



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO  
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE HYGIENE ET PREVENTION  
PROGRAMME NATIONAL DE SANTE DE LA REPRODUCTION



# Identification des normes sociales impactant sur la capacité des hommes à discuter de la planification familiale en République démocratique du Congo

## Application de l'outil d'exploration des normes sociales (SNET)

### Rapport final

Soumis à : Agence des États-Unis pour le développement international

Soumis par : Centre Johns Hopkins pour les programmes de communication

Accord de coopération #AID-OAA-A-17-00017

Mars 2023



**USAID**  
DU PEUPLE AMERICAIN

**Breakthrough**  
**ACTION**  
FAIRE AVANCER LE CHANGEMENT  
SOCIAL ET DE COMPORTEMENT





# **Identification des normes sociales impactant sur la capacité des hommes à discuter de la planification familiale en République démocratique du Congo**

**Application de l'outil d'exploration des normes sociales (SNET)**

**Rapport final**

# Table des matières

Remerciements .....	6
Acronymes.....	7
Résumé exécutif .....	8
Contexte .....	8
Objectifs .....	8
Méthodes .....	8
Résultats .....	9
Conclusions .....	10
Recommandations .....	10
Introduction.....	12
Comportements liés à la planification familiale .....	12
Normes sociales et planning familial .....	13
Guide et boîte à outils pour l'exploration des normes sociales (SNET) .....	14
Objectifs de l'étude .....	15
Méthodes .....	16
Trois phases de recherche .....	16
Participants à l'étude .....	18
Collecte des données .....	18
Analyse des données .....	19
Résultats.....	20
Phase 1 : Questionnaires du groupe de référence .....	20
Phases 2 et 3 : Analyse qualitative des transcriptions des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe. ....	21
Conclusion et implications .....	33
Application du SNET .....	
Implications pour la promotion de la limitation de la taille des familles.....	37
Bibliographie .....	39
Annexe 1 : Résultats du questionnaire de la phase 1 .....	40

Contact :

Breakthrough ACTION

**Johns Hopkins Center for Communication Programs**

111 Market Place, Suite 310

Baltimore, MD 21202 USA

Téléphone : +1-410-659-6300

<https://breakthroughactionandresearch.org/>

**Citation suggérée :**

Breakthrough ACTION. (2022). *Identification des normes sociales qui ont un impact sur la capacité des hommes à discuter de la planification familiale en République démocratique du Congo : Application de la boîte à outils d'exploration des normes sociales (SNET)*. Baltimore : Johns Hopkins Center for Communication Programs.

## Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier tous ceux qui ont accepté de partager leur temps et leurs réflexions avec nous au cours de cette étude. Nous exprimons notre gratitude à la direction de notre entreprise de recherche locale, Alma Research Services : Dede Aliango, ainsi que l'ensemble de l'équipe de collecte des données. Les auteurs tiennent également à remercier Ferdinand Ntoya, Thibaut Mukaba, Florent Kalenga et Yung-Ting Bonnenfant de l'Agence américaine pour le développement international (USAID) pour leurs conseils.

Ce rapport est rendu possible grâce au généreux soutien du peuple américain par le biais de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID). Le contenu est sous la responsabilité de Break-through ACTION et ne reflète pas nécessairement le point de vue de l'USAID ou du gouvernement des États-Unis.

## Acronymes

<b>BA-RDC</b>	Breakthrough ACTION RDC
<b>CSC</b>	Changement social et comportemental
<b>DPS</b>	Département provincial de santé
<b>EDS</b>	Enquête démographique et de santé
<b>IRH</b>	Institut de la santé reproductive de l'université de Georgetown (Institute for Reproductive Health)
<b>PF</b>	Planning familial
<b>PNSR</b>	Programme National pour la Santé Reproductive
<b>RDC</b>	République démocratique du Congo
<b>ReCo</b>	Relais communautaire
<b>SNET</b>	Boîte à outils d'exploration des normes sociales SNET
<b>USAID</b>	Agence des États-Unis pour le développement international
<b>USAID-UHP</b>	Projet de santé intégré USAID-IHP

# Résumé exécutif

## Contexte

La République démocratique du Congo (RDC) avance lentement dans la transition démographique. La poursuite des progrès dans la promotion de la planification familiale en RDC dépend de l'amélioration de la qualité des services et de l'offre de contraceptifs, ainsi que de l'augmentation de la demande de planification familiale parmi les couples et de l'obtention du soutien des communautés. Le manque de communication par des hommes autour de la planification familiale (PF) peut contribuer aux normes sociales qui découragent l'adoption de la planification familiale. Il s'agit notamment de l'impression que les maris et d'autres membres de la famille et de la communauté ne soutiennent pas leur utilisation de la PF, et que les membres de la famille et de la communauté exercent une pression pour avoir plus d'enfants. Cette étude examine ces influences normatives sociales et en identifie d'autres qui pourraient améliorer la capacité des hommes à avoir des conversations informées et positives avec les membres influents de la famille et de la communauté ainsi qu'avec leurs partenaires.

Les normes sociales sont des règles de comportement non écrites partagées par les membres d'un groupe ou d'une communauté donnée. Elles dictent ce que les membres d'une communauté considèrent comme un comportement typique (normal) et approprié (approuvé). Les normes sociales peuvent avoir un impact direct ou indirect sur la santé, perpétuer des pratiques néfastes ou renforcer les inégalités de genre ou autres. Le guide et la boîte à outils d'exploration des normes sociales (SNET) ont été élaborés par le projet Passages, financé par l'USAID, et l'Institute for Reproductive Health de l'université de Georgetown. Le SNET est divisé en cinq étapes primordiales, dont (1) une période de planification, qui dans cette application comprenait une analyse des causes profondes ou «arbre à problèmes» explorant les obstacles à l'engagement des hommes dans les discussions sur le planning familial avec les membres de l'équipe du programme Breakthrough ACTION-DRC, et le développement du protocole de recherche, (2) l'identification des groupes de référence, (3) l'exploration des normes sociales par le biais d'activités sélectionnées menées lors d'entretiens semi-structurés et de discussions de groupe, (4) l'analyse des résultats, et (5) l'application des conclusions.

## Objectifs

La boîte à outils pour l'exploration des normes sociales (SNET) a été testée dans des communautés d'origines religieuses différentes à Kinshasa (<https://irh.org/projects/passages/>). Cette étude a cherché à appliquer le SNET dans des villes plus petites et des zones rurales éloignées de la capitale. L'étude avait deux objectifs de recherche :

Tester et valider davantage la boîte à outils SNET dans des sites urbains et ruraux en République démocratique du Congo (RDC).

Fournir des données sur les rôles des hommes et des femmes et les normes sociales en matière de planification familiale, afin d'informer le développement d'interventions sociales et de changement de comportement à mettre en œuvre en RDC.

Ce rapport présente 1) l'expérience de l'application du SNET dans le contexte de la RDC, 2) les résultats d'une analyse qualitative participative des transcriptions des entretiens et des discussions de groupe, et 3) des recommandations pour une future communication sur le changement de comportement en matière de planification familiale en RDC, éclairées par les données sur les influences normatives.

## Méthodes

L'étude a été menée dans trois provinces, y compris un sous-district sanitaire de chacune des deux zones sanitaires urbaines et des deux zones sanitaires rurales de chaque province. La collecte des données s'est déroulée en trois phases distinctes.

La **première phase** a utilisé un questionnaire rapide sur tablette pour identifier les personnes de la communauté avec lesquelles les hommes ont déclaré être le plus à l'aise pour discuter du planning familial. À

partir de ces données, des groupes de référence ont été constitués pour chacune des zones géographiques (urbaines et rurales) des différentes provinces.

La **deuxième phase** a consisté en des entretiens semi-structurés avec un sous-échantillon de six hommes mariés et deux célibataires par province qui avaient participé aux questionnaires rapides. Les participants à l'entretien devaient répondre à une série de questions ouvertes sur leurs expériences en matière de planification familiale, leur participation au processus de planification familiale et leur perception du rôle des hommes dans ce processus.

La **troisième phase** s'est déroulée plusieurs jours après les deux premières, afin de laisser le temps aux collecteurs de données d'analyser les résultats des questionnaires de la phase 1 et de recruter des participants répondant aux critères des groupes de référence pour les groupes de discussion. Quatre groupes de discussion ont été organisés dans chacune des deux zones de santé par province, une urbaine et une rurale, avec deux types différents de groupes de référence.

## Résultats

**Phase 1 : Questionnaires des groupes de référence** - Au total, 317 hommes ont été recrutés et invités à indiquer avec qui ils se sentaient le plus à l'aise pour discuter du planning familial. Le groupe le plus cité dans toutes les provinces était les prestataires de soins de santé, à 47%. Dans les zones urbaines, ils préfèrent parler aux médecins (47 %), alors que dans les zones rurales, ils préfèrent parler aux infirmier / infirmières (66 %). Le deuxième groupe le plus cité était les amis ou les pairs (24 %), suivi des membres de la famille (20,2 %). Certaines différences ont été observées par province, les répondants de Lualaba citant le plus souvent les amis plutôt que les prestataires, et ceux du Kasai Central citant les membres de la famille (et leurs épouses en particulier) plus souvent que les amis. Parmi ceux qui ont cité le fait de parler à des membres de la famille ou d'être à l'aise pour le faire, les participants du Kasai Central et du Lualaba ont dit qu'ils étaient plus susceptibles de parler à leur partenaire, à 50% et 54% respectivement.

**Phases 2 et 3** : Analyse qualitative des transcriptions des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe.

Le comportement qui nous intéresse est l'implication des hommes dans l'espacement des naissances. Les normes qui déterminent si et avec qui les hommes peuvent discuter de la planification familiale affectent leur capacité à parler de la PF avec d'autres membres de leur communauté, influençant à leur tour leurs attitudes envers la planification familiale et leur capacité à parler de la planification familiale avec leurs épouses.

Il était clair que l'espacement des naissances était un sujet de discussion entre les hommes, et qu'il était largement compris que l'espacement des naissances avait des avantages pour la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que des avantages économiques pour la famille. Il y avait cependant une tension entre l'idée d'espacer les naissances (qui peut réduire le nombre d'enfants dans une famille, permettant aux parents d'investir plus de temps et d'argent dans chaque enfant) et l'idée que Dieu voulait que ses disciples « remplissent la terre » en ayant des familles nombreuses.

Les méthodes modernes de contraception n'ont pas été discutées comme l'élément principal de l'espacement des naissances. Au lieu de cela, les participants ont noté que l'abstinence post-partum était la principale méthode d'espacement, qui consisterait à ce que l'un des conjoints se retire du foyer pendant une période prolongée, ou à séparer les lits. Les hommes étaient largement informés de l'existence des méthodes modernes, mais sans connaissance spécifique des méthodes individuelles ou de leur fonctionnement. L'appréhension des effets secondaires a été citée par beaucoup comme une raison d'hésiter à utiliser les méthodes modernes, et les participants ont également cité d'autres résultats tels que l'infertilité et l'infidélité parmi leurs préoccupations.

De fortes normes de genre favorisant le pouvoir de décision des hommes étaient manifestes dans tous les groupes. La plupart des personnes interviewées étaient d'accord sur le fait que les femmes cherchant à utiliser des méthodes contraceptives sans l'autorisation explicite et la participation de leur mari seraient contraires aux normes sociales descriptives et injonctives. On attendait des hommes qu'ils prennent les décisions concernant l'espacement des naissances, l'utilisation d'une méthode et les méthodes sûres à utiliser.

Les discussions avec d'autres hommes étaient donc importantes pour partager les connaissances sur les expériences et éclairer la prise de décision.

Les discussions et une bonne entente entre le mari et la femme étaient également importantes pour l'accès à la contraception moderne. Si la confiance règne au sein du foyer, certains hommes ont déclaré qu'ils ne verraient pas d'inconvénient à ce que leur femme accepte une méthode contraceptive sans en avoir discuté avec lui au préalable, à condition qu'elle lui en parle par la suite. D'autres répondants ont indiqué que cette entente pourrait impliquer que la femme partage avec son mari les informations qu'elle a apprises sur la contraception afin qu'ils puissent décider ensemble d'une méthode.

Enfin, certaines sanctions sociales à l'égard de l'utilisation des contraceptifs modernes ont vu le jour. Les hommes pouvaient être considérés comme faibles ou impuissants s'ils laissaient leur femme prendre la décision sur les questions de planification familiale. Les femmes pouvaient être divorcées ou battues pour avoir usurpé l'autorité de leur mari, avec des conséquences sociales. Même les infirmières pouvaient être la cible de plaintes ou de condamnations pour avoir fourni une méthode sans l'autorisation du mari de la femme, malgré les lois contraires.

## Conclusions

L'un des objectifs de l'étude était de valider l'utilisation du SNET pour l'exploration des normes sociales. Le SNET a fourni un point de départ utile pour réfléchir à chaque phase du processus de recherche, avec l'identification rapide des groupes de référence et des modèles d'activités à incorporer dans les entretiens et les discussions de groupe, ce qui a guidé le développement du protocole et des instruments d'étude. Le SNET a réussi à aider les membres du projet à comprendre les préférences en matière d'échanges sociaux entre différents groupes de populations locales grâce à son adaptabilité au contexte local.

Les résultats de l'étude seront intégrés dans la communication sur le changement social et comportemental (SBC) qui sera mise en œuvre dans les communautés du projet. Le rapport fournit des tableaux résumant les facteurs influençant le soutien des hommes à l'espacement des naissances et à la limitation de la taille des familles, ainsi que des recommandations pour influencer ces facteurs afin d'augmenter le soutien des hommes au planning familial.

## Recommandations

Les recommandations spécifiques découlant des résultats de l'étude comprennent la mise en évidence du rôle des prestataires de soins de santé en tant qu'influenceurs sociaux et le renforcement de leurs compétences en matière de communication pour le changement de comportement par le biais de formations. Une formation sur la gestion des rumeurs et de la désinformation contribuerait également à rendre plus transparent le choix des différentes méthodes. La formation devrait également renforcer la capacité des prestataires à faire respecter les lois relatives à la santé sexuelle et génésique, selon lesquelles les femmes n'ont pas besoin de la permission de leur mari pour accepter une méthode.

Des outils devraient être développés pour soutenir la communication au sein du couple, en fournissant des informations simples sur la durée des différentes méthodes et les effets secondaires, et en proposant des questions de discussion pour que les couples puissent en parler ensemble. Cet outil pourrait être fourni aux femmes lors des consultations dans les centres de santé pour qu'elles le rapportent à leur mari, ou lors d'activités de la campagne Viva ! telles que la fête des couples.

Les messages devraient cibler les hommes et souligner leur rôle en tant que responsables du bien-être de leur famille, en promouvant les avantages des méthodes modernes pour la santé de la mère et de l'enfant, et en opposant les bénéfices des méthodes modernes aux inconvénients d'une séparation prolongée de leur femme et de leurs enfants. Il convient d'étudier la possibilité de diffuser des messages sur l'importance de soutenir sa femme et son nouveau-né en restant au foyer, tout en utilisant une méthode moderne pour éviter les grossesses rapprochées.

Utiliser les organisations communautaires pour encourager les hommes à discuter du planning familial, avec un animateur qualifié, et à partager leurs expériences et les avantages d'un espacement sain. Inclure les leaders religieux et communautaires dans les efforts de promotion du planning familial, en particulier à Sankuru où les contraintes religieuses sont des obstacles majeurs à l'utilisation de la contraception.

# Introduction

## Comportements liés à la planification familiale

La RDC avance lentement dans la transition démographique. Les données de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 2022 ne sont pas encore disponibles. Les données de l'EDS 2013-2014 ont montré un taux de fécondité total de 6,6 enfants par femme, un taux légèrement supérieur aux 6,3 mesurés lors de l'EDS 2007 [EDS]. 20,4 % des femmes utilisaient une méthode moderne de contraception dans l'EDS 2013-2014, contre 20,6 % en 2007. La poursuite des progrès dans la promotion de la planification familiale en RDC dépend de l'amélioration de la qualité des services et de l'offre de contraceptifs, ainsi que de l'augmentation de la demande de planification familiale chez les couples et du soutien des communautés.

En appliquant une optique comportementale, nous pouvons considérer le planning familial comme une série de comportements en matière de santé reproductive, survenant au cours de trois périodes : l'adolescence, les années de procréation des femmes entre 18 et 35 ans, et chez les femmes de plus de 35 ans. Les comportements pendant l'adolescence comprennent le report de l'âge du début des rapports sexuels, le report du premier mariage et de la procréation et l'utilisation de contraceptifs pendant l'adolescence. Les comportements à adopter pendant les années de forte procréation comprennent l'espacement des naissances par le biais d'un ou plusieurs des moyens suivants : abstinence post-partum, séparation des partenaires pendant le post-partum, allaitement exclusif pendant les six premiers mois du post-partum (la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée) et utilisation de contraceptifs modernes. Les comportements pertinents pour les femmes de plus de 35 ans comprennent l'utilisation de contraceptifs modernes, l'adoption de méthodes permanentes par les hommes et les femmes prenant de plus en plus d'importance dans ce groupe d'âge.

Comme le montre le tableau suivant, les indicateurs des enquêtes EDS montrent que l'adoption de comportements liés à la planification familiale est sous-optimale au cours des trois périodes. La RDC a un taux de fécondité par âge élevé et peut-être en augmentation pour les femmes âgées de 15 à 19 ans et des taux toujours élevés chez les femmes de plus de 35 ans. Environ une femme sur cinq âgée de 35 à 39 ans et une sur dix âgée de 40 à 44 ans continuent à avoir des enfants. Pendant les années de forte procréation, l'utilisation de la contraception est faible et plus d'un quart des naissances sont espacées de moins de 24 mois.

**Tableau 1.** Sélection d'indicateurs de fécondité et de planification familiale à trois périodes de la vie reproductive des femmes

Période	Indicateurs sélectionnés pour la fécondité et le planning familial	Valeurs du EDS	
		2007	2013-2014
1. Adolescence	Âge médian au premier mariage [Femmes] : 25-49 ans	18.6	18.7
	Âge médian au premier rapport sexuel [Femmes] : 25-49 ans	16.8	16.8
	Taux de fécondité par âge pour 1000 femmes, âgées de 15 à 19 ans	124	138

Période	Indicateurs sélectionnés pour la fécondité et le planning familial	Valeurs du EDS	
		2007	2013-2014
2. Principales années de procréation	Taux de fécondité total des 15-49 ans	6.3	6.6
	Femmes mariées utilisant actuellement une quelconque méthode de contraception	20.6	20.4
	Les femmes mariées qui utilisent actuellement une méthode moderne de contraception.	5.8	7.8
	Besoin non satisfait de planification familiale	26.9	27.7
	La demande de planification familiale est satisfaite par les méthodes modernes	12.2	16.3
	Naissances survenant 7-23 mois après la dernière grossesse	26.0%	27.1%
3. Femmes âgées de 35 ans et plus	Taux de fécondité par âge pour 1000 femmes, âgées de 35 à 39 ans	201	212
	Taux de fécondité par âge pour 1000 femmes, âgées de 40 à 44 ans	95	97
	Taux de fécondité par âge pour 1000 femmes, âgées de 45 à 49 ans	37	20

## Normes sociales et planning familial

Dans le monde, la hiérarchie du pouvoir et des privilèges favorise généralement les hommes par rapport aux femmes et se manifeste par des normes sociales et de genre restrictives qui influencent négativement la santé et le bien-être des femmes [Heise et al, 2019]. La littérature sur la dynamique conjugale qui influence la prise de décision en matière de santé reproductive en République démocratique du Congo (RDC) est limitée. Bien qu'une enquête nationale ait révélé que plus de la moitié des femmes du pays ont déclaré que les décisions en matière de santé reproductive étaient prises conjointement avec leur mari [EDS 2014], une enquête mobile plus récente dans cinq provinces de la RDC a révélé que seulement un tiers des adultes ont déclaré avoir pris des décisions conjointes, tandis que près de la moitié (45,6 %) des hommes interrogés ont déclaré que la décision d'utiliser une contraception était prise par lui seul [Abt Associates/Prosani USAID-IHP 2020].

Le manque de communication des hommes autour du planning familial (PF) peut contribuer aux normes sociales qui découragent l'adoption du planning familial. Il s'agit notamment de l'impression que les maris et d'autres membres de la famille et de la communauté ne soutiennent pas leur utilisation de la PF, et que les membres de la famille et de la communauté exercent une pression pour avoir plus d'enfants. Une enquête de base menée par l'USAID Integrated Health Project (IHP) sous la direction d'Abt Associates a révélé que seul un tiers des hommes ont déclaré qu'ils pouvaient utiliser la PF si aucun de leurs voisins ou amis ne le faisait, ou si les chefs religieux désapprouvaient. En outre, peu d'hommes ont déclaré avoir parlé de la PF avec des membres de leur famille tels que leur mère, leur belle-mère ou leur sœur, bien qu'ils apprécient leur opinion sur le sujet. La plupart des hommes pensaient également que leurs mères et belles-mères désapprouveraient l'utilisation de la PF, ce qui suggère une norme sociale négative perçue contre l'utilisation de la PF et peut-être un fort désir chez les hommes de se conformer à cette norme sociale perçue sans vraiment comprendre les points de vue des membres importants de la famille en raison d'un manque de communication ouverte sur le sujet. Seul un tiers des hommes ont déclaré qu'ils approuvaient eux-mêmes l'utilisation de la PF pour espacer ou limiter les rapports sexuels, et près d'un quart ont indiqué qu'ils ne savaient pas

ce qu'ils pensaient de ce sujet. En outre, les recherches indiquent que la communication entre conjoints sur la santé est limitée et que des normes omniprésentes positionnent les hommes comme décideurs, ce qui empêche l'accès des femmes aux services de santé [Muanda et al, 2016 ; Garcia-Moreno, Guedes & Knerr, 2012]. Un quart des hommes en RDC pensent que la contraception est une affaire de femmes et que les hommes ne devraient pas être impliqués [EDS 2014].

Cette étude examine ces influences sociales normatives et en identifie d'autres qui pourraient améliorer la capacité des hommes à avoir des conversations informées et positives avec les membres influents de la famille et de la communauté ainsi qu'avec leurs partenaires. Les résultats de l'étude seront intégrés dans la communication sur le changement social et comportemental (SBC) qui sera mise en œuvre dans les communautés du projet. Cette étude a combiné l'administration d'un bref questionnaire pour identifier rapidement les groupes de référence influençant le comportement des hommes en matière de planification familiale avec la collecte de données qualitatives par le biais d'entretiens semi-structurés avec des hommes mariés et non mariés et des discussions de groupe avec les groupes de référence pour fournir une image plus claire du contexte et des normes socioculturelles autour de l'espacement des naissances et des méthodes de planification familiale.

## Guide et boîte à outils pour l'exploration des normes sociales (SNET)

Les normes sociales sont des règles de comportement non écrites partagées par les membres d'un groupe ou d'une communauté donnée. Elles dictent ce que les personnes d'une communauté croient être un comportement typique (normal) et approprié (approuvé). Les normes sociales peuvent avoir un impact direct ou indirect sur la santé, perpétuer des pratiques néfastes ou renforcer les inégalités de genre ou autres [IRH SNET, 2020].

L'Exploration de Normes Sociales : un guide et une boîte à outils (SNET) a été développé par le Passages Project financé par l'USAID et l'Institute for Reproductive Health de l'Université de Georgetown. Le SNET décrit cinq phases d'une exploration des normes sociales afin d'informer le contenu des interventions visant à promouvoir des changements dans les normes sociales. Des outils et des modèles sont décrits pour chaque phase, qui sont destinés à être sélectionnés et modifiés selon les besoins.

La boîte à outils a été développée pour aider les planificateurs et les exécutants de projets à mener des activités qualitatives et participatives pour identifier les normes sociales d'intérêt pour un projet ou un programme, ainsi que les membres de la communauté qui soutiennent et sont affectés par ces normes. Breakthrough ACTION-RDC a appliqué le SNET pour mieux comprendre les normes autour de l'engagement masculin dans la PF, ainsi que pour identifier quels autres membres de la communauté peuvent influencer les décisions et actions des hommes autour de la PF. Les résultats de cette étude permettront à Breakthrough ACTION-RDC de concevoir des messages et des interventions de changement social et comportemental (CSC) plus pertinents et efficaces autour du planning familial.

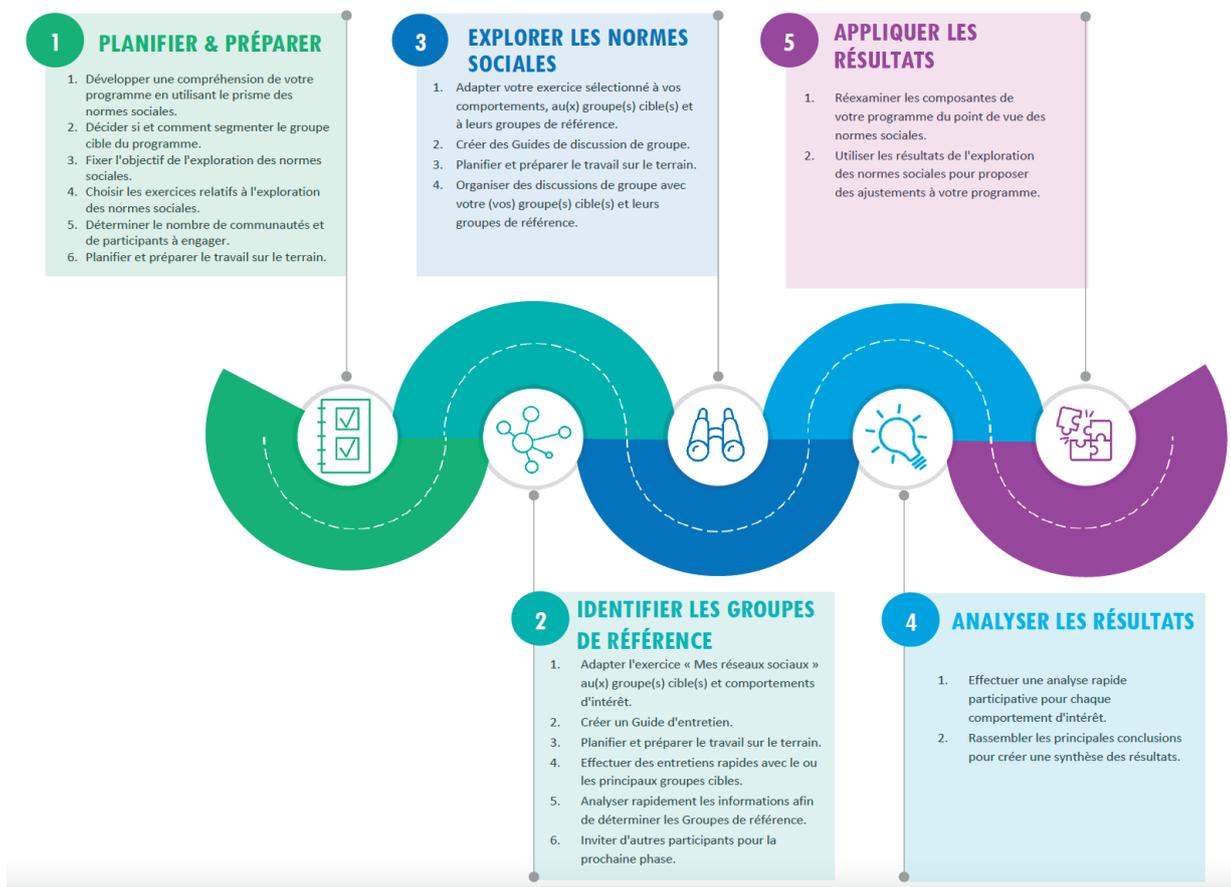
Tableau 2. Glossaire des termes clés du SNET

TERME CLÉ	DÉFINITION
<b>Comportement d'intérêt</b>	Le comportement que votre projet vise à modifier (dans ce cas, discuter de la PF avec un partenaire).
<b>Norme descriptive</b>	Ce que je pense que les autres font. Perceptions de ce que les autres font réellement, qui peuvent inciter les gens à se comporter d'une certaine manière, simplement parce que d'autres personnes le font.
<b>Normes de genre</b>	Attentes et règles perçues quant à la manière dont les individus doivent se comporter en fonction de leur identité de genre.
<b>Norme injonctive</b>	Ce que je pense que les autres attendent de moi. Perceptions d'approbation/désapprobation par les autres : par exemple, je crois que mon groupe de référence approuvera si je fais ce comportement, ou désapprouvera si je ne le fais pas.

TERME CLÉ	DÉFINITION
<b>Groupe de référence</b>	Les personnes qui comptent ou qui ont une influence sur le choix d'un individu d'adopter un comportement.
<b>Normes sociales</b>	Les règles coutumières, souvent tacites, de comportement qui coordonnent les interactions humaines dans un groupe social. Elles représentent des croyances partagées sur ce que font les autres et des attentes partagées sur ce qu'ils devraient ou ne devraient pas faire.

Le SNET est divisé en cinq étapes primordiales, dont (1) une période de planification, qui dans cette application comprenait une analyse des causes profondes ou « arbre à problèmes » explorant les obstacles à l'engagement des hommes dans les discussions sur le planning familial avec les membres de l'équipe du programme Breakthrough ACTION-DRC, et le développement du protocole de recherche, (2) l'identification des groupes de référence, (3) l'exploration des normes sociales par le biais d'activités sélectionnées menées au cours d'entretiens semi-structurés et de discussions de groupe, (4) l'analyse des résultats, et (5) l'application des conclusions.

**Figure 1.** Carte d'exploration des normes sociales (Institute of Reproductive Health, Université de Georgetown)



## Objectifs de l'étude

Le guide et la boîte à outils pour l'exploration des normes sociales (SNET) a été testée dans des communautés d'origines religieuses différentes à Kinshasa (<https://irh.org/projects/passages/>). Cette étude a cherché à appliquer le SNET dans des villes plus petites et des zones rurales éloignées de la capitale. L'étude avait deux objectifs de recherche :

Tester et valider davantage la boîte à outils SNET dans des sites urbains et ruraux en République démocratique du Congo (RDC).

Fournir des données sur les rôles des hommes et des femmes et les normes sociales en matière de planification familiale, afin d'informer le développement d'interventions sociales et de changement de comportement à mettre en œuvre en RDC.

Ce rapport présente 1) les résultats d'une analyse qualitative participative des transcriptions des entretiens et des discussions de groupe, 2) l'expérience de l'application du SNET dans le contexte de la RDC, et 3) des recommandations pour une future communication sur le changement de comportement en matière de planification familiale en RDC, éclairées par les données sur les influences normatives.

## Méthodes

### Trois phases de recherche

L'étude a été menée dans trois provinces, y compris un sous-district sanitaire de chacune des deux zones sanitaires urbaines et des deux zones sanitaires rurales de chaque province. La collecte des données s'est déroulée en trois phases distinctes. La **première phase** a utilisé un questionnaire rapide sur tablette pour identifier les personnes de la communauté avec lesquelles les hommes ont déclaré être le plus à l'aise pour discuter du planning familial. Les hommes ont été recrutés par le biais d'un processus de marche aléatoire par lequel les collecteurs de données ont choisi une rue peuplée au centre de la zone de santé et ont recruté un homme marié ou non marié dans chaque autre maison, comme indiqué dans un tableau de recrutement. Après avoir obtenu le consentement du participant, les collecteurs de données sélectionnaient une réponse dans une liste d'options comprenant un membre de la famille, un ami, un chef communautaire ou religieux, ou un prestataire de soins de santé, en fonction de la réponse du participant à la question de savoir avec qui il serait le plus susceptible de discuter du PF. Les questions de suivi demandaient aux répondants de préciser davantage le groupe de référence, par exemple en demandant quel était le lien de parenté avec le répondant et s'il s'agissait de la famille immédiate, plus âgée ou plus jeune, du côté maternel ou paternel de la famille, ou d'un conjoint. Les questions sur les amis demandaient s'ils appartenaient à un groupe religieux, à un groupe communautaire, au travail ou à un voisin. Les leaders communautaires ont été répartis entre les leaders de groupes professionnels et les leaders religieux. Les prestataires de santé comprenaient les médecins, les infirmières, les sage-femmes, les pharmaciens et les agents de santé communautaires (ReCos). A partir de ces données, des groupes de référence ont été construits pour chacune des zones géographiques (urbaines et rurales) dans les différentes provinces.

La **deuxième phase** a consisté en des entretiens semi-structurés avec un sous-échantillon de six hommes mariés et deux célibataires par province qui avaient participé aux questionnaires rapides. Les participants à l'entretien ont été invités à répondre à une série de questions ouvertes concernant leurs expériences en matière de planification familiale, leur participation au processus de planning familial et leur perception du rôle des hommes dans ce processus. Les intervieweurs ont également présenté aux participants un scénario fictif basé sur des événements réels (une « vignette ») et leur ont demandé de répondre à des questions sur le processus décisionnel suivi par les personnages. L'objectif de cette technique était de comprendre les moteurs derrière un ensemble très spécifique de comportements. Il était également prévu que les hommes parlent plus franchement d'une situation hypothétique que de leurs propres expériences. Les entretiens ont duré environ une heure et demie, ont été menés en face à face et ont fait l'objet d'un enregistrement audio.

La **troisième phase** s'est déroulée plusieurs jours après les deux premières, afin de laisser le temps aux collecteurs de données d'analyser les résultats des questionnaires de la phase 1 et de recruter des participants répondant aux critères du groupe de référence pour les groupes de discussion (voir le tableau 2 ci-dessous), en collaboration avec les relais communautaire (ReCo) qui avaient été formés au processus de recrutement. Quatre groupes de discussion ont été organisés dans chacune des deux zones de santé par province, une urbaine et une rurale, avec deux types différents de groupes de référence. Par exemple, dans la zone de santé urbaine de Lualaba, deux groupes de discussion ont été organisés avec des pairs (hommes âgés de 15 à 39 ans s'ils sont mariés, et de 18 à 39 ans s'ils sont célibataires) et deux avec des médecins.

**Tableau 3.** Groupes de référence participant aux groupes de discussion de la phase 3 par province et par géographie urbaine ou rurale

PROVINCE	URBAIN	RURAL
Kasai Central	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amis (de la population concernée) = hommes âgés de 15 à 39 ans.</li> <li>Médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Épouses (de la population d'intérêt) = femmes mariées âgées de 15 à 39 ans.</li> <li>Infirmiers</li> </ul>
Lualaba	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amis (de la population concernée) = hommes âgés de 15 à 39 ans.</li> <li>Médecins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amis (de la population concernée) = hommes âgés de 15 à 39 ans.</li> <li>Épouses (de la population d'intérêt) = femmes mariées âgées de 15 à 39 ans.</li> </ul>
Sankuru	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amis (de la population d'intérêt) = hommes âgés de 15 à 39 ans.</li> <li>Infirmiers</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les chefs religieux</li> <li>Infirmiers</li> </ul>

L'objectif des groupes de discussion était de comprendre comment les groupes de référence communiquent leurs attitudes, leurs croyances et leurs comportements en matière de planning familial aux hommes qu'ils influencent. Les discussions de groupe comprenaient deux activités du SNET, une partie de la vignette utilisée au cours de la phase 2, et une activité appelée « les 5 pourquoi » qui divisait les participants en petits groupes et, avec un facilitateur, les amenait à analyser la cause profonde d'un des quatre comportements liés à l'engagement des hommes dans le planning familial. Les participants ont été invités à donner une raison pour laquelle un comportement était ou n'était pas pratiqué, et le facilitateur a ensuite demandé pourquoi ce facteur ou cette raison existait de cette manière, et ainsi de suite jusqu'à ce que le facilitateur ait demandé « pourquoi » cinq fois. Le tableau suivant illustre une série de questions « pourquoi » dans le guide du groupe de discussion.

Tableau 4. Exemple de séquence de questions « pourquoi » abordées par les groupes de discussion au cours des groupes de réflexion

Le groupe de travail 1 discutera des questions :
<ol style="list-style-type: none"> <li>Certains hommes ne parlent pas à leur femme ou à leur partenaire du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir au total pour leur famille. Pourquoi cela ?</li> <li>Lorsqu'un couple a décidé d'utiliser le PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi cela ?</li> </ol>
Le groupe de travail 2 discutera des questions :
<ol style="list-style-type: none"> <li>Certains hommes ne parlent pas à leur femme ou à leur partenaire du temps qu'ils souhaitent attendre avant d'avoir des enfants. Pourquoi cela ?</li> <li>Lorsqu'un couple a décidé d'utiliser le PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi cela ?</li> </ol>
Le groupe de travail 3 discutera des questions :
<ol style="list-style-type: none"> <li>Certains hommes ne sont pas ceux qui lancent les conversations sur le PF avec leur femme ou leur partenaire. Comment cela se fait-il ?</li> <li>Lorsqu'un couple a décidé d'utiliser le PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi cela ?</li> </ol>

## Participants à l'étude

La principale population concernée par cette étude était les hommes mariés âgés de 15 à 39 ans dans les trois provinces du Kasai Central, du Lualaba et du Sankuru. Les hommes célibataires âgés de 18 à 39 ans constituaient une population secondaire. Environ 75 hommes mariés et 25 hommes non mariés par province, soit 317 hommes au total, ont été recrutés pour le questionnaire rapide, et un sous-ensemble d'entre eux (6 hommes mariés et 2 hommes non mariés par province) a été invité à participer aux entretiens semi-structurés. Pour les discussions de groupe, deux groupes de référence de 6 participants chacun ont été sélectionnés par site, ce qui donne 8 groupes de référence, soit 48 participants, par province.

**Tableau 5.** Méthodes et bases de sondage

PHASE	MÉTHODE DE COLLECTE DES DONNÉES	OBJECTIF	POPULATION	N
1	Questionnaire rapide, sur tablette	Identifier les groupes de référence qui influencent les hommes en matière de planification familiale	Hommes mariés et non mariés âgés respectivement de 15 à 39 ans et de 18 à 39 ans	317
2	Entretiens semi-structurés en face à face	Examiner comment les normes sociales affectent l'implication des hommes dans le PF ; Examiner les expériences des hommes en matière de planification familiale, leur participation au processus de planification familiale et leur(s) perception(s) du rôle de l'homme dans ce processus.	Hommes mariés et non mariés âgés respectivement de 15 à 39 ans et de 18 à 39 ans	24
3	Discussions de groupe avec les groupes de référence identifiés	Comprendre comment les groupes de référence communiquent leurs attitudes, leurs croyances et leurs comportements en matière de planification familiale aux hommes qu'ils influencent.	Amis (de la population d'intérêt) = hommes âgés de 15 à 39 ans Épouses (de la population d'intérêt) = femmes mariées âgées de 15 à 39 ans. Infirmiers Médecins Les chefs religieux	144

## Collecte des données

La collecte des données pour cette étude a eu lieu du 11 mars au 1er avril 2022. Tous les collecteurs de données et les superviseurs ont été formés à la recherche sur des sujets humains. Compte tenu de la pandémie de COVID-19 en cours, des précautions ont été prises, notamment le masquage et une brève évaluation des symptômes et de l'exposition potentiels. La formation des collecteurs de données a eu lieu en personne dans les bureaux de Breakthrough ACTION à Kinshasa, et le personnel a accompagné la société de recherche locale, ALMA Research Services, pour un pré-test des instruments dans le quartier de Ndjili à Kinshasa. Le personnel de Breakthrough ACTION, les responsables d'ALMA et les représentants du Programme National de Santé Reproductive (PNSR) ont supervisé les collecteurs de données dans chacune des trois provinces.

ALMA a programmé des questionnaires rapides sur des tablettes pour recueillir des données sur les groupes de référence dans chaque zone de santé. Les données qualitatives issues des entretiens semi-structurés et

des discussions de groupe ont été enregistrées en audio, puis transcrites et traduites mot à mot en français pour l'analyse. Les entretiens et les discussions de groupe ont été menés en français, en tshiluba, en lingala ou en swahili, selon la préférence des participants. Deux sections de 5 minutes choisies au hasard dans chaque transcription ont été vérifiées et validées par rapport à l'audio par un « transcripteur expert » pour en vérifier l'exactitude. Si ce réviseur avait des doutes sur la qualité de la transcription, le reste de la transcription était alors examiné et renvoyé pour corrections.

La collecte des données de cette étude s'est heurtée à plusieurs difficultés. Au cours de la phase 1, les personnes chargées de la collecte des données ont constaté que de nombreux hommes n'étaient pas à la maison au moment de la journée où elles recrutaient les participants. Les collecteurs de données sont retournés dans les mêmes maisons l'après-midi ou le soir du même jour, ou ont demandé à d'autres membres du foyer quand les hommes seraient à la maison. Il y a également eu des défis logistiques, certaines provinces n'ayant qu'un seul vol par semaine, et des retards dans les activités de recherche en raison du mauvais état des routes et des conditions pluvieuses. Certaines équipes de collecte de données ont dû consacrer une journée entière à se rendre au département provincial de la santé (DPS) pour présenter l'étude et obtenir l'approbation des autorités sanitaires locales. Enfin, les personnes chargées de la collecte des données ont rencontré des difficultés lorsqu'elles ont essayé de réunir un groupe de discussion composé de prestataires de soins de santé, tant pour les médecins que pour les infirmières. Compte tenu de la rareté des prestataires dans certaines zones de santé et de leurs horaires conflictuels, il s'est avéré difficile de trouver un moment qui convienne à six prestataires à la fois.

## Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée dans le cadre d'un atelier participatif de 5 jours, réunissant les collecteurs de données, le personnel du programme Breakthrough ACTION-RDC et des représentants du ministère de la Santé pour lire les transcriptions et discuter des thèmes et des idées émergentes, d'abord par site, puis par province, et enfin en séance plénière. Avant l'atelier, un processus de codage inductif a été entrepris avec un sous-ensemble de transcriptions à l'aide d'ATLAS.ti et les codes élaborés au cours de ce processus ont été regroupés en thèmes généraux. Au même moment, les notes de l'activité « 5 pourquoi » ont été organisées en thèmes par un deuxième membre de l'équipe de recherche, et les thèmes ont été comparés entre les deux exercices. Les six thèmes principaux ont été partagés avec les participants à l'atelier d'analyse des données pour validation et ajout de tout autre thème significatif et récurrent lors de la lecture des transcriptions.

On a demandé à chaque participant de lire deux transcriptions d'entretiens semi-structurés et de discuter de ses conclusions avec un partenaire à qui on avait confié des transcriptions provenant de la même province et de la même région géographique (urbaine ou rurale). De petites équipes de quatre participants ont été chargées de lire les transcriptions de chaque province, et se sont réunies pour discuter en groupe des similitudes et des différences entre les zones urbaines et rurales. Les groupes se sont également engagés dans le développement de sous-thèmes (avec des citations à l'appui) pour chaque grand thème.

Après le premier jour de l'atelier, les participants ont fourni un retour d'information et ont validé les thèmes généraux, ce qui incluait la division de deux des thèmes en leurs composantes distinctes et la suggestion de deux thèmes supplémentaires. Le même processus a été utilisé pour analyser les transcriptions des discussions de groupe, et à la fin de l'atelier, les petits groupes ont présenté leurs conclusions sur toutes les données qualitatives de leur province au reste du groupe pour discussion. À l'issue de ce processus, toutes les données et analyses réalisées ont été validées en séance plénière par l'ensemble de l'équipe. Des recommandations ont été proposées pour l'application future de ces données aux interventions de PF dans une approche d'adaptation et d'apprentissage.

# Résultats

## Phase 1 : Questionnaires du groupe de référence

Dans les trois provinces de l'étude, un total de 317 hommes ont été recrutés en porte-à-porte pour participer aux questionnaires du groupe de référence. 75,4 % des hommes étaient mariés et tous avaient entre 15 et 39 ans, avec un âge moyen de 29 ans. Les caractéristiques démographiques des participants à la phase 1 sont présentées dans le tableau 5. Les résultats de ces questionnaires ont permis de construire des groupes de référence dans chaque province.

**Tableau 6.** Caractéristiques démographiques des répondants de la phase 1

(N=317)	N	%
Âge en années		
15-19	32	10.1%
20-24	64	20.2%
25-29	62	19.6%
30-34	73	23.0%
35-39	86	27.1%
ÉTAT CIVIL		
Marié à	239	75.4%
Non marié	78	24.6%
PROVINCE		
Kasai Central	105	33.1%
Lualaba	101	31.9%
Sankuru	111	35.0%

On a demandé aux hommes d'indiquer avec qui ils se sentaient le plus à l'aise pour discuter de planning familial. Pour chaque province et site géographique (urbain/rural), différentes bases de sondage ont été élaborées. Le tableau 6 montre le groupe le plus cité (vert) suivi du deuxième groupe de référence le plus cité (jaune). Le groupe le plus cité dans toutes les provinces est celui des prestataires de soins de santé (47 %). La majorité des personnes ayant cité des prestataires de soins de santé dans les zones urbaines ont déclaré qu'elles étaient plus à l'aise pour parler de planning familial avec des médecins (47 %), alors que les répondants des zones rurales étaient plus à l'aise pour parler avec des infirmières (66 %), peut-être parce qu'il y a moins de médecins dans ces zones. Le deuxième groupe le plus cité est celui des amis ou des pairs (24%), suivi des membres de la famille (20,2%). Les prestataires de santé sont très appréciés dans la communauté en raison de leur formation, de leur expertise et de leurs connaissances en matière de planning familial. Un participant a déclaré :

« Parce que le médecin est un homme de métier qui connaît mieux, il connaît les avantages et les désavantages de la planification familiale, parce que le médecin connaît ça il va expliquer à son client, ce couple là pourquoi vous choisissez cette méthode ici, cette méthode donnera tel ou tel avantage, il va vous aider à protéger la santé, à économiser l'économie du papa, ça va vous donner la bonne santé, ça va vous aider à scolariser les enfants ; vous allez voir qu'un médecin est un homme écouté et bien expérimenté » - groupe de discussion avec des hommes, site urbain, Sankuru

Certaines différences ont été observées par province, les répondants de Lualaba citant le plus souvent les amis plutôt que les prestataires, et ceux du Kasai Central citant les membres de la famille (et leurs épouses en particulier) plus souvent que les amis. Parmi les répondants qui ont déclaré qu'ils seraient plus à l'aise

pour parler de la planification familiale à leurs amis, ceux du Kasai Central étaient aussi susceptibles de dire qu'ils parlaient à des amis du travail/du groupe professionnel (36%) ou à leurs voisins (36%), tandis que ceux du Lualaba étaient plus à l'aise pour parler à des amis d'un groupe communautaire (53%) et ceux du Sankuru étaient plus susceptibles de citer des amis des cercles religieux (42%). Il n'y a pas de différence entre les réponses des citadins et des ruraux, la tendance générale étant d'être le plus à l'aise pour parler à des amis appartenant à des groupes communautaires (39%). Parmi ceux qui ont cité le fait de parler à des membres de la famille ou d'être à l'aise pour le faire, les participants du Kasai central et de Lualaba ont dit qu'ils étaient plus susceptibles de parler à leur partenaire, à 50% et 54% respectivement. A l'inverse, aucune des personnes interrogées à Sankuru n'a déclaré qu'elle serait la plus susceptible de parler à son conjoint, indiquant plutôt qu'elle serait la plus susceptible de discuter de la planification familiale avec d'autres hommes de sa famille immédiate, tels que ses frères (50%) et ses pères (42%).

**Tableau 7.** Types de membres de la communauté avec lesquels les hommes se sentent à l'aise pour discuter de planning familial.

	GROUPE DE RÉFÉRENCE CITÉ - % (N)					TOTAL
	MEMBRE DE LA FAMILLE	AMI	LEADER COMMUNAUTAIRE OU RELIGIEUX	PRESTATAIRE DE SOINS DE SANTÉ	AUTRE/NE SAIT PAS	
Kasai Central	24.8% (26)	13.3% (14)	7.6% (8)	52.4% (55)	1.9% (2)	100% (105)
Lualaba	25.7% (26)	37.6% (38)	4% (4)	26.7% (27)	6% (6)	100% (101)
Sankuru	10.8% (12)	21.6% (24)	6.3% (7)	60.4% (67)	0.9% (1)	100% (101)
Total	20.2% (64)	24% (76)	6% (19)	47% (149)	2.8% (9)	

## Phases 2 et 3 : Analyse qualitative des transcriptions des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe.

Le champ d'application du planning familial

Parmi les spécialistes de la santé génésique, le planning familial a une portée très large. Il concerne l'ensemble de la vie reproductive des femmes, de la ménarche à la ménopause, et les femmes célibataires, mariées, divorcées et veuves. Les méthodes contraceptives comprennent les méthodes temporaires à court et à long terme, ainsi que les méthodes permanentes. Le planning familial peut avoir toute une série d'objectifs, allant du report du début de la procréation à la promotion de l'éducation des femmes, en passant par l'espacement des naissances, la limitation de la taille de la famille et la diminution de la mortalité maternelle chez les femmes âgées. Cependant, la portée du planning familial communiquée par les participants aux entretiens et aux groupes de discussion était plus étroite et restreinte, et est indiquée par la zone ombragée dans la colonne centrale de la Figure 2.

**Figure 2.** Portée du planning familial communiquée lors des entretiens et des groupes de discussion (colonne centrale - zone grisée)



L'essentiel de la compréhension du « planning familial » chez les différents types de participants à l'étude était l'espacement des naissances chez les femmes mariées, soit par l'abstinence post-partum, soit par des méthodes modernes de contraception à court et long terme. Les besoins des adolescentes et des autres femmes célibataires plus jeunes, ainsi que des femmes en fin de vie, ont rarement été évoqués lors des entretiens et des groupes de discussion.

La série d'échanges suivante, issue d'un groupe de discussion avec des infirmiers dans une zone de santé rurale, illustre cette conception dominante de la portée du planning familial, à savoir que le planning familial concerne principalement l'espacement des naissances pour les femmes mariées. Il s'ensuit que le rôle principal des prestataires de soins de santé est d'expliquer l'espacement des naissances et d'instruire les couples sur la manière d'espacer leurs naissances. Dans les entretiens et les groupes de discussion, il apparaît souvent que « l'espacement des naissances » et le « planning familial » sont synonymes ou interchangeable.

**Tableau 8.** Discussion sur l'espacement des naissances lors d'un groupe de discussion avec des infirmières rurales

- E** : Et les hommes qui vous fréquentent qu'est-ce qu'ils connaissent déjà ? Quelles sont les notions qu'ils ont sur la planification familiale ?
- G5** : Ils savent que la planification c'est ce qui lui donne le moyen de pouvoir espacer les naissances. Entre deux enfants, qu'est-ce qu'un homme peut faire pour que les enfants soient espacés. Peut-être que quelqu'un d'autre a une idée, oui G1.
- G1** : Hein.
- E** : G1 allez-y parlez.
- G1** : Nous apprenons à espacer les naissances parce que beaucoup d'hommes le forcent. Pour les naissances lorsqu'elles ne sont pas espacées, les enfants souffrent de la malnutrition parce que l'espacement n'a pas été respecté.
- E** : Et les hommes de cette communauté qu'est-ce qu'ils connaissent comme leçon ?
- G1** : Nous leur apprenons et ils ont commencé à créer un peu d'espace entre les enfants.
- E** : Oui, c'est comme si, c'est comme si quelqu'un d'autre, oui G2
- G2** : Oui, en matière de planification familiale,
- E** : La voix. Oui.
- G2** : A chaque fois nous menons des séances éducatives pour les instruire sur comment espacer les naissances.

Groupe de discussion avec des prestataires dans le Sankuru rural

## Avantages de l'espacement des naissances

Les transcriptions soulignent une plus grande connaissance des avantages de l'espacement des naissances en général, plutôt que des avantages de méthodes contraceptives spécifiques. Au cours de l'atelier d'analyse des données, de nombreux avantages ont été classés en quatre grandes catégories : avantages fonctionnels, avantages sociaux, avantages économiques et avantages pour la santé.

Parmi les avantages fonctionnels, les participants à l'étude ont souligné l'amélioration des conditions de vie générales (logement, vêtements, nourriture, etc.) et la probabilité accrue d'avoir des enfants bien éduqués. Un participant note,

« C'est important que nous puissions espacer pour bien voir comment nous pouvons faire bien grandir les enfants et les faire étudier qu'ils peuvent être utiles à la société » -homme, site urbain, Kasai Central

Les déclarations des infirmiers renforcent la base de cette prestation,

« si nous n'adhérons pas à cette méthode on aura assez des difficultés puisque pour avoir des enfants, beaucoup d'enfants, pour les scolariser, le nourrir ça pose problème, mais grâce à vos méthodes ici les épargnent compte tenu de leurs vies sociales » – groupe de discussion avec des infirmiers, site urbain, Sankuru

Grâce à l'espacement des naissances, les familles peuvent se débrouiller plus facilement et les ressources sont moins limitées. Cet avantage semble être connu à la fois dans la communauté et chez les prestataires. Les avantages sociaux comprennent une famille équilibrée avec une communication ouverte qui favorise la santé des enfants. Les avantages sociaux s'étendent également en dehors de la famille, car ces familles équilibrées sont admirées au sein de la communauté. Un participant à un groupe de discussion décrit,

« Parce que quand ils vont suivre le conseil, ils vont espacer les naissances, les enfants auront la bonne santé, la maman bonne santé, les parents, le papa aussi en bonne santé, Alors ça sera un couple modèle, un couple de référence ou l'entourage peut parfois demander des conseils » -homme, site urbain, Sankuru

Les couples sont conscients que l'espacement des naissances peut réduire la charge financière de l'unité familiale. La charge financière est parfois mentionnée en premier, suivie des avantages pour la santé et la nutrition de l'enfant.

« C'est important quand vous espacer les naissances ce que même un peu d'argent vous pouvez épargner à la maison » – homme, site rural Lualaba

« Ok. Ces gens ont retenu que dans la vie il faut seulement espacer puis que si vous n'espacer pas il y aura seulement des dépenses dans la maison et même la maman n'aura pas hein, une bonne santé, les enfants aussi, l'autre qui est maintenant en main et la maman est tombée enceinte. Et l'enfant qui est en main qui, qui est en train d'allaiter, de téter aura des difficultés pour sa croissance. Maintenant l'enfant va tomber malade en tout temps, en tout temps. Il y aura des divorces dans la maison. Et les gens sont maintenant, ont maintenant la compréhension. Ils fréquentent maintenant le centre de santé pour apprendre les différentes méthodes là de planification familiale. » - groupe de discussion avec des infirmiers, site rural Sankuru

Les avantages de l'espacement des naissances pour la santé des mères et des enfants sont largement compris. Un participant explique,

« Espacer les naissances pour que les enfants qu'ils vont faire soient en bonne santé et éviter certaines maladies » - homme, site rural, Kasai Central

Dans les groupes de discussion, les infirmières ont également soutenu ce sentiment,

« Ce qui va leur arriver c'est l'espacement des naissances parce que cette femme pourra se reposer. Elle aura une bonne santé » - groupe de discussion avec des infirmiers, site rural, Sankuru

Le rétablissement des femmes après l'accouchement a été mentionné à plusieurs reprises comme un avantage important du planning familial. En améliorant la santé maternelle, on renforce également l'unité familiale. Les messages soulignent l'importance de protéger les femmes et les mères,

« Ils ont les informations selon lesquelles, la première chose c'est de protéger la femme ; parce que, si elle ne donne pas naissance tout le temps ; selon son cycle d'accouchement, elle sera forte physiquement durant plusieurs années ; là, ils ont déjà cette information. ... ça nous l'avons enseigné, l'importance, c'est que la femme va vivre pendant plusieurs années ; la deuxième chose, c'est faire grandir ces enfants-là dans une bonne santé et les faire bien étudier ; ce sont là les grandes choses, les avantages » - groupe de discussion avec des prestataires, site rural, Kasai Central

La plupart des avantages du planning familial mentionnés se situent au niveau de la famille. Cela indique que les avantages qui renforcent et favorisent l'état de l'unité familiale sont les plus pertinents dans ces communautés.

## Normes relatives à l'espacement des naissances

Trois catégories de comportements pour l'espacement des naissances ont été mentionnées, au-delà de l'utilisation de contraceptifs modernes : 1) L'absence du mari / partenaire masculin pendant la période du post-partum ou l'absence de la femme qui vient d'accoucher pendant la période du post-partum, 2) L'abstinence de relations sexuelles par la séparation des lits, ou par l'homme cherchant des relations avec d'autres femmes. L'utilisation des méthodes naturelles comme respectant le cycle de la femme. L'allaitement maternel exclusif / méthode d'aménorrhée lactationnelle, n'était pas mentionnée que quelques fois, et certaines déclarations sur l'allaitement maternel étaient erronées. Les deux premières catégories (absence et abstinence) ont été décrites à la fois comme des normes descriptives (ce que les gens font) et des normes injonctives (ce que les membres de la communauté recommandent aux gens de faire). Elles sont également toutes deux parfois discutées comme faisant partie de la tradition ou de la culture.

**Tableau 9.** Options d'espacement des naissances décrites dans les entretiens et les groupes de discussion

POSSIBILITÉ D'ESPACER LES NAISSANCES	EXEMPLES
<p>1) Absence du mari / partenaire masculin pendant la période du post-partum ou absence de la femme qui vient d'accoucher pendant la période du post-partum.</p> <p>2) Abstinence de relations sexuelles par séparation des lits, ou par l'homme cherchant des relations avec d'autres femmes.</p>	<p><b>P</b> : un autre peut aller en voyage pour qu'il se crée un écart afin que l'enfant reste grandir ;</p> <p><b>E</b> : ouais, un autre peut aller en voyage ; oui maman ,</p> <p><b>P</b> : un autre peut épouser une autre femme ; pour que, pendant que l'enfant grandit, il soit chez une autre femme ;</p> <p><b>E</b> : ok, un autre peut épouser une autre femme ; une autre idée, quelle méthode,...</p> <p><b>P</b> : un autre peut seulement rester et dire que, nous sommes déjà des grandes personnes ; que l'enfant grandisse ; il est là, il s'abstient mais il est là.</p> <p>Groupe de discussion avec des femmes, site rural, Kasai Central</p>

<p>3) Méthodes des cycles des règles et d'allaitement exclusif / d'aménorrhée lactationnelle</p>	<p>« Avant ou après, quand la femme à donner naissance, savoir de quelle façon elle voit les règles, pour que toi tu commences à compter pour que vous espacez selon les cycles de ses règles » - Groupe de discussion avec pairs, site urbain, Lualaba</p> <p>L'allaitement exclusif n'est pas compris comme une méthode d'espacement des naissances. L'allaitement maternel est même considéré comme potentiellement dangereux pour l'enfant :</p> <p><b>P</b> : vous êtes beaucoup disputer avec votre femme dans la maison vous avez un bébé, vous allez remarquer que cet enfant là il va beaucoup tomber malade, il peut même mourir.</p> <p><b>E</b> : hun hum !</p> <p><b>P</b> : donc c'est une méthode...c'est un temps pendant lequel la femme allaite l'enfant, elle lui donne ses hormones elle les transmette dans l'enfant ! et maintenant quand elle transmet ses hormones là avec beaucoup des soucis, cela va affaiblir certaines de ses fonctionnements qu'elle est en train de donner à l'enfant et le corps de l'enfant ne va pas répondre convenablement, et l'enfant peut faire quoi ? cela peut rendre l'enfant malade, l'enfant peut mourir.</p> <p>Groupe de discussion avec pairs, site urbain, Lualaba</p>
--	--

### Normes relatives à la taille de la famille

Des valeurs communautaires contradictoires, l'une promouvant l'espacement des naissances et l'autre encourageant les familles nombreuses, compliquent les perceptions du planning familial et donc les messages. Le planning familial visant à limiter la taille de la famille n'a pas été signalé ou décrit par les participants à l'étude. Ainsi, les « normes relatives à la limitation de la taille des familles » ne constituent pas un thème identifiable dans les données. Dans certains groupes de discussion avec des hommes, il y avait une franche hostilité à la limitation de la taille de la famille, parfois basée sur les enseignements des églises. Le concept de « remplir la terre » a été mentionné dans certains groupes de discussion avec des hommes ruraux, un concept manifestement en contradiction avec la limitation de la taille des familles. Le seul qui puisse limiter la taille des familles est Dieu. . Il y avait aussi la croyance par certaines églises que la contraception est un péché.

« Les préservatifs, pour les catholiques, ils les refusent ça catégoriquement...Selon les informations que j'ai pour eux celui qui utilise le préservatif c'est comme quelqu'un qui a fait un avortement parce qu'on a jeté les spermatozoïdes » -Groupe de discussion avec des infirmiers, site urbain, Sankuru

**Tableau 10.** Discussion sur la limitation de la taille de la famille lors de deux groupes de discussion avec des hommes

<p><b>E</b> : Est-ce que même à l'église on n'apprend pas de notions de planification des naissances ?</p> <p><b>P</b> : A l'église on dit « mettez au monde autant que vous pouvez ». Avorter c'est un péché. Il faut seulement mettre au monde pour remplir la terre.</p> <p>Groupe de discussion avec des hommes dans le Lualaba rural</p>
---

**P** : dans des églises ils disent que : Dieu avait dit remplissons la terre,

**E** : la terre, remplissons

**P** : et donc on n'a pas intérêt et ils disent c'est diabolique, ils ont diabolisé l'espace par exemple des... des enfants par des méthodes qu'on peut appliquer aujourd'hui ou demain par exemple les préservatifs, les injections, les pilules, ils disent c'est dia...c'est strictement diabolique parce que Dieu a dit « venez remplissez la terre, donc quand vous êtes en couple, vous devez mettre au monde. »

**E** : ok !

**P** : Que Dieu lui-même arrête les naissances,

**E** : ok que Dieu lui-même arrête les naissances.

Groupe de discussion avec des hommes dans le Lualaba urbain

Alors que certains couples qui utilisent le planning familial pour espacer les naissances sont considérés comme une famille modèle au sein de la communauté, d'autres participants ont noté qu'il existe toujours le désir d'avoir de nombreux enfants. Une participante du Kasai Central explique un inconvénient majeur d'avoir un seul enfant,

« Parce qu'il pense que, avoir beaucoup d'enfants c'est un avantage, il se dit que l'un d'entre eux se souviendra de moi ; s'il en a un, il ne va pas se souvenir de lui » - femme, site rural, Kasai Central

Connaissance des contraceptifs modernes, combinaison de méthodes

Un autre thème identifié lors de l'atelier d'analyse des données était la connaissance, ou le manque de connaissance, des différents contraceptifs modernes. Les prestataires de soins de santé et les hommes eux-mêmes ont indiqué que les hommes en particulier étaient mal informés sur les contraceptifs modernes. Ils ne connaissaient pas l'ensemble des méthodes, ni les caractéristiques, y compris les avantages et les risques, des différentes méthodes de contraception individuelles.

Les méthodes les plus mentionnées étaient les contraceptifs à longue durée d'action (implants et injections), les préservatifs et les DIU. Les méthodes de sensibilisation au cycle menstruel étaient parmi les moins mentionnées. À Sankuru, le préservatif était la méthode moderne la plus mentionnée, tandis qu'au Kasai central et à Lualaba, c'est l'implant qui était le plus fréquemment mentionné. En outre, les participants de Sankuru ont mentionné les injections plus fréquemment que les participants des autres provinces.

**Tableau 11.** Méthodes contraceptives mentionnées par province

	PRÉSERVATIF	DIU	IMPLANTATION	INJECTION	MÉTHODE DU RYTHME
Kasai Central	100	37	125	28	0
Lualaba	71	40	122	39	2
Sankuru	192	35	142	45	10
Total	363	112	389	112	12

De nombreuses tendances parmi les différentes méthodes étaient similaires dans les zones rurales et urbaines ; cependant, les injections étaient plus fréquemment mentionnées dans les zones rurales et les stérilets étaient plus fréquemment mentionnés dans les zones urbaines.

**Tableau 12.** Méthodes contraceptives mentionnées par la désignation rurale/urbaine

	PRÉSERVATIF	DIU	IMPLANTATION	INJECTION	MÉTHODE DU RYTHME
Rural	148	46	180	61	8
Urbain	215	66	209	51	4

Ces résultats diffèrent des données de l'EDS 2013-2014 où les méthodes les plus fréquemment citées par ordre d'importance sont le préservatif masculin, les injectables, la pilule, la stérilisation féminine et le préservatif féminin. Selon l'EDS 2013-2014, la méthode de planning familial moderne la plus utilisée à Lualaba (anciennement Katanga) était le préservatif masculin, suivi des injectables. Le préservatif masculin était également la méthode moderne la plus utilisée à la fois dans le Sankuru et le Kasai central. Le repartitionnement en 2015 a pu modifier légèrement ces résultats mais le préservatif masculin reste la principale méthode de planification familiale citée.

Grâce à l'atelier d'analyse des données, les groupes ont pu approfondir l'analyse de ce thème dans les transcriptions. Les participants à l'atelier ont noté que la plupart des participants à l'étude connaissaient le concept général de planification familiale en tant que méthode d'espacement des naissances, mais qu'il y avait peu de mentions de la multitude de mécanismes disponibles et un manque de discussion approfondie sur les spécificités des méthodes. Un infirmier du Kasai Central décrit,

« Il y en a qui connaissent, d'autres doutent. Pour les enseignements, sur cent pour cent, septante-cinq pour cent ont déjà cette connaissance » - groupe de discussion avec des infirmiers, site rural, Kasai Central

« Ils savent dans la théorie mais pas dans la pratique » - homme marié, site rural, Lualaba

Si la plupart des participants à l'étude étaient conscients des avantages des méthodes modernes de contraception, cette connaissance générale des avantages n'équivaut pas nécessairement à une compréhension exhaustive de toutes les méthodes disponibles. Lors d'un entretien semi-structuré, un mari de la région rurale de Lualaba fait remarquer,

« Les méthodes, on les enseigne mais, nous les connaissons mais il est difficile de les énumérer » - homme marié, site rural, Lualaba

Bien que les informations sur la pléthore de méthodes de planning familial disponibles puissent être partagées avec les membres de la communauté, la présentation ou la communication actuelle n'est peut-être pas le moyen le plus efficace d'impliquer les hommes et peut conduire à une surcharge d'informations. En outre, l'atelier d'analyse des données a révélé des écarts de connaissances entre les hommes et les femmes. Selon les médecins interrogés, les femmes sont plus informées et connaissent mieux les méthodes de planning familial. Les hommes en savent beaucoup moins, en partie à cause de leur manque d'intérêt :

« Oui, je disais que les hommes connaissent peu parce qu'ils sont aussi moins intéressés » - groupe de discussion avec des prestataires, site urbain, Kasai Central

« Nous savons bien que les hommes de notre communauté ont de la connaissance sur la planification familiale, parce que ce ne sont pas eux qui portent les grossesses, ils sont, ils adhèrent avec une certaine négligence du fait que la grossesse selon certains hommes est l'affaire de la femme, néanmoins il y a des hommes qui adhèrent et qui accompagnent leurs femmes pour les méthodes de la planification familiale. » - groupe de discussion avec des infirmiers, site urbain, Sankuru

Ces résultats illustrent la nécessité de diffuser des messages clairs sur toutes les méthodes de planning familial disponibles dans un format facile à digérer, en mettant l'accent sur les hommes de la communauté.

## **Préoccupations concernant les contraceptifs modernes**

Les participants à l'étude discutent à la fois des effets secondaires physiques et des risques sociaux des méthodes modernes de planification familiale. Le risque social est défini comme le risque pour les relations sociales actuelles et futures possibles, par exemple lorsque l'utilisation d'un contraceptif moderne par une femme entraîne des relations tendues avec son mari et sa famille (Eaves 2014). Au cours de l'atelier d'analyse des données, les participants ont souligné les risques sociaux, plus précisément, diverses mentions du stress conjugal comme préoccupation du planning familial. Si, sur la base des avantages mentionnés précédemment, le recours au planning familial peut sembler avoir un effet bénéfique sur les relations maritales, les discussions avec les participants à l'étude révèlent toutefois que le planning familial peut présenter des risques pour la stabilité des mariages. Un participant explique,

« ça sera des tensions avec les conséquences que ces tensions-là pourraient aboutir à des néfastes tels que les séparations, ou soit la non jouissance dans ce foyer-là. » Homme, site urbain, Lualaba

Les préoccupations concernant la séparation, le divorce et la prostitution sont toutes mentionnées comme des risques sociaux par les participants à l'étude. Les soignants sont également conscients des préoccupations de la communauté concernant les conséquences sociales possibles, note un infirmier,

« Ça se produit chez nous parce que plusieurs femmes, lorsqu'elle choisit une méthode pour espacer les naissances, derrière ça, elle va se mettre à se prostituer. C'est pourquoi l'homme dit, il faut que je choisisse moi-même » - groupe de discussion avec des infirmiers, site rural, Sankuru

« Il doit connaître les méthodes favorisant la femme à faire la prostitution. C'est-à-dire que pour l'homme quand la femme prend une méthode pour lui la femme n'aura plus peur de faire la prostitution. » - group de discussion avec des hommes, site urbain, Sankuru

Ces préoccupations concernant les risques sociaux peuvent contrebalancer ou annuler complètement l'appréciation des avantages de l'espacement des naissances et du planning familial. Ces préoccupations ne sont pas facilement abordées par les professionnels de la santé. En plus des préoccupations concernant les risques sociaux, il existe une inquiétude considérable concernant les effets secondaires physiques des méthodes modernes de planning familial. Les inquiétudes concernant les effets secondaires vont de la maladie,

« S'ils se suivent, ils peuvent attraper d'autres maladies » - homme, site urbain, Lualaba

Au cancer,

« Il peut accepter et le cancer se manifeste et d'après maladies qui peut créer des problèmes dans la famille » - homme, site urbain, Lualaba

À des saignements excessifs,

« C'est la femme et qui perd du sang, elle peut mourir » - homme, site urbain, Kasai Central

Ces préoccupations concernant les effets secondaires physiques peuvent être liées aux données de l'EDS 2013-2014 sur les choix et les informations sur les méthodes contraceptives. Bien que cela varie en fonction de la méthode utilisée, seulement 57 % des utilisatrices de méthodes modernes ont déclaré avoir été informées des effets secondaires ou des problèmes pouvant survenir lors de l'utilisation de la méthode. L'absence de soins complets pourrait contribuer à la diffusion d'informations erronées et de rumeurs concernant les effets secondaires physiques. Les résultats de cette étude indiquent que la communauté connaît bien les avantages de la planification familiale, mais qu'elle a de nombreux doutes quant à ses conséquences, d'où une inquiétude et une hésitation générales.

## Normes de genre

La norme la plus répandue en matière de genre est celle du rôle de l'homme en tant que chef de famille. Dans ce rôle, l'homme est le décideur final lorsqu'il s'agit de savoir s'il faut ou non avoir un autre enfant plus tôt que prévu, et quelle méthode contraceptive sa partenaire doit utiliser, le cas échéant. Dans de nombreux cas, le mari peut souhaiter avoir d'autres enfants, alors que sa partenaire, qui supporte la charge de l'éducation des enfants et de la grossesse, est encline à attendre. Selon une femme mariée dans le Kasai central rural,

« L'homme veut avoir beaucoup d'enfants, et il se dit que si la femme reçoit la méthode, elle ne me donnera pas beaucoup d'enfants » - femme, site rural, Kasai Central

De même, un autre participant a fait remarquer que le désir de l'homme d'avoir de nombreux enfants met la femme dans la position de trouver des moyens d'espacer ou de limiter la procréation. Au lieu de collaborer, leurs objectifs reproductifs s'opposent.

« Pour enfanter c'est l'homme. Mais pour retarder c'est la femme qui dit non nous devons chercher des préventions. » - homme marié, site urbain, Sankuru

Dans les situations où les hommes refusent que leurs femmes utilisent des contraceptifs, certaines femmes trouvent d'autres moyens d'accéder à la contraception à l'insu de leur mari.

« Il n'accepte pas. C'est alors qu'on va parler avec les amies à côté. Ah bon c'est comme ça que toi tu fais. Oui, ne dis rien à ton mari. Va te faire injecter. Ça sera comme entre chaque naissance. Alors les naissances deviennent espacées. » - groupe de discussion avec les femmes, site urbain, Lualaba

La religion renforce également ces normes de genre, en soutenant l'autorité des hommes dans le foyer, et en renforçant leur rôle dans les décisions concernant le moment d'avoir plus d'enfants et la taille de la famille. Il a été fait référence aux enfants comme étant un don de Dieu, et un homme a noté que l'autorité d'un homme sur sa femme vient de Dieu,

« La Parole de Dieu dit que la femme soit soumise à la parole de son mari ; comment ça fait-il, tu es responsable, la femme est le fruit de tes côtes » - homme, site urbain, Kasai Central

Compte tenu de la plus grande autorité dont jouit le mari, ses préférences concernant le nombre d'enfants et le recours à la contraception priment sur les désirs de la femme. Le rôle de l'homme en tant que chef de famille signifie également qu'il est responsable du bien-être de sa femme et de ses enfants. Certains participants considèrent les femmes comme faibles ou mal informées, et donc incapables de choisir une méthode contraceptive sûre pour elles. Si une femme devait subir des effets secondaires suite à l'utilisation d'une méthode contraceptive, l'homme serait responsable, qu'il ait participé ou non au choix de la méthode. Par conséquent, de nombreux maris peuvent considérer que leur rôle dans le choix d'une méthode contraceptive consiste à s'assurer que leur partenaire n'est pas exposée à quelque chose qui pourrait être dangereux. Une femme a expliqué,

« Parce que la femme peut aller se choisir une méthode dont elle n'a pas de maîtrise, l'homme dans ses promenades peut avoir plus de maîtrise sur les méthodes que la femme, la femme peut prendre l'implant ou le dépôt ou c'est ce qui avait des conséquences chez la femme de l'ami à son mari, elle peut prendre confiance sans en connaître les conséquences, et lorsqu'il y aura des conséquences, l'homme va commencer à lui dire : 'voilà tu étais allée prendre de n'importe quoi, voilà ce qui t'arrive aujourd'hui' ». - femme, site rural, Kasai Central

Un homme marié à Sankuru a donné un raisonnement similaire, déclarant,

« Parce que c'est moi l'homme. Ma femme, c'est toujours une femme. Elle a un esprit faible, vous entendez » - homme marié, site rural, Sankuru

Dans les deux cas, la femme est considérée comme le sexe faible, qui doit être protégé des méthodes dangereuses ou malsaines et de sa propre ignorance des conséquences potentielles. Le mari étant responsable du bien-être de son foyer, toute conséquence négative du choix de sa partenaire d'utiliser une méthode de planification familiale, comme le coût de la visite au centre de santé ou du traitement, lui incombera.

Comme les normes sociales positionnent unanimement le mari comme le chef de famille, tout effort de sa partenaire pour prendre en main la planification familiale peut être considéré comme un défi à son autorité. Lors d'un groupe de discussion avec des médecins à Lualaba, un homme a déclaré,

« Il y a certains hommes qui se disent si la femme... choisissait d'elle-même la méthode, c'est comme qui dirait l'homme ne se sent pas, l'homme ne se sent pas considéré comme responsable ... du foyer » - groupe de discussion avec des prestataires, site urbain, Lualaba

Un participant d'un autre groupe de discussion à Lualaba était d'accord,

« Moi, je pense qu'il est difficile que la femme prenne elle-même des décisions. Ça sera comme si, moi je n'ai plus de voix d'autorité dans la maison devant la femme » - homme, site rural, Lualaba

Ce défi à l'autorité s'est avéré s'étendre jusqu'à l'infirmière ou au médecin qui a fourni la méthode. C'est ce qu'a déclaré un homme marié dans le Kasai Central rural,

« Si elle fait une telle chose sans me consulter, et la personne qui lui a placé ça, je vais tous leur porter plainte pour qu'ils m'expliquent comment ils sont arrivés à faire une telle chose sans me consulter » - Homme marié, site rural, Kasai Central

Même si, légalement, les femmes sont autorisées à adopter des méthodes de planification familiale sans le consentement de leur mari, des normes sexospécifiques largement répandues qui prônent l'autorité mascu-

line empêchent les femmes d'accéder à ces méthodes, et peuvent même conduire certains prestataires de soins à refuser de fournir une méthode sans la présence du mari. Une participante a dit :

« Parce que même à notre centre, tu arrives on te demande, tu es venue de toi-même ou vous vous êtes entendus avec le mari ; si tu dis que, je suis venu de moi-même, on ne va pas te mettre le plastique ou te donner les médicaments ; ils vont te dire que, va demander à ton mari que vous veniez avec lui, c'est alors que nous allons te donner les médicaments ; comme tu es venu toi-même, on ne va pas te donner ; ils te disent cela » - groupe de discussion avec des femmes, site rural, Kasai Central

Alors que les participants étaient largement d'accord pour dire que l'homme devait avoir le dernier mot sur l'utilisation d'une méthode de planification familiale, ils étaient généralement d'accord pour engager un dialogue en tant que couple.

« Généralement ça se fait comme ça pour que le mari reste le seul responsable de la femme, parce qu'elle ne peut le faire elle-même, ça doit être dans l'ensemble ; elle doit partager d'abord l'information avec son mari, parce qu'elle ne sait pas si le mari va approuver son avis ou pas, tu ne peux utiliser directement non. » - homme célibataire, site urbain, Sankuru

Ce dialogue pourrait impliquer que la femme recueille des informations sur une méthode et les partage avec son mari, pour qu'il donne son approbation. Par ailleurs, un homme a fait remarquer que si une femme se voyait proposer une méthode au centre de santé, il lui serait permis de l'accepter, à condition qu'elle rentre ensuite chez elle et partage les informations sur la méthode qu'elle a reçue avec son mari :

« Moi je vois que si, il y a une entente entre l'homme et la femme ; la femme ne peut pas aller au centre et revenir sans dire, là où j'étais parti c'était comme ça ; on se retrouve avec elle me ramène mon livret ; là au centre là, on m'a injecté le médicament pour trois mois ; lorsque les trois mois s'achèvent, elle va encore au centre là, pour renouveler ; il n'y a pas de problème. » - homme, site urbain, Kasai Central

Il existe également un soutien pour les hommes qui accompagnent leurs femmes au centre de santé.

« Il y en a d'autres qui acceptent ok, comme il accompagne sa femme au centre, c'est bien. Un tel homme sera toujours bien vu, parce qu'il le fait pour son foyer et non pour le foyer de quelqu'un d'autre. » - homme marié, site rural, Kasai Central

Un homme qui accompagne sa femme au centre de santé sera perçu de manière positive car il sera considéré comme un mari responsable veillant au bien-être de sa famille, remplissant son rôle de chef de famille.

## **Sanctions pour ceux qui agissent contrairement aux normes sociales**

Dans le SNET, une sanction s'oppose à une récompense. Les récompenses sont « les avantages à suivre la norme », tandis que les sanctions sont « les conséquences du non-respect de la norme ». L'analyse des récompenses et des sanctions permet de répondre à la question « Pourquoi les gens se conforment-ils aux normes sociales » et aide à décortiquer la « boîte noire » du fonctionnement des normes.

Au cours de l'atelier d'analyse participative des données, il y a eu une certaine confusion quant à savoir si les sanctions faisaient référence aux conséquences négatives d'un comportement donné en général, par opposition aux sanctions sociales qui ont trait à la désapprobation ou à la punition par les autres membres de la communauté. Pour compliquer davantage la situation, la gamme de significations de la sanction en français diffère de celle de l'anglais.

Néanmoins, les participants à l'atelier ont été en mesure d'identifier plusieurs sanctions sociales, conformément à la définition du SNET. Un grand nombre de ces sanctions sont liées à l'accès des femmes aux méthodes de planification familiale sans le consentement de leur mari. Les sanctions sociales imposées au mari, qu'elles soient liées à sa faiblesse perçue ou à son manque d'autorité face à sa femme qui prend en main le planning familial, ou qu'elles soient dues à la pression sociale qui l'incite à avoir beaucoup d'enfants, peuvent le pousser à demander le divorce. La vignette présentée aux participants lors des entretiens et des discussions de groupe impliquait un couple qui n'était pas d'accord sur l'utilisation d'une méthode. La femme, Safi, voulait utiliser une méthode, tandis que son mari, Mbuyi, n'était pas sûr. De nombreuses réponses à ce scénario indiquaient que si le couple ne parvenait pas à se mettre d'accord, cela serait un motif de divorce :

« Pas toutes qui vont accepter, vous venez de dire au premier tour ici que quand la femme aussi s'est déjà donné l'injection, et moi aussi comment ont dit là c'est du mensonge ! Je ne peux pas accepter, je suis sur un point capital même s'il dise quoi ils vont finir toujours par le divorce, parce que la femme aussi à déjà refuser d'écouter l'homme. » - homme, site urbain, Lualaba

Le manque de fertilité des femmes peut également être un lien entre le désaccord ou l'utilisation « non autorisée » de la PF et le divorce et les soupçons d'infidélité.

« ...il y a toujours des conséquences, il y a toujours des conséquences, elle peut aller comme ça et la date expire mais elle ne conçoit plus et si vous venez m'apprendre cela, je ne la savais pas cela va encore créer des problèmes dans le foyer » - homme célibataire, site rural, Lualaba

Certains participants aux groupes de discussion ont affirmé que les femmes qui n'écoutent pas leur mari seraient mal vues, insinuant que ce comportement serait un motif de divorce, « infidélité et déséquilibre » (médecin, Lualaba urbain) ou même violence physique. Ainsi, il existe un risque de désapprobation de la communauté résultant de normes qui positionnent la femme comme subordonnée aux souhaits de son mari, dans le cas où elle semble agir contrairement à ses souhaits.

« L'homme peut se fâcher si sa femme ne l'écoute plus...l'homme peut penser à prendre une autre femme. Comme il constate que sa femme est devenue incompréhensive, il pourrait penser à prendre une autre femme. » - groupe de discussion avec des infirmiers, site rural, Sankuru

Les attentes sociales concernant les mesures que les hommes pourraient prendre face à une femme considérée comme non coopérative peuvent renforcer les normes qui empêchent les femmes d'assumer la responsabilité de leur propre reproduction. Dans certains cas, l'acceptation par la communauté de la violence sexiste peut également renforcer l'adhésion à la norme selon laquelle les femmes s'en remettent à la volonté de leur mari en matière de planification familiale. Un homme a raconté : « ...ma femme m'a manqué du respect et j'avais tabassé... » (homme, site urbain, Lualaba). Si ces conséquences n'atteignent pas en soi le niveau des sanctions sociales, elles résultent de normes descriptives sur ce qu'un autre mari pourrait faire si sa femme ne l'écoutait pas ou choisissait d'utiliser une méthode de planification familiale sans son accord, ainsi que de normes injonctives sur ce que sa communauté attendrait de lui dans une telle situation.

Les femmes n'étaient pas les seules à être sanctionnées pour avoir enfreint les normes sociales. Les hommes pouvaient également être ridiculisés s'ils utilisaient le planning familial, étant considérés comme « impuissants, incapables de se reproduire » (homme, site urbain, Sankuru), ou laissant leur femme décider d'une méthode sans eux. Lorsqu'on lui a demandé ce que la communauté dirait d'un homme qui aurait écouté sa femme et accepté son choix de méthode, un homme a expliqué : « il sera vu comme un homme lâche, même chez lui à la maison, les gens n'y arriveront pas » (homme, site rural, Kasai Central). Cependant, une sanction opposée existait parmi certains répondants, avec un groupe d'hommes dans le Lualaba rural disant qu'un homme qui refusait d'accepter le planning familial pour sa femme lorsque la grossesse mettait sa vie en danger (en raison de la possibilité d'une grossesse tubaire) était « pire qu'un criminel - c'est comme s'il envoyait sa femme à la mort ».

**Tableau 13.** Description de la désapprobation d'un homme qui ne donne pas la priorité à la santé de sa femme.

**P :** on avait fait son mari que si ta femme arrive encore... à faire quoi a mettre au monde, donc ta femme va mourir, pourquoi pas qu'on avait expliqué qu'elle avait des problèmes de trompes et si par ci par là. Bon alors, il a fallu qu'on puisse... c'est pourquoi on a rien entendu c'est un père ... son père là était venu chez mon père ici demander les idées, donc son mari en question. Oui, oui. Bon mon père avait dit bon si c'est là. Et dans l'intérêt au moins de sauvegarder sa vie

**E :** hum

**P :** ah, ça, c'est nécessaire, vraiment...ils sont revenus à l'hôpital et ils ont accepté hein après la man-là ne met pas au monde oui, bon, mais dans ...le cas là-bas. Dans les cas contraire, si ces monsieur-là n'acceptent pas. Eeeeh faire ça au moins de des faire sa faveur là à sa femme.

**E :** hum hum

**P :** avec ça on doit il était, il est pire qu'un criminel.

**E :** oui, il est pire qu'un criminel.

**P :** oui oui, il est pire qu'un criminel, c'est comme s'il l'envoie sa femme à la mort (homme, site rural, Lualaba)

Les infirmiers étaient également une cible potentielle de désapprobation et de suspicion d'infidélité, comme l'a observé un homme,

« Par exemple si la femme y va seule comme ça sans son mari et que son mari l'apprenait, il peut porter plainte que l'infirmier est sorti avec ma femme, ou l'infirmier triche avec ma femme, ou pourquoi il a fait à ma femme sans m'avertir, on va condamner les infirmiers. » –homme célibataire, site rural, Kasai Central

Les infirmiers pourraient être condamnées aux yeux de la communauté pour avoir fourni des méthodes contraceptives à une femme sans l'autorisation de son mari, créant ainsi un obstacle aux soins pour les femmes dont les maris sont opposés à l'utilisation de méthodes de planning familial.

# Conclusion et implications

## Application du SNET

L'un des objectifs de l'étude était de valider l'utilisation du SNET pour l'exploration des normes sociales. Le SNET a fourni un point de départ utile pour réfléchir à chaque phase du processus de recherche, avec l'identification rapide des groupes de référence et des modèles d'activités à incorporer dans les entretiens et les discussions de groupe, ce qui a guidé l'élaboration du protocole et des instruments de l'étude. En outre, le SNET est un outil relativement simple dans son application. Il a réussi à aider les membres du projet à comprendre les préférences dans les échanges sociaux entre différents groupes de populations locales grâce à son adaptabilité au contexte local. La phase 1, avec son analyse rapide des différents groupes de référence ancrée dans les réponses des hommes locaux, a permis d'adapter l'étude pour recruter les populations les plus influentes autour du PF sur chaque site.

Le codage inductif a confirmé que l'approche informée par le SNET a donné lieu à des discussions sur les normes et les sanctions sociales dans les transcriptions, en particulier sur l'espacement des naissances et les normes de genre. Cependant, malgré l'accent mis sur les normes dans la méthodologie, les données qualitatives collectées reflétaient une gamme de facteurs qui s'étendaient de l'individuel au structurel en passant par le social. Si le SNET permet d'examiner l'impact des facteurs sociaux sur un comportement d'intérêt, l'application formelle de la boîte à outils exige un engagement continu pour maintenir l'accent sur les facteurs normatifs et une compréhension partagée des normes sociales par les participants à toutes les étapes du processus. Les forces et faiblesses spécifiques de chaque caractéristique méthodologique de la SNET sont présentées dans le tableau suivant.

Tableau 14. Forces et faiblesses de chaque caractéristique méthodologique de la SNET

MÉTHODE SNET	AVANTAGES DE CETTE MÉTHODE	MENACES SUR LA VALIDITÉ	IDÉE OU RECOMMANDATION CLÉ
<b>Méthode 1 : Identification des groupes de référence</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Analyse rapide des membres de la communauté que les hommes considèrent comme influents dans leur comportement vis-à-vis du PF ;</li> <li>Les groupes de référence peuvent être adaptés par site</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les groupes identifiés ne se limitaient pas aux groupes de référence, mais comprenaient d'autres sources d'information sur le PF, comme les prestataires de soins de santé et les RECO.</li> </ul>	Les hommes ne sont pas seulement influencés par les normes sociales, mais aussi par leur connaissance des méthodes de PF. Des critères d'inclusion pour les groupes de référence doivent être élaborés
<b>Méthode 2 : Vignette d'un couple prenant des décisions sur le PF</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Présente un scénario spécifique auquel il faut répondre ;</li> <li>Les hommes peuvent se sentir plus à l'aise pour répondre à des questions sur un personnage hypothétique.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Certains aspects du scénario étaient confus ou mal compris ;</li> <li>Certains hommes peuvent ne pas se sentir à l'aise pour répondre à certaines questions.</li> </ul>	Les futures applications du SNET devraient garder la vignette courte et simple.
<b>Méthode 3 : Groupes de discussion avec des groupes de référence spécifiques au site</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Triangulation entre les perceptions des hommes sur ce que les autres membres de la communauté attendent d'eux, et ce que ces personnes influentes attendent réellement ;</li> <li>Des groupes de référence différents peuvent avoir des normes différentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les groupes identifiés ne se limitaient pas aux groupes de référence, mais comprenaient d'autres sources d'information sur le PF, comme les prestataires de soins de santé et les RECO.</li> </ul>	Les prestataires de soins de santé tels que les médecins et les infirmières, bien qu'ils ne constituent pas nécessairement des groupes de référence, sont néanmoins au courant des normes sociales en vigueur dans leurs communautés et y sont soumis.

MÉTHODE SNET	AVANTAGES DE CETTE MÉTHODE	MENACES SUR LA VALIDITÉ	IDÉE OU RECOMMANDATION CLÉ
<b>Méthode 4 : Exercice de « 5 pourquoi »</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Approfondir pour déterminer les causes profondes des normes ou des comportements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dans de nombreux cas, les « 5 pourquoi » fournis étaient plutôt 5 réponses distinctes au « pourquoi » initial, au lieu de creuser les normes sous-jacentes.</li> </ul>	<p>Cet exercice était trop compliqué, obligeant le modérateur à décider sur place des raisons les plus liées aux normes ;</p> <p>Les modérateurs n'étaient pas des experts en normes sociales.</p>
<b>Méthode 5 : Atelier d'analyse participative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Collaboration entre les différentes parties prenantes ;</li> <li>Discussion entre codeurs pour comparer et contraster les résultats des sites urbains et ruraux ;</li> <li>Validation des thèmes ;</li> <li>Synthèse collaborative des informations clés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Le cadre des normes sociales n'est pas intuitif et certains concepts ont été mal compris ;</li> <li>Temps insuffisant pour l'analyse</li> </ul>	<p>Si les participants ne considèrent pas les normes sociales comme une priorité, il est difficile de maintenir l'accent sur les facteurs sociaux ;</p> <p>Les ateliers doivent durer plus de 5 jours ou être basés uniquement sur un sous-ensemble de données.</p>

Le personnel du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) qui a participé à l'étude a reconnu la valeur et l'applicabilité du SNET au contexte de la RDC. Ils ont fait des recommandations pour l'application des résultats de l'étude à la promotion de la planification familiale en RDC. Ils ont également plaidé pour la communication des résultats aux parties prenantes à chaque occasion. Pour le PNSR, réussir à atteindre les hommes et à obtenir leur soutien pour la planification familiale a le potentiel d'augmenter considérablement l'acceptation et l'utilisation de la planification familiale. Ces hommes peuvent être atteints par le biais de leurs réseaux familiaux, religieux et communautaires, et de leurs lieux de travail tels que les associations locales et professionnelles, les églises, les groupes de parents et ou les cercles de chefs religieux. En outre, le PNSR a noté l'importance de la collaboration entre le gouvernement et les dirigeants locaux pour faciliter la promotion des activités de planning familial.

## Implications pour la promotion de l'espacement des naissances

L'espacement des naissances est considéré comme synonyme de planning familial par beaucoup ou la plupart des participants à l'étude. Les avantages de l'espacement des naissances pour la mère et l'enfant sont largement reconnus et les normes liées à l'espacement des naissances ont été facilement obtenues. Le tableau suivant résume les résultats sur les facteurs influençant le soutien des hommes à l'espacement des naissances. Les couples cherchent à espacer les naissances par des méthodes non contraceptives et contraceptives, comme le montre le tableau suivant.

**Tableau 15.** Facteurs influençant le soutien des hommes à l'espacement des naissances

RÉSULTAT COMPORTEMENTAL	ESPACEMENT DES NAISSANCES SANS CONTRACEPTIFS MODERNES	ESPACEMENT DES NAISSANCES AVEC LES CONTRACEPTIFS MODERNES
<b>Options pour atteindre le résultat</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une femme reste chez ses proches après l'accouchement et retarde son retour au foyer</li> <li>• Un homme migre ailleurs pour trouver du travail après un accouchement</li> <li>• Un homme et une femme dorment dans des lits séparés</li> <li>• L'homme entretient des relations avec d'autres femmes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraceptifs modernes, le plus souvent Condom, implant, injection, DIU, (Tableaux 11 et 12)</li> </ul>
<b>Facteurs liés aux connaissances qui influencent les résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissances et idées fausses sur l'allaitement maternel</li> <li>• Manque de connaissance de la méthode d'aménorrhée lactationnelle comme option</li> <li>• Manque de connaissance de la durée optimale de l'espacement.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissance de l'ensemble des méthodes, ainsi que des avantages et des risques de chaque méthode.</li> <li>• Rumeurs et informations erronées sur les effets secondaires des contraceptifs, y compris les effets sur la fertilité.</li> <li>• Manque de connaissance de la durée optimale de l'espacement.</li> </ul>
<b>Groupes les plus influents pour les hommes en ce qui concerne les résultats comportementaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires de soins de santé, famille et amis (tableau 7)</li> <li>• La famille et les amis ont une influence particulière sur les méthodes de séparation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestataires de soins de santé, famille et amis (tableau 7)</li> <li>• Les prestataires de soins de santé ont une influence particulière sur le choix de la contraception.</li> </ul>
<b>Normes sociales influençant les résultats comportementaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une période d'abstinence post-partum doit être observée.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes ne devraient pas commencer à prendre des contraceptifs sans la connaissance et la permission de l'homme.</li> </ul>
<b>Facteurs favorisant le respect des normes sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'espacement des naissances et l'abstinence post-partum sont considérés comme meilleurs pour la santé et la nutrition de la mère et du bébé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'espacement des naissances est considéré comme meilleur pour la santé et la nutrition de la mère et du bébé</li> </ul>
<b>Facteurs favorisant la non-conformité aux normes sociales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La norme favorisant l'abstinence post-partum est considérée comme favorisant l'infidélité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'utilisation cachée de contraceptifs suscite des inquiétudes quant à l'infidélité</li> </ul>

Certaines recommandations spécifiques à l'espacement des naissances et au planning familial en général sont énumérées dans le tableau suivant.

**Tableau 16.** *Recommandations pour renforcer le soutien des hommes à l'espacement des naissances*

RÉSULTAT COM- PORTEMENTAL	ESPACEMENT DES NAISSANCES SANS CONTRACEPTIFS MODERNES	ESPACEMENT DES NAISSANCES AVEC LES CONTRACEPTIFS MODERNES
<p><b>Recommandations spécifiques au résultat comportemental</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traiter des forces et des faiblesses des méthodes non contraceptives d'espacement des naissances, notamment dans le programme d'enseignement destiné aux zones rurales.</li> <li>• Inclure les guérisseurs traditionnels dans les formations sur le planning familial, les informer et les utiliser comme acteurs de la promotion des méthodes non contraceptives et contraceptives dans leurs communautés respectives ;</li> <li>• Promouvoir l'allaitement maternel exclusif, combattre les idées fausses à son sujet et expliquer son rôle potentiel dans l'espacement des naissances dans les programmes et campagnes de formation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les prestataires de soins de santé à leur influence sociale et à leur capacité à promouvoir le changement des normes sociales, et renforcer leurs compétences en matière de communication pour le changement de comportement.</li> <li>• La formation des prestataires médicaux et non médicaux en matière de planning familial / contraceptifs modernes et de communication pour le changement social et comportemental devra être intensifiée ;</li> <li>• Inclure un module sur la gestion des rumeurs et de la désinformation dans le programme de formation au planning familial et initier les prestataires cliniques et communautaires à cette approche ;</li> </ul>

RÉSULTAT COM- PORTEMENTAL	ESPACEMENT DES NAISSANCES SANS CONTRACEPTIFS MODERNES	ESPACEMENT DES NAISSANCES AVEC LES CONTRACEPTIFS MODERNES
<b>Recommandations relatives aux deux résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Étudier les moyens d'adapter des techniques de communication qui ne menacent pas les hommes, ni ne les amènent à croire que leur pouvoir et leur autorité sont remis en cause, et qui respectent les aspects du genre dans le contexte actuel ;</li> <li>Populariser la loi sur la santé sexuelle et reproductive dans le pays pour faciliter son respect par les populations locales, et renforcer l'auto-efficacité des prestataires de soins de santé pour faire appliquer la loi ;</li> <li>Revitaliser les organisations communautaires (CAC, associations locales, clubs, etc.) et les impliquer dans la promotion du planning familial ;</li> <li>Développer une stratégie de changement social et comportemental ciblant les hommes et leurs influenceurs composés de chefs religieux, d'infirmières et de leurs pairs pour les encourager à s'impliquer dans le planning familial ;</li> <li>Concevoir une campagne de sensibilisation multipartenaires pour promouvoir le planning familial à l'échelle nationale.</li> </ul>	

## Implications pour la promotion de la limitation de la taille des familles

Des normes sociales et des valeurs communautaires contradictoires, l'une favorisant l'espacement des naissances et l'autre encourageant les familles nombreuses, compliquent la voie vers la réalisation de ces résultats comportementaux. Le tableau suivant résume les facteurs influençant le soutien des hommes à la limitation de la taille de la famille.

**Tableau 17.** Facteurs influençant le soutien des hommes pour limiter la taille de la famille

RÉSULTAT COMPORTEMENTAL	LIMITER LA TAILLE DES FAMILLES
<b>Facteurs liés aux connaissances qui influencent les résultats</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Connaissance limitée des avantages de la limitation de la taille de la famille</li> <li>Connaissance et disponibilité limitées des méthodes de contraception permanentes</li> <li>Manque de sensibilisation à la mortalité maternelle et infantile élevée lors de grossesses survenant chez des femmes de plus de 35 ans.</li> </ul>

RÉSULTAT COMPORTEMENTAL	LIMITER LA TAILLE DES FAMILLES
Groupes les plus influents pour les hommes en ce qui concerne les résultats comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les chefs religieux</li> <li>• Membres âgés de la famille</li> <li>• [Aucun rôle pour les prestataires de soins de santé n'a été identifié dans les données].</li> </ul>
Normes sociales influençant les résultats comportementaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les familles devraient avoir autant d'enfants que Dieu leur envoie.</li> <li>• Les familles devraient « remplir le monde » d'enfants</li> </ul>
Facteurs favorisant le respect des normes sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien des chefs religieux aux familles nombreuses</li> <li>• Perception que la religion soutient les familles nombreuses</li> </ul>
Facteurs favorisant la non-conformité aux normes sociales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les problèmes de santé des femmes qui rendent une nouvelle grossesse dangereuse pour leur santé.</li> </ul>

Le tableau suivant énumère quelques recommandations pour renforcer le soutien des hommes à la limitation de la taille des familles.

**Tableau 18.** *Recommandations pour renforcer le soutien des hommes à la limitation de la taille des familles*

GROUPES INFLUENTS	LIMITER LA TAILLE DES FAMILLES
Chefs religieux et membres supérieurs de la famille	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclure les chefs religieux et communautaires dans la formation sur le planning familial, les informer et les utiliser comme acteurs de la promotion du planning familial et de la limitation de la taille des familles chez les couples âgés dans leurs communautés respectives ;</li> </ul>
Prestataires de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibiliser les prestataires de soins de santé à leur influence sociale et à leur capacité à promouvoir le changement des normes sociales, notamment celles liées à la santé et à la nutrition des femmes et des enfants.</li> <li>• Formation des prestataires médicaux et non médicaux aux méthodes de contraception permanentes et aux besoins de planning familial des couples âgés ;</li> <li>• Inclure un module sur les risques pour les femmes et les enfants liés aux grossesses chez les femmes de plus de 35 ans.</li> </ul>

## Bibliographie

- Abt Associates/Prosani USAID-IHP. Programme de santé intégré de l'USAID. « Rapport d'enquête de base sur les ménages ». Préparé pour l'USAID IHP par Abt Associates, Rockville, Maryland, resoumis le 1er septembre 2020.
- DHS. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité - MPSMRM/Congo, Ministère de la Santé Publique - MSP/Congo et ICF International. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, États-Unis : MPSMRM, MSP et ICF International, 2014.
- Garcia-Moreno C, Guedes A, Knerr W, Jewkes R, Bott S, Ramsay S. Understanding and addressing violence against women. Genève : Organisation mondiale de la santé, Issue brief No. WHO/RHR/12.37), 2012.
- Heise L, Greene ME, Opper N, Stavropoulou M, Harper C, Nascimento M, Zewdie D ; Comité directeur sur l'égalité des sexes, les normes et la santé. Inégalité des sexes et normes sexospécifiques restrictives : encadrer les défis pour la santé. Lancet. 2019 Jun 15;393(10189):2440-2454. doi : 10.1016/S0140-6736(19)30652-X.
- IRH SNET. Institut pour la santé reproductive de l'université de Georgetown (IRH). « Guide d'exploration des normes sociales et boîte à outils ». Préparé pour le compte du Passages Project, 2020.
- Muanda M, Gahungu Ndongo P, Taub LD, Bertrand JT, Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC. PLoS One. 2016 Dec 1 ;11(12): e0167560. doi : 10.1371/journal.pone.0167560.

# Annexe 1 : Résultats du questionnaire de la phase 1

**Tableau 19.** Type de membre de la famille cité, par province (N=64)

	MEMBRE DE LA FAMILLE CITÉ : % (N)									Total
	Père	Frère	Grand-mère	Grand-père	Tante	Oncle	Cousin	Belle-sœur	Partenaire	
Kasai Central	0	15.4% (4)	3.9% (1)	23.1% (6)	0	3.9% (1)	0	3.9% (1)	50% (13)	<b>100% (26)</b>
Lualaba	15.4% (4)	19.2% (5)	0	0	7.7% (2)	3.9% (1)	0	0	53.9% (14)	<b>100% (26)</b>
Sankuru	41.7% (5)	50% (6)	0	0	0	0	8.3% (1)	0	0	<b>100% (12)</b>
<b>Total</b>	<b>14.1% (9)</b>	<b>23.4% (15)</b>	<b>1.6% (1)</b>	<b>9.4% (6)</b>	<b>3.1% (2)</b>	<b>3.1% (2)</b>	<b>1.6% (1)</b>	<b>1.6% (1)</b>	<b>42.2% (27)</b>	

**Tableau 20.** Type de membre de la famille cité, selon la géographie urbaine/rurale (N=64)

	MEMBRE DE LA FAMILLE CITÉ : % (N)									Total
	Père	Frère	Grand-mère	Grand-père	Tante	Oncle	Cousin	Belle-sœur	Partenaire	
Urbain	12.5% (4)	21.9% (7)	0	9.4% (3)	0	3.1% (1)	3.1% (1)	0	50% (16)	<b>100% (32)</b>
Rural	15.6% (5)	25% (8)	3.1% (1)	9.4% (3)	6.3% (2)	3.1% (1)	0	3.1% (1)	34.4% (11)	<b>100% (32)</b>
<b>Total</b>	<b>14.1% (9)</b>	<b>23.4% (15)</b>	<b>1.6% (1)</b>	<b>9.4% (6)</b>	<b>3.1% (2)</b>	<b>3.1% (2)</b>	<b>1.6% (1)</b>	<b>1.6% (1)</b>	<b>42.2% (27)</b>	

**Tableau 21.** Type de groupe de pairs cité, par province (N=76)

	GROUPE DE PAIRS CITÉ : % (N)					Total
	Ami d'un groupe religieux	Ami d'un groupe communautaire	Ami d'un groupe professionnel	Voisin	Autre	
Kasai Central	0	28.6% (4)	35.7% (5)	35.7% (5)	0	<b>100% (14)</b>
Lualaba	5.3% (2)	52.6% (20)	34.2% (13)	5.3% (2)	2.6% (1)	<b>100% (38)</b>
Sankuru	41.7% (10)	25% (6)	25% (6)	8.3% (2)	0	<b>100% (24)</b>
<b>Total</b>	<b>15.8% (12)</b>	<b>39.5% (30)</b>	<b>31.6% (24)</b>	<b>11.8% (9)</b>	<b>1.3% (1)</b>	

**Tableau 22.** Type de membre de la famille cité, selon la géographie urbaine/rurale (N=64)

	GROUPE DE PAIRS CITÉ : % (N)					Total
	Ami d'un groupe religieux	Ami d'un groupe communautaire	Ami d'un groupe professionnel	Voisin	Autre	
Urbain	14.9% (7)	40.4% (19)	34% (16)	8.5% (4)	2.1% (1)	<b>100% (47)</b>
Rural	17.2% (2)	37.9% (20)	27.6% (13)	17.2% (2)	0	<b>100% (29)</b>
<b>Total</b>	<b>15.8% (12)</b>	<b>39.5% (30)</b>	<b>31.6% (24)</b>	<b>11.8% (9)</b>	<b>1.3% (1)</b>	

**Tableau 23.** Type de prestataire cité, par province (N=149)

	PRESTATAIRE CITÉ : % (N)						TOTAL
	DOCTEUR	INFIRMIÈRE	SAGE-FEMME	PHARMACIEN	RECO	AUTRE	
Kasai Central	34.6% (19)	32.7% (18)	10.9% (6)	3.6% (2)	18.2% (10)	0	100% (55)
Lualaba	63% (17)	33.3% (9)	0	0	0	3.7% (1)	100% (27)
Sankuru	13.4% (9)	74.6% (50)	7.5% (5)	0	4.5% (3)	0	100% (67)
<b>Total</b>	<b>30.2% (45)</b>	<b>51.7% (77)</b>	<b>7.4% (11)</b>	<b>1.3% (2)</b>	<b>8.7% (13)</b>	<b>0.7% (1)</b>	

**Tableau 24.** Type de prestataire cité, par géographie urbaine/rurale (N=149)

	PRESTATAIRE CITÉ : % (N)						TOTAL
	DOCTEUR	INFIRMIÈRE	SAGE-FEMME	PHARMACIEN	RECO	AUTRE	
Urbain	46.6% (34)	37% (27)	9.6% (7)	1.4% (1)	5.5% (4)	0	100% (73)
Rural	14.5% (11)	65.8% (50)	5.3% (4)	1.3% (1)	11.8% (9)	1.3% (1)	100% (76)
<b>Total</b>	<b>30.2% (45)</b>	<b>51.7% (77)</b>	<b>7.4% (11)</b>	<b>1.3% (2)</b>	<b>8.7% (13)</b>	<b>0.7% (1)</b>	

## Annexe 2 : Questionnaire des groupes de Référence

### Activité « Mon réseau social »

#### Introduction :

Aujourd'hui, je vais vous poser des questions sur les conversations que vous avez concernant la planification familiale. Les méthodes de planification familiale, ou contraception, sont des méthodes que vous et votre partenaire pouvez utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Il peut s'agir de méthodes traditionnelles, comme le coït interrompu ou le fait d'éviter les rapports sexuels lorsque la femme est la plus fertile, de méthodes que vous pouvez obtenir en pharmacie comme les préservatifs ou les pilules et de méthodes que vous devez demander auprès d'un établissement de santé comme les implants, les stérilets ou la stérilisation.

Ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est de savoir si vous parlez de planification familiale et avec qui. Je souhaite également savoir de qui proviennent les opinions qui vous sont importantes en matière de planification familiale.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vous poserai, vous pouvez donc partager vos opinions avec moi aussi complètement et honnêtement que possible. OK, commençons notre conversation.

#### À compléter en silence par le/la collecteur·rice de données :

1. Nom collecteur·rice de données : \_\_\_\_\_

2. Date de l'entretien :

a. Jour : \_\_\_\_ \_\_\_\_

b. Mois : \_\_\_\_ \_\_\_\_

c. Année : \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_

3. Province

a. Sankuru

b. Lualaba

c. Kasai Central

4. Aire de santé
  - a. Aire 1 (à préciser)
  - b. Aire 2 (à préciser)
  - c. Aire 3 (à préciser)
  - d. Aire 4 (à préciser)
5. Type de participant
  - a. Homme marié/en concubinage, de 15 à 39 ans
  - b. Homme célibataire, de 18 à 39 ans
6. Numéro ID participant \_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_ \_\_\_

**Le/la collecteur·rice de données demande au participant de répondre à voix haute :**

7. Quel âge avez-vous ? \_\_\_ \_\_\_
8. Vivez-vous actuellement dans la même maison qu'une partenaire ou une conjointe ? Lorsque je dis « vivre dans la même maison », je veux dire que vous dormez habituellement dans la même maison que votre partenaire ou votre conjoint quatre jours ou plus par semaine.
  - a. Oui
  - b. Non
  - c. Pas de réponse

**9. GROUPE DE REFERENCE - DISCUSSION SUR LA PF**

Lorsque vous discutez des méthodes de planification familiale - qu'il s'agisse de questions sur ce que c'est, de l'endroit où les obtenir, de la façon de les utiliser ou de savoir si vous ou votre partenaire devriez les utiliser - avec qui vous sentez-vous à l'aise pour aborder ces sujets ? Même si vous n'avez jamais abordé ce sujet auparavant, choisissez la personne à laquelle vous vous *adresseriez* pour obtenir des informations et des conseils. Je vais vous lire une liste des options pour que vous pouvez sélectionner un.

(Lire les options à haute voix, en choisir une)

Membre de la famille	1	→ Aller à 10
Ami·e	2	→ Aller à 16
Dirigeant·e local·e (ex. leader communautaire, leader religieux)	3	→ Aller à 18
Prestataire de santé	4	→ Aller à 19
(Ne pas lire à haute voix) Ne sait pas/refuse de répondre	5	→ Fin de l'enquête, considérer comme incomplet

**10. MEMBRE DE LA FAMILLE**

Avec quel type de membre de la famille vous sentez-vous à l'aise pour discuter de ces sujets ? (Ne pas lire les options à voix haute. Sélectionnez la première personne que le participant identifie. Si le participant répond par une catégorie plus large telle que « parent », demandez-lui de préciser le membre de la famille tel que mère ou père.)

Mère	1	→ Aller à 21
Père	2	

Frère	3	→ Aller à 11
Sœur	4	
Grand-mère	5	→ Aller à 12
Grand-père	6	
Tante	7	→ Aller à 13
Oncle	8	
Cousin·e	9	→ Aller à 14
Belle-mère	10	→ Aller à 21
Beau-père	11	
Beau-frère	12	→ Aller à 15
Belle-sœur	13	
Conjointe / partenaire	14	→ Aller à 21
(Ne pas lire à haute voix) Autre parent	15	10_a. Préciser : _____ → Aller à 21

## FRÈRE/SŒUR

Cette personne est-elle plus âgée ou plus jeune que vous ?

Plus âgée	1	→ Aller à 21
Plus jeune	2	
(Ne pas lire à haute voix) Même âge ; jumeaux	3	

## GRAND-MÈRE/GRAND-PÈRE

Cette personne est-elle du côté de votre mère ou de votre père ?

Côté mère	1	→ Aller à 21
Côté père	2	

## TANTE/ONCLE

Cette personne est-elle du côté de votre mère ou de votre père ?

Côté mère	1	
Côté père	2	

Cette personne est-elle un frère, une sœur, un·e cousin·e ou un autre parent d'un membre de la famille ?

Frère ou sœur	1	
Cousin·e	2	
Autre	3	

Cette personne est-elle plus âgée ou plus jeune que le parent auquel elle est apparentée ?

Plus âgée	1	→ Aller à 21
Plus jeune	2	
(Ne pas lire à haute voix) Même âge ; jumeaux	3	

## COUSIN·E

Cette personne est-elle du côté de votre mère ou de votre père ?

Côté mère	1	
Côté père	2	

Cette personne est-elle plus âgée, a le même âge ou est plus jeune que vous ?

Plus âgée	1	
Même âge	2	
Plus jeune	3	

Cette personne est-elle un homme ou une femme ?

Homme	1	→ Aller à 21
Femme	2	

## BEAU-FRÈRE/ BELLE-SŒUR

Cette personne est-elle plus âgée ou plus jeune que votre partenaire ?

Plus âgée	1	→ Aller à 21
Plus jeune	2	
(Ne pas lire à haute voix) Même âge ; jumeaux	3	

## AMI·E

Avec quel type d'ami·e vous sentez-vous à l'aise pour discuter de ces sujets ? (Lisez les options à voix haute. Sélectionnez-en une.)

Ami·e d'un groupe religieux	1	→ Aller à 17
Ami·e d'un groupe de la communauté	2	
Ami·e d'un groupe professionnel	3	
Voisin·e	4	
(Ne pas lire à haute voix) Autre	5	16_a. Préciser : _____ → Aller à 17

## AMI·E - DÉTAILS

Cette personne est-elle plus âgée, a environ le même âge ou est plus jeune que vous ?

Plus âgée	1	
Environ le même âge	2	
Plus jeune	3	

Cette personne est-elle un homme ou une femme ?

Homme	1	→ Aller à 21
Femme	2	

## DIRIGEANT·E LOCAL·E

Avec quel type de dirigeant·e local·e vous sentez-vous à l'aise pour discuter de ces sujets ? (Lisez les options à voix haute. Sélectionnez-en une.)

Dirigeant·e d'un groupe professionnel (ex. : une association agricole)	1	→ Aller à 21
Dirigeant·e de groupe religieux	2	
(Ne pas lire à haute voix) Autre type de dirigeant·e de groupe	3	18_a. Préciser : _____ → Aller à 21

## PRESTATAIRE DE SANTÉ

Avec quel type de prestataire de santé vous sentez-vous à l'aise pour discuter de ces sujets ? (Lisez les options à voix haute. Sélectionnez-en une.)

Docteur	1	→ Aller à 20
Infirmière ou infirmière titulaire	2	
Sage-femme	3	
Pharmacien·ne	4	
Agent de santé communautaire/Relai communautaire (ReCo)	5	→ Aller à 21
(Ne pas lire à haute voix) Autre type de prestataire de santé	6	19_a. Préciser : _____ → Aller à 21

## MÉDECIN/INFIRMIER·E/SAGE-FEMME/PHARMACIEN·NE

Ce/cette prestataire de santé travaille-t-il/elle dans un établissement de santé public, religieux/confessionnel, privé ou autre ?

Public	1	
Religieux/Confessionnel	2	
Privé	3	
Autre type d'établissement	4	
(Ne pas lire à haute voix) Ne sait pas	5	

## ADHÉSION AU GROUPE DE RÉFÉRENCE

Dans quelle mesure diriez-vous que vous êtes disposé d'écouter les conseils de cette personne en matière de planification familiale ? (Lisez les options à voix haute. Sélectionnez-en une.)

Pas du tout disposé	1	
Assez peu disposé	2	
Ni indisposé ni disposé	3	
Assez disposé	4	
Très disposé	5	
(Ne pas lire à haute voix) Ne sait pas/Refuse de répondre	9	

## Conclusion (lire aux participants) :

Merci pour votre temps, nous apprécions vraiment votre volonté de partager ces informations.

Avez-vous des questions à me poser avant de mettre

## Annexe 3 : Guide d'entretien semi-structuré

<b>Province:</b> a. Sankuru b. Lualaba c. Kasai Central :		<b>Aire de santé:</b>
<b>Collecteur-riche de données :</b>	<b>Numéro ID du participant:</b>	<b>Date:</b> __/__/____ Jour / Mois / Année
<b>Comportement d'intérêt :</b> Implication des hommes dans la prise de décision concernant la PF		

### Présentation aux participants :

Aujourd'hui, je vais vous poser des questions sur les conversations que vous avez concernant la planification familiale. Ce qui m'intéresse aujourd'hui, c'est d'en savoir plus sur vos réflexions et la façon dont vous parlez de la planification familiale, ainsi que sur la façon dont vos proches en parlent et leurs réflexions à ce sujet.

Nous commencerons par des questions générales, afin que je puisse mieux vous connaître. Ensuite, je vous présenterai un scénario - une courte histoire qui porte sur des personnes qui prennent des décisions en matière de planification familiale. Au fil de l'histoire, je m'arrêterai pour vous demander ce que vous pensez de la situation et des actions des personnages.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses aux questions que je vous poserai, vous pouvez donc partager vos opinions avec moi aussi complètement et honnêtement que possible. OK, commençons.

### PARTIE 1 : [25 min]

1. Parlez-moi de votre famille proche. Qui vit dans votre ménage ?

APPROFONDIR : Vivez-vous avec une épouse ou partenaire ? Avez-vous plusieurs épouses ou partenaires ? Depuis combien de temps êtes-vous marié ou vivez-vous avec votre/vos épouse(s) ou partenaire(s) ? Qui d'autre vit dans la maison ?

APPROFONDIR : Avez-vous un ou plusieurs enfants ? Combien d'enfants ? Quel âge ont-ils ?

2. Que savez-vous de la planification familiale ? (Ex. : à quoi ça sert, quelles méthodes, qui l'utilise)

Merci pour ces réflexions. Quand je parle de méthodes de planification familiale, ou contraception, je fais référence aux méthodes que vous et votre partenaire pouvez utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Il peut s'agir de méthodes naturelles comme le coït interrompu ou le fait d'éviter les rapports sexuels lorsque la femme est la plus fertile, de méthodes que vous pouvez obtenir en pharmacie comme les préservatifs ou les pilules et de méthodes que vous devez demander auprès d'un établissement de santé comme les implants, les stérilets ou la stérilisation.

3. À votre avis, à qui s'adresse la planification familiale ?

APPROFONDIR : quel type d'hommes ou de femmes utilisent la planification familiale ?

4. Avez-vous déjà essayé d'obtenir plus d'informations sur la planification familiale ? Si oui, où ou auprès de qui ?

5. En tant qu'homme, quel est, selon vous, votre rôle en matière de planification familiale ?

APPROFONDIR : trouver des informations sur la PF et les différentes méthodes, initier une conversation avec la partenaire sur la PF, décider d'y recourir, utiliser la PF

6. Pensez-vous que les membres de votre communauté s'attendent à ce que vous soyez impliqué dans le processus de PF ? Dans quelles parties du processus peut-on s'attendre que vous soyez impliqué ? À quelles parties du processus peut-on s'attendre à ce que vous NE PARTICIPIEZ PAS ?

APPROFONDIR : obtention d'informations, initier une conversation avec la partenaire sur la PF, prise de décision sur l'utilisation de la PF, visite à la pharmacie ou à l'établissement de santé avec la partenaire pour obtenir une méthode, ou hommes utilisant eux-mêmes une méthode de PF ? Qu'est-ce qui vous fait penser qu'on s'attend ou non à ce que vous soyez impliqué ?

7. Comment les hommes de votre communauté parlent-ils généralement de la planification familiale ?

APPROFONDIR : De quels sujets liés à la PF les hommes parlent-ils ? Que pensent les hommes de l'utilisation de la PF ? Pour qui est-ce acceptable et pour qui est-ce inacceptable ?

APPROFONDIR : Que pensent ou disent les hommes...

a. ...de leurs pairs masculins qui prennent l'initiative de la conversation avec leur partenaire au sujet de la PF ?

b. ...sur les hommes qui participent à la prise de décision en matière de planification familiale ?

c. ...sur les hommes qui accompagnent une partenaire pour obtenir une méthode de PF ?

d. ...sur les hommes qui utilisent eux-mêmes une méthode de planification familiale ?

## **PARTIE 2 (lire à haute voix au participant) :**

Merci d'avoir répondu à ces questions. Je vais maintenant vous raconter l'histoire d'un homme, Mbuyi, et de sa femme, Safi, qui prennent des décisions en matière de planification familiale.

### **SECTION 1 [10 min]**

Safi est une femme de 21 ans qui vend des légumes et des graines au marché. Elle vit avec son mari, Mbuyi, un homme de 26 ans qui travaille dans les mines voisines. Ils sont mariés depuis 3 ans et ont deux filles. La première fille a 2 ans et la seconde a 6 semaines. Récemment, Mbuyi a demandé à Safi quand ils devraient commencer à essayer d'avoir un troisième enfant. Mbuyi a dit qu'il aimerait avoir un autre enfant et Safi était d'accord, mais elle a dit qu'elle avait entendu dire que c'était mieux pour sa santé et celle de leur enfant si elle attendait quelques années avant d'essayer d'être à nouveau enceinte. Grâce à ces informations, Mbuyi et Safi ont convenu qu'ils devaient utiliser une méthode pour retarder la naissance d'un autre enfant et qu'ils devaient se renseigner sur les possibilités qui s'offraient à eux auprès du centre de santé. Comme Mbuyi travaille lorsque le centre de santé est ouvert, Safi s'y rend seule pour demander des informations supplémentaires.

1. Que pensez-vous du fait que Mbuyi engage la conversation avec Safi sur le temps qu'ils souhaitent attendre avant leur prochain enfant ? Est-ce que c'est quelque chose d'habituel ? Pourquoi / pourquoi pas ?

2. À votre avis, quelles seraient les attentes des membres de votre communauté quant au temps que Mbuyi et Safi devraient attendre avant d'avoir leur troisième enfant ? Pensez-vous que d'autres personnes auraient des attentes différentes - dans quel sens ?

## SECTION 2 [10 min]

Au centre de santé, Safi s'entretient avec une sage-femme qui lui décrit plusieurs méthodes de planification familiale permettant de retarder la naissance d'un enfant et lui suggère d'essayer un implant ou un stérilet. Safi est intéressée par l'une de ces méthodes mais ne sait pas si Mbuyi aurait une préférence quant à la méthode à choisir. Safi rentre donc chez elle et discute de ce qu'elle a appris.

3. Que pensez-vous du fait que Safi se rende au centre de santé sans Mbuyi pour s'informer sur la PF ? Est-ce quelque chose qui se produit généralement dans votre communauté ?
  - a. Que penseraient ou diraient les gens de votre communauté d'un homme qui accompagne sa partenaire/femme au centre de santé pour s'informer sur la planification familiale ?
  - b. Que penseraient ou diraient les gens de votre communauté d'un homme désireux d'en savoir plus sur les options de planification familiale disponibles pour espacer les naissances ?
4. Que pensez-vous du fait que Safi discute avec Mbuyi de la méthode à adopter avant d'en choisir une ? Est-ce que cela pourrait généralement se produire dans votre communauté ?
  - a. Que penseriez-vous de Safi si elle n'avait pas discuté du choix de la méthode avec Mbuyi, mais qu'elle avait décidé elle-même et se serait procuré une méthode lors de cette visite au centre de santé ?

APPROFONDIR : Serait-ce une action acceptable ? Pourquoi / pourquoi pas ?

## SECTION 3 [15 min]

Quelques jours plus tard, Safi partage avec Mbuyi ce qu'elle a appris sur les méthodes d'espacement des naissances. Entre-temps, Mbuyi a réfléchi et discuté avec d'autres personnes pour savoir quand avoir un autre enfant et s'il fallait adopter une méthode d'espacement des naissances. Mbuyi est désormais enclin à avoir un troisième enfant plus tôt, plutôt que d'adopter une méthode de planification familiale pour retarder l'échéance. Mbuyi n'explique pas ses raisons à Safi, mais lui dit qu'ils ne doivent plus chercher à utiliser une méthode de planification familiale pour retarder la prochaine grossesse.

5. Pensez-vous que la plupart des gens de votre communauté s'attendraient à ce que les hommes agissent comme Mbuyi dans cette situation ? Pourquoi / pourquoi pas ?

APPROFONDIR : Quel type de personnes dans votre communauté s'attendrait à ce que Mbuyi agisse de cette façon ? Quel type de personnes s'attendrait à ce que Mbuyi agisse différemment ? De quelle autre manière pourraient-ils s'attendre à ce que Mbuyi agisse ?
6. A votre avis, qu'est-ce qui pourrait influencer Mbuyi à changer d'avis sur le fait de retarder la grossesse et d'adopter une méthode d'espacement des naissances ?
7. À votre avis, à qui Mbuyi a-t-il parlé pour le faire changer d'avis sur le moment d'avoir un autre enfant ? (Ex. : sœur, père, mère, belle-mère, chef religieux, collègue de travail)
  - a. Pourquoi cette personne suggère-t-elle d'avoir un autre enfant sans tarder ?
  - b. Qui sont les personnes qui peuvent le plus influencer la décision d'un couple de recourir ou non à la planification familiale ?
8. Sachant que Mbuyi ne soutient plus l'utilisation d'une méthode d'espacement des naissances, que pensez-vous qu'il puisse arriver ensuite à ce couple ?

APPROFONDIR : Pensez-vous que Mbuyi et Safi vont continuer à discuter de cette décision ?

Si c'est le cas, est-il habituel que les maris et les femmes discutent du temps qu'ils souhaitent attendre entre les enfants et de la manière d'assurer l'espacement des grossesses ? Qui prend l'initiative de ces discussions ?

Si ce n'est pas le cas, quelle action pensez-vous que Mbuyi et Safi feront ensuite, et pourquoi ?

- a. Si Mbuyi et Safi discutent à nouveau de cette décision, pensez-vous que Mbuyi devrait expliquer à Safi pourquoi il a changé d'avis ? Pourquoi / pourquoi pas ? Quel genre de choses pensez-vous que Mbuyi pourrait dire à Safi à propos de son raisonnement ?

- b. Comment pensez-vous que Mbuyi et Safi pourraient décider de ce qu'il faut faire dans cette situation, étant donné leurs opinions divergentes ? En particulier, qu'est-ce que les membres de la communauté s'attendent à ce que Mbuyi dise ou fasse dans cette situation ?
- i. Qui fixe ou impose cette attente pour un couple ? En particulier, qui fixe ou impose cette attente pour le rôle du mari ?
- ii. Que se passe-t-il si un couple n'agit pas conformément à cette attente ? Par exemple, si l'on s'attend à ce que Mbuyi soit celui qui prenne la décision finale pour le couple, que penseraient ou diraient les gens de votre communauté d'un couple qui agirait différemment ?

Si vous devez approfondir davantage : Imaginez un couple où le mari a écouté et accepté le désir de la femme de retarder la prochaine grossesse, a discuté avec elle des méthodes qui lui ont été recommandées et a écouté ses préférences quant à la méthode à adopter. Que penseraient ou diraient les gens de votre communauté à propos de cet homme ?

#### **SECTION 4 [10 min]**

Après avoir encore discuté de leurs opinions, Mbuyi et Safi conviennent que retarder la naissance d'un autre enfant de deux ans serait la meilleure décision pour leur famille. Ils discutent des méthodes recommandées par la sage-femme et apprécient le fait que l'implant est une méthode réversible placée dans le bras de la femme qui peut durer de 2 à 5 ans. Safi dit qu'elle se rendra au centre de santé la semaine prochaine pour se faire poser un implant. Le lendemain, Mbuyi raconte à sa sœur aînée la conversation qu'il a eue avec Safi et leur décision d'utiliser un implant. Sa sœur le gronde : « Mbuyi, les enfants sont une bénédiction de Dieu. Safi ne devrait pas adopter cette méthode de planification familiale. Vous devez avoir votre prochain enfant quand Dieu le veut. » Aujourd'hui, Mbuyi ne sait pas trop quoi dire à Safi, ni ce qu'ils doivent faire. Il pense toujours que Safi et sa décision de retarder la naissance d'un autre enfant est la meilleure pour leur famille, mais il pense aussi que l'opinion de sa sœur aînée au sujet de la planification familiale est importante.

- 9. Pensez-vous que c'est une situation typique qui pourrait se produire dans votre communauté ? Pourquoi / pourquoi pas ?
- 10. Que pensez-vous que les gens de votre communauté penseraient ou diraient de la réponse de la sœur aînée ?
- 11. Que pensez-vous que Mbuyi et Safi devraient faire, étant donné l'opposition de la sœur à la planification familiale ?
- a. Comment pensez-vous que les commentaires de la sœur aînée affecteront la réflexion de Mbuyi sur la décision que lui et sa femme ont prise ensemble ?

#### **CONCLUSION: [5 min]**

- 12. Merci pour vos commentaires sur ce scénario. Après avoir entendu le scénario, que pensez-vous qu'il soit le plus important pour vous, en tant qu'homme, de prendre en compte lorsque vous réfléchissez à la planification familiale ? Pourquoi ce facteur est-il le plus important pour vous ?
- 13. Avez-vous une dernière réflexion à partager à propos de cette histoire ?

Merci pour votre temps. Nous apprécions vraiment votre volonté de partager vos idées.

Avez-vous des questions à me poser avant de mettre un terme à l'entretien ?



## PARTIE 2a : [20 min]

Merci de partager vos réflexions. Maintenant, nous allons passer à une activité appelée « les 5 pourquoi ». Nous allons nous répartir en paires ou en petits groupes et je donnerai à chaque groupe deux questions à discuter avec l'un des membres de notre équipe d'étude. Vous aurez 10 minutes pour discuter de la première question et 10 minutes pour discuter de la seconde question.

Un membre de l'équipe d'étude commencera par poser la première question au groupe. Les personnes du groupe doivent répondre en donnant leur avis. S'il y a plusieurs raisons, le groupe doit décider ensemble de la réponse qui, selon lui, est la raison principale, la plus importante. Ensuite, le membre de l'équipe d'étude demandera au groupe pourquoi ça et le groupe répondra à nouveau. Le membre de l'équipe d'étude continuera à demander pourquoi ça pour chaque réponse du groupe jusqu'à ce qu'il ait demandé pourquoi cinq fois. De cette manière, nous cherchons les raisons profondes du rôle des hommes dans la prise de décision en matière de planification familiale. Nous cherchons à avoir une réflexion en profondeur sur les raisons pour lesquelles les choses sont comme elles sont dans cette communauté. Pour cette activité, il faut imaginer un arbre. La question par laquelle nous commençons correspond à ce que vous voyez de l'arbre au-dessus du sol. Ensuite nous demanderons pourquoi, encore et encore. Chaque fois que nous demandons pourquoi, nous essayons de descendre à une racine plus profonde de l'arbre et de découvrir d'où elle provient.

### **Mettre l'enregistrement audio sur pause pour l'ensemble du groupe.**

*Instructions pour les collecteurs de données :*

Un-e collecteur-riche de données fait la facilitation pour chaque paire et doit disposer d'une feuille de papier avec les tableaux de la page suivante afin de prendre des notes pour les questions dont son groupe discute.

### **Lancer l'enregistrement audio dans chaque petit groupe. Notez la date, l'heure, le groupe et le numéro de référence, ainsi que le numéro du petit groupe (1-3).**

Faites l'exercice « les 5 pourquoi » avec la première question et approfondissez avec 5 niveaux de pourquoi. Discutez pendant 10 minutes ou jusqu'à ce que le groupe ait épuisé cette conversation. Notez la réponse unique qui a fait consensus dans le groupe pour chaque niveau de pourquoi en utilisant la feuille qui suit. Puis, répétez le processus avec la seconde question. Il est possible que les raisons soient les mêmes pour la première et la seconde question, ça ne fait rien.

Le groupe 1 discutera des questions suivantes :

1. Certains hommes ne parlent pas à leur femme ou à leur partenaire du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir au total pour leur famille. Pourquoi ça ?
2. Lorsqu'un couple a décidé de recourir à la PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi ça ?

Le groupe 2 discutera des questions suivantes :

3. Certains hommes ne parlent pas à leur femme ou à leur partenaire du temps qu'ils veulent attendre entre chaque enfant. Pourquoi ça ?
4. Lorsqu'un couple a décidé de recourir à la PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi ça ?

Le groupe 3 discutera des questions suivantes :

5. Certains hommes ne lancent pas les conversations sur la PF avec leur femme ou leur partenaire. Pourquoi ça ?
6. Lorsqu'un couple a décidé de recourir à la PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi ça ?

Une fois la discussion en petit groupe terminée, arrêter l'enregistrement audio.

**PARTIE 2a : NOTES**

Numéro de groupe : \_\_\_\_\_

Question 1 Réponse

Le membre de l'équipe d'étude notera les réponses de votre groupe sur une feuille de papier et enregistrera également la discussion de votre petit groupe. Nous répéterons le processus des 5 pourquoi pour deux questions dans chaque groupe.

Question 1	Reponse
Question (Souligner la question dont votre groupe a discuté) : Groupe 1 : Certains hommes ne parlent pas à leur femme ou à leur partenaire du nombre d'enfants qu'ils souhaitent avoir au total pour leur famille. Pourquoi ça ? Groupe 2 : Certains hommes ne parlent pas à leur femme ou à leur partenaire du temps qu'ils veulent attendre entre chaque enfant. Pourquoi ça ? Groupe 3 : Certains hommes ne prennent pas l'initiative des conversations sur la PF avec leur femme ou leur partenaire. Pourquoi ça ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ? / Pour quelle raison pensent-ils que ça pourrait arriver ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :

Question 2	Reponse
Lorsqu'un couple a décidé de recourir à la PF, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi ça ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :
Pourquoi est-ce ainsi ?	Parce que :

**PARTIE 2b : [20 min]**

**Redémarrer l'enregistrement audio pour le groupe complet.** Notez la date, l'heure, le groupe de référence et son numéro, et précisez qu'il s'agit de la deuxième partie de la discussion de groupe.

Membres de l'équipe d'étude : Utilisez le tableau pour écrire les réponses de chaque groupe à la question 2.

**Animateur-riche principal·e de la discussion :** Merci d'avoir partagé vos avis dans les petits groupes. Toutes les groupes ont abordé la question « Lorsqu'un couple a décidé de faire quelque chose pour retarder ou éviter d'avoir un autre enfant, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi ça ? »

1. Tout d'abord, je voudrais savoir si vous pensez que les hommes devraient permettre à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter, une fois qu'ils ont décidé de faire quelque chose pour retarder ou éviter d'avoir un autre enfant ? Pourquoi / pourquoi pas ?

Pour la suite de la discussion, disons que nous souhaitons que les hommes soutiennent leurs partenaires dans le choix d'une méthode de PF, même de leur propre chef. Les membres de l'équipe d'étude ont écrit ici les raisons que vous avez données pour expliquer pourquoi parfois, ce n'est pas le cas.

**Lire les 5 raisons de chaque groupe. Après avoir passé en revue tous les groupes, regroupez à voix haute les raisons qui sont similaires entre les groupes.**

2. Y a-t-il d'autres raisons qui ont été mentionnées par plus d'un groupe et qui semblent identiques ?

Lorsqu'un couple a décidé de faire quelque chose pour retarder ou éviter d'avoir un autre enfant, certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter. Pourquoi ça ?	Réponse par groupe
GROUPE 1	Parce que (1) Parce que (2) Parce que (3) Parce que (4) Parce que (5)
GROUPE 2	Parce que (1) Parce que (2) Parce que (3) Parce que (4) Parce que (5)
GROUPE 3	Parce que (1) Parce que (2) Parce que (3) Parce que (4) Parce que (5)

3. Maintenant que nous avons une liste de raisons pour lesquelles certains hommes ne permettent pas à leur femme ou partenaire de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF à adopter...

a. Laquelle de ces raisons, croyances ou attentes concernant ce qui se passerait est la plus importante à changer dans votre communauté pour permettre aux femmes de choisir librement ou indépendamment la méthode de PF qu'elles souhaitent adopter ? Pourquoi pensez-vous que cela soit le plus important à changer ? N'oubliez pas que nous abordons cette conversation en souhaitant que les hommes aident leurs partenaires à choisir une méthode de PF de manière libre et indépendante.

i. Les autres sont-ils d'accord ou non ?

ii. Qui devrions-nous impliquer pour changer cette raison, cette croyance ou cette attente dans votre communauté ?

iii. Comment cette raison, cette croyance ou cette attente affecte-t-elle la manière dont les hommes communiquent avec leur femme ou leur partenaire au sujet de la PF ?

b. Quelqu'un pense-t-il qu'une autre raison est plus importante à changer ? Pourquoi cette raison ?

i. Qui devrions-nous impliquer pour changer cette raison, cette croyance ou cette attente dans votre communauté ?

ii. Comment cette raison, cette croyance ou cette attente affecte-t-elle la manière dont les hommes communiquent avec leur femme ou leur partenaire au sujet de la PF ?

### **PARTIE 3 (lire à haute voix aux participants) : [30 min]**

**Cette histoire raconte l'expérience de Safi et de son mari Mbuyi et leurs décisions concernant la planification familiale.**

Safi est une femme de 21 ans qui vend des légumes et des graines au marché. Elle vit avec son mari, Mbuyi, un homme de 26 ans qui travaille dans les mines voisines. Ils sont mariés depuis 3 ans et ont deux filles. La première fille a 2 ans et la seconde a 6 semaines. Après la naissance de sa deuxième fille, Safi s'est rendue

au centre de santé local pour sa visite postnatale à six semaines. Lors de la visite, on lui a rappelé d'envisager de retarder la naissance d'un autre enfant pendant deux ans et on lui a donné des conseils sur les différentes méthodes de planification familiale qui peuvent être utilisées pour espacer les naissances.

Safi est rentrée chez elle et a raconté à son mari ce qu'elle avait entendu et lui a dit qu'elle souhaitait réfléchir à des moyens de retarder la naissance d'un autre enfant. Mbuyi était contre l'idée qu'ils utilisent une méthode d'espacement des naissances.

Questions :

1. Pensez-vous que c'est une situation typique qui pourrait se produire dans votre communauté ? Pourquoi / pourquoi pas ?
2. Quelles sont les raisons pour lesquelles Mbuyi pourrait être contre les méthodes d'espacement des naissances ?
3. Quelles peuvent être les raisons pour lesquelles Safi souhaite utiliser des méthodes d'espacement des naissances ?
4. Sachant que Mbuyi n'était pas favorable à l'utilisation des méthodes d'espacement des naissances, que pourrait-il se passer ensuite entre Mbuyi et Safi ?
5. Si Mbuyi et Safi discutaient davantage, pensez-vous qu'ils pourraient impliquer d'autres personnes dans la conversation pour les aider à prendre une décision ?
  - a. Si oui, qui ?
  - b. Pourquoi choisiraient-ils d'impliquer ou de ne pas impliquer cette personne lorsqu'ils prennent des décisions de planification familiale ?
  - c. Quel genre de conseil pensez-vous qu'ils puissent recevoir de cette personne ?
  - d. À votre avis, qu'arriverait-il à Mbuyi et Safi s'ils suivaient les conseils de cette personne ?
  - e. À votre avis, qu'arriverait-il à Mbuyi et Safi s'ils décidaient de ne pas suivre les conseils de cette personne ?
6. Avez-vous une dernière réflexion à partager à propos de cette histoire ?

**Conclusion :**

Merci d'avoir participé à la discussion sur cette histoire et pour votre temps. Nous apprécions vraiment votre volonté de partager vos idées. Avez-vous des questions à me poser avant de mettre un terme à l'entretien ?



