



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

**BANDE DE GAZA
PALESTINE**



ÉTUDE SUR LES DÉTERMINANTS SOCIOCULTURELS ET COMMUNAUTAIRES DES GROSSESSES NON-DÉSIRÉES ET DES AVORTEMENTS DANS LA BANDE DE GAZA

- RAPPORT FINAL -

ÉQUIPE DE RECHERCHE :

Hélène Serval, Consultante, Université Aix-Marseille, Marseille, France
Emmanuel N. Sambiéni, Chercheur au LASDEL et Université de Parakou, Bénin
Elisabeth Paul, Consultante et chercheur Université de Liège, Belgique

COMITÉ DE PILOTAGE MDM :

Catherine Giboin, Référente associative SSR
Magali Bouchon, Référente Déterminants Socioculturels
Owen Breuil, Coordinateur général, Palestine
Tanit Iglesias, Référente médicale MO/ALC
Sandrine Simon, Référente SSR (coordinatrice de l'étude)



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

REMERCIEMENTS

Le Lasdel tient à remercier toute une série de personnes sans lesquelles cette étude n'aurait pas pu se dérouler avec de si bonnes conditions. Rien n'aurait été possible sans l'accueil chaleureux, la disponibilité et les petits plats de l'équipe de Médecins du Monde Gaza, et tout particulièrement Sacha Petryszyn, Heba Al Sharif et Salim «Abu Amnyyat». Nous remercions aussi l'équipe de Médecins du Monde à Jérusalem pour la disponibilité à répondre à nos nombreuses questions, notamment pendant la collecte des données et la restitution des premiers résultats. Nous remercions aussi Sandrine Simon, Tanit Iglesias, Magali Bouchon, Delphine Clochard, etc. toutes basées au siège de Médecins du Monde à Paris, pour leurs précieuses contributions à travers le suivi logistique et la lecture des rapports d'étape. Nous reconnaissons à Mohamad Sbeita et Dima Meshal leur grande contribution à la collecte des données dans une bonne équipe avec Hélène Serval la coordinatrice de ce site. Nous remercions enfin toutes les personnes qui ont accepté de venir nous parler, femmes, hommes, médecins, avocats.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS _____	3	CONCLUSION _____	47
LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS _____	5	RECOMMANDATIONS _____	49
RÉSUMÉ EXÉCUTIF _____	6	5.1. Sur le plan des actions communautaires _	49
EXECUTIVE SUMMARY _____	8	5.2. Sur le plan des services de santé _____	49
CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE _____	10	5.3. Sur le plan des acteurs en charge de l'élaboration des politiques publiques _____	50
MÉTHODES ET MATÉRIELS DE L'ÉTUDE _____	14	RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES _____	51
2.1. Sélection des sites de l'étude _____	14	ANNEXES _____	53
2.2. La collecte des données _____	14	Annexe 1. Termes de référence de l'étude _____	54
2.3. La revue documentaire _____	14	Annexe 2. Protocole de recherche _____	57
2.4. Traitement des données _____	14	Annexe 3. Outils d'enquête de terrain _____	61
2.5. Limites de l'étude _____	15		
PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE _____	16		
3.1. Disponibilité, perceptions et pratiques de la contraception _____	16		
3.1.1. Couverture, diversité et accessibilité des méthodes _____	16		
3.1.2. Les canaux de vulgarisation des contraceptifs _____	22		
3.1.3. Une connaissance différente des contraceptifs selon les statuts et les milieux géographiques _____	27		
3.1.4. Les représentations collectives des contraceptifs _____	29		
3.2. Discours et pratiques autour des grossesses non désirées _____	31		
3.2.1. Représentations et gestion sanitaire et institutionnelle des GND _____	32		
3.2.2. Représentations et gestion communautaire des GND _____	34		
3.3. Logiques et pratiques autour de l'avortement _____	38		
3.3.1. Les cadres légal et parental dans la condamnation et les pratiques de l'avortement _____	39		
3.3.2. L'avortement : entre connaissances, pratiques et discrimination socioéconomique _____	42		

LISTE DES SIGLES, ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS

AP

Autorité Palestinienne

GND

Grossesse Non Désirée

LASDEL

Laboratoire d'Études et de Recherches sur les
Dynamiques Sociales et le Développement Local

MdM

Médecins du Monde

ONG

Organisation Non Gouvernementale

ONU

Organisation des Nations Unies

PCBS

Palestinian Central Bureau of Statistics

SSR

Santé Sexuelle et Reproductive

TPO

Territoires Palestiniens Occupés

TFR

Total Fertility Rate

UNRWA

United Nations Relief and Works Agency for
Palestinian Refugees in the near East

UNFPA

United Nations Population Fund

WHO

World Health Organisation

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

Avec un nombre moyen de 5,1 enfants par femme en 2010 (PCBS, 2013) et un taux de prévalence contraceptive relativement élevé (48,2%), les questions de population et de fertilité restent une préoccupation au sein de la bande de Gaza (Randall, 2001 ; Khawaja, 2003 ; Courbage, 2005). Cette étude cherche à comprendre les déterminants socio-culturels des grossesses non désirées (GND) dans le but de pouvoir affiner et éventuellement réorienter les stratégies d'action mises en place en termes de Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Ses principaux objectifs sont : appréhender les discours, les représentations et les pratiques autour des méthodes contraceptives, des GND et des avortements dans les choix et les décisions au niveau des familles, des professionnels de santé ainsi que des acteurs qui participent à l'élaboration des politiques publiques d'une part et décrire la manière dont ces questions sont gérées au niveau communautaire ainsi qu'au niveau sanitaire.

L'étude a été réalisée au mois de juin 2015 dans l'ensemble des cinq districts de la bande de Gaza en Palestine. L'approche qualitative anthropologique a été utilisée avec plusieurs méthodes : des groupes de discussion composés de femmes et d'hommes à propos des savoirs et des pratiques concernant les méthodes de contraception et d'avortement, des entretiens individuels semi-structurés avec des usagers des services de santé, des soignants, des représentants du Ministère de la Santé (MoH) ou d'organisations impliquées sur la santé sexuelle et reproductive, des représentants d'associations de défense des droits des femmes, du ministère des Affaires religieuses, des agences de l'ONU.

Il ressort de l'étude que les services de santé de la bande de Gaza disposent d'une bonne diversité de méthodes contraceptives (malgré des ruptures de stock fréquentes), gratuites pour la plupart et accessibles facilement pour la grande majorité des usagers malgré des différences selon le genre, le statut civil, le statut marital et la position géographique de l'habitation. Les informations sur ces méthodes contraceptives sont diffusées à la fois par des canaux de communication interpersonnelle (discussion entre femmes et entre femmes et agents de santé, etc.) mais aussi par quelques campagnes de spots à la télévision et à la radio, par des brochures, des affiches... Bien que le pouvoir public communique très peu sur ces questions, la connaissance contraceptive est relativement

importante, avec un taux de prévalence contraceptive relativement élevé. Malgré cela, le taux de fécondité reste haut (5,1 enfants par femme).

De nombreux témoignages rapportent des cas de GND et d'avortements dans la bande de Gaza. Considérés par l'ensemble de la société comme incompatibles avec les normes socioculturelles et religieuses, ces avortements clandestins ne représente pas une préoccupation de l'Etat. Si toute GND ne se termine pas toujours par un avortement à cause du fort contrôle social exercé sur les femmes pour mener leur grossesse à terme, la plupart des avortements provoqués sont imputés à une GND. De nombreux facteurs socio-économiques, religieux, culturels, politiques, démographiques s'entrecroisent pour expliquer les GND et les avortements. Même si la couverture en termes de contraception est relativement élevée par rapport aux autres pays de la région (malgré près de 20% de besoins non satisfaits en matière de contraception), les valeurs sociales et religieuses influencent les pratiques de soin et renforcent l'interdiction de l'avortement : la plupart des soignants ne le conseillent pas et ne prennent pas en considération la complexité sociale d'une GND. S'il existe une prise en charge post-avortement, la distinction entre avortements spontanés et avortements provoqués n'est pas toujours reconnue par les médecins. En effet, contrairement à d'autres contextes où les soignants soupçonnent parfois les femmes qui viennent consulter pour des complications d'avoir provoqué elles-mêmes l'avortement, il semble que l'accès aux soins post-avortements dans la bande de Gaza est sans soupçon. La plupart des acteurs interrogés déplorent un manque de sensibilisation et de prévention sur les questions de contraception et de GND à l'endroit des femmes et surtout des hommes. Dans le même temps, ils expliquent que cela est impossible à mettre en œuvre avec des jeunes non-mariées, qui font pourtant partie des personnes les plus vulnérables face à cette situation. Cela se justifie par l'argument selon lequel cela reviendrait à encourager les relations sexuelles hors mariage rigoureusement interdites par la norme sociale et religieuse.

Du côté des autorités politiques et de leurs partenaires dans le domaine de la santé, la question de la prise en charge des GND et des avortements est très peu considérée. Si la situation politique actuelle, notamment après la dernière offensive israélienne « Bordure Protectrice » à l'été 2014 qui a laissé la bande de Gaza exsangue, rend probablement difficile

¹ SRH Final Assessment report 2012- 2013, GAZA/ MIDDLE AREA, Décembre 2013

l'établissement de priorités politiques sur les questions de prise en charge des GND et des avortements, un certain nombre de personnes déplorent tout de même une absence totale de concertation nationale entre les acteurs palestiniens concernés sur ces questions.

Sur la base de ces résultats, nous proposons quelques recommandations. Des programmes solides, issus d'une concertation nationale et réunissant l'ensemble des acteurs concernés sont à mettre en place pour améliorer les connaissances, les attitudes, les pratiques et l'utilisation des contraceptifs afin de réduire spécifiquement les grossesses non-désirées et les avortements à risque. La formation des soignant-e-s doit être renforcée pour assurer aux usagers et aux usagères une prise en charge efficace et des soins en adéquation avec leurs besoins. Plus particulièrement, ils/elles sont appelés à pouvoir faire face à des situations de GND et d'avortements, en termes de conseil et d'orientation.

Enfin, il est indispensable que l'ensemble des acteurs concernés plus ou moins directement par les problématiques des GND et des avortements (autorités politiques, religieuses, sanitaires, communautaires, services de droit, ONG, UNFPA, UNRWA) se réunissent et abordent ces questions comme un enjeu de santé publique et un sujet qui relève de l'intérêt général.

Une telle réunion pourra définir une politique publique et une législation commune, toutes deux basées sur un travail conjoint avec les associations en Cisjordanie comme le Planning Familial Palestinien qui mène déjà une activité de plaidoyer sur ces questions.

EXECUTIVE SUMMARY

With an average of 5.1 children per women in 2010 (PCBS, 2013) and a relatively high contraceptive prevalence rate (48.2%), the Gaza Strip is a real « demographical puzzle » (Randall, 2001; Khawaja, 2003; Courbage, 2005). The goal of this survey is to get a better understanding of the socio cultural determinants of unwanted pregnancies (UWP) in order to refine and potentially review MdM's strategies regarding their SRH interventions. The main objectives are to understand the discourses, the depictions and the practices for family planning methods, unwanted pregnancies, the decision process at the family level, among health professionals and policy makers and eventually to describe how these issues are dealt and managed at the community and at the health facility level.

This study has been carried out in June 2015 in the five districts of the Gaza Strip, in Palestine.

The qualitative and anthropological approach relied on different methods: focus groups discussions with both men and women about knowledge and practices of family planning methods and abortions, semi structured individual interviews with health services users, health professionals and key stakeholders (Ministry of Health, Women's Rights and SRH organisations, Ministry of religious Affairs and UN agencies).

This study has highlighted that health services provide a fair range of contraceptive methods, mainly for free and easily accessible for most of the users (however with existence of stock out). Yet access varies according to marital status, civil status (refugee or non-refugee) and location. Information about contraceptive methods is being disseminated through interpersonal communication (discussions among women, or between women and health professionals) as well as via communication campaigns through TV and radio, brochures...

Even though dissemination is rarely through government, contraceptive methods are well known and the prevalence contraceptive rate is rather high. Despite all that, the fertility rate remains high (5.1 children per women).

Cases of UWP and abortions were often mentioned during focus group discussions and interviews. Since abortion is taboo and incompatible with the religious and cultural prevailing norms, it is not seen as a problem by the government.

All unwanted pregnancies are not voluntarily terminated because women who are exposed to strong social pressure are encouraged to complete their pregnancy, yet most abortions are due to an UWP. Several socio-economical, religious, cultural, political, demographical factors are intertwined and explained UWP and abortions causes.

Even if contraceptive prevalence rate is relatively high compared to other countries in the region (but there are still 20% of unmet needs²), social and religious values have an impact on healthcare practices and reinforce the banning of abortion. Most of health professionals do not recommend abortions and do not take into considerations the social complexity of unwanted pregnancies.

Post abortion care services are available, and the medical professionals do not recognize induced abortions from spontaneous ones. Indeed, contrary to other contexts where health professionals suspect women who come for post abortion complications to have induced their abortion, it seems as if in the Gaza Strip this is not the case.

Most of the people we interviewed regretted the absence of awareness and prevention for women and even more for men regarding contraceptive methods and unwanted pregnancies.

Meanwhile, it is impossible to address these issues when it comes to young unmarried people, who are among the most at risk people. Doing so would be interpreted as encouraging premarital sex which is illegal both on the grounds of social and religious norms.

For the political authorities and organizations in charge of public health, the issue of unwanted pregnancies and abortions is very little taken into consideration. If the current political situation, especially after the last Israeli attack « Protective Edge » during summer 2014 that left a worn out Gaza Strip, makes probably difficult the establishment of political priorities on UWP and abortions, a lot of people regret however a lack of national dialogue between the Palestinian stakeholders on these issues.

On the basis of this study, we suggest the following recommendations.

Comprehensive education programmes, based on a national dialogue and including the main stakeholders should be implemented to improve knowledge, attitude and practices and to increase the uptake of contraceptive methods in order to reduce the number of unwanted pregnancies and unsafe abortions.

² SRH Final Assessment report 2012- 2013, GAZA/ MIDDLE AREA, December 2013

Health professionals should be trained accordingly and provided with good working conditions to ensure that beneficiaries are well taken care of and receive the services they need. In particular, they should be able to deal with unwanted pregnancies and request to terminate pregnancies with appropriate counselling and referral system.

Finally, it seems essential that the main stakeholders (political, religious, health, community authorities, legal services, NGOs, UNFPA and UNRWA) can gather and tackle these questions as a public health concern and a matter of general interest.

Such a dialogue will allow defining a public policy and a national legislation, on the basis of a joint work with Palestinian NGOs (e.g. the Palestinian Family Planning Association) which are already involved in advocacy on these issues.

CONTEXTE ET OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

MdM intervient sur la problématique des GND dans plusieurs pays en Amérique Latine et aux Caraïbes, en Afrique, au Moyen Orient et en Europe de l'Est. Dans la bande de Gaza, MdM a mené une mission exploratoire en 2012³ et une étude sur les déterminants des GND en 2013⁴ pour mieux orienter ses objectifs de travail sur la santé sexuelle et reproductive. En commanditant cette étude, l'objectif est de contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles associées aux grossesses non désirées dans 4 pays (Burkina Faso, République Démocratique du Congo, Palestine, Pérou).

La présente étude a été conduite dans la bande de Gaza en Palestine. Ce territoire situé au Sud-Est d'Israël et au Nord-Ouest du Sinaï égyptien mesure 40 km de long et 10 km de large en moyenne et fait partie des Territoires Palestiniens Occupés (TPO). Même si Israël et ses forces armées se sont retirés de la bande de Gaza en 2005 après 38 ans d'occupation (depuis la guerre des Six Jours en 1967), depuis un contrôle total est maintenu sur ce territoire, ainsi que sur son espace aérien et maritime. Depuis, plusieurs attaques israéliennes ont régulièrement détruit les infrastructures du territoire, tuant des milliers de civils et rendant les conditions de vie extrêmement difficiles au point de vue économique, social et politique.

Entre 2008 et 2009, l'opération dite « Plomb Durci » est l'offensive la plus meurtrière que l'armée israélienne ait jamais menée contre le Hamas et contre la population de la bande de Gaza: en trois semaines de bombardements intenses, on a dénombré environ 1400 morts palestiniens, dont une écrasante majorité de civils et seulement 13 morts israéliens. Les dégâts matériels ont été eux aussi très lourds. Avec cette offensive, Israël a été accusé par l'ONU de « crime de guerre » et de « crime contre l'humanité » sans aucune suite. Environ deux ans après, en novembre 2012, c'est l'opération baptisée « Pilier de Défense » qui coûte la vie à plus d'une centaines de Palestiniens et à cinq Israéliens. Cette offensive avait été lancée par l'armée israélienne pour « lutter contre les attaques et les tirs de roquettes du Hamas contre le Sud d'Israël ».

Cette recherche est donc à situer aussi dans un contexte post-conflit, un an tout juste après la dernière

attaque israélienne dite « Bordure Protectrice » pendant 51 jours, entre le 8 juillet et le 24 août 2014. En réaction aux tirs de roquettes gazaouis sur le Sud d'Israël pour réclamer la levée du blocus terrestre, naval et économique sur la bande de Gaza, des bombardements aériens ainsi qu'une offensive terrestre sont menés par les Israéliens pendant cette période de temps. Parmi les destructions massives occasionnées, de nombreuses infrastructures de santé ont été touchées : 17 des 32 hôpitaux de la bande de Gaza ont été endommagés. Six se sont même vu obliger de fermer leurs portes. Des 97 centres de santé primaires, 45 ont été sévèrement endommagés, 17 fermés et quatre complètement détruits (OCHA, 2015)⁵. On peut supposer que des conséquences matérielles de cet ordre peuvent impacter de manière drastique les choix individuels des gens en matière de maternité.

Même s'il est désormais en baisse, le taux de fécondité de la bande de Gaza reste élevé (5,1 enfants par femme), surtout si on le compare à celui de la Cisjordanie qui plafonne à 4,8 enfants par femme. La bande de Gaza comptait en 2014 près de 1,760 million d'habitants sur un territoire de 365 km² alors qu'en Cisjordanie voisine, pour un territoire de 5655 km², la population ne dépassait pas les 2,790 millions, Jérusalem-Est compris (PCBS, 2014). Le tableau 1 présente les principaux indicateurs de population de les TPO.

³ Exploratory mission report, Catherine Giboin, 2012.

⁴ SRH Final Assessment report 2012- 2013, GAZA/ MIDDLE AREA, December 2013

⁵ OCHA : Humanitarian Atlas 2015, 2015.

TABLEAU 1. CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIO-ÉCONOMIQUES DES POPULATIONS VIVANT DANS LES TERRITOIRES PALESTINIENS OCCUPÉS ET DANS LES PAYS VOISINS⁶

	Occupied Palestinian territory	Jordan	Lebanon	Syria	Egypt	Israël
Total population	3 770 606	5 700 000	3 900 000	19 900 000	73 400 000	7 300 000
Number of registered Palestinian refugees	1 765 499	1 880 740	411 005	446 925	..	..
Number of Palestinian refugees living in camps	669 096	330 468	217 441	120 383	..	..
Number of Palestinians living in Israël	..	..	..	..	..	1 184 466
Palestinians aged <15 years	45.7%	37.0%	27.0%	37.0%	33.0%	28.0%
Palestinians aged ≥65 years	3%	3%	8%	3%	5%	10%
Male average life expectancy at birth (years)	71.7	71.0	69.0	71.0	68.0	78.0
Female average life expectancy at birth (years)	73.2	72.0	73.0	75.0	73.0	82.0
Infant mortality rate (per 1000)	25.3	24.0	17.0	19.0	33.0	3.9
Average number of children per woman	4.6	3.5	2.3	3.5	3.1	2.8
Adult literacy rate (aged ≥15 years)	93.9%	91.1%	88.0%	81.0%	61.0%	97.1%
Combined primary, secondary, and tertiary gross enrolment ratio	82.4%	78.1%	84.6%	64.8%	76.9%	89.6%
Average unemployment in individuals aged ≥15 years	21.5%	15.0%	10.0%	12.0%	10.0%	8.5%

Table 1: Demographic and socioeconomic characteristics of the population living in the occupied Palestinian territory and neighbouring countries ⁴⁷⁻⁶⁵

⁶ Giacaman Rita, Khatib Rana, Shabaneh Luay, Ramlawi Asad, Sabri Belgacem, Sabatinelli Guido, Khawaja Marwan, Laurance Tony, « Health status and health services in the occupied Palestinian territory », 2009, 373: 837-49, Lancet.

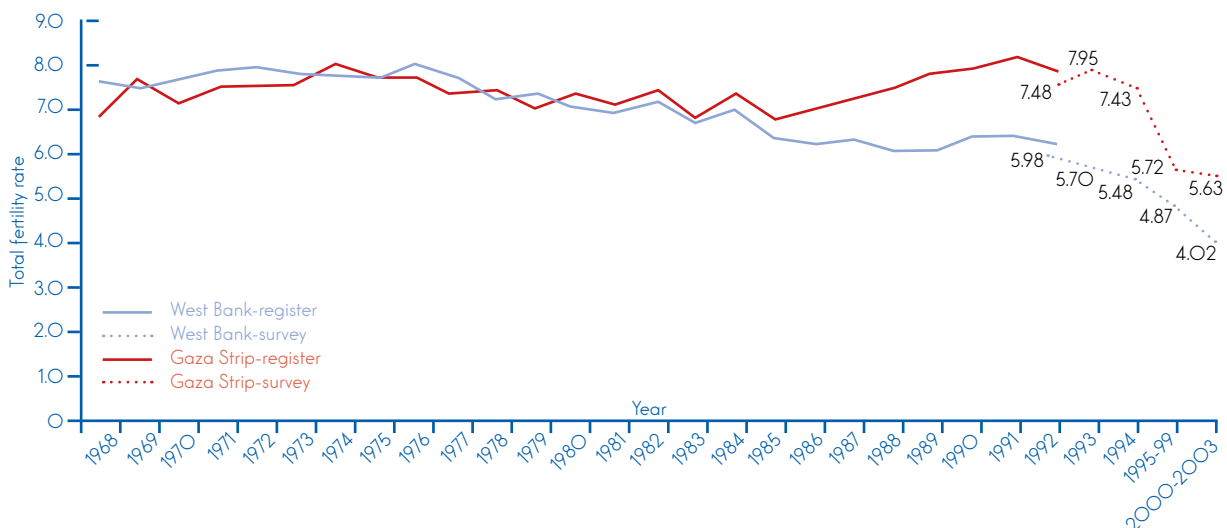
Historiquement, les questions de natalité et de fécondité ont fait l'objet d'un « investissement politique par les autorités politiques palestiniennes » (Courbage, 1995 ; Fargues, 2000), notamment dans les périodes d'Intifada où le conflit avec Israël se jouait également par une véritable bataille démographique. Aujourd'hui, si cette idée est moins présente, elle reste un facteur qui fut décisif dans l'établissement de telles tendances démographiques. Avoir plus d'enfants permettait de participer à une certaine échelle, à l'effort pour la libération nationale dans un contexte de guerre ou en tous cas de violence continue.

Depuis quelques décennies, avec une communication efficace, les pouvoirs publics palestiniens ont prôné un modèle de famille plus restreinte qui doit mener vers une auto-détermination du nombre et de la fréquence des naissances par l'utilisation de moyens contraceptifs (Memmi, 2014). La pratique de la contraception est donc promue par les pouvoirs publics et relayée par des institutions comme l'UNFPA et l'UNRWA à la fois à travers une communication dans les cliniques et

les centres de santé communautaires, des brochures, des spots télévisés, radio, etc... Mais elle est seulement encouragée dans le cadre du mariage, voire après un ou plusieurs enfants. Les médecins - à la fois dans les hôpitaux gouvernementaux et privés -, eux aussi, suivent cette ligne.

Les autorités politiques dans la bande de Gaza sont représentées par le parti du Hamas, qui est au pouvoir depuis 2006. En tant que parti islamique, sa législation en vigueur est basée sur la loi islamique. En conformité avec les principes religieux et sociaux qui régissent la vie quotidienne comme dans la plupart des pays arabes, la contraception est donc acceptée socialement comme un moyen d'espacer les naissances (*tanzim al nasi*), de les gérer et de protéger ainsi la santé de la femme. Ce n'est donc pas un moyen de limiter les naissances (*tahdid al nasi*) ou de réduire le nombre d'enfants dans une société où le taux de fertilité total est un des plus élevés au monde (Bosmans et al, 2008) comme le montre la figure 1.

Figure 1: Taux total de la fertilité palestinienne entre 1968 and 2003, données de Khawaja, 66 the Palestinian Central Bureau of Statistics, 49,50,67.



Basée sur la charia (le droit islamique), la législation autorise la contraception depuis environ quarante ans, à l'exclusion des méthodes permanentes (ligature des trompes par exemple). Depuis 1994, l'Autorité Palestinienne considère le taux de fertilité total comme un « objectif national stratégique ». En 1993, c'est l'UNRWA qui introduit des services de planning familial, suivi par le MoH en 1997. Concernant l'avortement, il est formellement interdit mis à part dans le cas de certaines situations comme la mise en danger de la vie de la mère et/ou de l'enfant en-dessous d'une date limite qui varie selon les interprétations, avant 40 ou 120 jours de grossesse. Selon des témoignages, des avortements clandestins restent exercés par des médecins privés moyennant un paiement par l'utilisateur.

Parmi les habitants de la bande de Gaza, plus de 72% sont des réfugiés, suite à la création de l'État d'Israël - ou *Nakba*⁷ - et en 1967, suite à la Guerre des Six Jours⁸. La plupart sont originaires des territoires se situant aujourd'hui dans le Sud d'Israël. Les 28% du reste de la population sont issus de familles originaires de la région de la bande de Gaza, avant la création de l'État d'Israël: ils sont désignés sous le nom de « citoyens ». La présence de ces deux types de population explique le caractère bicéphale du système de santé palestinien: les réfugiés sont enregistrés à l'UNRWA et bénéficient de leurs services presque toujours gratuits, alors que les citoyens doivent se tourner vers les services publics (plus chers et parfois de moins bonne qualité), vers des services privés ou vers des ONG (quand ils en ont les moyens). Selon un rapport de l'UNRWA, en 2011, 60% des femmes recevaient la majorité de leurs consultations prénatales dans des structures de l'UNRWA (UN Relief and Works Agency), 27% auprès du Ministère de la Santé (MoH) - tous deux offrant les services de CPN gratuitement, 8% auprès de médecins privés et 5% auprès d'ONG (Ashour et Watt, 2011). En termes d'accès et d'utilisation des services (santé, éducation...), ces caractéristiques démographiques impliquent donc parfois des différences de taille qui seront abordées tout au long de ce rapport.

L'objectif général assigné à cette étude est de fournir une analyse approfondie des déterminants socio-culturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements qui en découlent, en particulier chez les adolescentes et les jeunes. Il s'agit de mieux cerner d'une part, les besoins non satisfaits en la matière et d'autre part, les barrières, tant sociales qu'individuelles, qui entravent la prévention et la prise

en charge des GND et des avortements. Ensuite l'étude permettra de saisir les différents mécanismes de gestion familiale et communautaire des GND et des avortements. Enfin, l'étude va recueillir les perceptions et les conduites du personnel soignant face aux avortements et aux GND.

Cette étude devrait permettre à terme d'affiner les stratégies d'intervention de MdM. Ensuite, il s'agira de tirer des leçons transversales, pour pouvoir les diffuser auprès du public et des preneurs de décision, qui concourront à atteindre l'objectif général du programme à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelle associées aux GND » par des changements positifs et durables des pratiques et des législations.

Le rapport comporte quatre points principaux. Dans un premier temps, il rappelle la méthodologie appliquée. Dans un second temps, il s'agit de présenter des éléments de compréhension sur la levée des barrières à l'accès à la contraception. En troisième lieu, on s'attardera sur la gestion des GND et des avortements avant de présenter quelques recommandations dégagées à l'issue des discussions avec l'ensemble des acteurs.

⁷ Nakba : littéralement « catastrophe » en arabe, terme utilisé dans le narratif historique palestinien et qui désigne les massacres, expulsions et pillages perpétrés lors de la création de l'État d'Israël en 1948.

⁸ Guerre des Six Jours : Conflit éclair entre Israël et l'Égypte, la Jordanie

et la Syrie qui a permis de nouvelles annexions israéliennes, dont celle du plateau du Golan (*Joulan* en arabe) qui appartenait alors à la Syrie, mais aussi celles de nombreuses terres supplémentaires en Cisjordanie.

MÉTHODES ET MATÉRIELS DE L'ÉTUDE

Cette étude s'inscrit dans une approche socio-anthropologique qualitative. Le protocole de recherche a été soumis et validé par le Helsinki Committee for ethical approval, membre du Palestinian Health Research Council, le 6 avril 2015 sous la référence PHRC/HC/38/15.

2.1 SÉLECTION DES SITES DE L'ÉTUDE

L'étude a été conduite dans la bande de Gaza en Palestine, dans l'ensemble des cinq districts (North, Gaza City, Middle Area, Khan Younes et Rafah South). La superficie de la bande de Gaza est de 360 km² et sa population est estimée à 1 760 037 habitants en 2014⁹. Nous avons mené nos recherches dans l'ensemble de ces cinq districts. MdM Palestine intervenant dans la bande de Gaza depuis 2001 sur le thème de la SSR, nous avons choisi de sélectionner un centre de santé par district, en fonction des endroits où les équipes de MdM interviennent habituellement. De ce fait aussi, les contacts ont pu se faire très rapidement grâce à la confiance déjà constituée.

2.2 LA COLLECTE DES DONNÉES

La collecte des données a été réalisée du 14 au 29 juin 2015. Des guides d'entretiens individuels et de groupes ont été utilisés pour collecter les discours des enquêtés. Vingt (20) entretiens individuels ont été réalisés dans la totalité des cinq districts de la bande de Gaza. Dans chacun des districts, nous avons identifié et sélectionné les interlocuteurs parmi les catégories suivantes :

- les femmes ayant vécu et/ou accompagné une GND et/ou eu recours à l'avortement ;
- les personnels soignants à la fois dans des hôpitaux publics ainsi que dans des centres de santé communautaires ;
- les responsables politiques et des avocats ;
- les responsables des agences de l'ONU et parfois pourvoyeurs des moyens de contraception (pour l'UNFPA) ;
- une avocate spécialisée dans le droit des femmes.

Dix (10) discussions de groupes ont pu également être réalisées lors de l'étude. Dans chaque district, nous avons mené parallèlement deux groupes de discussion non-mixtes. Cette non-mixité était incontournable

pour pouvoir assurer une liberté de parole plus grande et aborder tous les thèmes sans gêne. Ce choix a été très opportun : en effet, contrairement à ce que nous pensions au départ, les personnes interrogées se sont largement exprimées sur le sujet. Au sein des groupes, les profils sociodémographiques étaient assez divers : pêcheurs, agriculteurs, femmes au foyer, avec des niveaux d'éducation très hétérogènes (allant de l'interruption précoce de l'école à la licence universitaire)... De manière générale, les groupes de discussion ont eu lieu dans les centres de santé dans lesquels les personnes interrogées avaient l'habitude de se rendre. Les questions des grilles d'entretien ont été posées à la suite les unes des autres mais la discussion qui suivait parfois ces questions a été laissée très libre pour pouvoir permettre l'émergence des différentes paroles.

2.3 LA REVUE DOCUMENTAIRE

En amont et en aval de l'enquête, il s'est agi de constituer une bibliographie et des sources dans la littérature scientifique pour être en mesure de contextualiser le cadre de notre étude. Sur place, il nous a également été possible d'accéder à un certain nombre de documents originaux, notamment des rapports d'études réalisées localement, à la fois par MdM, mais aussi par des centres de recherche et des agences de l'ONU présentes sur place comme l'UNRWA ou encore l'UNFPA.

2.4 TRAITEMENT DES DONNÉES

La plupart des entretiens ont été menés en arabe et en anglais selon la langue la mieux maîtrisée et souhaitée par l'interlocuteur : c'était effectivement très important de mettre l'interlocuteur dans des conditions linguistiques optimales pour qu'il puisse s'exprimer le plus aisément possible. Les traductions ont été réalisées directement au moment de la retranscription. Les deux enquêteurs ne parlant pas le français, ils ont retranscrit de l'arabe à l'anglais et une dernière traduction a été assurée de l'anglais au français. Certains entretiens menés en anglais ont été directement retranscrits en français. Tous les entretiens ont systématiquement été enregistrés et retranscrits intégralement. Un journal de bord a été tenu pendant la période d'enquête. Les notes de terrain, une base importante du travail de recherche, se concentraient davantage sur des observations du contexte et des lieux de l'enquête plutôt que sur les discours eux-mêmes. Elles ont aussi été analysées.

⁹ Selon les statistiques du Palestinian Central Bureau of Statistics [pcbs.gov.ps]

Les échanges avec les membres de l'équipe locale ont été très riches. Ils ont permis, dans un premier temps, de cibler les interlocuteurs et les lieux des enquêtes. Les acteurs étaient bien sûr impliqués plus ou moins directement dans les problématiques traitées. Ils appartenaient à des catégories représentatives des cibles de l'enquête. La technique d'échantillonnage a été le buissonnement et l'enquête s'est faite par itération¹⁰ avec les différents acteurs. A la fin du terrain, une réunion avec les membres de l'équipe de MdM, et en particulier ceux responsables du pôle SSR, a permis d'évaluer les premières analyses au regard des attentes. L'échange a été très fructueux et a permis de mettre à jour les points à mieux renseigner et analyser.

Par ailleurs, une séance de restitution a eu lieu quatre mois après la phase de terrain, en présence d'acteurs clé sur les questions de gestion des GND (institutions - UNFPA, UNRWA -, médecins, personnel soignant, membres de l'équipe de MdM Gaza) : lors de cette séance, les premiers résultats de l'étude ont été présentés et certains points et lacunes ont pu être creusés et approfondis. Cela a participé d'une amélioration substantielle de la qualité des informations déjà recueillies.

2.5. LIMITES DE L'ÉTUDE

L'étude a connu quelques difficultés méthodologiques. La période de l'étude a coïncidé avec le début du mois de Ramadan, ce qui a considérablement freiné le rythme de nos entretiens puisque les horaires de travail officiels sont réduits de 9h30 à 14h. Cet événement a considérablement réduit le temps de terrain qui aurait pu nous être imparti. De plus, les deux semaines et demi qu'a duré la période de terrain ont bien sûr été trop courtes pour approfondir certaines observations, notamment dans les centres de santé, comme nous aurions souhaité le faire.

Nous avons également échoué à contacter certains acteurs clés, comme un représentant de l'UNRWA, agence de l'ONU qui joue un rôle central dans la bande de Gaza, en termes de santé. L'absence de représentant-e-s des classes sociales supérieures dans nos échantillons est sans doute une autre des lacunes de notre enquête, tout comme celle d'un médecin privé et d'une accoucheuse traditionnelle (*daya*).

L'étude ayant eu accès à un nombre d'acteurs limités, il convient de rester prudent en veillant à ne pas

sur-interpréter certaines données. Un certain nombre d'éléments qui ont été soulevés ici mériteraient donc d'être creusés lors d'une prochaine étude.

¹⁰ L'enquête par itération procède par va-et-vient entre l'enquêteur et les acteurs qu'il rencontre: il se laisse ainsi guider d'un informateur à un autre, sans qu'un choix défini des enquêtés n'ait été établi au préalable

et c'est ainsi que le choix des interlocuteurs s'opère essentiellement par buissonnement [Olivier de Sardan, 1996].

PRINCIPAUX RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

Cette partie aborde la question de la contraception : la disponibilité des méthodes et de l'information, les perceptions des différents acteurs et les modalités de décision de l'utilisation. Elle développe la situation des GND et des avortements, en particulier sur les aspects légaux, les représentations et pratiques des acteurs en la matière et les modes de gestion sanitaire comme communautaire.

3.1. DISPONIBILITÉ, PERCEPTIONS ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION

Si la fertilité et la natalité en Palestine ont été l'objet d'un véritable investissement politique (Courbage, 1995; Fargues, 2000) notamment pendant les périodes des Intifadas, il semble que la « guerre démographique » dont parlaient certains auteurs (Courbage et Todd 2007) pour évoquer le conflit israélo-palestinien dans les années 1980 ne soit plus vraiment d'actualité puisque depuis une dizaine d'années, l'Autorité palestinienne promeut une vision individualiste de la maternité basée sur le modèle d'une famille plus restreinte et une capacité de maîtrise et de choix de la maternité (Memmi, 2014).

3.1.1. COUVERTURE, DIVERSITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES MÉTHODES

À travers les services de santé, un éventail assez large de méthodes contraceptives est disponible dans la bande de Gaza : préservatifs (masculins), stérilet, pilules (progestérone, microgynon), injections (Depo Provera)... Il faut noter cependant que des ruptures sont signalées de temps à autre. Certains moyens de contraception comme la pilule sont connus et

disponibles depuis longtemps :

« Même ma sœur aînée les a utilisées, elle a 68 ans aujourd'hui : elle s'est mariée en 1967 et elle les a utilisées pour la première fois en 1977, donc en 1977. Donc ça fait 40 ans que la pilule contraceptive est autorisée et utilisée dans la bande de Gaza. »

Avocate, Gaza City.

On note une persistance de l'utilisation de la contraception naturelle. En effet, au-delà des moyens de contraception médicaux pourtant largement répandus et facilement accessibles, il semble que les pratiques contraceptives appelées « naturelles »¹¹ soient encore beaucoup utilisées. Les « recettes » et techniques, transmises de mère en fille ou du moins entre femmes, semblent être connues de toutes et indistinctement dans tous les districts. Transmis à la façon de secrets partagés dans la complicité, les femmes en parlent sans aucune hésitation ni aucune retenue. Les techniques consistent, entre autres, à éviter les rapports sexuels pendant la période d'ovulation, à se retirer avant l'éjaculation, à manger beaucoup de dattes, à appliquer un mélange d'huile d'olive et de citron dans le vagin avant le rapport, etc... Certaines femmes disent préférer ces techniques puisque comme « c'est naturel donc c'est bon pour la santé ! ». Mais elles reconnaissent aussi parfois leurs limites.

« Moi je n'utilise que les méthodes naturelles mais je continue à tomber enceinte en me restreignant à ça. »
Femme, Buraij.

Ce propos pourrait se vérifier dans la mesure où les médecins ne considèrent pas ces pratiques comme valables d'un point de vue médical : « Aujourd'hui, d'un point de vue médical, les méthodes naturelles sont considérées comme obsolètes et plus fiables. » Médecin, Gaza City. Le tableau suivant résume le taux de prévalence des différentes méthodes.

TABLEAU 2. PRÉVALENCE CONTRACEPTIVES DANS LA BANDE DE GAZA (SOURCE: PCBS FAMILY SURVEY 2010)

Méthodes	Taux annuel		
	2000	2006	2010
<i>TFR Gaza</i>	6.8	5.4	5.1
Prévalence contraceptive toutes méthodes	46.1	41.7	48.2
Prévalence contraceptive méthodes modernes	32.7	33.8	36.7
Prévalence pour les méthodes naturelles	13.4	7.9	11.5

¹¹ En suivant l'appellation proposée dans certains travaux sur le sujet (Guillaume, 1999; Véron et al. 2000), nous souhaitons éviter la distinction traditionnel/moderne du fait de sa connotation péjorative et de son manque de pertinence et on lui préférera les termes de contraception

« naturelle » et « médicale ». En plus, « naturel » est le terme employé par les femmes en arabe pour définir ces méthodes de contraception qui ne recourent pas à une médicalisation.

Des projets pilotes menés par l'UNFPA ont tenté d'introduire les implants pour les rendre accessibles à tous puisque la demande de ces produits commençait à exploser notamment dans les zones situées à proximité des tunnels (à côté de Rafah et de la frontière égyptienne, au sud de la Bande de Gaza) où les marchandises filent plus facilement. Les projets ont finalement été abandonnés pour des raisons géopolitiques (l'offensive de l'été dernier a mis le projet à l'état de veille) et aussi politiques puisqu'en septembre 2014, un décret du Ministère de la Santé a interdit l'introduction d'implants dans sa panoplie de méthodes contraceptives en se référant à la charia.

Malgré cela, un panel de méthodes contraceptives est donc à peu près disponible partout dans la bande de Gaza. Selon les médecins et les fournisseurs de ces méthodes, celles-ci sont accessibles pour toutes et tous et gratuitement, quel que soit le statut de la personne et sa situation économique. Si cela se confirme en partie, il semble toutefois qu'un certain nombre d'obstacles d'ordre socio-culturel mais aussi économiques empêchent encore un accès total à la contraception.

Ces méthodes sont distribuées par un seul fournisseur dans toute la Palestine (Cisjordanie, Jérusalem Est et bande de Gaza). A Gaza, elles sont plus ou moins disponibles dans l'ensemble des cinq districts, dans les cliniques et hôpitaux gouvernementaux, dans ceux de

l'UNRWA, dans les hôpitaux et cliniques privés, ainsi que dans les pharmacies. Pourtant, en 2012-2013, seuls 16 des 56 centres de santé communautaires de la bande de Gaza proposaient des contraceptifs (MdM, 2013).

Bien que la couverture en terme de moyens de contraception soit plutôt bonne, certaines zones de la bande de Gaza paraissent moins couvertes que d'autres, comme le faisait remarquer l'étude menée par MdM en 2013 (Rapport SSR MdM, 2013) dans le district central (Middle Area). Selon un médecin, les gens du district central habitent des zones géographiquement reculées et isolées et n'ont pas la même culture que les urbains :

« En ville, les gens sont plus éduqués et formés. Et ils viennent de classes sociales plus élevées. Ils parlent bien, ils sont cultivés et ouverts d'esprit. Mais dans ces zones reculées, où il n'y a pas d'institutions, de centres de santé, et où il n'y a pas assez de civilisation, ils ont la culture des grand-mères, des mères, et ils l'enseignent à leurs filles... »

Médecin, Gaza City.

A défaut d'avoir les données pour la bande de Gaza, nous avons la situation de l'ensemble des structures qui proposent ces méthodes dans la Palestine dans le tableau ci-après.

TABLEAU 3. LIEU D'OBTENTION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES (SOURCE : MEMMI, 2014, P. 267)

Lieux d'approvisionnement	Effectif	Pourcentage
Hôpital gouvernemental	113	5,8
Centres de Planning familial palestinien	322	16,6
Hôpital ou clinique privé	129	6,6
Hôpital ou clinique d'ONG	107	5,5
Pharmacie	148	7,6
Docteur privé	558	28,7
Centre ou hôpital de l'UNRWA	558	28,7
Centre ou hôpital israélien	6	0,3
Total	1941	100

La nouvelle génération utilise plus les méthodes contraceptives contrairement à leurs mères et à leurs grand-mères. Elle s'inscrit dans des logiques plus individualistes sur le rapport au couple et aux enfants par rapport à leurs aînés qui, eux, considéraient une descendance nombreuse comme un soutien économique et un moyen de reconnaissance sociale à la fois pour les hommes mais aussi pour les femmes (Memmi, 2014). Tous les moyens de contraception sont cités lors des groupes de discussion et utilisés par la plupart des jeunes femmes, contrairement aux générations précédentes qui n'y avaient pas autant accès.

« Ma mère détestait la contraception, elle disait que c'était haram. Mais nous, on est toutes d'accord pour dire que c'est une très bonne chose ».
Femme, Buraij.

Selon certaines statistiques récentes, le taux de prévalence contraceptive¹² dans la bande de Gaza est de 48,2% et les besoins non satisfaits en planning familial sont de 17%, comparés aux 9% en Egypte, aux 11% en Jordanie ou encore 21% en Syrie¹³. Quelques femmes – une par groupe environ – ont déclaré ne pas utiliser de méthodes contraceptives (naturelles ou médicales), même avec 10 enfants, alors qu'elles étaient pourtant capables de citer toutes les méthodes contraceptives disponibles dans la bande de Gaza et savaient où les trouver. Il a été relativement difficile d'en identifier les raisons exactes mais il semblerait que le mari soit souvent à l'origine de cette décision ou alors qu'elle-même ne veuille pas prendre de contraception, parce qu'elle voulait avoir encore des enfants. En effet, le fait de ne pas utiliser de contraception n'est d'ailleurs pas nécessairement la conséquence d'un manque d'éducation mais aussi potentiellement la manifestation d'un désir de maternité et c'est le cas de nombreuses femmes palestiniennes.

Il semble que les soignants aient recours à des logiques de « pensées médicales » attribuant systématiquement l'absence d'utilisation de contraceptifs à l'ignorance des femmes. On peut supposer que ces a priori contribuent eux aussi à faire obstacle à l'accès des femmes aux services, car ils se répercutent dans les formes de la relation médicale.

Toutefois, il se pose un problème d'accessibilité réelle des contraceptifs. En effet, malgré le discours des médecins qui déclarent que les méthodes de contraception sont disponibles et accessibles à tous

et toutes, quasi gratuitement, il semble que dans les faits, d'autres obstacles empêchent l'accès total à la contraception. Le statut marital de la femme conditionne de manière stricte l'accès aux méthodes ainsi que l'accès aux informations ; la question du coût intervient malgré tout dans l'accès aux moyens de contraception puisque tous ne sont pas gratuits partout ; et enfin, le statut civil de la personne - réfugié ou citoyen - joue également un rôle décisif dans la facilité d'accès aux méthodes.

Le statut matrimonial est déterminant dans l'accès aux contraceptifs. Même si la nécessité absolue de la détention de documents attestant de l'union n'est plus requise de manière systématique et stricte depuis les deux dernières décennies, l'accès à la contraception pour une femme reste conditionné de manière très stricte au fait qu'elle soit mariée. Cela reste une condition *sine qua non* pour pouvoir se présenter chez un médecin ou chez un pharmacien pour demander une méthode de contraception.

Une avocate spécialiste du droit des femmes l'évoque ainsi :

« Légalement, les femmes seules et les jeunes filles sont autorisées à avoir des informations et des méthodes contraceptives mais socialement, elles ne peuvent pas parce que ce n'est pas accepté socialement pour les femmes non-mariées d'avoir des relations sexuelles. »
Avocate, Gaza City.

En effet, pour pouvoir obtenir l'accès à une méthode contraceptive dans un hôpital gouvernemental et/ou dans une pharmacie, une jeune femme doit pouvoir démontrer qu'elle est mariée :

« Elles peuvent être fiancées mais pour pouvoir accéder au Planning Familial, il faut qu'elles soient mariées. On n'est pas confrontés à des gens de cet âge-là qui veulent accéder aux moyens de contraception. C'est seulement après s'être mariées qu'elles peuvent accéder à ces services ».
Médecin, Gaza City.

A la pharmacie ou auprès de médecins privés par contre, il semble que très peu de questions soient posées et qu'un seul échange financier suffise à exécuter l'ordre. Pourtant certains médecins et personnels soignants décrivent une évolution dans le temps de l'accès à la contraception et de son fonctionnement social.

¹² Le taux de prévalence des contraceptifs correspond au nombre de femmes en âge de procréer faisant usage des contraceptifs pour 100 femmes en âge de procréer.

¹³ UNFPA 2012. Women's need for Family Planning in Arab countries

Selon eux, les contraintes et obligations sociales pour accéder à la contraception seraient aujourd'hui beaucoup plus souples que quelques années en arrière :

« Il y a quinze ans, il y avait besoin d'une autorisation écrite du mari pour accéder à une méthode de FP. Aujourd'hui, ce n'est plus le cas : il suffit de la pièce d'identité de la femme, où c'est quand même spécifié que tu es mariée ou non. Mais dans les faits, si le mari s'oppose à l'utilisation d'une méthode de FP, on ne peut pas la délivrer à la femme. Cela fonctionne comme une règle informelle. »

Médecin, Gaza City.

Une fois la condition d'être mariée remplie, c'est le coût qui rentre souvent en jeu dans l'accès plus ou moins facile aux méthodes contraceptives. Dans les cliniques - gouvernementales et UNRWA - ces services sont gratuits et ils restent très peu chers en pharmacies mais constituent souvent une dépense considérable pour des gens aux revenus modestes ou faibles. Pourtant, d'après certaines statistiques, plus de la moitié des Palestinien(ne)s accèdent aux méthodes contraceptives sans subir de dépenses directes (hors éventuels coûts de transport) (Memmi, 2014). Les hôpitaux privés, eux, proposent des services beaucoup plus onéreux et qui restent donc souvent réservés à une élite économique.

Cette gratuité dans les services publics et dans les infrastructures de l'UNRWA est assurée par l'UNFPA, l'organisation onusienne qui fournit les méthodes contraceptives à l'ensemble de la Palestine. Son représentant rappelle d'ailleurs à l'égard du MoH que cet état de fait est censé être un dispositif provisoire :

« Le Ministère [de la Santé] doit prendre la responsabilité de créer une ligne de budget spécifiquement pour la contraception, ce qu'il n'a encore jamais fait pour l'instant. L'UNFPA ne peut pas financer ça éternellement. »
Représentant de l'UNFPA.

Les médecins, eux, considèrent que les méthodes contraceptives sont accessibles à tous en termes de prix mais que tout le monde ne le sait pas :

« Tout est gratuit, elles payent juste 2 ou 3 NIS (0,4 - 0,5 euros) pour chaque moyen de contraception. C'est rien du tout, c'est presque comme si c'était gratuit. Elles ne savent pas toujours tout ça. »

Médecin, Gaza City.

Il semble en tout cas que pour les médecins, l'argument du coût ne représente pas un obstacle significatif à l'accès à la contraception alors que dans le discours des femmes, ce facteur est évoqué de manière régulière. La représentante du Ministère des Affaires religieuses interrogée délivre le même message et elle rajoute même qu'aucune contrainte ne limite l'obtention d'une méthode de FP :

« Toutes les méthodes sont disponibles et n'importe qui peut y accéder. Il n'y a aucune loi qui empêche les gens d'en bénéficier. A l'hôpital ou à la pharmacie, on ne leur demandera pas pourquoi ou pour quoi faire ? Ils leur donneront juste quand ils en demandent. »
Religieuse

Certaines femmes mentionnent aussi cette facilité en termes de prix :

« On n'a pas vraiment de difficulté à se procurer des contraceptifs, on peut en trouver dans les cliniques gouvernementales, et on paye seulement quelques shekels, soit tu peux aussi en trouver à la pharmacie mais pour un prix plus élevé. »
Femme, Nord.

Mais pour un certain nombre d'entre elles, la question du prix reste un obstacle considérable :

« La pharmacie, c'est cher, si je veux acheter un préservatif, je dois payer 7 NIS pour seulement un préservatif ! »
Femme, Zeitun.

Les hommes, quant à eux, n'ont qu'une idée approximative du prix des différentes méthodes :

« Il y a la pilule, le stérilet, les préservatifs... il y a aussi les injections mais elles sont très chères. »
Homme, Nord.

L'aspect financier est étroitement lié au statut **administratif** de la personne puisque l'UNRWA garantit la gratuité totale des méthodes contraceptives aux réfugiés alors que les citoyens doivent souvent endosser des frais, même minimes, pour pouvoir y accéder dans les cliniques gouvernementales et/ou dans les pharmacies.

Ainsi, le statut de la citoyenneté est un paramètre fondamental d'accès aux contraceptifs. En effet, si les

méthodes contraceptives sont disponibles et accessibles partout, il semble que ce n'est pas tout à fait aussi simple que cela pour les usagères citoyennes (= non-réfugiées) des services de santé. Effectivement, pour celles-ci, la perception est parfois différente : alors que les femmes réfugiées bénéficient des services de l'UNRWA, qui leur fournissent entre autres des méthodes contraceptives gratuitement, les citoyennes doivent payer, même si c'est à un prix dérisoire, pour les obtenir dans les hôpitaux gouvernementaux et/ou privés et dans les pharmacies. Certains chercheurs parlent même de traitement différentiel. Ainsi, dans un groupe de discussion, deux femmes de statuts différents se sont exprimé en ces termes:

« L'UNRWA donne toutes les méthodes gratuitement. Non, nous en tant que citoyens, on doit payer pour les obtenir dans les cliniques gouvernementales. Oui on a des difficultés d'accès je n'en trouve pas toujours dans les centres de santé et on doit payer pour en avoir. Même si ce n'est pas grand-chose, en plus, c'est de mauvaise qualité. »

Femme citoyenne, Zeitun

« Bon, nous en tant que réfugiés, on a accès à tout gratuitement, surtout aux pilules, au stérilet et au préservatif masculin. Ils nous en fournissent presque tous les débuts de mois, en quantité suffisante pour le reste du mois. Moi très souvent, quand je vais dans les centres de santé gouvernementaux, je ne trouve pas ce que je veux, parfois ils ont des pénuries. »

Femme réfugiée, Zeitun.

Ce genre d'interaction sur les différences de traitement qui s'est retrouvé dans d'autres groupes est surtout révélatrice d'inégalités économiques latentes face à l'accès à la contraception au sein du système de santé bicéphale qui caractérise la bande de Gaza et la Palestine de manière plus générale. Ces différents facteurs constituent finalement un certain nombre d'obstacles potentiels à l'accès à la contraception, pas si total que ce que les médecins affirment. A cela s'ajoutent des intermédiaires dans le processus de décision face au choix de la méthode contraceptive.

Il est important de souligner le rôle combien fondamental de l'intermédiation dans l'accessibilité aux contraceptifs. En effet, le **mari fait partie de manière plus ou moins directe de la décision de la femme** en matière de contraception. En termes

de contraceptifs (utilisation, types de méthodes), les proches et notamment les femmes de l'entourage direct (mère, sœur, belle-mère, amies) jouent un rôle décisif dans la décision. Il peut s'agir d'un rôle d'encouragement à l'utilisation de la contraception et de conseil :

« Moi, c'est ma famille, ma mère et ma sœur qui m'ont conseillée d'utiliser la contraception »

Femme, Burajj.

Ou, au contraire, d'un rôle dissuasif, souvent tenu par la mère du mari, pour encourager les grossesses :

« Ma belle-mère m'encourageait toujours à ne pas utiliser de contraceptifs pour pouvoir tomber enceinte encore et encore. »

Femme, Khan Younes

« Si je rencontrais une mère avec seulement deux ou trois enfants, je lui conseillerais de ne prendre aucune méthode de contraception parce que Allah peut lui reprendre son bébé ou un de ses enfants peut mourir à tout moment. J'ai perdu un enfant pendant que j'étais enceinte et quand mon nouveau bébé est né, ça m'a aidée à surmonter ma douleur. Donc je vais convaincre n'importe qui de garder son bébé et d'être heureux avec ça. »

Femme, Nord.

Dans tous les cas, les femmes de l'entourage exercent une influence déterminante dans le processus décisionnel lié au choix d'une méthode contraceptive.

Dans ce processus, le mari est, lui aussi, un acteur-clé de la décision.

Au-delà des seuls médecins et proches, la méthode contraceptive est notamment fréquemment l'objet d'une discussion avec le mari à l'issue de laquelle c'est souvent lui qui a le dernier mot. Des femmes font effectivement état du fait qu'elles doivent prendre en compte l'avis de leur mari dans leur décision d'emploi d'une méthode contraceptive. Beaucoup de femmes évoquent notamment le fait qu'elles doivent se plier à la décision de leur mari, souvent peu enclins à l'utilisation du préservatif :

« J'utilisais le préservatif mais ensuite mon mari a refusé de l'utiliser donc maintenant, j'utilise les injections »

Femme, Burajj.

Selon les médecins, le consentement et l'approbation du mari sont effectivement nécessaires pour l'obtention d'une méthode contraceptive :

« On ne donne pas de contraceptifs à une femme sans le consentement de son mari. Il doit être d'accord avec le type de contraceptifs qu'on administre à sa femme. Il doit être là et la femme ne peut pas utiliser de contraceptif sans son accord. »

Médecin

Un médecin souligne d'ailleurs que, même si ce choix peut faire l'objet de discussions entre le couple, c'est le mari qui a souvent le dernier mot :

« Une négociation est bien sûr possible entre les époux mais même si le couple revient après un premier refus de l'homme, et que la femme ait convaincu l'homme, en tant que médecin, je ne pourrai pas lui fournir la méthode contraceptive qu'elle veut elle. »

Médecin, Gaza City.

Il semble pourtant que la marge de manœuvre soit possible pour les femmes et lors de discussions informelles, certaines femmes racontaient qu'elles parvenaient à prendre un contraceptif sans que leur mari en soit informé. Sur la question du choix du contraceptif, les hommes disent n'avoir pas beaucoup d'influence dans la décision mais ils mettent tout de même l'accent sur leur plaisir sexuel personnel dans leurs préférences. La plupart des hommes semblent acquis à l'usage de contraceptifs et conscients de leur nécessité.

« On doit utiliser les contraceptifs même si on n'aime pas ça. »

Homme, Nord.

De nombreux hommes font allusion à leur plaisir sexuel, entravé par l'utilisation de contraceptifs et en particulier du préservatif :

« Dans notre société, les hommes n'aiment pas utiliser de contraceptifs parce que ça réduit leur plaisir. »

Homme, Nord

Beaucoup préfèrent donc les méthodes qui favorisent leur plaisir sexuel avant tout, c'est-à-dire, sans obstacle direct au moment du rapport.

« En tant qu'hommes, on aime faire l'amour complè-

tement, sans contraceptifs en travers de notre route. »
Homme, Nord.

« J'aime éjaculer dedans, ça donne plus de plaisir. Donc je n'aime pas utiliser de préservatifs ou quoique ce soit d'autre. »

Homme, Zeitun.

Des explications scientifiques sont même avancées pour justifier la nécessité d'éjaculer à l'intérieur du vagin :

« Il y a une substance dans le sperme dont le vagin a besoin pour rester sain. »

Homme, Nord.

Si une majorité d'hommes n'aiment pas utiliser de contraceptifs, la plupart le font. Certains disent prendre en compte les besoins de la femme :

« Ça dépend surtout de la santé de la mère. La méthode qu'on utilise ou pas, ne me préoccupe pas plus que ça. Moi je préfère le préservatif : c'est plus sûr et pour moi et pour ma femme. »

Homme, Nord.

« J'ai empêché ma femme de prendre la pilule parce que ça avait déjà affecté la santé de sa sœur. »

Homme, Zeitun.

Mais la plupart ont une incidence sur le choix du contraceptif et l'infléchissent selon leurs besoins et généralement en fonction de leur critère de plaisir :

« Ma femme utilisait le stérilet mais ça l'a faite grossir donc je lui ai fait arrêter de l'utiliser. »

Homme, Zeitun.

La configuration de la relation avec le mari rentre en compte dans la décision selon d'autres schémas. Un aspect singulier a notamment été soulevé par une avocate spécialiste en droit des femmes : elle évoquait ainsi la question du sexe forcé au sein d'un couple comme facteur influent sur le choix d'un contraceptif de long terme. Cette question n'a été évoquée qu'une seule fois par cette avocate mais ne l'a en revanche pas été du tout ni par les femmes, ni par les hommes. Selon elle, il semble que cet aspect puisse avoir un impact important sur le choix de méthodes contraceptives de long terme :

« Les femmes qui viennent en consultation dans notre centre pour des divorces ou des histoires financières,

elles nous racontent des histoires : la plupart d'entre elles n'ont pas choisi de se marier et la plupart d'entre elles ne sont pas heureuses dans leur mariage. Celles-ci n'ont pas le choix de faire l'amour avec leur mari ou pas. Donc elles sont forcées d'avoir des relations sexuelles avec leurs maris mais elles ne connaissent rien sur le sexe et elles ne savent pas comment s'y prendre avec ça ou comment s'organiser. C'est pourquoi elles utilisent le stérilet parce que c'est plus simple et ça se prend sur du long terme.»

Avocate, Gaza City.

3.1.2. LES CANAUX DE VULGARISATION DES CONTRACEPTIFS

Plusieurs canaux de transmission de l'information sur la contraception parfois contradictoires se complètent aussi souvent en formant un maillage autour des femmes mais aussi des hommes. Comment les femmes et notamment les jeunes peuvent-ils accéder à l'information sur la contraception ? Comment se déroule cet accès et quelles sont ses différentes étapes ? Il semble que le canal des relations familiales et en particulier à travers les femmes de l'entourage soit beaucoup plus décisif dans la transmission d'informations que celui des médecins et de ce qu'en dit la loi.

Le **canal familial** semble occuper une place prépondérante dans la transmission de l'information et donc dans la prise de décision concernant la contraception ; les femmes de l'entourage et notamment la belle-mère jouent un rôle prépondérant. Dans le discours des femmes, il apparaît que leur parole et leur intervention aient beaucoup plus d'influence et de poids que celle que peut énoncer les médecins ou même la loi sur ces questions. Leurs conseils, souvent basés sur la morale sociale et religieuse, se portent notamment sur la nature de la méthode contraceptive et donc sur le nombre et la fréquence des naissances. En effet, selon une religieuse :

« La nature et l'atmosphère dans les deux familles du mari et de la femme affectent les décisions du couple marié sur le nombre des enfants. Certaines familles suggèrent plutôt d'avoir beaucoup d'enfants. »

Religieuse.

En effet, selon certaines femmes, la belle-mère joue souvent un rôle incitatif en faveur d'une descendance importante :

« Ma belle-mère m'encourageait toujours à tomber enceinte encore et encore »

Femme, Khan Younes.

La configuration des habitations influe de manière considérable sur la manière dont les informations circulent entre les femmes et en particulier sur le rôle prépondérant de la belle-mère dans ces décisions.

« Quand je suis tombée enceinte, j'étais très fatiguée. Je voulais vivre seule avec mon mari et mes enfants : vivre tous ensemble avec toute la famille dans la même maison est très fatigant, on n'a pas un moment pour soi ».

Femme, Gaza city

En effet, une grande proportion de couples vivent avec la famille étendue du mari, souvent dans le même immeuble : la proximité quotidienne de la femme avec l'ensemble de sa belle-famille et notamment sa belle-mère confère un rôle capital à cette dernière qui régit la vie à la maison et notamment la vie de couple de ses fils. Dans les zones rurales, pour les classes sociales inférieures ou encore les familles conservatrices, une règle tacite s'impose alors aux femmes qui ne peuvent que très peu sortir seules (même pour aller chez le médecin ou pour aller faire des courses) sans l'accord de leur belle-mère. Dans ce contexte, il est donc très peu probable qu'elle puisse se rendre dans les services de contraception seule et donc choisir une contraception. Lors de discussions informelles avec des membres d'associations et des personnels de centres de santé, il a par exemple été évoqué le fait que la belle-mère indique des informations sur la contraception à adopter ou bien à éviter à sa belle-fille. Par exemple *« n'utilise pas de stérilet parce que ça te rendra stérile, n'utilise que la pilule. »* Au-delà du rôle central de la belle-mère, les autres femmes de la famille comme la mère, les sœurs et/ou les amies sont aussi très présentes dans la transmission de savoirs sur la contraception.

« Moi, c'est ma famille, ma mère et ma sœur qui m'ont beaucoup conseillée d'utiliser la contraception. »

Femme, Burajj

Ce sont notamment par elles que les jeunes femmes peuvent accéder à des connaissances contraceptives avant le mariage, alors même que c'est condamné par les règles sociales et religieuses et donc tout à fait dissuadé par les médecins :

« Ma mère m'avait déjà parlé du FP avant même que je sois mariée ».

Femme, Khan Younes

Lors de ces transmissions de pratiques et savoirs contraceptifs entre femmes, ce sont à la fois des informations sur les méthodes dites « naturelles » (selon le vocabulaire employé par les femmes) mais aussi sur les méthodes « thérapeutiques » qui s'échangent. Par ce canal-là, les femmes de l'entourage proche semblent assurer un rôle de prévention pré-mariage, ce que se refusent à faire les autorités sanitaires et les pouvoirs publics pour des raisons morales et sociales.

Les institutions de santé font de la prévention et de la sensibilisation.

Dans chaque type d'institutions de santé, des séances de prévention et de sensibilisation à la contraception sont organisées pour les femmes mais aussi parfois pour les hommes : sous forme d'ateliers et de discussions, on y évoque les différents moyens de contraception, leurs conditions d'utilisation, leurs avantages et inconvénients. La plupart des acteurs interrogés dans ces institutions (médecins, personnels soignants, représentants du MoH et de l'UNFPA...), considèrent que le manque d'éducation représente un des problèmes majeurs en termes de santé sexuelle. Pourtant, face à la diversité des méthodes de prévention, à leur accès plus ou moins réduit, notamment avant le mariage, il apparaît que le canal institutionnel ne soit pas vraiment privilégié par les femmes pour obtenir des informations et qu'elles préfèrent utiliser celui de leurs proches. En effet, il paraît difficilement envisageable pour une femme d'avoir accès à ce genre de brochures si elle ne peut pas sortir de chez elle seule: la plupart de ces brochures se trouvent en effet dans les hôpitaux et/ou centres de santé et en particulier dans les services de soins maternels ou chez les gynécologues.

La sensibilisation comme outil de lutte contre les GND ?

Les médecins s'accordent tous pour dire que la sensibilisation à la contraception est un des facteurs les plus importants dans la lutte contre les GND :

« Mais le facteur le plus important, c'est la sensibilisation des communautés. La sen-si-bi-li-sa-tion. Et le changement des comportements, des connaissances et des pratiques. »

Médecin, Gaza City.

Les soignants décrivent le contenu de ces sensibilisations en détaillant la nature et le nombre des outils d'information et de prévention mis à disposition dans les différents lieux de soin :

« On a un département d'éducation à la santé, au ministère de la Santé. Ils font des brochures et des formations dans le bâtiment du ministère et ils vont dans les mosquées, les associations, dans les endroits où les gens se rassemblent. [...] Dans les brochures où les femmes peuvent trouver les indications, les contre-indications, les endroits où elles peuvent bénéficier de ces services gratuitement... [...] Ils font même les petits films d'animation qui sont projetés dans les salles d'attente des docteurs. Ils font aussi des spots radio et TV, tout ça. Dans chaque salle d'attente, on a une TV qui diffuse des vidéos sur ces sujets. »

Médecin, Gaza City.

En plus de la présence de ces outils de prévention, les médecins rajoutent que des « éducateurs » à la santé sont disponibles au sein du MoH pour répondre aux questions des femmes :

« En parallèle de ça, des éducateurs à la santé se déplacent directement dans les salles d'attente et les femmes peuvent leur poser des questions sur n'importe quel sujet concernant la santé reproductive. Ils sont prêts à faire ça. Il y a environ 13 éducateurs à la santé qui se déplacent du Nord au Sud de la bande de Gaza. »

Médecin, Gaza City.

Le responsable de l'UNFPA en Palestine évoquait également le problème d'un manque de formation du personnel capable de conseiller et d'accompagner les femmes :

« Le conseil qui est un point faible dans le processus dans son ensemble. [...] On essaie de former des gens qui puissent guider la femme à prendre une décision qui lui est propre et de ne pas lui dicter son choix. [...] C'est l'idée mais ce n'est pas ça qu'il se passe sur le terrain à cause de nombreux facteurs: des employés du secteur de la santé qui ne sont pas payés, un nombre de patients très élevé, burn-out, frustrations... »

Représentant de l'UNFPA.

En outre, ces acteurs sont probablement soumis aux mêmes contraintes sociales que celles qui pèsent sur les femmes, les mêmes a priori ou perceptions négatives

qui peuvent largement influencer leur manière d'aborder ces questions.

Quelques femmes rapportent qu'il leur est parfois possible d'assister à des sessions de sensibilisation auprès de différentes organisations. Dans les cliniques et hôpitaux publics par exemple, la présence de brochures et la diffusion de spots télé et radio dans les salles d'attente participent à la diffusion des informations. Les femmes évoquent relativement souvent cette méthode de communication :

« Moi j'ai appris des choses par les brochures, les affiches sur la contraception qui sont dans les salles d'attente et les DVD qui y sont aussi parfois diffusés. »
Femme, Khan Younes.

« On peut obtenir des informations et une orientation sur la contraception dans les cliniques, les centres sociaux et communautaires, [...] des centres de santé, auprès d'infirmières spécialisées... »
Femmes, Zeitun.

Malgré la présence de formations de sensibilisation signalées par les médecins (nous n'avons pas eu l'occasion d'y assister), il apparaît que les femmes n'y ont pas toujours systématiquement recours. En effet, la disponibilité de formations de la sorte varie très fortement d'une institution à une autre. Comme pour l'accès aux méthodes contraceptives, les réfugiées semblent bénéficier de manière plus systématique de formations sur le sujet, notamment dans les cliniques de l'UNRWA :

« On a beaucoup d'organisations qui nous soutiennent sur les questions de contraception, en particulier dans les cliniques et les centres de santé pour femmes de l'UNRWA où ils donnent tout le temps des formations d'orientation. »
Femmes, Buraij.

Pour leur part, les hommes n'évoquent que très peu ce genre de sessions de sensibilisation, puisque, pour l'écrasante majorité d'entre eux, ils n'ont jamais assisté à de tels ateliers.

Il existe une très faible implication des hommes ; les hommes, eux, sont peu ciblés par les formations sur les questions de contraception. Ils semblent de toute façon peu enclins à y assister et disent préférer chercher des informations par eux-mêmes :

« Je n'ai jamais assisté à aucune formation sur la contraception, rien. Mais j'ai lu des livres sur ces questions. Bon, de manière générale, je préfère la ressource principale qui est l'auto-éducation, comme les livres ou Internet. Il y a aussi quelques organisations auprès desquelles je peux chercher de l'aide. »

Homme, Nord.

Quelques exceptions, pourtant, mentionnent l'existence de certaines structures qui proposent ce genre de formations comme à Rafah :

« Oui il y a ce genre de formations dans certaines ONG à Rafah. On a appris des choses sur le nombre d'enfants qu'on devrait avoir et sur le planning familial en général. Il y avait aussi de la sensibilisation pour les femmes et sur la gestion de leurs grossesses. Les hommes comme les femmes ont été invités à y participer. On a aussi mené un groupe de discussion ici, dans l'association Wefaq pour laquelle je travaille. »
Homme, Rafah.

Ce même homme est d'ailleurs très enthousiaste vis-à-vis de la contraception :

« Beaucoup de personnes utilisent le planning familial. J'encourage très fortement son utilisation. En particulier après la situation économique récente. »
Homme, Rafah.

Il l'est en tout cas beaucoup plus que ceux qui déclarent n'avoir jamais pris part à une quelconque formation :

« Les gens ici pensent qu'utiliser des contraceptifs est une nécessité mais pour moi, ça ne l'est pas. Je crois plutôt que les hommes devraient se contrôler eux-mêmes et essayer d'éjaculer en dehors du vagin. »
Homme, Nord.

D'autres, face à l'absence d'éducation à ces questions, préfèrent se former eux-mêmes, par la lecture de livres sur la question, en regardant des émissions et des spots à la télévision et/ou en consultant Internet:

« Non je n'ai jamais assisté à une formation de ce genre. Mais j'ai lu des livres sur ces questions. Moi je préfère la ressource principale qu'est l'auto-formation comme les livres et Internet. Il y a aussi quelques organisations auprès desquelles je pourrais chercher de l'aide. »
Homme, Nord.

Ce sont surtout les hommes qui ont évoqué ce moyen d'obtenir des informations: le fait qu'il n'y ait pas besoin d'un intermédiaire et qu'il n'y ait donc pas d'exposition à des regards extérieurs est peut-être une explication de la popularité de ce média auprès des hommes dans l'obtention d'informations sur ces questions.

Les médecins et les organisations de l'ONU comme l'UNFPA déplorent eux aussi que les hommes devraient pouvoir être plus impliqués dans la sensibilisation à ces questions :

« En fait il existe de la prévention pour les hommes. D'abord au niveau de l'UNFPA, on a des groupes de travail pour réfléchir à comment intégrer les hommes à ce processus de décision et à les faire accéder à ces services. On soutient deux centres pour femmes à Jabalya [camp de réfugiés à Gaza City] et Burajj [camp de réfugiés dans la Middle Area] à travers des ONG et ils ont été des centres pilotes dans ce domaine et beaucoup plus actifs sur les questions de responsabilisation des hommes que ce que fait le MoH, ça c'est sûr.[...] Les femmes commencent à emmener leurs maris aux centres dans des consultations de couples, notamment sur des questions de certaines MST qui nécessitent à la fois le traitement du mari et de la femme, sinon ça ne sert à rien. Cette question est donc décisive parce que ça a un rapport avec les dynamiques de genre, et les processus de prise de décision au sein des foyers. »
Représentant de l'UNFPA

Un médecin du service public et travaillant pour le compte du Ministère de la Santé considère, elle aussi, que la sensibilisation des hommes sur ces questions est primordiale, bien qu'elle ne soit que très peu mise en œuvre :

« Le rôle des hommes là-dedans est le plus important ! Je dis toujours que si on veut faire de la sensibilisation et de l'éducation à la santé, on ne devrait pas parler aux femmes mais aux maris ! Ce sont eux les principaux obstacles ! Ils ne comprennent rien aux moyens de contraception.[...] Il y a des programmes de prévention pour les hommes. Mais il faut qu'on leur adresse des questions qui concernent les femmes, pas que sur des questions qui les concernent seulement eux, par exemple le cancer du sein. Les hommes se plaignent, en disant « en quoi ça me concerne ? » Donc ils n'y vont pas ! Il faut qu'on fasse en sorte que les hommes aient plus conscience de tout ça. »
Médecin, Gaza City.

Dans la plupart des verbatim des médecins, on relève une position critique sur le discours des hommes et leur manque d'implication dans les problématiques de santé sexuelle : pour la plupart d'entre eux, un véritable travail de sensibilisation passe par l'implication nécessaire des hommes. Pourtant, dans les faits, très peu d'hommes déclarent avoir bénéficié ou même avoir été sollicités pour assister à des sessions de sensibilisation. Les médecins ne semblent pas vraiment leur adresser ces questions de manière directe.

Par ailleurs, la description faite par les médecins des formations de prévention dispensées dans des institutions de santé semble parfois floue et les critères mobilisés ne sont pas précis.

« Il y a de l'éducation sexuelle, ça existe oui ! Dans les écoles publiques, il y a des cours sur le sexe, des modules pour les enfants et pour les adolescents. Mais ici à Gaza, et dans toute la Palestine, notre religion, c'est l'Islam, et c'est interdit d'avoir des relations sexuelles hors mariage. »
Médecin, Nord.

Il est important de signaler que nous n'avons pas pu interroger les acteurs du système éducatif à propos.

De la sensibilisation mais seulement après le mariage. En effet, un certain flou transparait dans les discours sur le contenu des formations notamment en ce qui concerne les jeunes. D'ailleurs, il est clair dans les propos des agents de santé que la sensibilisation sur les questions de contraception n'est pas du tout envisageable pour les jeunes non-mariés:

« La sensibilisation des jeunes, c'est socialement non accepté. On ne discute pas des questions d'activité sexuelle ou de planning familial dans aucune sorte d'école secondaire ou université. Par contre, on parle d'hygiène, si tu as telle ou telle maladie, si tu as un problème et que tu ne sais pas quoi faire... comment se laver, etc... tout ça ! On les prépare si elles vont se marier, si elles sont fiancées. »
Médecin, Gaza City.

Les médecins, semblent donc agir en tant que professionnels de la santé mais aussi comme Palestinien, soumis aux mêmes barrières culturelles, même s'ils essaient de ne pas le montrer. Le discours un peu ambigu des médecins qui en ressort alors, fait apparaître que, s'il existe une diversité des formes que

prend la prévention contraceptive ainsi que des structures qui la dispensent, elles ne sont disponibles pour les femmes qu'à partir du mariage, voire de la première naissance. Avec les médecins, le sujet de la contraception ne semble en fait être véritablement discuté en tête-à-tête avec les femmes qu'une fois mariées, voire après qu'elles aient eu une ou plusieurs grossesses. Autrement dit, les femmes doivent se conformer à ce que Sarah Memmi appelle leur « contrat procréatif » (Memmi, 2014) avec la société : se marier et avoir des enfants, si possible en nombre. Ce n'est qu'une fois rempli qu'elles peuvent commencer à utiliser une méthode contraceptive. Le médecin part du principe qu'« une fois qu'une fille est mariée, elle sait tout ça parce que de nos jours, tout le monde va à l'université. Il y en a très peu qui n'y vont pas. » Pour elle, le fait de se marier et d'aller à l'université donne les clés d'un savoir immédiat sur les méthodes de contraception bien qu'elle venait de soutenir que les formations à l'école ou à l'université sur ce sujet n'étaient pas possibles à mettre en œuvre. Par l'imposition d'un régime temporel spécifique, conforme aux attentes sociales en vigueur, les médecins imposent un cadre supplémentaire à l'accès à la contraception. Certaines femmes témoignent d'ailleurs sur le sujet :

« On peut obtenir des informations sur la contraception auprès des médecins mais seulement pendant des consultations post-naissance. »
Femme, Gaza City.

« Je me suis mariée à 17 ans et je n'avais aucune expérience, je n'avais jamais entendu parler du planning familial. Mais maintenant, je sais que c'est mieux d'utiliser la contraception. Après avoir accouché de mes deux dernières filles, j'étais très fatiguée et j'ai pensé que je devais utiliser un moyen de contraception. »
Femme, Nord.

La totalité des acteurs interrogés (médecins, représentant de l'UNFPA et femmes elles-mêmes) ont fait état d'un manque cruel de prévention sur ces questions, notamment auprès des jeunes. Au-delà de la nécessité d'englober hommes et femmes dans la prévention à la contraception, certains acteurs comme l'UNFPA avancent l'idée que ce sont l'orientation et l'éducation à destination des enfants de la seconde génération qui sont à privilégier en priorité. Pourtant, cette question semble soulever des contradictions, notamment dans le discours des médecins puisque même s'ils déplorent cette lacune, ils soutiennent le fait que ce

n'est pas accepté socialement et religieusement d'évoquer ces questions avec des jeunes non-marié-e-s et notamment dans les écoles ou à l'université, puisque ça signifierait encourager les relations sexuelles hors mariage :

« On ne discute pas à l'école avec les filles du planning familial, des pilules du lendemain. On n'en parle pas. Point. Culturellement, religieusement et socialement, on n'est pas dans l'endroit qu'il faut pour parler de ça. Je vous dis la vérité. [en arabe] Vous imaginez ? Je vais dans une école avec les filles et je leur dis : « écoutez tout le monde, il y a une pilule qui peut vous empêcher de tomber enceinte et même si vous tombez enceinte, il y a aussi une pilule qui interrompt votre grossesse! » « C'est impossible ! » .
Médecin, Gaza City.

Dans ce discours, il semble que les termes utilisés témoignent d'une méconnaissance sur la contraception d'urgence qui n'interrompt évidemment pas une grossesse déjà en cours. Cette erreur est peut-être aussi due au ton un peu véhément que la soignante employait et à sa volonté farouche de défendre sa position. En effet, certaines femmes affirment qu'elles ont eu des cours d'éducation sexuelle à l'école :

« Moi, à l'école, mes professeurs nous parlaient de tout ça et nous demandaient de ne pas être timide parce qu'on devait savoir ces choses-là. »
Femme, Zeitun.

D'autres assurent aussi n'avoir jamais entendu parler de ces questions à l'école et encore moins eu d'éducation sexuelle durant leur cursus scolaire et/ou universitaire, tout comme les hommes dont aucun d'entre eux n'a évoqué de formation sur le sujet pendant leur cursus scolaire. Les discours contradictoires sur la question de la présence de ces questions à l'école montrent bien qu'elles ne sont pas incluses de manière systématique dans les programmes.

Lors de discussions informelles avec certains personnels soignants, il apparaît tout de même que des cours d'anatomie soient prévus dans le curriculum palestinien au lycée :

« Quelques pages des manuels scolaires du lycée sont consacrées à l'anatomie. Mais en général les professeurs les passent parce que c'est un sujet honteux à aborder. Ils les évitent donc ou disent « on vous l'expliquera plus tard'... Cela explique aussi pourquoi

les gens qui font les politiques publiques ne sont pas conscients de certaines choses ou ne les savent même pas du tout.»

Personnel soignant, Gaza City.

Il semble que, même si tous les professeurs paraissent tous d'accord sur la nécessité de parler de ces questions aux enfants, ils ne le font pas de manière systématique. C'est vraisemblablement une gêne morale qui entrave la parole pédagogique sur les questions de contraception. Selon ces personnels :

« Pour eux, donner une éducation sexuelle avant le mariage revient à encourager des relations illégales. Le problème c'est la manière dont c'est enseigné, il s'agit d'un point de vue moral et pas scientifique. Il devrait pouvoir y avoir une émancipation et une éducation de ces équipes éducatives pour pouvoir être capable de les éduquer aussi parce qu'ils ne savent ce que signifie « santé sexuelle », ils pensent que ça veut dire « apprendre aux enfants comment faire l'amour ». Par exemple, les règles, c'est abordé comme une question religieuse: on enseigne aux petites filles, « pas de prière quand tu as tes règles » mais quand elles demandent ce que c'est que les règles ? Ils répondent « on verra ça plus tard » ou alors « va voir le prof de bio ». Ils se sentent justement mal à l'aise de parler de ça parce que le point de vue scientifique n'est qu'à moitié accepté. »

Personnel soignant, Gaza City.

Internet est mentionné au cours de la séance de restitution comme un outil utile et intéressant qui pourrait permettre aux enfants d'accéder à une page Internet officielle du MoH qui clarifierait certaines questions. Dans l'ensemble, les informations transmises par les institutions de santé en amont de la grossesse ne sont que peu nombreuses et irrégulières. D'ailleurs, à la fin de certains groupes de discussion, plusieurs femmes disaient de manière spontanée qu'elles n'avaient que très peu l'occasion de pouvoir parler de ces questions aussi ouvertement et qu'elles souhaiteraient pouvoir le faire plus souvent.

3.1.3. UNE CONNAISSANCE DIFFÉRENTE DES CONTRACEPTIFS SELON LES STATUTS ET LES MILIEUX GÉOGRAPHIQUES

Officiellement et légalement, l'accès aux méthodes contraceptives est garanti pour toutes et tous. Les

usagères des services de santé, elles, rencontrent un certain nombre d'obstacles sociaux, économiques et religieux à ce libre accès et à cette totale disponibilité des méthodes. Pour comprendre ces différentes perceptions, il apparaît que la manière dont est transmise l'information sur la contraception au sein de la société joue un rôle décisif. L'enjeu de la transmission des informations est central pour comprendre l'existence de disparités d'accès et de perceptions sur la contraception. La question est de savoir quelles informations sont transmises et échangées, à travers quels acteurs et comment ?

D'après les différentes études de santé menées par le *Palestinian Central Bureau of Statistics*, la connaissance contraceptive des Palestiniennes est quasiment universelle en Cisjordanie et dans la bande de Gaza. En 2000, déjà plus de 90% des Palestiniennes mariées connaissaient au moins une méthode contraceptive. Elles sont 99% en 2010 avec une recrudescence des connaissances des méthodes comme le préservatif ou la pilule hormonale [PCBS 2000b, 2010]. Effectivement, dans tous les groupes de discussion menés avec les femmes, tous les moyens existants étaient cités de manière exhaustive et sans hésitation. Selon les mêmes statistiques, c'est aussi le cas pour 85% des jeunes non-mariés âgés de 15 à 29 ans [PCBS 2010] et on a pu le vérifier lors d'entrevues avec des jeunes filles non-mariées.

Cependant, l'accès à l'information est inégal entre réfugiés et citoyens. En effet, sur la question de l'accès à l'information sur la contraception, une différence semble se dessiner entre les réfugiés - suite aux déplacements forcés de 1948 et 1967 - ou « citoyen » - personnes originaires de Gaza au moment des déplacements. Dans les discours, il est effectivement apparu que le statut « civil » de la personne pouvait avoir une influence décisive sur l'accès à la contraception.

En effet, de nombreuses femmes réfugiées rapportent d'ailleurs qu'elles participent régulièrement à des formations sur le sujet dans les cliniques et hôpitaux de l'UNRWA bien que les témoignages ne donnent pas beaucoup de détails sur le contenu de ces formations :

« Dans les centres pour femmes, ils font tout le temps des formations d'orientation sur ce sujet »

Femme réfugiée, Burajj.

« Il y a beaucoup d'endroits et d'associations qui s'occupent de ces questions, en particulier dans les

cliniques de l'UNRWA, où ils nous donnent tous les moyens de contraception gratuitement».

Femme réfugiée, Burajj.

Il semble en effet que ces derniers bénéficient beaucoup plus souvent de services de prévention gratuits et des infrastructures où ils se déroulent que les citoyens. En effet, selon un rapport de 2012, la totalité des 21 centres que gère l'UNRWA dans la bande de Gaza fournissaient des services de planning familial alors que sur les 56 centres de santé du Ministère de la Santé, seulement 16 proposaient ce genre de services au même moment (Giboin, 2012). Une fracture semble opérer à ce niveau-là entre citoyens et réfugiés. Comme l'accès direct aux méthodes de contraception, des inégalités d'accès à l'information sur celles-ci entre citoyens et réfugiés sont constatées. Les citoyens, eux, déplorent le fait qu'ils ne puissent pas bénéficier des mêmes services qu'à l'UNRWA de par leur statut de non-réfugiés. Une femme citoyenne du quartier de Zeitun, à Gaza City en témoigne :

«L'UNRWA donne des soins et des formations sur ce sujet mais comme on est des citoyens on peut pas bénéficier de leurs services»

Femme citoyenne, Zeitun.

En termes de couverture sur la diffusion d'informations, le système bicéphale qui prévaut à Gaza ne semble pas pour autant couvrir de manière exhaustive tous les districts. Un médecin du secteur public indique que cela se fait souvent au détriment des citoyens :

«On ne couvre pas toutes les zones géographiques et l'UNRWA couvre les réfugié-e-s. Nous on traite plus de citoyens même si on accepte aussi les réfugié-e-s. Mais globalement les réfugié-e-s vont à l'UNRWA et les citoyens aux hôpitaux gouvernementaux. Mais certains n'ont pas d'endroit où aller pour ces questions, un centre de planning familial ou de santé communautaire donc ça veut dire pas d'accès, pas de disponibilité des services et donc des GND.»

Médecin, Gaza City.

Le discours d'une avocate spécialiste du droit des femmes confirme d'ailleurs cette tendance :

«La plupart des gens sont réfugiés à Gaza. Donc ce sont les hôpitaux des UN [UNRWA] qui offrent le plus les services demandés et qui couvrent les besoins. La politique des UN est de forcer les femmes depuis le

début de la grossesse à se rendre dans des centres de santé, à suivre les procédures et à avoir des informations et des consultations. De cette manière, les femmes obtiennent petit à petit les informations dont elles ont besoin, ajouté au fait qu'elles s'échangent des informations entre elles quand elles se rencontrent.».

Avocate, Gaza City.

L'inégal accès à l'information se lit aussi entre zones rurales/urbaines. En effet, un autre aspect a également émergé du discours des femmes et hommes interrogés : celui de la répartition géographique inégale de l'accès à l'information. En effet, il semble que dans certains districts plus ruraux ou plus reculés, l'information ne soit pas autant diffusée que dans d'autres.

«Dans notre district [rural], personne ne s'occupe de ça, personne ne vient pour nous donner une formation sur la contraception.»

Femme, Khan Younes.

Les hommes ont également soulevé ce point et font le lien avec les plus hauts taux d'avortements que l'on trouve dans les régions urbaines, précisent que *«dans les villes, les gens avortent plus souvent que d'autres qui sont en zone rurale»*

Homme, Rafah.

Les médecins, eux aussi, évoquent une différence d'attitudes et de savoirs contraceptifs entre les zones rurales et les zones urbaines:

«Ici à Beyt Lahia, la plupart des gens sont des agriculteurs parce que c'est une région rurale. Ils sont pauvres, la situation économique est mauvaise et ils ne sont pas éduqués, Vous allez voir beaucoup de femmes enceintes âgées de 13 ans, 14 ans. [...] Pourquoi ? Parce que la mentalité des patients d'ici est différente de celle des patients de Gaza ville.»

Médecin, Nord.

Dans le ton de certains médecins qui évoquent cette fracture, notamment ceux qui travaillent à Gaza City, on dénote parfois un ton un peu condescendant dans la manière de faire la distinction entre zones rurales et zones urbaines :

«C'est peut-être parce que je travaille à Gaza City qui est considérée comme la capitale mais ici l'attitude des femmes est différente d'ailleurs. A Khan Younes, Rafah, oui ils sont un peu... un peu différents

là-bas... Il n'y a pas de sensibilisation là-bas.»
Médecin, Gaza City.

Pourtant un autre médecin travaillant pour le Ministère de la Santé, se défend du fait que les centres de santé du Ministère ne parviennent pas à couvrir toutes les régions de la bande de Gaza :

« Le département gouvernemental de planning familial couvre toute la bande de Gaza. Dans certaines de ces zones qui sont très reculées, très éloignées de tout, peut-être que les gens n'ont pas accès à ces méthodes, ils ne sont pas vraiment éduqués et ils n'ont pas la même culture que le reste des Gazaouis. [...] Je veux dire, il y a une différence entre quelqu'un qui vit à Gaza Ville, et quelqu'un qui vit à Rafah : les gens éduqués, ils n'y vont pas ! Il y a une frontière ! »

Médecin, Gaza City.

Certains médecins ne savent pas vraiment où se trouvent les zones qui sont moins couvertes :

« Bien sûr, il y a certaines populations qui ont moins accès aux services de FP mais ça a besoin d'être documenté. Pour moi, c'est difficile de dire exactement dans quelle zone ils n'ont pas accès à tout ça. Parce que vous savez maintenant les ONG se concentrent sur les zones rurales. »

Médecin, Gaza City.

Dans chaque groupe de discussion, environ 1 femme sur 15 déclarait n'avoir jamais eu l'occasion de parler ou du moins d'entendre parler de contraception dans un cadre officiel et/ou organisé. C'était notamment le cas dans le quartier de Zeitun, à l'est de Gaza City :

« C'est la première fois que je participe à quelque chose sur le sujet, je ne suis jamais allée à un atelier ou à une formation d'orientation sur la contraception. »

Femme, Zeitun.

3.1.4. LES REPRÉSENTATIONS COLLECTIVES DES CONTRACEPTIFS

Les représentations et perceptions de chaque acteur vis-à-vis de la contraception façonnent un rapport spécifique à sa pratique. Elles sont issues de différents déterminants socio-culturels comme la morale, la religion, les normes sociales.

L'acceptation religieuse de la contraception est décisive puisque c'est elle qui détermine la loi en la matière ainsi que sur l'ensemble des règles de fonctionnement de la société. En effet, puisque la loi est directement issue de la charia (la loi islamique), les préceptes religieux orientent les comportements sociaux en fonction du *haram* (interdit) et du *halal* (autorisé). D'un point de vue religieux et en ce qui concerne la contraception, il est interdit de prévoir en avance le nombre d'enfants et surtout de limiter le nombre de grossesses à un moment donné. C'est la volonté d'Allah qui doit orienter la décision. Dans le Coran, un écart de deux ans entre les naissances est conseillé.

« Dans la religion, c'est considéré comme haram pour les parents de déclarer qu'ils veulent seulement un certain nombre d'enfants et s'arrêter après ça. C'est également interdit d'utiliser une méthode de contraception permanente. [...] J'encourage les méthodes naturelles de planning familial. Comme c'est dit dans le Coran, l'idéal est d'espacer les naissances de deux ans. »

Représentante du Ministère des Affaires Religieuses

Dans la société gazaouie, une « limitation » des naissances est perçue comme contraire à la volonté d'Allah. En effet, d'après la représentante du Ministère des Affaires Religieuses :

« Dans la religion, c'est interdit de dire qu'on veut seulement deux enfants par exemple. Les mères devraient continuer à donner naissance à leurs enfants normalement et seulement dans le cas où ça affecte leur santé, là, elles doivent s'arrêter. »

En tant que prescripteurs des méthodes contraceptives, les médecins sont eux aussi sur la même ligne, puisqu'ils doivent se conformer aux configurations légales et religieuses :

« Je l'utilise moi-même parce que je voulais espacer mes grossesses ! J'ai utilisé la contraception jusqu'à ce que ma fille ait deux ans et je suis tombée à nouveau enceinte six mois après. C'est la raison principale pour laquelle les femmes utilisent la contraception : pour espacer leurs grossesses. Elles ne veulent pas tomber enceinte 40 jours après avoir accouché. C'est tout. »

Médecin, Gaza City.

Néanmoins, les acteurs religieux semblent être conscients de l'évolution de la situation gazaouie :

« La conscientisation a changé dernièrement en particulier pour les dernières générations. Par exemple, ma mère a accouché de 13 enfants mais moi j'ai eu seulement 6 enfants. De manière générale, le nombre d'enfants a réduit ces dernières années. Les femmes travaillent et ont beaucoup d'obligations donc elles ont moins d'enfants. La pauvreté a aussi participé au fait d'avoir moins d'enfants. »

Religieuse.

Certains médecins, eux aussi, se font les relais de cette vision actuelle de la contraception :

« On prend toutes la contraception. Toute cette génération prend une contraception. [...] Et moi-même j'utilise la contraception. Peut-être que nos mères ne l'utilisaient pas. Moi j'ai cinq enfants. Mes filles et mes fils, ils ont deux, trois enfants seulement. J'ai arrêté d'avoir des enfants quand j'avais 32 ans. Et depuis tout ce temps, j'utilise la contraception. Je suis absolument sûre que les gens maintenant, ils veulent la contraception et ils l'utilisent tous à cause de la situation, de l'argent... ».

Médecin, Gaza City.

Au niveau religieux, la contraception est donc perçue comme bénéfique et nécessaire seulement quand on la considère comme un moyen d'espacer mais pas de limiter les naissances. Les méthodes de contraception définitives sont donc théoriquement interdites et c'est considéré comme *haram* de déclarer vouloir arrêter d'avoir des enfants. Ce regard légal et religieux représente la vision dominante sur les questions de contraception et influe bien sûr la perception des femmes qui s'en détachent pourtant sur certains points.

Aujourd'hui, le discours des femmes évolue et paraît correspondre à l'orientation donnée ces dernières années par l'Autorité Palestinienne (en Cisjordanie) sur l'idée d'une famille plus restreinte : toutes les femmes sont persuadées des bienfaits et des avantages des moyens contraceptifs, à la fois pour la santé de la femme et de ses enfants mais aussi pour son indépendance, l'organisation de sa vie et de celle de sa famille. C'est un moyen d'avoir plus de maîtrise sur sa vie et sur sa santé. Dans le discours de nombreuses femmes, il est fait état qu'une famille plus restreinte est plus saine, qu'on peut mieux s'occuper de deux enfants plutôt que de dix. Ce regard positif sur la contraception comme moyen de maîtriser sa fécondité

s'applique toutefois plutôt après une ou plusieurs naissances. Les médecins, eux aussi, appuient cette vision des choses et basent leur pratique sur cette conception.

En revanche, si dans le discours de nombreuses femmes, la contraception comme moyen de limiter les naissances est toujours condamnée, plusieurs discussions informelles avec des femmes éduquées et travaillant, montrent que cette conception religieuse des choses est altérée par l'évolution de la réalité sociale et économique pour les femmes à Gaza. A 27 ans, une travailleuse sociale dans un centre de santé raconte par exemple sa vision des choses :

« Moi, j'ai trois enfants et ça suffit bien comme ça ! Je travaille, c'est fatigant et je veux pouvoir m'occuper d'eux correctement. Bon mais la limitation des naissances, c'est haram ! tu peux pas dire « je veux plus d'enfants, c'est pas possible ! », il faut dire nshallah ! Sinon, non c'est haram. »

Femme, Gaza City.

Selon des chiffres du PCBS, en Palestine, moins de 1% des femmes qui n'utilisent pas la contraception le font pour des raisons religieuses (PCBS, 2010). En effet, les femmes qui déclarent n'utiliser aucun moyen de contraception, n'avancent jamais de justification religieuse à cela mais plutôt le fait que cela convenait mieux à leur mari ou que les méthodes contraceptives qu'elles avaient prises jusqu'à présent n'étaient pas en accord avec leurs dispositions physiques.

Enfin, le témoignage d'une femme va à l'encontre des obligations religieuses qui interdisent les moyens de contraception définitifs :

« J'ai utilisé le stérilet pendant un temps mais je continuais à tomber enceinte malgré ça. Donc j'ai fait une ligature des trompes. ».

Femme, Khan Younes.

Dans les groupes de discussion menés avec les hommes, ils ne donnent que peu leur avis sur la contraception : même s'ils connaissent à peu près toutes les méthodes disponibles et s'ils savent qu'elles sont accessibles à tout le monde, ils disent laisser le choix de la méthode contraceptive à leur femme puisque c'est souvent considéré comme « une affaire de femme ».

Pour eux, le planning familial consiste à restreindre la taille de la famille en espaçant les naissances, surtout dans une situation économique catastrophique et une

situation politique critique, voire de guerre, afin d'avoir plus de temps pour ses projets personnels... :

« Le planning familial c'est pouvoir prévoir les naissances en les espaçant, décider du nombre d'enfants qu'on va avoir, et réduire le nombre d'enfants pour pouvoir faire face aux difficultés économiques et à la pauvreté ».

Homme, Nord.

Pourtant, pour de nombreux hommes, l'accès à la contraception est garanti à tout le monde :

« Oui, les méthodes de FP sont disponibles pour tout le monde ».

Homme, Zeitun.

La plupart d'entre eux disent n'avoir jamais assisté à une sensibilisation sur les méthodes contraceptives et leur utilisation :

« Je n'ai jamais assisté à des ateliers ou des formations. Et puis le Ministère de la Santé n'inclut pas du tout les hommes dans leurs formations ».

Homme

Pourtant, malgré leur exclusion quasi systématique des formations sur la contraception, nombre d'entre eux connaissent l'existence des méthodes contraceptives et leur utilité :

« Autant que je sache, le stérilet est la meilleure méthode parce qu'elle n'a que peu d'effets secondaires. Je n'ai pas eu d'informations scientifiques sur cette méthode mais c'est en ces termes que j'entends que j'en ai entendu parler. D'un autre côté, l'utilisation de la pilule peut causer des graves problèmes pour la santé de la mère au bout d'un moment. Le stérilet peut aussi causer des effets négatifs et c'est pour ça qu'il doit être changé tous les cinq ans ou quelque chose comme ça. Il y a aussi la méthode naturelle qui veut dire qu'on sait quand arrivent les règles et qu'on établit un planning pour avoir des rapports les jours où c'est sûr et éviter d'en avoir les jours où la grossesse risque le plus d'arriver. ».

Homme, Nord.

« Pour une femme, c'est mieux de consulter un médecin pour déterminer quelle méthode est la mieux adaptée à elle et celle qui a le moins d'effets secondaires ».

Homme, Zeitun.

Ces données sur les connaissances concernant les moyens contraceptifs montrent en effet que si les messages des soignants sont reçus et assimilés par les femmes, ces données ne doivent pas être surinterprétées.

Les quelques informations dont certains disposent se transmettent essentiellement par relations interpersonnelles :

« On accède à ces informations par la famille et par des amis. ».

Homme, Nord.

Pour certains hommes, en particulier pour les rares qui ont déjà pu assister à des formations sur la question (environ 1 sur 10), la contraception et le planning familial en général sont une bonne chose :

« Beaucoup de gens utilisent un moyen de contraception à Gaza. Moi j'encourage vraiment ces pratiques. En particulier avec la situation économique récente qui est catastrophique ».

Homme, Rafah.

Les réponses à des questions concernant leurs propres pratiques contraceptives sont un peu évasives voire complètement hors-sujet. Ils ne parlent pratiquement jamais à la première personne du singulier et répondent souvent par monosyllabes ou avec des phrases très courtes. Même s'ils se disent d'accord sur le principe d'utiliser une méthode contraceptive, ils préfèrent utiliser « la méthode naturelle », c'est-à-dire le coït interrompu mais aussi l'abstinence pendant la période d'ovulation :

« La contraception naturelle c'est le mieux. On planifie quand arrivent les règles pour pouvoir faire l'amour sans risquer de tomber enceinte. Beaucoup de gens ont essayé ça mais ça n'a pas marché. ».

Homme, Rafah.

3.2. DISCOURS ET PRATIQUES AUTOUR DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

La grossesse non désirée ou grossesse non prévue ou encore grossesse non intentionnelle, est saisie ici comme une situation de grossesse qui intervient dans un contexte où les partenaires ne l'ont pas souhaité,

ne l'ont pas planifié, ne l'ont pas inscrit dans un projet de vie immédiat ou futur. En 2008, la moitié des 86 millions de GND dans le monde se soldaient par des avortements - dont 21 millions seraient à risque [Sedgh et al, 2012]. Pour la bande de Gaza, les données sur les GND sont très difficiles à obtenir et il n'existe pas vraiment de chiffres sur la question. Un rapport du PCBS de 2004 fait remarquer l'absence de données sur l'avortement et les soins post-avortements et souligne que, si une orientation de la politique de santé dans cette direction était mise en place, la nécessité de prendre en compte les questions de disponibilité, de qualité et d'utilisation des soins post-avortement serait à mettre en avant. Pourtant, dans le rapport du PCBS intitulé « Palestine Family Survey » de 2010, la question des avortements n'est mentionnée à aucun moment sur les 300 pages que compte le rapport. Pourtant, quelques chiffres existent et selon un rapport de MdM en 2013, 5996 cas d'avortements auraient été recensés pour l'année 2011 à Gaza et 6983 en 2012 [MdM, 2013]. Les statistiques de l'hôpital Shifa de Gaza City montrent que le nombre de fausses couches a doublé entre 2009 et 2010, ce qui peut s'expliquer par la guerre de 2008-2009. On estime enfin à 27% les femmes mariées en Palestine qui ont cherché à avorter pendant leur vie [Juzoor, 2010]. Il semble en tout cas que, dans la bande de Gaza, les normes sociales poussent les femmes à mener une grossesse à terme même si elle n'est pas désirée. Une GND peut être suivie d'une tentative d'avortement mais elle ne se solde pas forcément par un avortement réussi. Pour les médecins, les personnes les plus vulnérables aux GND sont celles qui n'ont pas accès à l'information sur la contraception et qui ne sont pas éduquées, ainsi que les victimes de viol. Les jeunes femmes, récemment mariées seraient donc en première ligne. Mais, au fil des groupes de discussions, de nombreuses femmes de tous âges et de tous milieux sociaux et statuts civils ont témoigné de leur expérience de GND.

3.2.1. REPRÉSENTATIONS ET GESTION SANITAIRE ET INSTITUTIONNELLE DES GND

Le nombre de GND à Gaza est très difficilement chiffrable. Un avortement est considéré comme essentiellement consécutif à une GND [Guillaume, 2005], et ce fait semble vérifié dans la bande de Gaza où une GND est souvent suivie par une tentative d'avortement qui n'aboutit pas toujours: soit parce que la femme

a échoué dans sa tentative d'avortement, soit parce qu'elle a été contrainte par son entourage à mener la grossesse à terme. Pour autant, cette pratique existe et, à partir du discours des personnes rencontrées, nous pouvons réunir les principales raisons des GND et des avortements qui se télescopent très souvent.

Un acteur de la justice interrogé, qui travaille également en collaboration avec des associations d'assistance aux femmes victimes de violences ou en situation de GND¹⁴ pense que, selon son expérience, les GND dans la bande de Gaza ont parfois des déterminants beaucoup moins visibles que ceux qu'avancent les médecins car dépendants de relations de domination économique et sociale solides :

« Dans le passé, on pensait que la pauvreté était une raison pour laquelle les femmes pouvaient avoir des aventures par exemple au travail : en échange de relations sexuelles avec l'employeur, elle pouvait obtenir un soutien financier ou la préservation de son poste. Mais il y a aussi des cas où le père de l'enfant est le frère ou le père de la femme. On ne cache pas ces cas parce que c'est une problématique publique et ça devrait être exposé et une solution devrait pouvoir être trouvée. Il y a aussi le cas des hommes qui aident les enfants de leur frère parce que celui-ci est mort : ils offrent un soutien financier et en échange, ils ont des relations sexuelles avec les filles. Ils font ça parce qu'ils ont du pouvoir sur eux ».

Juriste, Gaza City.

Pour elle, la guerre constitue aussi un contexte qui peut favoriser l'apparition de GND, dans des conditions de promiscuité particulières :

« Pendant la guerre aussi, certains hommes profitent de la situation et ont des aventures avec des femmes. Se retrouver dans un abri étroit et petit avec d'autres gens leur fait sentir de l'intimité et les mène à avoir ces relations. On a conduit une étude sur cette question après la guerre avec l'UNICEF. Le rapport devrait être publié bientôt. »

Avocate, Gaza City.

¹⁴ Il s'agit notamment du Center for Womens Legal Research And Consulting Gaza, porté par Zayneb Al Ghunaimy, avocate spécialisée sur le droit des femmes. Ce centre mène un travail de recherche juridique, offre des consultations juridiques, propose un lieu de refuge pour des femmes en situation de violence et enfin des programmes de sensibilisation.

<http://www.cwlr.ps/en/>. On n'a pas pu collecter les informations sur le nombre d'associations appuyées et sur le sens donné au concept de grossesse non désirée. A priori, l'avocate ne le conçoit pas autrement que dans notre acception dans le cadre de cette recherche.

ENCADRÉ 1

RACONTER LA GND ET L'AVORTEMENT : UN RÉCIT LIBÉRÉ AU « JE » MAIS PLUS SOCIALEMENT RANGÉ AU « ELLE »

Quand il s'est agi de narrer des histoires, des témoignages de GND et d'avortement, les femmes gazaouies n'ont pas hésité à raconter leurs propres expériences, que ce soit en groupe, ou en entretien individuel. À l'inverse, quand il s'agit de prendre position et d'émettre un jugement ou d'expliquer une attitude à adopter vis-à-vis d'une autre femme qui vit une GND, le ton et la posture changent : le discours repasse dans les schémas socialement acceptés et acceptables, on lui conseille de « mener la grossesse à bout », « que c'est la volonté d'Allah », que « l'avortement c'est haram »... Cette liberté de ton pour ce qui est de raconter leur histoire personnelle sans entrave (les deux enquêtrices étaient des femmes et les groupes de discussion étaient non mixtes) contraste avec les résultats de certains travaux de recherche menés sur ce thème en Cisjordanie où les femmes n'osaient pas raconter leur histoire à la première personne du singulier mais plutôt comme s'il s'agissait de quelqu'un d'autre (Memmi, 2014). Les médecins, quant à eux, se sont montrés plus timorés et semblent devoir tenir le rôle social qu'on attend d'eux : des gardiens de l'ordre social établi.

Les médecins semblent jouer le rôle de gardien des normes sociales sur la grossesse. Dans l'idéal social palestinien et gazaoui en particulier, avoir de nombreux enfants est la seconde étape du « contrat procréatif » dont parle Sarah Memmi (Memmi, 2014), directement après le mariage. Le fait de tomber enceinte est socialement obligatoire et donc très valorisé puisque cela prouve que le contrat est rempli. Certains personnels soignants confiaient pendant des discussions informelles :

« Si la femme se marie le premier du mois, on lui demande à la fin du mois : « est-ce que tu es enceinte ? » On dit à l'homme « Essaie toi-même ! » Il y a un besoin de prouver que l'homme va bien, qu'il est « normal ». Le premier bébé est comme un test et s'il est validé, après, le couple peut faire « ce qu'il veut. » ».

Personnel soignant, Gaza City.

En somme, en ayant un enfant directement après le mariage et une descendance nombreuse par la suite, le couple, mais aussi individuellement l'homme et la femme, doivent pouvoir démontrer qu'ils répondent aux critères sociaux de la « normalité ». Dans ce contexte, une grossesse qui n'est pas désirée n'est donc pas compatible pas avec le schéma social traditionnel. Dans ce processus, il semble que le rôle des médecins s'apparente à celui d'un gardien de l'ordre social puisqu'ils encouragent les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse pour d'autres raisons que des problèmes de santé, à la mener à terme. Pour justifier leur positionnement, ils se conforment à la législation en vigueur, basée sur des principes religieux et moraux :

« Si elle n'a pas de problème de santé, il n'y a pas de solution, c'est interdit, c'est la religion. Même dans les cliniques privées, c'est interdit. Ça s'appelle l'avortement clandestin. »

Médecin, Nord.

Pour les médecins, une GND est la conséquence d'un comportement inadapté et eux, en tant que soignants, ne pratiquent pas l'avortement à chaque fois qu'un cas de GND se présente.

« Si elles ont une GND, c'est qu'elles ont des pratiques qui ne sont pas médicales. »

Médecin, Gaza City.

Selon certains médecins, l'« iswah » ou la volonté de s'entourer de fils pour se sentir soutenu et protégé (Muhawi et Kanaana 1989) n'est plus un facteur déterminant dans les choix reproductifs. Avoir une fille ne serait donc plus une raison déterminante pour ne pas souhaiter une grossesse, voire l'interrompre.

« C'est vrai qu'ils préfèrent avoir un garçon en premier. Mais maintenant, si tu as seulement deux filles, pas de problèmes ! Parce que les hommes aiment avoir des garçons ! [rires] ils aiment avoir des garçons ! C'est tout ! Mais il n'y a plus de discrimination comme du temps de nos mères [...] Maintenant, si je veux des garçons ou des filles, ça ne fait aucune différence »

Médecin, Gaza City.

Pour les médecins, l'avortement représente un danger pour la santé de la mère mais aussi pour celle de l'enfant. Pourtant, selon une avocate, c'est justement l'absence de critères précis selon lesquels un avortement

peut être pratiqué qui engendre des pratiques abortives clandestines et dangereuses pouvant mener jusqu'au décès :

« L'avortement en lui-même n'est pas la cause potentielle d'un décès mais ce sont les méthodes dangereuses employées pour ce faire qui le sont. »

Avocate, Gaza City.

Le rôle des médecins comme garants d'un ordre social, légal et religieux établi semble en partie intériorisé par les femmes puisqu'elles condamnent globalement le recours à l'avortement d'un point de vue légal et religieux.

3.2.2. REPRÉSENTATIONS ET GESTION COMMUNAUTAIRE DES GND

Les structures sanitaires n'adressent pas la problématique des GND de manière claire et précise puisqu'elle engage des questions morales et sociales qui semblent tabou. Les GND ne sont donc pas prises en compte par les médecins qui conseillent majoritairement aux femmes de mener leur grossesse à terme en mobilisant des arguments moraux.

En revanche, il existe tout un maillage de relations sociales interpersonnelles qui constitue des intermédiaires dans la décision de la femme et/ou du couple dans ses/leurs cercles privés. Comme dans la transmission d'informations sur la contraception, les femmes de l'entourage et la belle-mère jouent un rôle très important dans la gestion des GND et des avortements : du soutien logistique et/ou psychologique¹⁵ à la désapprobation morale, en passant par la réprimande, elles constituent en tout cas un accompagnement concret et quotidien. Les choix reproductifs de la femme et du couple en la matière sont en tout cas soumis à de nombreux filtres et intermédiaires et l'autonomie d'une décision n'est que partielle.

Les femmes en situation de GND font face à l'impératif social qui impose de mener la grossesse à terme quoiqu'il arrive (sauf dans les cas où la vie de la mère est en danger). C'est d'ailleurs souvent ce déchirement entre les deux visions qui amène à de la colère, de la tristesse et de la dépression.

Dans la plupart des cas de GND, une femme qui ne souhaite pas sa grossesse fait face à l'opposition de la

famille, du mari ou de l'entourage de manière générale. En dehors des propres enjeux qui se jouent au sein du couple quand une femme est enceinte d'une grossesse qu'elle ne souhaite pas garder, les femmes de sa famille et/ou de son entourage interviennent également très souvent pour la conseiller d'accepter sa grossesse. La première option est donc de se laisser convaincre et se résigner à mener la grossesse à terme :

« J'ai juste accepté parce que je n'avais aucune idée de comment je pouvais faire autrement. »

Femme, Khan Younes.

La plupart du temps, quand elles apprennent qu'une femme de la famille est enceinte et veut avorter (en général par la femme elle-même ou par des proches qui le font savoir) les femmes de l'entourage l'incitent à accepter sa grossesse malgré tout et à la mener à terme selon les principes de la religion même si ce n'est pas l'avis de la femme enceinte:

« Si j'apprenais qu'une femme voulait avorter, je lui dirais que d'un point de vue religieux, c'est haram, et que c'est la chose la plus importante, ensuite, j'essaierais de lui faire prendre conscience des risques qu'elle prendrait pour sa santé en faisant ça et puis c'est illégal. »

Femme, Zeitun.

« J'essaierais de lui donner plus de conseils en termes religieux et ce qu'elle a fait est haram et considéré comme un péché et qu'elle n'aurait pas dû faire ça. »

Femme, Zeitun.

Parmi les femmes de l'entourage, la belle-mère occupe une place importante sur ces questions et elle est souvent consultée bien avant d'aller voir un médecin.

« Quand je suis tombée enceinte, je suis allée voir ma belle-mère qui m'a donnée des conseils : elle est plus âgée que moi, elle a de l'expérience sur ces choses-là. »

Femme, Zeitun.

Cependant, en complément des facteurs avancés par l'avocate, il semble que les femmes avancent, elles aussi, des éléments de compréhension sur les GND et les avortements qui vont au-delà de la vision des médecins, puisque beaucoup d'entre elles perçoivent une GND comme le résultat de nombreux facteurs

¹⁵ S'agissant d'un avortement thérapeutique comme l'ont signalé les médecins.

souvent justifiés à leurs yeux. Et si, théoriquement, elles se disent contre l'avortement, elles sont nombreuses à le pratiquer dans les faits et parfois même à le justifier pour différentes raisons.

Les logiques des femmes traduisent un malaise vécu entre une réalité et une condamnation. La première réaction quasi unanime de l'écrasante majorité des femmes qui s'expriment de manière abstraite sur la pratique de l'avortement [provoqué] évoque une incompatibilité avec les normes sociales et religieuses.

« L'avortement provoqué, c'est comme si on tuait une âme, c'est haram, ça va contre la volonté d'Allah. »
Femme, Zeitun.

« L'avortement provoqué est quelque chose d'absolument interdit dans notre religion, tout le monde rejette ça. »
Femme, Burajj.

Pourtant, pour les femmes, les raisons évoquées pour expliquer les GND et les avortements et la manière dont elles perçoivent ces problématiques semblent correspondre seulement en partie au discours social traditionnel transmis par les médecins.

Premièrement, la principale raison évoquée par les femmes pour expliquer une GND et un avortement relève de la santé maternelle. En effet, pour la plupart de ces femmes, les grossesses fatiguent, surtout quand elles sont à répétition et rapprochées. C'est donc pour se reposer et pour avoir une bonne santé qu'elles ne désirent pas la grossesse.

« Après plusieurs naissances, j'étais malade et fatiguée et je ne voulais plus tomber enceinte »
Femme, Rafah.

Le fait que les grossesses soient nombreuses et souvent rapprochées peut s'expliquer entre autres par le moment souvent tardif où la femme commence à utiliser la planification familiale.

« La plupart du temps, elles commencent après leur quatrième, voire leur cinquième enfant ! »
Représentant de l'UNFPA.

Et plusieurs témoignages de femmes vont dans le même sens :

« On ne m'a pas conseillé de méthodes contraceptives. J'ai commencé à en prendre par moi-même mais seulement à ma neuvième grossesse. »
Femme, Burajj.

Cela concerne également la santé psychologique de la mère qui est affectée quand elle vit une GND. Cet état de dépression, de désarroi est un des facteurs les plus cités par les femmes pour expliquer la volonté d'avorter.

De nombreux témoignages font état de tristesse, de colère :

« Je ne pouvais plus rien faire de mes tâches quotidiennes, j'étais vraiment déprimée je ne prenais même plus soin de mes enfants et de ma maison. Je détestais l'idée d'être enceinte. »
Femme, Zeitun.

« J'ai découvert que j'étais enceinte alors que j'utilisais le stérilet. J'étais vraiment triste et en colère et j'ai détesté le fait d'être enceinte. Je me disputais avec tout le monde, même avec mon mari et mes enfants. »
Femme, Zeitun.

Cela va souvent de pair avec un nombre très important de grossesses et notamment de grossesses trop rapprochées :

« Quand j'ai découvert que j'étais enceinte, j'ai commencé à réfléchir à une méthode pour avorter parce que mon enfant précédent était très jeune, quelques mois, et je ne pouvais pas être à nouveau enceinte à ce moment-là. »
Femme, Rafah.

« La mère veut pouvoir avorter parce qu'elle a déjà assez de fils et de filles. »
Femme, Zeitun.

De nombreuses femmes font également le parallèle avec la baisse de la qualité d'éducation et de l'attention qu'elles pourront accorder à leurs enfants s'ils sont dix plutôt que deux ou trois :

« C'est vraiment mauvais d'avoir tant d'enfants [10], c'est très difficile de prendre soin de chacun d'entre eux. Je ne peux pas gérer ça et je n'arrive pas à les traiter de manière équitable et ce, à tous les niveaux. »
Femme, Burajj.

En deuxième lieu, les grossesses précoces et les grossesses tardives sont aussi un facteur décisif dans l'occurrence de GND et d'avortements. A Gaza, la période à laquelle les femmes sont exposées à la reproduction est relativement longue puisque l'âge socialement accepté du mariage est situé à 18 ans. Le phénomène de mariage précoce est recensé à Gaza et semble plus fréquent à Gaza qu'en Cisjordanie (Shehada, 2005). Pour les Gazaouis, l'âge moyen du mariage est situé autour de 18 ans et ils considèrent qu'un mariage est « précoce » lorsque la mariée a 15, 16 ou 17 ans. Les mariages précoces sont dits extrêmement marginaux. Pourtant, certains auteurs, qui considèrent que le mariage est « précoce » lorsque l'union se situe à 19 ans ou moins, ont montré que cette pratique demeure très fréquente à Gaza (Memmi, 2014). Le mariage précoce avait même augmenté à Gaza sur les dix dernières années : cette pratique pouvant refléter une stratégie de contournement des conditions de vie particulièrement difficiles sous l'occupation et la seconde Intifada » (Shehada, 2005). A ce propos, un médecin, explique que les grossesses précoces ne sont pas légion mais que quand ça arrive, ça pose d'énormes problèmes, notamment en termes de communication :

« C'est une fille ! Tu vas trouver qu'elle est grande, mature, formée mais sur le plan de la santé, de l'éducation à la santé, elle n'est pas éduquée, on lui donne un traitement, elle le prend pas, quand tu parles avec elle, tu trouves qu'elle ne comprend pas. Et puis même c'est pas bon sur le plan anatomique, elle n'est pas mature sur le plan anatomique parce que l'utérus se développe jusqu'à l'âge de 20 ans. »

Médecin, Nord.

A l'inverse, de nombreuses femmes se retrouvent enceintes à des âges relativement avancés même si ça ne leur convient pas. Le phénomène des grossesses tardives existe d'autant plus avec l'augmentation de l'éducation des femmes à l'université qui retarde l'entrée en mariage et donc la vie sexuelle. En plus, à 40 ans ou plus, la plupart des femmes ont déjà au moins 5 ou 6 enfants, voire plus, ce qui revient à la problématique du nombre élevé d'enfants. Les femmes, comme les hommes évoquent ce facteur. Même si le phénomène des grossesses tardives n'est pas rare à Gaza, il paraît être un critère un peu stigmatisant:

« Même si je crois en la volonté d'Allah, quand j'ai appris que j'étais enceinte, ça m'a rendue triste et fatiguée pas seulement à cause de la grossesse en

elle-même mais plutôt parce que tout le monde me regardait de travers parce que j'étais âgée pour avoir un autre enfant. Tout le monde se moquait de moi et me faisait des commentaires négatifs parce que j'étais vieille. Tous mes fils adultes se moquaient aussi de moi, ce n'était vraiment pas agréable pour moi. »

Femme, Zeitun.

Un médecin du Nord de la bande de Gaza parle de sa propre expérience personnelle, même si c'est sur le ton de l'humour. A 40 ans, elle est elle-même enceinte de huit mois pour la septième fois :

« Les grossesses de très jeunes filles c'est un problème mais les femmes âgées aussi, comme moi ! [rires] J'ai 40 ans ! Mais moi je suis un cas particulier parce que je me suis mariée à un âge avancé, donc c'est pour ça, je récupère [rires] ! »

Quand elles tombent enceintes à partir de la seconde moitié de la trentaine, voire au début de la quarantaine, un certain nombre de femmes ne veulent pas de l'enfant, et d'autant moins qu'à cet âge, c'est en général loin d'être leur première grossesse. D'autres acceptent la grossesse, même tardive.

En troisième lieu, l'instabilité des relations conjugales occasionne parfois l'opposition aux grossesses. Pour certaines femmes, si la relation avec leur mari n'est pas stable et pas bonne, ça peut être un facteur décisif pour ne plus vouloir d'enfants de lui :

« Mon mari me battait, je le détestais, je ne voulais plus de bébés de lui donc j'ai décidé d'avorter »

Femme, Burajj.

Cela amène aussi la problématique du viol dans l'espace conjugal, qui n'est pas perçu comme une violence et un crime (ni même un délit) car la femme doit rester disponible sexuellement pour son mari. Une GND peut être issue d'un viol du mari sur sa femme. Cette question, très délicate, et très récemment reconnue en tant que problématique, n'a pas été évoquée ni dans les groupes de discussions, ni dans les entretiens.

La quatrième cause d'une GND et potentiellement d'un avortement est le sexe de l'enfant attendu. Certaines femmes évoquent le fait qu'il y a encore des gens (femmes et hommes) qui préfèrent avoir un garçon qu'une fille. Même si elle existe encore par endroits, cette pratique existe moins qu'avant. Un

homme raconte l'histoire d'un couple à qui s'est posé ce problème de manière brûlante :

« Je connais un couple qui donnait toujours naissance à des filles. Le père s'est fâché et a menacé sa femme de divorcer si elle continuait à faire des filles. Mais à la grossesse suivante, elle a eu non pas une mais deux jumelles ! Les gens lui ont conseillé de rester avec sa femme et par chance, après ces deux filles, sa femme a fait quatre garçons ! »

Homme, Nord.

Pour certaines femmes aussi, cette donnée est toujours considérée comme une éventuelle raison d'avorter :

« Je connais une femme qui était enceinte et elle pensait que c'était une fille donc elle a décidé de se jeter dans les escaliers pour se débarrasser du bébé. Ça a fonctionné mais ensuite elle a découvert que le fœtus était celui d'un garçon et elle a fait une grosse dépression, elle se jugeait et s'en voulait à mort pour ce qu'il s'était passé. »

Femme, Rafah.

De nombreuses histoires de cet acabit circulent entre les femmes et fonctionnent un peu comme des mythes pour encourager à la procréation licite et dans les cadres du contrat procréatif et dissuader les femmes de se lancer dans des tentatives d'avortement. Par ailleurs, l'évocation de la situation de « *dépression et de désarroi* » (groupe de discussion à Burajj) est souvent faite par les femmes : selon elles, cette situation de dépression suite à une GND peut amener une femme à vouloir à tout prix avorter.

Cinquièmement, la faiblesse du revenu du ménage de la femme entre également en compte dans une GND et la volonté d'avortement. Dans la bande de Gaza, le taux de pauvreté est très élevé (il se situe à 37,6% en 2013, PCBS, 2013). L'instabilité politique et les guerres perpétrées à fréquence régulières par Israël (environ tous les deux ans) fragilisent encore plus le contexte social, politique et économique dans lequel vivent les Gazaoui-e-s. Cette situation particulière est souvent évoquée par les femmes et les hommes comme pouvant expliquer les raisons d'une GND ou d'un avortement :

« Quand on a déjà du mal à joindre les deux bouts, on ne peut pas nourrir plus de bouches »

Femme, Burajj.

Pour les hommes, cette dimension est un des facteurs les plus importants en ce qui concerne la décision de refuser une grossesse, voire d'en souhaiter l'interruption : plus que la simple « situation économique », certains parlent même de « *pauvreté* » (Homme, Nord).

Le contexte de la guerre et ses conséquences constitue la sixième raison d'une GND chez certaines femmes. La guerre et la tension politique extrême que connaît la bande de Gaza a une influence certaine sur la manière d'appréhender une grossesse. Dans les années 1980-1990 où le conflit israélo-palestinien est appréhendé comme une véritable « guerre démographique » (Courbage 1997, 2008a; Khawaja et al. 2009), faire des enfants, et surtout des garçons, est notamment justifié « dans le but de compenser la perte des martyrs ». L'idée d'une « fécondité de remplacement » semble plus prégnante dans la bande de Gaza qu'en Cisjordanie : en effet les femmes réfugiées de Gaza sont beaucoup plus nombreuses (46,1%) qu'en Cisjordanie (26,6%) à désirer 6 enfants et plus (Memmi, 2014). Le démographe Youssef Courbage fait aussi état d'une fécondité des femmes gazaouies beaucoup plus importante que celle des femmes de Cisjordanie : il évoque la « dimension politique de la fécondité » (Courbage, 2011). Pourtant, cet élément est assez peu ressorti lors des entretiens et semble avoir une incidence relativement marginale sur les choix de maternité des femmes gazaouies interrogées.

Quelques femmes, plutôt âgées, ont tout de même parlé de « *remplacer les martyrs tombés dans les derniers conflits* » [notamment le plus récent à l'été 2014] en faisant d'autres enfants mais de manière assez lacunaire et informelle :

« Une mère qui a perdu un de ses enfants ou même un proche, elle peut avoir envie d'avoir plus d'enfants et de les appeler du même nom qu'eux. Et ça je trouve ça bien »

Femme, Rafah.

A l'inverse, la plupart des femmes dans les groupes de discussion ont indiqué que le contexte politique conduit à limiter le nombre de naissances et donc à vouloir avorter en cas de grossesse :

« A quoi bon faire plus d'enfants si c'est pour les élever dans une situation si difficile ? »

Femme, Rafah.

« Pendant la guerre en 2014, j'étais enceinte. Ma maison a été bombardée et j'ai eu très peur que mes enfants aient été blessés. Après ça, je ne voulais pas garder mon bébé. »

Femme, Zeitun.

Une responsable du ministère des Affaires religieuses mentionne la même idée :

« Certains parents décident d'avoir moins d'enfants parce qu'ils n'ont pas envie de les perdre dans une guerre. »

Religieuse.

Lors de discussions informelles, des médecins et des personnels soignants ont effectivement rapporté que, suite à l'offensive israélienne de 2014, ils avaient assisté à une forte augmentation des avortements et des fausses couches dans leurs services.

« Pendant la guerre, il y a un besoin très fort de se sentir exister, alors que la peur est partout. Faire l'amour et faire des enfants, c'est encore une chose sur laquelle on peut encore avoir une influence, une maîtrise. »

Personnel soignant, Gaza City.

Un autre aspect très peu évoqué mais relevé par une avocate spécialiste du droit des femmes, est celui des abus sexuels plus fréquents pendant les périodes de guerre, notamment dans les abris.

« Pendant la guerre, certains hommes profitent de la situation et ont des aventures avec des femmes. Pour certains, le fait de se retrouver avec des femmes dans un seul abri, tout petit et exigü, leur fait sentir de l'intimité avec elles et les mènent à avoir des liaisons. On a conduit une étude sur le sujet après la guerre avec l'UNICEF. On parle beaucoup de ce sujet et le rapport sera publié bientôt. »

Avocate

Quelques hommes évoquent également « l'adultère » [homme, Rafah] ou le fait que les femmes ne veulent plus tomber enceintes parce qu'elles veulent « rester minces et jeunes » [homme, Nord]. Ces facteurs-là ne sont pas du tout évoqués par les femmes. Si le discours des femmes fait souvent état du fait que c'est le mari qui insiste, voire qui force la femme à garder l'enfant, plusieurs témoignages d'hommes vont dans le sens contraire. Les hommes soulignent même le fait que ce sont plutôt les femmes qui aiment être enceintes et qui

poussent pour faire plus d'enfants :

« Dans notre société, les femmes aiment être enceintes ! J'aurais bien aimé avoir moins d'enfants mais même ma femme qui est éduquée, aime donner naissance. Je ne voulais avoir que quatre enfants mais la société n'aime pas ça parce que les femmes en veulent toujours plus. »

Homme, Zeitun.

Après un groupe de discussion dans le Nord de la bande de Gaza, un homme rapportait ainsi de manière informelle qu'il n'aurait voulu que deux ou trois enfants maximum mais que, n'ayant eu que des filles, on leur avait conseillé, à sa femme et lui, de continuer à enfanter jusqu'à avoir un garçon. Au lieu du nombre d'enfants souhaité, il était désormais le père de cinq filles et d'un jeune garçon :

« J'ai fait ce qu'on me disait de faire, mais six enfants, c'est trop ! »

Le mari peut parfois aider sa femme à avorter :

« J'ai demandé à mon mari et à mes enfants de sauter sur mon dos pour m'aider à avorter »

Femme, Zeitun.

Certains hommes expriment également le fait que l'homme devrait pouvoir être acteur de la décision d'avorter.

« Tout le monde devrait pouvoir participer à la décision d'un avortement : la femme, le mari et le docteur. S'il y a une raison, qu'elle soit religieuse, médicale ou psychologique, l'avortement est une nécessité. »

Homme, Zeitun.

3.3. LOGIQUES ET PRATIQUES AUTOUR DE L'AVORTEMENT

Certaines femmes de l'entourage se montrent beaucoup plus enclines à délivrer conseils, savoirs et pratiques pour apporter un soutien logistique à une femme souhaitant avorter. Mais les médecins du secteur public se conforment fermement aux discours des autorités publiques et religieuses et rappellent leur identité religieuse qui les empêche de pratiquer ce genre d'opération. Avant d'être médecins, ils sont empreints des normes sociales et les appliquent dans leur métier comme on peut le comprendre à travers quelques propos :

« Pour moi, en tant que musulmane, je ne prescris pas l'avortement. Oublie ! Même à l'hôpital. Jamais ! Si elle vient et que le préservatif s'est déchiré, ou qu'il y a une erreur ou une mauvaise utilisation du contraceptif, alors je lui donne une pilule du lendemain sous cinq jours. Je l'aide. Mais si elle est tombée enceinte, c'est sa faute ! »

Médecin, Nord.

Il est difficile de savoir ce qui est de l'ordre de la sous-estimation des chiffres et de l'atténuation d'un discours qui se doit officiel ou si les femmes ne leur racontent effectivement pas toujours leurs états d'âme par rapport à leur grossesse et encore moins le fait qu'elles aient tenté d'avorter. D'ailleurs, certains soignants considèrent que les femmes ne considèrent pas qu'elles pratiquent un avortement quand elles le font toutes seules à la maison et qu'elles viennent ensuite se faire soigner ensuite à l'hôpital :

« Non, elles n'ont pas peur de venir à l'hôpital se faire soigner après un avortement ! Puisque si elles sautent dans un escalier ou elle boit de la cannelle, et qu'elles finissent par expulser le fœtus, elles pensent qu'elles ont fait quelque chose de naturel ! Que ce n'est pas un avortement médical ou chirurgical ! »

Médecin, Gaza City.

« J'ai découvert récemment que pas mal d'entre elles connaissent toutes les pilules qui peuvent les faire avorter, par exemple le Misoprostol ! Mais on a eu des directives du MoH qui interdisaient la prescription de ces médicaments sans un avis du médecin. Donc c'est interdit sans prescription d'un médecin. »

Médecin, Gaza City.

3.3.1. LES CADRES LÉGAL ET PARENTAL DANS LA CONDAMNATION ET LES PRATIQUES DE L'AVORTEMENT

ENCADRÉ 2

NOTE CONCEPTUELLE SUR L'AVORTEMENT SELON LA COUTUME ET LA LANGUE ARABE.

En arabe, le terme « avortement » désigne à la fois l'avortement spontané (la fausse couche) et l'avortement provoqué. C'est ainsi que des femmes du quartier de Burajj parlaient par exemple d'« avortements » pour évoquer le cas de certaines femmes qui avaient fait des fausses couches suite aux bombes chimiques et bombes assourdissantes utilisées dans chaque conflit. Mais la plupart des femmes sont tout à fait conscientes de la distinction entre les deux : « L'avortement c'est la naissance du fœtus avant terme, il y en a qui sont volontaires et d'autres pas. Les avortements non volontaires (les fausses couches) sont dus à des problèmes de santé de la maman ou du fœtus. Mais les avortements volontaires c'est quand la mère essaie de se débarrasser de son bébé illégalement. Ça cause des problèmes de santé, ça peut mener à de la morbidité, et peut-être même à de la mortalité maternelle. »

Femme, district central.

Officiellement, le cadre légal qui encadre l'avortement en Palestine est formel : d'un point de vue légal, comme d'un point de vue religieux, l'avortement est illégal, la loi s'appuyant sur la Charia et la loi islamique.

En effet, pour la majorité des juristes musulmans, la vie humaine ne commence pas dès la conception comme chez les chrétiens, mais plus tardivement. Ainsi, en Palestine, l'avortement (thérapeutique ou chirurgical) n'est légal aux yeux des juristes musulmans que si la santé de la mère est en danger et peut effectivement être pratiqué avant 40 ou 120 jours de grossesse, selon les interprétations. Une avocate le précise ainsi :

« L'avortement est justifié quand il y a une raison médicale comme quand elle présente un danger pour la santé de la mère. »

Avocate.

En dehors de ces situations, l'avortement est complètement illégal :

« Il n'y a aucune raison logique à un avortement. La situation économique n'est pas une raison logique par exemple. »

Représentante du Ministère des Affaires Religieuses.

Pour décider si un avortement est justifié, il est fait recours à différents acteurs pour analyser la situation. S'il s'agit par exemple d'une malformation du fœtus qui ne menace pas directement la vie de la mère, il peut être fait appel à un mufti - dignitaire religieux - à qui il revient de trancher. Cette première étape est d'ores et déjà soumise aux différentes interprétations de chaque mufti.

« La question des avortements est toujours contrôlée par le halal/haram dans la religion. Pour des cas spécifiques ou nouveaux, cela revient aux cheikhs de décider. L'idée principale de notre religion est de préserver la vie des gens et de les garder en paix. »

Représentante du Ministère des Affaires Religieuses.

Si la vie de la mère est en danger, l'opinion de deux médecins est alors nécessaire pour décider si l'avortement est justifié ou non. La décision dépend alors aussi bien de son positionnement vis-à-vis du *haram*, du fait qu'il soit plus ou moins connu et réputé, de sa place dans la société... Certains médecins pourront conseiller un avortement s'il y a seulement une malformation alors que d'autres refuseront catégoriquement de le faire. La décision légale et validée médicalement peut donc différer du tout au tout d'un médecin à un autre.

Une femme de droit confirme cela :

« D'un point de vue religieux, l'avortement est totalement interdit et légalement, c'est totalement illégal. Et d'un point de vue sanitaire, ça dépend des cas mais ça dépend de la supervision et de l'appréciation du Ministère de la Santé. »

Avocate, Gaza City.

Ce cadre ne semble donc pas aussi clair puisque les critères qui autorisent un avortement légal et ceux qui interdisent un avortement clandestin restent flous et soumis à l'interprétation des muftis et/ou des médecins.

« Il y a différentes interprétations, différents cheikhs donc tu peux trouver un moyen d'être couvert, du point de vue de la religion et légalement. Certains sont très conservateurs, d'autres plus flexibles, c'est toute une problématique très complexe et il y a besoin d'universitaires pour trancher. Mais la question n'est pas adressée, voire abandonnée et c'est la pire solution. La pire solution, c'est de ne prendre aucune décision. »

Agent UNFPA, Gaza City.

La situation particulière de l'inceste et des GND qui peuvent en découler, semble justifier la non pénalisation d'un avortement:

« Dans le cas d'un avortement suite à une grossesse causée par le père ou le frère, c'est-à-dire un inceste, la femme n'est pas légalement condamnée. Même la femme qui tue le bébé né de l'inceste, n'est pas légalement condamnée. »

Avocate, Gaza City.

Ainsi, si un cadre légal existe, il reste flou et ne s'appuie sur aucun critère formel. Au fond, il semble qu'il n'ait que peu d'importance dans la prise de décision et dans les pratiques, alors que l'interprétation et la décision religieuse (*haram ou halal*) prime et oriente les comportements en dernier lieu. Comment se positionnent les différents acteurs par rapport aux GND et aux avortements dans un tel contexte socio-légal ? Quels discours et quelles représentations leur attribuent-ils ?

Leurs perceptions et leurs visions des choses se télescopent parfois, se contredisent souvent et cette confusion semble directement découler du flou occasionné par le cadre légal et les normes sociales et religieuses posés sur ces questions.

En effet, des barrières socioculturelles existent et fonctionnent à travers des relations parentales comme le mari et la belle-mère. Dans le processus décisionnel, le mari joue souvent un rôle décisif qui peut prendre différentes formes d'une situation à une autre. Selon les femmes et les médecins, quand ils apprennent une nouvelle grossesse de leur femme, la plupart des hommes s'en réjouissent et ils souhaitent garder l'enfant :

« Les hommes aiment les enfants et surtout les garçons ! Ils adorent quand on leur dit qu'on est enceintes ! »

Femme, Khan Younes.

Dans le cas d'un désaccord entre mari et femme sur le devenir de la grossesse, soit une négociation s'engage dans le couple, soit l'homme incite, parfois fortement, sa femme à garder l'enfant et obtient souvent le dernier mot :

« Si une femme veut avorter, j'essaie d'intervenir pour faire en sorte qu'elle n'avorte pas parce que, quoi qu'il se passe, ce n'est pas bien de perdre un bébé, surtout s'il n'y avait aucun danger pour la santé de la mère. »
Homme, Nord.

« Ce bébé dans le ventre, je ne le voulais pas mais mon mari le voulait. A ce moment-là, je prenais la pilule mais ça a causé un changement hormonal donc j'ai arrêté et je suis tombée enceinte. J'étais vraiment triste parce que je ne voulais pas être enceinte mais finalement, ça allait mieux quand j'ai senti que mon mari était heureux. »
Femme, Nord.

Effectivement, les hommes racontent des histoires personnelles ou de connaissances pour illustrer le fait qu'ils n'approuvent pas l'avortement :

« Je connais une femme qui a eu 4 enfants mais ensuite, son mari ne voulait plus d'enfants. Quelques temps après, elle est tombée enceinte, donc elle a commencé à faire du sport pour avorter et ça a marché. Des années plus tard, elle est de nouveau tombée enceinte et a donné naissance à un enfant déformé qui a fini par mourir. Elle s'en est voulue d'avoir avortée et a regretté cette action. L'avortement lui avait causé des effets secondaires. »
Homme, Zeitun.

Pourtant, dans le discours d'un certain nombre d'hommes, c'est exactement l'inverse qui transparaît puisqu'ils déclarent que ce sont plutôt les femmes qui souhaitent toujours plus d'enfants, alors qu'eux n'y sont pas favorables, voire complètement opposés. Il arrive en effet régulièrement que des hommes s'opposent à la grossesse pour les mêmes raisons que les femmes : des difficultés économiques, déjà trop d'enfants à nourrir et à élever, le conflit :

« En 2009, ma situation économique était très mauvaise et j'ai dit à ma femme que nous devrions arrêter d'avoir des enfants. A ce moment-là, j'avais quatre enfants. Ma femme a commencé à utiliser des contraceptifs mais d'un coup, elle est tombée enceinte.

Nous n'avons pas pensé à l'avortement, l'enfant était là de toute manière. On n'approuve pas l'avortement. »
Homme, Nord.

Une femme affirme même que « certains hommes demandent à leurs femmes d'avorter mais sans les forcer à le faire ». La préférence genrée joue aussi un rôle dans le fait que le mari souhaite que sa femme avorte puisqu'elle est enceinte d'une fille :

« Mon oncle avait déjà beaucoup de filles. Il a donc dit à sa femme que si elle accouchait encore d'une autre fille, il demanderait le divorce. Elle est tombée enceinte et il l'a su : il a d'abord voulu qu'elle avorte mais les médecins l'ont convaincu de garder l'enfant. »
Homme, Zeitun.

Certains évoquent les conflits qui peuvent éclater entre conjoints à l'occasion d'une GND et/ou d'un avortement mais souvent de manière détournée :

« Je connais un homme qui s'est marié avec une femme et qui l'a empêchée d'avoir un enfant supplémentaire parce que c'était leur dixième. Mais elle est quand même tombée enceinte. J'ai entendu des disputes dans leur maison et ça les a presque menés au divorce. Finalement, il a quand même fait en sorte qu'elle avorte. Personnellement, je pense que l'avortement n'est pas justifié. »
Homme, Zeitun.

Certaines femmes, une fois l'enregistrement terminé, ont déclaré que même si elles-mêmes désiraient la grossesse, c'était leur mari qui les forçaient à mettre fin à la grossesse et ce, de manière parfois violente ou en les poussant à l'avortement clandestin :

« Quand j'ai appris que j'étais enceinte, j'étais heureuse, mais mon mari ne voulait pas ce bébé. J'ai eu beaucoup de conflits avec mon mari à cause de ça. J'ai essayé d'avorter en sautant dans les escaliers mais ça n'a pas marché. Finalement, j'ai gardé le bébé et j'ai mené la grossesse à terme : j'étais très heureuse parce que je le voulais moi ce bébé ! Quand j'ai essayé d'avorter, c'était juste pour faire plaisir à mon mari. »
Femme, Nord.

Certains hommes rajoutent, à la fin d'un entretien que les décisions en termes d'avortement étaient très souvent monopolisées et influencées par les autorités religieuses :

«Je voudrais rajouter quelque chose : le mari et la femme devraient pouvoir être formés et conscients sur les questions d'avortement et de planning familial pour qu'on n'atteigne pas un point où on soit obligé de recourir à l'avortement provoqué. Et puis, nous avons toujours été dominés par les religieux et ça a beaucoup influé sur la manière dont on réagit à des situations comme l'avortement. C'est la même chose avec tout ce qui concerne les femmes : l'éducation, le hijab, et tout le reste...»

Homme, Zeitun.

La position du mari face à une situation de GND et/ou d'avortement varie selon les situations. Si en théorie, ils se montrent hostiles à toute forme d'avortement, dans les faits, il se trouve qu'ils souhaitent souvent un nombre plus réduit d'enfants pour différentes raisons, quitte à encourager, voire à forcer l'interruption d'une grossesse.

Face à une GND et à une volonté d'avortement, les femmes ne sont donc pas seules dans le processus décisionnel puisqu'elles doivent pouvoir intégrer les conseils, se plier aux impératifs sociaux et/ou lutter contre les différents acteurs qui entravent l'autonomie de sa décision.

3.3.2. L'AVORTEMENT: ENTRE CONNAISSANCES, PRATIQUES ET DISCRIMINATION SOCIOÉCONOMIQUE

Même si l'avortement pratiqué par les médecins n'est pas autorisé sauf dans des cas très précis [cf supra], et malgré leur condamnation [en tout cas théorique] quasi unanime de l'avortement, les femmes connaissent toutes les techniques traditionnelles abortives. Au cours des discussions, presque toutes racontent leurs expériences d'avortements provoqués à haute voix et dans les détails. Ces récits ne mènent que très rarement à un débat sur la morale, tout le monde écoute attentivement et parfois, d'autres femmes rebondissent pour raconter leurs histoires. Quelques tensions sont apparues une seule fois dans le centre de Zeitun où certaines femmes plus âgées montraient des signes de désapprobation à l'écoute de récits d'avortements clandestins et provoqués.

La plupart des femmes connaissent de nombreuses techniques et en parlent de manière très libre dans

les groupes de discussion. Comme pour les méthodes de contraception naturelles, il s'agit de recettes et de méthodes pour se débarrasser du fœtus. Elles sont citées sans hésitation dans chaque groupe de discussion : boire des « tisanes d'herbes », « des décoctions de cannelle et de gingembre », « manger beaucoup de dattes dans les premiers jours de la grossesse ou des choses très salées », « respirer des substances chimiques très fortes dans les premiers jours de la grossesse ».

Les pratiques dangereuses sont aussi bien connues des femmes et semblent toujours largement pratiquées: porter des choses très lourdes, sauter, courir, travailler encore plus que d'habitude, faire sauter ses enfants sur son dos, poser une bouteille de gaz sur son ventre, sentir des substances chimiques très fortes dans les premiers jours de la grossesse, etc... Une femme de Khan Younes racontait ainsi lors d'une discussion informelle ses tentatives d'avortement en détaillant comment elle avait fait sauter son mari et ses enfants sur son ventre avant d'essayer en mettant un parpaing sur son ventre. Au-delà de ces pratiques à domicile, les femmes savent aussi qu'elles peuvent obtenir des pilules abortives :

« Il y a des pilules abortives qu'on peut obtenir sans prescription dans des pharmacies ou auprès de certains médecins. »

Femme, Zeitun.

Contrairement aux femmes qui étaient formelles sur leurs informations, la plupart des hommes interrogés ont des connaissances approximatives sur l'avortement. Leurs informations n'étaient que des oui-dire :

« Les avortements c'est très rare ici. J'ai entendu parler de gens qui pouvaient prendre une pilule [cytotec] qui aide à provoquer un avortement. »

Homme, Nord.

« Dans les villes, les gens pratiquent plus l'avortement que dans les zones rurales. »

Homme, Nord.

La plupart déclarent n'avoir jamais été confrontés à la situation de quelqu'un qui avait une GND et qui voulait avorter et de toute façon, même sans avoir plus d'informations, la plupart déclarent qu'ils sont formellement opposés à l'avortement. D'après un homme à Rafah, « bien sûr, je suis totalement contre l'avortement. Selon moi, c'est interdit d'un point religieux ». Souvent, ils ne

savent pas vraiment si l'avortement est une pratique légale ou non :

« Je ne sais pas si l'avortement est légal ou non. Peut-être que c'est interdit par la religion, j'ai entendu dire que le bébé est juste un bout de viande jusqu'à quatre mois, au moment où l'âme est mise dans son corps. »
homme du district du Nord.

A Rafah, un autre homme dit : *« je ne sais pas trop. Peut-être que c'est légal quand ça met la vie de la mère en danger. »*

Homme, Rafah.

En termes de risques de santé, ils savent ou pensent savoir que l'avortement est dangereux et peut avoir des effets néfastes comme des saignements de l'utérus. Quelques-uns seulement mentionnent des complications psychologiques que la perte de l'enfant peut entraîner pour la mère.

Malgré cette situation, l'avortement est pratiqué, quoiqu'avec une discrimination socioéconomique. En effet, tant qu'il n'y a pas de mise en danger de la vie de la mère, les médecins interrogés déplorent et désapprouvent l'avortement et ses méthodes. Mais dans ces cas-là, toutes les techniques semblent être connues et utilisées immédiatement par les médecins :

« Dans le cas où la vie de la femme est en danger, ça se passe à l'hôpital ! Il y a beaucoup de manières différentes, l'avortement thérapeutique en prenant du Misoprostol (hormone), la Prostaglandine, ou alors de manière chirurgicale, auto évacuation, opération... »
Médecin, Gaza City.

« Quand on voit une grossesse où la mère a des problèmes de santé comme des maladies du cœur, des maladies graves, le médecin a l'obligation d'envoyer la femme à l'hôpital pour terminer la grossesse. Et dans ces cas-là, ça permet de faire un curetage. [...] mais si elle n'a pas de problème de santé, il n'y a pas de solution. C'est interdit. »

Médecin, Nord.

Dans le cadre très strict d'une relation licite et seulement s'il s'agit d'une erreur de manipulation ou un défaut de fabrication du contraceptif, la pilule du lendemain peut être prescrite :

« Par exemple, si elle vient et que le préservatif s'est

déchiré, ou qu'il y a une erreur ou une mauvaise utilisation du contraceptif, alors je lui donne une pilule du lendemain sous cinq jours. Je l'aide. »

Médecin, Gaza City.

A partir du moment où une femme est mariée, les médecins ne cherchent pas vraiment à connaître les causes et les circonstances d'éventuels symptômes post-avortement (provoqué) que peuvent présenter certaines femmes :

« Si une femme mariée vient avec un saignement vaginal parce qu'elle a essayé d'avorter illégalement, sa vie est en danger et là ça me concerne en tant que médecin. Mais je ne pose aucune question, elle est mariée légalement, donc ça ce n'est pas mon problème, je ne veux pas savoir ce qu'il s'est passé avant ! »

Médecin, Gaza City.

En revanche, si une femme non-mariée se présente avec les mêmes symptômes, le traitement diffère et l'avortement devient « illégal » aux yeux du médecin :

« Si elle n'est pas mariée, et qu'elle essaie d'avorter, ça c'est illégal et donc on documente son cas parce qu'il faut que sa famille sache qu'elle a essayé d'avorter sans être mariée. Comment je peux traiter/manipuler la femme alors qu'elle n'est pas mariée ? [rises] C'est mon rôle en tant que docteur ! Comment je peux pratiquer un curetage ou lui donner une pilule abortive et qu'après ça, la famille la considère toujours comme étant vierge alors qu'elle a avorté ? »

Médecin, Gaza City.

A ce propos, aucun lien n'a été fait avec la question du secret médical. La conformité avec les normes sociales semble primer sur la confidentialité de la patiente. Pendant une discussion informelle, un médecin de l'UNRWA confiait que :

« Les femmes non-mariées qui se présentent à l'hôpital après avoir tenté d'avorter prennent de très grands risques : elles peuvent être envoyées à Beyt al Aman [la sécurité centrale] et il existe une police d'investigation interne à chaque hôpital que l'on sollicite dans des cas de cette sorte. »

Médecin, UNRWA.

D'autres médecins affirment que ce genre de signalement n'est qu'une procédure mais qu'il ne présente aucun risque pour la femme :

« Il ne se passera rien pour elle ! On documente juste son cas parce qu'il faut que sa famille sache qu'elle a essayé d'avorter sans être mariée. En tant que médecins, on doit faire comme ça ! La famille doit savoir ! En plus, elle vient rarement seule : il y a souvent sa mère avec elle, ou sa sœur. Et puis on a un comité d'urgence dans les hôpitaux pour les viols, les avortements illégaux, ces choses-là. Ce groupe a besoin de savoir qu'il y a des cas d'avortements provoqués non achevés chez des femmes non-mariées. Il y a toujours des femmes non mariées qui se retrouvent avec un bébé ! »
Médecin, Gaza City.

Au-delà des institutions, un signalement de la sorte peut également mettre les femmes en porte à faux, voire en réel danger vis-à-vis de leur propre communauté. Sans forcément aller au crime d'honneur, il semble que les femmes dans cette situation peuvent subir des violences et/ou être reniées de la famille, rejetées de la communauté.

« Certaines femmes qui veulent avorter peuvent faire face à de gros problèmes avec la famille de leur mari donc on doit les soutenir si elles avortent »
Femme, Burajj.

Le témoignage d'un médecin du Nord de la bande de Gaza étaye cette idée:

« Il y a des problèmes, surtout dans les régions rurales où il y a des filles pas mariées qui tombent enceintes. C'est rare mais ça arrive, il faut dire la vérité. La plupart du temps, vous allez trouver que la famille, elle va tuer la fille. Notre religion et les traditions, c'est difficile ici à Gaza parce qu'on est un pays colonisé. Vous comprenez ? Vous allez trouver des cas mais elle va être cachée ou tuée par son père ou son frère »

L'avocate faisait d'ailleurs état de lieux qui prenaient en charge et qui accueillaient les femmes en situation de GND :

« On prend soin de ces femmes qui viennent avec des grossesses non désirées du point de vue de leur sécurité pour qu'elles ne soient pas punies par leurs familles. Nous avons aussi un endroit où elles peuvent venir se réfugier et où elles sont en sécurité. »
Avocate.

Le signalement de la GND d'une femme non mariée par les médecins constitue donc un risque très concret

pour les femmes qui peuvent subir à la fois la réprimande légale par les autorités mais aussi le jugement, parfois définitif et violent, de leurs familles et entourage.

Sur la question de l'avortement, d'autres acteurs qui travaillent plus ou moins directement avec les médecins mentionnent un certain nombre d'éléments, complètement absents du discours des médecins. Ils précisent notamment qu'un avortement peut être obtenu si la femme et/ou le couple a un proche ou une connaissance qui est médecin ou encore si elle/ils en ont les moyens financiers. Le capital économique et le capital social d'une personne peuvent influencer sa marge de manœuvre concernant les possibilités d'avortement. C'est alors un véritable mode de gestion clientéliste de l'avortement qui se met alors en place. Des discussions informelles avec des travailleurs sociaux de certains centres de santé ont en effet fait apparaître ce constat :

« Si tu as de l'argent, si tu as des proches à l'hôpital qui sont médecins ou soignants, tu peux te faire avorter beaucoup plus facilement dans des hôpitaux. Pour l'avortement aussi, il y a de la wasta¹⁶ ! ».
Travailleur social, Gaza City.

Au-delà de la simple « peur de la religion et de la loi », il s'agit également au contrôle que la majorité des hommes exercent sur la sexualité des femmes. Selon cette avocate, si la pratique de l'avortement était légalisée, cela permettrait d'une part de permettre de respecter les droits des femmes à disposer de leur corps et donc de se défaire de ce contrôle masculin total mais aussi à éviter le recours à des pratiques dangereuses et/ou au secteur privé pour pouvoir avorter.

Au-delà de ces différences, se pose aussi la question des hôpitaux et médecins privés qui proposent des avortements de manière clandestine. En effet, toutes les femmes savent qu'auprès d'un médecin privé, dans une structure privée - clinique ou hôpital - il est possible de se faire avorter médicalement ou par voie chirurgicale même si les délais sont dépassés et/ou si la situation de la femme ne rentre pas dans les critères d'un avortement pour raisons de santé dans le secteur public. Évidemment, cela a un coût (entre 500 et 1000 NIS selon l'avancée de la grossesse) et le médecin qui pratique ce genre d'avortement prend des risques importants devant la justice. Au-delà des seuls médecins privés, certains pharmaciens délivrent

¹⁶ La wasta désigne, en arabe, ce mode de gestion clientéliste qui s'active par les relations et les connaissances d'une personne pour obtenir services, poste ou informations. On peut traduire ce terme par le « piston ».

également des pilules abortives comme le Misoprostol sans prescription, alors qu'ils sont théoriquement soumis à cette mesure :

« On a fait une recommandation au MoH pour interdire la prescription des pilules de Misoprostol [abortives] sans l'avis d'un médecin hautement recommandé. Mais elles peuvent toujours l'obtenir quand elles veulent. Si tu payes, tu obtiens tout ce que tu veux. Ça marche comme ça dans le monde entier ! »
Médecin, Gaza City.

Le manque de critères sur les conditions de l'avortement induit et renforce la fracture entre les femmes et les couples qui ne peuvent pas se permettre financièrement un avortement dans le secteur privé et qui ont donc recours à des méthodes dangereuses et ceux qui ont les relations et les finances nécessaires pour pouvoir y avoir recours.

« Une famille riche peut se permettre de se payer un avortement, dans le secteur privé et de manière à peu près sûre et pas trop dangereuse. Autrement, elles prennent de très grands risques. Il n'y a pas de véritable système de protection des femmes: au bout du compte, la femme est accusée systématiquement, pour protéger le bébé et le médecin mais elle ne sera jamais protégée »
Médecin UNRWA, Gaza City.

Au total, on remarque qu'il est envisageable de braver les interdits sociaux et les condamnations morales pour se débarrasser du fœtus, même si c'est illégal, reconnu comme immoral et officiellement condamné fermement par l'ensemble de la société :

« Moi, j'avais deux garçons et une fille quand j'ai découvert que j'étais enceinte. La première chose à laquelle j'ai pensé, c'était de me débarrasser du bébé en essayant toutes les méthodes que je pouvais utiliser. Et j'ai eu beaucoup de disputes avec mon mari à propos de ça. »
Femme, Khan Younes.

« Quand j'ai découvert que j'étais enceinte, j'ai commencé à réfléchir à une méthode pour avorter parce que mon enfant précédent était très jeune, quelques mois, et je ne pouvais pas être à nouveau enceinte à ce moment-là. »
Femme, Zeitun.

Quand elles parlent d'une tierce personne et qu'elles se retrouvent donc dans la position de devoir conseiller une femme de leur entourage, les femmes font parfois preuve d'une démarche très compréhensive, en essayant de comprendre les raisons qui l'ont menée jusque-là et en lui donnant des conseils :

« Si je connaissais une femme dans une telle situation, je la conseillerais et je prendrais soin d'elle. Elle est déjà dans une mauvaise situation, je ne voudrais pas lui rendre la tâche encore plus difficile. »
Femme, Burajj.

Une fois seulement dans les discussions, une femme a clairement exprimé une posture s'opposant aux normes sociales et à la législation :

« Il y a des pilules qui peuvent aider à avorter dans les pharmacies. Si je connaissais une femme enceinte qui voulait avorter, je mentirais et je ferais n'importe quoi pour lui en procurer. »
Femme, Burajj.

Beaucoup déclarent en effet qu'après avoir découvert leur GND, elles ont tout de suite mis en œuvre des stratégies d'avortement concrètes :

« Quand ça m'est arrivé, j'ai commencé à porter des choses très lourdes, et je ne pensais plus qu'à une chose, c'était que je ne pouvais et ne devais pas être enceinte parce que les grossesses me fatiguent beaucoup. »
Femme, Zeitun.

A l'inverse, nombre de femmes qui ont vécu une GND admettent qu'elles ont fini par accepter leur grossesse, même dans cet état de dépression :

« Quand elle était enceinte de ses jumeaux, ma belle-mère a pleuré du premier jour de la grossesse à l'accouchement. Mais elle a accepté et a donné naissance à ses deux enfants. »
Femme, Nord.

Un autre type d'assistance a été mentionné rapidement avec l'existence des *dayas*, sortes de sages-femmes traditionnelles qui pratiquent l'avortement à domicile et dans le plus grand secret. Dans le quartier de Khan Younes où nous avons mené un des groupes de discussion, elles seraient au nombre de quatre ou cinq et toutes les femmes savaient de qui il s'agissait et

qu'elles pouvaient se rendre chez elles dans cet objectif précis. L'avocate spécialiste des droits de la femme a aussi mentionné l'existence de ces praticiennes « informelles » :

« Il y a aussi les dayas qui font accoucher les femmes comme des médecins mais de manière informelle. Certaines femmes vont les voir et les consultent pour un avortement ou pour des tisanes abortives. »

Avocate, Gaza City.

CONCLUSION

La présente étude avait pour but de documenter les déterminants socioculturels et communautaires des grossesses non désirées et des avortements dans la bande de Gaza, zone d'intervention de MdM depuis 2002. Au terme des analyses, les conclusions suivantes peuvent être tirées :

L'accès et la couverture pour les moyens de contraception sont relativement bons malgré quelques ruptures et le taux de prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives est relativement élevé. Malgré ces constats, il semble que la problématique des GND et des avortements soit une réalité à Gaza. Le lien entre les GND et les avortements est bien établi par les populations même si c'est rarement exprimé de la sorte.

Les avortements sont principalement imputés aux GND même si une GND ne se solde pas nécessairement par un avortement puisque les femmes sont très souvent et fortement incitées à mener leur grossesse à terme. La survenue des GND et des avortements est déterminée par de nombreux facteurs, situés à plusieurs niveaux et qui interagissent entre eux pour créer des conditions de vulnérabilité. Ces facteurs sont à la fois socio-culturels et religieux puisque les relations sexuelles hors mariage sont socialement exclues à la fois d'un point de vue religieux mais aussi et surtout par les normes sociales en vigueur. La situation économique désastreuse due au contexte politique extrême de blocus, d'occupation et de conflits réguliers favorisent également la survenue des GND et la volonté d'avortement. Enfin, le manque de prévention à destination des jeunes joue également un rôle déterminant ainsi que la prise tardive de contraceptifs, après une, voire plusieurs naissances. La question de la formation et de la disponibilité du personnel qui mène ce genre de prévention ont été posées. Les individus les plus vulnérables à cette situation sont principalement les femmes et les hommes récemment marié-e-s et, dans une moindre mesure, les jeunes non-mariés.

Le rôle des hommes dans la gestion des GND et des avortements est assez mineur. En tout cas, ils ne sont pas considérés comme ayant une grande responsabilité dans ce genre de situation. Même s'ils se disent concernés par ces problématiques, ils n'ont pas vraiment leur place (ou ne la prennent pas) dans le processus de prise en charge, de décision face à une

situation de GND ou d'avortement. C'est aux femmes de composer avec les différentes normes et personnes impliquées dans la gestion de ces situations (médecins, femmes de l'entourage, cheikhs) et sont souvent laissées seules face à cette situation.

La prévention des GND et des avortements à destination des jeunes est quasiment inexistante ou en tout cas pas à une échelle nationale, de manière collective et concertée. Tous les médecins déplorent ce manque d'éducation et de sensibilisation en termes de contraception, surtout à destination des jeunes mais à la fois, l'idée est réfutée et rejetée puisque mener des formations dans les écoles avec des jeunes non marié-e-s signifierait encourager les relations sexuelles avant le mariage, ce qui est considéré comme haram, et donc absolument inenvisageable. Des formations de sensibilisation ou de prévention sont organisées par des ONG ou l'UNRWA mais pas de manière synchronisée à l'échelle de la bande de Gaza. Même en l'absence de prévention et de sensibilisation publique et organisée, les femmes ont tout de même une connaissance contraceptive très importante mais ne peuvent y accéder que tardivement, après une, voire plusieurs naissances. Une fois ce « contrat procréatif » rempli, l'accès aux méthodes contraceptives est très relativement facile et gratuit.

Au niveau sanitaire, des dispositifs d'accompagnement aux GND et aux avortements existent (ex. soins post-avortements) mais de manière détournée et en n'étant pas clairement définis comme tels puisque c'est considéré comme haram. Sur le plan communautaire, les femmes en situation de GND sont en général entourées par les femmes de la famille, qui leur donnent des conseils, parfois de manière autoritaire, en essayant le plus souvent de les convaincre de poursuivre la grossesse même dans des situations difficiles ou des rejets absolus de la grossesse. Dans certaines zones rurales, il existe des situations extrêmes où les femmes peuvent parfois être rejetées voire tuées par leur famille ou la famille du mari.

Les médecins ont une attitude un peu ambiguë vis-à-vis des GND et des avortements. Face à un cas de GND, les médecins incitent les femmes à mener leur grossesse à terme. Conformément à la législation en vigueur qui interdit les avortements (sauf en cas de maladies graves ou de complications risquant la vie de la femme), ils déclarent ne pas pratiquer l'avortement et ils le condamnent pour des raisons

religieuses. Par contre, certains peuvent prescrire une pilule du lendemain à une femme mariée si elle a fait une erreur dans l'utilisation d'un contraceptif mais pas si elle a « fauté » en dehors du mariage ou si elle a juste omis de se protéger. Ils prennent en charge les femmes qui se présentent avec des symptômes post-avortement inquiétants mais sans jamais leur poser de questions. De ce fait, beaucoup d'avortements se font clandestinement et souvent de manière dangereuse, ou chez des médecins privés qui font payer la prestation à un prix relativement élevé.

Les soignants partent du principe que les GND et les avortements sont la conséquence d'une ignorance due à une absence d'éducation. Les femmes doivent donc mener leur grossesse à terme, même si elles ne la souhaitent pas et commencer tout de suite après à utiliser une méthode contraceptive. Les valeurs morales et religieuses font partie intégrante des dispositifs de soins, c'est pourquoi il n'a jamais été question d'une éventuelle légalisation de la pratique mais plutôt d'un renforcement de la sensibilisation sur la contraception, à la fois pour les femmes et pour les hommes mais pas pour des jeunes non-mariés.

RECOMMANDATIONS

Au terme de la présente analyse, les recommandations suivantes peuvent être émises sur les besoins d'intervention et de mise en discussion de certaines questions. Elles sont le résultat des interactions avec les différents acteurs rencontrés et ont été identifiées dans leurs discours respectifs et constituent des pistes de réflexion et d'action à explorer. Elles portent sur plusieurs niveaux : sur le plan communautaire, notamment au niveau de la prévention et de la prise en charge des GND et des soins post-avortement ; sur le plan des services de santé, et en particulier sur la perception et la formation des personnels soignants (médecins, infirmiers, formateurs) ; et enfin sur le plan des autorités politiques et organisations en charge de l'élaboration des politiques publiques.

5.1. SUR LE PLAN DES ACTIONS COMMUNAUTAIRES

Les principales actions recommandées au niveau communautaire sont les suivantes :

- Permettre aux femmes et aux hommes d'accéder à des informations justes et adaptées sur la contraception. Dans les dispositifs de sensibilisation, transmettre l'idée d'une contraception possible dès le mariage, et éventuellement pour les jeunes non-mari-é-es, en conformité avec le discours des autorités politiques palestiniennes, c'est-à-dire pas forcément pour limiter les naissances mais plutôt pour bénéficier d'une réelle capacité d'autodétermination dans la maîtrise de sa fécondité et de son désir de maternité, en fonction de ses moyens économiques, de ses projets de vie. Les femmes et les hommes nouvellement mariés devraient pouvoir bénéficier de ce genre de sensibilisations dès leur mariage.
- Orienter la prévention vers les canaux de transmission de l'information les plus employés notamment celui des femmes de l'entourage direct, les mères, sœurs, cousines, amies... En s'appuyant sur ces réseaux existants qui délivrent des informations à des jeunes femmes non-mariées, cela pourrait permettre de renforcer la connaissance contraceptive de ces personnes-clé et favoriser ainsi les conditions d'une décision autonome au niveau individuel comme au niveau du couple.

- Mener des actions de prévention des GND de manière plus systématique comme des ateliers de sensibilisation dans les hôpitaux, dans les écoles et dans les universités et un soutien dans le cas où cette situation arrive. Les femmes susceptibles de se trouver dans une telle situation seraient évidemment les premières personnes à cibler mais dans un second temps, cette prévention pourrait également se concentrer sur les réseaux de soutien déjà existants au sein de la société, c'est-à-dire essentiellement auprès des accompagnants traditionnellement présents lors d'une GND (femmes de la famille, de l'entourage).

- Impliquer des hommes en les formant à la fois vis-à-vis de la contraception, mais aussi vis-à-vis des GND et de l'avortement. Par une sensibilisation et une prévention plus précise et mieux ciblée, ils seraient plus concernés et conscients de certaines réalités et de leur rôle actif dans les décisions de couple. Pour cela, s'appuyer sur les formations de sensibilisation et de prévention qui existent déjà dans des centres de santé et de l'UNRWA et étendre celles organisées dans les hôpitaux et cliniques privés et qui portent sur d'autres sujets comme l'hygiène, la nutrition...

5.2. SUR LE PLAN DES SERVICES DE SANTÉ

Les médecins et soignants que nous avons pu rencontrer sont très favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives et encouragent les femmes à les utiliser mais seulement après le mariage et même après des premières naissances. Par contre, ils se positionnent très clairement et très fermement contre l'avortement et portent un regard négatif sur les femmes en situation de GND si elles n'ont pas de raison « valable » pour refuser leur grossesse. Il semble aussi que les traitements post-avortement soient pris en charge à partir du moment où la vie de la femme est mise en danger mais aucune question n'est posée aux femmes qui se présentent avec ces symptômes et les véritables raisons ne sont pas évoquées et discutées.

Pour l'ensemble de ces raisons, il semble nécessaire de :

- Continuer des actions en faveur de l'accès total et gratuit aux méthodes contraceptives et permettre leur disponibilité dans les zones rurales et pour les populations les moins éduquées.

- Développer des programmes de prévention à destination des jeunes et des jeunes marié-e-s en mettant à contribution tous les acteurs concernés : politiques, services de santé, personnel soignant, personnel éducatif, personnel religieux.
- Inclure les professeurs des écoles aux formations sur la contraception pour pouvoir intégrer ces questions aux programmes scolaires. Les questions d'éducation sexuelle et de planning familial devraient pouvoir être abordées non plus comme une question seulement morale mais aussi sous un angle scientifique, fondation d'une décision autonome.
- Augmenter le nombre de formateurs (hommes et femmes) pour mettre en place de la prévention et prêter une attention particulière à la qualité et au contenu de leur formation. Les structures publiques tout comme les structures privées devraient pouvoir bénéficier des services d'un personnel bien formé.
- S'appuyer sur le travail des « comités d'urgence sur les questions de grossesses illégales » qui existent déjà dans les hôpitaux publics : renforcer le soutien social, psychologique mis en place pour les victimes de viols et leurs familles, la confidentialité, la disponibilité de contraceptifs d'urgence... Même si le fait d'avorter n'implique pas nécessairement un besoin de prise en charge psychologique, un soutien pourrait être offert dans certaines situations particulières.
- S'appuyer sur les réalisations du Planning Familial Palestinien en Cisjordanie qui permet l'obtention de contraceptifs d'urgence pour les femmes sans le consentement du mari, qui fournit des listes de médecins qui acceptent de pratiquer l'avortement dans le cadre légal (mise en danger de la vie de la femme) et développer leur antenne et leurs actions dans la bande de Gaza.
- Mettre l'accent sur le respect du secret médical et la déontologie de manière générale dans la formation des médecins comme garantie d'une qualité de soins.
- Renforcer la formation des personnels soignants afin d'assurer la dissémination des dernières recommandations internationales en matière de soins post-avortement et d'interruption de grossesse (lorsque celle-ci est pratiquée), notamment sur la pratique de l'aspiration manuelle endo-utérine (AMEU) au lieu de celle du curetage qui est désormais déconseillé.

5.3. SUR LE PLAN DES ACTEURS EN CHARGE DE L'ÉLABORATION DES POLITIQUES PUBLIQUES

Réunir les acteurs concernés plus ou moins directement par les problématiques des GND et des avortements (autorités politiques, religieuses, sanitaires, communautaires, services de droit, ONG, UNFPA, UNRWA,) et poser ces questions afin de définir une ligne directrice et une législation commune basée sur un travail conjoint avec des associations basées en Cisjordanie comme le Planning Familial Palestinien. L'idée serait d'adopter une politique publique (en tout cas dans la bande de Gaza) sur les questions de GND et d'avortement et de donner au sujet le statut d'une question de santé publique et d'intérêt général.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

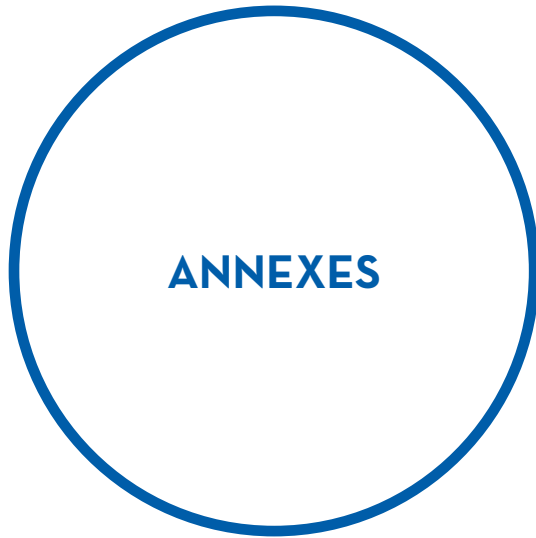
- Ashour Majdi, Watt Graham, « Use of maternal health services in the Gaza Strip, occupied Palestinian territory: a survey of households », 2011, rapport pour l'UNRWA.
- Bosmans Marleen, Nasser Dina, Khammash Umaiye, Claeys Patricia, Temmerman Marleen, « Palestinian Women's Sexual and Reproductive Health Rights in a Longstanding Humanitarian Crisis », 2008, *Reproductive Health Matters* 16(31), pp.103-111.
- Courbage Youssef, (1997), 'La fécondité palestinienne des lendemains d'Intifada', *Population*, 52 (1), 223-33.
- [2008a], 'Deux phases de la démographie de la Palestine, 1872-1948 et 1967-2025', *Temps et espaces en Palestine*, « Etudes contemporaines », no 25. <http://ifpo.revues.org/502>
- [2008b], 'La guerre des berceaux', *Histoire*, 39 [Israël-Palestine], 90-91.
- Fargues [2000] Philippe, *Génération arabes. L'alchimie du nombre* (Paris: Fayard), 2000, 221.
- Gilbert Mads, Brief report on Gaza to UNRWA, « The Gaza Health Sector as of June 2014 », University Hospital of North Norway, Tromsø, Norway
- Khawaja M: « The Fertility of Palestinian Women in Gaza, the West Bank, Jordan and Lebanon », 2003, Volume 58, pp. 273-302
- Khawaja M, « The recent rise in Palestinian fertility: permanent or transient ? », *Popul Stud* 2000; 54 :331-46
- Khawaja M, Assaf S et Jarallah Y (2009), 'The transition to lower fertility in the WB and Gaza strip : evidence from recent surveys', *J Pop Research*, 26, 153-74.
- « SRH Final Assessment report 2012- 2013 », GAZA/ MIDDLE AREA, Médecins du Monde, Décembre 2013.
- Giacaman Rita, Khatib Rana, Shabaneh Luay, Ramlawi Asad, Sabri Belgacem, Sabatinelli Guido, Khawaja Marwan, Laurance Tony, « Health status and health services in the occupied Palestinian territory », 2009, 373: 837-49, *Lancet*.
- Guillaume, Agnès (1999), 'La régulation de la fécondité à Yopougon (Abidjan) : une analyse des biographies contraceptives', *Documents de Recherche - ETS/IRD* (7; Paris: IRD),32.
- Memmi Sarah, « Vie conjugale, comportements procréatifs et rapports de genre dans les Territoires palestiniens », 2014, travail de thèse soutenu en novembre 2014.
- Médecins du Monde, Dossier documentaire « Palestine - Gaza Système de Santé/ SSR/ VLG, Juin 2012.
- Muhawi, Ibrahim et Kanaana, Sharif (1989), *Speak, bird, speak again, Palestinian Arab Folk tales* (Los Angeles: Berkeley: University of California Press).
- OMS, « Maternal mortality for 181 countries, 1980—2008: a systematic analysis of progress towards Millenium Deelopment Goal 5 », Rapport OMS, 2008.
- PCBS family survey, 2010.
- PCBS, « Atlas of Poverty in the State of Palestine », 02 Juillet 2013, pcbs.gov.ps.
- Randall S, 2001, « Fertility » in J. Pedersen, S. Randal, M. Khawaja (eds) *Growing Fast, The Palestinian Population in the West Bank and Gaza Strip*, Oslo, Fafo, pp. 95-120
- Roy Sara, « The Gaza Strip : the Political Economy of De-development », 1995, Institute for Palestine Studies, 332 p.
- Sayej, Sumaya (2007), « Baseline Survey on Safe/ Unsafe Abortion in Selected Refugee Camps in West Bank », (Palestinian Territories: International Planned Parenthood Federation), 68.
- Sedgh G, ScD, S Singh PhD, S K Henshaw PhD, A Bankole Ph: Guttmacher Institute, New York, NY USA IH Shah PhD, E Åhman MA : « Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 », World Health Organization, Geneva, Switzerland Published in *The Lancet* :February 18th, 2012 (Vol.379 Issue 98 16, Pages 625-632)

Nahda Shehada, « Les paradoxes du mariage précoce à Gaza », *Études rurales* [En ligne], 173-174 | 2005, mis en ligne le 13 décembre 2005, consulté le 11 août 2015. URL : <http://etudesrurales.revues.org/3095>

Pavlovsky, Agnès (2006), 'Les crimes d'honneur en Palestine', *Confluences Méditerranée*, 59, 177-87.

Dr. Souzan Ahmad Abdo, Dr. Khadija Jarrar, Dr. Samar El-Nakhal, « Report on Maternal Mortality in Palestine », 2010.

Véron Jacques, Condon Stéphanie, Bozon Michel, et Locoh Thérèse (2000), 'Des indicateurs démographiques du statut des femmes et des relations homme-femme', in recherches [ed.], (83; Paris: Ined), 21-40.



ANNEXES

ANNEXE 1: TERMES DE RÉFÉRENCES DE L'ÉTUDE

APPEL A PROPOSITIONS

CONSULTANCE pour une :

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

I. CONTEXTE

A. ORIGINE DE LA DEMANDE

Si la santé maternelle a fait l'objet d'initiatives positives de la part de la communauté internationale, un déterminant majeur de la mortalité maternelle n'a jamais été vraiment pris en compte depuis les recommandations de la conférence du Caire en 1994 : la prévention et la prise en charge des grossesses non désirées (GND). En effet les progrès se heurtent à de fortes oppositions au niveau national et international, rendant les avancées en la matière encore très fragiles et limitées. En 2008, on estime que 86 millions des 208 millions de grossesses n'étaient pas désirées¹⁷. Les avortements à risque seraient à l'origine de 47 000 décès maternels chaque année.

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

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

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

B. BRÈVE PRÉSENTATION DU PROJET

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

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

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

17 - Singh and al., Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes, Studies in Family Planning, 2010

II. OBJECTIFS

A. OBJECTIFS

Objectif général de l'étude globale

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

Objectifs spécifiques pour chaque étude pays

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

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

B. ZONES DE L'ÉTUDE

Pays de réalisation de l'étude :

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

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

C. PORTÉE ET UTILISATEURS DE L'ÉTUDE

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

III. MÉTHODOLOGIE

A. MÉTHODOLOGIE

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

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

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

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

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

C. DOCUMENTS CLÉS

Seront disponibles :

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

IV. PRODUCTIONS ATTENDUES

A. NOTE DE CADRAGE

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

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

B. RÉSULTATS PRÉLIMINAIRES ET RECOMMANDATIONS

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

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

Rapports pour les 4 études

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

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

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

Le texte principal des résultats de l'étude, en format Word, doit comprendre entre 40 et 50 pages (sans

compter les annexes), caractère 12 et simple interligne, et doit inclure les parties suivantes :

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

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

Rapport d'étude globale

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

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

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

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

Le résumé exécutif devra être traduit en anglais.

ANNEXE 2 : PROTOCOLE DE RECHERCHE

RESEARCH PROTOCOL

TRANSVERSAL STUDY ON UNWANTED PREGNANCIES AND ABORTIONS, WITH A FOCUS ON 15-24 YEARS OLD GENERATION IN GAZA.

Consultants team

Hélène Servel, Marseille, LASDEL Parakou, Benin
Sambiéni N'koué Emmanuel, Parakou University, LASDEL Parakou, Benin

1. INTRODUCTIVE NOTE

To introduce our research, we think it's necessary to present our institutional background, the research scholarship's matter for the program and our intention to publish the results of the research.

1.1. INSTITUTIONAL BACKGROUND

The study mission will be run by the Laboratoire d'Études et de Recherches sur les Dynamiques Sociales et le Développement Local (Lasdel). Different researchers, consultants and research assistants involved in this process are affiliated to the LASDEL Benin office [BP: 1383 Parakou (Bénin), tél. : (+229) 23 10 10 50 email : lasdel2005@yahoo.fr.] The LASDEL is a research laboratory in social sciences with a NGO status in Niger and Benin, created in 2001 by several universities and academic institutions. Its headquarter is in Niamey, Niger but there is also a functional branch in Parakou, Benin. The LASDEL and its researchers focuses among other on a empirical analyse of health systems and practices, especially in Africa as the abundant publications in this field can show it. This justifies LASDEL's interest for this partnership. Moreover, LASDEL's long and rich experience and excellent technical capacities as well as methodological innovations in socio-anthropological field is unique in West Africa. This mission's main researcher is also affiliated to Parakou university, in sociology and anthropology departement.

The Gaza site's responsibility is carried by a consultant researcher of LASDEL. All researchers are affiliated to academic institutions from the North or from the South, especially in France (Aix-Marseille University), Canada (Montréal University).

1.2. RESULTS PUBLICATION

Results will be published and adapted to different audiences thanks tools such as policy briefs, posters or local medias. A participation to international conferences as well as publications in scientific open source journals are also a possibility. At the end of the mission, we also plan to publish a scientific book at a well known social sciences publisher, for example Karthala.

2. STUDY CONTEXT

In the context of this research financed by MdM, a case study will be lead aiming at document and analyse deeply the different factors and experiences related to unwanted pregnancies (UWP) and abortions in Gaza, MdM aera of intervention. The objectives are first to better understand the lacking needs on this topic (including profiles of the concerned women) and then to identify the obstacles - the « environnemental » ones as well as the ones related to the concerned women - that prevent treatments of UWP and abortions.

This case study would first allow to sharpen MdM intervention strategies (identification of « vulnerable » aspects by politicians and strategies in different levels of intervention, from an operational to a political level). Then it will also allow to draw transversal conclusions, accessible to a general audience and decision makers that will participate to reach the general aim of this program : « contribute to the reduction of mothers' mortality and morbidity related to unwanted pregnancies » through positive and sustainable changes in practices and legislations.

The specific aims exposed in ToR will allow us to identify different issues to include in our research protocol. Three expected publications will be realized:

1. A comparative study about UWP conditions, factors and personal experiences in Gaza. It will result in a scientific publication, related to the preexisting litterature on this topic.
2. Practical recommandations to MdM, pointing at strategies that could be implemented or sharpened at

different levels of intervention, and aiming at improve the offer of UWP prevention, promotion and care services in Gaza.

3. A short synthesis document adressed to a wider audience (included decision makers) that will sum up our main results.

3. METHODOLOGICAL APPROACH.

The chosen methodological strategy is a multiple case study with several and interlinked analyse levels. It will be a mixed approach, essentially qualitative but also including the use of secondary quantitative data.

3.1. METHODOLOGY

We will use qualitative as well quantitative data but qualitative data will be far more decisive than the quantitative ones considering our research's problematic. A documentary analyse on this topic in the gaza context will allow us to draw a global description of the local situation in terms of prevalence, impact, existing intervention, scale and specific context related to the phenomenon. Consequently, the team will have to gather and analyse the relevant and available documents dealing with reproductive health generally and especially UWP and abortions for 15-24 years old generation. Information from MdM reports, demographic and health surveys and other relevant documents dealing with sexual and reproductive health (SRH) and family planning (FP) of the country will also be gathered and analyzed. Scientific litterature will also be used to better build a general research problematic. An identification of the main national actors and strategical national politics in terms or SRH and FP, including UWP, risky abortions and management of post-abortion complications will be realized. An analyse of existing SRH and FP policies implementation and identification of gaps will be led, based on best reference guidelines (UNFPA, OMS, IPPF, local NGO working on this topic) and helping to build recommandations.

Qualitative data will be gathered thanks anthropological methodologies as individual and collective interviews or direct observations. Individual and collective interviews will first be led with health actors (key actors of health system and communautary services). They will aim at identify and understand : existing interventions needs related with the concerned groups' expectations, political and sanitary answers in terms of UWP and abortions prevention, and linked compli-

cations, gaps between planed actions and effective policies, limitation and organizational capacities of the different executive structures, etc. Interviews will also lead with several homogeneous population categories (young mothers between 15 and 24 years old, young men between 15 and 24 years old, political and social community leaders, women). They will aim to identify factors related to UWP and abortions as well as perceptions of UWP and abortions. Case studies will be lead with young women (15-24 years old) who have been facing an UWP and/or have been aborted (legally or not) and the different ways of care in health centers. It will aim to collect data about their experiences, encountered difficulties to access health care and information, eventual pressures and/or stigmatization put by relatives or health professionals, etc... Direct observations will be led in SRH/FP and post-abortions cares centers. Our aim will be to observe teenagers and general population medical consultations in these centers to be able to identify their concerns in terms of UWP, medical staff's answers to their questions, as well as care of UWP and provoked abortions cases. As data gathering tools, interviews guidelines will expose topics to be tackled. These guidelines will consist on questions that could be adapted to the kind of persons we will interview.

Among other, they will tackle socio-economic issues that can have an influence on a UWP.

Proximal and distant factors related to UWP and to provoked abortions, normative, behaviour, or control believes, linked with UWP and abortions as well as experiences and perceptions of UWP/abortions will also be tackled. Through this guideline, information about satisfaction and quality of FP/SRH services by these young patients, as well as their perceptions and expectations will be gathered. An observation grid will be built for direct observations aiming at presenting observed elements about FP/SRH and post-abortion care health centers.

Quantitative data will be obtained by extraction of secondary data in study reports. Different techniques and tools will be used depending on information origin and nature. The quantitative part will rely on a statistic secondary data extraction grid from institutions reports that will be chosen for this study. That will allow us to draw the situation and the needs, and especially the technical capacity of reference structures at a national level ; in terms of prevention services and UWP/abortions care services. Data that will be collected from the guideline will concern routine statistics available

in Mother and Infant Health centers (MIH)/FP centres where consultations take place, human and material resources availability, nature of offered services, material availability, suitable physical environment, following up/ supervision and existing recording system, level of use, clients covering, organisation, etc.

3.2. SAMPLING TECHNIQUES

Sample will concern actors to interview. Here, all actors who are more or less directly involved in reproductive health will be asked. The main ones will be the following : religious dignitaries, administrative authorities, local political representatives, district leaders, sanitary authorities, (Equipe cadre de district), health staff, managing committees of health centers, communautary health agents, local midwives, communautarian organisations, local NGOs and medias.

3.3. ETHICAL PRINCIPLES

This research program will be checked by national ethics committees in order to present the study's main objectives, to remind its confidentiality principles and its voluntary participation dimension. Different actors will get informative documents and they will sign an agreement chart before any intervention.

3.4. DATA ANALYSIS TECHNIQUES AND TOOLS.

Data's validity is strengthened by our systematic and relevant research strategy and our use of multisources of valid data. In every country, research assistants (preferably students) will be hired on the ground and supervised by the country coordinator. After his/her fieldwork, each assistant will write a monography and a transversal analysis of the aspect he/she will be in charge of. Then, each country coordinator will write a synthetic document about the country. Eventually, the main researcher will analyze the country's data in a global way. The whole process is collective to be able to strengthen our conclusions' validity. A researchers starting workshop will deal with a common comprehension of concepts, analyze framework and data collecting strategies. A qualitative data treatment software (QDA Miner) will be used as an common analyze platform during the whole study period. All interviews will be recorded, transcribed and coded. A content

analyze will be done and a collective analyze will be held. Quantitative data extracted from available study reports will be summarized in order to learn some key information concerning young women and men's behavior and knowledge about SRH. Depending on data availability, synoptic grids and even figures will be established with comparative elements in order to illustrate the evolution of some indicators in terms of SRH. For instance, some of these indicators related to UWP will be presented: average age at the first sexual experience, average age at birth of the first child, 15-24 years old people UWP prevalence, young women risky sexual behavior prevalence, sexual violence against women prevalence, level of knowledge and covering rate of contraception methods (including condoms and so-called "traditional methods", provoked abortions prevalence, etc.). These indicators will be interpreted thanks qualitative data in order to have a deeper and more precise comprehension of their causes and effects, depending on specific regional context in each country.

On the ground, a field book will be written on a daily basis in order to register relevant and noteworthy facts and observations and lacking information to be looked for or to be validate (Mucchielli, 1996), (Pail-lé & Mucchielli, 2003). This field book constitutes an important document that will allow to improve analyze process and data interpretation if needed (Mucchielli, 1996).

3.5. RESTITUTION

By the end of the study, a provisory report will be submitted to the study sponsor in order to bring potential modifications. Then results will be presented during a national restitution gathering sponsors, knowledges users, decision makers as well as some participating actors. Validation of a provisory report and following discussions will allow the writing of a final report aiming at presenting our results and recommandations. This report, based on the study's terms of reference, will be handed in to the sponsors respecting a timeline negotiated with the main investigator.

3.6. STUDY CHRONOLOGY

It is necessary to establish an indicative because of the needed time to get a research authorization. The planed calender is the following:

ANNEXES

Code	Activities	Contributor	Execution period of time
1	Preparation and documentary review		One week
1,1	Methodological session with MdM team	Coordination team, MdM, Ministry of Health	2 days, including transportation time
1,2	Documents analyze and use at MdM Gaza level	Coordination and team chief	5 days
2	Field work		3 weeks
2,1	Interviewers training and interviews logistic organisation (including tools test) and interviewers setting up.	Coordination and team chief	3 days
2,2	Quantitative and qualitative investigations (data retrieval from reports, interviews and observations)	Consultants and interviewers	15-20 days
2,3	Work session and investigation data gathering.	Consultants and interviewers	2 days
3	Data analyze		6 weeks
3,1	Transcript of recorded interviews	Consultants and transcribers	3 weeks
3,2	Data analyze and conclusions gathering	Coordination and consultant	3 weeks
4	Restitution		2 weeks
4,1	Redaction of a provisory report	Coordination and consultant	10 days
4,2	Debriefing session with MdM	Main consultant	2 days
4,3	Restitution workshop to let validate results by national actors	Main consultant	1 day
4,4	Evaluation report editing and finalization	Main consultant	10 days
	Final report submission	Main consultant	Non planed

ANNEXE 3: OUTILS D'ENQUÊTE DE TERRAIN

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES SOIGNANTS

Objectif de l'entretien : identifier et comprendre les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, les représentations des soignants.

Personnes susceptibles d'être interrogées : médecins (généralistes, gynécologues, obstétriciens, autres...) ; sages-femmes ; accoucheuses ; infirmiers, AIS et aides-soignants ; etc.

Présenter les objectifs de l'entretien, la durée prévue, rappeler sa confidentialité, obtenir le consentement

En italique, exemple de relances ou de précisions pour bien cerner la réponse, si possible toujours demander des exemples concrets en respectant éthique et secret médical.

IDENTIFICATION

- Statut de l'agent (*IDE, IB, SFE, AA, AB, etc.*)
- Aire de santé (*CSPS, CMA, etc.*)
- Poste (*dispensaire, maternité, SMI, etc.*)
- Responsabilité (*chef de poste, responsable maternité, etc.*)
- Niveau d'études et formation (*nombre d'années, type de formation*)
- Âge
- Religion (*pratiquant, non pratiquant*)

1. SUR SON RÔLE :

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Depuis quand faites-vous ce travail ? Que faisiez-vous avant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans ce lieu ?
- Quels sont les lieux/territoires/centres de santé/communauté où vous intervenez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

2. SUR LA PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des grossesses non désirées dans votre aire de santé ? Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables dans votre aire de santé ? Pourquoi ?
- De quels moyens disposez-vous pour prévenir les grossesses non désirées ? À quel(s) public(s) s'adressent-ils ? (*ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...*)
- Comment cela s'organise-t-il particulièrement pour les adolescents et les jeunes ? (*étapes, quels professionnels concernés, expériences personnelles ?*)
- Quels est/sont selon vous, le(s) moyen(s)/dispositif(s) le(s) plus efficace(s) pour cette prévention ? Pourquoi ?
- Quels sont les acteurs/institutions responsables pour la mise en place de ces dispositifs (*santé publique locale, centrale, ministère de la santé, ONG, autres...*)
- Quels sont les interlocuteurs des femmes/adolescent(e)s et jeunes dans chacun de ces dispositifs ? Quelle est leur formation ?
- Quels sont les moyens contraceptifs disponibles ? Lesquels sont interdits ?
- Comment se déroule l'accès à ces contraceptifs ?
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des informations sur la contraception ? Lesquelles ?
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des contraceptifs ? Lesquelles ? (*disponibles pour femmes en union ? Accès pour mineures ? les adolescent(e)s et les jeunes ?*)
- Que pensez-vous des méthodes contraceptives (*Bénéfices et inconvénients des différentes méthodes*) ? Sont-elles adaptées aux jeunes ? Quels sont les rapports des populations aux méthodes contraceptives ?
- Comment se fait la prise en charge des grossesses non désirées à votre niveau ? Bénéficiez-vous d'un accompagnement institutionnel et communautaire (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ?

3. SUR LA PRISE EN CHARGE DES SUITES D'AVORTEMENTS DANS LE CADRE D'UNE GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des avortements dans votre aire de santé ? Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Quels sont les types d'avortements que vous rencontrez souvent (spontanés, provoqués) ? Qu'est-ce qui les distingue ?
- Selon vous quelles en sont les principales causes dans cette zone particulièrement ?
- Que savez-vous sur les dispositions juridiques sur l'avortement dans la Bande de Gaza (légal ? illégal ? sanction, etc.)
- Comment se fait la prise en charge d'une (jeune) femme ayant fait un avortement ou une tentative d'avortement à risque/non suivi médicalement ?
- Y a-t-il des protocoles préconisés ? Sont-ils les mêmes selon que l'on soit en face d'un avortement spontané ou provoqué ?
- Que pensez-vous de ces protocoles ? Sont-ils adaptés ? Pourquoi ?
- Si une femme en situation de GND exprime son désir d'avorter, que peuvent faire les soignants pour elle ? *(orientation, dissuasion, mesures d'ordre médical et/ou psychologique)*
- Que faites-vous personnellement face à une (jeune) femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ? Avez-vous déjà accompagné une (jeune) femme ou un couple dans la réalisation de ce désir ? Pourquoi ?
- Quels sont les risques associés aux avortements ? *(risques pour la santé de la femme, d'ordre légal...)*
- Avez-vous déjà été confronté à un retard de recours aux soins suite à un avortement provoqué ? *(Peur des femmes d'être dénoncées, stigmatisées ? Conséquences pour la santé de la femme ?)*
- Avez-vous déjà suivi une femme qui est décédée des suites d'un avortement provoqué ? Que s'est-il passé ?

4. RAPPORTS AUX GND/AVORTEMENTS

- En tant que soignant que pensez-vous de l'avortement ? *(Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?)*
- Selon vous, y a-t-il des contradictions entre votre rôle de soignant, la perspective de santé publique et le fait que l'avortement soit illégal ? *(Contradictions entre soins et respect de la loi)*
- Que pensez-vous des femmes qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est selon vous, la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- Quels sont vos besoins en matière de :
 - Prévention des GND et avortements ? Particulièrement pour les adolescent (e)s et les jeunes
 - Prise en charge de suites d'avortements

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES AUTRES ACTEURS

Objectif de l'entretien : identifier et comprendre les besoins d'interventions existants en lien avec les attentes des groupes ciblés, les réponses (politiques et sanitaires) en matière de prévention des GND et des avortements, les écarts entre les actions planifiées et les réalisations effectives, les limites et les capacités organisationnelles des différentes structures exécutantes, les représentations des soignants.

Personnes susceptibles d'être interrogées : membres de la communauté (Agents de santé communautaires, leaders religieux, coutumiers, autorités administratives, associations/ONG, autorités judiciaires, etc.) ; assistants sociaux ; conseillers psychosociaux, éducateurs, etc.

Remarques : Les questions seront adaptées en fonction du statut des acteurs et du contexte.

En italique, exemple de relances ou de précisions pour bien cerner la réponse, si possible toujours demander des exemples concrets en respectant éthique et secret médical.

1. IDENTIFICATION

- Pouvez-vous vous présenter ?
- Type d'informateur (membre ONG, association, leader religieux, ASC, etc.)
- Niveau d'études
- Formation (*nombre d'années, type de formation*)
- Fonction/Responsabilité (chef de service, chef de village, éducateur, etc.)
- Nombre d'années de service (si fonction)
- Localité
- Âge
- Religion (*pratiquant ou non pratiquant*)

2. SUR SON RÔLE

- Pouvez-vous nous expliquer votre travail ?
- Depuis quand faites-vous ce travail ? Faisiez-vous un travail différent avant ?
- Depuis quand travaillez-vous dans cette localité ?
- Quels sont les lieux/territoires/centres de santé/communauté où vous intervenez ? Quelles sont leurs caractéristiques ?

3. SUR LA PRÉVENTION ET PRISE EN CHARGE DES GND

- Pouvez-vous nous parler de la situation des grossesses non désirées dans votre zone ? Quelles en sont les principales causes ?
- Quelles sont d'après votre expérience les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Quelles sont les moyens disponibles à votre niveau pour faire face à ce phénomène ? À quel(s) public(s) s'adressent-ils ? (*ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...*)
- Quels est/sont selon vous, le(s) moyen(s) le(s) plus efficace(s) pour les jeunes particulièrement ? Pourquoi ?
- Quels sont les acteurs/institutions responsables pour la mise en place de ces dispositifs (*santé publique locale, centrale, ministère de la santé, ONG, autres...*)
- Quels sont les moyens contraceptifs disponibles ? Lesquels sont interdits ?
- Comment se déroule l'accès à ces contraceptifs ? Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des contraceptifs ? Lesquelles ? (disponibles pour femmes en union ? Accès pour mineures ? les adolescent (e)s et les jeunes)
- Y a-t-il des difficultés/barrières pour obtenir des informations sur la contraception ? Lesquelles ?
- Que pensez-vous des méthodes contraceptives (*Bénéfices et inconvénients des différentes méthodes*) ?

- Pensez-vous que les jeunes peuvent et doivent les utiliser ? Pourquoi ?
- Lorsqu'une jeune fille se retrouve enceinte sans le vouloir, que se passe-t-il pour elle ? Que faites-vous ? *[accompagnement ? rejet ? avortement ?]*
- Y a-t-il des structures communautaires ou étatiques qui prennent en charge les cas de GND dans votre localité (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ? Comment cela se passe-t-il ?

4. SUR LA PRISE EN CHARGE DES SUITES D'AVORTEMENTS DANS LE CADRE D'UNE GND

- Pouvez-vous nous parler des avortements (clandestins) dans votre zone ? Quelles sont d'après vous les principales causes et les personnes les plus vulnérables ? Pourquoi ?
- Que savez-vous sur les dispositions juridiques sur l'avortement dans la Bande de Gaza (légal ? illégal ? sanction, etc.)
- Lorsque vous découvrez qu'une jeune fille ou une femme a tenté d'avorter ou a avorté clandestinement, que faites-vous ? (recours aux soins, rapport avec l'entourage, etc.)
- Selon vous, si une (jeune) femme en situation de GND souhaite avorter, que peut-on ou que doit-on faire pour elle ? *[orientation, illégal, mesures d'ordre médical et/ou psychologique]*
- Que faites-vous personnellement face à une (jeune) femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ? Avez-vous déjà accompagné/assisté une (jeune) femme ou un couple dans la réalisation de ce désir ? Pourquoi ?
- Quels sont les risques associés aux avortements ? *[risques pour la santé de la femme, d'ordre légal, conséquences scolaires, professionnelles...]*
- Avez-vous déjà suivi une femme qui est décédée des suites d'un avortement clandestin ?
- Quelles sont les dispositions juridiques ou commu-

nautaires en matière d'avortement dans la Bande de Gaza (dans votre localité) ?

- En tant que *[leader religieux, coutumier, agent de santé communautaire, autorité judiciaire, etc.]* que pensez-vous de l'avortement ? *[Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?]*
- Que pensez-vous des jeunes (femmes) qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- Selon vous, il y a-t-il des contradictions entre votre fonction/rôle, la perspective de santé publique et le dispositif juridique sur l'avortement dans la Bande de Gaza ? *[Contradictions entre soins et respect de la loi]*
- Que peut-on faire pour lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins dans votre localité ?

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES FEMMES (JEUNES FILLES ET AUTRES FEMMES AYANT UNE EXPÉRIENCE DE GROSSESSES ET OU D'AVORTEMENTS)

MdM cherche à documenter et à analyser de façon approfondie les déterminants et les expériences liés aux grossesses non désirées (GND) et aux avortements dans la Bande de Gaza. Les objectifs sont de mieux cerner d'une part, les besoins non satisfaits en la matière (y compris le profil des femmes touchées) et d'autre part, les barrières – tant « environnementales » que liées aux femmes concernées – qui se heurtent à la prévention et la prise en charge des GND et des avortements. Cette étude devrait permettre d'abord d'affiner les stratégies d'intervention de MdM (identification des aspects « vulnérables » par des politiques et stratégies, aux différents niveaux d'intervention depuis le niveau opérationnel jusqu'au niveau politique) et ensuite de tirer des leçons transversales, diffusables auprès du public et des preneurs de décision, qui concourront à atteindre l'objectif général du programme, à savoir « contribuer à la réduction de la mortalité et morbidité maternelle associée aux grossesses non désirées » par des changements positifs et durables des pratiques et des législations.

Consigne de relance et conduite de l'entretien

- Dans un premier temps, ne poser que des questions factuelles, du genre « et après ?, et alors ? » ou redonner la parole à la personne en appuyant ce qu'elle vient de dire.
- Dans un second temps, faire les relances thématiques en abordant les thèmes que la personne interviewée n'a pas évoqués ou en revenant sur les questions trop elliptiques

THÈMES À EXPLORER

1. SURVENUE DE LA GND

Lorsque vous avez été enceinte sans l'avoir prévu, pouvez-vous me raconter comment ça s'est passé ?

- Réactions au constat de l'état de grossesse
- Réactions du partenaire et de l'entourage (*à quel moment ou dans quelles conditions il a été informé, réactions et attitudes vis-à-vis de la grossesse*)
- Situation affective, familiale, professionnelle, matérielle et financière au moment de la grossesse.
- Projet (s) d'enfant (s)
- Implication du partenaire dans le (s) projet(s)
- Grossesses antérieures non prévues éventuelles

2. PROCESSUS DÉCISIONNEL

Si décision de poursuite de la grossesse

Lorsque vous avez choisi de garder la grossesse, que s'est-il passé ?

- Raisons du choix
- Réactions du partenaire et de l'entourage (soutien, rejet, déni)
- Gestion et suivi de la grossesse
- Types de soutien reçus (moral, financier, psychologique, matériel, etc.)
- Acteurs impliqués (famille, partenaire, amis, action sociale, ONG, etc.)
- Impacts sur les études/la vie professionnelle/la vie familiale
- Difficultés rencontrées

Si décision d'avortement clandestin

Lorsque vous avez décidé d'avorter, qu'avez-vous fait ?

- Raisons du choix
- Premier interlocuteur
- Démarches entreprises
- Choix du lieu de l'intervention

- Stratégies utilisées (techniques pour avorter, personnes impliquées, description dans conditions dans lesquelles s'est déroulée l'avortement ou la tentative d'avortement ...)
- Difficultés rencontrées

3. ACCÈS AUX SOINS POST-AVORTEMENTS

Comment êtes-vous arrivés au centre de santé, et que s'est-il passé ?

- Description du processus ayant conduit au centre de santé
- Accueil du personnel soignant
- Types de soins reçus (*description de la prise en charge médicale*)
- Prise en charge financière des soins
- Comportement de soignants
- Comportement de l'entourage
- Perceptions et vécu des soins

4. CONTEXTE NORMATIF

Que pensez-vous des GND et de l'avortement ?

- Opinion personnel (*légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?*)
- Attitude et opinion de l'entourage (familial, amical, communautaire, religieux)
- Connaissances sur les dispositions juridiques
- Connaissances sur les risques (sanitaires, sociaux, etc.)
- Connaissance de personnes ayant déjà effectué un avortement (*explorer le contexte et les raisons*)

5. RAPPORTS À LA CONTRACEPTION

Que pourriez-vous nous dire au sujet de la contraception ?

- Expérience personnelle de la contraception (*depuis*

le début de la vie sexuelle, en insistant sur le premier rapport sexuel)

- Information contraceptive (*échanges sur la sexualité et/ ou la contraception dans la famille, à l'école, avec le ou les partenaires ; stratégies d'accès à l'information et aux méthodes*)
- Contraception utilisée au moment de la grossesse non prévue (*explication de l'échec*)
- Conscience du risque de grossesse au moment du rapport qui a donné lieu à la grossesse non prévue
- Méthode de contraception actuelle (implication du partenaire, rôle du prescripteur dans le choix, etc.)
- Opinion globale sur les méthodes contraceptives (comparaison des bénéfices et des inconvénients des différentes méthodes, discours populaires,...)
- Opinion sur l'accès des jeunes et adolescents aux méthodes contraceptives (discours, accès, difficultés, etc.)

6. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES À RECUEILLIR EN FIN D'ENTRETIEN

- Âge
- Niveau d'études
- Religion
- Antécédents de GND et d'avortements
- Nombre et âge des enfants
- Lieu de résidence

ENTREVUES DE GROUPE GND/ AVORTEMENTS

Les participants

- Les groupes stratégiques préalablement identifiés dans le district concerné par l'étude :
 - les jeunes femmes (15-24 ans)
 - les jeunes garçons (15-24 ans)
 - les femmes (+ 24 ans)
 - les hommes (+24 ans)
- Nombre de participants : 06 à 07 au maximum/rencontre
- Lieux des réunions : hors des structures de santé
- Identification des participants : sexe, âge, statut, localité, religion, responsabilité

But des rencontres

Identifier les déterminants associés aux grossesses non désirées/avortements et les perceptions des GND/avortements. On s'intéressera aux :

- 1) discours et perceptions des grossesses non désirées et les avortements chez les adolescents et les jeunes
- 2) pratiques que cela induit en termes de prévention, d'accès aux soins et de prise en charge (communautaire et médicale) dans la Bande de Gaza.

CANEVAS DE DISCUSSION

La contraception/planification familiale

- Que pouvez-vous nous dire sur la contraception ? Sur la planification familiale (but, méthodes, lieux d'obtention des contraceptifs, population cible, etc.) ?
- Comment et où avez-vous obtenu ces informations ?
- Que pensez-vous de la contraception et de la planification familiale ?
- Pensez-vous que les jeunes peuvent recourir à la contraception ? Pourquoi ?
- Que pensez-vous des jeunes qui ont recours à la contraception ?

Les constructions autour de la prévention et de la prise en charge des GND chez les adolescents et jeunes

- Qu'est-ce qui selon vous, peut faire que des jeunes se retrouvent en situation de grossesse/parents sans le vouloir ?
- Connaissez-vous des personnes qui sont dans cette situation ? Comment vivent-elles ?
- Que pensez-vous des grossesses non désirées chez les jeunes ? Quelles en sont les conséquences selon vous ?
- Selon vous, comment peut-on éviter les GND ?
- Quelles sont les moyens disponibles à votre niveau ? À qui s'adressent-ils ? *[ex pour relances: Éducation sexuelle à l'école, visites d'agents de santé communautaires, consultations gynécologiques abordant contraception, accès gratuit à la contraception, inclusion des hommes/maris/partenaires...]*
- Quels sont ceux que vous utilisez et ceux que vous n'utilisez pas ? Pourquoi ?
- Comment se fait l'accès à ces moyens ? Sont-ils à la portée des jeunes ?
- Rencontrez-vous des difficultés pour y accéder ?
- Lorsqu'une jeune fille (votre petite amie) se retrouve enceinte sans l'avoir voulu, que se passe-t-il pour elle ? Que faites-vous ? *[accompagnement ? rejet ? avortement ?]*
- Y a-t-il des structures communautaires ou étatiques qui prennent en charge les cas de GND dans votre localité (ONG, associations, service de l'action sociale, structures religieuses, etc.) ? Comment cela se passe-t-il ?

Prise en charge des suites d'avortements dans le cadre d'une GND

- Que pouvez-vous nous dire au sujet de l'avortement ? (risques sanitaires, risques sociaux, dispositions juridiques, principes moraux, etc.)
- Selon vous, qu'est-ce qui peut conduire une jeune fille à vouloir avorter ?
- Quels sont les stratégies utilisées ?

- Lorsque vous découvrez qu'une jeune fille ou une femme a tenté d'avorter ou a avorté clandestinement, que faites-vous ? (recours aux soins, dénonciation, etc.)
- Selon vous, si une (jeune) femme en situation de GND souhaite avorter, que peut-on et que doit-on faire pour elle ? *[orientation, dissuasion, dénonciation, mesures d'ordre médical et/ou psychologique]*
- Que faites-vous personnellement face à une (jeune) femme en situation de GND qui exprime son désir d'avorter ?
- Connaissez-vous des personnes décédées des suites d'un avortement ? Que s'est-il passé ?
- Avez-vous une idée de comment se fait la prise en charge médicale après un avortement clandestin ? Qui paye les soins ?
- Que pensez-vous des femmes qui demandent à avorter ou qui pratiquent l'avortement ?
- Quelle est la part des hommes dans les GND et dans les avortements ?
- En tant que (jeune fille/jeune garçon/mères/leaders d'opinion...) que pensez-vous de l'avortement ? *[Problème de santé publique ? légitimité des femmes de disposer de leurs corps ? Moralement condamnable ?]*
- Que peut-on faire pour lutter contre les grossesses non désirées et les avortements clandestins dans votre localité ?

GRILLE D'OBSERVATION

Observer qui ?

- Les prestataires de soins dans leurs interactions avec les usagers et leurs collègues : les propos échangés sur les malades, l'établissement du diagnostic, les prescriptions, les interrogatoires, l'attitude devant le malade, l'attitude devant les accompagnants, les explications données aux usagers, etc.
- Les usagers dans leurs interactions avec les prestataires de soins et les autres usagers : les réactions face aux diagnostics, aux prescriptions, aux soins, les réactions face aux explications données sur leur état de santé, les comportements en dehors des structures de santé etc.

Observer où ?

- Dans les maternités (Suites de couches, soins post-avortements)
- SMI/PF
- centres de SSR

Observer quand ?

- Pendant les consultations
- Pendant les soins aux malades
- Pendant les entretiens aux domiciles des usagers

Les observations doivent faire l'objet de prise de notes.



**SOIGNE
AUSSI
L'INJUSTICE**