

Étude Participative Sur Les Perceptions Et Obstacles A L'accès Aux Services De Santé Sexuelle Et Reproductive Dans Les Zones Rurales De La Province De L'Ituri En RDC

Mr. Daniel Mugisa Woloka¹, Mr. Etienne Kabaseke Luvangire²

^{1,2}Medical Doctor

Résumé

L'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) reste limité dans de nombreuses zones rurales de la République Démocratique du Congo, en particulier dans la province de l'Ituri. Cette recherche vise à mieux comprendre les représentations sociales et les freins rencontrés par la population rurale dans leur recours aux services de SSR. En s'appuyant sur une démarche participative, l'étude met au centre les voix des communautés locales, afin d'identifier les obstacles rencontrés et de faire émerger des pistes d'amélioration adaptées à leur contexte.

L'enquête repose sur une approche qualitative, utilisant des entretiens semi-structurés et des discussions de groupe menées auprès de différents acteurs communautaires, dont des femmes, des jeunes, des hommes, des leaders d'opinion et des agents de santé. Les données recueillies ont été analysées de manière thématique, à partir des éléments récurrents exprimés par les participants.

Les résultats révèlent une forte influence des normes socioculturelles et religieuses dans la manière dont la population perçoit la santé sexuelle et reproductive. L'accès aux services est limité par plusieurs contraintes : tabous, stigmatisation, faible couverture sanitaire, personnel insuffisamment formé, coûts élevés, et manque d'informations fiables. Les jeunes et les femmes, en particulier, se retrouvent souvent en situation de vulnérabilité face à ces enjeux.

En dépit de ces difficultés, les communautés interrogées expriment un désir de changement et formulent des suggestions concrètes : renforcer les campagnes d'information communautaire, former des relais locaux, améliorer la disponibilité des services dans les structures de santé de proximité et favoriser la participation active des hommes aux actions de sensibilisation.

Cette étude montre l'importance de prendre en compte les perceptions locales dans l'élaboration des politiques de santé sexuelle et reproductive. Elle recommande des interventions contextualisées, sensibles à la culture locale et axées sur la participation communautaire, pour améliorer durablement l'accès aux soins en milieu rural.

Mots-clés : santé sexuelle, accès aux soins, communautés rurales, obstacles, perceptions sociales, Ituri, RDC, approche participative

Abstract

Access to sexual and reproductive health (SRH) services remains limited in many rural areas of the Democratic Republic of the Congo (DRC), particularly in the Ituri province. This study aims to understand the social perceptions and barriers faced by rural populations in accessing SRH services. Using a participatory approach, the research centers the voices of local communities to identify the key obstacles and propose context-specific improvements.

The study adopts a qualitative methodology, based on semi-structured interviews and focus group discussions conducted with various community members, including women, youth, men, local leaders, and healthcare providers. Thematic analysis was used to identify recurring patterns in the participants' narratives.

Findings reveal that sociocultural and religious norms heavily influence community perceptions of SRH. Access to services is hindered by multiple factors, including taboos, stigma, inadequate healthcare infrastructure, a shortage of trained personnel, high costs, and lack of accurate information. Women and young people are particularly vulnerable in this context.

Despite these challenges, the communities expressed a desire for change and proposed concrete solutions: strengthen community-based information campaigns, train local health mediators, improve the availability of SRH services in nearby facilities, and promote male involvement in awareness-raising activities.

This study highlights the importance of incorporating local perceptions in the design of sexual and reproductive health policies. It recommends culturally sensitive, community-driven interventions to sustainably improve access to care in rural settings.

Keywords: sexual and reproductive health, access to care, rural communities, barriers, social perceptions, Ituri, DRC, participatory approach

1. Introduction

La santé sexuelle et reproductive (SSR) constitue un élément central des droits humains et de la santé globale, tel que reconnu par des organismes internationaux comme l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA). Elle regroupe un ensemble de soins et de services essentiels, incluant la planification familiale, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, les soins liés à la grossesse et à l'accouchement, ainsi qu'un accès équitable à une information complète et adaptée sur la sexualité. Toutefois, dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, et notamment en République Démocratique du Congo (RDC), l'accès universel à ces services reste très inégal, surtout dans les zones rurales et enclavées. (Ahlou, 2021) ; (Revegue and *All.*, 2022).

En Ituri, une de province orientale de la RDC, les inégalités d'accès aux soins sont particulièrement préoccupantes. Cette région, confrontée à de multiples crises notamment sécuritaires et économiques, souffre d'un manque criant d'infrastructures sanitaires adaptées, aggravé par la pauvreté et la dispersion géographique des populations. Dans ce contexte, les services de SSR restent largement inaccessibles pour une grande partie des habitants des zones rurales, et en particulier pour les groupes vulnérables que sont les femmes, les adolescentes et les jeunes. Les freins à l'accès aux soins sont nombreux : éloignement géographique des centres de santé, coût élevé des prestations, déficit de personnel formé, et inadéquation des services proposés. (Baigry and *All.*, 2023) ; (SRA/RDC, 2013).

Les normes culturelles, les croyances religieuses, les tabous autour de la sexualité et la faible éducation en santé sexuelle jouent également un rôle majeur dans la faible fréquentation des structures de santé. De nombreuses personnes n'ont pas accès à des informations fiables sur la contraception, les infections sexuellement transmissibles ou encore les droits reproductifs, ce qui les rend vulnérables à des pratiques dangereuses ou à des grossesses non désirées. (Agbenyo, Nzengya, & Mwangi, 2022). D'après Alonso and *All.*(2024), la stigmatisation liée à la sexualité et la crainte d'être jugé limitent également la recherche de soins, notamment chez les jeunes non mariés. Par ailleurs, les programmes nationaux de santé reproductive, bien que pertinents, sont encore peu déployés dans les zones rurales où les besoins sont pourtant criants.

Selon Klu and *All.* (2023), face à ces constats, une approche plus inclusive et contextualisée s'avère nécessaire. Trop souvent, les politiques de santé sont conçues sans une réelle consultation des communautés concernées. Or, pour que les stratégies de santé sexuelle et reproductive soient efficaces et acceptées localement, elles doivent reposer sur une compréhension fine des réalités socioculturelles des populations. Cela implique une écoute active des perceptions, des obstacles ressentis et des attentes exprimées par les habitants eux-mêmes. (Burke and *All.*,2017) ; (Fleury, s. d.).

Dans cette perspective, la présente recherche adopte une démarche participative visant à explorer en profondeur les représentations sociales et les freins à l'accès aux services de SSR dans les zones rurales de l'Ituri. En donnant la parole aux membres des communautés femmes, hommes, jeunes, leaders d'opinion et prestataires de soins, cette étude cherche à identifier les barrières spécifiques qui limitent l'utilisation des services, mais aussi à recueillir des propositions concrètes émanant de la base (communauté locale). Cette implication directe de la population permet non seulement de renforcer la légitimité des résultats, mais aussi d'ouvrir des pistes pour des actions de santé plus pertinentes et mieux adaptées. (Decker and *All.*,2021); (Decker, Zárate, & Saphir, 2023)

En s'intéressant aux réalités locales à travers une approche qualitative et ancrée dans le vécu des communautés, cette étude ambitionne de contribuer à une meilleure compréhension des facteurs qui conditionnent l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive en milieu rural. Elle vise à nourrir la réflexion sur des interventions plus justes et équitables en RDC, tout en mettant en valeur les savoirs locaux et les dynamiques communautaires comme moteurs de changement.

2. Méthodologie

2.1. Type de recherche

La présente étude s'inscrit dans une approche qualitative à visée exploratoire, fondée sur une démarche participative communautaire. Elle vise à analyser en profondeur les perceptions, croyances et obstacles liés à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) au sein des populations rurales de l'Ituri. Ainsi donc, nous a permis de recueillir des données contextuelles riches et de mieux comprendre les réalités sociales à travers la parole des acteurs concernés.

2.2. Lieu de l'étude

L'étude a été menée dans trois zones rurales de la province de l'Ituri, en République Démocratique du Congo : Amée, Rwampara, et Tchomia. Ces localités ont été choisies en raison de leur diversité culturelle, de leur relative accessibilité et de leur représentativité des conditions sanitaires rurales dans la province. Elles sont également confrontées à des défis sécuritaires et à une faible couverture des services de santé.

2.3. Population étudiée

Les participants à l'étude sont issus de différents groupes de la communauté, afin de refléter une diversité

de points de vue. Il s'agit notamment :

- De femmes en âge de procréer,
- De jeunes hommes et femmes âgés de 12 à 45 ans,
- De leaders locaux (chefs traditionnels, religieux),
- De professionnels de santé (personnel infirmier, agents de santé communautaire),

Ces catégories ont été retenues en raison de leur rôle clé, en tant qu'usagers, relais ou décideurs en matière de santé sexuelle & reproductive.

2.4. Méthode d'échantillonnage

L'échantillonnage a été réalisé de manière intentionnelle, en s'appuyant sur des critères de variation sociale, de genre, d'âge et de position dans la communauté. Le recrutement a été effectué avec la collaboration d'acteurs communautaires, dans le respect des principes éthiques. Au total, 240 personnes ont pris part à la recherche, réparties comme suit :

- 12 groupes de discussion composés de 20 personnes,
- 6 entretiens semi-directifs avec des personnes ressources.

2.5. Outils de collecte

Deux techniques principales ont été mobilisées pour la collecte des données :

- **Les entretiens individuels semi-directifs**

Ces entretiens ont permis de recueillir des témoignages approfondis à partir d'un guide thématique portant sur les connaissances, les expériences, les contraintes et les attentes en matière de SSR. Les conversations, menées en toute confidentialité, ont été enregistrées avec le consentement des participants, puis transcrites et traduites à partir des langues locales du lieu d'études.

- **Les groupes de discussion**

Les focus groups ont favorisé l'échange collectif d'idées et permis de faire émerger des discours partagés sur les problématiques de santé reproductive. Chaque session, modérée par un animateur expérimenté, a duré entre une heure et deux heures.

3. Résultats

L'enquête participative menée dans les localités rurales d'Amée, Rwampara et Tchomia dans la province de l'Ituri a permis de dégager quelques axes d'analyse en lien avec l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive : la perception des services de santé sexuelle et reproductive (SSR), l'accessibilité physique et géographique, accessibilité financière aux services, facteurs socioculturels et religieux, qualité perçue des services.

Localités	Nombre des répondants
Amée	80
Rwampara	90
Tchomia	70
<i>Total</i>	240

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des participants :

Variable	Catégories	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe	Femmes	82	68%
	Hommes	38	32%

Age	12 - 45 ans	-	100%
	Ecole primaire non achevé	56	47%
Niveau d'instruction	Secondaire incomplet	34	28%
	Universitaire	12	10%
	Non précisé	18	15% (calculé par différence)
Occupation principale	Agriculteurs	66	55%
	Sans emploi	30	25%
	Commerçants	18	15%
	Autres non spécifiés	6	5% (complémentaire)

L'étude a été menée auprès de 240 participants répartis dans les zones rurales d'Amée (80), Rwampara (90) et Tchomia (70). La majorité étaient des femmes (68 %), âgées entre 12 et 45 ans. Le niveau d'instruction était globalement faible : 47 % n'avaient pas terminé l'école primaire, 28 % avaient suivi un enseignement secondaire incomplet, tandis que seuls 10 % avaient atteint le niveau secondaire supérieur ou universitaire.

Concernant l'occupation principale, 55 % des répondants étaient agriculteurs, 25 % sans emploi fixe, et 15 % commerçants ou artisans.

3.2. Perception des services de santé sexuelle et reproductive :

<i>Indicateur</i>	<i>Effectif (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Perçoivent les SSR comme importants</i>	173	72%
<i>Y ont recours régulièrement</i>	86	36%
<i>Le centre de santé est en plus de 5 km</i>	146	61%
<i>Le coût du transport est un obstacle</i>	115	48%
<i>Jugent les services SSR trop chers</i>	158	66%
<i>Accès conditionné par l'accord du conjoint</i>	96	40%
<i>Insatisfaction liée à l'accueil et à la qualité des services</i>	91	38%

Les résultats montrent que 72 % des participants reconnaissent l'importance des services de santé sexuelle et reproductive, mais seulement 36 % y ont recours régulièrement. Les principaux obstacles identifiés incluent l'éloignement des structures sanitaires (61 %), le coût élevé des services (66 %) et des frais de transport (48 %). Sur le plan socioculturel, 40 % des femmes déclarent ne pas pouvoir accéder aux services sans l'accord de leur conjoint. La qualité des services est également remise en question : 38 % des répondants expriment une insatisfaction liée à l'accueil, à la confidentialité, au manque de personnel et à la rupture de stock. Ces résultats illustrent un écart notable entre la reconnaissance des services SSR et leur utilisation effective.

3.3. Accessibilité physique et géographique :

<i>Situation déclarée par les participants</i>	<i>Nombre de répondants</i>	<i>Pourcentage(%)</i>
<i>Centre de santé situé à plus de 5 km du domicile</i>	147	61%
<i>Routes impraticables en saison des pluies</i>	108	45%
<i>Coût élevé du transport comme facteur de renoncement</i>	115	48%

Ce tableau présente les principales barrières physiques et géographiques à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive dans les zones rurales étudiées (N = 240). Il en découle que : 61 % des participants vivent à plus de 5 km d'un centre de santé, ce qui rend l'accès difficile. 45 % signalent que les routes deviennent impraticables pendant la saison des pluies, aggravant l'éloignement. 48 % déclarent que le coût élevé du transport est un facteur qui les pousse à renoncer aux soins.

3.4. Accessibilité financière aux services :

<i>Eléments liés à l'accessibilité financière</i>	<i>Nombre de participants (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Juge les services SSR trop chers</i>	158	66%
<i>Ont recours aux accoucheuses traditionnelles comme alternative gratuite</i>	50	21%
<i>Femmes enceintes ayant évité les consultations prénatales faute de moyens</i>	156	65%

Concernant le coût, 66 % des participants jugent les services SSR trop chers. La majorité a évoqué l'achat obligatoire de produits (contraceptifs, tests, médicaments) ou le paiement des consultations. 21% ont mentionné le recours aux accoucheuses traditionnelles comme alternative gratuite. 65% des femmes enceintes ont affirmé avoir évité les consultations prénatales faute de moyens.

3.5. Facteurs socioculturels et religieux :

<i>Barrières socioculturelles identifiées</i>	<i>Effectifs (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Ne peuvent accéder aux services SSR sans l'accord de leur conjoint</i>	96	40%
<i>Mentionnent la stigmatisation communautaire liée à l'utilisation des contraceptifs</i>	139	58%
<i>Considèrent les méthodes modernes de contraception comme atteinte à la loi divine</i>	103	43%

Plusieurs barrières socioculturelles ont été identifiées. Environ 19 % des femmes interrogées ont déclaré ne pas pouvoir accéder aux services SSR sans l'accord de leur conjoint. 58% mentionnent la stigmatisation communautaire liée à l'utilisation des contraceptifs. 43% des répondants affirment que les méthodes modernes de contraception sont une atteinte aux volontés divines.

3.6. Qualité perçue des services :

<i>Qualité perçue des services SSR</i>	<i>Nombre de participants</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Insatisfaction liée à l'accueil (manque d'écoute, jugement moral, non-confidentialité)</i>	163	68%
<i>Mentionne de l'insuffisance de personnel qualifié</i>	77	32%
<i>Rupture fréquente de stock de contraception ou kits de soins obstétricaux</i>	154	64%

Une partie des participants, soit 68 % a exprimé une insatisfaction liée à la qualité de l'accueil dans les centres de santé, évoquant le manque d'écoute, le jugement moral de certains prestataires ou la non-confidentialité. 32% ont mentionné l'insuffisance de personnel qualifié. 64% ont déclaré la rupture fréquente de stock de contraceptifs ou de kits de soins obstétricaux.

5. Discussion

L'analyse des données collectées dans les communautés rurales d'Amée, Rwampara et Tchomia met en lumière une pluralité de facteurs culturels, sociaux et institutionnels qui entravent l'accès équitable aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Cette réalité, bien qu'inscrite dans les dynamiques structurelles communes aux zones rurales africaines, présente également des spécificités locales qu'il est essentiel de prendre en compte pour orienter les interventions.

1. Normes sociales et silence autour de la sexualité

Dans les trois localités étudiées, la sexualité demeure un sujet entouré de silence, d'embarras et de réticence à la discussion, surtout au sein des familles. Les jeunes, en particulier, grandissent dans un environnement où la transmission d'informations sur la sexualité est quasi inexistante. Selon Kabagenyi and *All.* (2014), cette absence de dialogue intergénérationnel expose les adolescents à des pratiques à risque, par manque de connaissances fiables.

Ce constat rejoint d'autres recherches menées en Afrique centrale, qui montrent que les normes sociales traditionnelles considèrent la sexualité comme immorale ou honteuse en dehors du mariage, ce qui empêche tout encadrement éducatif précoce. Ainsi, la marginalisation des sujets liés à la sexualité freine non seulement l'accès à l'information, mais limite aussi la capacité des jeunes à prendre des décisions éclairées en matière de santé reproductive. (Hughes, 2018) ; (Dobrzynski, s. d.) ; (Emina, 2022).

2. Croyances religieuses et méfiance vis-à-vis de la contraception

Les croyances religieuses occupent une place centrale dans les représentations sociales des communautés interrogées, notamment en ce qui concerne la régulation des naissances. Les méthodes contraceptives sont souvent perçues comme contraires à la volonté divine, ce qui alimente leur rejet ou leur stigmatisation. Cette opposition idéologique, portée par certains leaders religieux, ne se limite pas à un cadre moral, mais influence directement les comportements de la population. Plusieurs études stipulent que, pour surmonter cet obstacle, des stratégies d'intégration des croyances religieuses aux messages de santé publique pourraient s'avérer plus efficaces que des approches conflictuelles ou technocratiques. (Johnston and *All.*, 2015) ; (Laar and *All.*, 2022).

3. Barrières physiques et financières à l'accès aux soins

L'étude révèle que la géographie des zones rurales, caractérisée par des routes difficilement praticables et des distances importantes entre les habitations et les centres de santé, constitue un frein majeur à l'accès aux services SSR. Cette contrainte est d'autant plus problématique pour les femmes enceintes ou les jeunes filles, qui doivent parcourir de longues distances, parfois sans accompagnement.

Par ailleurs, les coûts liés aux soins, bien que souvent présentés comme gratuits incluent des frais indirects (médicaments, transport, documents administratifs) que les familles rurales, majoritairement pauvres, ne peuvent assumer. Ce paradoxe entre gratuité officielle et coûts réels montre que l'accessibilité économique reste largement illusoire pour les plus démunis. Ainsi, Mprah (2013) propose une politique de rapprochement des formations sanitaires des ménages ainsi que l'amélioration d'infrastructures routiers dans les zones rurales.

4. Manque de confidentialité et qualité perçue des soins

De nombreux participants, en particulier les adolescentes, ont exprimé leur inconfort face à l'absence de confidentialité dans les structures sanitaires locales. Le manque d'espaces privés et la proximité entre usagers et soignants, souvent membres de la même communauté, génèrent une peur d'être jugés ou exposés publiquement.

Cette situation affecte l'utilisation des services, notamment pour les jeunes non mariés, qui hésitent à consulter par peur du regard social. Il apparaît donc essentiel de réorganiser l'accueil et l'architecture des centres de santé pour offrir des services plus respectueux de l'intimité et mieux adaptés aux besoins spécifiques des adolescents. (Sidamo and *All*, 2024).

5. Dynamique communautaire et propositions locales

Malgré les difficultés, les communautés enquêtées font preuve d'une réelle capacité d'analyse et de mobilisation. Les propositions formulées telles que la mise en place de cliniques mobiles, l'organisation de campagnes éducatives en langues locales, et la sensibilisation des hommes à la planification familiale montrent une volonté d'implication active dans la recherche de solutions durables.

Ces recommandations démontrent que les habitants ne doivent pas être considérés comme de simples bénéficiaires des politiques de santé, mais comme des acteurs à part entière, capables d'identifier les priorités et de participer à la mise en œuvre des réponses.

6. Conclusion & Recommandations

L'analyse approfondie menée dans les localités rurales d'Amée, Rwampara et Tchomia a révélé une série d'obstacles majeurs à l'accès équitable aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Ces obstacles dépassent les limites des ressources matérielles ou humaines : ils s'enracinent dans des structures culturelles, religieuses, économiques et sociales qui façonnent les comportements individuels et collectifs. Cette étude a mis en lumière la manière dont ces facteurs s'entrelacent pour maintenir un climat de marginalisation et d'inégalités en matière de santé reproductive.

La culture du silence, encore très présente autour des questions sexuelles, contribue à une désinformation chronique, notamment chez les adolescents et les jeunes adultes. Le tabou sociétal empêche les discussions ouvertes entre parents et enfants, freinant l'apprentissage d'informations fiables sur la sexualité, les droits reproductifs et les risques sanitaires associés à des pratiques non protégées. Cette absence de dialogue nourrit la vulnérabilité de nombreux jeunes face à des grossesses non désirées ou des infections sexuellement transmissibles. (Nmadu and *All.*, 2020).

Les croyances religieuses jouent également un rôle ambivalent. Si certaines communautés religieuses soutiennent des initiatives de santé, d'autres rejettent catégoriquement l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, perçues comme des atteintes aux principes divins. Ce rejet idéologique renforce les stigmatisations et décourage l'adhésion à des pratiques pourtant essentielles à la santé des populations. (Okonofua & Ntoimo, 2022).

En parallèle, les contraintes logistiques telles que l'éloignement géographique des structures sanitaires, la précarité des moyens de transport et les coûts directs et indirects liés aux soins rendent l'accès aux services SSR extrêmement difficile. Même dans les cas où les services sont officiellement gratuits, les frais informels et les dépenses annexes créent une exclusion de fait pour les familles vivant dans la pauvreté. (Nmadu and *All.*, 2020).

De plus, l'absence de confidentialité et de respect de l'intimité dans les centres de santé dissuade de nombreuses femmes et jeunes d'y avoir recours. (Mprah, 2013). Le risque d'exposition ou de stigmatisation publique devient un facteur de non-recours, en particulier dans les petites communautés où

tout le monde se connaît.

Malgré ce contexte difficile, cette étude a mis en lumière une volonté forte des populations locales de s'engager pour améliorer la situation. Les propositions formulées par les membres de la communauté montrent une connaissance précise de leurs besoins, ainsi qu'une capacité à imaginer des solutions viables et culturellement pertinentes.

Ainsi, toute réponse durable à ces défis devra impérativement passer par une approche participative et inclusive, centrée sur les besoins spécifiques des populations locales, et appuyée par des stratégies concertées entre autorités sanitaires, acteurs communautaires et partenaires techniques.

Au regard des résultats obtenus, plusieurs recommandations peuvent être formulées pour améliorer durablement l'accès aux services de SSR dans les zones rurales de l'Ituri :

1. Renforcer l'éducation sexuelle adaptée au contexte

- Intégrer des modules d'éducation sexuelle dans les programmes scolaires et les structures communautaires, en les adaptant aux réalités locales et en impliquant les parents, enseignants et leaders communautaires.
- Concevoir des outils de communication en langues locales, visuels et interactifs, pour toucher efficacement les jeunes et les adultes.

2. Former et sensibiliser les prestataires de soins

- Organiser des sessions de formation continue sur la prise en charge sensible, respectueuse et confidentielle, particulièrement à destination des adolescents et des jeunes femmes.
- Créer des unités de soins spécifiques « amis des jeunes » dans les centres de santé existants.

3. Améliorer l'accessibilité physique et financière aux services

- Déployer des équipes mobiles de soins SSR dans les zones reculées, en coordination avec les autorités locales.
- Établir des mécanismes de solidarité ou de subvention communautaire pour couvrir les frais liés au transport, aux médicaments ou aux soins spécialisés.

4. Collaborer avec les leaders religieux pour renforcer l'acceptabilité

- Initier un dialogue interconfessionnel autour des enjeux de santé sexuelle et reproductive, en identifiant les convergences possibles entre doctrines religieuses et santé publique.
- Appuyer la création de messages de sensibilisation coconstruits avec des représentants religieux, afin de réduire les résistances communautaires.

5. Engager les hommes et les jeunes garçons dans les actions de santé reproductive

- Développer des programmes de sensibilisation ciblés pour renforcer leur rôle dans la prévention, la planification familiale, et la lutte contre les violences basées sur le genre.
- Promouvoir une image positive de la masculinité, fondée sur le respect, la responsabilité et l'équité entre les genres.

6. Valoriser la gouvernance locale et la participation communautaire

- Renforcer les structures locales de gouvernance sanitaire, notamment les comités de santé, en intégrant activement les jeunes, les femmes et les groupes vulnérables dans les prises de décision.
- Soutenir les initiatives communautaires locales par des financements participatifs et des appuis techniques, en favorisant l'appropriation locale des projets de santé.

Cette étude, bien qu'elle apporte une compréhension fine des perceptions locales, présente certaines limites. L'approche qualitative adoptée, centrée sur des entretiens et groupes de discussion, ne permet pas

de quantifier la prévalence des phénomènes observés à l'échelle de toute la province. De plus, certains groupes notamment les jeunes garçons ou les chefs coutumiers ont été sous-représentés dans les échanges, ce qui pourrait limiter la diversité des points de vue. C'est ainsi que des recherches complémentaires, notamment quantitatives ou mixtes, permettraient d'élargir l'analyse et de renforcer la portée des recommandations formulées.

7. Références bibliographiques

1. Agbenyo, J. S., Nzengya, D. M., & Mwangi, S. K. (2022). Perceptions of the use of mobile phones to access reproductive health care services in Tamale, Ghana. *Frontiers in Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1026393>
2. Ahlou, A. E. (2021). *Qualité de mise en œuvre des services de santé sexuelle et reproductive auprès des adolescent(e)s et jeunes par le projet JADES 2 au Niger en 202*.
3. Alonso, J. P., Cejas, C., Berrueta, M., Vazquez, P., Perrotta, G., Formia, S., Pirsch, S., Ballivian, J., Zavala, D., López, A., & Belizán, M. (2024). Barriers to advancing the sexual and reproductive health agenda in Latin America : A qualitative study of key informants' perspectives. *Reproductive Health*, 21(1), 187. <https://doi.org/10.1186/s12978-024-01927-6>
4. Baigry, M. I., Ray, R., Lindsay, D., Kelly-Hanku, A., & Redman-MacLaren, M. (2023). Barriers and enablers to young people accessing sexual and reproductive health services in Pacific Island Countries and Territories : A scoping review. *PLOS ONE*, 18(1), e0280667. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280667>
5. Burke, E., Kébé ,Fatou, Flink ,Ilse, van Reeuwijk ,Miranda, & and le May, A. (2017). A qualitative study to explore the barriers and enablers for young people with disabilities to access sexual and reproductive health services in Senegal. *Reproductive Health Matters*, 25(50), 43-54. <https://doi.org/10.1080/09688080.2017.1329607>
6. Decker, M. J., Atyam, T. V., Zárate, C. G., Bayer, A. M., Bautista, C., & Saphir, M. (2021). Adolescents' perceived barriers to accessing sexual and reproductive health services in California : A cross-sectional survey. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1263. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07278-3>
7. Decker, M. J., Zárate, C. G., & Saphir, M. (2023). Improving Adolescent Perceptions of Barriers and Facilitators to Sexual and Reproductive Health Services Through Sexual Health Education. *Journal of Adolescent Health*, 72(1), 138-146. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2022.09.001>
8. Dobrzynski, M.-L. D. (s. d.). *Santé sexuelle et reproductive des adolescent.e.s à Madagascar*.
9. Emina, J. (2022). *Santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes en Afrique centrale : Adolescents and Youth sexual and reproductive health in Central Africa*. 1-258. <https://www.torrossa.com/en/resources/an/5511552>
10. Fleury, W. (s. d.). *QUESTIONS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE*.
11. Hughes, C. (2018). *Éducation des Sénégalaises : Moyen ou finalité à l'autonomisation ? L'impact de l'éducation sur la santé sexuelle et reproductive*. <http://hdl.handle.net/10393/38165>
12. Johnston, K., Harvey, C., Matich, P., Page, P., Jukka, C., Hollins, J., & Larkins, S. (2015). Increasing access to sexual health care for rural and regional young people : Similarities and differences in the views of young people and service providers. *Australian Journal of Rural Health*, 23(5), 257-264. <https://doi.org/10.1111/ajr.12186>

13. Kabagenyi, A., Jennings, L., Reid, A., Nalwadda, G., Ntozi, J., & Atuyambe, L. (2014). Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services : A qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda. *Reproductive Health*, 11(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-11-21>
14. Klu, D., Gyapong, M., Agordoh, P. D., Azagba, C., Acquah, E., Doegah, P., Ofori, A., & Ansah, E. K. (2023). Adolescent perception of sexual and reproductive health rights and access to reproductive health information and services in Adaklu district of the Volta Region, Ghana. *BMC Health Services Research*, 23(1), 1456. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10447-1>
15. Laar, A. S., Harris, M. L., Shifti, D. M., & Loxton, D. (2022). Perspectives of health care professionals' on delivering Health sexual and reproductive health services in rural settings in low-and-middle-income countries : A qualitative systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1141. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08512-2>
16. Mprah, W. K. (2013). Perceptions about Barriers to Sexual and Reproductive Health Information and Services among Deaf People in Ghana. *Disability, CBR & Inclusive Development*, 24(3), Article 3. <https://doi.org/10.5463/dcid.v24i3.234>
17. Revegue, M. H. D. T., Jesson, J., Dago-Akribi, H. A., Dahourou, D. L., Ogbo, P., Moh, C., Amoussou-Bouah, U. B., N'Gbeche, M.-S., Eboua, F. T., Kouassi, E. M., Kouadio, K., Cacou, M.-C., Horo, A., Msellati, P., Sturm, G., & Leroy, V. (2022). Santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s vivant avec le VIH dans les programmes de prise en charge pédiatrique à Abidjan : Offre de services des structures et perceptions des professionnels de santé en 2019. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 70(4), 163-176. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2022.04.003>
18. *Santé reproductive des adolescentes en République Démocratique du Congo : Perceptions familiales et analyse des interventions éducatives dans la zone de santé d'Oicha* | *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*. (s. d.). Consulté 14 mai 2025, à l'adresse <http://www.revue-rasp.org/index.php/rasp/article/view/642>
19. Sidamo, N. B., Kerbo ,Amene Abebe, Gidebo ,Kassa Daka, & and Wado, Y. D. (2024). Exploring Barriers to Accessing Adolescents Sexual and Reproductive Health Services in South Ethiopia Regional State : A Phenomenological Study Using Levesque's Framework. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 15, 45-61. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S455517>