonner son épouse ou devenir violent. Et la femme doit aussi endurer le ridicule ou la désapprobation de cet entourage, de ses amis [11]. Une étude du WSP menée à travers toute l'Égypte, la soumission des femmes influence souvent leur idée du nombre idéal d'enfants. La crainte d'un divorce peut aussi pousser certaines d'entre elles à accepter de nouvelles grossesses malgré un désir contraire [12]. Par ailleurs, l'analyse de données des Enquêtes démographiques et de santé (EDS) pour l'année 1992 a révélé que les hommes souhaitent typiquement plus d'enfants que les femmes. A moins que la femme puisse discuter de la question avec son mari, c'est en général la volonté de ce dernier qui s'impose [8]. Les droits des femmes à la santé sexuelle et reproductive comprennent notamment : le droit pour elles d'exercer un contrôle sur leur fécondité ; le droit de décider de leur maternité ; du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ; le droit de choisir librement une méthode de contraception ainsi que le droit à l'éducation sur la planification familiale [7]. En Afrique, la persistance de plusieurs formes de discrimination fondées, mais pas uniquement, sur l'ethnicité, la race, le sexe, le genre, l'âge, le statut matrimonial, la séropositivité, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique, le handicap, la résidence géographique, le domicile légal et/ou les croyances traditionnelles, religieuses et culturelles empêchent les femmes d'exercer et de jouir de leurs droits sexuels et reproductifs [7]. Le droit à la dignité consacre la liberté de prendre des décisions personnelles sans ingérence de l'État, ni des acteurs non étatiques. Le droit de la femme de prendre des décisions personnelles implique la prise en compte ou non des croyances, traditions, valeurs et pratiques culturelles ou religieuses, et celui de les remettre en question ou d'en faire abstraction [7]. Parlant de l'intervalle entre les enfants, les données révèlent que la décision revenait à la femme dans 45,65%, le couple décidait dans 30,43%, et l'homme ne pouvait décider seul que dans 23,91% des cas. D'autres études montrent qu'en matière de la santé de reproduction, les femmes sont souvent influencées par leur entourage quand elles décident d'utiliser un contraceptif. Certaines d'entre elles discutent avec leur mari ou leur partenaire de l'espacement des naissances et du nombre d'enfants souhaités et participent effectivement à la prise des décisions. D'autres sont par contre dominées par leur conjoint et par leurs proches, comme les parents ou les beaux-parents, qui imposent alors leurs préférences. Il arrive aussi que la désapprobation de la famille conduit

la femme à utiliser un contraceptif à l'insu de son mari [3]. Cette influence du mari ou de l'entourage familial a été l'un des thèmes de recherche du Projet d'études sur les femmes (Women's Studies Project -- WSP) de FHI. En analysant les résultats obtenus dans 10 pays, les chercheurs ont conclu que les proches, surtout les maris, jouent un rôle primordial quant à l'emploi et la continuation d'une méthode contraceptive. Si le partenaire ou si d'autres membres de la famille sont opposés à la planification familiale, les conséquences peuvent parfois être dramatiques pour la femme : le mari peut divorcer, abandonner son épouse ou devenir violent. Et la femme doit aussi endurer le ridicule ou la désapprobation de cet entourage, de ses amis ou de ses collègues. Les prestataires des programmes de santé doivent comprendre que la planification familiale est une affaire qui concerne souvent les proches. Il leur faut donc chercher les moyens d'informer et de faire participer cet entourage, dont l'influence peut être capitale sur l'acceptation de la contraception et sur le choix comme sur l'application d'une méthode [12]. Au sujet des noms des enfants, l'analyse des données montre que la décision revenait à l'homme dans 45,65%, le couple décidait dans 43,48%, la famille donnait les noms aux enfants dans 8,70% et la femme ne pouvait se décider sur les noms des enfants que dans 2,17%. Dans certaines régions du monde, les femmes sont considérées comme relativement peu importantes. Sur le plan individuel, la femme est souvent conditionnée à ravalier son amour-propre, à juger naturel d'occuper un rang inférieur et à estimer que le fait de mettre au monde une fille est un échec et une malédiction dont elle doit demander pardon. Les familles s'identifient par leur nom qui est souvent donné et transmis par la lignée mâle [13]. Parmi les domaines dans lesquels les femmes souffrent davantage, la santé, notamment celle reproductive et sexuelle demeure le champ qui présente le plus de discriminations pour ces dernières qui sont, comme l'a révélé le sociologue Marocain Abdessamad dans une de ses études [14].

## Conclusion

Tout au long de leur existence, les femmes doivent faire face à de nombreux facteurs de discriminations qui interviennent dans tous les domaines de la vie privée comme publique. A l'heure actuelle, la femme congolaise n'a pas toujours une autodétermination maximale dans la santé reproductive. Ainsi des efforts supplémentaires sont nécessaires pour laisser la liberté aux femmes de prendre des décisions qui les conviennent mieux pour leur santé.

---

*Conflits d'intérêt : Aucun.*

## Références

1. Bérengère MP, Florence R. Les droits reproductifs comme droits humains : une perspective internationale. *Corps de femmes*. 2002 : 19-38.
2. Arlette G, Chrystelle GT. Controverses autour des droits reproductifs et sexuels. *Autrepart*. 2014 ;2(70):3-21. Accessible sur : <https://www.cairn.info/revue-autrepart-2014-2-page-3.htm>
3. Centre pour les droits reproductifs (center for reproductive rights). Les droits reproductifs sont des droits humains. 4ème Edition, Genève, CDR. 2003. Accessible sur : [www.droitsreproductifs.org](http://www.droitsreproductifs.org).
4. Fédération internationale pour la planification familiale. La santé et les droits sexuels et reproductifs : la clé à l'égalité entre les genres et à l'autonomisation de la femme. Royaume Uni, IPPF. 2ème Rapport. 2020 : 1-48.
5. Karim Z. Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc, L'Année du Maghreb. *OpenEdition Journals*. 2017 ; (17) : 169-183.
6. Nations unies. Santé et droits en matière de sexualité et de procréation. Le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, les droits des femmes et l'égalité des genres. New York. 2022. Accessible sur : <https://www.ohchr.org/fr/women/sexual-and-reproductive-health-and-rights>
7. Commission africaine des droits de l'homme et des peuples. Observations Générales N ° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique. Protocole de Maputo.
8. Mahran, M, Fatma HEI-Z, Ann AW. Perspectives on Fertility and Family Planning in Egypt: Results of Further Analysis of the 1992 Egypt Demographic and Health Survey. *Journa Articles Search*. 1995 ; 13.
9. Mutambirwa J, Utete V, Mutambirwa C *et al.* Zimbabwe : The Consequences of Family Planning for Women's Quality of Life, Women's Study Project Summary Report. Research Triangle Park, NC : Family Health International and University of Zimbabwe . 1998.
10. Adair LS, Viswanathan M, Polhamus B *et al.* Cebu Longitudinal Health and Nutrition Survey Follow-up Study, Final Report to the Women's Study Project. Research Triangle Park, NC : Family Health International and the University of San Carlos. 1997.
11. Hidayati AS, Novriaty S, Hardee K *et al.* Family Planning and Women's Empowerment : Challenges for the Indonesian Family, Final Report to the Women's Studies Project. Research Triangle Park, NC : Family Health International and University of Indonesia. 1997.
12. Saleh S, Heisel D. Egypt : The Impact of Family Planning on the Lives of Egyptian Women, Draft Women's Studies Project Summary Report. Research Triangle Park, NC : Family Health International and American University in Cairo. 1998.
13. Rebecca JC. La santé des femmes et les droits de l'individu : la promotion et la protection de la santé des femmes par le droit international relatif aux droits de l'homme. Organisation mondiale de la Santé, Genève. 1995.
14. Abdessamad Dialmy. « Identité masculine et santé reproductive au Maroc. Le féminisme des hommes ordinaires. Agadir. [Masculine identity and reproductive health in Morocco: the feminism of common men. Agadir] », MLE Ressource, 2000.