



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

**VILLA EL SALVADOR
PÉROU**



**LES
DÉTERMINANTS
SOCIOCULTURELS ET
COMMUNAUTAIRES DES
GROSSESSES NON DÉSIRÉES ET
DES AVORTEMENTS À RISQUE,
NOTAMMENT AU SEIN DE LA
TRANCHE D'ÂGE DES 15 - 24 ANS,
DANS LE DISTRICT DE VILLA
EL SALVADOR - PÉROU**

- RAPPORT FINAL - VERSION FRANÇAISE -

NOVEMBRE 2015

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Alila Brossard Antonielli, coordinatrice de l'étude au Pérou; sociologue, École des Hautes Études en Sciences Sociales (Paris), chercheuse associée au LASDEL (Bénin)
Irene Del Mastro, sociologue chercheuse, Université du Wisconsin-Madison (USA)
María Lucía Machuca Rose, sociologue chercheuse, Pontificia Universidad Católica del Perú (Pérou)
Mayra Zea Guzmán, sociologue chercheuse, Pontificia Universidad Católica del Perú (Pérou)
Emmanuel Sambieni, coordinateur de l'étude dans les 4 pays, PhD, Université de Parakou, Lasdel Parakou (Bénin)

COMITÉ DE PILOTAGE MDM

Catherine Giboin, Référente associative SSR
Delphine Clochard, Référente Déterminants Socioculturels
Rosa Maria Estrada, Coordinatrice générale, Pérou
Tanit Iglesias, Référente médicale MO/ALC
Sandrine Simon, Référente SSR (coordinatrice de l'étude)



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

REMERCIEMENTS

L'équipe des chercheurs tient à remercier sincèrement toutes les personnes que nous avons rencontrées sur le terrain à Villa El Salvador :
les professionnels de santé, les assistantes sociales,
les agents communautaires de santé, les femmes des cantines autogérées,
les conseillères légales et tous ceux et celles qui nous ont donné de leur temps
et de leurs connaissances. Votre apport a contribué à la réussite de cette enquête.

Nous remercions également l'équipe locale de Médecins du Monde France au Pérou
pour sa collaboration et son soutien à l'enquête, notamment Rosa María Estrada,
coordinatrice générale, Eleana Rodríguez et Arcadia Maguiña, qui nous ont aidés
dans la mise en relation avec les informateurs clés sur le terrain. Nous remercions aussi
l'équipe de Médecins du Monde au siège à Paris pour leur soutien constant pendant
toute la mission, leurs observations et retours sur ce rapport et au chercheur principal
Emmanuel N'koué Sambieni.

Un grand merci au sociologue Robin Cavagnoud, chercheur et professeur
à la Pontificia Universidad Católica del Perú, pour son indication des
chercheurs de terrain, et à elles pour leurs efforts, motivation et
engagement pour le recueil des données pour cette recherche.

L'auteure remercie Diego Soliz pour la révision de la
traduction de ce rapport vers le français.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS _____	3	3.2. Discours et pratiques sur les grossesses non désirées _____	29
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS _____	5	3.2.1. Situation des GND _____	29
RÉSUMÉ EXÉCUTIF _____	6	3.2.2. Principales causes des GND _____	29
EXECUTIVE SUMMARY _____	7	3.2.3. Gestion familiale et communautaire des GND _____	33
INTRODUCTION _____	9	3.2.4. La prise en charge sanitaire aux GND _____	35
1.1. Contexte de l'étude _____	10	3.3. Discours et pratiques concernant les avortements _____	36
1.2. Objectifs de l'étude _____	10	3.3.1. Les soignants face aux avortements _____	38
MÉTHODOLOGIE _____	12	3.3.2. Pratiques et opinions de femmes concernant les avortements _____	40
2.1. Sélection du site de l'étude _____	12	3.3.3. Le cas spécifique des avortements en cas de viol _____	43
2.2. Recueil de données _____	13	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS _____	45
2.3. Traitement des données _____	14	4.1. Conclusions _____	45
2.4. Limites de l'étude _____	14	4.1.1. Barrières à la prévention des grossesses non désirées _____	45
PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE _____	16	4.1.2. Mécanismes de gestion communautaire et familiale des GND et des avortements _____	46
3.1. Sur les contraceptifs _____	16	4.1.3. Perceptions et attitudes des soignants confrontés aux GND et aux avortements _____	47
3.1.1. Diversité des méthodes contraceptives proposées _____	16	4.2. Recommandations _____	48
3.1.2. La situation particulière de la Pilule Contraceptive d'Urgence (PCU) au Pérou _____	17	BIBLIOGRAPHIE _____	51
3.1.3. L'accès à la contraception _____	17	ANNEXES _____	54
3.1.4. Barrières à la contraception _____	19		
3.1.5. Représentations sur la contraception _____	26		

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AMIU

Aspiration Manuelle Intra Utérine

CMI

Centre Maternel Infantile

DIU

Dispositif Intra Utérin

ENDES

Enquête Démographie et Santé

GND

Grossesses non désirées

INEI

Institut National de Statistique et Informatique
[Pérou]

IST

Infections sexuellement transmissibles

MAMA

Méthode de l'allaitement maternel et de
l'aménorrhée

MIMP

Ministère de la Femme et des Populations
Vulnérables [Pérou]

MINSA

Ministère de la Santé [Pérou]

MdM

Médecins du Monde

MdMF

Médecins du Monde France

OMS

Organisation mondiale de la santé

PCU

Pilule Contraception d'Urgence

PF

Planification familiale

SIS

Assurance Intégrale de Santé
[Régime de sécurité sociale - Pérou]

SSR

Santé sexuelle et reproductive

VES

Villa El Salvador

VIH

Virus de l'immunodéficience humaine

Note de la traduction

Nous avons choisi de traduire certaines expressions tout en indiquant entre crochets l'expression originale en langue espagnole.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Dans le district de Villa El Salvador, au Pérou, les grossesses non désirées (GND) et les avortements à risque ont lieu principalement chez les adolescentes et les femmes adultes en union en situation de vulnérabilité socio-économique. La présente enquête qualitative a interrogé 21 professionnels de santé, 6 assistantes sociales et éducateurs, 8 acteurs de la société civile qui travaillent sur les droits et la santé des femmes et 3 femmes ayant vécu des GND et/ou des avortements à risque. Nous avons mené 4 discussions de groupes avec 8 agents communautaires de santé, 6 femmes engagées dans la société civile et 10 agents communautaires de santé adolescent.e.s garçons et filles de 13 à 18 ans. L'objectif était de documenter et analyser les déterminants socioculturels des GND et des avortements à risque.

Actuellement, les centres de santé publics dans le district offrent une variété de méthodes modernes (hormonales injectables et orales, DIU, barrière, chirurgicale). La prévention des GND et des avortements à risque reste toutefois limitée par des obstacles d'ordres sanitaires et socioculturels. En premier lieu se trouvent les problèmes d'approvisionnement en méthodes contraceptives rencontrés par les centres de santé locaux et les normes légales restrictives concernant l'accès à la planification familiale par les adolescent.e.s. Malgré l'existence d'exceptions à ces normes, celles-ci sont mal connues par le personnel soignant interrogé. Les horaires de fonctionnement et l'absence de consultations différenciées limitent également l'accès des adolescent.e.s à ces services. En effet, ces dernier.e.s craignent d'être reconnus et jugés lorsqu'ils consultent avec le public en général. Les barrières d'accès favorisent l'usage des contraceptifs sans une bonne information et orientation, une moindre observance dans le temps et l'automédication auprès des pharmacies (pour ceux et celles ayant des ressources). Ces facteurs concourent à l'émergence parmi les femmes de rumeurs et représentations négatives concernant les méthodes contraceptives, qui constituent à leur tour une barrière non négligeable à l'usage des contraceptifs.

En ce qui concerne les barrières socioculturelles, les résultats montrent que la persistance du tabou autour de la sexualité des jeunes filles et garçons limite leur pouvoir d'agir et leur accès aux informations et aux méthodes de planification familiale. Même si des

causeries et des ateliers autour de la santé sexuelle sont organisés dans les collèges, les enseignant.e.s ne manient pas les informations de qualité sur ces questions, selon les enquêtés, et partagent les mêmes préjugés négatifs des parents autour de la sexualité des adolescent.e.s. L'ancrage de la matrice sociale du machisme, soit les rapports inégaux de genre, et la prégnance des dogmes chrétiens dans l'ordre moral, non seulement limitent la reconnaissance et l'acceptation de la protection de la sexualité des jeunes, mais impactent également l'exercice du droit de décision sur leurs corps de femmes jeunes et adultes. Le machisme est un catalyseur des violences faites aux femmes ayant des impacts négatifs sur l'estime de soi des victimes et leur capacité de prendre soin d'elles-mêmes. La vulnérabilité des femmes dans cette configuration sociale du machisme explique aussi le nombre important d'agressions sexuelles dont font état les enquêté.e.s. Celles-ci ont lieu principalement au sein des familles, rendant plus difficile leur dénonciation et la prise en charge médicale pour la prévention des GND. En ce sens, les professionnels de santé et les acteurs de la société civile demandent l'autorisation de la distribution des pilules de contraception d'urgence – pilule du lendemain – sans coûts dans les centres de santé du MINSA et l'adoption de la loi pour la dépénalisation des avortements suite à un viol.

Les professionnels de santé interrogés sont favorables à un plus grand accès des adolescent.e.s aux méthodes contraceptives. Cependant, nous avons retrouvé parmi les soignants des représentations incorrectes concernant l'usage de certaines méthodes par les adolescentes. Les professionnels de santé ont des positions ambiguës concernant les avortements. Toutefois, force est de constater qu'il y a consensus sur les dangers des avortements à risque et de la nécessité de dépénaliser l'avortement lors d'une GND suite à un viol. Une partie des soignants adopte une position pragmatique face au cadre de pénalisation et aux risques encourus par les femmes souhaitant avorter, en leur indiquant des méthodes et des professionnels pour des interventions sûres. D'autres soignants ne se prononcent pas ou essayent activement de dissuader les femmes qui manifestent la volonté d'avorter. Nous n'avons pas rencontré parmi les soignants enquêtés des résistances à l'avortement thérapeutique ou aux soins après avortement. Au contraire, certains médecins enquêtés rejettent l'obligation légale de dénoncer les femmes qui ont provoqué un avortement qui se présentent aux urgences avec des complications.

Nous espérons que les résultats présentés dans ce rapport puissent susciter des changements positifs dans les pratiques et les discours, contribuant ainsi à diminuer les barrières de tout ordre et à augmenter et rapprocher la couverture de soins auprès des populations clés, renforçant la capacité des femmes et des hommes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs. Pour atteindre ces objectifs, nous recommandons vivement de renforcer les formations des professionnels de santé et des enseignants avec des approches de droits en santé sexuelle et reproductive et de l'égalité de genre ; de faire participer les adolescent.e.s dans la création de matériaux pour des campagnes de préventions des GND ; d'impliquer davantage la communauté en général, et tout particulièrement les pères et mères, dans des activités de promotion des droits sexuels, de l'égalité de genre et de prévention des violences familiales.

EXECUTIVE SUMMARY

In Villa El Salvador, a district located in the southern outskirts of Peru's capital Lima, unwanted pregnancies and unsafe abortions concerns mostly teenager girls and adult women in union living in situations of socio-economic vulnerability. This qualitative study surveyed 21 health workers, 6 social assistants and educators, 8 actors from civil society working on women's rights and health, and 3 women who had experienced an unwanted pregnancy and/or abortion. Four focus groups were carried out with 8 female community health workers, 6 women from local civil society and 10 teenagers acting as peer community health workers, boys and girls between 13-18 years old. The aim of this study was to document and analyse the sociocultural determinants to unwanted pregnancies and unsafe abortions.

The local family planning (FP) strategy offers a variety of modern contraceptives methods (hormonal, IUD, barrier and surgical) free of charge after counselling with a midwife. However, the prevention of unwanted pregnancies and unsafe abortions finds itself limited due to sanitary structures and sociocultural factors. Firstly, the primary healthcare facilities endure supply problems regarding contraceptives' methods. The recommendations for FP also restrict teenagers' access to contraceptives. Although the national PF Norms do not mention specific restrictions for teenagers, we found that health care providers do not always know

those Norms. The healthcare facilities limited opening hours and the lack of special consultation hours for teenagers also hinders their access to FP, as they fear being recognized and judged when attending those services with the general public. Access barriers may contribute to contraceptive misuse, less adherence and self-medication for those who can buy contraceptives in pharmacies. These factors foster myths and negative representations on contraceptives' methods among women of all ages, thus creating another barrier for their use.

Secondly, we found among the sociocultural barriers that the persistent taboo and denying of teenagers' sexuality hinders their empowerment and their access to information and FP methods. Although there are sexuality and health talks carried out in secondary schools, teachers do not handle good quality information and share parents' prejudices on teenagers' sexuality, according to the informants. The rooted machismo - unequal gender relations - and religious beliefs not only makes it very hard to accept adolescents' rights to a protected sexual life, but also hinders women's right to deciding on their bodies. However, when women decide to have an abortion, men seldom participate in the decision, leaving the responsibility, costs and consequences on the women. Machismo also favours violence against women which has a negative impact on their self-esteem and on their autonomy and capacity to care for their health. Hence this social configuration of machismo and women's vulnerability explains the high levels of sexual violence. Those occur mostly within families making it more difficult for the women to denounce and search for medical care to prevent unwanted pregnancies. In this context there is a strong demand from health care workers and civil society organizations for the emergency oral contraceptive to be allowed for distribution free of charge in public health facilities. Moreover, they advocate for the decriminalization of abortion when the pregnancy resulted from rape.

Thirdly, health care workers surveyed expressed they were favourable to increasing teenagers' access to contraceptive methods. However, some have misrepresentations on prescribing some methods to this public. Health care workers have ambiguous opinions regarding abortion in general, but most agreed on the risks of unsafe abortion and on the need to legalize abortion in cases of rape. Among the health care workers surveyed, some adopt a pragmatic approach

regarding the risks of unsafe abortion and take action, indicating safe methods or colleagues for safe procedures to women who ask them. Others do not give any information while some health care workers actively try to dissuade women who declared they wanted to have an abortion. We did not find resistance from health care workers regarding therapeutic abortion or positions against providing post abortion care to women who had had an abortion; on the contrary, some physicians were against the legal obligation to denounce them.

We hope that the findings presented here allow to encourage transformations in the practices and discourses, helping to reduce all kinds of barriers, to better attain key populations and to strengthen the capacity of women and men to enjoy their sexual and reproductive rights. In order to achieve this, we strongly recommend the strengthening of health workers and teachers' training focused on sexual and reproductive rights and gender equality; to involve teenagers into creating materials for campaigns to prevent unwanted pregnancies; to involve the broader community, especially fathers and mothers, in activities that promote sexual rights, gender equality and prevention of domestic violence.

INTRODUCTION

Bien que l'Amérique Latine ait connu une réduction rapide des taux de fécondité depuis les années 1960 – notamment par l'introduction des méthodes de planification familiale et grâce aux changements sociaux comme l'urbanisation et l'augmentation de la scolarisation – cette région se caractérise encore par un fort taux de fécondité adolescente entre 15-19 ans [Cosio-Zavala, 2007]. Entre 2001 et 2005, 19,5 % des femmes âgées de 15-19 ans avaient déjà été enceintes. Dans la sous-région andine, le taux de fécondité chez les adolescentes s'est réduit de 6 % entre 1975 et 2005, alors que la réduction a été d'un tiers pour le taux de fécondité général au cours de la même période [UNFPA, 2010]. Les grossesses non désirées terminent souvent en avortements à risque, conséquence du cadre légal restrictif de la région [Guillaume, Lerner, 2009a].

En effet, l'Amérique latine connaît les taux les plus élevés d'avortement parmi toutes les régions du monde depuis les années 2000, une tendance qui se maintient stable. On estime qu'en 2008 le nombre d'avortements en Amérique latine et dans les Caraïbes a atteint 4,4 millions, soit un taux de 32 avortements pour 1000 femmes entre 15-44 ans. Environ 95 % des avortements dans la région sont réalisés dans des conditions à risque [Sedgh *et coll.*, 2012]. D'après l'Organisation panaméricaine de la Santé, la moitié des avortements en Amérique latine concerne des femmes entre 20-29 ans et 14 % des femmes jusqu'à 19 ans. Ces données indiquent qu'il reste des efforts à fournir dans la région latino-américaine pour atteindre les objectifs de prévention des grossesses non désirées et de leurs conséquences établis par la Conférence internationale de Population du Caire en 1994.

Selon l'Enquête Démographie et Santé du Pérou, l'ENDES 2014¹, 19,8 % des naissances des cinq dernières années n'étaient pas désirées par les parents. Si l'on ajoute à cela le pourcentage de ceux qui auraient préféré différer l'arrivée d'un enfant, alors plus de la moitié des naissances des dernières cinq années au Pérou n'étaient pas désirées [53,3 %]². Le taux de fécondité désiré au Pérou est de 1,8 enfant en moyenne par femme, alors que le taux global de fécondité avéré est de 2,5 enfants en moyenne par femme en 2014. Toujours selon l'ENDES, 74,6 % de l'ensemble des femmes en âge de procréer et qui étaient en union

au moment de l'enquête³ utilisaient une méthode contraceptive, dont 51,3 % utilisaient une méthode moderne et 22,7 % une méthode traditionnelle. On estime que 8,6 % de l'ensemble des femmes ont des besoins non satisfaits en matière de planification familiale, c'est-à-dire, elles souhaitent éviter une grossesse, mais n'utilisent aucune méthode contraceptive. Ces données globales permettent d'affirmer qu'il reste encore des marges de progrès à faire pour atteindre une maternité souhaitée et l'exercice des droits en santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les hommes au Pérou.

Un des principaux obstacles pour atteindre cet objectif est le cadre légal national qui pénalise tous les avortements, à l'exception des avortements thérapeutiques dans le cas où la grossesse met la vie de la femme en danger. On estime que tous les ans plus 376.000 avortements clandestins ont lieu au Pérou, la majorité en conditions à risque [Ferrando, 2006]. Les grossesses dont l'issue est un avortement ont provoqué 10,9 morts maternelles pour chaque 100 000 naissances entre 2002 et 2011, soit la troisième cause de mort maternelle directe pour la même période [MINSA, 2013]. En sus d'être un problème de santé publique, les avortements à risque constituent également des problèmes d'inégalités sociales, économiques et de genre. Dans ce contexte, la pénalisation de l'avortement accentue les conditions de vulnérabilité sociale et porte atteinte aux droits reproductifs et au droit à la santé des femmes [Guillaume, Lerner, 2009a].

Les adolescentes sont particulièrement vulnérables à cette situation et les risques de grossesses non désirées augmentent à mesure que diminuent leurs revenus, leur accès à l'éducation ou aux soins. Selon l'ENDES 2014, 14,6 % de l'ensemble des adolescentes de 15 à 19 ans au Pérou a déjà été enceinte au moins une fois ou est enceinte. Ce pourcentage a légèrement augmenté de 0,9 point ces derniers 5 ans, bien que la proportion de grossesses chez les adolescentes oscille entre 11 % et 14 % depuis les années 1990. La fréquence des grossesses pendant l'adolescence est plus importante chez les adolescentes ayant atteint uniquement l'éducation primaire (34,1 %) et appartenant au quintile inférieur de revenus (24,0 %). Les adolescentes cumulant ces deux facteurs ont leur premier rapport sexuel plus tôt, à 17 ans, alors que la moyenne d'âge au premier rapport pour l'ensemble des femmes péruviennes est de 18,6 ans. On constate que les jeunes commencent leur vie sexuelle avec une faible protection au risque

1 - INEI, 2015, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-ENDES 2014, nacional y departamental*.
2 - Ibid

3 - Selon l'INEI les femmes en union sont celles qui au moment de l'enquête ENDES étaient mariées ou vivaient en union consensuelle [p.35].

des GND : seules 28 % des adolescentes péruviennes entre 15-19 ans a déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive (moderne ou traditionnelle). Ce pourcentage augmente de façon importante parmi les femmes entre 20-24 ans : 75 % a déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive. Ainsi, un quart des femmes péruviennes atteint ses 25 ans sans avoir jamais utilisé une méthode de planification familiale, soit pour souhaiter avoir une grossesse, soit par manque de connaissances ou d'accès à des méthodes contraceptives.

Parmi les jeunes femmes et les adolescentes, la maternité est un facteur déterminant pour la désertion scolaire, notamment chez les classes sociales ayant moins de ressources. Les jeunes mères se retrouvent souvent face à l'obligation de travailler pour avoir des revenus et subvenir aux besoins de leur enfant, car bien souvent elles ne peuvent pas compter avec le soutien de leurs familles ou du père de l'enfant. Toutefois, sans avoir complété leurs études elles accèdent seulement aux emplois faiblement qualifiés et sans couverture sociale [UNFPA, 2010; Cavagnoud, 2011]. En affectant le rendement éducatif et de travail des femmes, les GND influencent négativement l'accès de celles-ci au marché du travail qualifié. Par conséquent, cela porte préjudice au développement économique et social de ces femmes et de leurs familles, affectant par la même leur capacité d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs [Banco Mundial, 2012 ; Gutiérrez, 2013 ; Mendoza, Subiría, 2013].

« [...] Les activités publiques et privées des femmes et en particulier leur éducation et leurs moyens d'action économique et politique sont très limités parce que leurs droits en matière de procréation ne sont pas respectés. » [Paragraphe 97 de la Déclaration et Programme d'action de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995]

1.1. CONTEXTE DE L'ÉTUDE

La problématique des GND est développée par l'ONG Médecins du Monde (MmM) dans plusieurs pays, notamment en Afrique, en Amérique Latine et les Caraïbes, au Moyen-Orient et en Europe. Plus particulièrement MmM a initié un programme qui vise à *contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées* dans 4 pays (Burkina, Faso, République Démocratique du Congo, Palestine et Pérou). Dans le cadre de cette

étude, MmM fait de la prévention et prise en charge des GND une thématique prioritaire, ayant pour objectif de documenter de façon approfondie les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements suite à une GND. Le programme de MmM dans les 4 pays mentionnés tend à développer 4 résultats principaux :

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

Au Pérou, MmM France a développé entre 2006 et 2010 un premier projet dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans la zone sud de Lima. Les trois districts bénéficiaires étaient : Villa El Salvador, Villa María del Triunfo et San Juan de Miraflores. Depuis 2013, MmM centre ses efforts à l'amélioration de l'accès à la prise en charge intégrale en santé sexuelle et reproductive pour toutes les femmes en situation de GND dans le district de Villa El Salvador.

Dans ce contexte, MmM travaille avec les établissements de santé de Villa El Salvador pour sensibiliser et former les professionnels de santé à la prévention et prise en charge des GND. MmM soutien et sensibilise la société civile locale sur des thèmes de planification familiale et l'avortement médical [par l'intermédiaire des agents communautaires de santé et d'autres groupes]. Au niveau macro, MmM participe avec les associations locales et nationales à la promotion de l'accès aux avortements médicaux, avec la récente campagne « Déjala decidir » [Laisse-la décider] en faveur de la dépénalisation de l'avortement en cas de viol⁴.

1.2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

L'objectif général de cette étude est de fournir une

4 - La campagne « Déjala decidir » articule les efforts de plusieurs mouvements, ONGs féministes et ONGs engagées sur les droits sexuels et reproductifs, en organisant des événements locaux et nationaux tels que des

débats et des manifestations. Pour plus d'informations [en espagnol] : <https://www.facebook.com/dejaladecidir> et <https://twitter.com/dejaladecidir>

analyse approfondie des déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements à risque, en particulier au sein de la tranche d'âge des 15-24 ans. Spécifiquement, nous espérons :

1. Mieux cerner, d'une part, les besoins non satisfaits en matière de GND, y compris le profil des femmes touchées ; et d'autre part, les barrières, tant environnementales qu'individuelles, qui se heurtent à la prévention et à la prise en charge des GND et des avortements.

2. Saisir les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire des GND et des avortements.

3. Recueillir les perceptions et les conduites du personnel soignant face aux GND et aux avortements.

Cette étude devrait permettre à terme d'affiner les stratégies d'intervention de MdM. Ensuite, il s'agira de tirer des leçons transversales, diffusables auprès du public et des responsables politiques pour engendrer des changements positifs et durables dans les pratiques et le cadre légal. Nous espérons que ces changements concourront à atteindre l'objectif général du programme, à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux GND ».

MÉTHODOLOGIE

Cette recherche s'inscrit dans une approche socio-anthropologique à visée qualitative et compréhensive, sans portée représentative. La méthodologie a été soumise au Comité Institucional de Ética de l'Universidad Peruana Cayetano Heredia, étant validée le 23 juillet 2015 [Constancia 364 - 09 - 15, código de inscripción 15003].

2.1. SÉLECTION DU SITE DE L'ÉTUDE

Cette étude a été conduite dans le district de Villa El Salvador, localisé au sud de la région métropolitaine de Lima. Il s'agit de la zone d'intervention de Médecins du Monde France au Pérou.

On estime la population de Villa El Salvador à 463 846 habitants, dont 37 % sont âgés de moins de 20 ans et 111 666 sont des femmes en âge de procréer, entre 15 et 49 ans⁵. Par conséquent, nous pouvons qualifier Villa El Salvador comme une ville jeune par la structure de sa population, en plus de l'être par sa création récente en 1982, et densément peuplée. La croissance de la population urbaine du district a été rapide et s'est caractérisée par les intenses migrations depuis toutes les régions de province vers la capitale qui ont eu lieu au Pérou ces derniers 30 ans, motivées par le désir de la population d'échapper à la violence interne ou par la recherche de meilleures conditions de vie.

En plus des migrations, Villa El Salvador a une histoire singulière d'action sociale et une société civile vigoureuse, avec divers groupes et associations qui se maintiennent actifs, malgré des difficultés pour renouveler les bénévoles. 40 % des habitants de Villa El Salvador ont conclu l'enseignement secondaire, 27,8 % ont commencé ou ont finalisé un enseignement supérieur ou technique, 22,3 % ont achevé le parcours du cycle primaire et 7,1 % n'ont aucune qualification. Un parc industriel installé dans le district propose des emplois stables, néanmoins le travail informel est encore très courant. Le district est relié à Lima par l'autoroute et par les transports publics (bus métropolitains, bus privés et métro) ce qui permet aux habitants d'accéder au marché de l'emploi de la capitale. La population de VES est majoritairement catholique [81 %] et 12 % s'identifie comme chrétienne ou évangélique⁶.

On rencontre toujours une part importante de logements précaires. Environ 16.000 personnes ne disposent d'aucun accès aux services basiques, comme l'assainissement des eaux. On dénombre 5 952 logements non reliés au réseau d'électricité⁷. Les logements les plus pauvres sont éloignés du centre du district ou situés en hauteur sur les collines, où l'accès aux services de transports et de santé demeure limité. De surcroît, ces dernières années la problématique des gangs, de l'insécurité et de la violence a pris de l'ampleur, selon les témoignages des acteurs de la société civile locale rencontrés sur place.

En ce qui concerne l'offre sanitaire, Villa El Salvador appartient au Réseau de Santé qui relie les villes de Villa El Salvador, Lurín, Pachacamac et Pucusana, au sein de la Direction de Santé II Lima SUD du Ministère de la Santé (MINSA). L'hôpital de référence pour cette région est l'Hôpital María Auxiliadora localisé dans le district de San Juan de Miraflores.

Au sein du district de Villa El Salvador, on compte 18 établissements du MINSA, parmi lesquels on trouve 3 centres maternels infantiles (CMI), un centre de santé généraliste et 14 dispensaires de santé. Les CMI disposent de ressources suffisantes pour prendre en charge les accouchements sans complications. Un CMI dispose de la structure chirurgicale pour réaliser des AMIU, des curetages⁸ et d'autres soins post avortement, qu'ils soient induits ou pas. Dans ce CMI cette même structure est prévue pour réaliser les ligatures de trompes, des vasectomies et, dans le futur, des césariennes. En cas de complications lors des accouchements ou dans les suites de couches, les soignants acheminent les patientes à l'hôpital María Auxiliadora. Les transferts sont fréquents selon les soignants interrogés, notamment lors du recours tardif aux contrôles prénataux, des grossesses à risque qui sont plus fréquentes chez les adolescentes, pour des césariennes et lors de grossesses chez des femmes vivant avec le VIH. Au recensement de 2007, 8,8 % des adolescentes entre 15-19 ans et 0,5 % des adolescentes entre 12-14 ans vivant à Villa El Salvador étaient déjà mères⁹.

On estime qu'il existe 800 cabinets médicaux ou cliniques privées à Villa El Salvador, certains équipés de laboratoires pour des examens de sang et des échographies. Dans certains de ces cabinets, on réalise des avortements médicaux en conditions sûres

5 - INEI 2015, estimations au 30 juin 2015; données obtenues sur <http://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/> consultées pour le 17 août 2015.

6 - Ibid

7 - Ibidem

8 - La méthode du curetage est moins sûre que celle de l'AMIU, elle présente des risques trois fois plus élevés de complications en plus d'être consi-

dérablement plus douloureux pour les femmes. Pour ces raisons, l'OMS recommande que le curetage soit remplacé par l'AMIU [OMS, 2012].

9 - INEI, sans date, Perfil sociodemográfico de la provincia de Lima, « Capítulo 1: Características de la población, 1.4.6. Madres adolescentes según distrito », données du recensement 2007. Disponible sur <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/LibO338/libro15/cap01.pdf>

(misoprostol, AMIU en suivant les protocoles) et des curetages. Cependant, tous les cabinets ne disposent pas de bonnes conditions matérielles et hygiéniques, et ne comptent pas sur un personnel qualifié¹⁰. Il est assez frappant de constater, dans un pays où l'avortement est pénalisé, l'omniprésence d'affiches posées dans des lieux publics de VES (stations de métro, poteaux d'électricité, murs...) proposant des services « retard menstruel – solution immédiate » [“retraso menstrual – solución inmediata”]. Il s'agit d'annonces pour des cliniques où se font des avortements à risque, selon les personnes interrogées¹¹. Ces dernières signalent qu'il y a un faible contrôle des cabinets à risque par les autorités sanitaires, médicales et/ou policières. En plus de ces cabinets, Villa El Salvador compte un grand nombre de pharmacies où l'on peut se procurer des méthodes contraceptives, la pilule du lendemain et le misoprostol (Díaz, Chumpitaz, 2013). Malgré le fait que légalement ces médicaments sont soumis à prescription médicale, ils sont fréquemment vendus sans présentation de cette dernière.

Deux tiers des habitants de Villa El Salvador ne disposent d'aucune couverture de santé en 2015 selon l'INEI, alors que 19 % étaient couverts par l'assurance maladie de EsSalud et 9 % par l'assurance maladie intégrale gratuite, le SIS [Seguro Integral de Salud]. Cependant, dans les CMI et dans le centre de santé généraliste, les assistantes sociales peuvent dispenser de paiement de consultations des patients non couverts par le SIS selon des critères socio-économiques.

2.2. RECUEIL DE DONNÉES

Les données ont été recueillies par des entretiens qualitatifs et par des discussions dirigées en groupe, entre juillet et août 2015. Nous avons réalisé 36 entretiens individuels et 4 focus group, soit un total de 62 personnes interrogées. Les entretiens ont duré entre 15 minutes et 1 heure, ils ont tous été enregistrés suite au consentement des enquêtés et la langue d'échange a été l'espagnol. En plus de ces entretiens, nous avons mené une recherche bibliographique sur le thème des GND et des avortements.

Le travail de terrain a été conduit par la coordinatrice et trois enquêtrices, l'équipe était composée de sociologues ayant de l'expérience dans les thématiques de santé et de genre. Les outils de recueils de données utilisés ont été construits pour cette étude et appliqués dans les pays mentionnés auparavant. Les guides

d'entretien ont été légèrement adaptés au profil des acteurs locaux interrogés et au contexte, selon des suggestions de l'équipe de MdM au Pérou et au fur et à mesure de l'utilisation d'outils, selon les besoins.

1. Les entretiens individuels

Nous avons interrogé des professionnels de santé travaillant dans les 3 centres maternels infantiles (CMI) et au centre de santé généraliste de Villa El Salvador, avec des soignants de diverses spécialités : sages-femmes (9), médecins généralistes, chirurgiens, gynécologues et obstétriciens (8), psychologues (4), assistantes sociales et éducateurs (6). Presque tous les soignants interrogés pour cette étude travaillent depuis plus de 10 ans dans le réseau public de santé de Villa El Salvador. La moitié de ces professionnels a déjà travaillé avec ou a suivi une formation de MdM, dans son projet actuel ou celui d'avant.

Dans un premier temps, les entretiens ont été obtenus grâce à l'équipe locale de MdM et son réseau d'acteurs qui collaborent ou participent à son projet. Ensuite, nous avons demandé à chaque enquêtée de nous recommander un collègue pour réaliser un autre entretien, mobilisant ainsi la méthode « boule de neige ». Nous avons aussi interrogé 2 conseillères légales [orientadoras legales] de la communauté et 6 acteurs de la société civile qui travaillent à Villa El Salvador et dans les districts voisins pour la prévention des grossesses non désirées et/ou défendent le droit à l'avortement sûr, dont beaucoup travaillent en coordination avec MdM. Finalement, nous avons interrogé 3 femmes ayant eu des expériences de grossesses non désirées. Deux d'entre elles ont également eu recours à un avortement, la première dans une clinique dans des conditions à risque et la deuxième avec l'usage du misoprostol.

2. Les discussions de groupe

Nous avons mené quatre discussions dirigées en groupe : la première a été organisée avec 8 femmes agentes communautaires de santé qui ont suivi des formations avec MdM dans un des CMI. La deuxième a réuni 6 femmes membres du bureau des cantines autogérées de Villa El Salvador. Le troisième groupe a été mené avec 6 adolescents engagés comme agents de santé auprès de leurs pairs dans un des CMI, avec 3 jeunes filles et 3 garçons âgés de 13 à 18 ans. Le dernier groupe a réuni 4 jeunes filles également agentes de santé auprès de leurs pairs, âgées entre 13 et 16 ans, à la fin d'un atelier sur la prévention des GND organisé par une ONG dans un des CMI.

¹⁰ - Données provenant des documents de référence internes de MdM (2012), confirmées par l'équipe locale et par les entretiens.

¹¹ - Voir la photographie en annexe p.75.

¹² - Voir la bibliographie.

3. La recherche bibliographique

Nous avons fait une recherche bibliographique avant et pendant l'étude de terrain ayant pour objectif de cadrer la problématique et compléter les données recueillies par les méthodes qualitatives. Nous avons consulté les documents clés de MdM, comme les documents de référence de la mission Pérou, aussi bien que les documents produits par d'autres ONGs et associations péruviennes engagées dans la problématique des GND et des avortements. Nous avons également consulté les traités techniques et textes de loi concernant la planification familiale et le Plan multisectoriel de prévention des grossesses non désirées chez les adolescentes du MINSA.

2.3. TRAITEMENT DES DONNÉES

Tous les entretiens ont été intégralement transcrits par les chercheurs de façon anonyme et identifiés par des codes, visant empêcher toute identification des personnes interrogées. Nous rappelons que les transcriptions sont fidèles au discours oral des enquêtés, suivant la méthode qualitative socio anthropologique. Par conséquent, les verbatim et citations de ce rapport sont des discours à l'oral, ou langage parlé, sans aucune édition ou reformulation pour respecter la parole des acteurs.

Les entretiens transcrits ont été codifiés par le logiciel NVivo en vue d'identifier les principaux thèmes pour mener une analyse de contenu transversale correspondant aux objectifs de la recherche.

2.4. LIMITES DE L'ÉTUDE

La principale difficulté à laquelle l'on s'est confronté pendant la réalisation du travail de terrain pour cette étude a été de rencontrer et d'interroger des femmes ayant eu des GND et/ou des avortements à risque. D'une part, les contacts avec les soignants et les membres de la société civile n'ont pas pu nous mettre en relation avec des femmes, notamment pour des raisons éthiques de secret médical pour les premiers. D'autre part, en raison de l'obligation d'autorisation du Réseau de santé local, nous n'avons pas pu proposer des entretiens aux femmes dans les salles d'attente des centres de santé. Néanmoins, nous avons essayé, sans succès, d'aborder des femmes de manière informelle dans les alentours des établissements de santé. Les femmes avec lesquelles nous avons échangé ont refusé de participer par manque de temps pour un

entretien ou attendaient une compensation pour leur participation.

a nociones de autonomía de las mujeres y que por ende no son representativos de la mayoría de los profesionales de salud, según los propios profesionales entrevistados. Esta posición se confirmó a la luz de las opiniones expresadas en las entrevistas y explican el hecho que se haya entrevistado a un menor número de profesionales con opiniones más conservadoras con respecto a la SSR, los END y los abortos.

El número de entrevistas con las promotoras voluntarias de salud fue limitado ya que estas estaban involucradas en actividades de campo para la campaña de vacunación del sarampión, el barrido de prevención del dengue y en otras actividades, incluso en la réplica de los talleres de SSR con MdM.

L'absence d'un premier contact établi par avance pour faire l'intermédiaire avec des personnes entre 15 et 25 ans a été déterminante. En effet, cela nous a empêchés de reproduire avec les jeunes femmes la dynamique de « boule de neige » établie avec les soignants. En outre, du fait de la nature de la thématique de l'étude, il était nécessaire d'approcher les femmes à travers de contacts de confiance pour que celles-ci se sentent en sécurité et en confiance pour échanger sur leurs expériences personnelles et intimes. Nous pouvons avancer l'hypothèse selon laquelle les femmes dans cette tranche d'âge, notamment celles qui ont déjà des enfants en conséquence des GND, travaillent pour subvenir aux besoins de leur famille, souvent à l'extérieur du district, ce qui expliquerait la difficulté à les rencontrer. Toutefois, les récits des professionnels de santé, des agents communautaires de santé et des femmes issues des associations civiles ont permis d'aborder les perceptions concernant les aspects socioculturels et communautaires des GND, les représentations sur les méthodes contraceptives et les avortements.

Le manque d'autorisation de la part du Réseau local de santé a constitué une autre limite. D'un commun accord avec la coordinatrice de MdM au Pérou, nous avons décidé de ne pas demander ces autorisations, car les démarches auraient été trop longues en temps par rapport au calendrier de l'enquête. Certains soignants contactés pour les entretiens nous ont fait savoir qu'ils préféreraient avoir l'autorisation de la direction pour participer à l'étude, malgré la mise en avant

13 - Voir la bibliographie.

14 - « Les extraits d'entretiens doivent être cités au plus près de leur forme originale. Il ne faut pas gommer les bredouillements s'ils disent quelque chose [...]. Ce n'est pas l'orthodoxie grammaticale qui compte, mais la

vérité du matériau : les virgules, les points doivent être placés là où les personnes les mettent. » Kauffman, J.-C. (2007). *L'entretien compréhensif. L'enquête et ses méthodes*. Paris, A. Colin, p.112.

du caractère personnel, volontaire et confidentiel des entretiens. L'absence d'autorisations a également empêché la conduite systématique d'observations directes dans les centres de santé¹⁵.

Bien que nous ayons eu recours à la méthode « boule de neige » pour contacter les participants, les premiers contacts ont eu lieu par l'intermédiaire de l'équipe de MdM au Pérou. Ces premiers participants avaient confiance en l'équipe avec qui ils étaient en proche collaboration, ce qui a facilité qu'ils acceptent de donner de leur temps pour l'entretien. La plupart de ces premiers contacts étaient des soignants et des assistantes sociales qui participent des formations de MdM et d'autres ONGs. Nous avons donc anticipé le risque d'un biais de participation, car ces personnes étaient déjà sensibilisées aux notions de droits en SSR, sont favorables aux notions d'autonomie des femmes et par conséquent ne sont pas représentatives de la majorité des professionnels de santé, selon les propres soignants interrogés. Ce biais s'est confirmé à la lumière des opinions exprimées pendant les entretiens et il contribue à expliquer le fait que nous ayons interrogé peu de soignants ayant des opinions plus conservatrices concernant la SSR, les GND et les avortements.

15 - Pour plus d'informations sur les méthodes qualitatives, se référer à Bouchon, Magali (2009) Recueil de données : *Méthodes qualitatives*. Médecins du Monde, Paris, 2e édition, 2012, notamment les p.12-25 sur la méthode de l'observation.

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

3.1. SUR LES CONTRACEPTIFS

3.1.1. DIVERSITÉ DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES PROPOSÉES

Les entretiens ont confirmé une importante diversité des méthodes contraceptives proposées dans les établissements publics de santé de Villa El Salvador. Les méthodes hormonales incluent les pilules, les injections mensuelles ou trimestrielles et les implants (*Norplant*, *Implanon*). Nous avons également recensé le stérilet (DIU), qui est populairement connu comme le T en cuivre [T de cobre]. Parmi les méthodes de barrière, nous avons recensé uniquement les préservatifs masculins, qui sont souvent mis en avant positivement par leur double rôle préventif en tant que contraceptif et protection contre les IST/VIH. Malgré le fait que les usagères adultes et adolescentes connaissent l'existence des préservatifs féminins, nous n'avons pas eu de récits de leur utilisation, car ils sont considérés comme trop chers pour l'achat en pharmacie et ne sont pas assez disponibles dans le réseau public.

Un nombre réduit des sages-femmes interrogées a évoqué le fait de renseigner les usagères sur les méthodes dites traditionnelles, comme la méthode du rythme (abstinence périodique), le coït interrompu et la MAMA. Les motifs mis en avant pour la moindre recommandation de ces méthodes sont la forte probabilité d'échec de celles-ci par rapport aux méthodes modernes médicalisées. Dans l'extrait suivant, une sage-femme admet analyser de façon subjective si un couple a les moyens de comprendre et mettre en œuvre de façon régulière une méthode d'abstinence avant de recommander cette méthode. La recommandation reste aux mains du jugement de la sage-femme, tout comme l'appréciation qui lui permet de déterminer si une femme ou un couple peuvent avoir une discipline pour que la méthode soit efficace :

« Nous avons toutes les méthodes, nous proposons les méthodes naturelles, mais nous commençons, comme ça, pour ceux dont nous pensons qu'ils sont en mesure de comprendre et de pouvoir suivre et respecter, surtout le conjoint, les jours d'abstinence. Mais on travaille davantage, disons 90 % voire 95 % avec les méthodes

hormonales, nous avons les pilules contraceptives, les ampoules mensuelles, les ampoules trimestrielles et maintenant nous avons les implants subdermiques, ce qui pour nous est une grande réussite. De même, nous avons aussi tout ce qui est dispositif intra-utérin, les préservatifs. »

Sage-femme - 21

Les soignants ont souligné la difficulté à faire en sorte que les conjoints masculins respectent l'abstinence pendant les périodes fertiles dans le cas de l'adoption des méthodes de rythme, notamment dans les contextes de violence familiale ou lors d'épisodes de consommation d'alcool. Une des femmes interrogées a mentionné que la méthode du rythme était enseignée dans les causeries organisées par des groupes catholiques. Une sage-femme a reporté que quelques femmes venant de province peuvent utiliser des herbes, des thés ou des lavages comme méthodes contraceptives, mais que celles-ci ne représentaient qu'une proportion très limitée parmi les femmes de Villa El Salvador.

Les jeunes filles et garçons interrogés ont également cité l'abstinence comme une forme de prévention des GND. En effet, les éducateurs et éducatrices et les agents communautaires de santé font la promotion de l'abstinence auprès des jeunes avec l'objectif de repousser le début de l'activité sexuelle. Cette approche est recommandée par le Plan multisectoriel pour la prévention des grossesses chez les adolescentes (MINSA, 2011).

Outre ces méthodes, les centres de santé de VES renseignent et orientent vers l'hôpital de référence María Auxiliadora pour des ligatures des trompes ou des vasectomies. Actuellement, le CMI de Juan Pablo II à Villa El Salvador est équipé pour faire des ligatures de trompes ou des vasectomies sur place, mais ce service n'était pas encore disponible au moment du terrain. Concernant la stérilisation, notamment féminine, il convient de rappeler que celle-ci a été largement encouragée par le gouvernement péruvien dans la moitié des années 1990 comme principale méthode contraceptive et stratégie pour diminuer la pauvreté. Cette période a été marquée par des pressions et des abus envers des femmes en situation de pauvreté et ayant un niveau de scolarité plus bas pour qu'elles acceptent la ligature de trompes. Ces pressions ont été faites souvent sans renseignements au préalable, violant ainsi le droit des femmes (Coe, 2004). Nos

enquête.e.s n'ont pas fait état de cette triste histoire récente, cependant les soignants ont souligné le fait que le choix d'une méthode contraceptive revient aux femmes, montrant ainsi qu'un changement positif des pratiques s'est produit depuis.

3.1.2. LA SITUATION PARTICULIÈRE DE LA PILULE CONTRACEPTIVE D'URGENCE (PCU) AU PÉROU

La pilule contraceptive d'urgence (PCU), également connue comme pilule du lendemain, fait partie de la liste des médicaments essentiels de l'OMS depuis 1999. Elle a été adoptée par le MINSA par une résolution ministérielle en 2001, basée sur les recommandations internationales, des considérations techniques et scientifiques. Cependant, la mise en place de cette résolution est bloquée depuis 2003 par une décision du Tribunal Constitutionnel, suite à une saisie sans fondements scientifiques dans laquelle on argumente que la PCU serait abortive et irait à l'encontre du droit à la vie établi dans la constitution [Pretell-Zárate, 2013 ; OMS, 2010 ; Ramírez, 2006]. Le débat a amené le gouvernement à mettre en place une haute commission dont l'avis final a été favorable à la PCU. De même, le Défenseur du Peuple a recommandé la distribution de la PCU en se basant sur le respect des droits fondamentaux des personnes et de la communauté. Malgré ces décisions, la distribution gratuite de la PCU dans les centres de santé continue d'être bloquée actuellement, car le Tribunal Constitutionnel n'a pas changé sa résolution. Les soignants interrogés et la littérature [Coe, 2004] soulignent que ce blocage a pour origine la volonté de certains groupes politiques et religieux qui circulent dans les sphères du pouvoir de promouvoir un agenda conservateur:

« La pilule contraceptive d'urgence, que l'on appelle pilule du lendemain, il fut un temps où nous recevions cette méthode, c'était deux pilules à prendre, mais on nous l'a enlevé à cause de ces histoires de religion, les problèmes à l'échelle d'au-dessus, surtout politiques. Donc il y a des patientes qui ne peuvent pas s'acheter cette méthode en pharmacie en urgence à cause du coût [...] ce n'est pas très accessible à la population. Alors nous dans ce cas on propose la méthode de « yuzpe » qui est dans nos protocoles de planification familiale. »
Sage-femme - 27

Le manque de la PCU est compensé dans le réseau public par l'usage de la méthode Yuzpe, qui consiste

à fournir un nombre donné de pilules contraceptives d'usage mensuel dans le même intervalle de temps de la PCU, soit dans les 5 jours suivant le rapport sexuel. Presque tous les enquêtés regrettent que la PCU ne soit pas distribuée gratuitement par les services de santé. Bien que la majorité des sages-femmes connaissent et ont déjà appliqué la méthode Yuzpe, son utilisation n'est pas connue pour l'ensemble des soignants interrogés. Force est de constater que ce sont précisément les professionnels qui sont en première ligne pour prendre en charge les agressions sexuelles [médecins généralistes aux urgences, psychologues, assistantes sociales] ceux qui ne sont pas informés sur cette méthode, car ils considèrent que cela est du domaine des sages-femmes.

Paradoxalement à la situation de blocage de la distribution gratuite au sein du MINSA, la vente de la PCU est autorisée dans les pharmacies de tout le pays avec une prescription médicale. Cependant, le coût élevé de celle-ci limite l'accès des femmes ayant de faibles revenus, comme c'est le cas d'une partie des femmes à VES. Toutefois, les soignants constatent qu'il existe un usage fréquent, notamment chez les adolescentes et les jeunes filles, car il est possible d'acheter la PCU sans prescription. Comme nous verrons par la suite concernant les représentations sur les contraceptifs, la perception normative des professionnels de santé sur l'usage incorrect de la PCU ne correspond pas aux critères scientifiques. À ce propos, il convient de rappeler que l'usage répété de la PCU est sans danger et peut s'employer à maintes reprises au cours d'un mois [OMS, 2010].

3.1.3. L'ACCÈS À LA CONTRACEPTION

Les méthodes contraceptives sont distribuées gratuitement dans le réseau public de santé à la suite d'une consultation en planification familiale (PF). Pour les personnes inscrites au SIS la consultation est gratuite, alors que pour les personnes sans couverture de santé la consultation coûte 5 Soles [1,40 €], cependant les usagères peuvent être exonérées des frais par les assistantes sociales en fonction d'une évaluation socio-économique. Les contraceptifs sont gratuits, y compris lorsque la consultation est payante. Lors de la première consultation en PF la sage-femme ouvre un dossier avec l'histoire clinique de la patiente et lui renseigne sur toutes les méthodes, leurs contraintes et effets secondaires, pour que les femmes puissent choisir en fonction de leurs préférences.

17 - L'OMS recommande l'usage de la pilule contraception d'urgence dont l'efficacité a été prouvée jusqu'à 5 jours après le rapport sexuel, contre 72 heures (3 jours) dans la recommandation précédente. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

18 - « La PCU peut être procurée dans toute pharmacie autorisée.

Le Ministère de la Santé va étudier l'accès gratuit à travers de n'importe quel établissement de santé pour les citoyennes de faibles revenus. Son obtention se fait uniquement avec prescription médicale ». Source : MINSA, lien consulté le 23/08/2015 http://www.minsa.gob.pe/portada/ciu_dss_consultas.asp

« Tout ce qui est planification familiale dans les hôpitaux, c'est gratuit, là on t'apprend, c'est à dire, on te montre tous les plans que tu peux choisir, d'accord. Ils te disent les risques de chacun, qu'est-ce que tu dois utiliser ou pas, surtout en fonction de l'organisme de chacun. Alors pour que tu saches ce qui te va, tu dois l'essayer, tu ne peux pas savoir si ça va bien ou pas avec ton organisme parce qu'il y a beaucoup de différence selon chaque personne ce n'est pas pareil. Moi j'ai utilisé la T en cuivre, j'ai utilisé aussi les pilules et j'ai également pris soin de moi avec les ampoules. J'ai utilisé les 3. »

Femme de 30-40 ans, focus group O3

Presque tous les professionnels de santé interrogés ont souligné que ce sont les femmes qui choisissent leur méthode contraceptive après avoir été renseignées :

« Je pense que la meilleure méthode est celle que la jeune fille choisit. Parce que je me suis rendu compte que parfois elles viennent indécises et je leur dis, voilà, selon tes caractéristiques, toi-même tu me dis que tu n'es pas très sûre de ta relation alors, tu peux utiliser des préservatifs par exemple. Mais si elle ne se sent pas sûre, elle ne va pas les utiliser. »

Sage-femme - 21

Les femmes qui utilisent les pilules et les injections mensuelles doivent revenir au centre de santé une fois par mois pour s'approvisionner ou se faire appliquer l'injection, ou une fois tous les trois mois pour les injections trimestrielles. Ce moment de retour fait l'objet d'une consultation de suivi. Ce système, malgré l'inconvénient pour les femmes de se déplacer jusqu'au centre de santé, permet un suivi de la part des soignants et constitue une occasion d'éclaircir d'éventuels doutes des usagères concernant l'usage de contraceptifs, leurs effets secondaires, etc.

« La spécificité de l'ampoule mensuelle c'est [qu'il faut] une disponibilité de temps pour venir mensuellement, ça aussi c'est un facteur... si elles arrivent à avoir un rendez-vous pour leur date. [...] Certaines sont des utilisatrices en continu et elles ont déjà une carte avec leurs rendez-vous, elles savent qu'elles doivent venir ce mois pour "X" méthode, cela peut être la méthode orale ou la méthode des ampoules ou la méthode de barrière, c'est le préservatif. Alors, elles ont déjà un rendez-vous, elles ramènent leur carte et dans ce cas la prise en charge est plus courte parce qu'on leur donne la méthode. Les cas où la prise en charge est plus longue c'est quand il s'agit de la première fois, il faut lui pro-

poser toutes les méthodes ou alors quand la patiente souhaite changer pour une autre de méthode. »

Sage-femme - 27

Concernant la prise en charge et l'accès des jeunes filles et garçons aux consultations de planification familiale, force est de constater qu'il n'existe pas une consultation en PF spécifique aux adolescent.e.s, même s'il s'agit d'une demande des soignants. Dans un des centres de santé, un psychologue reçoit les adolescent.e.s dans des horaires différenciés et deux des centres organisent des ateliers en santé intégrale, y compris la SSR, pour les adolescent.e.s. Malgré le fait que le personnel des CMI organise et participe à des ateliers dans les écoles secondaires, les soignants manifestent une grande préoccupation en constatant le manque de connaissances et les mauvais usages des contraceptifs :

« Et il [un adolescent de 16 ans] me dit, "moi au cas où j'avais pris une capote de mon cousin. Mais je ne savais pas comment l'utiliser". Alors, c'est pour ça que je te dis [...] ils savent peut-être qu'on peut utiliser un préservatif, mais comment ? Comment ça se fait ? Alors, je me demande qu'est-ce qui se serait passé si ce garçon avait eu des rapports sexuels, ce n'est pas une probabilité de grossesse ? Lui a 16 et elle a 17 [ans]. »

Psychologue - 20

« Le programme pour adolescents donne beaucoup d'information dans les écoles, mais il y a encore beaucoup de stigmatisation envers les adolescents concernant l'usage de contraceptifs [...] il y a encore une barrière, c'est qu'ils ne connaissent pas très bien comment se fait l'usage du préservatif, l'usage de la pilule, l'usage de la méthode du rythme, ces choses-là c'est toujours bien qu'ils les sachent. Même si dans la stratégie nationale de l'état on leur apprend à utiliser ces méthodes, les garçons n'utilisent pas les méthodes, ils ont des rapports sexuels assez jeunes, oui parce qu'on a des problèmes avec le VIH. L'objectif serait qu'ils repoussent, qu'ils essaient de repousser les rapports, de les sensibiliser pour qu'ils repoussent le début de leurs rapports sexuels. »

Médecin - O5

Outre les soignants, d'autres acteurs qui proposent des informations sur les contraceptifs ont été mentionnés dans les entretiens. La Maison du Bien Être du Mouvement Manuela Ramos à Pamplona Alta, San Juan de Miraflores, propose des consultations et du

matériel de planification familiale. L'ONG Cepesju développe des ateliers et causeries avec des adolescents filles et garçons sur la prévention des grossesses non désirées et des IST/VIH pour soutenir la formation d'agents communautaires de santé adolescent.e.s, mais ne distribuent pas des contraceptifs ou des préservatifs. Médecins du Monde et Médecins sans Frontières ont également été mentionnés parmi les organisations actives, actuellement ou par le passé, qui ont mené des projets de SSR et de prévention du VIH. La clinique polyvalente de l'ONG Vermell n'a pas été mentionnée par les enquêté.e.s, bien que celle-ci intervienne dans le district en proposant du conseil, de l'orientation et en distribuant des contraceptifs.

3.1.4. BARRIÈRES À LA CONTRACEPTION

LES PROBLÈMES D'APPROVISIONNEMENT

Malgré la diversité des méthodes contraceptives proposée, tous les CMI de Villa El Salvador ont des problèmes d'approvisionnement avérés. Les ruptures d'approvisionnement en contraceptifs dans les centres publics de santé sont un problème récurrent selon les soignants interrogés et avaient déjà été documentées dans la littérature sur la planification familiale, que ce soit dans la région du cône sud de Lima comme à l'échelle nationale [Yon, 2015; Díaz, Chumpitaz, 2013; Ferrando, 2006].

«Maintenant, ce qui se passe avec les méthodes contraceptives c'est qu'on ne les a pas de manière permanente. C'est-à-dire qu'il y a des périodes dans lesquelles les pilules s'épuisent et on ne nous approvisionne pas. Alors l'usagère doit changer à la méthode pour celle qu'on a disponible à ce moment [...] Alors l'usagère arrive et dit «je veux continuer... je veux, on m'a prévenue». Elle réunit les conditions, mais on ne peut pas lui proposer. Donc les méthodes ne se trouvent pas de manière permanente, alors l'usagère dans le cas des injections doit varier entre la trimestrielle ou la mensuelle.»

Sage-femme - O3

«Actuellement il n'y a pas d'Implanon, il n'y a pas d'injection mensuelle, il n'y a pas de préservatifs; on ne donne que des pilules et des injections trimestrielles. [...] Quand ça va revenir, nous ne savons pas. [...] Oui, il y a des périodes dans lesquelles nous ne sommes pas approvisionnés.»

Sage-femme - 12

Les ruptures d'approvisionnement limitent la possibilité des femmes de choisir librement leur contraception. Ainsi, celles qui étaient utilisatrices d'une méthode se voient obligées de changer lorsque celle-ci est indisponible. Ces changements par manque d'option portent préjudice à l'adhésion des femmes aux méthodes contraceptives. Par ailleurs, les soignants soulignent le caractère potentiellement nocif que ces changements peuvent provoquer, dont les divers effets secondaires, compte tenu du fait que toutes les méthodes ne sont pas adaptées à toutes les femmes. Pour continuer avec un contraceptif de leur préférence, certaines femmes vont l'acheter chez les pharmaciens, assumant ainsi individuellement le coût pour se protéger d'une GND. Cette alternative n'est pas disponible pour les femmes qui ont des revenus plus faibles et qui dépendent la distribution gratuite.

«[Les agents communautaires de santé et les jeunes] signalent qu'il y a beaucoup de manques, dans la distribution depuis l'État vers les centres de santé des contraceptifs. Il y a une carence, alors elles se voient dans l'obligation d'aller acheter en pharmacie, non ? Mais cela est un coût pour elles qui souvent, comme je te disais à propos du sujet de la discipline, s'ajoute à ça la dépense que cela engendre, souvent la conséquence de cela c'est qu'on finit par tomber enceinte sans l'avoir voulu. Alors c'est de ça que l'État devrait aussi se préoccuper, vérifier et doter les centres de santé en contraceptifs pour que cette situation ne continue pas.»

Conseillère légale - O2

D'après les soignants interrogés, le MINSA attribue les problèmes d'approvisionnement à des problèmes logistiques, notamment des retards au niveau des douanes pour l'entrée des produits, auxquels s'ajoutent des problèmes de gestion d'achat [Ferrando, 2006].

LES BARRIÈRES SPÉCIFIQUES AUX MOINS DE 17 ANS

1. La norme d'accès à la contraception pour les mineurs et ses exceptions

Les adolescentes et les adolescents peuvent être reçus en consultation de planification familiale dans les CMI pour recevoir de l'orientation et des informations sur les méthodes contraceptives. Les écoles secondaires publiques et privées de Villa El Salvador accueillent des causeries sur la santé intégrale qui abordent également la SSR et la PF. Ces activités sont organisées et menées par les professionnels des CMI avec une

visée pluridisciplinaire faisant intervenir les médecins, sages-femmes et psychologues. Aucun contraceptif n'est distribué dans ces causeries. Si les causeries sont vues comme étant positives par les jeunes filles et garçons, il existe toutefois une résistance vis-à-vis de ces activités de la part des parents et des enseignants, qui s'explique par le tabou concernant la sexualité des jeunes.

Les soignants interrogés pensent que ces causeries sont positives, mais insuffisantes. Selon eux, ces interventions dans les écoles devraient se faire régulièrement pendant toute l'année scolaire et devraient être complétées par une prise en charge spécifique et différenciée dans les centres de santé. Les soignants ont également souligné que les enfants et adolescent.e.s en situation de décrochage scolaire n'ont pas accès à ces informations, notamment ceux qui sont sortis du système scolaire à la fin du primaire, car les causeries ne concernent que le secondaire. La plupart des professionnels de santé pensent que les causeries devraient commencer dès le primaire, à des âges plus jeunes, pour en augmenter la couverture.

Si d'un côté les adolescent.e.s peuvent accéder à l'information sur la santé sexuelle et reproductive, d'un autre côté les professionnels de santé nous ont déclaré que les recommandations de PF du MINSA déterminent que les mineur.e.s de moins de 17 ans ne peuvent obtenir une prescription de contraceptifs que s'ils sont accompagnés par un adulte, de préférence un membre de leur famille, lors de la consultation en planification familiale. Les soignants reconnaissent de façon quasi unanime que les adolescent.es préfèrent venir sans leurs pères ou mères, dont nombre d'entre eux refusent et jugent négativement le fait d'entamer une vie sexuelle. Ainsi, rares sont les pères et mères qui accompagnent leurs enfants et nombreux sont les adolescents qui font appel à d'autres adultes (oncles et tantes, grands frères ou sœurs) pour obtenir des contraceptifs en cachette de leurs parents.

« D'ailleurs si on applique, tu peux discuter avec la psychologue, l'assistante sociale, elles vont te dire, les normes disent qu'elles [les adolescentes] doivent venir accompagnées par leurs parents. Je félicite les mamans quand elles viennent avec leurs filles, ça devrait être toutes les mamans, mais vous aurez du mal à le croire, même pas 1 % ne viennent. »

Sage-femme - 11

« Il y a des garçons qui viennent avec leurs parents, mais c'est minime, peu de parents acceptent que leur enfant ait déjà des rapports sexuels, rares, la plupart viennent avec leurs camarades, 2-3, en petits groupes, 3-4 ils viennent [...] les parents n'acceptent pas. "Non ! Mais comment ? Comment peuvent-ils faire ça !" »

Éducateur - O8

Pour les soignants, les assistantes sociales et les éducateurs, la restriction d'âge ne serait pas adaptée à la réalité actuelle des adolescent.e.s et la réduction de l'âge de début des rapports sexuels. Ces professionnels sentent qu'ils passent un message contradictoire aux jeunes qui souhaitent se protéger, en empêchant qu'ils le fassent malgré leur bonne initiative.

« C'est ça qui est mauvais. Parce qu'il y a des adolescents qui commencent déjà leur étape sexuelle et reproductive très jeunes, 14, 15 ans et on ne peut pas leur donner aucune méthode à moins qu'ils viennent avec la famille. L'état ne nous le permet pas, on peut faire du conseil, de l'orientation oui. Dans les écoles ont le fait, dans les écoles, dans les groupes juvéniles nous pouvons oui. Mais leur donner des méthodes, non. Nous demandons seulement l'abstinence, mais nous ne pouvons pas leur donner des méthodes sans le consentement des parents. Ça oui, malheureusement c'est comme ça. Nous avons déjà refusé, dans diverses occasions [...] les jeunes ils ont déjà leurs rapports les jeunes, "j'ai commencé et je veux prendre soin de moi" et venir ici et leur dire que non, c'est quelque chose de contradictoire. »

Assistante sociale - O7

Certains professionnels préfèrent que les adolescent.e.s viennent seul.e.s, ce qui selon eux facilite le dialogue entre le professionnel et l'utilisateur.

« Écoute, pour nous [pour leur donner] l'information c'est mieux s'il ou elle est sans les parents, parce qu'avec les parents je dois donner une information biaisée, parce que si je lui parle comme ça ouvertement de ce que l'on peut parler avec une jeune fille de 14-15 ans parce qu'elle me demande de l'information, devant son père je ne pourrais pas dire rien de tout cela. »

Médecin gynéco-obstétricien - 14

Toutefois, la Norme Technique de Planification Familiale (MINSA, 2005) prévoit les situations dans lesquelles les soignants peuvent proposer les contraceptifs aux adolescent.e.s :

« Les services de Planification Familiale pourront donner des méthodes contraceptives temporaires aux adolescents qui les sollicitent, ou qui sont orientés vers eux dans les circonstances suivantes, à condition qu'ils aient reçu au préalable de l'orientation/conseil :

- Présenter le risque d'une grossesse non désirée
- Présenter le risque de contracter une IST ou le VIH-SIDA
- Être sexuellement active/f
- Antécédent de grossesse
- Avoir été victime de violence sexuelle »

Si l'on se base sur les critères de la Norme, on peut affirmer que pratiquement tous les adolescent.e.s peuvent être reçus en consultation de PF et obtenir de contraceptifs, à condition qu'ils le sollicitent. Nous avons constaté que ces dispositions ne sont pas clairement diffusées, ni connues auprès de l'ensemble des soignants, ce qui entrave leur mise en œuvre. Ainsi, rien ne spécifie l'accompagnement des adolescent.e.s par un adulte, ni une limite d'âge. Dans la pratique, nous avons constaté qu'une partie importante de sages-femmes, lorsqu'elles constatent que les adolescent.e.s ont déjà commencé leur vie sexuelle, leur prescrivent des contraceptifs, notamment hormonaux, et les préservatifs masculins sans la présence d'un adulte.

« Les jeunes qui viennent ici, les jeunes qui viennent ici nous leur donnons, car ils sont en train de demander, nous sommes en train de promouvoir, eux ils viennent solliciter. Et nous leur donnons parce que s'ils viennent c'est parce qu'ils en ont besoin, non ? Je ne suis pas d'accord avec cela [la norme restrictive] parce que les jeunes maintenant te disent qu'ils sont en train de commencer très tôt leurs rapports sexuels, 14, 15 ans »
Sage-femme - 12

« Mais s'il y en a un, plus de 15 ans, de 16 ans, là la sage-femme ou le professionnel, il y a une norme que nous protège, là tu peux soutenir, tu ne peux pas les abandonner, parce qu'ils sont déjà en train d'initier, ou ils ont déjà initié et une fois qu'ils ont commencé, à n'importe quel moment il peut se passer quelque chose, non ? Elle peut tomber enceinte ou d'autres maladies, tels comme ils sont en petit couples, ils commencent à avoir un petit couple, un autre petit couple, il se passe des choses. »
Éducateur - 08

2. La demande pour une prise en charge différenciée

Une autre barrière spécifique aux adolescent.e.s est l'absence d'un espace de consultation ou d'horaires différenciés dédiés à l'accueil des adolescent.e.s dans les services de planification familiale des CMI. Les soignants ont signalé que les horaires des CMI coïncident avec les horaires des collèges, empêchant ainsi la venue des adolescent.e.s scolarisés aux consultations de PF. Un facteur d'éloignement mentionné de manière récurrente est la peur qu'ont les adolescent.e.s d'être reconnus par des amis, des voisins ou des membres de leur famille lorsqu'ils se rendent en consultation.

« Ils disent qu'on pourrait les reconnaître et prévenir leurs parents qu'ils sont venus, pourquoi est-il venu, pour quoi faire, alors les jeunes font très attention à cela. Dans les occasions où nous sommes intervenus dans les collèges on leur demandait, et ils nous disaient non, que justement ce qu'on aimerait serait un lieu où personne ne nous connaît. D'ailleurs, il y a beaucoup d'adolescents en uniforme qui ne sont pas de nos écoles, ils sont d'écoles d'autres secteurs, qui viennent dans notre établissement qui est un peu plus caché et qui s'assurent que là personne ne pourra les voir. »

Sage-femme - 21

« Je pense que c'est à cause de la honte, non ? Le tabou qu'a un adolescent ou une adolescente de venir et d'aller à la planification et dire "vous savez quoi, je viens à planification pour obtenir mes préservatifs", ils sont très peu nombreux, on voit que c'est peu. Et c'est surtout à cause des préjugés. Le préjugé, la honte de dire "Bon, j'ai 17 ans et que va me dire la sage-femme, que je viens pour mes pilules contraceptives ?" N'est-ce pas ? Ou "comment va-t-elle me regarder ? Les personnes vont être au courant que je me mets les ampoules", non ? On n'a pas encore changé cette façon de penser, d'être, là la faute est peut-être dans les collèges et dans la maison, les parents. »

Médecin femme - 13

Les observations des soignants concernant les difficultés que rencontrent les adolescent.e.s pour avoir recours aux consultations de planification familiale sont corroborées par les adolescentes agents communautaires de santé :

« Parfois c'est honteux pour eux [les jeunes filles et garçons] d'aller dans un centre de santé et demander à

une personne adulte voilà, comment dois-je utiliser un préservatif, ou comment sont les symptômes de telle ou telle maladie [...] Oui on te donne des pilules, mais il faut que cela passe par les médecins, ils ne peuvent pas, la plupart des jeunes disent "non, quelle honte d'aller à un hôpital", ils préfèrent aller se les acheter à une pharmacie [...] Ils ne s'informent pas et c'est la honte aussi de les acquérir, d'aller dans un centre de santé et de demander un préservatif, c'est que les gens le voient encore comme quelque chose de très honteux.»

Jeune fille entre 13-18 ans, focus group O4

Le sentiment de honte évoqué dans les témoignages précédents est à la racine de la volonté des adolescent.e.s d'occulter leur recours aux services de planification familiale ou de simplement ne pas s'y rendre. Ce sentiment est directement relié au tabou qui stigmatise encore les activités sexuelles des adolescent.e.s, comme nous verrons en détail par la suite. Certains soignants ont rappelé que les employés des CMI, y compris des professionnels de santé, peuvent avoir des attitudes négatives envers les adolescent.e.s qui arrivent en cherchant des informations sur la planification familiale. Pour les soignants, la solution pour améliorer l'accès et la confidentialité de ces services pour le public adolescent serait la mise en place de consultations ayant des horaires spécifiquement dédiés à la prise en charge des adolescent.e.s qui légitimerait aux yeux de tous les professionnels du centre de santé et de la communauté l'ouverture de la PF aux adolescent.e.s et leur droit d'y accéder sans toute autre contrainte que celle de la préservation de leur santé.

3. L'automédication

Une alternative pratiquée par les adolescent.e.s est d'acheter des méthodes contraceptives dans les pharmacies, le plus souvent sans prescription médicale. Cette alternative introduit un biais d'inégalité par rapport aux adolescent.e.s ayant moins de revenus, qui de ce fait se retrouvent dans une situation de plus grande vulnérabilité face au risque d'une grossesse non désirée. L'achat de contraceptifs et médicaments directement dans les pharmacies favorise également le risque d'un usage incorrect, qui peut être à l'origine de grossesses non désirées ou d'effets secondaires que les adolescent.e.s ne savent pas maîtriser par manque d'information. Une partie des soignants affirme que malgré l'information diffusée dans les collèges, les adolescent.e.s ne savent toujours pas comment utiliser correctement les méthodes contraceptives. En outre,

les adolescent.e.s ne cherchent pas à s'informer ou à prendre conseil auprès de professionnels formés, en raison des craintes de blâmes et condamnations détaillées ci-haut.

4. Sur le tabou autour de la sexualité des jeunes

Les acteurs interrogés ont évoqué de façon récurrente le tabou ou la honte autour de la sexualité. Ce tabou a un impact direct dans la capacité des pères, mères et enseignant.e.s à aborder les thèmes liés à la sexualité avec les jeunes. Selon la littérature, les enseignant.e.s ne connaissent pas les matériels d'éducation sexuelle produits par le Ministère de l'Éducation et reconnaissent ne pas être formés ni savoir comment aborder ces sujets avec leurs élèves. Ils affirment se sentir mal à l'aise au moment d'introduire le sujet, car ils ressentent de la honte et de l'insécurité [Gutiérrez, 2007]. Concernant les pères et mères, un faible niveau éducatif a été identifié comme une des barrières au moment d'aborder le sujet de la sexualité et tout ce qu'il englobe : les méthodes de planification familiale, les connaissances sur le corps humain, les pratiques sexuelles, les maladies et les grossesses.

« Eh bien, à cause de l'éducation [ici l'éducation au sens de comment on est élevé], il y en a beaucoup qui sont conservateurs aussi, il y en a qui sont de province. Ici à Lima Métropolitaine ils viennent de différentes, ils ont migré de différentes [provinces]... alors chaque lieu a son vécu et une fois qu'il arrive ici, là il y a une fusion de tout, la vie change, alors ça les parents ne l'acceptent pas. [...] À cause des coutumes, parce qu'eux aussi, les parents n'ont pas eue cette communication et surtout pour la part, la part de l'éducation, non ? Rares sont ceux qui sont arrivés, qui sont professionnels, qui comprennent d'une autre façon. Il y en a qui ont fini leur secondaire, qui sont techniciens, ils n'ont pas beaucoup de facilité à communiquer. Ce sont les principaux facteurs, l'éducation.»

Éducateur - O8

Selon ce qui a été rapporté par les enquêté.e.s, beaucoup de pères, mères et enseignant.e.s voient leurs enfants et leurs élèves comme des mineurs, faisant encore partie de la catégorie de l'enfance dans laquelle la sexualité serait inexistante. À en croire parents et éducateurs, la nécessité d'occulter le savoir à propos de la sexualité et de la reproduction se fonde dans l'intérêt de circonvenir la curiosité du jeune public pour l'activité, partant du postulat que les jeunes ne s'y intéresseraient pas d'eux-mêmes. Dans cet imagi-

naire, la période de l'adolescence n'est pas considérée comme le moment du début des rapports sexuels. En partant de la prémisse que les méthodes contraceptives sont étroitement associées à une vie sexuelle active, on interdit leur usage aux adolescent.e.s, une fois que les contraceptifs sont perçus comme une invitation à début des rapports sexuels.

« Parler ici de rapports sexuels ou du fait qu'une jeune fille a déjà eu des rapports sexuels, ou qu'elle souhaite s'informer, on pense que peut-être elle va commencer ses relations sexuelles. Par exemple, une fille qui n'est pas au courant de rien et qui veut savoir, on pense, les gens pensent qu'elle veut déjà initier... »

Chica adolescente, grupo focal O1 entre 13-16 años

« Parce qu'à un moment donné je ne sais plus quelle ONG donnait des préservatifs, et les parents sont venus voir le proviseur du collège et même l'enseignant, que je ne sais plus quoi, que comment c'était possible qu'on vienne et qu'on leur donne des préservatifs pour alimenter les jeunes pour qu'ils aient des rapports sexuels. C'est ça ce qu'ils disent. Que leur donner des préservatifs c'est comme leur dire "ayez des relations sexuelles." »

Psychologue - O6

Dans ce contexte, il convient de rappeler qu'historiquement dans les sociétés occidentales à matrice judéo-chrétienne, la norme sexuelle légitime et acceptée est la sexualité à l'intérieur du mariage stable et reconnu (Foucault, 1976). Cela implique un contrôle sur la sexualité et sur l'usage de son discours, visant à garantir que cette modalité soit respectée, et par conséquent en refusant d'autres options comme la sexualité avant ou en dehors du mariage. Dans cette configuration, l'utilisation de contraceptifs, notamment du préservatif, comporte une signification négative¹⁹. De même, le discours sur la sexualité est discret ou inexistant au sein de la famille, ce qui est tributaire d'une construction sociale de l'enfance, du genre et du couple dans laquelle l'ignorance autour de la sexualité est valorisée, notamment pour les enfants et les femmes, se traduisant, enfin, par un faible usage des contraceptifs.

« Même si elles sont un peu adultes elles ont peur, très peur de leur maman... elles pensent que la maman va retrouver, va voir, qu'elle a des préservatifs ou des pilules, ou que si elle se met un implant ça va se voir... et elles ne veulent pas que quelqu'un de la famille le

sache - malgré le fait qu'elles soient adultes - qu'elles ont des rapports, elles ne veulent pas. Cela est toujours un tabou qu'on n'a pas encore réussi à en finir avec, que chacun soit indépendant pour définir sa sexualité, mais de cela on n'en parle pas. Donc cette partie on ne l'a pas encore brisée. Au Pérou c'est très difficile de parler de sexualité. »

Médecin gynéco-obstétricien - 14

Parce que les parents n'admettent pas que leurs enfants adolescent.e.s puissent avoir des rapports sexuels, ils n'abordent pas ce sujet et par conséquent n'encouragent pas leurs enfants à chercher des informations de qualité sur les méthodes contraceptives. Selon les soignants interrogés, la plupart des parents eux-mêmes ne disposent pas d'informations de qualité concernant ces méthodes, ce qui s'explique toujours par cette appréhension au moment d'aborder ces thèmes. Une anecdote rapportée par une agente communautaire de santé pendant une discussion dirigée en groupe est assez révélatrice de l'ampleur de ce tabou :

« Je ne sais plus combien de pères, y compris en pleine causerie [m'interpellent] "madame, ne parlez pas de cela ! Mon petit enfant n'a pas encore cela à cet âge", mais depuis leur petite enfance il faut leur apprendre quelles sont ses parties intimes. Se connaître. Ou vas-tu attendre qu'il ait 20 ans et lui dire comment s'appelle telle chose ? Quand moi je vous pose la question, vous-même vous ne savez pas, vous bafouez avec honte. »

Agent communautaire de santé femme, focus group O2

Malgré les causeries organisées dans les collèges, le contexte environnant d'attitudes et de discours négatifs sur la sexualité des jeunes filles et garçons a des conséquences non seulement sur l'usage des contraceptifs, mais aussi sur la stigmatisation des adolescentes enceintes :

« Je te dirais que l'information on ne peut pas dire qu'ils [les adolescents] ne l'ont pas, ce qui arrive ce qu'ils pensent savoir, mais ne pensent pas que cela va leur arriver. C'est à dire, ils savent qu'il existe des préservatifs, mais ce qu'ils ont vraiment [...] c'est la peur de venir à la consultation parce que non, dans les centres éducatifs on bride leur autonomisation, l'assertion qu'ils vont y aller et que oui [c'est] mon droit, j'en ai besoin, parce que nous avons commencé à mettre en place ici dans le collège la santé scolaire pour prévenir tout

19 - « Culturellement, le préservatif masculin ne correspond pas aux valeurs et aux attitudes qui régissent le modèle conjugal monogame [...] étant beaucoup plus associé à l'idée de comportements sexuels de promiscuité,

irréguliers ou déviants de la matrice monogame », Paiva, 2000, citée par Abramovay, 2004, traduction libre.

ça, mais chez les jeunes filles on remarque ces peurs "Que va-t-on dire de moi ? Ou que va-t-il me dire ?" Parce que [...] les enseignants eux-mêmes ne sont pas préparés, ils n'ont pas été formés pour pouvoir, disons, comprendre leurs élèves. D'ailleurs récemment une élève est venue [en consultation] et elle m'a dit qu'elle avait arrêté le collège parce que son enseignante lui avait dit "maintenant tu es enceinte et que diront tes camarades ? Il vaut mieux que tu changes de collège ou il vaut mieux que tu ne viennes pas".»

Sage-femme - 11

En somme, on constate que la reconnaissance du droit à la décision de l'exercice autonome de la vie sexuelle est, chez ces adolescent.e.s, inexistant. En ce sens, il convient de rappeler qu'en 2012 le Pérou a dépénalisé les rapports sexuels consentis entre des jeunes de moins de 18 ans. Cette décision juridique démontre que l'activité des jeunes n'était pas acceptée au Pérou jusqu'à très récemment, et ce non seulement par le cadre légal, mais par l'ensemble de la société.

LA RELIGION

*« Moi, quand je voulais poser une question qu'est-ce que ma mère me disait ? Non, non, ça suffit, cela est un tabou, de cela on ne parle pas. De cela on ne parle jamais. **Le Bon Dieu va te punir!** »*

Agent communautaire de santé femme entre 30-40 ans, focus group O2

Le tabou autour du sujet de la sexualité ne concerne pas que les jeunes, on le retrouve également chez les adultes. Cela serait une conséquence du poids de l'Église catholique, notamment de l'influence du courant de l'Opus Dei dans les sphères de pouvoir au Pérou et dans le discours proféré dans les églises partout dans le pays (Constant, 2013). Ce courant défend une interprétation morale ultraconservatrice qui refuse tout recours aux contraceptifs, suivant par ailleurs la position officielle du Vatican à ce sujet. Ce courant condamne également les rapports sexuels avant le mariage, valorisant la virginité des femmes jusqu'au mariage et l'ignorance autour de la sexualité. L'influence de ce courant a été évoquée dans nos entretiens par divers acteurs de la société civile et par les soignants de Villa El Salvador, notamment en ce qui concerne l'interdiction de pilules contraceptives d'urgence dans les centres publics de santé et du débat en cours sur la dépénalisation de l'avortement en cas de viol.

Au sein de la même sphère religieuse, le phénomène récent de croissance d'églises protestantes évangéliques pentecostales dans de nouveaux secteurs urbains populaires ayant une forte proportion de migrants internes a également contribué à la diffusion d'une morale et de pratiques plus conservatrices en ce qui concerne les rapports de couple et la contraception (Paredes, 2005). Ainsi, un grand nombre d'églises pentecostales imposent à leurs croyants des prohibitions et restrictions de leur conduite individuelle concernant la sexualité, les rapports sexuels avant le mariage et l'usage de méthodes de planification familiale, comme le démontre la discussion suivante pendant un groupe de discussion dirigée avec les agents communautaires de santé :

« – Plutôt les catholiques. Mais ceux qui sont évangéliques par exemple, eux ils ne permettent pas non plus qu'on prenne soin de soi [se protéger]. Les témoins de Jéhovah ne veulent pas que les fidèles utilisent le pré-servatif, rien de ces choses-là, ils disent que c'est un pêché.

– Les évangéliques aussi, moi parfois je vais à une église, quand j'ai le temps on m'invite et j'y vais, et là la pasteure qui officie dit que quand les jeunes, surtout les jeunes, car les samedis c'est un culte que de jeunes. Là ils disent que s'ils ont des rapports avec leurs copines avant le mariage ils sont en train de commettre de la fornication et cela n'est pas permis là, alors ils disent qu'ils ne doivent pas avoir de rapports avec personne avant le mariage. »

Agents communautaires de santé femmes, focus group O2

Les églises pentecostales et la position officielle de l'Église catholique s'opposent fermement à la légalisation de l'avortement sans exception²⁰.

LA BARRIÈRE DU « MACHISMO »

Le *machisme* est un système de relations sociales asymétriques de genre dans lequel prédomine une domination masculine dans l'ensemble des dimensions de la vie sociale, de famille, dans le marché du travail et dans la participation sociale, ayant pour conséquence de limiter le pouvoir de décision des femmes sur leurs corps (Cosío-Zavala, 2007). Cette configuration sociale est issue d'une construction socio culturelle et historique antérieure aux individus, à qui on inculque des comportements et des représentations *machistes* de manière objective et subjective, faisant en sorte

20 - Il convient de souligner qu'il existe des courants catholiques moins conservateurs, comme l'association « Catholiques pour le droit de décider » très active en Amérique latine, y compris au Pérou : <http://www.cddperu.org>

que les individus hommes et femmes les reproduisent dans leur vie quotidienne. Dans le modèle *machiste* de famille, l'homme travaille à l'extérieur et est le seul pourvoyeur économique du ménage, alors que la femme reste à l'intérieur de la maison, cantonnée exclusivement au travail domestique et à élever les enfants. Par conséquent, les femmes ont une moindre participation sociale à l'extérieur du ménage, exception faite des activités qui concernent la progéniture, une moindre liberté de mouvement et dépendent économiquement de leurs conjoints. Cette dépendance basée sur une relation de pouvoir entraîne une faible participation dans la prise de décisions. Dans cette configuration, les hommes dominent le domaine de la sexualité, exerçant un contrôle et un pouvoir sur la sexualité féminine (Guillaume, Lerner, 2009b).

Au cours des dernières décennies, le modèle *machiste* a été remis en question en Amérique latine, notamment du fait de la réduction du rôle masculin comme seule source de ressources économiques du ménage. En effet, les femmes ont augmenté leur niveau d'études et leurs qualifications professionnelles, accédant à des emplois mieux rémunérés, gagnant en pouvoir économique et élargissant leurs possibilités de contacts à l'extérieur de la sphère ménage/quartier. Ces changements ont engendré des tensions, qui se manifestent par la violence familiale dans diverses formes : physique, psychologique et verbale²¹. L'inégalité qui perdure entre les genres fait en sorte que la femme ait toujours une faible possibilité d'exercer son pouvoir de décision sur l'utilisation de méthodes contraceptives :

« Bien que les temps aient changé, on conserve toujours cette culture machiste, dans laquelle la femme est soumise et doit accepter ce que son conjoint lui dit, non ? Parce que beaucoup d'adolescentes "Pourquoi tu n'as pas fait gaffe/pris soin de toi ? - Non, c'est parce qu'il m'a dit que seulement les filles de la rue prennent soin d'elles ou que lui, il va prendre soin de moi". Et son soin nous savons, ce sont des coïts interrompus qui ne marchent pas toujours. Donc, c'est ainsi, nous les femmes on se laisse beaucoup aller sur ce que l'homme va nous dire, rares sont celles qui disent "non, je prends ma pilule, j'applique mon ampoule et peu importe ce qu'il va dire" »

Sage-femme - 21

« Et dans le cas des personnes plus âgées, celles qui sont dans des unions stables, mais que... parfois elles n'utilisent pas de méthodes parce que le mari ne

veut pas, ça arrive encore aujourd'hui. Du machisme, machisme, "non, mon époux ne veut pas que je prenne soin de moi" [...]. L'homme pense que la femme est sa propriété, qu'elle doit faire ce qu'il lui dit, ce qu'il veut, la femme a peur de dire à son mari par exemple qu'elle a choisi telle ou telle méthode. »

Assistante sociale - 22

Les études menées depuis les années 1970 montrent que le principal obstacle pour l'usage des méthodes contraceptives en Amérique latine était l'opposition des hommes (Guillaume, Lerner, 2009b). Ce système de domination masculine a été historiquement corroboré par le cadre légal et la morale catholique en Amérique latine. Au Pérou, pendant plusieurs décennies, la consultation de planification familiale n'était accessible qu'aux couples et la femme était soumise à l'accord de son conjoint pour pouvoir utiliser des méthodes contraceptives. L'obligation d'obtenir l'accord du mari ou du conjoint limitait le pouvoir individuel de décision des femmes.

« Avant on exigeait que l'homme devait être présent pendant le conseil et accepter que sa femme utilise cette méthode. Alors, c'était bien difficile qu'une femme, parce que l'homme ne voulait pas ni aller recevoir le conseil, ni bon, mais disons que de 10 peut-être il y aurait 2 ou 1 homme qui accepterait. Mais la grande majorité non, parce qu'ils pensaient que si la femme prenait soin d'elle, elle pourrait le tromper, non ? Voilà quelle était leur première réaction [...] Moi-même, j'ai eu beaucoup de problèmes avec mon conjoint dans ce domaine, lui il disait que non, que pour quoi faire, pourquoi cela. Je me suis débrouillée pour utiliser la méthode, mais en cachette sans qu'il le sache, les pilules. Après j'ai dû me faire poser le T en cuivre [stérilet] mais sans qu'il le sache. »

Conseillère légale - 02

Dans les focus groups et dans les entretiens individuels nous avons eu de récits de femmes adultes, de plus de 40 ans, qui ont fait usage de contraceptifs sans le consentement de leurs époux ou compagnons. Elles nous ont expliqué avoir réussi à obtenir des contraceptifs en cachette sans l'autorisation de leurs conjoints, grâce à la compréhension de sages-femmes et de médecins qui contournaient les normes de l'époque. Toutefois, malgré le fait que la norme d'accès aux contraceptifs ait changé positivement en faveur du droit individuel des femmes, le modèle machiste continue d'avoir une emprise sur leurs décisions. Il

21 - Se référer en annexe aux tableaux d'indicateurs de la violence domestique de la ENDES 2014.

se manifeste par exemple dans la difficulté qu'ont les jeunes filles à négocier l'usage de contraceptifs, notamment le préservatif masculin, avec leurs partenaires masculins [Heilborn *et coll.*, 2002]. Ainsi, des femmes, y compris des jeunes, déclarent encore ne pas utiliser des contraceptifs parce que leur époux ou compagnon ne leur autorise pas. Plusieurs études en Amérique latine soulignent par ailleurs le paradoxe selon lequel si les hommes considèrent le domaine de la reproduction et de la contraception comme étant une responsabilité des femmes, ils continuent d'être des acteurs importants par leur pouvoir de décision et de contrôle sur la sexualité féminine [Guillaume, Lerner, 2009b]. Le *machisme* influe donc directement sur les risques de GND et, comme nous verrons plus loin, aussi sur les représentations sur les GND et sur les avortements.

3.1.5. REPRÉSENTATIONS SUR LA CONTRACEPTION

Le concept de contraception pour la prévention des grossesses est globalement bien vu par tous les acteurs que nous avons interrogés.

« Je pense que les contraceptifs, avec une bonne orientation, une bonne administration, peuvent atteindre une bonne fin, parce qu'elles prennent soin de soi, elles n'auront pas de grossesses non désirées, il n'y aura pas d'enfants abandonnés, des enfants avec des problèmes de santé, alors bien orientées, bien acheminées, ce sera positif. »

Assistante sociale - O4

« Les méthodes contraceptives aident vraiment le couple à pouvoir programmer, assumer une sexualité responsable, sans risques de grossesse. Mais lorsqu'on prend une méthode contraceptive, ce sur quoi il faut faire très attention c'est à quel moment et qui peut en prendre, parce que parfois, on fait la promotion de telle ou telle méthode, mais on ne dit pas quels sont les effets secondaires que cette méthode va te donner. »

Sage-femme - 21

Toutefois, lorsque l'on passe du concept de contraception à l'usage des méthodes contraceptives, nous voyons surgir une série de représentations, certaines basées sur les expériences des femmes, et d'autres que nous pouvons qualifier de mythes basées sur des rumeurs non vérifiées. Les représentations sont des constructions mentales élaborées par les acteurs

sociaux pour exprimer et comprendre le monde autour d'eux. Les représentations expriment souvent une vision subjective de la réalité sociale, tout en étant une vision construite en interaction avec et partagée par les groupes d'individus. Elles reflètent les valeurs et les normes de ceux qui les expriment. La façon dont les acteurs comprennent le monde environnant n'est pas fixe, mais se transforme en fonction des interprétations et réinterprétations permanentes des expériences individuelles et sociales, avec des impacts sur les modes de vie des individus. Les représentations que nous pouvons qualifier comme mythes sont celles qui n'ont pas une relation directe avec une expérience réelle de l'individu, étant plutôt le résultat de craintes et de rumeurs. Ainsi, les représentations que les femmes et les hommes ont sur les méthodes contraceptives constituent des barrières de fait à leur utilisation.

1. Les représentations des professionnels de santé

Comme nous l'avons évoqué précédemment, les soignants ont une opinion négative de la pratique d'utilisation de jeunes de la PCU en automédication, qu'ils obtiennent souvent en pharmacie sans prescription médicale. Pour ces médecins et sages-femmes, l'usage indiscriminé et répété de la PCU aurait des effets nocifs pour le corps des femmes et diminuerait l'efficacité de cette méthode d'urgence. Toutefois, diverses études rassemblées par l'OMS ont démontré l'innocuité de l'usage répété de la PCU [OMS, 2010].

« Une autre chose, la pilule du lendemain, la majorité pense que c'est une méthode contraceptive et elles terminent mal parce que la pilule du lendemain a beaucoup d'erreurs, beaucoup d'échecs... et ce n'est pas parce qu'elle échoue par elle-même, sinon qu'en général on l'utilise mal. On l'utilise comme si c'était une méthode contraceptive alors que ce n'est pas une. »

Médecin gynéco-obstétricien - 14

« Les jeunes l'utilisent par eux-mêmes, ils vont à la pharmacie et s'achètent leur préservatif, si pour autant qu'on puisse dire... il se passe à un moment où ils n'ont pas de préservatifs, alors ils utilisent la pilule du lendemain. Et parfois ils sont en train de l'utiliser comme si c'était une chose routinière. Elles se sont déjà habituées à utiliser le préservatif et chaque mois, tous les deux mois ils prennent la pilule du lendemain et ça, bon ça fait du mal, ce sont de grandes concentrations d'hormones, nous savons, dans la pilule du lendemain. »

Médecin gynéco-obstétricien - 15

« Et l'autre problème est qu'elles utilisent beaucoup la pilule d'urgence, surtout les adolescentes, elles ne prévoient pas et prennent leur petite pilule comme si c'était un bonbon. [...] J'ai eu une [patiente, une] petite de 17 ans, quatre fois elle l'a prise le même mois. Et ce n'est pas une petite pastille, un bonbon. [Elle était] inquiète, elle. Voilà, le problème que nous avons par manque d'information des patientes, à cause de la communication. »

Sage-femme - 26

Les sages-femmes elles-mêmes ont également des représentations sur l'utilisation ou pas de certaines méthodes selon les caractéristiques des femmes, dont certaines sont renforcées par les orientations du MINSA. Par exemple, les normes de planification familiale du MINSA ne recommandent pas l'utilisation du stérilet pour les jeunes qui n'ont pas encore d'enfants :

« Nous ne faisons qu'orienter sur la gamme qu'il y a et, par exemple, si elles nous disent qu'elles souhaitent prendre soin d'elles avec la T en cuivre, mais si elle n'a pas d'enfants nous lui disons que ce n'est pas adapté. Parce que la T en cuivre n'est indiquée que pour les femmes qui ont déjà eu des enfants. Mais à la fin la décision appartient à l'adolescente. »

Sage-femme - 27

Nous pouvons affirmer que certains professionnels de santé interrogés à VES ne disposent pas d'informations scientifiques mises à jour suffisantes concernant les méthodes contraceptives et notamment sur la PCU. Le fait que la distribution de la PCU soit actuellement interdite dans les établissements publics de santé peut contribuer à une faible connaissance de son utilisation par les soignants de ces établissements.

2. Représentation des femmes

Les effets secondaires des méthodes contraceptives préoccupent les femmes, jeunes et adultes de façon égale. Les premières s'inquiètent davantage sur les effets des méthodes hormonales et les secondes sur ceux des stérilets, même si ce constat pourrait refléter le fait que le stérilet n'est pas recommandé par le MINSA pour des femmes jeunes sans enfants. La crainte des effets secondaires, réels ou supposés, contribue à répandre chez les femmes un sentiment de méfiance vis-à-vis des contraceptifs. Ce sentiment trouve son origine dans le fait qu'elles considèrent ne pas en être assez informées, notamment en ce qui concerne les éventuels effets secondaires.

« Que les méthodes sont bonnes quand on te les donne, mais aussi qu'on te donne l'explication sur les conséquences de ces contraceptifs. Parce que, par exemple, les ampoules, il y a beaucoup de jeunes qui arrêtent d'avoir leurs règles, pendant deux ou trois mois, c'est-à-dire que leurs règles sont complètement irrégulières. Mais, médicalement, quelle est la conséquence de cela ? »

Femme entre 40-50 ans, focus group O2

La plupart des inquiétudes ont pour origine les craintes de changements corporels, notamment physiques comme la prise de poids, mais aussi l'absence de règles. Les autres effets à court terme évoqués par les femmes jeunes et adultes sont les maux de tête, les nausées, les changements d'humeur et la diminution de la libido.

« Et en plus de tous les changements hormonaux que cela t'engendre... changements d'humeurs, ou alors tu gonfles, non ? Je n'ai aucun problème avec les questions esthétiques, mais je vois comment les personnes qui utilisent rapidement sont comme ça gonflées, mais on remarque aussi qu'elles sont gonflées, pas plus épaisses ou un peu plus grosses. Et cela avec les changements d'humeurs et tout ça. Donc comme quoi je ne mêlerais jamais avec les contraceptifs. »

Femme, 26 ans, 2 GND

Ces craintes ne sont pas à proprement parler les mythes, mais plutôt des constats issus d'expériences personnelles. L'expérience négative des effets secondaires porte préjudice à l'adhésion des femmes aux méthodes contraceptives modernes. Si d'un côté les femmes croient qu'on ne leur explique pas assez les effets secondaires possibles à l'usage de contraceptifs, de l'autre côté, selon les soignants, elles n'auraient pas recours au conseil et aux informations liées à la maîtrise de ces effets, comme le reconnaît cette soignante :

« La grande majorité de celles qui utilisent les ampoules de trois mois grossit. Elles grossissent et... grossissent et souvent parce qu'elles augmentent de poids elles abandonnent. Et comme leur niveau d'éducation n'est pas du tout, elles le font sans demander, sans comprendre, et ensuite elles viennent déjà enceintes. Et c'est cela le problème concernant la planification familiale. »

Sage-femme - 26

Ce qui inquiète également les femmes ce sont les effets supposés à long terme, comme la stérilité ou la crainte du cancer, des craintes infondées selon les soignants et la littérature [OMS, 2010].

« Pendant un temps, j'ai utilisé des contraceptifs, mais je pense que les contraceptifs te rendent stérile. Parce que quand je les utilisais, quand j'ai arrêté de les utiliser, je ne suis pas tombée enceinte. »

Agent communautaire de santé femme entre 30-40 ans, focus group O2

« La plupart dit je prends soin de moi parce que je n'ai pas le choix, mais j'ai peur qu'à long terme cela me donne le cancer, par exemple, avec les méthodes hormonales. [Les femmes qui viennent consulter disent:] "Mademoiselle, on dit qu'en utilisant des méthodes hormonales ça va me donner le cancer ou si je me pose une T en cuivre pareil ça va me donner le cancer" non? Donc elles font toujours le lien entre la méthode hormonale et la possibilité de faire un cancer, c'est n'est pas ainsi. Mais, justement parce qu'il a eu des cas de femmes qui utilisaient des méthodes hormonales qui ont eu des problèmes de cancer du sein, des ovaires ou de l'utérus, mais c'est que je répète, cela peut être toutes les femmes, cela peut être une qui n'a jamais rien pris et ça peut lui arriver, comme celle qui en prends et ça peut lui arriver. Mais, comment leur faire comprendre ça aux femmes ? Maintenant, un autre mythe qu'ont les femmes c'est qu'elles disent que si par exemple elles utilisent pendant longtemps la méthode de l'ampoule trimestrielle alors elles n'auront plus de désir d'être avec leurs maris par exemple et "mon époux va se chercher une autre femme". »

Sage-femme - 21

On constate également une méfiance concernant l'efficacité des méthodes, parfois sous-entendant que cela « ne vaudrait pas la peine » de passer par ces gênes et en même temps avoir toujours un risque de tomber enceinte malgré l'utilisation d'une contraception :

« Non parce que j'avais l'histoire de ma sœur, l'aînée, qui ayant sa T en cuivre, la spirale, a fini enceinte. Et mon autre sœur qui était aussi avec la T en cuivre et je ne sais plus ce qui lui est arrivé et est venue ma seconde nièce; donc j'ai dit "pourquoi tant de méthode, vous prenez soin de vous et vous finissez enceintes". »

Femme de 46 ans, 2 GND

« Je suis tombée enceinte de mon fils, cette T en cuivre est restée incrustée dans mon utérus, on a dû me nettoyer l'utérus. J'ai horreur de la T ! »

Agent communautaire de santé femme entre 40-50 ans focus group O2

Toutefois, il y a parmi les femmes une reconnaissance que les préjugés et le manque d'informations les poussant à éviter les méthodes hormonales peuvent avoir pour conséquence une grossesse non désirée :

« Et voilà, moi je n'utilise pas de contraceptifs parce que cela t'abîme le corps. Je ne mettrai jamais des contraceptifs. On utilisait que la capote et parfois non, parfois on utilisait le coït interrompu, mais mon erreur et bon, celle aussi de mon compagnon, c'est qu'on ne savait pas vraiment comment était le cycle. »

Femme de 26 ans, 2 GND

On constate des représentations et des craintes spécifiques concernant le stérilet ou T en cuivre. Les femmes s'inquiètent que le stérilet puisse rester incrusté dans l'utérus et les blesse, ce qui pourrait leur causer un cancer ou les rendre infertiles. Les femmes en union qui se sont fait poser le stérilet sans consulter leurs maris ou leurs compagnons, car ces derniers n'accepteraient pas que leur conjointe fasse l'usage de contraceptifs, éprouvent une crainte face à une réaction négative de leurs partenaires s'ils en venaient à découvrir le stérilet pendant l'acte sexuel.

« C'est parce que je me la suis posée [la T en cuivre] sans que le père de mes enfants le sache. "Oui, parce qu'ils s'en rendent compte, il y a un petit fil", on dit. Et toi tu peux raconter n'importe quoi sur ce qu'est ce petit fil. »

Conseillère légale entre 60-70 ans - O2

Il existe également des représentations selon lesquelles les méthodes contraceptives diminuent la libido et le plaisir sexuel. La plus courante selon les femmes et les adolescentes interrogées, serait que le préservatif masculin diminuerait le ressenti pendant l'acte sexuel.

« Mais les jeunes, parce qu'ils essaient, parce qu'ils disent qu'avec la capote ils ne sentent pas pareil »

Agent communautaire de santé femme entre 60-70 ans, focus group O3

Bien que le concept de contraception soit bien connu et accepté dans la communauté, les méthodes

contraceptives n'ont pas une bonne réputation. Chaque type de méthode soulève des mythes et des craintes qui lui sont associées, engendrant une méfiance. Cette méfiance et le refus de s'exposer à des effets secondaires pour se protéger des GND sont ressentis par les femmes comme un prix cher à payer. Cela influe négativement dans l'adhésion aux contraceptifs et contribue par conséquent au phénomène des grossesses non désirées.

3.2. DISCOURS ET PRATIQUES SUR LES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

3.2.1. SITUATION DES GND

Une grossesse non désirée ou grossesse non prévue ou encore non intentionnelle, est saisie ici comme une situation de grossesse qui intervient dans un contexte où les partenaires ne l'ont ni souhaité, ni planifié, ni inscrit dans un projet de vie immédiat ou futur.

«Elles tombent enceintes, mais elles ne souhaitent pas l'enfant, sans planifier, quand je fais ici [la thérapie psychoprophylactique en groupes] de dix, "Qui d'entre vous est enceinte parce que vous l'avez prévu pour cette année ?", je te dis, j'ai un groupe de 15, par groupe 12-15, une ou deux lèveront leurs mains, "moi, oui je l'ai prévu" [...] C'est-à-dire qu'ici il y a une population de femmes avec des enfants qui ne sont pas désirés. Je dirais 90 %, je pense que je ne me tromperais pas, voire même plus que 90 % qui ne prévoient pas leur grossesse. Donc elles, sous le coup de la violence, sous le coup de l'abandon, et chaque fois plus jeunes, maintenant j'ai une de 15 ans, une de 18 qui était là, une autre de 17. De mon second groupe j'en avais une ici qui avait 17, et celle qui s'est mise là avait 18 ou 19, 16-17.»

Sage-femme - 26

Force est de constater, sans exagération selon les récits des professionnelles de santé interrogées, que les grossesses non désirées représentent la majorité des grossesses à Villa El Salvador. Cela est cohérent avec la tendance nationale au Pérou où, d'après les données de la ENDES 2014, 53 % des grossesses ces cinq dernières années n'étaient pas désirées. Les grossesses non désirées sont plus fréquemment associées aux adolescentes, mais elles touchent d'ordinaire des femmes jeunes et adultes, en couple ou célibataires. Quelle que soit la configuration, il s'agit presque tou-

jours d'un événement vécu négativement, surtout dans un premier temps, mais qui selon les enquêtes est ensuite accepté avec résignation.

«Écoute, ces derniers temps on accueille presque 90 % des femmes enceintes qui viennent faire leur suivi ici. Alors, je crois que de 10, une planifie sa grossesse. Et j'ai mes doutes sur celle qui planifie [c'est ainsi] je vis avec mon conjoint depuis un an, dans un moment ou un autre on pensait avoir un bébé, alors maintenant oui, donc ce n'est pas que ce soit une grossesse non désirée, mais ce n'était pas dans nos plans de l'avoir, pas ce mois-ci, par exemple. Donc je crois que non, non planifié, peut-être je me rends compte que non désiré parce qu'en ce moment elles sentent que c'est un problème, non ? Alors elles savent que oui, qu'elles avaient dans leur plan, dans le temps d'avoir un bébé. Mais en ce moment, ils ne sont pas très satisfaits, non. [...] Et malgré le fait d'être en couple, beaucoup en concubinage, ils sont ensemble, mais le fait qu'ils soient en train d'étudier, travailler ou qu'ils cherchent à obtenir les choses matérielles, ils sentent beaucoup de frustration et ils ont pensé à un moment de couper court la grossesse.»

Psychologue - 20

Tous les types d'acteurs interrogés pour cette étude associent le fort niveau de grossesses non désirées avec le fait de «ne pas prendre soin de soi», c'est-à-dire ne pas utiliser de méthodes contraceptives du fait des motifs et barrières que nous avons examinés précédemment. En outre, les recherches qualitatives menées en Amérique latine montrent que le risque de grossesses non désirées est sous-estimé par les hommes et les femmes, ce qui reflèterait l'absence d'une culture préventive que certains chercheurs associent à un faible niveau socio-économique et éducatif [Guillaume, Lerner, 2009b].

3.2.2. PRINCIPALES CAUSES DES GND

Les soignants et les membres de la société civile ont identifié deux groupes comme étant les plus vulnérables aux grossesses non désirées : les adolescentes et les femmes adultes en couple ayant un pouvoir économique et de décision limitées par le machisme et la violence domestique. L'emphase sur les rôles de genre du machisme, comme nous l'avons vu antérieurement, implique que les hommes aient un pouvoir sur les femmes au sein du couple. Ce sont eux qui décident sur le moment des rapports sexuels, protégés ou pas,

y compris en forçant ou en violant sa conjointe lorsque celle-ci résiste.

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

Assistante sociale - 22

« Je dirais les femmes jeunes, mais je ne laisserais pas de côté les femmes qui sont dans un autre âge, parce que souvent ces femmes ne travaillent pas. Elles n'ont pas [de revenus] pour une méthode contraceptive ou seul l'époux travaille et il ne s'en sort pas, parfois, ou peut-être ils n'ont tout juste ce qui leur suffit pour manger. Alors, il n'y a pas un ministère de la Santé, un centre de santé qui lui dise bien, tu utilises cette méthode et on continue à te donner cette méthode. Je pense qu'encore maintenant les femmes continuent d'être mises en situation de vulnérabilité. »

Infirmière travaillant dans une ONG de SSR à VES

Dans ces groupes, il y a un fort risque associé à la violence sexuelle qui a lieu le plus souvent au sein de la famille. Cela rend plus difficile la dénonciation et le recours à des contraceptifs d'urgence pour prévenir une grossesse.

Pression des pairs et comportements de risque

La vulnérabilité des adolescent.e.s aux GND, outre la barrière de l'accès aux contraceptifs, est associée à la réduction de l'âge de début de la vie sexuelle. Certains soignants ont indiqué qu'il existe des pressions des groupes de pairs (les amis ou l'entourage social de la

même classe d'âge) pour que les adolescentes filles et garçons initient leurs rapports, même si individuellement ceux-ci ne le désirent pas.

« Parce qu'il y a beaucoup de pression dans les collèges. Alors, quand on va faire la causerie, je suis déjà allée dans les collèges pour cela et donc la pression est grande. Si tu n'as pas de rapports, chez les garçons qui arrivent vers les 15 ans c'est rare. Et cela peut être une impression de ce qu'on appelle le bullying²², pareil pour les filles. Je pensais que c'était seulement chez les garçons, mais moi parfois je pose des questions, comme ça, parce que je n'appartiens pas au groupe si on ne m'a pas embrassée, alors les pairs, le groupe les oblige parfois, et si elle n'est pas bien fortifiée elle voudra suivre le groupe. [...] J'ai pu le remarquer lorsque j'y suis allée, eux-mêmes par de petites questions ils l'évoquent, ils me disent déjà "si je n'ai pas [de rapports], je suis bizarre". Mais tu décides, non ? Quand tu voudras avoir des rapports. C'est pour cela que je dis que la pression doit être grande, et personne ne veut être seul, non, ils veulent faire partie du groupe. Ils ne veulent pas être exclus. »

Sage-femme - O3

« Alors le jeune depuis son enfance il saurait que faire lorsque le moment arrive, parce que là il y a aussi une autre part, c'est quand le jeune est prêt pour avoir des rapports sexuels et non par pression du groupe. Voilà le problème. [...] Il y a des pressions de groupe ! Par exemple, un groupe de filles où toutes l'ont fait et une ne l'a pas fait, elle sera l'idiote, une n'importe quoi. Et les garçons c'est pire, parce qu'on leur étiquette comme homosexuels. »

Sage-femme - 21

La pression pour initier les rapports sexuels augmente le risque de grossesse, car, comme le rappellent les agents communautaires de santé adolescent.e.s interrogés lors des focus groups, les adolescent.e.s n'utilisent pas des méthodes contraceptives au moment de leur premier rapport. De même, les professionnels de santé constatent que les adolescent.e.s qui viennent aux consultations de planification familiale ont déjà pour la plupart eu des rapports sexuels.

« Il y en a qui utilisent [les contraceptifs] et il y en a qui ne le font pas, par exemple, les adolescentes lorsqu'elles ont des rapports pour la première fois ne les utilisent pas parce qu'elles ne savent pas, elles ne sont pas au courant, enfin certaines, surtout quand une

22 - Le bullying ou harcèlement scolaire, selon la définition du psychologue et chercheur Dan Olweus qui a fondé le courant d'études sur ce phénomène, est la situation dans laquelle un élève est harcelé ou blessé quand il ou elle est exposé, de façon répétée dans une période de temps

continue, à des actions négatives de la part d'un ou de plusieurs élèves, dans lesquelles sont inclus les violences physiques ou verbales et des relations asymétriques de force et de pouvoir qui ne permettent pas à l'élève victime de se défendre.

personne commence à avoir des rapports pour la première fois, vers 14, 15 ans et elle n'est pas trop au courant de ces sujets ; mais il y en a qui le savent déjà et qui les utilisent normalement.»

Jeune fille entre 13 y 18 ans, focus group O4

Les comportements de risque associés aux fêtes, à la consommation d'alcool, des drogues et aux gangs et à la violence, s'inscrivent aussi de façon parallèle aux pressions des groupes.

« Parfois les adolescents ne mesurent pas, ils boivent trop, ça s'est vu beaucoup, que des adolescents, et maintenant ce sont les hommes et les femmes, parce qu'avant c'était plutôt les hommes qui buvaient et fumaient, mais maintenant c'est 50-50 pour cent. Les hommes et les femmes en même mesure, ils fument pareil et boivent pareil et les conséquences sont que, bien, après elles peuvent avoir des rapports et tomber enceintes, sans aucune protection. C'est très courant. Par exemple, ici dans cette zone il y a beaucoup de diffusion de nombreuses fêtes, fêtes populaires, les weekends, en boîte de nuit, on en voit beaucoup, quand j'étais aux urgences, oh, chaque weekend on les voyait arriver braqués [...] Il y a beaucoup d'insécurité. Et là on les voit arriver bourrés, des petites jeunes, alors c'est un district jeune qui a une population très jeune, mais il y a aussi beaucoup d'insécurité.»

Médecin - 13

Il est probable que la pression entre pairs s'exerce aussi dans les invitations aux fêtes ou sous forme de pressions pour consommer de l'alcool, notamment auprès des adolescent.e.s plus jeunes, quelque chose qui pourrait être analogue à un rite de passage. La consommation d'alcool ou de drogues porte préjudice à l'autonomie des personnes pour leur prise de décisions, comme le consentement pour un rapport sexuel et la décision d'utiliser ou pas une méthode contraceptive (usage du préservatif ou oubli de prise de la pilule) ce qui augmente le risque d'une grossesse non désirée.

« D'autres viennent seulement quand elles se rendent compte qu'elles sont enceintes. Ce n'est qu'à ce moment-là qu'elles racontent qu'elles ont été violées, que cela a été le produit... le problème c'est qu'elles ne se souviennent pas de qui les a violés, parce qu'elles vont en discothèque, les amis leur donnent à boire, et elles perdent la notion du temps et elles se réveillent sur un terrain vague, elles se réveillent devant la porte de chez quelqu'un. Elles se réveillent dans une autre

maison et se rendent compte qu'elles ont été violées. Et elles ne le racontent pas, elles n'en parlent pas. [...] Elles se taisent surtout parce qu'elles ont honte. Maintenant on voit cette modalité, que la fille tombe enceinte quand elle va aux discothèques, qu'on la dope et on abuse d'elle, c'est en train d'arriver. Beaucoup.»

Assistante sociale - 22

Les professionnels de santé, nombre desquels travaillent depuis plus de dix ans à Villa El Salvador, soulignent que le phénomène des fêtes et des comportements de risque parmi les adolescent.e.s est récent. De leur point de vue, ce phénomène est associé à un contrôle plus faible des adolescent.e.s par leurs parents et leurs familles, notamment lors de situations de familles dysfonctionnelles.

Les familles « dysfonctionnelles » ou en situation d'anomie

Le terme de famille ou ménage dysfonctionnel a été évoqué de façon récurrente par les professionnels de santé, les agents communautaires de santé et les conseillères légales. Parmi ces acteurs, il y a un consensus quasi unanime sur ce qu'est ce phénomène, ses causes et ses conséquences. Ils qualifient de familles dysfonctionnelles les ménages dans lesquels les parents sont absents la plupart du temps, presque toujours pour des raisons liées à leur travail ; on constate aussi des cas d'abandon. Cette situation est fréquente dans les familles monoparentales, à la tête desquelles on retrouve le plus souvent des mères célibataires. Ces ménages ont pour caractéristique d'avoir moins de revenus et d'être en condition de pauvreté. Par conséquent, les pères et mères se voient dans l'obligation de travailler une grande quantité d'heures ou d'accepter des emplois très éloignés de leur domicile et de passer de longues heures dans les transports, ce qui implique partir tôt le matin et rentrer tard. Cette absence prolongée entraîne les enfants et adolescent.e.s à rester seuls, une fois que les parents ne peuvent pas toujours compter avec des réseaux de solidarité des voisins ou le soutien de la famille, notamment pour les familles de migrants internes.

« C'est un problème dans le sens où elles n'ont pas une famille stable, elles ont une famille un peu dissociée ou en dernier cas elles n'ont pas de conjoint. L'enfant grandit soit avec la maman, le papa, les grands-parents, avec ce qu'il y a comme environnement familial, non ? Parce que si elles sont tombées enceintes quand

elles étaient jeunes c'est parce que les parents étaient, un d'entre eux était absent, ce n'est pas parce qu'elle a une famille organisée, non, ou qu'ils étaient distraits ou travaillaient. Non, c'est aussi ce que cela a apporté comme conséquence. Parce que les parents travaillent et laissent leurs enfants seuls »

Sage-femme - 11

Une première conséquence de cette configuration est que les parents ont moins de temps pour échanger avec leurs enfants et leur transmettre des valeurs susceptibles de les aider à se protéger et à prendre des décisions, telles que l'estime de soi et le respect. Nous pouvons parler d'anomie domestique, en invoquant le concept d'anomie de Durkheim pour décrire une situation sociale dans laquelle il y a perte ou élimination de valeurs sociales, morales, religieuses ou civiques. En conséquence, la société, ici la famille, perd son pouvoir d'agréger et de régler la vie des individus, qui perdent leurs points de référence et passent à se sentir seuls et en insécurité. Le temps limité de contact entre parents et enfants influe également dans le développement de rapports de confiance et d'autorité des parents envers leurs enfants, ce qui à son tour diminue la communication entre eux, rendant plus difficile la transmission de valeurs.

« Dans certains ménages dans lesquels les mères travaillent toute la nuit, [les enfants] restent avec leur père la nuit. Le papa ensuite part travailler et ne revient que le soir. Samedi et dimanche seulement la maman revient. Donc, quel niveau de rapprochement existe-t-il avec des enfants de 15, 16 ans? »

Éducateur - 08

Les soignants, tout particulièrement les psychologues et les assistantes sociales, soulignent que les enfants issus de familles en situation d'anomie n'ont souvent pas de projets de vie. Ces projets sont des objectifs à long terme, comme faire des études universitaires, aspirer à un métier ou avoir des enfants et fonder une famille après l'adolescence. Les adolescent.e.s qui ont ces objectifs s'intéressent de plus près à leur situation personnelle, planifient leurs actions, y compris concernant l'utilisation de méthodes contraceptives. Toujours selon les soignants, le manque de valeurs de référence dans les familles porte préjudice à une projection dans le futur. La dysfonctionnalité décrite est également associée à la violence domestique résultant du machisme. Le phénomène déjà évoqué des fêtes entre les adolescents serait aussi une manière de fuir les ménages violents.

« Comme ce sont de jeunes filles qui tombent enceintes parce qu'elles ont commencé à boire avec les amis, elles font certains jeux, alors elles tombent enceintes et elles ne savent même pas qui est le papa. Tous ces cas nous les voyons, et pourquoi cela arrive ? Parce qu'elles ont des problèmes familiaux, tout vient de la maison, des problèmes au sein de sa famille, les familles ne sont pas bien constituées. Qu'est-ce qui se passe, les problèmes de la maison, que signifient-ils ? Des problèmes de mauvais traitements, d'abord le mauvais traitement des pères envers leurs épouses et cela entraîne que la maman soit fâchée, frustrée, alors elle s'attaque à sa fille, y compris en la maltraitant, des coups, il n'y a pas de communication, la faible estime de soi des parents envers les enfants et des enfants aussi. Il n'y a pas de communication et s'il n'y a pas de communication alors il y a une rupture dans ce sentiment, la part des sentiments, la communication, beaucoup de choses se brisent. Alors, que cherchent les enfants ? Cette affection chez d'autres personnes que sont les amis, les amies, les fêtes et avec cela ils pensent oublier les problèmes de chez eux, dans d'autres lieux à faire des choses, pas les correctes. Cela fait qu'elles aient des grossesses non désirées. Qu'il n'y a pas d'information. »

Assistante sociale - 04

Une conséquence associée aux relations intergénérationnelles difficiles est le manque d'affection et son influence sur l'estime de soi. Les jeunes vont ainsi chercher à le compenser dans des relations affectives et sexuelles. En ce sens, les sages-femmes ont évoqué que certaines jeunes sont enceintes de façon répétée entre la fin de l'adolescence et avant leurs 25 ans, mais de différents conjoints. Il y aurait, selon les soignants, une représentation chez certaines femmes qu'avoir des enfants serait une manière de garder un conjoint.

« Et une autre chose qui arrive souvent dans notre pays c'est le besoin affectif. Tout comme il y a des enfants qui sont mal nourris, il y a énormément de malnutrition affective. Alors la première personne qui leur dit qu'elles sont belles, ou "comme tu es jolie", des choses très simples d'une démonstration affective, même si c'est faux, alors ces filles sont disposées à vivre avec cette personne et elles l'aiment selon elles. Voilà le grand problème. [...] Parce que les parents non plus ne l'ont pas eu et c'est une chaîne qui ne finit jamais, et personne ne l'arrête. Je leur dis aux mamans "fais un câlin à ton fils", "je ne sais pas, comment le faire ?". Si on ne t'a jamais fait un câlin, si on ne t'a jamais dit qu'on t'aime alors on grandit dans un environnement... un

environnement sec comme elles le disent, sans affect, sans caresses, où depuis le matin jusqu'au soir il faut travailler, il faut chercher le pain et c'est ça la priorité.»
Psychologue – 23

La recherche d'affection influe également dans la fécondité, quand la grossesse est désirée, car elle représente une trêve dans les relations difficiles et violentes au sein de la famille. Dans ces cas, l'absence d'un projet de vie et d'affection est remplacée par un projet de vie de maternité immédiate qui donne un nouveau sens à la vie des femmes [Nobleaga, 2009].

« Les jeunes filles, comme elles le disent, apprennent par la force, c'était du moins ce qu'une femme enceinte me disait, parce que "pourquoi t'es enceinte encore une fois?" je lui dis "à 17 ans tu es enceinte à nouveau", alors elle rigolait "non, c'est parce que je n'ai pas pris soin de moi" elle me dit "mais tu sais quoi, je vais vous dire une chose, quand je suis enceinte tout le monde m'aime". Alors je me dis quel manque d'affection elle doit avoir, non ? "Tout le monde m'aime, est attentif à moi à la maison, ma mère ne m'engueule plus, mon conjoint est plus aimable avec moi, ils sont tous gentils quand je suis enceinte." »

Sage-femme – 21

3.2.3. GESTION FAMILIALE ET COMMUNAUTAIRE DES GND

La gestion familiale est la façon dont la famille, spécifiquement les parents dans le cas des adolescentes, traitent la femme enceinte et son conjoint pendant et après la grossesse non désirée. Il s'agit notamment de l'existence ou pas de soutien. La dépendance et les possibilités économiques influent également lorsque, par exemple, une jeune en situation de dépendance économique complète envers sa famille pourra être harcelée parce qu'elle représente une charge. Dans d'autres situations, les familles peuvent soutenir la jeune fille, en gardant son enfant pendant qu'elle finit ses études ou part travailler. Le type de gestion familiale a des conséquences sociales et émotionnelles pour les femmes qui ont vécu une GND.

La gestion familiale est apparue de manière plus évidente dans le cas des grossesses non désirées chez les adolescentes, car celles-ci vivent le plus souvent chez leurs parents à ce moment de leur vie. L'aspect de gestion familiale n'a pas été évoqué dans les discours sur les

femmes adultes en couple et ayant moins de ressources, même si celles-ci ont été identifiées comme étant vulnérables aux GND. On pourrait avancer que l'environnement familial de ces femmes attend qu'elles aient des enfants, en accord avec la norme d'un couple dans la matrice sociale du machisme et de la religion. Toutefois, ces femmes adultes vivent aussi une rupture dans leurs projets et dans leur quotidien lors de la survenue d'une GND, comme pour les adolescentes.

« Soudain elle pourra être rejetée par la propre société, parce que généralement maintenant dans les emplois on demande que la personne ne soit pas enceinte, alors ils préfèrent que les femmes soient seules, célibataires, pour qu'elle puisse travailler. C'est aussi un obstacle ou un empêchement pour qu'elle puisse avoir un emploi stable. »

Assistante sociale – O4

Les adolescentes sont ainsi plus visibles en tant que sujets vulnérables pendant et après une grossesse non désirée, car on n'attend pas qu'elles soient mères à cette étape de leur vie, et ce d'autant plus si elles ne forment pas un couple stable. Un autre facteur qui rend visible les GND chez les adolescentes est le contexte récent d'augmentation d'opportunités scolaires et d'insertion dans le marché de travail [Heilborn et coll. 2002], que les femmes adultes n'ont pas ou n'ont plus, car elles ont un âge plus avancé, une moindre qualification en plus d'avoir déjà des familles. Ainsi, la grossesse dans l'adolescence empêcherait ou retarderait l'accès à ces opportunités, ce qui est vécu comme une régression pour les adolescentes et leurs familles, notamment dans les sphères populaires dans lesquelles les parents n'ont pas eu accès à ces opportunités.

« La charge familiale est très forte et c'est vraiment difficile, n'est-ce pas? Mais il a des adolescentes que les parents sortent de chez eux, ils n'assument pas la responsabilité, mais en ça aussi, pour autant qu'on ait... Ça nous met en colère, parce qu'elles vont assumer, elles tombent enceintes, elles perdent beaucoup d'opportunités. Mais c'est déjà fait, on ne peut pas revenir en arrière, on doit soutenir, et dans ce sens on essaye d'atteindre la famille. »

Assistante sociale – O7

Toutefois, dans le cas des familles en situation de pauvreté extrême ou dysfonctionnelles, on ne peut pas parler d'opportunités perdues, une fois que celles-ci étaient

menues ou inexistantes dans un premier temps, comme dans le cas des enfants et des jeunes qui doivent travailler pour aider leur famille (Cavagnoud, 2011).

« Certaines, une petite part d'entre elles sont soutenues par les parents. La majorité partent de la maison ou... ou sont maltraitées, menacées, harcelées à cause de la grossesse. Je pense que définitivement il n'y a pas de soutien aux adolescents. Parce que pareil, si elles vont vivre chez leur copain/petit ami, elles sont aussi maltraitées par la famille du copain/petit ami. Justement j'ai eu la semaine dernière deux cas d'adolescentes qui sont de province, elles vivent ici avec leurs conjoints. Et du coup elles sont complètement isolées, tu es quelqu'un qui a besoin d'être ici par ta condition de femme enceinte, tu dois supporter ce qu'on te dit. Généralement, c'est du harcèlement. C'est-à-dire, je donne les ordres ici, y compris le conjoint, c'est parce qu'on a toujours cette culture du machisme, où je [l'homme] donne l'argent, tu [la femme] es chez moi et je fais ce que je veux. »

Psychologue – 20

Les adolescentes, notamment les migrantes internes issues de provinces, qui sont obligées d'aller vivre chez la famille de leur conjoint, souvent parce que leur famille les a reniées, sont ainsi doublement pénalisées et souffrent de mauvais traitements verbaux ou psychologiques. Dans ces cas, la jeune fille se voit contrainte à rester à l'intérieur de la maison, obligée d'accepter son rôle en tant que femme dans la matrice sociale du machisme et vit soumise à la dépendance envers la famille.

« Oui il y a eu des filles dont la maman, lorsqu'elle a su qu'elles étaient enceintes, a dit au garçon "tu sais quoi, tu l'emmènes". Et le garçon ne vivait pas avec son père et sa mère venait tous les 15 jours parce qu'elle était domestique. Ou bien ce sont des personnes qui viennent de province et ici ils ont seulement une cousine éloignée et comme le garçon travaille c'est la cousine éloignée qui accompagne la jeune fille dans son suivi. »

Psychologue – 06

Souvent, le rejet est associé au machisme dans lequel on punit les femmes qui sortent de leur rôle de mères de famille dans des couples stables.

« Dans les villages encore notre culture, elle le voit mal, peut-être qu'à Lima ce n'est déjà pas le cas, parce que

voilà elle est tombée enceinte, bon. Mais en province c'est encore très fort culturellement la, comment on dit, voyons... l'honneur, n'est-ce pas ? [elle se met la main sur la poitrine] "Non, c'est mieux si tu pars et après tu reviens, avec ton bébé plus grand et là on le dira"... parfois elles assument, mais parfois, quand elles sont jeunes on leur dit non, on le fait passer comme leur petit frère, "mon papa m'a dit qu'on va le faire passer comme si c'était mon petit frère quand je rentrerais". »

Sage-femme – 03

Quand bien même leur soutien serait effectif, celui-ci peut être contradictoire, comme dans ces cas où des mères accompagnent leurs filles au suivi prénatal, mais démontrent clairement avoir une opinion négative de la situation de la grossesse.

« Mais c'est difficile parce qu'elle n'a pas encore la maturité nécessaire pour accepter une grossesse et en plus il y a la pression de la famille, du copain ou petit ami... c'est compliqué. Généralement la famille, la grande majorité, les mamans les soutiennent, elles viennent avec elles en rechignant et tout, mais elles sont là et les accompagnent. C'est très rare que j'aie reçu quelqu'un qui ne soit pas venue avec sa maman. »

Médecin – 17

« Aussi les deux ont les oriente en psychologie parce que c'est un choc dans la famille, la maman parfois n'accepte pas et parfois elle maltraite l'adolescente à chaque fois qu'elle l'emmène en consultation, elle la fait se sentir mal "regarde ce que t'as fait, regarde comme je perds mon temps" et ainsi de suite. [...] Certaines mamans oui l'acceptent, "bon, que fais-je faire, c'est ma fille", mais d'autres mamans tout le temps... je leur dis "madame, c'est mieux si elle vient seule." »

Sage-femme – 21

Toutefois, il existe aussi des formes de soutien familial constructif visant à aider la jeune fille à atteindre les opportunités scolaires et en matière d'emploi. Dans la situation de grossesse non désirée, ces opportunités renforcent une perception selon laquelle il serait fondamental d'atteindre des réussites scolaires et économiques en considérant justement que les adolescentes doivent par la suite maintenir un enfant.

« Mais je vois qu'il y a beaucoup de jeunes filles qui sont oui soutenues depuis la maison, ils ont compris que c'était une erreur et que la seule façon pour qu'elle s'en sorte c'est si on la soutient. Elles s'en sortent et

souvent avec un petit garçon ou une petite fille elles pensent déjà plusieurs fois avant de se compromettre avec une autre personne, elles continuent de travailler ou elles se forment, et changent de qualité de vie, elles améliorent leur qualité de vie comme celle de leur enfant. C'est ce que j'ai vu tous ces temps et à chaque fois que j'ai pu depuis l'organisation dans laquelle je participe, j'échange avec des jeunes ou des mères qui se désespèrent lorsque leur fille tombe enceinte.»

Conseillère légale – O2

Le soutien ne se manifeste pas uniquement chez les familles, mais également dans l'attitude des collègues. Si auparavant les adolescentes enceintes étaient renvoyées et souffraient le jugement négatif de leurs pairs et enseignants, cette pratique a changé, soutenue notamment par le cadre légal.

«Au collège ils autorisent que les jeunes filles enceintes aillent en cours, je pense qu'ils sont en train de perdre la honte, parce que dans le temps oui, c'était le "qu'est-ce qu'on va dire, oh la honte !" [...] Mais que maintenant les filles qui tombent enceintes aient honte, non. Parce que cela est arrivé dans le collège de la fille, il y a 5 jeunes filles qui sont tombées enceintes et qui allaient au collège avec leur petit ventre. Normal. Elles doivent finir. Elles ont fini leurs études, elles ont déjà eu leur bébé, mais elles ont assisté, elles ont continué de suivre [les cours]. Et d'après ce que j'en ai discuté avec ma fille, elle m'a dit "non maman, elles n'ont pas honte". Normal. C'est même dans le collège les camarades leur touchent le ventre, elles sociabilisent avec le bébé. C'est-à-dire, elles vivent une grossesse bien meilleure pour elles.»

Femme entre 40-50 ans, focus group O3

Toutefois, le décrochage scolaire est toujours règle courante suite à une grossesse. Sans être immédiat, celui-ci survient parfois à moyen terme dans l'année qui suit cette grossesse.

«Le collège leur permet de finir leur année, mais nombre d'entre elles parfois se sont arrêtée en seconde, en troisième elles ont fini leur année et après elles ne reprennent pas. La grande majorité reste déjà avec leur enfant, cherche un travail ou reste dépendante du conjoint avec lequel elle est en ce moment. Il y a du décrochage scolaire. D'autres, malgré le fait que le collège leur facilite se retirent, ne souhaitent plus continuer leurs études, peu sont celles qui ont eu leur enfant et qui ensuite continue. Très peu, la majorité abandonne.»

Sage-femme – 21

L'absence de soutien familial influence le décrochage scolaire, notamment quand le réseau de solidarité familial n'a pas les moyens de garder l'enfant pendant les heures de cours. De plus, des parents et des enseignants peuvent toujours avoir des réactions négatives et stigmatisantes envers les adolescentes enceintes. Les garçons adolescents, pères et/ou conjoints des adolescentes qui ont eu une GND, ne semblent pas faire l'objet de réactions négatives dans les collèges. Toutefois, nous avons évoqué les réactions négatives envers leurs fils, chez certains pères et mères de famille, face à la découverte de leur responsabilité dans la grossesse leurs partenaires. Certains garçons adolescents peuvent aussi interrompre leurs études pour travailler et subvenir aux besoins de sa conjointe ou de son enfant. De ce fait, ils connaissent également une rupture dans leur trajectoire de vie.

3.2.4. LA PRISE EN CHARGE SANITAIRE AUX GND

La prise en charge des grossesses désirées ou non désirées dans les centres maternels infantiles de Villa El Salvador est gratuite pour toutes les femmes. Le protocole actuel de prise en charge intégrale des femmes enceintes mobilise divers professionnels des CMI : les assistantes sociales – qui font l'inscription au SIS le cas échéant – les sages-femmes, les médecins généralistes, les psychologues et les diététiciens. Les soignants peuvent aussi faire des visites au domicile de la femme enceinte lorsque celle-ci s'absente de ses consultations de suivi ou pour réaliser un diagnostic socio-économique en cas de situation vulnérable. Lors de ces occasions, les soignants sensibilisent les familles aux signes de risque pendant la grossesse pour aller vers les centres de santé.

Ces mesures font partie de la stratégie nationale du MINSA pour réduire la mortalité maternelle. Bien qu'il n'existe pas de consultations différenciées ou spécifiques pour les cas de grossesses adolescentes, une plus grande attention de la part des soignants y est portée à cause des risques physiologiques inhérents à une grossesse à un jeune âge. Si la littérature fait état de cas de maltraitance de jeunes filles enceintes par les services de santé (Yon, 2015), nous n'avons pas constaté de tels cas dans notre étude, ce que l'on pourrait expliquer par le biais des soignants interrogés, quasiment tous sensibilisés au discours des droits, et au manque d'entretiens avec des femmes ayant eu des GND.

« Quand arrive une adolescente enceinte, la différence avec l'adulte c'est qu'immédiatement on œuvre pour l'interconsultation avec toute l'équipe, on lui fait un bilan complet, qui dure une heure, lors des premières consultations, pour saisir tout ce qui peut être en train de survenir dans cette grossesse adolescente. Si cela a été planifié, si cela n'a pas été planifié, qu'a-t-elle fait avant de venir en consultation, si elle a essayé de se défaire de la grossesse ou pas, on leur pose des questions pour voir la condition sociale dans laquelle elle est, la condition psycho-émotionnelle dans laquelle elle évolue, et si la personne qui l'accompagne est son conjoint, ou qui est la personne qui l'accompagne. Parce que tout ça va affecter la jeune fille. Une fois qu'on fait tout son historique, on discute avec elle sur le fait qu'on va intervenir de cette façon, cela peut être au sein de l'hôpital ou, si on remarque quelque chose qui transcende, cela arrive par exemple lorsqu'on l'a expulsée de la maison. Je dirais que dans 50 % des cas, on leur dit "non, tu pars. T'as réussi à tomber enceinte tu pars", il faut regarder toutes ces conditions qui font qu'elle arrive tardivement au suivi. Ou qu'elle n'ait pas recours au suivi, qu'elles ne soient pas observantes avec les indications. Il faut savoir qu'il y a certaines pathologies qui se présentent plus souvent chez ce groupe d'âge, donc si elle n'est pas observante elle peut les compliquer. Donc il faut faire des visites à domicile quand elles ne se présentent pas au suivi, ou il faut vérifier ce qu'elles disent. Ce n'est pas parce qu'on ne les croit pas, mais plutôt parce qu'on observe, quand on fait une visite à domicile on vérifie qu'effectivement tout n'était pas idéal comme elle nous l'avait dit en consultation, mais qu'il n'y a pas de papa, il n'y a pas de maman, elle est seule. Ou bien que l'accueil dans la nouvelle famille par exemple, elle part de chez elle, mais elle n'est pas si bien reçue. »

Sage-femme - O3

La gestion d'une grossesse non désirée, notamment si elle est négative quand les femmes n'acceptent pas leur grossesse ou sont confrontées à des difficultés comme l'absence de soutien de la famille, peut donc porter atteinte au suivi et prise en charge de leur grossesse. Cela constitue un risque supplémentaire de santé qui s'ajoute au risque social et émotionnel que vivent les femmes avec une GND.

« Cette petite jeune dont je te parle me racontait un fait bien réel ce matin, cette petite jeune est à 35 semaines de grossesse et c'était son premier suivi de pré natal. 35 semaines de grossesse et elle ne s'était

fait aucun suivi ! Quel est le problème ? Tout simplement les premiers mois elle ne l'a dit à personne, elle le garde pour elle. Après quand on l'a découvert, quand sa maman l'a appris, et comme je disais ce sont des familles qui ont toujours des problèmes. Et tout juste là, elle vient avec son conjoint. Quel âge a son conjoint ? 17. Et je lui demande que s'est-il passé, rien, simplement elle vient pour la première fois. C'est un cas de risque obstétrique très élevé, nous le qualifions ainsi parce que nous devons examiner, je l'ai déjà envoyé faire une batterie de tests, on a déjà identifié qu'elle a une infection urinaire et je vais devoir être en train de faire les suivis. »

Sage-femme - 11

Quand ces risques cumulés se présentent chez une femme enceinte, les assistantes sociales et les psychologues font un suivi spécial pour garantir l'observance au suivi prénatal. Les agents communautaires de santé viennent en soutien des CMI dans cette tâche, identifiant des femmes enceintes lorsqu'elles font des visites à domicile et les orientant vers les CMI pour le suivi. Toutefois, le personnel sanitaire n'est pas assez nombreux dans la zone pour atteindre une bonne couverture dans cette prise en charge de proximité, qui reste de ce fait significativement limitée.

3.3. DISCOURS ET PRATIQUES CONCERNANT LES AVORTEMENTS

Les avortements sont considérés comme une conséquence directe des grossesses non désirées [Guillaume, Lerner, 2009a] et de ce fait les populations les plus vulnérables aux avortements sont, de même que pour les GND, les adolescentes et les femmes adultes en couple, ayant déjà des enfants et dans des situations de précarité. Au Pérou, l'avortement est pénalisé, à l'exception de l'avortement thérapeutique. Toutefois, il est de reconnaissance unanime que l'avortement clandestin est une pratique diffusée et commune, ayant peu de conséquences légales pour ceux qui le pratiquent, que ce soient les femmes, les soignants ou d'autres acteurs, dans des cliniques sûres ou à risque.

Les avortements clandestins peuvent revêtir différentes formes : à Villa El Salvador on retrouve des cabinets de gynécologues qui peuvent faire des avortements avec le misoprostol et avec la méthode AMIU de façon sûre et sans danger. D'un autre côté, le misoprostol est utilisé de façon individuelle, vendu sans contrôle de

prescription dans les pharmacies, et étant sans danger à condition de respecter les limites de temps et les doses recommandées²³. Toutefois, par manque d'informations on constate un usage individuel à risque selon une partie des gynécologues travaillant dans un des CMI de VES. Cet établissement prend en charge quotidiennement par AMIU ou curetage des femmes enceintes qui arrivent en urgence avec des hémorragies, dont certaines selon les soignants ont été provoquées par des médicaments.

« - Y a-t-il de la vente de misoprostol sans prescription ?

- *Oui, oui, c'est indiscriminé, ils en vendent beaucoup. Je ne sais pas si tu auras vérifié, mais il y a du misoprostol et ils te le vendent, deux, quatre ou huit et ils te le vendent. Mais c'est sans prescription. Et à cause de cela les jeunes filles viennent avec des saignées [...] il y a beaucoup d'adolescentes qui viennent déjà avec l'avortement complet ou en cours. Et nous les prenons en charge, oui, nous les prenons en charge ici.*»

Médecin gynéco-obstétricien - 15

Selon les soignants qui travaillent dans ce centre qui prend en charge le post avortement, le nombre d'avortements provoqués avec le misoprostol a augmenté ces dernières années. Si certains soignants sont opposés à l'usage du misoprostol pour provoquer un avortement, d'autres soulignent que les avortements avec ce médicament sont moins susceptibles d'engendrer des complications par rapport à d'autres méthodes abortives (des herbes, des coups ou l'introduction d'objets perforants), ce qu'ils jugent positif. Nonobstant, la relative facilité pour avorter inquiète les soignants dans le sens où, selon eux, cela entraîne une diminution de l'usage des contraceptifs et une augmentation des avortements à répétition.

« *Ce sont des jeunes filles un peu distraites, parce qu'on leur explique... Nous avons une orientation au préalable de l'avortement [il se réfère à la procédure de l'AMIU ou de curetage fait dans le CMI en soins post-avortement], pendant l'avortement et post avortement. Parce que si tu as une procédure, par exemple maintenant nous aurons une jeune fille avec un avortement incomplet, on lui a déjà donné du conseil [en PF]. Au moment de lui faire le nettoyage, comme nous le faisons avec une anesthésie locale, pas plus, on discute avec elle, on l'oriente sur que va-t-elle faire, et dans le post avortement on lui fait un conseil pour qu'elle se décide sur une méthode contraceptive, etc,*

donc elles partent bien conseillées. [...] Mais parfois elles reviennent 3 mois après une nouvelle fois avec un avortement. Nous avons 4-5 avortements comme cela, très rapides, et on leur explique, mais non... Ce sont les filles qui partent et qui ne veulent pas de méthode contraceptive [...] Tout comme il y a des filles qui disent "écoutez docteur, je ne vais pas prendre de pilule, je veux avoir l'enfant que dieu me donne."»

Médecin gynéco-obstétricien - 14

Toutefois, il existe également des cabinets qui pratiquent des avortements qui peuvent être qualifiés selon les standards internationaux d'avortements à risque, car ils sont menés par des personnes sans formation médicale, dans des conditions d'hygiène douteuses et avec de méthodes à risque. Les avortements par introduction d'objets, d'herbes ou des formes de nettoyage continuent d'exister, mais de façon plus réduite selon les soignants interrogés. Le recours tardif aux soins suite à une tentative d'avortement a également été évoqué. La peur de recourir aux centres de santé lors de complications, par crainte du jugement moral et de mauvais traitements de la part des soignants, ainsi que les doutes face à la probabilité d'être dénoncée, est toujours étroitement liée aux morts maternelles et aux risques de morbidité.

« *Et d'ailleurs, c'est lamentable, nous avons eu un cas de mort maternelle, justement à cause ça, elle avait plusieurs enfants, elle avait 6 enfants c'étaient 7 ou 8 enfants qu'elle avait eus, mais vivants que 6 et elle a été spécifiquement provoqué [l'avortement], elle a pris les pastilles [misoprostol]. Quand elle est venue ici à cause de sa saignée elle n'a rien dit, et je ne sais pas si cela a été un problème aussi du personnel de santé qui ne lui a pas fait une bonne histoire clinique, sans essayer de lui demander plus d'information et à la fin elle est morte d'une septicémie. Lorsqu'elle est venue, on l'a examinée, on lui a dit que cela ressemblait à une infection urinaire. Elle est revenue une deuxième fois, jusqu'à la troisième quand elle avait déjà eu la saignée et ils se sont rendu compte que oui, que la patiente avait un avortement retenu. Alors là elle a fait une septicémie et elle est décédée et c'était donc une personne adulte, elle avait 40 ans, sa préoccupation n'était autre que d'être issue d'une zone pauvre et avoir plus d'enfants, et de ne pas le dire, c'est ce qui a été le pire jusqu'à maintenant. Je la connaissais personnellement cette personne. Parce que quand j'étais dans le poste de santé je l'ai rencontrée, et quand j'ai appris la nouvelle, je me suis dit : quoi ? Pourquoi se taire ?*

23 - Nous rappelons que l'usage du misoprostol est recommandé par l'OMS pour la pratique d'avortements sans danger jusqu'à 24 semaines de grossesse, avec des doses et des soins spécifiques selon chaque période

d'usage, soit jusqu'à 12 semaines et entre 12 et 24 semaines de grossesse (OMS, 2012).

Ou alors peut-être qu'elle ne voulait pas que son mari sache qu'elle avait pris cette décision ? Je pense que c'est la seule réponse qu'on pourrait donner non ? Sur pourquoi elle ne l'a pas dit. Mais ce sont des cas rares, très peu nombreux, mais oui, les plus communs sont chez les adolescentes.»

Médecin femme – 13

3.3.1. LES SOIGNANTS FACE AUX AVORTEMENTS

Un premier aspect qui doit être considéré est l'attitude des soignants face aux femmes qui ont eu des avortements dans le passé ou qui arrivent dans les centres de santé avec un avortement en cours. Les recommandations internationales en SSR et l'éthique médicale incitent les professionnels de santé à « s'engager pour garantir une prise en charge de qualité pour soigner les complications qui découlent de l'avortement, y compris dans les situations dans lesquelles la loi interdit ce dernier, préservant l'autonomie et l'intégrité physique et morale de l'usagère et en offrant de l'orientation adaptée et opportune sur les méthodes contraceptives régulières et d'urgence, pour la prévention de la répétition de l'avortement et de ses conséquences nocives pour la santé » (Ventura, 2001). À cela s'ajoute également la responsabilité des soignants de garantir le droit des usagères au secret médical et à une prise en charge sans discriminations.

« L'année dernière oui, je l'ai raconté à ma gynécologue, et elle m'a dit que voilà, je lui ai, je lui ai raconté l'année dernière parce que cela faisait longtemps que j'allais consulter avec elle, donc on a construit une belle confiance entre elle et moi, donc je l'ai lâché et elle m'a dit voilà, il n'y a pas de problème. Elle m'a fait sentir en sécurité, même plus, je pense que c'est pour cela que je consulte uniquement avec elle, j'attends qu'elle soit de garde pour pouvoir y aller. [...] Elle m'a d'abord demandé... je pense qu'elle ne m'a pas jugée [...] Elle m'a demandé si je me sentais bien et si j'étais bien. Alors cela m'a fait sentir très en sécurité et que si moi je sentais que c'était une bonne décision, que c'était pas mal que je l'ai fait, alors voilà, plus tranquille. Bien sûr que... je ne sais pas si elle a changé mon dossier ou pas... »

Femme 22 ans, a fait un avortement à 15 ans

Si nous n'avons pas eu de récits de mauvais traitements concernant les soignants exerçant dans les établissements de Villa El Salvador lors de situations de prise en charge pendant ou après un avortement,

probablement par le biais des enquêtées, d'autres travaux ont documenté les mauvais traitements de la part de l'institution et des soignants envers les femmes présentant des complications ou qui ont admis avoir fait un avortement (Valenzuela, 2015). Le jugement émis par les soignants peut être issu de croyances religieuses et/ou morales. Toutefois, nous avons constaté que les soignants évoquent en premier lieu un préjugé d'ordre sanitaire, associé aux risques et conséquences de l'avortement pour la santé des femmes et la charge que cela implique pour les services de santé.

« Mon amie qui est sage-femme, enfin, qui fait ses études pour être sage-femme m'a dit "tu es folle, comment as-tu pu faire cela, tu n'es pas au courant du nombre de filles qui arrivent ensanglantées, demandant de l'aide parce qu'elles se sont fait avorter" et je lui ai dit que "je me suis bien informée, les cachets ne te font pas ça, c'est-à-dire, personne ne m'a fait une intervention chirurgicale dans un lieu horrible et peu hygiénique", mais elle était comme "non, t'aurais dû penser que..." enfin, elle était effrayée. À la fin, elle a dit "bon, c'est ton histoire, je ne veux pas être malheureuse avec cela" mais bon, c'est l'unique réaction négative que j'ai eue. Mais je suppose qu'elle s'est sentie comme ça très indignée, et je la comprends, parce qu'elle a vu le nombre de filles qui viennent comme cela mal, quand elle a fait ses internats dans les urgences.»

Femme 26 ans, a fait deux avortements avec le misoprostol

Un deuxième aspect important concerne la position des professionnels de santé, notamment les médecins, face à l'obligation légale de dénoncer les femmes qui arrivent avec des complications d'avortements provoqués. Ainsi, l'article 30 de la Loi générale de Santé vulnérabilise le secret professionnel²⁴. Les médecins interrogés ont rapporté sentir un malaise devant cette obligation et argumentent que le rôle du soignant est la prise en charge et le soin envers la patiente. Ces médecins refusent aussi de se soumettre à la bureaucratie juridique et policière. Selon eux, l'éducation pour la prévention des GND est une stratégie plus efficace que la pénalisation pour éviter les avortements.

« Sur l'avortement, le médecin n'a pas à être un enquêteur de police dans ce domaine. Nous nous limitons à prendre en charge l'urgence et point final. Au moins pour moi. Parce que si jamais tu as un problème, la police va venir, je dois faire un rapport, on va m'interroger, donc c'est mieux non. Ici le plus important c'est

Article 30 : « Le médecin qui prend en charge une personne blessée par arme blanche, blessée par balle, par un accident de la route ou pour cause de tout autre type de violence qui constitue un délit passible de poursuites

ou quand il existe des indices d'avortement criminel, est obligé de rapporter le fait à la connaissance de l'autorité compétente. » [traduction libre]

d'éduquer la... surtout sur les grossesses, les grossesses non désirées qui ont lieu chez les adolescentes, c'est la majeure partie, la plus grande quantité.»

Médecin gynéco-obstétricien - 15

Le troisième aspect concerne l'attitude des médecins lorsqu'ils sont face à des femmes enceintes qui expriment vouloir avorter et qui sont en demande d'orientations pour le faire. La façon dont certains soignants se représentent leur rôle en tant qu'acteurs du système de santé publique les pousse à indiquer des médecins qui font des avortements clandestins sans danger à Villa El Salvador. Cela d'autant plus qu'ils prennent en compte les risques que peuvent courir les femmes qui ont recours à des cliniques sans personnels formés et à risque.

« Si tu es décidée, si vous êtes décidés, il n'y pas de problème, allez discuter avec un tel médecin. [...] Ce sont des médecins gynécologues qui travaillent. Bien sûr, ce ne sont pas tous, mais oui, nous avons, à quoi bon, oui nous les connaissons. "Allez discuter avec lui, je ne suis au courant de rien, j'ai les yeux fermés". C'est vrai, à quoi bon te dire que non, non, non. Je leur donne toutes les orientations respectives, toutes les alternatives, et si eux le décident, la décision vous appartient, et après certains [couples viennent], "non, madame, nous avons décidé d'avoir [l'enfant]". Ah quel bonheur, félicitations. D'autres, "nous ne pouvions pas, parce que nous étions en train de faire nos études, il n'y avait personne pour nous aider, alors non". Vous savez quoi, si vous avez décidé, c'est vous qui savez, fait semblant que je suis au courant de rien, je n'ai jamais donné le nom du médecin, rien. "D'accord madame", parce que sinon, c'est pire si tu veux le savoir, le pire c'est s'ils vont dans un lieu clandestin où elles vont vraiment courir un danger pour leur vie. Parce que si je leur dis non, si je leur ferme les portes, celle entraîne qu'elles cherchent par elles-mêmes, qu'ils frappent n'importe où et qu'ils peuvent et mettre en danger leur vie.»

Assistante sociale - 07

« C'est facile d'avorter, cela peut être sans danger si tu t'informes bien, il y en a beaucoup qui le font dans leur cabinet. [...] Je pense que je leur dis aux patientes "voilà, c'est ainsi. Je ne vais pas te juger, ni te dire que ceci est un péché, je ne suis pas dieu pour le dire. Si tu le vois comme une situation difficile, réfléchis bien." [...] Oui, je l'oriente médicalement. Oui, oui, je les oriente. Oui, je les oriente, l'avortement c'est ainsi. Ils vont te faire, ils vont d'aspirer, ou pas, ils vont te mettre une

curette qui va faire... L'autre chose lorsque c'est possible, je leur dis personnellement, la foi catholique me l'oblige, que ce soit avant les 4, 5, 6 semaines, non? Le plus rapidement possible, parce que je leur parle aussi des risques lorsque la grossesse en est déjà au deuxième mois, là... oui, oui, oui. Certaines collègues disent que l'avortement c'est non. Que non, que non! Moi, comme dit une mes collègues, si ce n'est pas moi qui les oriente bien, elles vont le faire de toute façon !»

Sage-femme - 26

Les soignants font preuve de pragmatisme en reconnaissant que les femmes souhaitant avorter le feraient en toute circonstance. Ainsi, la motivation de ces professionnels est d'éviter le risque, même s'ils ont des convictions personnelles qui s'opposent à l'avortement. Nous avons également interrogé des soignants qui n'indiquent pas des cabinets ou des méthodes pour avorter sans danger, mais qui n'essayent pas non plus de dissuader les femmes en reconnaissant le droit de celles-ci de décider.

« Je suis contre l'avortement. Je ne pense même pas qu'il y en ait des formes sans danger, il n'y a pas de sans danger. D'abord, comme je dis toujours [un enfant] apporte une bénédiction de la vie, de dieu. Mais je ne suis pas contre le fait qu'une personne, si elle prend la décision [...] je dois lui donner l'information des deux côtés, et ce sera la personne qui prendra la décision avec toute l'information qu'elle peut avoir, avec tout ce qu'on a pu discuter sur les possibilités.»

Psychologue - 20

« À la fin, comme je leur dis c'est une chose personnelle, la décision appartient à la femme, la décision leur appartient à elles. À la fin si elles l'ont ou si elles ne l'ont pas c'est une décision qui leur appartient.. Quelle est sa situation à elle pour qu'elle pense de ne pas l'avoir ? Maintenant, beaucoup d'entre elles te demandent si tu connais un endroit. Moi définitivement je ne leur envoie nulle part parce que si jamais il leur arrive quelque chose, et non, par ma responsabilité, il pourrait se passer qu'il leur arrive quelque chose, c'est une très grande responsabilité. Nous sommes de la santé et nous sommes très enclins à tout le sujet de la vie. Je respecte beaucoup la décision de la femme. Si elle me dit "moi je ne vais pas avoir l'enfant" parfait. Et je n'ai pas de raison pour l'enregistrer dans son dossier, je mets comme une grossesse non désirée et point, rien d'autre.»

Sage-femme - 27

Finalement, certains soignants essayent activement de dissuader les usagères qui souhaitent avoir un avortement. Leur motivation est apparue comme étant plus liée à des questions légales qu'aux croyances religieuses et morales, bien que celles-ci aient également été évoquées dans les discours.

« Non. Je ne leur donne pas. Je ne leur donne pas. Ce n'est pas légal. J'essaie de... si bien qu'elle soit, elle vient déjà avec cette idée de non-non-non, nous avons ici le service des sages-femmes comme soutien parce qu'elles sont bien sûr formées pour cela, nous leur demandons du soutien à elles ou aux psychologues. Dans tous les cas, si déjà la patiente ne peut pas, pas question. Légalement non plus, on n'y peut rien. [...] On essaie de faire en sorte qu'elle garde sa grossesse parce que, comme je leur dis toujours, l'avortement n'est pas légal, elle va s'apporter des ennuis, elle peut même aller en prison et c'est un risque de se faire avorter parce que comme ce n'est pas légal, dans un site clandestin... Il faut d'abord lui donner ces informations. Cela m'est arrivé dans un autre site où j'étais pratiquement seule avec la sage-femme et bien, on a parlé avec elle et tout ça... à la fin la patiente a eu son bébé oui, mais le soutien psychologique est important parce que c'est très traumatisant, mais oui, elle a réussi à arriver à terme de sa grossesse, à avoir l'enfant. Mais dans ces cas, comme je te dis, il faut toujours leur donner l'information et leur dire que l'avortement n'est pas légal dans ce pays, alors là il y a une complication plus grande pour elle et pour le petit bébé. »

Médecin femme – 17

Une sage-femme a argumenté qu'avec la mise en place récente du SIS et la gratuité de la prise en charge il n'y aurait plus la justification d'avorter pour des raisons économiques. Il s'agit d'une réponse à certains médecins favorables à l'avortement lorsqu'il s'agit de femmes en situation de très grande pauvreté.

« Je ne suis pas en faveur de l'avortement. Je ne suis pas d'accord avec ces idées, je pense que si la patiente est tombée enceinte elle doit arriver à terme de sa grossesse, parce que maintenant il n'y a pas de raison pour avorter, parce que le gouvernement donne beaucoup d'aides, non ? Parce que nous avons le SIS, le SIS garanti un contrôle prénatal sûr, un accouchement sans danger dans une grande institution, que ce soit un centre maternel ou que ce soit un hôpital de troisième niveau, c'est-à-dire elles n'ont pas de raison, si tout est gratuit. On les prend en charge tant

les contrôles, les analyses, les échographies, le supplément de fer sont gratuits. »

Sage-femme – 16

À leur tour, une partie des soignants contre l'avortement justifie leur position par les risques psychologiques associés à cette pratique, comme des séquelles de traumatisme et de culpabilité. En effet, comme nous verrons par la suite, les femmes ayant avorté, surtout les femmes adultes, manifestent ressentir de la culpabilité et craignent le châtime divin associé aux croyances religieuses. Certains professionnels de santé ont des opinions ambiguës quant à la légalisation de l'avortement en général, mais la majorité des enquêtés.s s'est manifesté en faveur de l'avortement thérapeutique et de la dépénalisation de l'avortement en cas de viol, ce qui corrobore les résultats d'autres recherches chez ce groupe (Pace et coll. 2006). Nous n'avons pas rencontré de soignants exprimant leur désaccord sur l'avortement thérapeutique ou sur l'offre de soins post avortement. Une sage-femme interrogée a affirmé que le misoprostol n'était pas indiqué pour induire des avortements, alors que d'autres soignants ont admis ne pas connaître la posologie, ce qui indique que certains soignants dans la région ont un faible niveau de connaissances sur cette méthode d'avortement médicale.

3.3.2. PRATIQUES ET OPINIONS DE FEMMES CONCERNANT LES AVORTEMENTS

En ce qui concerne la pratique et les opinions sur l'avortement, nous avons constaté un biais important entre les générations. L'avortement est sensiblement plus accepté, même quand il est critiqué, par les jeunes filles et garçons et beaucoup plus critiqué chez les femmes adultes, y compris parmi celles qui l'ont pratiqué. Les hommes n'ont pas pour habitude de participer dans la décision d'avorter, laissant uniquement aux femmes la responsabilité, les coûts et les conséquences. Bien que l'absence masculine ait été identifiée comme étant relative au type de relation, c'est-à-dire, les hommes participeraient moins quand il s'agit d'une relation occasionnelle non stable (Guillaume, Lerner, 2009b), dans nos entretiens, aucun homme n'avait participé à la décision d'avorter, indépendamment de la forme et du temps de la relation.

« J'étais au collège, je sortais avec un garçon à ce moment-là et... oui, nous nous sommes protégés avec

des préservatifs. Mais une fois, je ne sais pas ce qui est arrivé et je suis tombée enceinte. Il a disparu, il m'a tout simplement laissée seule, il m'a dit que c'était ma responsabilité et que c'était à moi de voir comme je le prenais. J'étais un peu effrayée et j'ai parlé à une amie du collège. Elle m'a présentée à un docteur, après que j'ai presque deux mois on m'a emmenée chez un docteur [...] Et il m'a dit qu'il pouvait me faire un curetage. Il me l'a fait un jour. J'ai présenté des complications très fortes après, des douleurs très lourdes, j'avais très mal au ventre, j'ai eu des saignées pendant presque 1 semaine, 2 semaines... Ça n'arrêtait pas, comme des règles, mais ça ne s'arrêtait pas. J'ai dû aller voir régulièrement ce médecin parce que ça me faisait peur d'aller ailleurs et le plus compliqué c'était de trouver l'argent pour pouvoir le payer. Mais là, disons entre mon amie et moi... j'ai vendu mes vêtements à mes amies du collège, à qui je pouvais, jusqu'à ce que j'aie l'argent... J'étais très mal jusqu'à 3 mois, 4 mois après parce que... tout mon corps a bougé.»

Femme, 22 ans, ayant fait un avortement à 15 ans

Les femmes que nous avons interrogées n'ont pas eu non plus de soutien venant de leurs pères et mères, mais surtout de la part d'amies. Elles ont évoqué ressentir du soulagement suite à leur avortement, sans sentiment de repentir.

« - **Et après ça, comment tu t'es sentie ?**

- Bien. Je me l'étais enlevé... c'était ce que je voulais faire, je l'ai fait. Oui, non... Non, je n'ai aucun remord, ni culpabilité, rien de ce style.

- **As-tu reçu du soutien économique de quelqu'un pour couvrir les coûts de l'avortement, de ton compagnon ou d'amies?**

- Non, cette fois j'ai tout payé. Oui, j'ai tout payé seule. [La fois suivante elle demandera à son conjoint de couvrir les coûts ce qu'il fera de façon conflictuelle].»

Femme, 26 ans, 2 GND, 2 avortements avec misoprostol

De l'avis d'une des enquêtées qui a eu recours à une clinique à risque, la pénalisation de l'avortement est à l'origine des pratiques à risques. Selon elle, si l'avortement était dépenalisé, elle aurait pu le réaliser dans des conditions sûres dans un centre médical.

« En réalité, malgré toute l'affaire que j'ai pu ressentir avec ma maman, après avoir eu le curetage je me suis sentie très soulagée. Je sentais que je pouvais à nouveau marcher sur terre et faire les choses que je voulais

faire. [...] Je sais que je ne peux pas le faire. Je sais que c'est mal, c'est-à-dire, selon les lois c'est mal, c'est condamnable que je le fasse et c'est pour ça que je pense qu'ils sont clandestins, sinon j'aurais pu le faire dans un lieu avec la plus grande tranquillité et peut-être avec un système médical beaucoup plus capable, où on m'aurait bien prise en charge et je n'aurais pas dû aller une deuxième fois me faire faire une deuxième intervention.»

Femme de 22 ans ayant fait un avortement à 15 ans

Parmi les motivations évoquées par les jeunes femmes ayant avorté nous retrouvons, de façon paradoxale, les projets de vie comme étudier ou avoir un métier. Il convient de rappeler que l'absence de projets de vie a été associée aux grossesses non désirées chez les adolescentes selon les soignants interrogés. Les adolescentes agents communautaires de santé²⁵ savent qu'il existe des méthodes sûres pour avorter, tout en ayant conscience des soins à prendre par rapport aux risques et du jugement négatifs des parents.

«1: Un cabinet sûr, il faut réfléchir bien, s'informer sur un cabinet sûr ou une amie de confiance qui puisse t'accompagner ou aller ensemble avec ton propre petit ami, et si tu as confiance avec ta maman, essayer d'y aller avec les parents ; si A ou B choisit un mauvais cabinet et qu'il t'arrive quelque chose, évidemment ta maman va demander. Il faut essayer surtout d'en parler avec les parents et de leur dire "maman je veux que tu m'aides, je ne veux pas l'avoir, mais sois là avec moi". Parce que certains parents le prennent très mal, d'autres le prennent bien, ça dépend, mais la plupart des parents le prennent mal parce que les enfants tombent enceintes à 14, 15 ans.

2: Moi oui, j'ai eu une amie qui est tombée enceinte, mais qui n'a pas voulu l'avoir, mais elle n'a pas voulu le dire à personne, ni à son papa, ni à sa maman parce qu'elle ne vivait pas chez sa maman et avec son copain elle restait dans la rue et elle n'aimait pas être chez elle et un de ces jours elle m'a raconté qu'elle avait eu des rapports sexuels avec son copain et qu'elle était tombée enceinte ; et après 3 jours, je crois, elle m'a dit qu'elle avait avorté le petit bébé et je pense qu'elle a été malade et on a dû l'emmener à l'hôpital, c'était grave.»

Adolescentes femmes entre 13 et 18 ans, focus group O4

Les agents communautaires de santé adolescents filles ou garçons sont favorables à l'avortement en cas de viol ou de risques pour la santé de la femme et de l'enfant.

25 - Le groupe d'adolescent.e.s engagés bénévolement comme agents communautaires de santé ne représente pas les opinions des adolescent.e.s en général. Toutefois, ils et elles influent auprès de leurs pairs en

diffusant les connaissances qu'ils/elles acquièrent dans les ateliers et les causeries.

Toutefois, malgré leur compréhension envers les camarades qui ont vécu des grossesses non désirées, ils et elles ont des opinions plutôt négatives des jeunes filles qui avortent, notamment du fait de leur prise de risque, mais surtout par l'irresponsabilité à leurs yeux de ne pas avoir pris des précautions en utilisant une méthode contraceptive.

«Moi oui, je ne suis pas d'accord parce que c'est quelque chose qui va leur faire du mal aux filles, physiquement et psychologiquement aussi, et il y a des personnes qui aussi, comme a dit ma camarade, tombent enceintes et avortent, et à nouveau tombent enceintes dans les mois qui suivent et à nouveau elles avortent, comme si elles ne n'apprenaient pas la réflexion d'être tout le temps en train d'avorter.»

Adolescent homme entre 13 et 18 ans, focus group O4

Ce même argument de la responsabilité de prendre soin de soi a été évoqué de façon répétée dans les discussions dirigées de groupe avec les femmes adultes et les agents communautaires de santé. Dans ces cas, on argumente que « malgré tout ce qu'il peut arriver » il y a toujours des alternatives à l'avortement comme les aides du gouvernement par les programmes sociaux et l'entourage familial. En dernier ressort, on a évoqué l'alternative de donner l'enfant en adoption, malgré la longueur et la lourdeur bureaucratiques qui, de l'aveu général, pèsent sur cette solution.

«Si on parle d'un avortement où la gamine n'a pas pris soin d'elle, là oui, je ne suis pas d'accord parce que c'est un manque d'attention et si la personne connaît toutes les méthodes qui existent aujourd'hui, en ce sens oui je ne suis pas d'accord. Là oui je suis en train de détruire une vie, parce que sachant qu'il y a plein de méthodes, comment se protéger, parce que maintenant même dans les collèges on leur apprend.»

Femme de 46 ans ayant eu 2 GND

«Je suis d'accord que le bébé doit naître et qu'on le donne en adoption, en adoption, que le bébé soit bien contrôlé pendant la grossesse et qu'on puisse le donner en adoption, parce qu'il y a beaucoup de mères qui ne peuvent pas avoir d'enfant, donc pourquoi ne pas donner en adoption cette créature ? Préparer son petit ventre et le donner en adoption. Je sais que cet enfant peut vivre et être un citoyen utile dans la vie. Qu'il soit sain/en bonne santé. Mais oui, je suis d'accord avec l'avortement thérapeutique, que l'enfant aujourd'hui ça se détecte depuis l'échographie comment l'enfant

se forme, un enfant qui est malade, handicapé, cet enfant il vient souffrir dans la vie, il vient faire souffrir sa mère, la famille, donc je pense que cette créature souffre aussi.»

Femme entre 40-50 ans focus group O3

Les femmes adultes ayant avorté, toutes les deux mariées et ayant des enfants, ont raconté avoir senti des regrets après l'avortement, même si au moment de leur récit elles évoquent leur prise de décision comme désespérée et sans d'autres issues que l'avortement. Selon elles, « malgré tout ce qui peut arriver, il faut garder la grossesse ».

«Je tombe enceinte et je n'ai pas voulu avoir ce bébé. Dans une ONG, c'est vrai je n'ai pas voulu. J'ai dit je ne veux plus, je me suis fait ce pêché je l'ai payé très cher, car je me suis fait enlever mon bébé et après cela m'a fait de la peine de tuer un bébé. Il n'était pas coupable et pour cela aussi Dieu te punit, m'a dit mon mari. Lui ne m'a pas accompagnée, c'est une amie qui m'a accompagnée à cela et je n'ai plus mes bébés et c'est pour cela que je me forme à [l'ONG] Manuela Ramos sur ce... les services de santé. Et j'ai honte de dire non à l'avortement, parce que c'est une souffrance, moralement j'ai souffert comme si j'avais assassiné un bébé.»

Femme entre 50-60 ans, focus group O3

Le discours religieux et moral associé à l'idée de l'innocence du fœtus, de la culpabilité et du châtement divin est apparu dans les manifestations en contre de l'avortement, y compris dans certaines occasions contre l'avortement thérapeutique.

«Maintenant, les parents résolvent bien facilement l'avortement, non ? Mais je pense que ce n'est pas ainsi, parce que je pense que nous sommes en train de faire la même chose que nous avons faite avec Jésus il y a des années, nous sommes en train de tuer un innocent, un innocent à cause de quelqu'un d'autre. Je pense que là, là, parce qu'en réalité l'avortement thérapeutique n'est pas bien justifié. Non, il n'est pas bien justifié. Parce qu'en réalité en ce moment, on prend en charge n'importe quelle dame qui ne veut pas que sa fille ait le bébé, un docteur là même, il remplit son rapport comme étant un avortement thérapeutique et il lui fait avorter. Et combien demande-t-il ? Beaucoup d'argent, c'est ce qui se passe, qu'on est déjà en train de demander beaucoup d'argent pour faire avorter, des filles. Et cela est très mal, ils sont en train de tuer des enfants.»

Femme entre 40-50 ans, focus group O3

Des craintes sont apparues concernant une pratique indiscriminée de l'avortement en contournant les exceptions prévues par la loi de dépénalisation en cas de viol si celle-ci était approuvée. Cette crainte est présente y compris parmi celles qui défendent cette dépénalisation partielle. Tout ceci démontre qu'il existe toujours des résistances concernant le sujet de l'avortement, soit pour des motifs liés à la religion ou par de motifs issus de la représentation de la responsabilité de femmes sur leur fécondité.

« Je pense qu'à nous les femmes ça nous plait pas ce sujet d'avortement, mais je pense qu'on doit être réalistes dans les situations dans lesquelles oui il y a eu un viol et la fille ou la femme tombe enceinte, ce n'est pas juste qu'elle doit mener une grossesse qu'elle n'a pas cherché, qu'elle ne désire pas, mais si elle veut l'avoir c'est aussi respectable, non ? Et que les grossesses ne devraient pas être pénalisées par l'état, et pas uniquement quand cet enfant porte atteinte à la vie de la mère, non ? Qu'on puisse l'enlever, je pense que ce n'est pas juste qu'une femme... surtout que si une femme tombe enceinte et qu'elle ne s'est pas protégée, alors elle a, ça fait partie de sa responsabilité, ce n'est pas non plus que nous défendons un avortement comme ça, complètement indiscriminé, qu'on tombe enceinte aujourd'hui, demain à nouveau, non pas du tout. Ça oui, je pense que c'est soutenir un assassinat de masse. »

Conseillère légale - O2

3.3.3. LE CAS SPÉCIFIQUE DES AVORTEMENTS EN CAS DE VIOL

Les cas de viol à Villa El Salvador, tout comme au Pérou, restent toujours extrêmement élevés [Reyes, 2008]. La violence sexuelle est « une action qui oblige une personne à maintenir un contact sexuel, physique ou verbal, ou à participer d'autres relations sexuelles avec l'usage de la force, de l'intimidation, de la coercition, du chantage, de subornations, de manipulations, des menaces ou tout autre mécanisme qui annule ou limite la volonté personnelle » [Abramovay, 2004]. Selon l'Article 170 du Code pénal péruvien (1991, mis à jour en 2013), la violence sexuelle est une violence ou une grave menace de la part d'une personne qui oblige une autre personne (victime) à avoir des accès carnaux par voie vaginale, anale ou orale ou qui réalise d'autres actes analogues en introduisant des objets ou des parties du corps dans quelconque de deux premières voies²⁶.

Signalons que le poids du machisme en tant que système inégalitaire de genre fournit le terreau pour un environnement de violence envers les femmes, une réalité qui s'exprime par les indicateurs élevés de violence domestique. Jusqu'en 1997 la loi péruvienne exemptait de peine le violeur dans le cas où celui-ci était marié à la victime [Loi 26770], renforçant la vulnérabilité des femmes et l'impunité.

Entre janvier et juillet 2015 ont été enregistrés 33 160 cas de violences intrafamiliales et sexuelles au Pérou, dont un tiers contre des filles ou des adolescentes, et dont moins de la moitié sont dénoncées²⁷. La vulnérabilité est plus grande pour les adolescentes, notamment celles ayant moins de 14 ans, et les femmes en union dans des situations de précarité, d'exclusion sociale et ayant un faible niveau d'éducation. Les deux groupes ont une probabilité moindre de dénoncer l'agression sexuelle ou la dénonceront après avoir souffert des agressions répétées, par crainte de perdre l'accès aux faibles ressources économiques et sociales, en plus de la crainte d'être stigmatisées [Yon, 2015; Reyes, 2008]. Tout comme elles sont peu nombreuses à dénoncer, de même rares sont celles qui ont recours à des services de santé pour prévenir des grossesses avec des méthodes d'urgence. Selon les soignants interrogés, une proportion non négligeable des grossesses non désirées ont lieu à la suite de situations d'agressions sexuelles et de violences intrafamiliales.

Le travail de terrain pour cette étude a eu lieu pendant le débat national sur le projet de loi de dépénalisation de l'avortement en cas de viol et de la campagne en soutien de cette dépénalisation « Laisse-la décider » [“Déjala decidir”], à laquelle participe MdM au Pérou. Par conséquent, le sujet a été abordé de façon récurrente dans les entretiens, ce qui nous a permis de recueillir certains points d'intérêt concernant les représentations sur l'avortement. Si nombre de soignants restent divisés concernant le sujet de l'avortement, certains, y compris ceux ayant des convictions religieuses, acceptent qu'il y ait dépénalisation pour les viols.

« Moi personnellement, je suis catholique et en tant que catholique je ne suis pas vraiment d'accord avec les avortements provoqués. Même si parfois il y a des conditions où oui, quand lorsque la vie de la maman est en danger, quand c'est un viol, moi oui, oui je serais d'accord. Cela a déjà été si traumatisant que parfois un enfant [...] ce serait les condamner à une vie... très

26 - Voir la définition complète et les peines prévues par la loi dans l'annexe 6.1.

27 - Source : Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Programa

nacional contra la violencia familiar sexual. Boletín Estadístico Julio 2015, consulté le 24/08/2015. http://www.mimp.gob.pe/index.php?option=com_content&view=article&id=1401&Itemid=431

traumatique, avec beaucoup de misère, beaucoup de souffrances... moi, à toutes ces mères je leur conseille qu'elles le donnent en adoption. Pour le bébé, c'est bien pour le bébé, bien pour elles. Sauver deux vies.»

Assistante sociale - 22

« Dans mon cas personnel, c'est parce que oui je suis en faveur de la vie. Mais d'autre part, je leur donne l'information pour qu'elle puisse peut-être avoir une autre manière de voir les choses dans le sens où elle pourrait avoir le bébé. [...] Dans le cas où il s'agit d'une grossesse non désirée, dans mon cas, avec l'information qu'on a et l'information qui circule, c'est de la responsabilité de chacun, non ? Chacun assume cette responsabilité. Dans cas de viol sexuel, oui là oui. Ce serait très difficile de maintenir une grossesse de quelque chose qui a été tellement traumatisant pour quelqu'un - dans ce cas oui je suis en faveur de que quand il y a un viol [...] cas de violence sexuelle, oui il me semble qu'il devrait y avoir un avortement.»

Médecin femme - 17

Tout en évoquant l'aspect traumatique, certains professionnels de santé et femmes que nous avons interrogées sont contraires à la dépénalisation en cas de viol.

« Imagine-toi le viol doit être horrible. Mais je ne suis pas non plus d'accord avec l'avortement. Bien sûr c'est horrible mais c'est aussi un être humain. Une vie qui palpite déjà à l'intérieur de toi, comme je te disais, je sentais que ça bougeait par-ci par-là, et imagine-toi que j'étais enceinte, imagine-toi qu'un viol doit être horrible, mais il n'y a pas de droit à tuer ce fœtus, parce que la vie est à l'intérieur. Un petit cœur tout petit et sans défense.»

Femme entre 40-50 ans, focus group O3

En ce qui concerne les représentations sur l'avortement en général, la résistance à accepter l'avortement y compris dans les cas de viol, reconnu comme étant un crime et une expérience traumatisante, reflète la prégnance des croyances religieuses et morales. Celles-ci ont pour origine la morale catholique de la défense de la vie dès la conception et continuent à dominer les représentations sociales, ayant une influence sur la sexualité et la fécondité au Pérou comme en Amérique latine en général (Guillaume, Lerner, 2009b).

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSIONS

Cette étude a eu pour objectif général de documenter et analyser de façon approfondie les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements à risque dans le district de Villa El Salvador. Rappelons que les déterminants socioculturels dans le domaine de la santé se définissent comme étant « l'ensemble des normes, valeurs, connaissances et pratiques populaires, en rapport avec la santé et qui régulent les façons de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore la prise en charge sanitaire » (Bouchon, 2012).

Dans ce cadre, les résultats de cette recherche sont d'un grand intérêt, car ils se concentrent sur les aspects sociaux, dans lesquels évoluent les représentations et les pratiques des professionnels de santé et, dans une moindre échelle, d'une partie des usagers et usagères du système de santé. Cette approche a permis de montrer les conséquences, directes et indirectes des discours, des représentations sur les pratiques et les barrières à l'utilisation des contraceptifs. Les limites de cette étude, notamment la difficulté à rentrer en contact et à interroger des femmes qui ont vécu des expériences de GND et des avortements provoqués, peuvent être analysées comme étant révélatrices de la morale sur la sexualité en vigueur au sein de la communauté et des conséquences sociales qui en découlent, ce qui méritera d'être approfondi dans de futures recherches sur ces sujets.

Nos résultats ainsi que d'autres données provenant du Pérou démontrent la pertinence d'intégrer les dimensions socioculturelles et l'approche des droits sexuels et reproductifs dans les actions de politique publique afin d'en améliorer le contenu et la portée pour la communauté (Yon, 2015). Nous espérons que les résultats présentés ici permettront d'engager des transformations dans les pratiques et dans les discours, contribuant ainsi à diminuer toute classe de barrières, à atteindre une couverture plus ample et directe avec les populations clés et à renforcer les capacités de femmes et des hommes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs.

4.1.1. BARRIÈRES À LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Concernant les adolescent.e.s, les barrières identifiées sont causées par trois facteurs : les problèmes structurels d'approvisionnement (qui touchent également les femmes en général), les recommandations restrictives du MINSA concernant la distribution de contraceptifs pour les adolescent.e.s citées par les soignants et, finalement, l'absence de consultations différenciées dans les centres de santé. Outre les structures sanitaires, les représentations sociales et les tabous parmi les adultes – parents et enseignants – sur la sexualité des adolescent.e.s influent de manière déterminante sur l'accès et le dialogue à propos de la sexualité en général et sur les méthodes de prévention des grossesses. Ce constat corrobore d'autres études qui pointent le malaise et la honte des enseignants d'aborder le thème de la sexualité et la persistance de la polémique sur la sexualité des adolescent.e.s (Yon, 2015 ; Gutiérrez, 2007). Des futures recherches sur ce qui est dit, comment le thème est abordé et ce que taisent les pères, mères et enseignants sur le thème seront d'un grand intérêt pour compléter et approfondir ce constat.

Un deuxième facteur social important est le contexte des familles en situation d'anomie, dans lesquelles il y aurait un faible niveau de dialogue et de confiance, augmentant la probabilité d'une GND. Une enquête chez des élèves de secondaire à Ica, au Pérou, a identifié que ceux et celles qui avaient des parents séparés ou qui vivaient chez leurs grands-parents initiaient leurs relations sexuelles plus tôt. Les auteurs soulignent que ceux et celles qui ont plus d'accès aux informations sur la sexualité chez eux ont tendance à reporter le début de leurs rapports sexuels (Maturana *et coll.* 2009). Face à cette situation dans les ménages, certains soignants interrogés défendent que les collègues doivent augmenter les causeries et la diffusion d'informations de qualité sur la SSR. Toutefois, la communication n'assure pas la mise en pratique des conseils. D'autres professionnels interrogés soulignent que les jeunes filles et garçons n'arrivent pas à mettre en pratique les informations dont ils disposent dans leur quotidien sur la SSR par manque d'autonomie et de pouvoir de décision personnel par rapport à leurs projets de vie, du contexte social et familial d'anomie, du fait de la morale d'interdit de la sexualité des adolescent.e.s et du machisme.

L'utilisation des méthodes contraceptives est fragilisée dans les contextes familiaux dans lesquels la sexualité des jeunes filles et garçons est désapprouvée, et/ou lorsqu'il existe de faibles liens de confiance et de dialogue entre les adolescent.e.s et leurs pères et mères, comme dans les cas d'anomie familiale reportés dans notre étude [Bajos *et coll.* 2002; Abramovay *et coll.* 2004]. De même, l'OMS suggère que l'intervention pour augmenter le soutien de l'environnement immédiat des jeunes adolescent.e.s serait une méthode plus efficace pour changer les comportements, plutôt que d'augmenter connaissances et compétences individuelles²⁸ des jeunes [OMS, 2011]. L'OMS souligne également l'influence de l'environnement autour des adolescent.e.s dans la prévalence de pratiques de risque, comme l'usage d'alcool et de drogues, le décrochage scolaire et la coercition par les pairs. Tous ces facteurs ont également été constatés dans la présente étude comme étant associés aux GND. Bien que la littérature associe le faible usage de méthodes contraceptives à l'existence de relations affectives stables entre adolescent.e.s et à des représentations sur la confiance et la fidélité [Abramovay, 2004; Noblega, 2009], les entretiens menés à VES ont plutôt pointé vers les comportements de risque, associés à des fêtes avec des prises d'alcool et la pression des pairs, qui contribuent à la vulnérabilité sexuelle des adolescentes [Yon, 2015].

Le poids de la religion et du machisme constitue une autre partie du spectre des barrières pour les femmes adultes, mais qui touche également les adolescentes. Ainsi, pour toutes les femmes, la pratique contraceptive est le résultat d'une série de décisions sur la préservation de sa santé en général et de logiques d'élaboration d'un projet de vie qui interagissent avec une diversité de normes et de modèles sociaux [Bajos *et coll.* 2002]. Par conséquent, on présuppose que ces femmes aient la capacité de diriger leurs vies. Cette capacité varie au fur et à mesure que les individus disposent de ressources (sociales, économiques, psychologiques...) qui proviennent de leur héritage familial, social, culturel, éducatif et de relations humaines [Bourchayer 1989, cité par Bajos *et coll.* 2002]. La vulnérabilité d'un segment de femmes adultes en union s'expliquerait par le vécu de celles-ci dans leur environnement immédiat, caractérisé par les relations asymétriques de genre et les conséquences des violences intrafamiliales et sexuelles. À cela s'ajoutent des ressources économiques, éducatives et sociales limitées dont découle une autonomie réduite pour la prise de

décisions et du choix de leur trajectoire de vie (y compris de la contraception et de la fécondité/maternité).

4.1.2. MÉCANISMES DE GESTION COMMUNAUTAIRE ET FAMILIALE DES GND ET DES AVORTEMENTS

Dans les contextes de faibles ressources économiques, les adolescentes sont souvent contraintes à partir du foyer parental à la suite d'une grossesse, soit pour vivre avec la famille de son conjoint ou pour former un nouveau foyer avec ce dernier [Mendoza, Subiría, 2013]. Les résultats de la présente étude indiquent que dans de nombreux cas les adolescentes sont harcelées et isolées, ce qui porte préjudice à leur estime de soi et à leur autonomie, entraînant des conséquences pour le suivi pré natal et les soins vis-à-vis de leur santé et celle de l'enfant. La grossesse interrompt également la trajectoire scolaire des adolescentes, les obligeant souvent à mettre de côté tout plan de mobilité socio-économique, et dans de moindres proportions ceux de leurs conjoints masculins adolescents [Banque Mondiale, 2012]. Bien que nous n'ayons pas réussi à interroger des femmes jeunes ayant vécu des GND et qui ont gardé leurs enfants, les études montrent les diverses difficultés sociales et économiques rencontrées par celles-ci dans leurs trajectoires, difficultés qui sont d'autant plus fréquentes et aiguës dans des situations de précarité [Noblega, 2009]. Dans ces contextes, on observe une reproduction des rôles traditionnels de genre, dans lesquelles la femme est mère et épouse, prenant à sa charge les tâches domestiques et celles qui sont liées à la progéniture, alors que le conjoint masculin travaille et revêt le rôle de seul fournisseur économique du foyer, renforçant ainsi l'asymétrie des relations au sein du couple [Del Mastro, 2013].

En ce qui concerne la gestion communautaire, les opinions à propos des GND et des avortements exprimées par les agents communautaires de santé adolescent.e.s ont mis en évidence la représentation selon laquelle les GND découlent d'un manque de responsabilité et de maturité chez les jeunes ; ces affirmations font écho aux opinions des femmes adultes dans les discussions de groupes. Nous pouvons ainsi affirmer que ce public sensibilisé et formé aux discours de planification familiale a intégré la norme de contrôle des grossesses par les contraceptifs et du « bon âge pour être mère » [Bajos *et coll.* 2002 ; Abramovay *et coll.* 2004]. Il y aurait de ce fait deux normes sociales contradictoires dans

la communauté de Villa El Salvador : une première sur l'utilisation de contraceptifs, dont le système de santé fait la promotion ainsi que les agents communautaires de santé, et une deuxième sur le tabou qui entoure la sexualité et le machisme, enracinée dans les discours et pratiques de la communauté (Yon, 2015). Cette dernière se traduit par des attitudes stigmatisantes envers les jeunes mères, dans le rejet et le jugement négatif de la part de leur environnement familial et éducatif, participant à accroître la vulnérabilité sociale de celles qui ne comptent pas avec ce soutien, tout en influençant de manière négative l'utilisation des contraceptifs (Nobleaga, 2009).

Les représentations et opinions à propos des avortements provoqués, sans danger ou à risque, reflètent également ces deux normes sociales, soit pour responsabiliser le manque d'attention des femmes ou pour les condamner pour des pratiques considérées comme déviantes du point de vue de la morale et de la religion, toutes deux cohérentes avec le cadre légal national. Les femmes adultes en situation de précarité reflètent la deuxième norme lorsqu'elles condamnent les femmes ayant avorté et lorsqu'elles se montrent moins favorables aux avortements thérapeutiques ou en cas de viols ; les femmes de cette tranche d'âge ont exprimé des sentiments de culpabilité (Lafaurie et coll. 2005). Les jeunes femmes interrogées pour cette étude ayant avorté admettent avoir été en échec par rapport à la norme du « devoir contraceptif » (Bajos et coll. 2002), ce qui n'est pas sans rappeler la complexité et les limitations de la gestion de la contraception dans le quotidien. Cette complexité s'illustre également dans les représentations des femmes sur les contraceptifs modernes.

Finalement, la décision et les ressources économiques et l'information pour avorter sont mobilisées par les femmes et entre les femmes, notamment avec les amies, sans la participation masculine. Le faible niveau d'engagement des hommes dans la pratique de l'avortement se confirme dans des enquêtes selon lesquelles les femmes sont davantage familiarisées avec des cas d'avortement dans leur environnement que les hommes (Abramovay et coll. 2004). L'implication des hommes dans la décision et l'action de l'avortement est ambiguë dans le contexte latino-américain, allant de l'absence totale d'intérêt de la part des hommes à un malaise et une inquiétude pour les risques. Ces réactions sont souvent déterminées par les modalités des relations affectives et sexuelles (Guillaume, Lerner, 2009b).

4.1.3. PERCEPTIONS ET ATTITUDES DES SOIGNANTS CONFRONTÉS AUX GND ET AUX AVORTEMENTS

Les professionnels de santé interrogés sont favorables à l'utilisation de méthodes contraceptives, y compris par les adolescentes, pour prévenir les grossesses non désirées. Ce résultat est peut-être dû au biais de départ dans le recrutement des soignants participant à cette étude et qui avaient pour la plupart déjà été sensibilisés sur la SSR. Or, malgré ce biais, ce résultat est positif s'il est comparé à ceux d'autres études dans lesquelles on a mis en évidence des résistances de la part des soignants pour proposer des préservatifs et d'autres méthodes contraceptives aux adolescent.e.s, notamment parce qu'ils considéraient que ces derniers ne devraient pas encore avoir des relations sexuelles (Yon, 2015).

Toutefois, certains soignants interrogés ont encore des représentations contraires à l'utilisation de certaines méthodes pour des femmes jeunes qui ne correspondent pas avec les évidences scientifiques (OMS, 2010 et 2011) ; ces représentations sont renforcées par certaines normes ministérielles. La faible mise en place de ressources et d'actions en matière de politiques publiques, malgré la reconnaissance formelle du besoin de programmes différenciés spécifiques aux adolescent.e.s avec une approche en droits en SSR, est révélatrice d'un contexte défavorable au sein des institutions pour la couverture de qualité en planification familiale pour les adolescent.e.s (Yon, 2015). Ce contexte découle de l'histoire récente du Pérou qui a connu récemment des politiques conservatrices faiblement engagées avec la SSR et restrictives pour l'éducation sexuelle pour les adolescent.e.s et l'accès aux méthodes contraceptives pour les femmes en général. Tel est le cas de l'accès à la pilule contraceptive d'urgence dont la restriction perdure actuellement (Coe, 2004). Les demandes et les difficultés évoquées par les soignants pour mettre en œuvre des actions de SSR ciblées pour les adolescent.e.s sont également un aspect mis en évidence dans la présente étude.

La littérature montre qu'il y a une bonne acceptation parmi les médecins gynéco-obstétriciens de l'avortement thérapeutique et de la dépénalisation de l'avortement dans les cas de viols, et une moindre acceptation de la légalisation de l'avortement dans les cas de difficultés économiques ou d'échec de contraception (Pace et coll. 2006). Toutefois, une partie des professionnels de santé interrogés pour cette étude soutient les femmes qui souhaitent avorter principalement pour éviter le risque

de mortalité maternelle, mais aussi dans certains cas de difficultés socio-économiques, mettant en évidence ainsi la contradiction entre la santé publique et le cadre légal restrictif qui favorise les avortements à risque. Nous avons constaté que l'argument de santé publique notamment les risques de grossesse avec des complications chez les adolescentes (Okomura *et coll.* 2014) et des avortements à risque sont sensiblement plus mis en avant que l'argument en faveur des droits des femmes de disposer et décider sur leurs corps. Cela démontre qu'il y a encore des progrès à faire pour sensibiliser les soignants et la communauté sur les droits sexuels et reproductifs.

Quant aux soins post avortements ou aux avortements incomplets, les soignants interrogés à Villa El Salvador n'ont pas présenté de résistances à les préférer aux femmes qui ont provoqué des avortements avec des médicaments ou toute autre méthode. De plus, certains soignants ont affirmé rejeter la pratique de dénonciation des femmes qui provoquent des avortements. Dans la dernière décennie, certains soignants ont exprimé des réserves à offrir des services de prise en charge post avortement par crainte de représailles de la part des autorités des établissements, ce qui coïncidait avec l'interdiction de la PCU, configurant ainsi un contexte de restriction de la planification familiale au Pérou (Ferrando, 2006; Coe, 2004). Le comité des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, 2014) a réitéré son inquiétude concernant la situation des droits des femmes au Pérou par rapport au cadre légal de l'État, notamment sur l'interdiction de la distribution gratuite de la PCU, la pénalisation de l'avortement en cas de viol et l'obligation de dénonciation de l'avortement établie dans l'article 30 de la Loi général de santé. Cette même commission a recommandé que les directrices techniques relatives à l'avortement thérapeutique soient diffusées auprès du personnel de santé pour en promouvoir la mise en œuvre avec une interprétation large du droit à la santé physique, mentale et sociale.

4.2. RECOMMANDATIONS

Au terme de notre analyse nous pouvons établir deux recommandations générales et transversales :

- 1) le renforcement et l'ampliation de toutes les initiatives déjà existantes en termes de SSR et notamment celles qui touchent les populations les plus vulnérables ;
- 2) l'amélioration de la qualité des services de santé par l'adoption de l'approche des droits sexuels et reproductifs et de l'égalité de genre.

Nonobstant, nous recommandons également des activités et interventions possibles dans des domaines spécifiques suivants :

Activités dirigées aux populations

- Créer avec les adolescent.e.s des ateliers, des matériels et des campagnes de prévention des GND et d'éducation sexuelle et reproductive. Ces ateliers permettront l'élaboration d'un langage et d'une vision spécifique aux adolescent.e.s et mettant l'accent sur leurs droits.

- Impliquer et établir des liens resserrés avec les acteurs et institutions de l'entourage des adolescent.e.s : pères et mères, enseignant.e.s, les collèges, les centres de santé et avec les ONGs. La mise en place de canaux de communication entre ces acteurs permettra de mieux diffuser et d'améliorer les connaissances et la discussion de la SSR.

- Promouvoir la diffusion en grande échelle des services de planification familiale. Par exemple, diffuser dans les médias de masse des informations sur les services de planification familiale, les horaires de prise en charge, les différentes méthodes contraceptives. Exhorter les femmes à consulter en PF pour obtenir une méthode contraceptive adaptée et informer sur les risques de l'automédication.

- Faire la promotion de la planification familiale et de la prévention de la violence domestique dans les lieux de loisirs tels que les parcs, lors de jours festifs ou de marchés, avec des discours dirigés aux femmes comme aux hommes.

- Donner suite aux activités d'éducation sexuelle dans des collèges, tout en augmentant leur fréquence. Ces causeries doivent être menées par des enseignant.e.s formés auxquels viendront s'associer des soignants. Ces activités doivent être offertes dès le plus jeune âge, en primaire, avec un langage adapté à chaque âge. Aborder le sujet avec des messages positifs qui fassent la promotion, en plus des aspects de santé, de l'estime de soi, de l'égalité de genre et des droits sexuels et reproductifs. Mettre en avant les risques des GND, des conséquences de celles-ci, et des IST, mais sans l'usage de discours moralisants ni visant à « faire peur » au public (éviter par exemple de faire de l'éducation sexuelle négative en montrant des images d'infections sexuelles en stade avancé).

- Former et sensibiliser de façon systématique tous les enseignant.e.s sur les thématiques de droits sexuels et reproductifs et de l'égalité de genre.

- Soutenir les groupes de pairs adolescent.e.s et les agents communautaires de santé jeunes pour leur permettre d'augmenter leur portée auprès des adolescent.e.s et jeunes de la communauté. Soutenir la création et la formation de nouveaux groupes et soutenir ceux qui existent déjà.

Activités dirigées aux services de santé

- Assurer et garantir des ressources humaines formées et des ressources matérielles pour la mise en place d'action de promotion de la prévention et de la prise en charge des grossesses non désirées et de la planification familiale.

- Former et sensibiliser les soignants sur les méthodes contraceptives, les effets indésirables et sur la meilleure façon d'informer les femmes sur celles-ci, pour transmettre de façon plus efficace les informations et améliorer la confiance et le dialogue entre usagères et soignants.

- Renforce les dispositifs de collaboration entre les services de santé et les institutions (écoles, collèges et ONGs) qui accueillent des adolescent.e.s.

- Faire connaître aux professionnels de santé, les assistantes sociales et les éducateurs le contenu de la norme nationale de planification familiale en ce qui concerne l'accès non restreint des adolescent.e.s aux contraceptifs.

- Mettre en place des consultations spécifiques pour les adolescent.e.s en santé intégrale et en planification familiale ou, à dessein, établir des horaires spécifiques pour la prise en charge des adolescent.e.s. Sensibiliser et former les soignants pour accueillir les jeunes.

- Continuer les formations des agents communautaires de santé et soutenir ces acteurs/actrices pour le recrutement et la formation de nouveaux/nouvelles agents, de façon à augmenter leur présence auprès de populations vulnérables. Renforcer leur action auprès des familles pour renseigner et sensibiliser les parents sur les droits sexuels des adolescent.e.s.

- Organiser des ateliers sur les droits sexuels et reproductifs, l'éthique et les valeurs professionnels auprès

des soignants et des agents communautaires de santé pour approfondir leurs connaissances sur ces thèmes et les mettre en oeuvre dans leurs pratiques.

Recommandations aux responsables politiques

- Garantir la mise en oeuvre place du Plan multisectoriel de prévention de la grossesse chez les adolescentes [Plan Multisectorial de prevención al embarazo adolescente] et promouvoir, dans le cadre de ce Plan, la prise en charge en santé et les actions éducatives de qualité.

- Diffuser et mettre en oeuvre les « Directives éducatives et orientations pédagogiques pour l'éducation sexuelle intégrale » [Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral], validée par le Ministère de l'éducation péruvien en 2008, en insistant sur l'approche par les droits de l'homme, l'égalité de genre et l'interculturalité.

- Augmenter et former en SSR les ressources humaines des centres de santé et des institutions scolaires de Villa El Salvador.

- Reconnaître le travail des agents communautaire de santé, les former et les rémunérer pour leur permettre d'augmenter la couverture et la qualité de leurs actions et interventions.

- Élaborer un projet national de prévention des violences faites aux femmes et des violences et agressions sexuelles en intégrant une approche des droits de l'homme et d'égalité de genre.

- Solliciter l'autorisation pour la distribution gratuite de la PCU dans les établissements du MINSA.

- Sensibiliser les responsables politiques sur les avortements à risque (notamment par des données scientifiques) et sur la promotion d'une politique de santé publique fondée sur les droits fondamentaux.

- Approuver la dépénalisation de l'avortement en cas de viol.

Pour de futures recherches sur ces thèmes

Nous avons rencontré pendant notre terrain plusieurs obstacles pour contacter et réaliser des entretiens avec des femmes qui ont eu des grossesses non désirées, bien que nombre de soignants nous aient indiqué qu'une grande partie des femmes qui ont déjà un

enfant ont eu des GND. Nous pouvons faire l'hypothèse que ce paradoxe serait un symptôme de la stigmatisation qui règne autour des grossesses non désirées. Celle-ci pourrait résulter de l'influence du machisme et du rôle traditionnel attribué à la femme, associé aux conditions socioéconomiques. Comme nous avons vu à propos des représentations sur les avortements, cela se manifeste également par la responsabilisation et la condamnation des femmes qui ne « prennent pas soin d'elles », c'est-à-dire qui n'ont pas fait l'usage de méthodes contraceptives et qui ont une GND. La difficulté de rencontrer des femmes, notamment de jeunes femmes, qui admettent avoir fait un avortement a également eu lieu lors d'autres recherches sur le même sujet (Abramovay et coll. 2004).

Toutefois, nous pouvons également remettre en question notre stratégie de contact sur le terrain pour en retirer des leçons positives pour de futures recherches sur comment aborder cette thématique sensible et répondre aux questionnements issus de la présente enquête. Il serait pertinent, au vu de notre expérience, d'aborder la question par le biais d'histoire de vie de femmes entre 18-30 ans. Il s'agirait d'aborder de façon rétrospective les thèmes autour de la fin de l'adolescence, des relations des femmes avec leur entourage et sur leurs connaissances, vécus et usages de méthodes contraceptives. Par ce biais, il serait plus facile de recueillir des expériences, pratiques et représentations sur les contraceptives et aborder les éventuelles situations où les femmes auraient pu avoir recours à un avortement en cas de GND. Cette approche permet également de mieux comprendre les facteurs qui facilitent ou qui au contraire rendent plus difficile l'accès et l'usage de la PF, de la consultation à l'usage des contraceptifs, depuis le point de vue et le vécu des femmes.

Il serait également fondamental d'étudier les discours et les pratiques des jeunes hommes sur la sexualité en général et spécifiquement sur les GND et les avortements. En effet, il s'agit d'un champ de recherche encore peu développé qui mériterait d'être mieux documenté et analysé (Guillaume, Lerner, 2009b). Cela permettrait de mieux comparer et comprendre les normes et les représentations sur la reproduction et la sexualité et l'influence du machisme sur ces pratiques.

Finalement, les grands absents dans notre analyse sur les adolescent.e.s et les jeunes sont les enseignant.e.s. Il est fondamental de recueillir les représentations et les

pratiques sur la transmission des informations sur la SSR auprès des adolescent.e.s de ces acteurs et actrices qui les côtoient quotidiennement dans les collèges. Nous recommandons d'entreprendre des enquêtes ethnographiques avec des observations systématiques dans les collèges et des entretiens approfondis avec les enseignant.e.s et les adolescent.e.s pour contribuer à l'amélioration des stratégies d'éducation sexuelle dans les collèges et la formation des enseignant.e.s et des pairs multiplicateurs parmi les adolescent.e.s.

BIBLIOGRAPHIE

5.1. LITTÉRATURE SCIENTIFIQUE

- Abramovay, Miriam, Garcia Castro, Mary, Da Silva, Lorene Bernadete [2004], *Juventudes e sexualidade*, Brasília, UNESCO
- Bajos, Nathalie, Ferrand, Michèle, Hassoun, Danielle [2002] «Au risque de l'échec : la contraception au quotidien», in Bajos, Nathalie, Ferrand, Michèle, [dir.] *De la contraception à l'avortement. Sociologie des grossesses non prévues*. Paris, INSERM, Questions en santé publique, p.33-78
- Briozzo, Leonel [2013] «La despenalización del aborto como estrategia hacia una práctica segura, accesible e infrecuente», *Rev Méd Urug*, 29 [2], p.1-4
- Cavagnoud, Robin [2011] «Entre la escuela y la supervivencia : trabajo adolescente y dinámicas familiares en Lima». Lima : IFEA, Instituto francés de estudios andinos : IEP, Instituto de estudios peruanos : Fundación Telefónica.
- Coe, Anna-Britt, [2004] «From Anti-Natalist to Ultra-Conservative : Restricting Reproductive Choice in Peru», *Reproductive Health Matters*, 12 [24], p.56-69
- Constant, Chloé, [2013] *Trajectoire et dynamiques carcerales au féminin. Le cas de Lima*. Thèse de Doctorat Université Paris 3 Sorbonne-Nouvelle, Institut des Hautes Études d'Amérique Latine. École Doctorale 122 Europe Latine-Amérique Latine
- Cosio-Zavala María Eugenia [2007] «Impact sur la fécondité des changements dans les rapports de genre. Le cas de l'Amérique latine», in Adjamagbo A., Msellati P. et Vimard P. (éd.), *Santé de la reproduction et fécondité dans les pays du Sud. Nouveaux contextes et nouveaux comportements*, Bruxelles, Academia, Bruylant, p. 104-138
- Del Mastro, Irene [2013], *Entre Madres Adolescentes y Adolescentes-Madres : un análisis de su trayectoria de vida y los factores que influyen en su configuración*, Tesis de Licenciada en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Ferrando, Delicia [2006] «El aborto clandestino en el Perú. Revisión», Centro de la mujer peruana Flora Tristán y Pathfinder International.
- Foucault, Michel [1976] *La volonté de savoir. Histoire de la Sexualité Tome 1*. Paris, Gallimard, Collection Tel, 1994.
- Guillaume, Agnès, Lerner, Susana [2009a] «El aborto en América Latina y El Caribe», in Maria Isabel Baltar da Rocha [Org.]; Regina Maria Barbosa [Org.]. *Aborto no Brasil e países do Cone Sul : panorama da situação e dos estudos acadêmicos*- Campinas : Núcleo de Estudos de População – Nepe / Unicamp, p. 269-279
- Guillaume, Agnès, Lerner, Susana [2009b], «Les hommes face à l'avortement en Amérique Latine», *Autrepart* 4 [n° 52], p. 65-80.
- Gutiérrez, Miguel [2013] «La planificación familiar como herramienta básica para el desarrollo», *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 30(3) p. 465-70
- Heilborn, M. L., Salem, T., Rohden, F., Brandão, E., Knauth, D., Victora, C. & Bozon, M. [2002] «Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência». *Horizontes antropológicos*, 8(17), p.13-45.
- Kaufmann, Jean-Claude [2007] *L'entretien compréhensif*. L'enquête et ses méthodes. Armand Colin, Paris
- Lafaurie, María Mercedes, Grossman, Daniel, Troncoso, Erika, Billings Deborah L., Chávez, Susana [2005] «Women's perspective on Medical Abortion in Mexico, Colombia, Ecuador and Perú : a qualitative study», *Reproductive Health Matters*, 13(26), p.75-83
- Maturana, C. A. J., Alvarez Leon, J. G., Carbonel Luyo, W. F., Goyeneche, J. N. [2009] «Sexualidad y métodos anticonceptivos en estudiantes de educación secundaria», *Acta Med Per*, 26 [3], p.175-179
- Mendoza, Walter, Subiría, Gracia [2013] «El embarazo adolescente en el Perú : situación actual e implicancias para las políticas públicas». *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 30(3), p.471-9.

Nobleza, Magaly Mayorga [2009] «La maternidad en la vida de las adolescentes : implicancias para la acción», *Revista de Psicología*, Vol. XXVII (1), Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú

Paredes, José Sánchez [2005] «El pentecostalismo en el Perú. Prácticas individuales y colectivas en la perspectiva de Max Weber.» *Debates en Sociología* 30, p. 83-106.

Ramírez Huaman, Fiorella [2006] *Anticoncepción Oral de Emergencia : una mirada científica*, Lima : Sociedad Peruana Obstetricia y Ginecología (SPOG), UNFPA.

Pace, Lydia, Grossman, Daniel, Chávez, Susana, Távara, Luiz, Lara, Diana, Guerrero-Vásquez, Rossina [2006] «Aborto legal en Perú : conocimiento, actitudes y prácticas entre un grupo de médicos líderes de opinión» 142(2) *GAC MED MEX*, p. 91-94.

Ventura, Miriam [2001] *Direitos reprodutivos no Brasil*. Fundação MacArthur, Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2ª edição 2004

Yon Leau, Carmen [2015] «Teorías de cambio y buenas prácticas en salud sexual y reproductiva de los adolescentes : una relectura» *Apuntes*, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, Vol. XLII, N°76, p. 9-36

5.2. DOCUMENTS ISSUED BY THE GOVERNMENT, NGOs OR OIGS

Banco Mundial [2012] «Embarazo adolescente y oportunidades en América Latina y el Caribe. Sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos.»

Bouchon, Magali [2009] *Recogida de datos : Métodos cualitativos*. Médecins du Monde, Paris, 2ª edición, 2012

Bouchon, Magali [2012] *Acceso a la sanidad : los determinantes socioculturales*. Médecins du Monde, Paris

CEDAW [2014] «Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú», Naciones Unidas, Comité para la Eliminación de la discriminación contra la Mujer [CEDAW/C/PER/CO/7-8]

Díaz Rodríguez, Rosa, Chumpitaz Díaz, Karen [2013] *Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de dependientes de farmacias, promotoras de salud y usuarias sobre el uso de misoprostol en el tratamiento de embarazos no deseados en Villa El Salvador*, Médicos del Mundo, Lima.

Gutiérrez, Amada [2007] «Situación de la educación sexual en el sistema educativo y propuesta de lineamientos preliminares de políticas para una educación sexual integral». Documento de trabajo N°3, Lima, Ministerio de educación, Dirección de tutoría y orientación educativa.

INEI, sin fecha, *Perfil sociodemográfico de la provincia de Lima*, «Capítulo 1 : Características de la población, 1.4.6. Madres adolescentes según distrito», datos del Censo 2007. Disponible en <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/LibO838/libro15/capO1.pdf>

Lesieur, Élise [2013] *Salud sexual y reproductiva : Marco de Referencia*. Médecins du Monde, Paris

Médecins du Monde [2012] «Projet d'intervention : contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité liée aux grossesses non désirées au Pérou», Document de référence.

MINSA [2005] *Norma Técnica de planificación familiar [NT N°032-MINSA/DGSP-V.O1]*, Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima

MINSA [2006] *Manual de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva*, disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Manual-Orientacion-Consejeria.pdf>

MINSA [2007] «Impacto del aborto en la morbi-mortalidad materna en el Perú y el mundo». Pathfinder International y MINSA. Lima.

MINSA [2011] *Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021*. Lima

MINSA [2013] *La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011*. Elaborado por Mirtha Maguiña Guzmán y Jorge Miranda Monzón. Lima : Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología. 331 p.

OMS [2010] «Hoja informativa sobre la seguridad de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia de Levonorgestrel solo [PAE-LNG]», Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/BANCO MUNDIAL de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores sobre Reproducción Humana [HRP], disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70330/1/WHO_RHR_HRP_10.06_spa.pdf

OMS [2011], «The sexual and reproductive health of Young adolescents in developing countries», Department of Reproductive Health and Research, disponible en : http://www.who.int/immunization/hpv/target/the_sexual_and_reproductive_health_of_young_adolescents_who_2011.pdf

OMS [2012], *Aborto sin riesgos : guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, segunda Edición, disponible en : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf

PROMSEX [2009] «¿Confidencialidad o justicia? La regulación del deber/derecho al secreto profesional médico en el Perú y sus implicaciones en el derecho a la salud», PROMSEX, PPFA, Pathfinder International.

Reyes Meléndez, María Elena, Macassi León, Ivonne [2008] *Situación de los derechos humanos de la mujeres de Villa El Salvador. La violencia contra la mujer como factor de riesgo frente al VIH/SIDA*, CMP Flora Tristán, Lima.

UNFPA [2010] *Prevención del embarazo adolescente. Una mirada completa : Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Lima.

UNFPA [2012] *Mortalidad Materna en el Perú*. Fondo de Población de las Naciones Unidas, Lima.

Valenzuela, Jacqueline [2011] *Servicios públicos de salud : los derechos sexuales y reproductivos en juego*, Movimiento Manuela Ramos

5.3. SITES INTERNET CONSULTÉS

Campagne "Laisse-la décider" / Campaña Déjala decidir

<https://www.facebook.com/dejaladecidir>

<https://twitter.com/dejaladecidir>

Catholiques pour le droit à décider / Católicas por el derecho a decidir

<http://www.cddperu.org>

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán [ONG]

<http://www.flora.org.pe/web2/>

Collectif pour l'information libre des femmes. Ligne de téléphone gratuite sur l'avortement au Pérou. / Colectiva por la libre información para las mujeres. Línea Aborto Perú

<http://abortoinfosegura.com/blog/>

DEMUS [ONG]

<http://www.demus.org.pe>

INEI

<http://www.inei.gob.pe>

Organisation Mondiale de la Santé- OMS, *Factsheet* sur la PCU (en espagnol)

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/es/>

Ministère de la Santé du Pérou - MINSA

<http://www.minsa.gob.pe>

Ministère de la Femme et des Populations Vulnérables - MIMP

<http://www.mimp.gob.pe>

Movimiento Manuela Ramos [ONG]

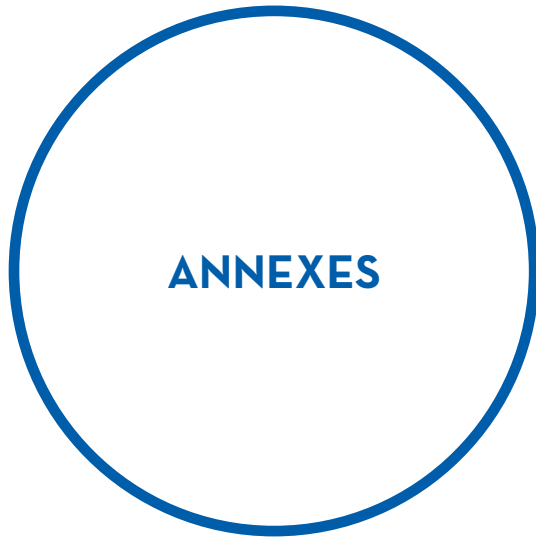
<http://www.manuela.org.pe>

PROMSEX [ONG]

<http://www.promsex.org>

UNFPA

<http://www.unfpa.org.pe>



ANNEXES

6.1. STATISTIQUES

TABLEAU 1. PÉROU : PRINCIPAUX INDICATEURS DE FÉCONDITÉ	2014
Planification de la fécondité	
Naissances ayant eu lieu ces 5 dernières années chez des femmes ne désirant pas d'enfants	19,8%
Naissances ayant eu lieu ces 5 dernières années chez des femmes qui ne désiraient pas d'enfants et/ou qui souhaiteraient différer	53,3%
Pourcentage de femmes actuellement en union :	
Qui ne souhaite pas avoir plus d'enfants (y compris femmes stérilisées)	60,6 %
Qui souhaite différer la prochaine naissance de deux ans ou plus	22,8 %
Préférences reproductives	
Taux global de fécondité souhaitée	1,8 enfants moyenne/femme
Taux global de fécondité observé	2,5 enfants moyenne/femme
Zone urbaine	2,3 enfants par femme
Zone rurale	3,3 enfants par femme
Nombre moyen idéal d'enfants pour les femmes entre 15 a 49 ans	2,4 enfants par femme
Zone urbaine	2,4 enfants par femme
Zone rurale	2,6 enfants par femme
Autres déterminants de la fécondité	
Femmes actuellement en union (au moment de l'enquête)	56,7 %
Zone urbaine	53,5 %
Zone rurale	67,9 %
Femmes qui ont été en union au moins une fois au cours de leur vie	67,8 %
Zone urbaine	65,5 %
Zone rurale	76,0 %
Âge moyen de la première union (femmes entre 25 et 49 ans)	21,8 ans
Zone urbaine	22,7 ans
Zone rurale	19,5 ans
Âge moyen à la première naissance (femmes entre 25 et 49 ans)	22,1 ans
Zone urbaine	22,9 ans
Zone rurale	20,0 ans
Connaissances et usage de méthodes contraceptives par des femmes en âge de procréer	
Pourcentage de femmes qui connaît au moins une méthode de planification familiale (toutes les femmes 15-49 ans)	99,7 %
Qui connaît au moins une méthode moderne (femmes actuellement en union)	99,9 %

Qui utilise actuellement au moins une méthode (femmes actuellement en union)	74,6 %
Zone urbaine	74,6 %
Zone rurale	74,8 %
Qui utilise actuellement une méthode moderne (femmes actuellement en union)	52,2 %
Zone urbaine	54,1 %
Zone rurale	46,8 %
Qui utilise actuellement une méthode traditionnelle (femmes actuellement en union)	22,4 %
Zone urbaine	20,4 %
Zone rurale	28,0 %
Femmes ayant une demande insatisfaite de planification familiale (femmes actuellement en union)	8,6 %
Zone urbaine	8,1 %
Zone rurale	10,1 %

Source : Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES)

TABLEAU 2. PÉROU : ADOLESCENTES (15-19 ANS) QUI SONT DÉJÀ MÈRES OU QUI SONT ENCEINTES POUR LA PREMIÈRE FOIS, SELON LES CARACTÉRISTIQUES RETENUES, 2014 (Pourcentages)

Caractéristiques retenues	Adolescentes qui ont été enceintes		Total ayant déjà été enceintes %	Nombre de femmes
	Sont déjà mères %	Enceintes de leur premier enfant %		
Âge				
15	1,9	0,8	2,7	867
16	5,4	1,2	6,6	886
17	8,8	3,7	12,4	928
18	17,9	4,4	22,2	858
19	26,7	4,6	31,2	773
Niveau d'éducation atteint				
Sans éducation*		**		7
Primaire	29,3	4,8	34,1	299
Secondaire	11,2	2,9	14,2	3 459
Supérieur	4,9	1,6	6,4	546
Quintile de ressources				
Quintile inférieur	20,7	3,3	24,0	818
Deuxième quintile	15,7	3,4	19,0	901
Quintile intermédiaire	9,6	3,8	13,3	909
Quatrième quintile	7,3	1,9	9,3	892
Quintile supérieur	5,4	2,0	7,4	790
Total 2014	11,7	2,9	14,6	4 311
Total 2009	11,1	2,7	13,7	4 536

Note : Les taux ou pourcentages basés sur moins de 20 cas sans pondérations ne sont pas affichés [*] et les taux ou pourcentages basés sur 20-24 cas sont affichés entre parenthèses.

Source : Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (p.129).

PÉROU : INDICATEURS DE VIOLENCE DOMESTIQUE CHEZ LES FEMMES AYANT ÉTÉ EN UNION AU MOINS UNE FOIS (<i>pourcentages</i>)	2014
Violence psychologique et/ou verbale de la part de l'époux ou du compagnon	69,4
Zone urbaine	69,9
Zone rurale	68,1
Violence physique de la part de l'époux ou du compagnon	32,3
Zone urbaine	32,8
Zone rurale	30,9
Violence sexuelle de la part de l'époux ou du compagnon	7,9
Zone urbaine	7,7
Zone rurale	8,5
Violence physique sous l'effet de l'alcool ou de drogues ou les deux par l'époux ou du compagnon	50,8
Zone urbaine	47,6
Zone rurale	59,8
Femmes de 15-49 ans qui ont été maltraitées par des tiers	17,3
Zone urbaine	19,0
Zone rurale	11,8

Source : Instituto Nacional de Estadística e Informática (2015) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

EXTRAITS DU CODE PÉNAL PÉRUVIEN (1991)

Disponible sur : <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>

Article 170. Viol sexuel [modifié par l'Article 1 de la Loi N° 30076, publiée le 19 août 2013]

Celui qui, avec l'usage de la violence ou d'une menace grave, oblige une personne à avoir accès charnel par voie vaginale, anale ou buccale ou réalise d'autres actes analogues par l'introduction d'objets ou de parties du corps par l'une des deux premières voies, sera réprimé avec une peine de privation de liberté allant au moins de 6 à 8 ans.

La peine ne sera pas inférieure à douze ni supérieure à dix-huit ans et inhabilitation conformément à :

1. *Si le viol se fait par main armée ou par deux personnes ou plus [...]*

2. *Si pour l'exécution du délit on se soit prévalu de n'importe quelle position ou poste qui lui attribue une autorité spécifique par rapport à la victime, ou d'un lien de parenté tel que ascendant, conjoint, compagnonnage, descendant ou frère/sœur, que ce soit par nature ou par adoption ou autre par rapport à la victime, ou d'une relation issue d'un contrat de location de services, d'une relation à caractère professionnelle ou si la victime offre des services à domicile.*

3. *Si l'acte est commis par du personnel appartenant aux Forces armées, à la Police nationale, aux vigilants de quartier, à la Police municipale, ou des vigilants privés dans l'exercice de leurs fonctions publiques.*

4. *Si l'auteur a connaissance d'être porteur d'une maladie de transmission sexuelle grave.*

5. *Si l'auteur est enseignant ou auxiliaire d'éducation dans le centre scolaire où étudie la victime.*

6. *Si la victime a entre quatorze et moins de dix-huit ans.*

Article 114 Auto avortement :

La femme qui provoque son avortement, ou qui consent à qu'une autre personne le fasse, sera réprimée avec une peine de privation de liberté allant jusqu'à 2 ans ou avec la prestation d'un service communautaire de 52 à 104 jours.

Article 115 Avortement avec consentement :

Celui qui provoque l'avortement avec le consentement de la femme enceinte sera réprimé avec une peine de privation de liberté entre 1 à 4 ans. Si la femme décède et l'agent avait pu prévenir ce résultat, la peine ne devra pas être inférieure à deux ans ni supérieure à cinq ans. [Art.116 : cette peine double si l'avortement n'était pas consenti et si la femme en décède]

Article 117 Aggravations de la peine du fait de la qualité du sujet :

le médecin, sage-femme, pharmacien ou autre professionnel sanitaire qui abuse de sa science ou art pour provoquer l'avortement sera réprimé avec les peines des articles 115 et 116 et la privation de l'exercice de ses fonctions professionnelles.

Article 119 Avortement thérapeutique :

n'est pas punissable l'avortement pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme enceinte ou de son représentant légal le cas échéant, lorsqu'il s'agit du seul moyen pour sauver la vie de la femme enceinte ou pour lui éviter à sa santé un mal grave et permanent. [les critères médicaux sont réglementés par le Guide national technique pour la standardisation de la procédure de prise en charge intégrale de la femme enceinte pour l'interruption volontaire de grossesse par indication thérapeutique avant 22 semaines avec un consentement informé, publié en 2014]

6.2. TERMES DE RÉFÉRENCES

APPEL A PROPOSITIONS

CONSULTANCE pour une :

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

I. CONTEXTE

A. ORIGINE DE LA DEMANDE

Si la santé maternelle a fait l'objet d'initiatives positives de la part de la communauté internationale, un déterminant majeur de la mortalité maternelle n'a jamais été vraiment pris en compte depuis les recommandations de la conférence du Caire en 1994 : la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées (GND). En effet les progrès se heurtent à de fortes oppositions au niveau national et international, rendant les avancées en la matière encore très fragiles et limitées. En 2008, on estime que 86 millions des 208 millions de grossesses n'étaient pas désirées²⁹. Les avortements à risque seraient à l'origine de 47 000 décès maternels chaque année.

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

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

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

B. BRÈVE PRÉSENTATION DU PROJET

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

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

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

II. OBJECTIFS

A. OBJECTIFS

Objectif général de l'étude globale

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

Objectifs spécifiques pour chaque étude pays

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

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

B. ZONES DE L'ÉTUDE

Pays de réalisation de l'étude :

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

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

C. PORTÉE ET UTILISATEURS DE L'ÉTUDE

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

III. MÉTHODOLOGIE

A. MÉTHODOLOGIE

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

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

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

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

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

C. DOCUMENTS CLÉS

Seront disponibles :

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

IV. PRODUCTIONS ATTENDUES

A. NOTE DE CADRAGE

Une note de cadrage préalable pour chaque étude dans les pays sélectionnés est attendue.

La note de cadrage présentera la méthodologie et le plan de travail proposés ainsi que les outils utilisés (questionnaires, guides d'entretien). Cette note est soumise aux commentaires du comité de pilotage en amont de la phase terrain.

B. RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS

Une restitution des résultats préliminaires auprès de l'équipe projet sur le terrain, sous la forme d'un rapport préliminaire ou d'une présentation PPT, sera attendue pour chaque terrain. Ces résultats préliminaires peuvent être envoyés au comité de pilotage pour avis.

C. RAPPORTS (5) POUR LES 4 ÉTUDES ET L'ÉTUDE GLOBALE

Rapports pour les 4 études

Pour chaque terrain d'étude, un rapport **provisoire** (en français) sur les principaux résultats de l'étude est produit à l'issue de la phase de terrain. Il devra être accompagné d'une présentation power point des résultats principaux et des préconisations.

Le comité de pilotage dispose ensuite de 15 jours à compter de la réception du rapport provisoire pour émettre ses commentaires et observations.

Le rapport **définitif** sur les principaux résultats de l'étude doit intégrer ces commentaires/remarques/échanges/discussions.

Le texte principal des résultats de l'étude, en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne,

et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum)
- Introduction
- Liste des acronymes
- Contexte (description du projet)
- Objectifs de l'étude
- Méthodologie et limites
- Principaux résultats et analyse
- Conclusions et préconisations
- Annexes : TdRs, liste des personnes rencontrées et calendrier, questionnaires, guides d'entretiens, grilles d'observation.

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

Rapport d'étude globale

Un rapport final **provisoire** (en français) présentant une analyse comparative des résultats sera produit sur la base des quatre rapports d'études pays. MdM dispose ensuite de 2 semaines à compter de la réception du rapport final provisoire pour émettre ses commentaires et observations.

Le rapport final **définitif** doit intégrer ces commentaires/remarques/échanges/discussions.

Le texte principal du rapport d'étude global en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages maximum (sans compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

- Résumé exécutif (5 pages maximum)
- Introduction
- Liste des acronymes
- Contexte (description des projets)
- Objectifs
- Méthodologie et limites
- Principaux résultats et analyse comparative
- Conclusions et préconisations transversales
- Annexes

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

V. ORGANISATION DE L'ÉTUDE GLOBALE

A. CRITÈRES CONCERNANT L'ÉQUIPE CONSTITUÉE

La proposition doit être associée à une équipe de recherche, incluses les équipes rattachées à une unité de recherche. La participation effective d'étudiants, de doctorants, ou post-doctorants est encouragée sous la condition de s'engager sur la coordination/supervision de l'équipe par un chercheur confirmé.

ANNEXES

Critère spécifique sur un pays :

Pour la RDC, un partenariat avec une équipe de recherche locale sera nécessaire.

B. PLANNING / CHRONOGRAMME ENVISAGÉ

Période de réalisation de l'étude :

- Burkina et RDC : Démarrage début octobre
- Palestine et Pérou : Démarrage courant 2015
- Rapports finaux provisoires pour chaque terrain d'étude attendus dans un délai de 4 semaines à l'issue de la phase terrain
- Méta analyse attendue pour fin 2015

Le planning indicatif est susceptible de modifications en fonction de l'évolution du contexte et notamment des aspects sécuritaires.

C. PILOTAGE ET REPORTING / POINTS D'ÉTAPE

Le Comité de pilotage est chargé de valider les objectifs des études proposés, d'encadrer le déroulé de l'étude et d'œuvrer à la diffusion des résultats de ces études et de la méta-analyse.

D. SÉCURITÉ

La personne chargée de l'étude terrain sera briefée sur les règles de sécurité en vigueur pour chaque pays.

VI. BUDGET DISPONIBLE

Le budget disponible pour cette étude est compris entre **50 000 et 55 000 euros TTC**.

Il inclut les honoraires, frais de vie, frais de transport internationaux, hébergement, et autres frais nécessaires au bon déroulement de l'étude.

Lors de la phase de terrain, MdM mettra à disposition du/des chercheur(s) un poste de travail, d'une voiture avec chauffeur pour les déplacements sur les terrains d'étude, du matériel de communication nécessaire au respect des règles de sécurité, d'un interprète le cas échéant.

VII. CRITERES ET MODALITÉS DE SÉLECTION

Après vérification de l'éligibilité des propositions, chaque dossier sera soumis à une évaluation par le comité de pilotage composé d'experts techniques. Le

comité de pilotage se réunit ensuite pour décider des projets retenus, sur la base des conclusions de l'évaluation, des critères de sélection et des disponibilités budgétaires.

Profils recherchés :

- Equipe de recherche confirmée
- Forte expérience dans la réalisation d'études socio-anthropologiques
- Expérience de la thématique santé sexuelle et reproductive et particulièrement sur les questions relatives aux grossesses non désirées
- Connaissance des contextes des pays de l'étude est un plus
- Excellentes capacités rédactionnelles
- Parfaite maîtrise du français. Maîtrise de l'anglais ou de l'espagnol est un plus.

IX. MODALITÉS PRATIQUES DE SOUMISSION DE LA PROPOSITION

Les porteurs de projets sont invités à déposer leur dossier complet de 10 à 15 pages maximum comportant les éléments suivants à l'adresse email : doi.applications@medecinsdumonde.net en précisant en objet « Etudes convention GND » :

La proposition technique devra se décomposer en deux phases qui doivent être clairement distinguées dans la proposition :

- Une première phase pour la réalisation des 4 études pays, d'une durée maximum de 12 mois.
- Une seconde phase pour la réalisation de l'étude comparative d'une durée maximum d'un mois.

Cette proposition technique devra aussi inclure :

- la compréhension des termes de référence
- l'approche technique développée et la méthodologie détaillée,
- la constitution de l'équipe, la répartition des responsabilités entre ses membres, les CV proposés et la disponibilité des membres
- le calendrier prévisionnel de l'étude
- la proposition financière intégrant la répartition budgétaire

Date limite de dépôt des dossiers

de candidature : 14 septembre

Diffusion des résultats : 25 septembre

Démarrage de l'étude : 6 octobre

6.3. GUIDES D'ENTRETIENS / GUÍAS DE ENTREVISTAS

GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Objetivo de la entrevista : Identificar y comprender los problemas relacionados con los embarazos no deseados, las respuestas en materia de prevención de embarazos no deseados y abortos, las diferencias entre las acciones planificadas y las realizaciones efectivas, los límites y las capacidades de organización de las estructuras, las representaciones de los profesionales de la salud.

Personas susceptibles de ser entrevistadas : Médicos (generalistas, ginecólogos, obstetras, otros...); enfermeros y auxiliares de clínicas; asistentes sociales; psicólogos, etc.

En itálico, ejemplos de relanzamientos o precisiones para mejor delimitar la respuesta, si posible se intentará pedir ejemplos concretos teniendo en cuenta el respeto a la ética y el secreto médico.

Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.

IDENTIFICACIÓN (PARA COMPLETAR AL INICIO O AL FINAL DE LA ENTREVISTA):

¿Podría presentarse por favor?

- Local (dispensario, maternidad, centro materno-infantil, etc.)
- Profesión (obstetra, partera, médico, auxiliar de clínica, enfermero, etc.)
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Función/responsabilidades (jefe del centro de salud, responsable de la maternidad, etc.)
- Número de años en servicio (si función)
- Edad
- Religión (practicante o no practicante)

PREGUNTAS INTRODUCTORAS

A.1 ¿Desde cuándo ejerce su trabajo actual y en qué consiste principalmente su actividad?

A.2 ¿Cuáles son las principales características socio-culturales de las comunidades en las cuales usted actúa/interviene (*religión, lengua, prácticas rituales relacionados al nacimiento y otras etapas del crecimiento, incluyendo la muerte, etc.*)?

SOBRE LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS (END)

B.1 **¿Cuáles son los métodos de planificación familiar y los anticonceptivos disponibles en su servicio/centro de salud?** ¿Cuáles están prohibidos? ¿A qué público(s) están dirigidos esos métodos?

¿Cómo funciona el acceso a esos anticonceptivos? ¿Cuáles son los actores/instituciones responsables de la implementación de esos dispositivos? (*Ministerio de la salud nivel central, nivel local, alcaldía, ONG, otros...*) ¿Usted o el sitio donde trabaja usted está contemplado por el acompañamiento de dispositivos institucionales y comunitarios (*ONG, asociaciones, servicios de acción social, estructuras religiosas, etc.*)? ¿Cuáles son, según usted, los métodos anticonceptivos más eficaces y adaptados a sus poblaciones? ¿Por qué (*puede justificar esa respuesta*)? ¿Existen diferencias, ventajas e inconveniencias propias de cada método?

B.2 **¿cómo se organiza la prevención de los embarazos no deseados entre los adolescentes y los jóvenes?** (*¿etapas, a qué profesionales acudir, experiencias personales, información por amigos, familia, hermana mayor...?*)

Según su experiencia profesional, cómo funciona en la práctica el acceso a la información sobre la planificación familiar y a los anticonceptivos : ¿A quién deben dirigirse las mujeres/adolescentes para pedir anticonceptivos? ¿Todo aquel que desee obtener informaciones y anticonceptivos lo obtiene o existen eventuales dificultades/obstáculos? ¿Cuáles pueden ser esas dificultades?

¿Existe alguna categoría poblacional que tiene un acceso menor a estos métodos y si la hay, cuál puede ser la razón? (*¿Son disponibles para mujeres en unión? ¿Hay un acceso para menores, adolescentes y jóvenes? cf. costo financiero, representaciones sociales cf.*

ANNEXES

imagen, valores religiosos, accesibilidad geográfica de los servicios de salud...)

B.3 ¿Qué piensa usted, personalmente, de los métodos de anticonceptivos? ¿Cuáles son sus **convicciones propias y las de la sociedad** con respecto a los anticonceptivos?

B.4 Según su experiencia, ¿cuáles son las **necesidades en materia de prevención de embarazos no deseados y de anticoncepción** – en particular para los adolescentes y los jóvenes – en su área de intervención? ¿Esas necesidades están satisfechas o hay necesidades no satisfechas? ¿En qué nivel, y por qué?

Según su experiencia, **¿cuáles son las personas más vulnerables al problema de los embarazos no deseados?** ¿Por qué?

¿Cuál es el protocolo de atención para adultas y adolescentes en caso de violación para prevenir los embarazos? [*¿Uso del método Yuzpe? ¿Lo conoce, ya lo aplicó?*]

SOBRE LA ATENCIÓN A LOS END Y A LOS ABORTOS

C.1 Durante su experiencia profesional, ¿usted ya ha sido confrontado/a a la **situación de una adolescente (menor) o de una joven que quedó embarazada sin quererlo?** **¿Hay una atención particular para estos casos?** ¿Cuál?

C.2 Como profesional de salud, **¿qué piensa usted, personalmente del aborto, cuáles son sus convicciones propias y aquellas de la sociedad** con respecto al aborto? [*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*] ¿Qué piensa usted de las jóvenes y mujeres que manifiestan querer abortar o que practican el aborto inseguro/clandestino? Según su experiencia, ¿cuál es el papel de los hombres (padres, parejas) en las decisiones y las prácticas de aborto?

C.3 Según usted, frente a la **situación de una joven o de una mujer que queda embarazada sin quererlo y que manifiesta querer abortar, ¿qué se puede hacer y que se debe hacer para ella?** [*Una orientación en el caso en que el aborto sea legal,*

una disuasión si es ilegal, algunas medidas de orden médico y/o psicológico] ¿Cuáles son las dificultades que pueden encontrar las jóvenes o mujeres para la atención al aborto? [*marco jurídico, costo financiero, representación social cf. imagen, valores morales y religiosos, accesibilidad geográfica de los servicios de salud...*] ¿Piensa usted que hay contradicciones entre su rol como profesional de la salud, la perspectiva de salud pública y el dispositivo jurídico sobre el aborto en su país? ¿Usted ya estuvo confrontado/a personalmente a la situación de una joven o mujer que ha deseado abortar? ¿Cómo reaccionó usted? ¿Ya ha acompañado/asistido a una mujer joven o una pareja en la realización de ese deseo? ¿Por qué?

C.4 ¿Cuáles son las disposiciones jurídicas o comunitarias en materia de aborto en su país? Y según su experiencia, **¿cuál es la situación de los abortos inseguros en el distrito?**

¿Cuáles son los principales riesgos asociados a los abortos inseguros [*Riesgos para la salud de la mujer, de orden legal, consecuencias escolares, profesionales...*]? ¿Cómo es la atención de una mujer que ha abortado o ha hecho una tentativa de aborto con riesgo/clandestino? ¿Hay uno o más protocolos preconizados? ¿Esos protocolos son los mismos en las distintas estructuras de salud? ¿Según usted, los protocolos son adaptados? ¿Por qué?

¿Usted ya ha sido confrontado/a a un retraso de busca de cuidados luego de un aborto inseguro, o a casos de mujeres fallecidas por causa de un aborto inseguro? ¿Qué hace usted si descubre que una joven o mujer intentó abortar o ha abortado de forma insegura? [*cuidados, relación con los próximos, familiares, etc.*] ¿Cuáles son, según usted, las razones de una búsqueda tardía a los cuidados en tal caso? [*¿Miedo de las mujeres de ser denunciadas, estigmatizadas? ¿Consecuencias para la salud de la mujer?*]

C.5 Según usted, **¿qué se podría hacer para evitar los embarazos no deseados y luchar contra los abortos inseguros?**

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE ABORTO

C.1. ¿Qué puede decirme sobre el aborto inseguro/seguro? (*riesgos sanitarios, riesgos sociales, disposiciones jurídicas, principios morales, etc.*)

C.2. ¿Cuáles son las estrategias utilizadas para abortar?

C.3. ¿Qué hace usted si descubre que una joven intentó abortar o ha abortado clandestinamente? (*cuidados, relación con los próximos, familiares, orientaciones...*)

C.4. ¿Cuál es el papel de los hombres (padres o parejas) en las prácticas de aborto?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS AL ABORTO

D.1. ¿Qué piensa usted del aborto? (*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*) Según usted, ¿qué lleva a una joven a querer abortar? ¿Qué piensa usted de las mujeres que han hecho un aborto o que practican abortos? Según usted, si una mujer dice querer abortar, ¿qué se puede hacer y que se debe hacer para ella? (*¿orientaciones, disuasión, información para hacerlo de forma segura?*)

D.2. ¿Usted conoce casos de mujeres que han fallecido por causas de un aborto clandestino? ¿Sabe lo que ha pasado? ¿Cuáles son los cuidados médicos después de un aborto clandestino/inseguro? ¿Dónde hay que ir para esos cuidados? ¿Hay que pagar para esos cuidados?

GUÍA DE ENTREVISTA PARA OTROS ACTORES (TRABAJADORES SOCIALES)

Objetivo de la entrevista : Identificar y comprender los problemas relacionados con los embarazos no deseados (causas y consecuencias sociales), las capacidades y los límites de organización de las distintas estructuras, las representaciones de los profesionales de la salud y otros profesionales.

Personas susceptibles de ser entrevistadas : trabajadores sociales, miembros de las comunidades (agentes de salud comunitaria, líderes religiosos y/o tradicionales, autoridades administrativas, asociaciones/ONG, autoridades judiciales, etc.).

NB : Las preguntas serán adaptadas en función de los actores y del contexto.

En itálico, ejemplos de relanzamientos o precisiones para mejor delimitar la respuesta, si posible se intentará pedir ejemplos concretos teniendo en cuenta el respeto a la ética y el secreto médico.

Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.

IDENTIFICACIÓN (PARA COMPLETAR AL INICIO O AL FINAL DE LA ENTREVISTA):

¿Podría presentarse por favor?

- Tipo de informante (trabajadora social, educador social, etc.)
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Función/responsabilidades (jefe de servicio, responsable por la comunidad, etc.)
- Número de años en servicio (si función)
- Localidad
- Edad
- Religión (practicante o no practicante)

PREGUNTAS INTRODUCTORAS

A.1 ¿Desde cuándo ejerce su trabajo actual y en qué consiste principalmente su actividad?

A.2 ¿Cuáles son las principales características socio-culturales de la comunidad en la cual usted actúa/ interviene (*religión, lengua, prácticas rituales ligadas al nacimiento y otras etapas del crecimiento, incluyendo la muerte, etc.*)?

SOBRE LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS (END)

B.1 **¿Cuáles son los métodos de planificación familiar y los anticonceptivos disponibles en su distrito?** ¿Cuáles están prohibidos? Según su experiencia, ¿a qué público(s) están dirigidos esos métodos? (*Ejemplos de relanzamiento : educación sexual en la escuela, visitas de agentes de salud comunitaria, consultas ginecológicas sobre anticoncepción, acceso gratuito a la anticoncepción, inclusión de los hombres/ maridos/pareja,...*) ¿Cuáles son, según usted, los métodos/dispositivos de anticoncepción más eficaces? ¿Por qué (*puede justificar esa respuesta*)? ¿Cuáles son los actores/instituciones responsables de la implementación de esos dispositivos? (*Ministerio de la salud nivel central, nivel local, alcaldía, ONG, otros,...*)

B.2 Según su experiencia profesional o privada, ¿cómo funciona en la práctica **el acceso a la información sobre los métodos de planificación familiar y a los anticonceptivos**? ¿Todo aquel que desee obtener informaciones y anticonceptivos lo obtiene o existen eventuales dificultades/obstáculos? ¿Cuáles pueden ser esas dificultades? ¿Existen diferencias, ventajas e inconveniencias propias de cada método? ¿Existe alguna categoría poblacional que tiene un acceso menor a estos métodos y si la hay, cuál puede ser la razón? (¿Son disponibles para mujeres en unión? ¿Hay un acceso para menores, adolescentes y jóvenes? (*cf. costo financiero, representaciones sociales cf. imagen, valores religiosos, accesibilidad de los servicios de salud...*) En particular, ¿los métodos existentes son adaptados para los adolescentes y jóvenes? Si no, ¿por qué? ¿Cuáles serían los métodos adaptados (de acceso a la información como a los anticonceptivos)?)

B.3 **¿Qué piensa usted, personalmente, de los métodos anticonceptivos, cuáles son sus convicciones propias y las de la sociedad con respecto a los anticonceptivos?**

B.4 Según su percepción, ¿cuáles son las **necesidades en materia de prevención de embarazos**

ANNEXES

no deseados y de anticoncepción – en particular para los adolescentes y los jóvenes – en su área de intervención? ¿Esas necesidades están satisfechas o hay necesidades no satisfechas? ¿En qué nivel, y por qué?

Según su experiencia, **¿cuáles son las personas más vulnerables al problema de los embarazos no deseados?** ¿Por qué?

los embarazos no deseados y luchar contra los abortos inseguros?

SOBRE LA ATENCIÓN A LOS END Y A LOS ABORTOS

C.1 Durante **su experiencia** profesional o privada, ¿usted ya ha atendido el caso de una mujer (joven) que quedó embarazada sin quererlo? ¿Qué tipo de atención usted le dio? ¿Usted sintió la necesidad de ir asesorarse en otra parte (otro servicio de salud, a una ONG, instituciones de beneficencia o grupos religiosos, etc.)?

C.2 **¿Qué piensa usted, personalmente del aborto**, cuáles son sus **convicciones propias y aquellas de la sociedad** con respecto al aborto? (*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*) ¿Qué piensa usted de las jóvenes y mujeres que ante un embarazo no deseado piden abortar o que practican el aborto? Según su conocimiento, ¿cuál es el rol de los hombres ante un embarazo no deseado (parejas, padres)?

C.3 ¿Usted ya se ha encontrado en la consulta con una joven o una mujer que ha manifestado querer abortar? ¿Cómo reaccionó usted? (*Una orientación en el caso en que el aborto sea legal, una disuasión si es ilegal, algunas medidas de orden médico y/o psicológico*) ¿Ya ha acompañado/asistido a una mujer joven o una pareja en la realización de ese deseo? ¿Por qué?

C.4 ¿Cuáles son las disposiciones jurídicas o comunitarias en materia de aborto en su país? Y según su conocimiento, **¿cuál es la situación de los abortos inseguros/ clandestinos en el distrito?** ¿Cuáles son los principales riesgos asociados a los abortos inseguros (*Riesgos para la salud de la mujer, de orden legal, consecuencias escolares, profesionales, riesgo social, comunitario, familiar, emocional (estabilidad) ...*) ¿Usted conoce algún caso de mujeres que han fallecido por causa de un aborto inseguro?

C.5 Según usted, **¿qué se podría hacer para evitar**

GUÍA DE ENTREVISTA Y DISCUSIÓN PARA GRUPOS FOCALES

Los participantes :

- Grupos estratégicos previamente identificados en el distrito concernido por la investigación :
- mujeres y hombres jóvenes (15-24 años)
- promotoras de salud
- líderes comunitarios o de opinión
- Número de participantes : 6 a 7 al máximo/encuentro
- Presentación de los participantes al inicio : sexo, edad, formación, trabajo, localidad, religión

Objetivo de los encuentros : Identificar los determinantes asociados a los embarazos no deseados (END) y abortos, así como las percepciones de los END/aborto. Interés particular :

- A los discursos y percepciones de los embarazos no deseados entre los adolescentes y los jóvenes ;
- A las prácticas de prevención, de acceso a los cuidados y de atención (comunitaria y médica) en el distrito concernido.

Empezar por presentar los objetivos de la discusión

ESQUEMA DE DISCUSIÓN

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE LOS END

A.1 ¿Qué saben sobre los métodos anticonceptivos y sobre la planificación familiar (objetivo, métodos, dónde conseguir anticonceptivos, población a la cual están dirigidos, etc.)? (*Ejemplos de relanzamientos : educación sexual en la escuela, visitas de promotoras salud comunitaria, consultas ginecológicas sobre anticoncepción, acceso gratuito a los anticonceptivos, inclusión de los hombres/maridos/parejas,...*) ¿Cómo y dónde han obtenido esas informaciones?

A.2 ¿A qué métodos anticonceptivos tienen acceso los jóvenes si lo desean? ¿Los jóvenes encuentran dificultades para acceder a los anticonceptivos?

Si grupo jóvenes ¿Cuáles medios utiliza usted y cuáles son aquellos que usted no utiliza? ¿Por qué?

A.3 ¿Qué piensa usted, personalmente de los anti-conceptivos y de la planificación familiar? ¿Cuál es su opinión sobre los jóvenes que utilizan anticonceptivos?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS CON LOS END

B.1 Según usted, ¿por qué algunos jóvenes se encuentran en una situación de embarazo o de ser madre/padre sin quererlo? ¿Usted conoce a personas que han estado o que están en esa situación? ¿Cómo lo viven?

B.3 ¿Qué hace usted si una joven (usted / su novia / su hija) queda embarazada sin quererlo? ¿Dónde tiene que ir ella (CMI, otro centro de salud, *ONG, asociaciones, instituciones benéficas/religiosas, etc.*) para sus cuidados?

SOBRE LOS CONOCIMIENTOS Y LAS PRÁCTICAS EN MATERIA DE ABORTO

C.1 ¿Qué pueden decirnos sobre el aborto seguro/inseguro? (*¿cuáles son los riesgos sanitarios/sociales, disposiciones jurídicas, principios morales, clandestinos : dónde se hace? ¿Secretamente hay redes de atención seguras? etc.*)

C.2. ¿Cuáles son las estrategias utilizadas para abortar?

C.3. ¿Qué hace usted si descubre que una joven o una mujer intentó abortar o ha abortado clandestinamente? (*cuidados, relación con los próximos, familiares, orientaciones...*)

C.4. ¿Cuál es el papel de los hombres (*padres/pareja*) en las prácticas de aborto?

SOBRE LAS PERCEPCIONES RELACIONADAS AL ABORTO

D.1. Como (joven / promotora / líder de opinión,...) ¿qué piensa usted del aborto? (*¿Problema de salud pública? ¿Legitimidad de las mujeres de disponer de sus cuerpos? ¿Es moralmente condenable?*) Según usted, ¿qué lleva a una joven a querer abortar? ¿Qué piensa usted de las mujeres que han hecho un aborto o que practican abortos? Según usted, si una mujer desea abortar, ¿qué se puede hacer y que se debe hacer

ANNEXES

para ella? (*Una orientación en el caso en que el aborto sea legal, una disuasión si es ilegal, algunas medidas de orden médico y/o psicológico*)

D.2 ¿Usted conoce a personas que fallecieron por causas de un aborto clandestino? ¿Sabe lo que ha pasado? ¿Usted está al tanto de cómo es la atención y los cuidados médicos después de un aborto clandestino/inseguro? (*Local de atención,...*)

GUÍA DE ENTREVISTA CON LAS MUJERES (JÓVENES Y OTRAS MUJERES QUE TUVIERON EXPERIENCIA DE EMBARAZOS NO DESEADOS)

Objetivo de la entrevista : Médicos del Mundo (Mdm) busca comprender mejor los determinantes y las experiencias relacionadas a los embarazos no deseados (END) y a los abortos en el distrito de Villa El Salvador (Lima).

Los objetivos son identificar las necesidades no satisfechas en el tema y a los obstáculos, todo lo cual limita la prevención y la atención a los END. Esta investigación busca contribuir con la reducción de la mortalidad materna asociada a los embarazos no deseados.

Indicaciones de relanzamiento y de conducción de la entrevista

- Empezar por presentar los objetivos de la entrevista, la duración prevista y recordar la confidencialidad de la misma.
- Proponer que se firme el término de consentimiento, seguir con la entrevista.
- En un primer momento, hacer únicamente preguntas factuales, como « ¿y después?, ¿y entonces? » o pasar la palabra a la persona enfatizando lo ha terminado de decir. Dejar la entrevistada utilizar sus propias palabras.
- En un segundo momento, hacer relanzamientos temáticos abordando los temas que la persona entrevistada no ha mencionado o volviendo a las preguntas demasiado elípticas (*precisiones en itálico*).

TEMAS A EXPLORAR

EL ACONTECIMIENTO DEL END

- Cuando usted estuvo embarazada sin haberlo planeado, ¿puede contarme como eso ocurrió?
- Reacciones a la constatación del estado de embarazo
- Reacciones de la pareja y del entorno (*¿en qué momento o en cuales condiciones él fue informado, reacciones y actitudes ante el embarazo?*)
- Situación afectiva, familiar, profesional, material y financiera en el momento del embarazo.
- Proyecto[s] de tener hijo[s] (*¿Cuándo planeaba tener hijos? Cf. Después del matrimonio, con mejor situación económica, no quería tener hijos, etc.*)

- Implicación de la pareja en el/los proyecto[s]
- Embarazos anteriores eventuales no planeados
- Si el embarazo fue producto de una violación, ¿a dónde acudió? Le dieron algún método para evitar el embarazo (*AOE, Método Yuzpe?*)

PROCESO DECISIONAL :

Si ha decidido continuar con el embarazo

- ¿Cómo transcurrió el embarazo?
- ¿Consideró hacer un aborto? Motivos de la decisión de continuar el embarazo
- Reacciones de la pareja y del entorno (apoyo, rechazo, negación)
- Se controló al embarazo
- Tipos de apoyo recibidos (moral, financiero, psicológico, material, etc.)
- Actores implicados (familia, pareja, amigos, trabajadores sociales, ONG, etc.)
- Impactos sobre los estudios/la vida profesional/la vida familiar
- Dificultades encontradas

Si ha decidido abortar clandestinamente

- Cuando usted eligió abortar, ¿qué hizo usted?
- Motivos de la decisión (*¿influencia de familiares o pareja?*)
- Primer/a interlocutor/a
- Acciones emprendidas
- Elección del local de la intervención
- Estrategias utilizadas (técnicas para abortar, personas implicadas, descripción de las condiciones en las cuales se hizo el aborto o la tentativa de aborto ...)
- Dificultades encontradas (problemas de salud/ida a centro de salud)

ACCESO A LOS CUIDADOS O ATENCIÓN DURANTE EL PROCESO DEL ABORTO (SI HUBO)

- ¿Cómo llegó usted al centro de salud y qué pasó?
- Descripción del proceso que la condujo al centro de salud (*si tuvo hemorragia, ¿a dónde fue?*)
- Tipos de cuidados recibidos (*descripción de la atención médica*)
- Cobertura financiera de los cuidados (*¿Gratis? Si cuidados pagos : ¿quién pagó?*)
- Comportamiento de los profesionales de la salud (*acogida*)
- Comportamiento del entorno (familiar, pareja, amigos, si fueron informados)

ANNEXES

- Percepciones y vivencia de los cuidados
- Una vez que terminó el aborto, acudieron a un médico privado o a una ONG?

RELACIÓN A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y ANTICONCEPCIÓN (PERCEPCIONES Y USO)

- ¿Qué puede decirnos sobre la anticoncepción (o los anticonceptivos)?
- Experiencia personal de la anticoncepción [*desde el inicio de la vida sexual, insistiendo sobre la primera relación sexual*]
- Información sobre anticonceptivos [*charlas sobre sexualidad y/o planificación familiar en la familia, escuela, con la(s) pareja(s) ; estrategias de acceso a la información y a los métodos anticonceptivos*]

Si utilizaba anticoncepción en la época del embarazo no planeado [*explicación del funcionamiento inefectivo, uso de AOE*]

Si no utilizaba anticoncepción : conocimiento/consciencia del riesgo de embarazo en el momento de la relación que originó el embarazo no planeado

- Método de anticoncepción actual [*implicación de la pareja, rol del profesional (médico u otro profesional de la salud) que prescribió/recetó el anticonceptivo en la elección del método, etc.*]
- Opinión global sobre los métodos anticonceptivos [*comparación de beneficios e inconvenientes de los diferentes métodos, discursos populares,...*]
- Opinión sobre el acceso de los jóvenes y adolescentes a los métodos anticonceptivos [*discursos, acceso, dificultades, etc.*]

CONTEXTO NORMATIVO

- ¿Qué piensa usted de los END y del aborto?
- Opinión personal
- Actitud y opinión del entorno [*familiar, amical, comunitario, religioso*]
- Conocimientos sobre las disposiciones jurídicas
- Conocimientos sobre los riesgos [*sanitarios, sociales, etc.*]
- Conocimiento de personas que ya habían hecho un aborto [*explorar el contexto y las razones*]

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS PARA COMPLETAR AL FINAL DE LA ENTREVISTA

- Edad
- Nivel de estudio y grado (número de años de estudio, tipo de grado o formación)
- Religión (practicante o no practicante)
- Antecedentes de embarazos (no deseados y deseados) y aborto(s)
- Número y edad de los hija/os
- Local de residencia (ciudad/barrio)
- Tipo de seguro salud (SIS, EsSalud)

6.4. LETTRE DE VALIDATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE L'UNIVERSIDAD PERUANA



CONSTANCIA 364 - 09- 15

El Presidente del Comité Institucional de Ética (CIE) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : "Estudio transversal y análisis comparativo de los determinantes socioculturales y comunitarios de los embarazos no deseados y los abortos, especialmente en el tramo de edad entre 15 y 24 años" Estudio multipaís."

Código de inscripción : 15003

Investigadores principales : N'Koué Emmanuel Sambiéni
Alilla Brossard Antonielli

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión 3 de fecha 22 de mayo del 2015.
2. **Consentimiento Informado (adultos)**, versión recibida en fecha 21 de julio del 2015.
3. **Consentimiento informado (padres de menores entrevistados)**, versión recibida en fecha 21 de julio del 2015.
4. **Asentimiento informado (de 15 a 17 años)**, versión recibida en fecha 21 de julio del 2015.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **seis meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **23 de julio del 2016**. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 24 de julio del 2015.

Dr. José Luis Rojas Vilca
Presidente (e)
Comité Institucional de Ética en Investigación

Av. Honorio Delgado 430, Lima 31 / Apartado Postal 4314, Lima 100, Telefax: 482-4541
Teléfono: 319-0000 Anexo: 2271 / 2542
e-mail: duict@oficinas-upch.pe <http://www.upch.edu.pe/vrinve/duict/>

6.5. LES AFFICHES ANNONÇANT DES SERVICES D'AVORTEMENT [“RETRASO MENSTRUAL”]

Exemple d'une affiche annonçant une « solution immédiate pour le retard menstruel », indiquant des numéros de contact. Cette affiche était visible sur de nombreux murs et poteaux d'électricité dans la région très fréquentée autour entre la gare du métro et le centre ville de Villa El Salvador. Dans cette image, la présence au deuxième plan de la voiture de police illustre le paradoxe de la diffusion massive de ces affiches malgré le contexte national de pénalisation de l'avortement.



Photo : Alila Brossard Antonielli, 22/07/2015



**SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE**