

**Faculté des sciences économiques,  
sociales, politiques et de communication  
École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

**Quelle est l'influence de l'arrivée dans un  
autre contexte socioculturel, économique  
et politique sur les habitudes de  
contraception et de fécondité des femmes  
originaires d'Afrique subsaharienne qui  
immigrent en Belgique ?**

Auteur : Romane Saille  
Promoteur : Bruno Schoumaker  
Lecteur : Mireille Le Guen  
Année académique 2022 - 2023  
Master en Sciences de la population et du développement



*Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, etc.) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur.*

*Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiant(e)s en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave.*



## Remerciements

*Premièrement, je tiens particulièrement à adresser mes plus sincères remerciements à mon promoteur, Monsieur Bruno Schoumaker, pour m'avoir accompagnée tout au long de la rédaction de mon mémoire, en me donnant des conseils et fait des commentaires des plus pertinents suite à ses relectures de mon travail.*

*En deuxième lieu, j'aimerais remercier les sept femmes que j'ai interviewées dans le cadre de ma recherche qualitative, pour leur confiance et leurs témoignages qui ont apporté un éclairage considérable aux données théoriques récoltées.*

*Finalement, il me tient à cœur de remercier ma famille et mes proches, pour leurs encouragements et le soutien moral qu'ils m'ont apportés de manière quotidienne depuis le début de ma recherche.*



# Table des matières

|                                                                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I. INTRODUCTION.....</b>                                                                                                     | <b>9</b>  |
| <b>II. PROBLÉMATIQUE ET PERTINENCE DU SUJET .....</b>                                                                           | <b>11</b> |
| 2.1. EXPLICATION ET JUSTIFICATION DE LA QUESTION DE RECHERCHE.....                                                              | 11        |
| 2.2. DÉFINITIONS THÉORIQUES.....                                                                                                | 15        |
| 2.2.1. Définitions des termes de la question de recherche .....                                                                 | 15        |
| 2.2.2. Définitions des termes importants concernant la contraception et la fécondité .....                                      | 16        |
| 2.2.3. Définitions des termes importants concernant la migration.....                                                           | 17        |
| 2.3. CONTEXTE MIGRATOIRE EN BELGIQUE .....                                                                                      | 19        |
| 2.3.1. Histoire de la migration vers la Belgique, et en particulier de l'immigration africaine .....                            | 19        |
| 2.3.2. Migration vers la Belgique de nos jours.....                                                                             | 20        |
| 2.3.3. Motifs migratoires .....                                                                                                 | 25        |
| <b>III. FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION À TRAVERS LE MONDE.....</b>                                                                  | <b>27</b> |
| 3.1. FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN BELGIQUE.....                                                                                | 27        |
| 3.2. FÉCONDITÉ ET CONTRACEPTION EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE.....                                                                   | 32        |
| <b>IV. MÉTHODOLOGIE ET ÉCHANTILLON .....</b>                                                                                    | <b>38</b> |
| 4.1. MÉTHODOLOGIE .....                                                                                                         | 38        |
| 4.2. ÉCHANTILLON.....                                                                                                           | 40        |
| 4.3. DONNÉES SUR LA FÉCONDITÉ ET LA CONTRACEPTION DE L'ÉCHANTILLON.....                                                         | 44        |
| <b>V. REVUE DE LA LITTÉRATURE ILLUSTRÉE PAR LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE QUALITATIVE .....</b>                                    | <b>46</b> |
| 5.1. INFLUENCE D'UN AUTRE CONTEXTE SOCIOCULTUREL SUR LA FÉCONDITÉ ET LA CONTRACEPTION DES FEMMES IMMIGRÉES SUBSAHARIENNES ..... | 46        |
| 5.1.1. Déterminants socioculturels de la contraception et la fécondité .....                                                    | 46        |
| 5.1.2. Réseau social.....                                                                                                       | 53        |
| 5.1.3. Counseling contraceptif.....                                                                                             | 56        |
| 5.1.4. Statut socioprofessionnel.....                                                                                           | 64        |
| 5.2. INFLUENCE D'UN AUTRE CONTEXTE POLITIQUE SUR LA FÉCONDITÉ ET LA CONTRACEPTION DES FEMMES IMMIGRÉES SUBSAHARIENNES .....     | 66        |
| 5.2.1. De manière générale.....                                                                                                 | 66        |
| 5.2.2. Pour les immigrés en situation régulière .....                                                                           | 67        |
| 5.2.3. Pour les demandeurs d'asile .....                                                                                        | 69        |
| 5.2.4. Pour les immigrés en situation irrégulière, sans-papiers.....                                                            | 71        |
| <b>VI. CONCLUSION .....</b>                                                                                                     | <b>75</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                                                                                       | <b>80</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                                                                            | <b>94</b> |



# **I. Introduction**

Les immigrations en Belgique en provenance d'Afrique subsaharienne ont fortement augmenté durant les deux dernières décennies (Schoumaker & Schoonvaere, 2012) et ont atteint une stabilisation autour de 10.000 personnes d'origine subsaharienne arrivant sur le territoire belge chaque année (MYRIA, 2022). Selon le CIRé (2020), la proportion des migrations féminines en Belgique est également en augmentation depuis plusieurs décennies. Ainsi, à l'heure actuelle, près de 50% des migrants arrivés chaque année sur le territoire belge sont des femmes, et ce pourcentage est légèrement plus élevé pour la population originaire d'Afrique subsaharienne (Demart et al., 2017).

La présence de plus en plus de femmes originaires d'Afrique subsaharienne en Belgique pose la question de leur contraception et de leur niveau de fécondité. En effet, ces femmes viennent de la région avec le plus haut taux de fécondité au monde, puisque le nombre d'enfants par femme en Afrique subsaharienne est en moyenne de 4,6 en 2021, contre 1,5 à 3,1 ailleurs, avec une moyenne mondiale de 2,3 (Nations unies, 2022). L'indice conjoncturel de fécondité (ICF) de la Belgique s'élève, lui, à 1,54 enfant par femme (Statbel, 2023), marquant donc une nette différence avec celui de la majorité des pays d'Afrique subsaharienne.

J'ai dès lors décidé de m'interroger sur les changements de contraception et de fécondité qui peuvent avoir lieu chez les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne quand elles arrivent en Belgique, dans un autre contexte socioculturel, politique et économique. Pour ce faire, je commencerai par exposer et justifier plus amplement ma question de recherche, en y ajoutant certaines définitions théoriques en lien avec le sujet, ainsi que des explications sur le contexte migratoire belge. Je me pencherai ensuite sur les données relatives à la fécondité et la contraception en Belgique et en Afrique subsaharienne, afin d'en exposer les différentes caractéristiques et de pouvoir les comparer, mais également avec les données d'autres pays. Dans un troisième temps, j'exposerai ma méthodologie et donnerai des détails sur l'échantillon utilisé dans ma recherche qualitative menée

auprès de sept femmes originaires d'Afrique subsaharienne francophone, éduquées et relativement aisées, venues en Belgique grâce à un visa étudiant, de travail ou de regroupement familial. Je passerai enfin à la revue de la littérature, en l'illustrant, la complétant, la nuanciant et la contredisant par les résultats obtenus lors de l'analyse qualitative. J'aborderai divers facteurs sociaux, culturels, politiques et économiques pouvant avoir une influence plus ou moins grande sur la contraception des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne.

## **II. Problématique et pertinence du sujet**

### **2.1. Explication et justification de la question de recherche**

La planification familiale est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, s.d.) comme permettant « à toute personne de fonder une famille composée du nombre d'enfants de son choix, le cas échéant, et de prévoir le rythme de ses grossesses », et ce en ayant reçu les informations, l'éducation et les moyens pour le faire. Il s'agit d'un droit fondamental qui a été proclamé lors des Conférences mondiales sur la population dans les années 1970 et 1980 (Bertouille, 2020). La Déclaration des Nations unies (2015) sur les objectifs de développement durable (ODD) souligne la nécessité d'arriver à un accès universel à la planification familiale. Cela fait partie de l'ODD 3 : « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être à tous à tout âge ». D'après le Fonds des Nations unies pour la population (Greene et al., 2012), la planification familiale pour tous est primordiale parce qu'elle est à l'origine de nombreuses conséquences positives. Elle entraîne une baisse du taux de fécondité, un espacement des naissances, une diminution du nombre de grossesses à haut risque ou non désirées, un renforcement des capacités d'action des femmes et une meilleure santé globale. De plus, l'utilisation de la planification familiale par l'ensemble de la population mondiale diminuerait de 30% la mortalité maternelle (Maraux, 2018). Sur le long terme, elle est aussi en partie à l'origine d'un indice de masse corporelle et d'une espérance de vie plus élevés (Bertouille, 2020).

Une bonne santé sexuelle et reproductive (SSR), elle, correspond selon la Conférence internationale sur la population et le développement (UNFPA, 2022) à « un état de bien-être total sur le plan physique, mental et social, relativement à tous les aspects du système reproductif ». Il s'agit d'avoir accès à des informations exactes, à une contraception sûre et efficace, ainsi qu'aux moyens de se protéger contre les infections sexuellement transmissibles. Selon Simon (2020), donner accès aux soins de santé reproductive aux personnes migrantes répond à deux impératifs. Le premier relève du fait que la SSR est reconnue comme un droit de l'homme universel auquel

chacun devrait avoir légalement accès, au même titre que la planification familiale. Le second est que la SSR fait intégralement partie de la santé publique et mène à une amélioration de la qualité de vie de la population. L'accès aux soins pour tous profite aux immigrés, mais permet également de protéger la population dans son ensemble des risques sanitaires liés à la présence, sur le territoire, de personnes venant d'autres pays (Dauvrin et al., 2016). Les migrants sont en effet plus susceptibles de porter des maladies transmissibles, notamment de par les situations de conflits ou de crises économiques dans lesquelles certains vivaient dans leurs pays d'origine (Boudouh, 2020). Par exemple, l'Afrique subsaharienne est la région du monde la plus touchée par le VIH, maladie qui est donc parfois importée par les personnes originaires de celle-ci (Maraux, 2018). L'accès à la contraception pour les immigrés est dès lors une question cruciale, tant pour leur permettre de mettre en œuvre une planification familiale qui leur convient, que pour limiter la propagation des maladies grâce au préservatif. En outre, il coûte moins cher à l'État de mettre en place des soins de santé préventifs que des soins curatifs (Dauvrin et al., 2016 ; Bertouille, 2020).

La planification familiale, la contraception et la SSR sont donc des questions de première importance, notamment pour les femmes d'Afrique subsaharienne immigrées en Europe. Celles-ci constituent un groupe fort vulnérable en ce qui concerne l'accès aux soins. En effet, différentes études, à savoir une étude qualitative réalisée auprès de professionnels de la santé au Royaume-Uni en 2005-2006 (Knight et al., 2009) et une étude quantitative sur les femmes ayant présenté un risque de morbidité maternelle durant leur grossesse réalisée en France en 2012-2013 (Stewart, 2016), ont montré qu'elles représentent un des groupes le plus à risque en termes de mortalité et morbidité maternelles. De plus, une étude quantitative sur les femmes enceintes menée aux Pays-Bas en 2009 a révélé que les femmes immigrées non occidentales ont 1,3 fois plus de chances de morbidité maternelle que celles originaires d'Occident (Zwart et al., 2008). En outre, au niveau international, les migrants et les minorités ethniques ont tendance à être plus confrontés à des inégalités en ce qui concerne l'accès aux soins de santé que les populations natives, particulièrement pour les demandeurs d'asile et les migrants sans-papiers (De Freitas

et al., 2020). Une autre enquête sur la prise en charge médicale des immigrés en France réalisée en 2012 (du Loû & Lert, 2017), dans les deux premières années après leur immigration, révélé que la moitié des femmes subsahariennes est inactive sexuellement, un quart est enceinte ou désire l'être et un autre quart est active sexuellement sans recherche de procréation. Cela montre que dès leur arrivée, certaines migrantes ont besoin d'utiliser un moyen de contraception. Néanmoins, Simon (2020) met l'accent sur le fait que certaines femmes migrantes ont des vécus difficiles durant les derniers mois, voire années, avant leur arrivée en Europe, et que la question de la contraception n'est pas forcément la première qui leur vient à l'esprit. D'autres encore ne voient pas leur SSR comme une priorité au vu de leur situation : un mari à l'étranger, la Belgique comme simple pays de transit pour rejoindre le reste de la famille qui s'est installée ailleurs en Europe, etc.

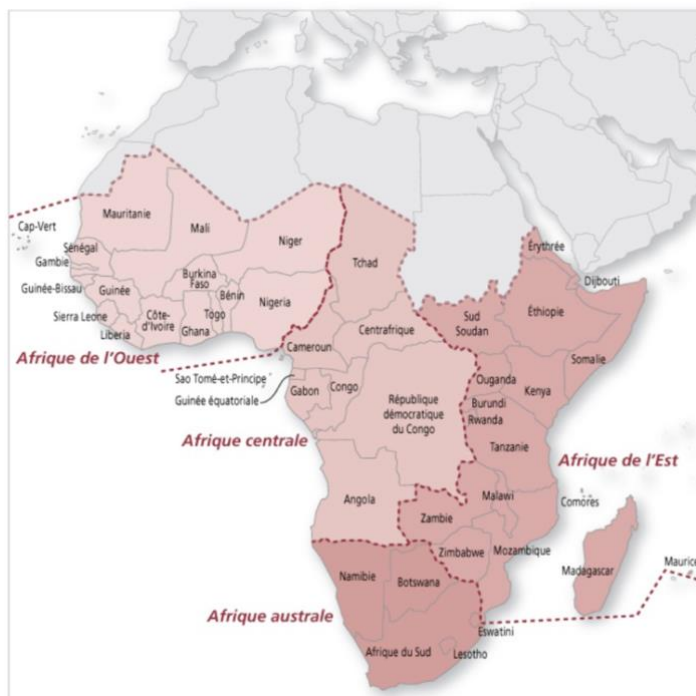
Par conséquent, j'ai décidé de me concentrer sur la planification familiale chez les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, et plus précisément sur les changements de contraception et de fécondité observés chez ces femmes après leur immigration en Belgique.

Quand les femmes africaines migrantes arrivent en Belgique, certains éléments vont augmenter ou diminuer leurs facultés ou leur volonté de répondre à leurs besoins de planification familiale. Il s'agit notamment du contexte socioculturel, du statut économique, du contexte politique, de la discrimination, des préjugés et de la perception de la qualité des soins, mais aussi des conditions de vie et de travail, du réseau social et des caractéristiques individuelles (Simon, 2020 ; Sawadogo, 2016). La planification familiale, bien qu'elle soit « un comportement issu d'un choix individuel, avec un impact sur l'état de santé de la personne » (Bertouille, 2020, p.5), est également le résultat de l'interaction entre différents déterminants parfois indépendants de cette personne (Bertouille, 2020).

Au vu de ces constats, j'ai construit ma question de recherche comme suit : « Quelle est l'influence de l'arrivée dans un autre contexte social, économique et politique sur

les habitudes de contraception et de fécondité des femmes originaires d'Afrique subsaharienne<sup>1</sup> qui immigreront en Belgique ? ».

Figure 1. Carte de l'Afrique subsaharienne



Source : Tabutin & Schoumaker, 2020.

Ce travail a pour objectif de rendre compte des processus complexes en ce qui concerne la contraception, la planification familiale et la SRR des personnes immigrées subsahariennes en Belgique. Le but est de mettre en évidence des facteurs pouvant influencer la vision des migrantes sur la planification familiale et pouvant faciliter leur utilisation ou non d'un moyen de contraception moderne. Ces facteurs sont de deux sortes : certains sont généraux et traitent des contextes social, économique et politique ; d'autres sont spécifiques à chaque individu et se concentrent sur la situation conjugale de la personne immigrée, son degré d'adaptation à son nouveau contexte de vie, ses croyances, son ressenti lors de ses rencontres avec les professionnels de la santé, etc.

---

<sup>1</sup> Afrique du Sud, Angola, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Bénin, Cap Vert, Cameroun, Comores, République du Congo, République démocratique du Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Eswatini, Éthiopie, Gabon, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée équatoriale, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Libéria, Madagascar, Malawi, Mali, Maurice, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigéria, Ouganda, Rwanda, République centrafricaine, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Sierra Leone, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Sénégal, Tanzanie, Tchad, Togo, Zambie, Zimbabwe (La Banque mondiale, s.d.).

## **2.2. Définitions théoriques**

Afin d'éviter toute confusion, il semble important de commencer par définir certains termes techniques et concepts qui sont utilisés tout au long du document. Cela permet au lecteur moins expérimenté de saisir la signification des termes particuliers de la question de recherche, mais également des notions importantes concernant, d'une part, la contraception et la fécondité et, d'autre part, la migration. De cette manière, une signification commune des termes est établie, ce qui permet une meilleure compréhension du texte.

### **2.2.1. Définitions des termes de la question de recherche**

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contraception                     | « Mise en œuvre de méthodes destinées à empêcher les rapports sexuels, c'est-à-dire le coït, d'aboutir à la conception ; ces méthodes sont dites méthodes contraceptives ou méthodes anticonceptionnelles. Quant à la continence, l'abstinence ou l'abstention complète et prolongée de rapports sexuels, elle s'en trouve exclue par leur définition même » (Nations unies et al., 2013, p.115). |
| Fécondité                         | « Phénomènes quantitatifs directement liés à la procréation des enfants au sein des populations ou des sous-populations » (Nations unies et al., 2013, p.105).                                                                                                                                                                                                                                    |
| Migration ou mouvement migratoire | « Ensemble de déplacements ayant pour effet de transférer la résidence des intéressés d'un certain lieu d'origine, ou lieu de départ, à un certain lieu de destination, ou lieu d'arrivée » (Nations unies et al., 2013, p.131).                                                                                                                                                                  |
| Migration internationale          | Mouvement migratoire dépassant les frontières du pays d'origine (Nations unies et al., 2013).                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Contexte socioculturel | Ensemble des informations permettant de décrire le territoire en ce qui concerne, d'une part, les services à la population, les infrastructures sociales, les conditions d'habitation, la sécurité, l'accès à l'éducation, l'accès aux soins de santé, les réseaux associatifs présents sur le territoire, l'accessibilité aux services et, d'autre part, la langue, la religion, la nationalité, ainsi que les activités culturelles (CRISES, s.d.). |
| Contexte économique    | Ensemble des informations permettant de décrire le territoire en ce qui concerne le comportement des marchés et des consommateurs, ainsi que les activités et rendements des entreprises (CRISES, s.d.).                                                                                                                                                                                                                                              |
| Contexte politique     | Ensemble des informations permettant de décrire le territoire en ce qui concerne les options politiques, l'organisation politique et l'administration publique (CRISES, s.d.).                                                                                                                                                                                                                                                                        |

## 2.2.2. Définitions des termes importants concernant la contraception et la fécondité

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Moyens de contraception modernes      | « Ensemble de procédés chimiques ou mécaniques artificiels visant à prévenir la grossesse ou l'empêcher, non seulement de façon réversible, mais aussi temporaire » (Coulibaly et al., 2020, p.390). Il s'agit du préservatif, de la pilule, du stérilet, de l'anneau vaginal, du patch, etc. |
| Moyens de contraception traditionnels | Ensemble de méthodes contraceptives regroupant le retrait et le suivi des rythmes du cycle menstruel de la femme (Christin-Maitre, 2022).                                                                                                                                                     |

|                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Besoin non satisfait en planification familiale | « On parle de besoin non satisfait en planification familiale lorsque des femmes et des jeunes filles sexuellement actives souhaitent éviter, espacer ou limiter les grossesses, mais n'utilisent pas de moyen de contraception moderne » (Knerr, 2012, p.8). |
| Indice conjoncturel de fécondité (ICF)          | « Nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les taux de fécondité observés l'année considérée à chaque âge demeuraient inchangés » (INSEE, 2020).                                                                                       |
| Accès aux soins de santé                        | « Facilité avec laquelle une personne peut accéder aux prestations de santé tant physiquement (distribution géographique), qu'en termes de coûts, de temps et de disponibilité du personnel qualifié » (Boudouh, 2020, p.16).                                 |

### 2.2.3. Définitions des termes importants concernant la migration

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Migrant en situation régulière    | « Migrant dont l'entrée et le séjour sur le territoire d'un État étranger sont conformes au droit applicable » (OIM, 2007, p.46).                                                                                                                                                                                                                 |
| Migrant en situation irrégulière  | « Migrant contrevenant à la réglementation du pays d'origine, de transit ou de destination, soit qu'il soit entré irrégulièrement sur le territoire d'un État, soit qu'il s'y soit maintenu au-delà de la durée de validité du titre de séjour, soit encore qu'il se soit soustrait à l'exécution d'une mesure d'éloignement » (OIM, 2007, p.46). |
| Demandeur d'asile ou demandeur de | « Personne demandant à obtenir son admission sur le territoire d'un État en qualité de réfugié et attendant que les autorités compétentes statuent sur sa requête. En cas                                                                                                                                                                         |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| protection internationale | de décision de rejet, le demandeur débouté doit quitter le territoire de l'État considéré ; il est susceptible de faire l'objet d'une mesure d'expulsion au même titre que tout étranger en situation irrégulière, à moins qu'une autorisation de séjour lui soit accordée pour des raisons humanitaires ou sur un autre fondement » (OIM, 2007, p.17).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| Réfugié                   | Personne qui, « craignant avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques, se trouve hors du pays dont elle a la nationalité et qui ne peut ou, du fait de cette crainte, ne veut se réclamer de la protection de ce pays ; ou qui, si elle n'a pas de nationalité et se trouve hors du pays dans lequel elle avait sa résidence habituelle à la suite de tels événements, ne peut ou, en raison de ladite crainte, ne veut y retourner » (OIM, 2007, p.70). Un réfugié est une personne dont la demande d'asile a été acceptée (FEDASIL, s.d.). En Belgique, le statut de réfugié place la personne en situation régulière, et ce, d'abord pour une période limitée de cinq ans. Après cette période, elle peut se voir accorder un droit de séjour illimité (CGRA, s.d.). |
| Protection subsidiaire    | « Est accordée à celui qui ne peut être reconnu réfugié, mais qui encourt un risque réel d'atteintes graves en cas de retour, notamment en raison d'une violence aveugle liée à un conflit armé. Elle garantit un permis de séjour provisoire d'un an, renouvelable, qui ne devient définitif qu'au bout de cinq ans. L'accès au marché du travail est conditionné à un permis de travail » (CIRé, 2021).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## **2.3. Contexte migratoire en Belgique**

### **2.3.1. Histoire de la migration vers la Belgique, et en particulier de l'immigration africaine**

Selon Leire (2015), l'immigration a augmenté en Belgique durant l'entre-deux-guerres, lorsque des migrants italiens et d'Europe de l'Est viennent y trouver un emploi. Néanmoins, avec la crise économique de 1930, le pays prend des mesures drastiques pour limiter l'afflux de travailleurs étrangers et l'immigration reste donc très modeste. Après la Deuxième Guerre mondiale, la Belgique a un besoin criant de main-d'œuvre et signe des accords avec d'autres pays, notamment l'Italie, l'Espagne, la Grèce, la Turquie, le Maroc et la Tunisie, pour favoriser l'immigration économique de travailleurs. L'immigration dans le pays devient donc de plus en plus conséquente. Dans les années 1950, les immigrés arrivant en Belgique proviennent pour la plupart d'Italie et s'installent principalement dans les secteurs industriels de Wallonie et du Limbourg (Stengers, 2004).

Obtenir des chiffres exacts et fiables sur l'immigration africaine en Belgique avant 1990 n'est pas possible puisque les registres de population belges desquels émanent ceux-ci présentent diverses faiblesses administratives (Stengers, 2004). L'ensemble des chiffres présentés dans la section 2.3.1 ne doit donc pas être pris à la lettre, mais permet plutôt de donner un ordre de grandeur. Ainsi, au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, il est estimé que 367.000 étrangers vivent sur le territoire belge, dont seulement 1.800 sont originaires d'Afrique (Kagné & Martiniello, 2001).

Selon Kagné et Martiniello (2001), à la veille des années 1960, les immigrés subsahariens sont principalement des étudiants venus en Belgique après avoir obtenu leur diplôme de secondaire. En effet, des bourses et des accords sont établis entre certaines universités et écoles supérieures de Belgique et d'Afrique. Les personnes originaires de ce continent proviennent pour la plus grande majorité du Congo et du Rwanda, et sont particulièrement présentes dans les universités francophones, au vu du facteur linguistique. Néanmoins, l'immigration africaine reste très faible.

Dans les années 1960, les migrants viennent en grande majorité du Maroc et de Turquie, et élisent domicile en particulier à Bruxelles, Anvers et Gand (Rea, 2001). En 1961, il est estimé que moins de 1% de la population étrangère est d'origine subsaharienne, et bien que les immigrés africains viennent d'une trentaine de pays différents, la majorité d'entre eux sont originaires du Congo, du Rwanda et du Burundi, qui sont les anciennes colonies belges (Kagné & Martiniello, 2001).

En 1973, année de la crise du pétrole marquant la fin des Trente Glorieuses, le gouvernement ralentit l'immigration belge (Leire, 2015). Dans les années 1980, celle-ci reprend de plus belle à cause d'une augmentation du nombre de demandes d'asile et de migrants européens intéressés pour travailler dans la capitale européenne (Leire, 2015), mais aussi grâce à la légalisation du regroupement familial (Office des étrangers, s.d.) qui devient alors le type principal de migration vers la Belgique (Martiniello & Rea, 2013). Suite à cela, s'est déroulée une féminisation des migrations en provenance d'Afrique subsaharienne (Schoumaker & Schoonvaere, 2012). En outre, de plus en plus de femmes célibataires immigreront en Europe actuellement (Maraux, 2018).

D'après Rea (2001), en 1984, une véritable politique d'intégration débute en Belgique. Elle mène à un assouplissement des règles pour acquérir la nationalité belge, vise à lutter contre le racisme et la discrimination, mais aussi contre le chômage et le désavantage social. Cette politique d'intégration est donc favorable à l'immigration.

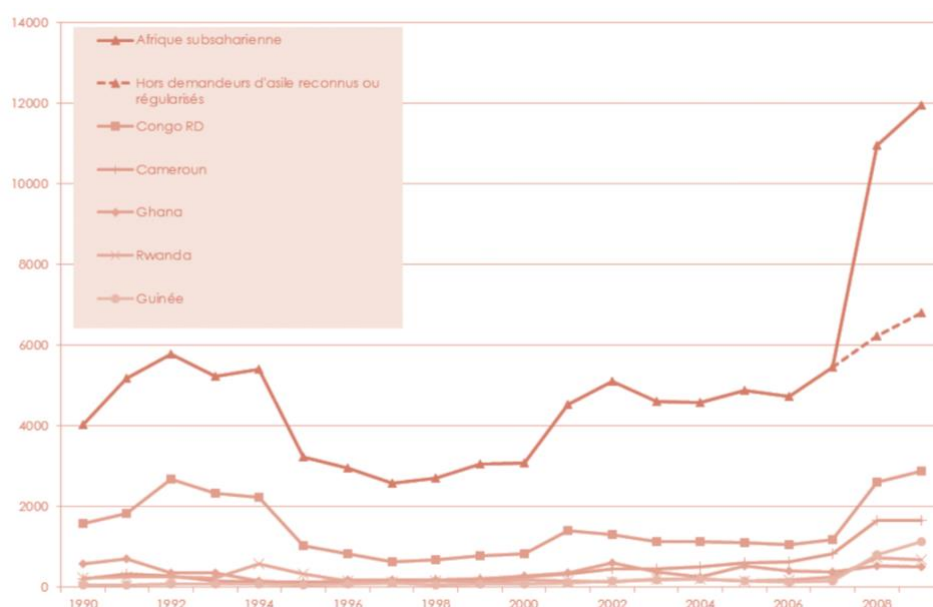
### **2.3.2. Migration vers la Belgique de nos jours**

Selon le Centre fédéral de migration (MYRIA, 2021), au cours des vingt dernières années, l'immigration a largement contribué à faire augmenter la population belge. De nos jours, elle est le premier facteur de la croissance démographique belge. L'immigration représente en effet 70 à 90% de la croissance démographique, laissant au solde naturel une participation à celle-ci de seulement 10 à 30%.

L'immigration vers la Belgique ne cesse de grossir depuis les années 1990. Près de 2,1 millions de migrants sont présents sur le territoire belge aujourd'hui, ce qui

correspond à 18% de la population du pays (Statbel, 2022). Parmi ceux-ci, en 2020, 16% sont originaires d'Afrique subsaharienne, mais seuls 7% ont gardé leur première nationalité, les autres ayant pris la nationalité belge (MYRIA, 2021). Ainsi, à l'heure actuelle, les immigrés originaires d'Afrique subsaharienne, peu importe qu'ils aient gardé leur nationalité d'origine ou non, ne représentent qu'un peu plus 330.000 personnes, à savoir environ 2,9% de la population présente sur le territoire belge (calculs sur base des données de Statbel, 2022 et MYRIA, 2021). La majorité des immigrés belges sont en effet issus de l'Union européenne (Simon, 2020). Notons toutefois que, selon Tabutin et Schoumaker (2020), malgré ce taux d'immigrés subsahariens relativement faible, l'Europe est le continent sur lequel se dirige la majorité des migrations extra-africaines. Les Africains subsahariens ne sont pas très mobiles : en 2017, seuls un peu plus de 2,5% de la population d'Afrique subsaharienne vivent en-dehors de leur pays d'origine, ce qui est peu en comparaison à la proportion de migrants au niveau mondial.

**Figure 2. Flux des immigrations en Belgique en provenance d'Afrique subsaharienne (1990-2009)**



Source : Schoumaker & Schoonvaere, 2012, p.15.

Le graphique ci-dessus nous indique qu'entre 1990 et 2007, les flux d'immigration en Belgique en provenance d'Afrique subsaharienne étaient compris entre 20.000 et 60.000 personnes par année. Nous pouvons donc les qualifier de relativement

stables. En 2007, ces flux ont connu une nette augmentation, pour atteindre 12.000 personnes en 2008. Ce graphique est à compléter avec les informations suivantes (MYRIA, 2022) : un pic d’immigration en provenance d’Afrique subsaharienne est atteint en 2012 et s’élève à environ 13.000 personnes ; depuis lors, une stabilisation autour de 10.000 personnes d’origine subsaharienne arrivant sur le territoire par an est observée. Néanmoins, ce graphe n’est pas à prendre à la lettre puisque certaines fluctuations sont l’œuvre de changements dans l’appareil statistique utilisé (Schoumaker & Schoonvaere, 2012) : en 1995, il est décidé de ne plus comptabiliser les immigrants venus en Belgique pour demander l’asile, et en 2008, les demandeurs d’asile sont à nouveau inclus dans les statistiques au moment de l’obtention du statut de réfugié ou d’un titre de séjour. Il n’est donc pas possible de retracer précisément les flux de la population subsaharienne en Belgique, même si le graphe ci-dessus en donne des approximations valables.

En outre, la population immigrée originaire d’Afrique subsaharienne vivant en Belgique possède les caractéristiques suivantes :

- La République Démocratique du Congo est le principal pays d’origine des immigrés subsahariens en Belgique, mais d’autres pays sont également fort représentés, notamment les deux autres ex-colonies belges, à savoir le Rwanda et le Burundi, mais également le Cameroun, la Guinée, le Togo, la Côte d’Ivoire et le Sénégal (Demart et al., 2017).
- Elle est en moyenne plus jeune que la population belge :

Figure 3. Répartition par âges de la population belge

| - 18 ans | 18-64 ans | + 65 ans |
|----------|-----------|----------|
| 20%      | 60,4%     | 19,6%    |

Source : Statbel, 2022.

Figure 4. Répartition par âges de la population immigrée originaire d'Afrique subsaharienne francophone en Belgique

| - 18 ans | 18-29 ans | 30-44 ans | + 45 ans |
|----------|-----------|-----------|----------|
| 17%      | 46%       | 33%       | 4%       |

Source : Demart et al., 2017

- Elle est répartie inégalement sur le territoire belge : Selon Schoumaker et Schoonvaere (2012), en 2008, les personnes immigrées d'origine subsaharienne sont réparties sur le territoire comme suit : 40% résident dans la Région de Bruxelles-Capitale alors que celle-ci ne compte que 10% de la population totale, 28% vivent en Wallonie et 32% en Flandre. Les migrants originaires de pays francophones, qui représentent la majorité des immigrations subsahariennes en Belgique, résident principalement à Bruxelles ou en Wallonie, alors que ceux originaires de pays anglophones vivent plutôt en Flandre.
- Elle est composée d'une proportion importante de personnes ayant atteint un niveau supérieur d'éducation : Selon Demart et al. (2017), en 2017, 67% des immigrés originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone ont atteint un niveau d'enseignement supérieur. Cela reflète une forte sélection des personnes qui émigrent en provenance des pays africains et le fait que bon nombre d'immigrés viennent en Belgique pour étudier.
- Elle connaît une augmentation conséquente de son nombre de femmes : Selon le CIRé (2020), la proportion de femmes et de jeunes filles qui immigreront en Belgique est en augmentation depuis plusieurs décennies. À l'heure actuelle, près de 50% des migrants arrivés chaque année en Belgique sont des femmes, et ce pourcentage est légèrement plus élevé pour la population originaire d'Afrique subsaharienne francophone (Demart et al., 2017).

A l'image de la population immigrée subsaharienne dans son ensemble, le nombre de demandeurs d'asile en Belgique a également largement augmenté durant la dernière décennie (CGRA, 2022) : près de 26.000 personnes, de toutes origines, ont demandé l'asile en Belgique en 2021. Ce nombre est plus élevé que la moyenne des huit dernières années (CGRA, 2022), alors qu'en 2011, la Belgique était déjà le sixième pays des États occidentaux recevant le plus de demandes d'asile (Keygnaert et al., 2014). Cela peut s'expliquer par l'augmentation de la migration secondaire au sein de l'Europe et par un nombre élevé de demandes ultérieures (CGRA, 2022), mais également par une nouvelle crise de l'accueil qui a débuté en 2021 (Simon, 2020). Le top cinq des pays d'origine des demandeurs d'asile en 2021 est l'Afghanistan, qui occupe de loin la première place, puis la Syrie, la Palestine, l'Érythrée et la Somalie (CGRA, 2022). Ces deux derniers pays font partie de l'Afrique subsaharienne et, en 2021, comptent respectivement 1.560 et 1.115 personnes ayant migré pour demander l'asile en Belgique (CGRA, 2022). De manière générale, beaucoup d'immigrés originaires d'Afrique subsaharienne sont arrivés en Belgique comme demandeurs d'asile (Tabutin & Schoumaker, 2020) : plus de 25% des migrants venus d'Afrique subsaharienne ont obtenu le statut de réfugié, et cette proportion est nettement plus élevée parmi ceux originaires du Rwanda et du Burundi (Demart et al., 2017). En 2021, 40% des demandeurs d'asile en Belgique ont reçu le statut de réfugié et 3,5% d'entre eux celui de protection subsidiaire (CGRA, 2022). Parmi les immigrés originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone et présents sur le territoire belge en 2017, 40% ont déposé une demande d'asile au cours de leur parcours migratoire (Tabutin & Schoumaker, 2020).

Pour ce qui est des personnes en situation irrégulière, il est difficile d'obtenir des chiffres sur ces dernières. Néanmoins, la population résidant sur le territoire belge de manière irrégulière est estimée à 150.000 personnes en 2019 (Caritas international, 2019). Ce nombre est toutefois très fluctuant puisque sur l'ensemble de la population immigrée subsaharienne en Belgique, 19% ont déclaré avoir été sans titre de séjour légal une fois et 10% plusieurs fois (Demart et al., 2017), ce qui met en évidence une certaine précarité administrative des immigrés et le fait que l'irrégularité est souvent transitoire.

### 2.3.3. Motifs migratoires

La migration peut être liée à divers facteurs, comme le besoin de protection internationale, la fuite de violences, le travail, les études, le regroupement familial, etc. (CIRé, 2020). Selon les pays d'origine des immigrés, les raisons de leur migration varient. Par exemple, les personnes provenant des pays du Sahel à destination de la France forment plutôt une migration de travailleurs (Maraux, 2018). Autre exemple, les immigrés subsahariens viennent en Belgique principalement pour chercher l'asile (Tabutin & Schoumaker, 2020), pour cause de regroupement familial ou encore en raison d'une détérioration de la situation économique dans leur pays d'origine (Flahaux et al., 2010).

Le statut des immigrés originaires d'Afrique subsaharienne en Belgique s'est diversifié au cours des années : là où auparavant, leur principal motif pour se rendre en Belgique était de venir y faire leurs études, ils viennent maintenant s'installer pour de nombreuses autres raisons (Kagné & Martiniello, 2001). À l'heure actuelle, la raison principale est celle du regroupement familial (Martiniello & Rea, 2013), mais les immigrés viennent aussi afin de fuir des violences ou la guerre, en quête d'une vie plus prospère ou encore pour venir chercher du travail (Kagné & Martiniello, 2001). Une enquête a été réalisée en 2016-2017 auprès de 905 personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone présentes sur le territoire belge afin de recueillir la raison de départ de leurs pays d'origine : « un peu plus d'un tiers est venu en Belgique pour motifs d'études, un peu plus d'un quart pour des raisons familiales, et un autre quart pour des raisons liées à des conflits » (Demart et al., 2017, p.44). Les autres motifs, qui sont donc minimes par rapport à ceux précédemment exposés, correspondent à des raisons de santé, de travail, d'aventure, etc. (Demart et al., 2017).

Figure 5. Motifs déclarés de départ de leur pays par les immigrés belges originaires d’Afrique subsaharienne

|                    | <b>Famille</b> | <b>Travail</b> | <b>Études</b> | <b>Conflits</b> | <b>Autre</b> | <b>Total</b> | <b>N</b> |
|--------------------|----------------|----------------|---------------|-----------------|--------------|--------------|----------|
| <b>RDC</b>         | 30%            | 2%             | 32%           | 27%             | 9%           | 100%         | 228      |
| <b>Burundi</b>     | 24%            | 0%             | 26%           | 42%             | 8%           | 100%         | 95       |
| <b>Rwanda</b>      | 12%            | 0%             | 20%           | 62%             | 6%           | 100%         | 140      |
| <b>Autres pays</b> | 29%            | 4%             | 43%           | 13%             | 11%          | 100%         | 188      |

Source : Demart et al., 2017.

Il faut toutefois apporter une nuance dans les motifs migratoires : peu de migrants ont un visa économique (Demart et al., 2017), mais cela ne veut pas dire qu’ils ne viennent pas en Belgique pour des raisons économiques, c’est-à-dire dans l’espoir d’y avoir un revenu plus élevé et un niveau de vie plus prospère (Demuijnck, 2007). En effet, les immigrés n’ayant pas de visa économique peuvent également participer à l’économie du pays. Par exemple, beaucoup de personnes, en majorité des femmes, arrivent en Belgique pour motif légal de regroupement familial, mais sont qualifiées et sont à la recherche d’un emploi (Smit, 2021).

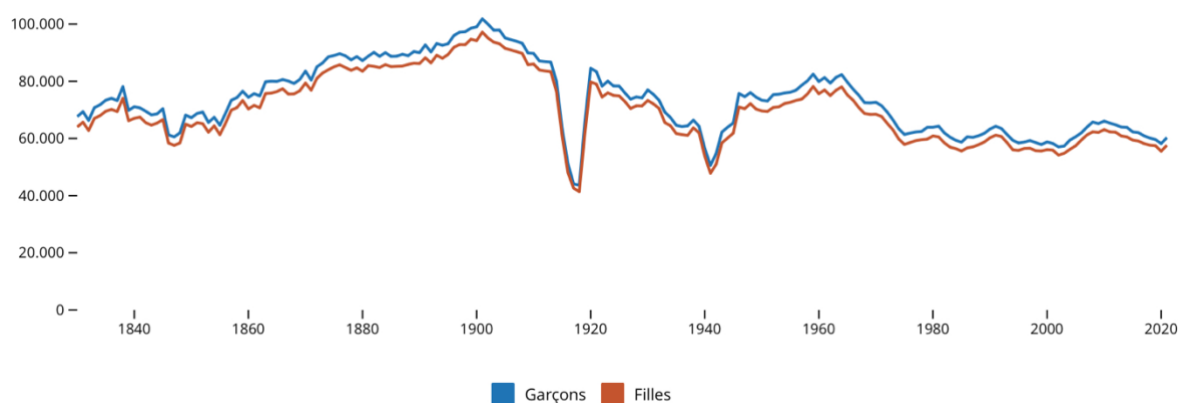
Selon Maraoux (2018), en France aussi, les caractéristiques des immigrées varient selon les raisons de leur migration. Par exemple, l’âge des migrantes est significatif : celles qui sont sur le territoire pour regroupement familial sont arrivées plus jeunes que celles fuyant la guerre ou des violences. Les femmes qui fuient des menaces sont plus souvent déjà mères à l’arrivée. Ce sont également celles qui ont le moins d’enfants par après. Ces constats s’inversent pour les femmes présentes pour regroupement familial. Les femmes venues pour étudier ou travailler, elles, ont plutôt tendance à ne pas avoir d’enfant en arrivant et à en avoir un seul par la suite. Cela peut s’expliquer par le fait qu’étant donné que la majorité d’entre elles est arrivée célibataire en France, elles sont plus à même d’être en couple avec une personne non originaire d’Afrique subsaharienne par la suite. Cela peut mettre à distance la norme procréative de leur pays d’origine.

### III. Fécondité et contraception à travers le monde

#### 3.1. Fécondité et contraception en Belgique

La fécondité en Belgique a beaucoup évolué ces derniers siècles, avec pour cause divers événements historiques et révolutions contraceptives. Selon Statbel (2023), l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) en Belgique s'élève à environ 2,64 enfants par femme en 1960 et à environ 1,54 en 2020. De plus, le nombre de naissances vivantes par année est plus élevé en 1830 qu'il ne l'est aujourd'hui : on en compte environ 132.000 en 1830, et près de 118.000 en 2021. Comme indiqué sur le graphe ci-dessous, ce nombre a dans un premier temps grossi de 1830 à 1900, où il s'est sensiblement rapproché de 200.000, pour ensuite subir une nette diminution jusqu'à la fin de la Première Guerre mondiale. Par la suite, il a augmenté à nouveau, mais de manière moins spectaculaire, durant les Trente Glorieuses, période économiquement très prospère en Belgique. Depuis lors, le nombre de naissances vivantes en Belgique est en baisse presque constante.

Figure 6. Évolution du nombre de naissances vivantes en Belgique de 1830 à 2021



Source : Statbel, 2023.

Aux 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles, la première révolution contraceptive a eu lieu et se caractérise par la diffusion progressive de la méthode du « retrait », appelé coït interrompu, au sein des couples (Le Guen, 2021). Cela a mené à une baisse de la fécondité, ce qui a fortement inquiété les contemporains qui y voient un risque de dépopulation, surtout au sortir de la Première Guerre mondiale (Piette & Gubin, 2002). La baisse de

la natalité suite à cette guerre et le vieillissement de la population, surtout présents en Wallonie, ont amené le Parlement belge à approuver, en 1923, une loi à but « nataliste ». Cette loi interdit la publicité pour les moyens contraceptifs (Rifflet, 1974). Cela a été sans grand effet sur la natalité, qui a continué à baisser, avec pour causes un changement des mentalités (Piette & Gubin, 2002), la crise économique et puis la Deuxième Guerre mondiale (Rifflet, 1974). Néanmoins, cette loi a contribué à maintenir le public dans l'ignorance des méthodes contraceptives modernes. La population transmettait alors ses savoirs sur les pratiques contraceptives de génération en génération, mais celles-ci étaient souvent mal comprises et mal utilisées, et de fausses idées étaient véhiculées (Rifflet, 1974).

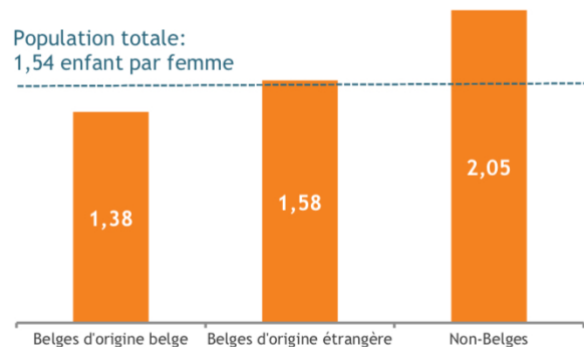
En 1962, les premiers centres de planification familiale ont vu le jour en Belgique, mais c'est seulement après dix ans d'existence, à force de publicité dans les médias et de la véhiculation d'une certaine ouverture d'esprit, que ces centres ont eu du succès (Rifflet, 1974). C'est ainsi que les pratiques contraceptives ont fortement augmenté en Belgique et qu'a eu lieu la deuxième révolution contraceptive, avec la propagation de la pilule et du dispositif intra-utérin (DIU), aussi appelé le stérilet (Le Guen, 2021). De plus, bien que le préservatif existe depuis le 17<sup>e</sup> siècle, c'est seulement dans les années 1980 qu'il se répand à large échelle, pour lutter notamment contre l'épidémie de VIH (Le Guen, 2021).

Ainsi, les pratiques contraceptives se sont largement répandues et médicalisées. D'après Moreau et al. (2009), elles sont devenues la charge des femmes, au contraire du coït interrompu qui relevait plutôt de celle des hommes. Les moyens de contraception contemporains sont symbole de l'émancipation des femmes puisqu'ils leur offrent un contrôle sur leur fécondité. En effet, selon l'atlas contraceptif du Parlement européen (EPF, 2020), près de 60% des femmes européennes en âge d'avoir un enfant utilisent une forme de contraception. Néanmoins, encore 35% des grossesses en Europe ne sont pas désirées, ce qui s'explique notamment par des barrières financières à la contraception dans certains pays. Mais la Belgique se classe dans les premiers pays européens en ce qui concerne l'accès à la planification familiale (EPF, 2020). Selon l'enquête de santé menée dans ce pays en 2018, parmi les femmes sexuellement actives âgées de 15 à 49 ans, plus de 80% utilisent un

moyen de contraception moderne et celles qui sont peu instruites ont moins tendance à en utiliser un (Charafeddine, 2019). Ce pourcentage est supérieur à la couverture contraceptive mondiale qui s'élève, elle, à 75,7% en 2019 (OMS, 2020), d'après diverses enquêtes réalisées auprès de femmes en âge de procréer faisant partie de ménages représentatifs à l'échelle mondiale (World bank group, s.d.). Ainsi, en Belgique, le schéma contraceptif moyen est le suivant : la pilule est d'abord largement utilisée par les femmes quand elles sont jeunes, puis en vieillissant, elles passent à d'autres méthodes, surtout le stérilet, la stérilisation et les méthodes barrière (Charafeddine, 2019).

En Belgique, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) en 2020 est de 1,54 enfant par femme en moyenne (Statbel, 2023). Néanmoins, ce nombre varie en fonction de l'origine des femmes, comme indiqué sur le graphe ci-dessous. Ainsi, de nos jours en Belgique, près de la moitié des naissances sont d'une mère d'origine ou de nationalité non belge, ce qui s'explique par des taux de fécondité plus élevés et une plus grande proportion de femmes en âge de procréer dans ces deux groupes (Bureau fédéral du plan, 2021).

**Figure 7. Nombre moyen d'enfants par femme en Belgique en 2020**



Source : Bureau fédéral du plan, 2021.

Les femmes immigrées semblent donc en moyenne avoir un ICF légèrement supérieur à celui des femmes belges, malgré que la différence ne soit pas très prononcée. Le cas de la France, très proche de la Belgique en termes de localisation, de culture et de manière de fonctionner, nous en apprend davantage : l'ICF des femmes immigrées subsahariennes en France s'élève à 2,9 (Volant et al., 2019). Bien qu'elles aient en moyenne 1,2 enfant de plus que les femmes françaises, cela rend

compte d'une certaine influence du contexte français sur les préférences de planification familiale des femmes immigrées africaines, sans pour autant que cette influence soit absolue (Maraux, 2018), puisque l'ICF moyen en Afrique subsaharienne s'élève à 4,6 en 2021 (Nations Unies, 2022). Une analyse menée par Behrman (2022) sur la migration a révélé qu'en termes de pratiques contraceptives, les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et ayant un titre de séjour légal s'alignent plus sur les femmes françaises, que sur les femmes restées dans leurs pays d'origine. Là où 67% des femmes d'origine française ont recours à la contraception, ce pourcentage est de 56% pour les femmes migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et de 11% pour les femmes subsahariennes restées dans leur pays d'origine. Les femmes migrantes arrivant en France semblent donc s'adapter au nouveau contexte contraceptif dans lequel elles vivent. Toutefois, ces chiffres peuvent être tronqués par un biais de sélection puisque les femmes qui migrent n'ont pas forcément les mêmes caractéristiques que celles qui restent dans le pays d'origine. Comme expliqué dans la *section 2.3.2.*, l'immigré subsaharien moyen en Belgique est jeune (moins de 45 ans) et a un niveau d'éducation supérieur (Demart et al., 2017).

Voici les principaux moyens de contraception utilisés en Belgique, ainsi que leur prévalence au sein de la population féminine présente sur le territoire belge, sexuellement active, âgée de 15 à 49 ans et utilisant un moyen de contraception :

| <b>Moyens de contraception</b> | <b>Effets et fonctionnements</b><br>(INSERM, 2023)                                                          | <b>Pourcentages</b><br>(Charafeddine, 2019) |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| La pilule                      | Contraception hormonale qui se prend de manière orale chaque jour, avec interruption une semaine sur trois. | 48,1%                                       |

|                                              |                                                                                                                                                                                                                              |       |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Le stérilet ou dispositif intra-utérin (DIU) | Se place dans le vagin par un gynécologue, pour une durée de cinq à dix ans pour le stérilet en cuivre, et de cinq ans pour le stérilet hormonal, et empêche l'implantation d'un ovule et le passage des spermatozoïdes.     | 25,8% |
| La stérilisation féminine                    | Intervention chirurgicale qui consiste à obstruer les trompes de Fallope.                                                                                                                                                    | 8,3%  |
| La stérilisation masculine                   | Intervention chirurgicale qui consiste à sectionner les canaux transportant les spermatozoïdes.                                                                                                                              |       |
| Le préservatif masculin                      | Se place sur le pénis en érection et empêche le passage des spermatozoïdes.                                                                                                                                                  | 8,1%  |
| Le préservatif féminin                       | Se place dans le vagin et empêche le passage des spermatozoïdes.                                                                                                                                                             |       |
| Le diaphragme                                | Membrane en silicone ou en latex qui se place sur le col de l'utérus par la patiente avant un rapport sexuel et est laissée pendant six à huit heures après celui-ci, qui consiste à empêcher le passage des spermatozoïdes. |       |
| Le spermicide                                | Gel qu'on glisse au fond du vagin et qui permet de détruire les spermatozoïdes.                                                                                                                                              |       |
| L'anneau vaginal                             | Contraception hormonale en forme d'anneau en plastique souple qui se place dans le fond du vagin par la patiente, avec interruption une semaine sur trois.                                                                   | 3,6%  |

|                         |                                                                                                                                                                                    |      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Le patch                | Contraception hormonale collée par la patiente sur sa peau, avec interruption une semaine sur trois.                                                                               |      |
| L'injection             | Injection d'une contraception hormonale réalisée par un prestataire de soins tous les trois mois.                                                                                  | 3,1% |
| L'implant               | Contraception hormonale ayant la forme d'un petit bâtonnet en plastique qui se place sous la peau du bras de la patiente par un prestataire de soins, pour une durée de trois ans. |      |
| Le coït interrompu      | Sortie du pénis hors du vagin peu de temps avant une éjaculation.                                                                                                                  | 1,7% |
| L'abstinence périodique | Abstinence durant la période du cycle menstruel au cours de laquelle la femme est fertile.                                                                                         |      |
| La pilule du lendemain  | Contraception d'urgence qui consiste à bloquer ou retarder l'ovulation.                                                                                                            | 1,2% |

### **3.2. Fécondité et contraception en Afrique subsaharienne**

Nous assistons de nos jours à un ralentissement de la croissance démographique à l'échelle mondiale (Pison, 2023). Néanmoins, d'après Koba et al. (2019), l'Afrique subsaharienne semble faire exception parmi les autres continents, en présentant une situation assez divergente de ces derniers. En effet, toutes les régions du monde, durant leur transition démographique – c'est-à-dire le moment durant lequel se fait le passage d'un régime démographique « traditionnel », avec de fortes natalité et mortalité, à un régime démographique « contemporain », avec de faibles natalité et

mortalité – ont vu leurs populations s'accroître de manière significative. Mais en Afrique subsaharienne, cette croissance semble sans précédent et beaucoup plus forte que celles qu'ont vécues les autres régions du monde. Elle s'explique par le fait que, même si la baisse de la mortalité en Afrique subsaharienne est amorcée depuis les années 1950, la baisse de la fécondité qui a, elle, débuté dans les années 1980, est très lente, malgré que cette région du monde connaisse un espacement des naissances plus élevé qu'ailleurs dans le monde, suite à des périodes d'allaitement et d'abstinence sexuelle plus longues (Maraux, 2018). Ainsi, là où la population africaine représente 7% de la population mondiale en 1960 (Guengant & May, 2011), ce pourcentage est de 18% de nos jours (Pison, 2023).

D'après Leridon (2015), il est estimé qu'entre l'an 2000 et l'an 2100, la population de l'Afrique subsaharienne se sera multipliée par 6 environ, or ces mêmes estimations s'élèvent à 2,2 pour l'Afrique du Nord et à 1,8 à l'échelle mondiale. De plus, le taux de croissance naturelle annuelle moyen (hors migration) en Afrique subsaharienne est actuellement de 2,5%, contre 1,2% au niveau mondial. Ce taux de croissance plus de deux fois supérieur à la moyenne mondiale s'explique par une forte fécondité. Par exemple, le record mondial de fécondité est détenu par le Niger dont l'indice conjoncturel de fécondité s'élève à 6,9 enfants par femme en 2020 (La Banque mondiale, s.d.). Néanmoins, il est important de noter qu'il existe des différences prononcées en termes de fécondité en fonction des régions de l'Afrique subsaharienne : « l'augmentation de la population d'Afrique australe n'a été que de 31% de 1995 à 2015, contre plus de 71% en Afrique de l'Ouest et de l'Est et 83% en Afrique centrale » (Tabutin & Schoumaker, 2020).

En moyenne, le nombre d'enfants par femme en Afrique subsaharienne s'élève à 4,6 en 2021, contre 1,5 à 3,1 ailleurs, avec une moyenne mondiale de 2,3 (Nations unies, 2022). En comparaison, en 2020, l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) moyen de l'Union européenne s'élève à 1,5, avec la France en tête de liste puisque celle-ci comptabilise une moyenne de 1,8 enfant par femme (INSEE, 2023). Notons que pour avoir une population stationnaire dans le temps, l'ICF devrait s'élever à 2,2 au niveau mondial dans les conditions de mortalité actuelles (Parant, 2023). En Afrique subsaharienne, nous en sommes encore loin, ce qui peut s'expliquer par une

évolution très faible de la fécondité dans cette région du monde durant les dernières décennies, ainsi que par une baisse souvent inférieure à un enfant par femme dans les pays où elle a déjà commencé (Tabutin & Schoumaker, 2020). Toutefois, selon les hypothèses des Nations unies, malgré le fait que cette évolution sera beaucoup plus lente qu'ailleurs dans le monde, l'Afrique finira par « rentrer dans les rangs » : la fécondité du continent atteindrait un ICF entre 1,5 et 2,49 en 2100 (Parant, 2023).

L'Afrique subsaharienne n'est pas une très bonne élève en termes d'utilisation de la contraception, ce qui peut en partie justifier son nombre élevé d'enfants par femme. Là où à l'échelle mondiale 57% des femmes en âge de procréer utilisent une méthode de contraception moderne, ces pourcentages s'élèvent en 2017 à 18% pour l'Afrique de l'Ouest, 13% pour l'Afrique centrale, 38% en Afrique de l'Est et 56% en Afrique australe (Tabutin & Schoumaker, 2020). D'après Bongaarts et Hardee (2019), depuis les années 1990, certains pays d'Afrique subsaharienne, tels que l'Éthiopie et le Rwanda, ont connu une augmentation rapide de l'utilisation des moyens de contraception moderne, alors que d'autres pays, comme le Nigéria par exemple, n'ont pas connu d'évolution significative. Le déterminant principal de l'utilisation de la contraception en Afrique subsaharienne est, d'après ces deux auteurs, l'existence et le renforcement de programmes de planification familiale qui permettent d'informer la population sur la contraception et la fécondité. Ces programmes peuvent augmenter la prévalence de la contraception, à tous les niveaux d'éducation des femmes, bien que l'éducation soit le deuxième déterminant de l'utilisation de la contraception dans cette région. L'amélioration des programmes de planification familiale est directement liée à l'augmentation des actions gouvernementales, à savoir l'engagement plus fort des dirigeants politiques dans les questions de planification familiale et l'augmentation du financement pour la mise en œuvre de celui-ci. En outre, un taux d'utilisation de la contraception bas peut également s'expliquer par un nombre élevé d'enfants souhaité (Leridon, 2015). En Afrique subsaharienne, le nombre idéal d'enfants par femme est compris entre quatre et neuf enfants, alors qu'il s'élève à deux ou trois enfants dans la plupart des autres pays en voie de développement (Guengant & Maga, 2020).

Dès lors, les pays subsahariens ont en moyenne un niveau de fécondité bien plus élevé qu'ailleurs dans le monde. Toutefois, Bongaarts (2017) a montré que ce niveau de fécondité n'est que légèrement plus élevé que les autres régions du monde pour un niveau donné de prévalence contraceptive. En d'autres termes, l'impact sur la fécondité d'une augmentation donnée de l'utilisation des contraceptifs en Afrique subsaharienne n'est pas exceptionnellement faible par rapport à d'autres régions.

Selon Bertouille (2020), les normes culturelles en ce qui concerne la fécondité et la contraception ont aussi une influence significative sur les comportements de santé reproductive des personnes vivant dans une communauté. Si celles-ci ne sont pas favorables à la planification familiale, elles peuvent constituer une barrière importante à cette dernière. En effet, selon leur culture, des représentations sociales ont été transmises aux individus en ce qui concerne leur corps et leur sexualité. Dans certaines mentalités, la pensée même de contrôler leur organisme n'est pas envisageable pour les femmes puisque c'est contraire à l'ordre naturel. Ces représentations sociales concernent également la taille idéale d'une famille, le rôle des enfants dans la communauté, la fertilité d'un couple, les menstruations, le corps féminin, etc. (Asgary & Price, 2018). Toutes les croyances véhiculées sur la contraception et la fécondité au sein des cultures subsahariennes, alors même que certaines peuvent être scientifiquement fausses et mener à d'importantes méconnaissances sur le sujet de la reproduction, sont donc d'une importance cruciale (Bertouille, 2020). La religion est également un élément pouvant influencer la perception des femmes de leur fécondité (Tagang et al., 2021). Cela amène certaines femmes dans un dilemme de taille puisque les religions pro-natalistes valorisent les familles nombreuses et sont un obstacle à la régulation des naissances (Boutter, 2015). Bien que dans certains pays, la femme a le droit légal d'avoir une contraception, cela n'est parfois pas bien vu (Asgary & Price, 2018) puisque le contexte socioculturel et la religion déterminent l'acceptabilité des différents moyens de contraception.

D'autres éléments encore peuvent venir se mettre en travers du droit à la planification familiale des femmes, notamment la vision négative de leur mari quant à la contraception (Simon, 2020), mais aussi les aspects sociaux et financiers, surtout

au sein des populations rurales plus pauvres (Asgary & Price, 2018). Par exemple (Asgary & Price, 2018), dans certaines zones rurales de l'Afrique subsaharienne, une plus grande famille signifie souvent plus de sécurité et de prospérité. Avoir plus d'enfants revient à avoir plus de main-d'œuvre pour l'agriculture, pour protéger les terres et les bêtes, mais également pour effectuer les tâches domestiques et les devoirs familiaux, ainsi que pour s'occuper des parents quand ils deviennent vieux. Pourtant, une baisse de la fécondité apporterait des bénéfices directs pour la santé des mères et de leurs enfants, et permettrait une meilleure répartition des ressources (Casey et al., 2013). En effet, selon Simon (2020), de 2000 à 2015, au niveau mondial, les décès maternels ont chuté de 49% ; et de 1990 à 2015, l'utilisation de la contraception a augmenté de 15%. L'Afrique subsaharienne n'échappe pas à ces tendances, mais les suit de manière plus faible. Bien que les besoins en planification familiale soient davantage satisfaits de nos jours, la population ne cesse d'augmenter, entraînant donc une hausse de la demande, ce qui mène à de nouveaux besoins insatisfaits.

De surcroît, dans plusieurs pays, la contraception est un sujet tabou : les femmes n'ont pas l'habitude d'aborder ces sujets de manière libre (Kane et al., 2018). Dans le cadre d'une étude qualitative menée par Simon (2020) auprès de femmes originaires d'Afrique de l'Est, plus précisément d'Érythrée et d'Éthiopie, celles-ci disent être informées de manière générale, mais ne pas pouvoir en parler, ce qui ne leur permet pas d'adopter une contraception adaptée à leurs besoins individuels. En outre, selon Sarnak et Gemmill (2022), les épouses subsahariennes qui pensent que leurs maris veulent plus d'enfants qu'elles ont plus de chances d'utiliser la contraception de manière cachée. De manière générale, pour qu'un couple subsaharien considère la question de la planification familiale de manière concertée et choisisse une méthode contraceptive fiable, cela nécessite qu'ils aient tous les deux accès à une information suffisante en termes de contraception et de fécondité, afin qu'ils puissent comprendre, d'une part, les différents mécanismes des méthodes de contraception et, d'autre part, les implications familiales du contrôle des naissances (Asgary & Price, 2018). L'impact négatif d'un manque d'informations quant au sujet de la contraception se vérifie dans une étude menée par Bell et al. (2023) auprès de

femmes de 15 à 49 ans vivant dans neuf pays subsahariens : la perception par les femmes d'une altération de la fertilité induite par les contraceptifs est courante et cette croyance est corrélée aux pratiques contraceptives de ces mêmes femmes puisqu'elle est un frein à l'utilisation d'un moyen de contraception moderne.

Ainsi, les différents freins à la contraception moderne présentés ci-dessus mènent à des grossesses non planifiées. À travers le monde, près de la moitié des grossesses sont non désirées, ce qui correspond à environ 121 millions de grossesses par an (UNFPA, 2022). Cela mène à un nombre important d'avortements : en 2021, dans le monde, trois grossesses sur dix sont interrompues volontairement (OMS, 2021). Selon Bankole et al. (2020), en Afrique subsaharienne, entre 2015 et 2019, il est estimé que 33 avortements ont eu lieu chaque année pour 1000 femmes en âge de procréer, alors que la moyenne mondiale est de 40 pour 1000. Dans beaucoup de pays d'Afrique subsaharienne, l'avortement est interdit ou autorisé seulement en cas de danger de mort pour la mère, de viol, d'inceste et de malformation fœtale. Cela permet de justifier un nombre moyen d'avortements plus faible que la moyenne mondiale dans cette région, mais mène à une plus grande proportion d'avortements non sécurisés : « environ 45% de l'ensemble des avortements sont non sécurisés, dont 97% ont lieu dans les pays en développement » (OMS, 2021). En effet, en Afrique subsaharienne, seuls 23% des avortements sont considérés comme sûrs (Bankole et al., 2020). Les avortements non sécurisés peuvent comporter des risques sanitaires pour les mères, à savoir des hémorragies, des traumatismes des organes reproductifs, des infections, etc., et peuvent même parfois mener à la mort (Rossier, 2014).

## **IV. Méthodologie et échantillon**

### **4.1. Méthodologie**

L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence l'impact qu'a un changement de contexte social, politique et économique sur les habitudes de contraception et de fécondité des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne. Il s'agit ici de réaliser une revue de la littérature et de la croiser avec des entretiens, basés sur les vécus, comportements et ressentis de plusieurs femmes subsahariennes venues habiter en Belgique. La démarche qualitative semble la plus adaptée dans le cadre de ce mémoire parce qu'elle permet une compréhension élargie des phénomènes influençant la contraception et la fécondité des femmes africaines immigrées. Cette démarche permet aux répondantes de développer plus amplement leurs réponses et tient donc compte de la complexité des vécus que les êtres humains peuvent rencontrer, sans tenter de les inscrire dans des cases prédéfinies. J'ai choisi de combiner une revue de la littérature et une étude qualitative, afin de mélanger approche théorique et approche empirique, et ce, par souci de complémentarité, mais également pour comparer les résultats obtenus grâce à ces deux approches.

L'échantillon pour cette recherche qualitative a été constitué par activation de mon réseau social personnel et celui des femmes subsahariennes déjà interviewées, ainsi que via des mails envoyés à différentes organisations en contact avec le public recherché (plannings familiaux et autres associations non relatives aux questions de la contraception et de la fécondité, présentes à Bruxelles et en Wallonie). Un message type a été envoyé à ces différentes personnes et organisations pour leur expliquer ma demande et le but de ma recherche (*Annexe 1*). Dans le cas des organisations contactées, il a d'abord fallu passer par la direction de l'organisation pour que celle-ci accepte ma demande. Le cas échéant, mon message explicatif a ensuite été transféré aux femmes correspondant à mon public cible. Sur base volontaire, celles qui étaient prêtes à m'aider m'ont recontactée grâce à mon numéro de téléphone ou mon adresse mail indiqués dans mon message initial. J'ai

dû suivre cette procédure, par obligation des organisations de protéger les identités des femmes en faisant partie. Ainsi, deux personnes de mon échantillon ont été recrutées via mon réseau social personnel, trois autres ont eu vent de ma recherche via la trentaine d'organisations que j'ai contactées et les deux dernières sont des personnes dont j'ai eu les contacts via les femmes que j'avais déjà interviewées. Constituer mon échantillon a été source de difficultés puisque, dans la majorité des cas, il y avait un ou plusieurs intermédiaires avant de peut-être trouver une femme prête à participer à mon étude. De plus, la question de la contraception et de la fécondité peut être vécue par certaines femmes comme trop intime, ce qui a mené à plusieurs refus de participer. Ces différentes difficultés rencontrées expliquent la raison d'un échantillon assez restreint.

La procédure utilisée pour collecter les données a été celle de l'entretien semi-directif. Pour ce faire, un guide d'entretien construit à l'avance a été utilisé (*Annexe 2*). Ce guide est divisé en trois parties majeures : une portant sur le parcours migratoire, une sur le désir d'avoir des enfants et la dernière sur la contraception. Des questions spécifiques relatives au contexte social, politique et économique y sont incluses. Les participantes ont chacune eu le choix de s'entretenir avec moi en présentiel ou à distance via voie téléphonique. Quand la première option a été choisie, j'ai réalisé les déplacements nécessaires à la rencontre.

Afin d'analyser les données, j'ai mis en parallèle les informations récoltées dans les différents entretiens en les regroupant par sujet et question. Ainsi, j'ai pu comparer les dires de chaque participante, ce qui m'a permis de mettre en évidence les ressemblances et divergences entre ceux-ci. Ces résultats permettent de venir illustrer, nuancer, contredire et compléter la revue de la littérature réalisée sur les facteurs sociaux, économiques et politiques ayant un impact sur la fécondité et la contraception des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne vivant en Belgique, afin de les aborder sous un nouvel angle.

## **4.2. Échantillon**

L'échantillon de ma recherche est composé de sept femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne et arrivées en Belgique il y a moins de dix ans. Une limite de dix années a été imposée dans la constitution de l'échantillon pour s'assurer que les femmes interrogées aient encore des souvenirs clairs de leur arrivée en Belgique et du changement que cela a pu provoquer dans leurs habitudes de contraception et de fécondité. Voici les caractéristiques de l'échantillon étudié :

| <b>Participant<br/>(prénom<br/>fictif)</b> | <b>Âge</b> | <b>Origine</b> | <b>Année<br/>d'arrivée</b> | <b>Statut<br/>matrimonial</b> | <b>Type de<br/>logement</b>                                    | <b>Activité<br/>actuelle</b> |
|--------------------------------------------|------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <b>1.<br/>Michelle</b>                     | 32<br>ans  | RDC            | 2021                       | Mariée                        | Logement<br>universitaire –<br>avec son mari                   | Étudiante                    |
| <b>2.<br/>Adeline</b>                      | 34<br>ans  | RDC            | 2020                       | Mariée                        | Logement<br>universitaire –<br>avec son mari<br>et ses enfants | Mère au<br>foyer             |
| <b>3.<br/>Stéphanie</b>                    | 47<br>ans  | Burundi        | 2016                       | Mariée                        | Logement<br>universitaire –<br>avec ses<br>enfants             | Doctorante                   |
| <b>4.<br/>Emmanuelle</b>                   | 33<br>ans  | RDC            | 2021                       | Célibataire                   | Logement<br>universitaire –<br>avec d'autres<br>étudiants      | Étudiante                    |

|                        |           |         |      |             |                                                           |           |
|------------------------|-----------|---------|------|-------------|-----------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5.<br/>Sophie</b>   | 23<br>ans | Sénégal | 2016 | En couple   | Logement<br>universitaire –<br>avec d’autres<br>étudiants | Étudiante |
| <b>6.<br/>Danielle</b> | 29<br>ans | RDC     | 2020 | En couple   | Logement<br>universitaire –<br>avec d’autres<br>étudiants | Étudiante |
| <b>7.<br/>Caroline</b> | 23<br>ans | RDC     | 2021 | Célibataire | Logement<br>universitaire –<br>avec d’autres<br>étudiants | Étudiante |

Toutes les femmes qui ont accepté de répondre à mes questions viennent de la même tranche de population, à savoir une tranche avec de hauts niveaux d’éducation. En effet, elles sont toutes étudiantes (Michelle, Emmanuelle, Sophie, Danielle, Caroline) ou doctorantes à l’université (Stéphanie) et/ou docteurs de formation dans leurs pays d’origine (Adeline, Emmanuelle) et/ou mariée à un docteur (Michelle). Elles ont donc de hauts niveaux d’instruction et sont habituées à être confrontées aux démarches scientifiques. Deux d’entre elles (Stéphanie, Danielle) m’ont d’ailleurs dit comprendre la difficulté de trouver des personnes voulant bien passer un entretien, puisqu’elles-mêmes doivent réaliser un mémoire ou un doctorat, ce qui a été leur raison de participer à ma recherche. De plus, ces femmes font toutes partie d’une tranche de population relativement aisée puisque leur migration internationale engendre un certain coût : celui de la migration et celui des études sur place (Kabbanji et al., 2013 ; Faini, 2002). Toutefois, cela ne signifie pas qu’elles ont forcément beaucoup de moyens pour vivre en Belgique puisque deux d’entre elles (Michelle et Caroline) m’ont dit avoir un budget restreint au quotidien. En outre, toutes les répondantes viennent d’un pays situé en Afrique subsaharienne francophone, et pour la majorité de la République Démocratique du Congo, ce qui

semble logique au vu du fait que toute la communication autour de ma recherche d'intervenantes s'est faite en français, de même pour les entretiens.

En ce qui concerne leurs conjoints, deux des femmes interrogées (Sophie, Danielle) ont un compagnon, rencontré après leur immigration en Belgique. Deux autres (Emmanuelle, Caroline) sont célibataires. Les trois dernières répondantes (Michelle, Adeline, Stéphanie) étaient déjà mariées avant d'immigrer en Belgique. Leurs maris sont, comme elles, de classe sociale supérieure, puisque ceux de Michelle et Adeline sont médecins et celui de Stéphanie est avocat. Les deux premières habitent avec leur mari. Dans les deux cas, ceux-ci ont migré en premier et puis elles les ont rejoints. Les enfants d'Adeline sont d'abord restés avec elle au pays, puis ont rejoint leurs parents en Belgique quelques mois plus tard, après que leur mère ait immigré. Stéphanie, elle, est partie seule. Ses enfants l'ont rejointe par la suite, mais pas son mari qui habite toujours au Burundi. Dans le cas d'Adeline comme de Stéphanie, les enfants semblent avoir immigré afin de suivre leurs mères. Dans les deux cas en effet, les mois de séparation avec leurs enfants ont été mal vécus par ces dernières. Stéphanie explique : *« Ça a été compliqué pour moi de rester loin d'eux, je voulais abandonner ma thèse. Ils sont venus étudier ici pour que je sois un peu tranquille. Comme ça, je pouvais faire la thèse et les voir. Je n'aime pas l'idée d'une maman loin de ses enfants »*. Les trois femmes mariées avant leur immigration disent avoir été soutenues par leurs maris dans leurs démarches migratoires.

Les activités actuelles des immigrées interrogées ne reflètent pas forcément les raisons de leur immigration en Belgique. De plus, la voie légale d'immigration utilisée pour entrer dans le pays ne correspond pas forcément à la raison principale pour laquelle elles sont venues vivre en Belgique :

| Participant    | Activité actuelle | Voie légale d'immigration | Raison de migration évoquée dans l'entretien |
|----------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------------------|
| 1.<br>Michelle | Étudiante         | Études                    | Regroupement familial                        |

|                                |                  |                          |                                                                                    |
|--------------------------------|------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>2.</b><br><b>Adeline</b>    | Mère au<br>foyer | Études                   | Regroupement familial +<br>Recherche d'une meilleure<br>situation socio-économique |
| <b>3.</b><br><b>Stéphanie</b>  | Doctorante       | Travail                  | Travail                                                                            |
| <b>4.</b><br><b>Emmanuelle</b> | Étudiante        | Études                   | Études                                                                             |
| <b>5.</b><br><b>Sophie</b>     | Étudiante        | Regroupement<br>familial | Raison de santé                                                                    |
| <b>6.</b><br><b>Danielle</b>   | Étudiante        | Études                   | Études                                                                             |
| <b>7.</b><br><b>Caroline</b>   | Étudiante        | Études                   | Études                                                                             |

Comme indiqué dans le tableau, dans quatre cas, la raison d'immigration et la voie légale empruntée sont alignées, ce qui n'est pas le cas pour les trois autres répondantes (Michelle, Adeline, Sophie). Le cas de Sophie nécessite d'ailleurs de plus amples précisions : elle est tombée enceinte à 15 ans et a emménagé chez son père qui habitait déjà en Belgique pour pouvoir avorter légalement et de manière sûre. Elle est donc la répondante qui est arrivée la plus jeune sur le territoire belge.

Mon échantillon est donc constitué de femmes originaires d'Afrique subsaharienne francophone, éduquées et relativement aisées, venues en Belgique grâce à un visa étudiant, de travail ou de regroupement familial. Les éléments issus de ma recherche qualitative ne sont valables que pour cette tranche précise de population. Néanmoins, dans ma revue de la littérature, j'aborde également les facteurs sociaux, économiques et politiques ayant un impact sur la fécondité et la contraception des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne, en union ou non, qui sont

demandeuses d’asile en Belgique ou présentes de manière illégale sur le territoire belge. Cela permet premièrement d’offrir une perspective générale sur la question de recherche, avec un focus sur la tranche de population à laquelle appartient mon échantillon ; et deuxièmement de montrer la divergence des réalités vécues selon le statut des immigrées.

### **4.3. Données sur la fécondité et la contraception de l’échantillon**

Chaque personne interrogée a son propre vécu, son propre avis et sa propre vision en ce qui concerne les questions de contraception et de fécondité. Voici un tableau récapitulatif de diverses caractéristiques relatives à la planification familiale des sept femmes rencontrées :

| <b>Participante</b>     | <b>Nombre d’enfants</b>    | <b>Nombre d’enfants idéal</b> | <b>Âges auxquels elle a accouché</b> | <b>Déjà utilisé une contraception moderne ?</b> | <b>Quelle contraception actuelle ?</b>               | <b>Envisageable d’utiliser une contraception moderne par la suite ?</b> |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>1.<br/>Michelle</b>  | Enceinte du premier enfant | 3                             | /                                    | Non                                             | Aucune                                               | Oui                                                                     |
| <b>2.<br/>Adeline</b>   | 3                          | 4                             | 28, 29, 34 ans                       | Non                                             | Méthode traditionnelle : suivi des cycles menstruels | Non                                                                     |
| <b>3.<br/>Stéphanie</b> | 3                          | 4                             | 30, 32, 35 ans                       | Non                                             | Méthode traditionnelle : suivi des                   | Non                                                                     |

|                          |   |   |   |                                                           |                                                                  |     |
|--------------------------|---|---|---|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----|
|                          |   |   |   |                                                           | cycles<br>menstruels                                             |     |
| <b>4.<br/>Emmanuelle</b> | 0 | 3 | / | Non                                                       | Aucune                                                           | Oui |
| <b>5.<br/>Sophie</b>     | 0 | 5 | / | Oui : pilule<br>contraceptive                             | Pilule<br>contraceptive<br>(depuis 3 ans)                        | /   |
| <b>6.<br/>Danielle</b>   | 0 | 2 | / | Oui : pilule<br>contraceptive<br>+ pilule du<br>lendemain | Pilule<br>contraceptive<br>(depuis 2<br>mois)                    | /   |
| <b>7.<br/>Caroline</b>   | 0 | 3 | / | Non                                                       | Méthode<br>traditionnelle :<br>suivi des<br>cycles<br>menstruels | Oui |

Les deux répondantes sous pilule contraceptive (Sophie, Danielle) ont expliqué prendre un moyen de contraception moderne pour réguler leurs cycles menstruels et pour diminuer la douleur engendrée par ceux-ci. Le but premier n'est pas contraceptif. Toutefois, Sophie a déjà eu recours à l'avortement, ce qui l'a confortée dans le choix de se tourner vers une contraception moderne. De plus, Danielle a dit avoir utilisé des méthodes traditionnelles avant de commencer la pilule il y a peu, à savoir la méthode du retrait et le suivi des cycles menstruels.

## **V. Revue de la littérature illustrée par les résultats de l'analyse qualitative**

Ma revue de la littérature concernant les facteurs sociaux, économiques et politiques ayant un impact sur la fécondité et la contraception des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en Belgique est constituée sur base d'une centaine de sources scientifiques francophones et anglophones. Ces sources comprennent des revues de la littérature, des recherches quantitatives et qualitatives, ainsi que des documents officiels d'organisations nationales ou internationales. Elles sont complétées avec les résultats obtenus grâce à mon analyse qualitative, qui viennent les illustrer, les nuancer et/ou les contredire.

### **5.1. Influence d'un autre contexte socioculturel sur la fécondité et la contraception des femmes immigrées subsahariennes**

#### **5.1.1. Déterminants socioculturels de la contraception et la fécondité**

Le mot « culture » possède une double définition (OIM, 2007, p.15-16). D'une part, il s'agit d'un « terme employé pour décrire l'organisation symbolique d'un groupe social, l'ensemble des valeurs fondant la représentation que le groupe se fait de lui-même, de ses relations avec les autres groupes, de ses rapports avec l'univers naturel ». D'autre part, la culture correspond à un « ensemble de coutumes, croyances, langage, idées, goûts esthétiques, connaissances techniques ainsi que, plus généralement, toute disposition ou usage acquis par un groupe social ». Les déterminants socioculturels de santé correspondent, eux, à « l'ensemble des normes, des valeurs, des savoirs et des pratiques populaires en lien avec la santé, régissant les manières de faire, de dire et de penser la santé, la maladie ou encore le soin » (Gumucio & Bouchon, 2012, p.4-5).

Dans toutes les sociétés, les êtres humains ont des représentations culturelles différentes par rapport au corps, à la santé et à la sexualité. Toutefois, les

déterminants socioculturels évoluent de manière individuelle, en fonction du lieu de vie, des vécus et des rencontres de chaque personne (Simon, 2020). Ils dépendent du contexte relationnel, de la classe sociale et du rapport de chacun à sa culture d'origine (Cuche, 2016). Ces déterminants socioculturels sont en constante évolution et peuvent notamment être bouleversés par la migration (Leire, 2015).

D'après Cuche (2016), les migrants peuvent mettre en place des « stratégies identitaires », c'est-à-dire qu'ils ont une certaine marge de manœuvre en ce qui concerne leur identité culturelle. L'évolution culturelle et les stratégies identitaires mises en place ont un lien direct avec le degré d'acculturation des migrants. L'acculturation correspond à l'« ensemble des changements apportés aux modèles culturels initiaux résultant de contacts directs et continus entre des groupes d'individus de culture différente » (OIM, 2007, p.6). Il s'agit d'un processus bidimensionnel : d'une part l'interrogation se porte sur la maintenance ou la perte de la culture d'origine, et d'autre part sur la participation ou non dans la culture d'arrivée, ce qui signifie que deux cultures peuvent être en présence en même temps, sans que le maintien ou l'adoption de l'une n'aille forcément de pair avec l'abandon ou le rejet de l'autre (Leire, 2015). Ainsi, quatre types d'attitude de migration existent (Berry & Sam, 1997). La première est l'intégration, c'est-à-dire que les migrants maintiennent leur culture d'origine, tout en participant à la nouvelle culture. Ils font donc une synthèse des deux. La deuxième attitude est l'assimilation, en d'autres mots, la perte de la culture d'origine et la participation accrue dans la nouvelle culture. La troisième est la séparation, durant laquelle les migrants gardent une haute valeur de leur culture d'origine et des valeurs que celle-ci porte, en évitant les contacts avec la culture d'arrivée. Enfin, l'attitude de marginalisation consiste en une perte de la culture d'origine, tout en n'acceptant pas la nouvelle culture.

Figure 8. Tableau des stratégies d'acculturation

|                                                                                                                                       |     |                                                                                                                      |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                       |     | Maintien de la culture d'origine :<br>Est-il important de conserver son identité et ses caractéristiques d'origine ? |                 |
|                                                                                                                                       |     | Oui                                                                                                                  | Non             |
| Contact et participation avec l'environnement socioculturel :<br>Est-il important d'établir des relations avec la société d'accueil ? | Oui | Intégration                                                                                                          | Assimilation    |
|                                                                                                                                       | Non | Séparation / Ségrégation                                                                                             | Marginalisation |

Source : Amin, 2012.

Bien que les sujets de la contraception et de la fécondité soient tabous dans certains pays d'Afrique subsaharienne de par la culture qui y est prédominante (Kane et al., 2018), une enquête qualitative réalisée par Simon (2020) en Belgique auprès de femmes immigrées en âge de procréer provenant d'Érythrée et d'Éthiopie a montré que certaines d'entre elles semblent s'accommoder de la facilité avec laquelle ces sujets sont abordés en Belgique. Ce constat confirme le fait que les déterminants socioculturels d'une personne peuvent évoluer en fonction de son lieu de vie. La culture, bien qu'elle soit un élément important à considérer, n'est donc pas forcément un frein à la planification familiale (Bertouille, 2020) et ne définit pas une personne en soi (Leire, 2015). Tout dépend de l'évolution de ses représentations culturelles, qui elle-même est dépendante du degré d'acculturation de la personne immigrée, de son vécu personnel, de sa classe sociale et de son contexte relationnel.

Les données qui ressortent de mes entretiens confirment des différences culturelles entre la Belgique et les pays d'Afrique subsaharienne concernant la contraception et la fécondité. Ces sujets sont souvent décrits comme mal connus et tabous dans leurs pays d'origine par les personnes interviewées. Caroline explique que la vision de la contraception est différente en Belgique et en RDC : « ... les méthodes contraceptives sont mal perçues chez nous à cause des limitations culturelles, des croyances. Les gens ne sont pas assez informés, ne sont pas assez éduqués pour pouvoir comprendre l'importance d'utiliser les méthodes contraceptives. [...] Alors qu'ici, ils ont cette facilité d'accéder aux préservatifs par exemple, qui sont presque gratuits. [...] Aussi,

*la culture ici facilite l'utilisation [de la contraception]* ». De manière générale, les femmes rencontrées trouvent que les questions de fécondité et de contraception sont beaucoup plus facilement abordées en Belgique. Stéphanie déclare à ce propos : « ... *ici, les gens sont à l'aise de s'exprimer sur le sujet, alors que chez nous c'est un peu tabou. [...] Ici, on en parle, même à la télé on voit des gens qui en parlent tranquillement* ». La contraception est décrite comme un sujet banal pour la population belge, alors que les femmes qui prennent une contraception en Afrique doivent parfois le faire en secret. C'est le cas notamment de Sophie : « ... *quand je vais au Sénégal pendant les vacances, ma plaquette je la cache bien dans mon portefeuille, et si jamais on la trouve, je dis que je la prends parce que j'ai des règles douloureuses* ». Danielle explique d'ailleurs que la contraception est particulièrement mal vue chez les jeunes puisqu'en prendre une signifie avoir une vie sexuellement active, pourtant celle-ci n'est culturellement pas admise avant le mariage. Une autre différence culturelle émise par deux personnes interrogées (Adeline, Emmanuelle) vient du fait qu'une grande majorité des Africains veulent avoir plusieurs enfants, ce qui n'est pas le cas des Belges selon elles. D'après Emmanuelle, « ... *en Belgique, je trouve que la majorité des femmes n'ont pas vraiment de désir d'avoir plusieurs enfants, alors que chez nous en Afrique [...] on dit qu'avoir plusieurs enfants c'est de la richesse* ». Il n'y a donc personne qui passe toute sa vie sous méthode contraceptive, comme cela peut être le cas ici.

Durant les entretiens réalisés, les cinq personnes n'utilisant pas de contraception moderne et n'en ayant jamais utilisé une justifient ce choix par diverses raisons. Michelle explique qu'elle a des problèmes de santé à cause desquels il lui est très difficile de tomber enceinte. Elle attend actuellement son premier enfant, alors qu'elle essaie de concevoir depuis sept ans. Adeline n'utilise pas de méthode contraceptive moderne parce qu'elle se méfie des effets secondaires de celle-ci et a peur de ne plus pouvoir tomber enceinte par la suite si elle en utilisait une : « *En tant que médecin, je connais les avantages et désavantages de toutes ces méthodes-là. [...], Je connais les problèmes que j'ai [...] pour tomber enceinte [...] donc je n'utilise pas ces méthodes-là parce qu'elles ont beaucoup d'effets secondaires* ». Elle ajoute : « ... *je voyais aussi des femmes qui avaient des soucis avec les méthodes qu'elles*

*utilisaient. Ça les rendait malades ».* Stéphanie évoque, elle, des raisons religieuses : *« Je suis chrétienne. Puisque la Bible dit que ce n'est pas bien, je ne le fais pas ».* Enfin, Emmanuelle et Caroline ont une vie sexuelle non active, ce qui explique leur non-utilisation d'un moyen de contraception moderne. Dans les cas d'Adeline et de Stéphanie, l'absence d'usage d'une méthode contraceptive moderne s'explique donc par leurs croyances, ce qui renvoie directement à leurs déterminants socioculturels. Comme expliqué dans la *section 4.*, ces croyances ne semblent toutefois pas issues d'un manque d'instruction, puisqu'Adeline est médecin et Stéphanie réalise un doctorat.

Deux personnes affirment que leur vision de la contraception a évolué depuis leur arrivée en Belgique. Il s'agit des deux femmes qui utilisent actuellement la pilule contraceptive (Sophie et Danielle). Sophie a d'ailleurs témoigné : *« J'ai vraiment une autre vision de la contraception maintenant. Quand je suis arrivée à l'Université, j'ai reçu un petit sac et il y avait un préservatif dedans, et j'étais un peu choquée. Je me demandais dans quoi je m'étais embarquée. Mais au fur et à mesure, mon idée de la contraception a changé ».* Malgré une intégration dans son quotidien des pratiques contraceptives belges, Sophie me confie tout de même que le sujet reste tabou au sein de sa famille et qu'elle ne se voit pas avoir un enfant hors mariage. Pour Danielle, il n'était pas envisageable de prendre la pilule quand elle était en RDC, mais elle la prend maintenant qu'elle est en Belgique parce que, selon ses dires, *« Ici – excuse-moi le terme – les pilules c'est comme des bonbons ».* Sophie et Danielle ont donc opté pour une stratégie d'acculturation de type « intégration », puisqu'elles adoptent une vision de la contraception identique à celle de l'environnement socioculturel dans lequel elles baignent. À l'inverse, pour les deux répondantes disant ne jamais vouloir utiliser de méthode contraceptive moderne (Adeline, Stéphanie), il s'agit plutôt d'une stratégie de type « séparation », puisqu'elles rejettent les normes culturelles de l'environnement socioculturel dans lequel elles vivent, du moins pour la question de la contraception.

En outre, trois répondantes (Michelle, Adeline, Stéphanie) mentionnent l'aide de Dieu pour avoir des enfants. Michelle a annoncé : *« Si Dieu me permet de retomber enceinte six mois ou un an après l'accouchement ... »* ; et Adeline a dit : *« Il y a mon*

*Dieu qui m'a aidée* ». Comme le montrent Demart et al. (2017) dans une enquête réalisée en Belgique en 2016-2017 auprès de 805 personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone, près de 95% des immigrés déclarent avoir une religion. Ces croyances religieuses peuvent avoir un impact sur la fécondité puisque toutes les obédiences religieuses sont natalistes, mais aussi parce que la religion peut influencer le choix de la méthode contraceptive, selon une étude menée au Cameroun sur base des données de l'enquête démographique et de santé réalisée dans le pays en 2018 (Yah & Makembe, 2023). Toutefois, il faut nuancer le lien entre fécondité, contraception et religion (du Loû, 2015) : il n'existe pas de relation automatique entre ces composantes. Cela se vérifie dans les entretiens réalisés : quatre répondantes n'abordent même pas la question de la religion, deux y font référence et seulement une (Stéphanie) la décrit comme la cause première de sa décision de ne pas utiliser de moyen de contraception moderne. Les effets de la religion sur la contraception et la fécondité sont donc parfois existants, mais varient d'une personne à l'autre. La religion est un facteur à prendre en considération de manière individuelle. Toutefois, les traditions religieuses pro-natalistes qui prédominent dans les pays africains peuvent expliquer que le sujet de la contraception soit tabou dans ces pays (Boutter, 2015).

Selon l'enquête qualitative réalisée, les déterminants socioculturels sont donc importants dans la compréhension des facteurs influençant l'utilisation de la contraception des femmes immigrées originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone. Leur immigration en Belgique peut avoir un effet sur leur utilisation de la contraception puisqu'elle peut mener à des changements dans les déterminants socioculturels de ces femmes, via le phénomène d'acculturation, et peut aussi leur permettre d'avoir plus facilement accès à l'information sur la contraception vu que ce sujet n'est pas tabou en Belgique, contrairement à leurs pays d'origine. Néanmoins, ces déterminants varient pour chaque individu, peuvent évoluer dans le temps et doivent être compris comme un équilibre propre à chaque personne établi entre des éléments émanant de la culture d'origine et d'autres en provenance de la culture d'accueil.

Toutefois, le fait que seules deux femmes (Sophie, Danielle) sur les quatre qui souhaitent contrôler leur fécondité (Adeline, Stéphanie, Sophie, Danielle) utilisent un moyen contraceptif moderne pourrait peut-être également s'expliquer par leur arrivée récente en Belgique. En effet, selon Maraoux (2018), en France, chez les femmes immigrées présentes depuis plus de dix ans sur le territoire, il est observé que les normes culturelles et croyances qui supposent une plus faible utilisation de la contraception semblent perdre leur poids au fil du temps. L'auteur en apporte l'illustration grâce à une enquête réalisée en France en 2012-2013 auprès de 270 femmes en âge de procréer : avant d'arriver en France, 15% des femmes originaires d'Afrique subsaharienne disposaient d'une contraception et 30% seulement avaient déjà fait usage du préservatif. Parmi les personnes de cette population ayant besoin d'une contraception et étant depuis plus de dix ans sur territoire français, 73% ont une contraception médicale, 15% utilisent le préservatif et seulement 12% n'ont pas de contraception ou utilisent des méthodes naturelles. Ces pourcentages sont similaires à ceux pour la population générale en France. En outre, dans le cadre de ma recherche qualitative, il est intéressant de noter une corrélation entre l'utilisation de la pilule contraceptive par Sophie, d'une part, et le fait qu'elle soit la répondante qui est arrivée la plus jeune en Belgique (15 ans) et qui habite sur le territoire belge depuis le plus longtemps (9 ans), d'autre part. Il serait dès lors intéressant dans une future étude qualitative de s'attarder sur une tranche de population qui est arrivée en Belgique il y a plus longtemps, afin de comparer les résultats obtenus.

Selon Simon (2020), il est primordial que les déterminants socioculturels soient pris en considération par les professionnels de la santé, car ceux-ci peuvent expliquer pourquoi une immigrée ne voudrait pas accepter tel ou tel moyen contraceptif. Il est nécessaire de se pencher sur les valeurs, les croyances, les représentations sociales, les émotions et les besoins des femmes migrantes pour les aiguiller dans leurs choix contraceptifs. Par exemple, dans certaines cultures, l'utilisation du préservatif n'est pas tolérée, car il est synonyme de « vagabonde sexuelle ». Cette dimension est essentielle pour pouvoir proposer des méthodes contraceptives que les femmes jugeront acceptables. Malheureusement, d'après Bertouille (2020), ces compétences culturelles ne semblent parfois pas encore sur pied parce que tous les soignants ne

se sentent pas forcément concernés par l'importance de l'interculturalité, et ne se sentent donc pas responsables de l'adaptation culturelle.

### **5.1.2. Réseau social**

Le réseau social et les normes établies au sein de celui-ci ont une influence sur le degré d'acculturation. Dans le cas des immigrés, deux principaux réseaux sociaux sont à prendre en considération : celui dans le pays d'origine et celui dans le pays de destination (Bertouille, 2020). Il est dès lors difficile d'appréhender le réseau social d'un migrant dans sa totalité puisqu'il est morcelé dans l'espace.

L'entourage, c'est-à-dire la famille et les amis présents en Belgique ou ailleurs, joue un rôle non négligeable dans les questions de contraception et fécondité, via l'influence sociale (Musalia, 2005). Au sein du réseau social circulent des idées et des comportements qui découlent du partage d'expériences et de conseils, ainsi que de perceptions communes du monde (Lowe & Moore, 2014). Ceci renvoie également au concept de contrôle social, qui peut être défini comme « l'ensemble des dispositifs employés dans une société pour assurer la cohésion sociale et assurer le respect des règles édictées » (Riutort, 2013, p.75). Ainsi, lorsque les normes sociales, c'est-à-dire les « prescriptions de comportements ou d'attitudes considérés comme souhaitables » au sein d'un groupe donné ne sont pas respectées, « tous les individus présents ont la possibilité d'intervenir et de désapprouver ce comportement en octroyant une sanction négative à son auteur » (Chekroun & Brauer, 2004, p.84).

Le réseau social peut donc être une barrière à la planification familiale, par exemple par le partage d'informations erronées, la transmission de certaines normes culturelles ou une fermeture d'esprit face à cette question, mais peut également être un levier, via des traductions, de l'échange d'informations correctes et même un accompagnement aux consultations médicales pour soutien émotionnel (Bertouille, 2020). Il a en effet été démontré que les conseils collectifs d'autres personnes au sein d'un réseau social affectent les comportements de contraception et de fécondité des femmes, peu importe que les informations partagées soient correctes ou non (Edmonds et al., 2012). En outre, l'effet de l'influence sociale est d'autant plus fort

que les immigrés sont regroupés par ethnies puisque cela favorise la circulation de conceptions spécifiques quant aux questions de contraception et de fécondité (Madhavan et al., 2003).

Au sein de l'échantillon étudié, l'influence du réseau social est difficile à analyser puisque je ne me suis pas spécifiquement concentrée sur les interactions au sein des réseaux sociaux de chaque personne interrogée. Néanmoins, certains éléments sont à souligner. Premièrement, deux groupes distincts semblent se dégager : l'un formé de personnes ayant un cercle social étendu (Emmanuelle, Sophie, Danielle, Caroline) puisqu'elles vivent en communauté avec d'autres étudiants, et l'autre composé de personnes ayant un cercle social plutôt restreint (Michelle, Adeline, Stéphanie) puisqu'elles vivent avec leur mari et/ou leurs enfants. Tout en évitant de faire un lien de cause à effet trop rapide, il est intéressant de remarquer que toutes les personnes ayant un cercle social étendu envisagent d'utiliser une contraception moderne dans le futur, ce qui n'est le cas que d'une personne sur les trois ayant un cercle plutôt restreint. De plus, là où Adeline, qui utilise une méthode contraceptive traditionnelle, a un cercle social restreint et témoigne d'une certaine méfiance envers la population locale : « *On n'est pas trop liés à des gens ici, on ne fait pas confiance à n'importe qui ...* » ; Sophie, qui utilise la pilule contraceptive au quotidien, explique avoir une vie sociale très active qui l'a menée à se familiariser davantage avec les méthodes de contraception moderne : « *..., je suis baignée [dans les sujets de la contraception], surtout à [nom de la ville] où il y a pas mal de jeunes. [...] Ils sont très très très très à l'aise avec ça. [...] C'est devenu un sujet banal* ». Il peut être conclu de l'ensemble des témoignages qu'avoir un réseau social étendu donne plus de possibilités de se confronter à d'autres points de vue liés à la culture de destination, ce qui peut consister en un levier pour mener à être à l'aise avec l'utilisation ou l'idée d'utiliser une méthode contraceptive moderne. Deuxièmement, les deux personnes utilisant la pilule contraceptive (Sophie, Danielle) disent être soutenues par leur partenaire rencontré en Belgique, mais pas forcément par leur famille. Les parents de Sophie ne savent d'ailleurs même pas qu'elle utilise une méthode contraceptive moderne. Ce constat met en évidence qu'une certaine tension entre le réseau social d'origine et celui d'arrivée peut exister.

Selon deux répondantes (Adeline, Stéphanie), le réseau social a également un impact sur la façon dont les femmes vivent la maternité. Stéphanie, qui a eu ses trois enfants au Burundi, déclare à ce sujet : « *Chez nous, il y a un système de cohésion sociale. [...] Dès que j'ai accouché, il y avait plein de monde qui est resté là. [...] j'étais entourée. [...] Il y a un autre facteur qui m'a mise à l'aise : j'avais une fille de ménage et un domestique, donc je me reposais jusqu'à ce que je reprenne le travail. Je pense que ça n'aurait pas été le cas si j'avais accouché ici. Quand je vois mes amies qui accouchent ici, quand elles quittent l'hôpital, elles sont obligées de travailler, de laver leur bébé, de faire la cuisine. Alors que moi, il y avait des gens qui le faisaient pour moi ...* ». Adeline renchérit : « *Quand [mes enfants] sont arrivés, en 2021, c'était difficile parce qu'il fallait mélanger les études, les jobs et les enfants au même moment. C'était difficile de s'en sortir pour moi en tant que femme ménagère, en tant que femme au foyer. En plus, le troisième enfant est arrivé donc la situation s'est aggravée parce que le ménage avec trois enfants, ce n'est pas facile. En Europe, c'est difficile d'avoir une famille nombreuse entre guillemets par rapport au Congo. Parce qu'au Congo, vous avez des tantes qui sont là, des nounous qui sont là* ». Ces deux extraits mettent en lumière la difficulté de la maternité pour les femmes, sans avoir de l'aide du réseau social autour de soi, tant de la part de membres de la famille proche et étendue, que d'aides domestiques. Ce réseau social semble beaucoup plus fort et soutenant en Afrique, selon les dires des personnes interviewées. La façon dont la maternité est perçue en Belgique peut dès lors être un frein à une fécondité élevée puisqu'avoir un enfant engendre beaucoup plus de tâches et de contraintes ici que dans les pays dont les femmes subsahariennes sont originaires.

Le statut migratoire est également un élément essentiel à prendre en considération puisque les femmes en séjour irrégulier et les demandeuses d'asile se créent plus difficilement un réseau social. Elles sont souvent très isolées puisqu'elles n'ont pas toujours de travail et ne sont pas scolarisées (Bertouille, 2020). Le statut migratoire des femmes influence donc l'étendue du réseau social dont elles bénéficient, ainsi que leur degré d'acculturation, et donc l'évolution de leurs croyances socioculturelles, notamment en ce qui concerne la fécondité et la contraception.

Néanmoins, il ne s'agit pas du sujet principal de ma recherche et cela n'est donc pas traité dans mes entretiens.

En ce qui concerne la fécondité, le nombre idéal d'enfants pour les femmes interviewées varie entre deux et cinq. Ces chiffres sont beaucoup plus élevés que l'indice conjoncturel de fécondité (ICF) belge qui s'élève à 1,54 enfant par femme (Statbel, 2023). Néanmoins, ils sont moins élevés que les ICF des pays dont les participantes sont originaires, sauf pour le Sénégal. En effet, en 2021, la RDC a un ICF de 6,2, le Burundi de 5,1 et le Sénégal de 4,4 (La Banque mondiale, s.d.). Il ne semble pas y avoir de lien clair entre le nombre désiré d'enfants et les déterminants (socioculturels et relatifs au réseau social) analysés dans cette recherche. De fait, l'ampleur du cercle social ne semble pas avoir d'impact sur le nombre désiré d'enfants par les répondantes. Par exemple, à la fois Danielle qui souhaite avoir deux enfants et Sophie qui en veut cinq, ont un cercle social étendu. Ce sont également ces deux mêmes femmes qui utilisent actuellement un moyen de contraception moderne. L'utilisation ou non d'un moyen de contraception moderne n'est donc pas corrélée au nombre d'enfants souhaité. Toutefois, même si aucun lien clair n'a pu être établi dans le cadre de cette recherche, des liens pourraient exister avec d'autres facteurs, notamment des facteurs individuels. Il pourrait dès lors être intéressant, dans une recherche ultérieure, d'identifier et de développer ces facteurs. Nous retiendrons simplement ici que le nombre désiré d'enfants par les femmes interviewées est relativement élevé, ce qui donne une indication sur le maintien de certaines normes de fécondité originaires des pays subsahariens dans l'esprit de plusieurs femmes d'Afrique subsaharienne après leur immigration en Belgique.

### **5.1.3. Counseling contraceptif**

Outre les déterminants socioculturels et le réseau social, les contacts entre la personne immigrée et les prestataires de soins constituent une composante sociale primordiale dans l'accès à la planification familiale et la volonté pour la personne d'origine subsaharienne d'y avoir recours.

Le counseling contraceptif est « le face-à-face, la communication personnelle au cours de laquelle une personne aide une autre à prendre des décisions et à agir en fonction de celles-ci » (Leire, 2015, p.20) dans le cadre du choix d'une méthode de contraception qui lui est adaptée, tant médicalement que personnellement.

Trois facteurs sont essentiels à la réussite de ce counseling. Le premier est la relation de confiance entre le prestataire de santé et la patiente : au plus le conseiller est doux, est pédagogue, met en confiance, fait preuve d'habileté, adapte son langage et fait preuve d'une écoute active, au plus le counseling est optimal (Leire, 2015). D'après Bertouille (2020), plusieurs rendez-vous médicaux réalisés par le même soignant sont généralement nécessaires avant d'aborder la question de la planification familiale, surtout avec une patiente en séjour irrégulier. Une prise en charge globale et continue sur le plan relationnel apparaît comme essentielle pour leur donner accès à une contraception satisfaisante. Cette confiance peut être apportée aux femmes de diverses manières. Par exemple, pour les femmes sans-papiers, les séances collectives se révèlent pertinentes, car elles ont moins peur de poser leurs questions lorsqu'elles sont en groupe.

Le second facteur influençant la réussite du counseling contraceptif est la qualité des informations données. Informer les femmes migrantes sur les risques et bénéfices réels de la contraception permet d'augmenter la proportion d'immigrées qui ont un besoin satisfait de planification familiale (Asgary & Price, 2018). En effet, la position des femmes quant à la contraception s'appuie parfois sur de fausses croyances qui se transmettent souvent du bouche-à-oreille, telles que l'apparition d'effets secondaires néfastes, la baisse de la fertilité ou encore le tort que pourrait faire la contraception à leurs futurs bébés (Simon, 2020). Selon vingt-deux études empiriques sur l'implication des migrants et minorités ethniques dans les « soins maternels » (De Freitas et al., 2020), au niveau mondial, il a été constaté que l'accès à l'information en ce qui concerne la planification familiale est plus difficile pour les migrants que pour les locaux. Les professionnels de la santé n'ont parfois pas le temps, l'intérêt ou les compétences pour s'adapter aux patientes immigrées, ce qui porte préjudice à la qualité des soins reçus, ne permet pas de répondre aux préférences des femmes migrantes et les rend moins au courant de toutes les

possibilités de contraception qui s'offrent à elles. En outre, selon Schmitt (2020), il semble difficile pour les femmes de s'informer de manière neutre sur la contraception, car les médecins répondent à une norme contraceptive qui est ancrée dans leur profession depuis des décennies. Cette norme consiste à commencer la vie contraceptive des femmes avec le préservatif masculin, pour ensuite prendre la pilule quand la personne est dans une relation stable, et plus tard installer un stérilet une fois son nombre désiré d'enfants atteint.

Le troisième facteur est le respect du niveau d'investissement souhaité par les patientes. D'après De Freitas et al. (2020), certaines se sentent plus à l'aise à être passives et d'autres actives dans le choix de leur contraception. Un investissement actif correspond au fait d'apporter des informations pertinentes aux patientes, de leur demander leur opinion et de les impliquer dans le processus de décision. Un investissement passif consiste plutôt à faire confiance aux médecins, sans se poser de questions ou sans tout comprendre, et à attendre d'eux de prendre une décision pour elles sans les impliquer. La responsabilisation de la patiente face à sa maladie ou son propre corps est parfois mal vécue par certaines immigrées, qui sont davantage habituées à une médecine paternaliste (Boudouh, 2020). De Freitas et al. (2020) ajoutent que, quand les immigrées sont impliquées au degré d'investissement qui leur correspond, cela mène à des résultats positifs en termes de santé. Ce taux d'investissement est déterminé par le contexte socioculturel dans lequel les migrantes vivaient dans leur pays d'origine, leurs croyances, leurs difficultés à accéder à l'information ou à exprimer leurs préférences, ainsi que par l'attitude des professionnels de la santé qu'elles rencontrent. Au niveau mondial, certaines études ont démontré que les femmes immigrées ont tendance à moins prendre part au processus de décision quant à leur contraception que les femmes natives. Néanmoins, selon deux études qualitatives menées en Belgique et aux États-Unis auprès de femmes en âge d'avoir des enfants (Leire, 2015 ; Dehlendorf et al., 2013), la plupart des répondantes immigrées subsahariennes veulent contrôler le choix final d'une méthode de contraception les concernant. Ces études révèlent qu'en moyenne, elles désirent plus d'autonomie en ce qui concerne leur santé contraceptive qu'en santé générale. Il est essentiel pour la majorité d'entre elles de

connaître les différents choix qui s'offrent à elles. Il leur est également primordial que le conseiller les comprenne en tant qu'individu à part entière, et non comme faisant partie d'un groupe social stéréotypé. Ce modèle de prise de décision médicale est celui du « *shared decision making* », c'est-à-dire un accord mutuel prenant en compte les constats médicaux et les préférences de la patiente.

La langue peut également constituer une barrière importante dans le counseling contraceptif. Cette dernière peut être résolue par la présence d'un interprète, même si cela remet en cause le secret professionnel. Pour cette raison, il est préférable d'avoir recours à un interprète professionnel afin de garantir la confidentialité, mais cela est parfois difficile à obtenir (Boudouh, 2020). Dans les faits, l'interprète est donc souvent un proche de la patiente, ce qui peut avoir diverses conséquences négatives (Bertouille, 2020 ; De Freitas et al., 2020) : une mauvaise traduction des termes médicaux et donc une mauvaise transmission des informations, une responsabilité difficile donnée à l'interprète en cas de mauvaise nouvelle à annoncer, un temps d'échange réduit, ainsi qu'une réduction de la liberté de la personne immigrée dans ses choix contraceptifs et de fécondité. La question de la langue est cruciale : une étude quantitative basée sur les registres nationaux de la Suède (Esscher et al., 2014) et une étude qualitative menée aux Pays-Bas auprès de quarante personnes immigrées (Jonkers et al., 2011) ont démontré que les problèmes de communication entre professionnels de la santé et immigrées sont associés au développement de davantage de maladies et à des taux de mortalité plus élevés chez les femmes migrantes. Dans les entretiens réalisés, la question de la langue n'a pas été abordée puisque toutes les personnes interrogées proviennent de pays francophones.

De surcroît, tout comme les personnes immigrées, les professionnels de la santé sont également influencés par le milieu social dans lequel ils vivent. Dans l'étude qualitative menée par Bertouille (2020) auprès de cinq professionnels de la santé, la plupart d'entre eux semblent avoir la volonté de ne pas faire de discrimination entre femmes migrantes et femmes non migrantes, mais certains ont tout de même une représentation négative des immigrés, et en particulier des personnes sans titre de séjour valide. Selon Leire (2015), un bon prestataire de soins est donc une personne qui sait se remettre en question et qui est consciente de ses propres préjugés et

valeurs. Il est essentiel que les soignants ne fassent pas de généralisations et qu'ils évitent les représentations stéréotypées. Un stéréotype se définit comme une image que l'on se forme des autres groupes, en rattachant certaines caractéristiques à ces groupes, en les catégorisant et en leur donnant une connotation évaluative (Leire, 2015). L'enquête de la Fondation Roi Baudouin réalisée en Belgique en 2016-2017 auprès de 805 personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone a révélé que près de 80% des répondants ont déjà subi des discriminations quant à leur couleur de peau ou leur origine (Demart et al., 2017).

Un méta-stéréotype, lui, concerne « les croyances d'une personne concernant le(s) stéréotype(s) que les membres de l'exogroupe entretiennent à l'égard de son propre groupe » (traduit de Vorauer et al., 2000). C'est donc ce qu'un membre d'un groupe d'appartenance estime que l'autre pense de lui. Au plus un membre s'identifie à son groupe d'appartenance, au plus il est influencé par les méta-stéréotypes (Vorauer et al., 2000). Face à ces méta-stéréotypes, deux voies peuvent être empruntées (Gomez, 2002) : certains vont penser qu'ils sont faux et dès lors vont développer un sentiment négatif vis-à-vis de l'autre groupe duquel émanent ceux-ci ; d'autres vont penser qu'ils sont corrects et, en cas de méta-stéréotypes négatifs, cela mène à une baisse de l'estime de soi ou de l'identification au groupe. La présence de stéréotypes et de méta-stéréotypes constitue dès lors un frein supplémentaire au counseling contraceptif.

En résumé, la littérature présente trois facteurs dont dépend la réussite ou non du counseling contraceptif, à savoir la relation de confiance, la qualité des informations données et le respect du niveau d'investissement souhaité par la patiente. Celui-ci peut également être altéré par divers freins ou leviers, tels que la langue et la présence de stéréotypes ou de méta-stéréotypes.

Dans l'étude qualitative que j'ai réalisée, six répondantes sur sept disent se sentir soutenues et écoutées lors de leurs rendez-vous médicaux, et une (Danielle) est mitigée, car cela dépend des rendez-vous. Le personnel médical belge est dans l'ensemble décrit comme soutenant, réceptif, de bonne volonté et à l'écoute. Deux personnes (Adeline, Caroline) pensent que le soutien de la part des soignants est

meilleur dans leur pays d'origine. Adeline exprime : « *J'ai été soutenue, mais pas comme au Congo. Ici, les démarches médicales c'est tout un problème. [...] La médecine, c'est la même. Mais du point de vue de la prise en charge, c'est vraiment difficile* ». De plus, Caroline se sent jugée quand elle explique qu'à 23 ans, elle n'a jamais utilisé de moyen de contraception. À l'inverse, trois autres répondantes (Michelle, Emmanuelle, Sophie) pensent que le soutien médical est meilleur en Belgique. Michelle déclare à ce sujet : « *En Belgique, [...] c'était vraiment impeccable du côté soutien. La première fois, quand je suis allée chez le médecin et que lui ai [expliqué mon problème], il m'a d'abord soutenue moralement [...]. [Alors qu'au Congo], ils me disaient que c'était un problème et qu'il faut trouver des solutions. Moralement, ça a joué* ». En outre, Sophie témoigne qu'elle avait peur d'aller voir un gynécologue au Sénégal à cause des jugements que pourrait avoir ce dernier sur sa vie sexuelle active avant le mariage. Il est intéressant de remarquer que, dans les deux cas, cette peur de jugement provient d'une différence de vision de la contraception entre le soignant et la patiente, différence découlant de conceptions culturelles différentes.

La qualité de la prise en charge médicale en Belgique a été évaluée comme bonne par cinq répondantes sur sept. Les points positifs de celle-ci qui ressortent dans les entretiens sont : un bon suivi, de bons conseils, une ouverture d'esprit, des informations complètes, un bon matériel médical à disposition, une circulation facile des données médicales d'un médecin à l'autre, ainsi que de nombreux examens médicaux réalisés. Les deux autres répondantes (Adeline, Danielle) disent que le personnel médical belge ne répond pas vraiment à leurs attentes et besoins. Une même raison a été évoquée par les deux participantes et a également été soulignée par Michelle alors que cette dernière se dit satisfaite de sa prise en charge médicale : les médecins sont trop focalisés sur leurs protocoles. Elles avancent l'argument selon lequel ces derniers ne donnent pas de médicaments et ne font rien si les examens médicaux ne révèlent pas de problème. Adeline déclare : « *[Les médecins] ne répondent pas par rapport à mes attentes. [...] Comme ici la médecine se base plus sur de la paraclinique, donc sur des tas d'examens cliniques [...], dès qu'ils font ces examens-là et qu'ils voient qu'il n'y a rien du tout, ils ne vont rien donner* ». Pourtant,

même si les tests ne sont pas concluants, la patiente souffre et aimerait être soulagée. Les deux répondantes trouvent que le système est mieux dans leurs pays d'origine puisque, là-bas, les docteurs donnent directement des médicaments, et s'ils ne fonctionnent pas, ils en donnent d'autres, etc. Elles jugent que les médecins belges sont trop stressés par rapport à la prise de médicaments et elles ne se sentent pas écoutées quand elles en demandent. Selon Danielle, « *les médecins ont un peu trop « peur* » ». Adeline, qui est médecin de formation, explique d'ailleurs qu'à cause de cela, elle a sa propre pharmacie chez elle : « *Je fais l'ordonnance et je l'envoie au pays, puis ils m'achètent des produits et dès que quelqu'un vient ici en Belgique il m'amène les produits* ». Ainsi, elle témoigne être tombée enceinte grâce à la prise d'un médicament en provenance de son pays d'origine, que les médecins belges lui avaient pourtant fortement déconseillé.

Obtenir un rendez-vous médical en Belgique a été décrit comme facile par toutes les répondantes puisqu'il suffit de téléphoner ou de passer par le site Internet du médecin ou de l'hôpital. Certaines différences ont tout de même été soulevées par rapport à leurs pays d'origine. Premièrement, il faut souvent attendre longtemps pour avoir un rendez-vous chez un spécialiste en Belgique ; or en RDC et au Burundi, il ne faut même pas prendre de rendez-vous. Caroline m'apprend que « *... au Congo, quand on va à l'hôpital, on n'a pas l'habitude de prendre un rendez-vous avant. Du coup, quand tu arrives, il y a toute une file, il faut attendre* », mais il n'y a pas de délai d'attente de plusieurs semaines ou mois comme en Belgique. Deuxièmement, la population subsaharienne n'a pas l'habitude de consulter des spécialistes. Emmanuelle explique qu'en RDC « *... tu vois ton généraliste et puis le généraliste va ensuite demander l'avis du superviseur ou du spécialiste* ». Les malades ne vont consulter un spécialiste que sur ordre de leur médecin généraliste, quand il s'agit de cas graves. La troisième différence est que Stéphanie et Sophie, respectivement originaires du Burundi et du Sénégal, ont déclaré avoir des facilités à obtenir un rendez-vous médical dans leurs pays d'origine puisqu'elles font partie de familles aisées : l'accès aux soins médicaux est donc facilité par la classe sociale dans ces deux pays. Stéphanie dit d'ailleurs à ce propos : « *C'est toujours la même question : si tu peux payer, tu peux aller dans les services privés parce que c'est plus facile. Ça va plus*

*vite et c'est plus facile pour le suivi. [...] Toutes les fois où je voulais passer [chez mon gynécologue], je pouvais y aller sans même demander de rendez-vous ».*

Nous pouvons donc conclure des entretiens réalisés que la qualité de la prise en charge médicale en Belgique est plutôt considérée comme bonne par les personnes interviewées, que la prise de rendez-vous est facile et qu'elles se sentent pour la majorité écoutées et soutenues. Néanmoins, la qualité de la relation entre le personnel médical et la patiente ne semble pas forcément avoir un impact sur la décision de celle-ci d'utiliser un moyen de contraception moderne ou non. En effet, Adeline témoigne que le fait que les médecins ne savent pas forcément répondre à ses attentes et ses besoins n'a pas d'influence sur sa décision de ne pas utiliser de contraception moderne : *« la contraception, c'est par rapport à moi-même, compte tenu que je connais les effets secondaires de la contraception et compte tenu de mon problème de trouble des règles »*. À l'inverse, l'autre répondante non satisfaite de sa prise en charge médicale, Danielle, est sous pilule contraceptive et en est contente. En outre, la réussite du counseling contraceptif, à savoir le fait que les patientes se sentent soutenues et trouvent que leurs attentes sont satisfaites, semble plutôt dépendre de critères culturels. En effet, les malaises et désaccords des personnes interviewées envers le personnel médical belge proviennent de règles différentes d'un pays à l'autre en ce qui concerne la prise de médicaments, ainsi que de la peur d'être jugées lors d'un rendez-vous avec un médecin qui n'aurait pas les mêmes références culturelles qu'elles quant au sujet de la contraception. Pourtant, dans la littérature, il est considéré que le niveau de satisfaction quant au counseling est un facteur déterminant de l'utilisation ou non d'un moyen de contraception (Leire, 2015 ; RamaRao et al., 2003). Cela n'est pas vérifié dans l'étude qualitative réalisée ici.

La littérature scientifique souligne un élément supplémentaire, qui n'a pas pu être analysé dans le cadre de cette étude-ci : un lien direct a été établi entre le fonctionnement d'une méthode contraceptive et le degré de satisfaction de la femme par rapport à celle-ci (Leire, 2015 ; RamaRao et al., 2003 ; Schmitt, 2020). En d'autres mots, si l'utilisatrice est satisfaite de sa méthode contraceptive, elle en fera un bon usage, et ce de façon continue. À l'inverse, si la méthode de contraception ne

lui correspond pas, elle finira par l'arrêter ou mal l'utiliser. Donc, « plus une femme est satisfaite de sa méthode, moins elle connaît d'échec contraceptif » (Schmitt, 2020, p.15). Il semblerait également que, sur le long terme, la continuité de la contraception est davantage assurée quand des moyens contraceptifs de longue durée, comme l'implant et le stérilet, sont utilisés que quand il s'agit d'autres méthodes, comme le préservatif, l'anneau vaginal, le patch, etc. (Verougstraete, 2016). Selon Bajos et al. (2012), en France, l'implant est d'ailleurs davantage proposé par les médecins aux femmes subsahariennes pour cette raison. Cela renvoie également à un imaginaire contraceptif dégradant et incorrect selon lequel il faudrait prescrire aux personnes étrangères une méthode dont l'efficacité ne dépend pas d'elles.

#### **5.1.4. Statut socioprofessionnel**

Les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche ne sont pas (encore) concernées par la problématique du marché de l'emploi puisqu'elles sont toutes à l'Université, sauf Adeline qui est mère au foyer. Néanmoins, cette thématique est importante à aborder puisque, d'après une étude menée au Québec auprès des femmes immigrées arrivées sur le territoire entre 1997 et 2006, celles qui travaillent ou veulent travailler ont une fécondité similaire à celle des autochtones, afin de leur permettre de combiner à la fois une vie de famille et un emploi rémunéré (Street, 2015). De plus, selon une étude de 2008-2009 réalisée auprès de 7.000 femmes concernant la diversité de la population française (Poncet et al., 2013), pour les migrantes originaires d'Afrique subsaharienne et vivant en France, le fait d'exercer une activité qualifiée augmente la probabilité d'utiliser un moyen de contraception. Or le niveau d'études, lui, n'a pas d'incidence. C'est donc la socialisation dans le contexte de l'activité professionnelle, et non les connaissances en elles-mêmes, qui semble déterminante.

En Belgique, les migrants sont confrontés à des inégalités quant à leur intégration sur le marché du travail, ce qui n'est pas positif pour leur socialisation. Malgré que toutes les formes de discrimination soient punies par la loi, nombreuses persistent encore dans les procédures d'emploi, que ce soit à l'embauche ou, par la suite, au niveau du

salaire, des conditions de travail, des promotions, etc. (Van Doosselaere & Pinilla, 2015). Ces inégalités se reflètent dans les chiffres. En Belgique, en 2022, le taux d'emploi s'élève à 74% pour les Belges d'origine (UNIA, 2020) et seulement à 41% pour les personnes originaires d'un pays d'Afrique subsaharienne francophone (Demart et al., 2017). Ce pourcentage est encore plus bas pour les femmes de cette catégorie qui semblent souffrir d'une double discrimination de genre et d'origine (Van Doosselaere & Pinilla, 2015). De plus, en Belgique, en 2015, le taux de chômage est de 6% pour les personnes d'origine belge et de 18% pour les étrangers subsahariens (Van Doosselaere & Pinilla, 2015). Ainsi, en 2020, au sein de l'Union européenne, la Belgique occupe la vingt-deuxième place dans le classement en termes d'intégration des immigrés au marché du travail (MIPEx, 2020).

Outre les discriminations sur le marché de l'emploi, les équivalences de diplôme sont difficilement reconnues. Les compétences ou expériences acquises par les immigrés dans leurs pays d'origine sont difficiles à faire valoriser (Cocagne, 2018). Cela rend l'accès à un emploi qualifié problématique et mène à un marché du travail « ethno-stratifié », ce qui signifie qu'il existe une répartition ethnique au sein des emplois (Van Doosselaere & Pinilla, 2015). En effet, depuis une vingtaine d'années, la demande de travailleurs immigrés a notablement augmenté dans les secteurs de la construction, de l'horeca et domestiques (Merla, 2015). Les immigrés subsahariens n'ont donc souvent pas un emploi à la hauteur de leurs compétences (Van Doosselaere & Pinilla, 2015) : un peu moins de 50% des immigrés originaires d'un pays d'Afrique francophone en Belgique estiment avoir un emploi correspondant à leur niveau de diplôme (Demart et al., 2017).

Selon Cocagne (2018), le statut migratoire est un élément essentiel : une personne en situation régulière sur le territoire belge aura plus de chances de trouver un emploi dans le secteur formel et plus qualifié qu'une personne demandeuse d'asile ou en situation irrégulière qui, elle, devra d'office travailler dans le secteur informel. Les immigrés subsahariens sont nombreux dans le secteur de l'économie informelle. Dès lors, ils sont plus facilement confrontés à une situation d'emploi précaire et à des conditions de travail désastreuses. Ils ont, pour beaucoup, des emplois peu qualifiés, pénibles et mal rémunérés.

Le statut socioprofessionnel des immigrées a donc un impact sur leur fécondité. Celle-ci semble s'aligner sur celle des autochtones quand les immigrées ont un emploi, d'une part pour leur permettre de combiner vie de famille et travail et, d'autre part, par la socialisation dans le contexte de l'activité professionnelle. Toutefois, l'accès au marché du travail et à cette socialisation est mis à mal par les nombreuses discriminations dont les personnes immigrées sont les victimes, surtout pour celles qui sont en situation irrégulière. L'ethno-stratification du marché de l'emploi diminue les chances de socialisation des personnes migrantes. Cela met à mal leur inclusion sociale, puisque celle-ci dépend en partie de l'inclusion professionnelle (Cocagne, 2018), et donc leur degré d'acculturation. Cela peut donc potentiellement mener à une diminution des chances d'utiliser un moyen de contraception moderne par les personnes concernées puisque les déterminants socioculturels semblent être un levier important en termes de planification familiale, comme démontré au *point 5.1.1*.

## **5.2. Influence d'un autre contexte politique sur la fécondité et la contraception des femmes immigrées subsahariennes**

### **5.2.1. De manière générale**

La Belgique est une très bonne élève en termes d'accès à la contraception grâce à ses systèmes de soins de santé et de remboursement (Simon, 2020).

D'abord, le pays a ratifié divers traités et lois internationaux concernant les questions d'immigration et de santé, notamment la Déclaration universelle des droits de l'homme (Bertouille, 2020). Boudouh (2020) souligne que l'accès des migrants aux soins de santé y est reconnu comme un droit puisque les États doivent s'assurer que toutes personnes vivant sur leur territoire, peu importe leur statut, bénéficient du meilleur état de santé physique et mental qu'elles puissent atteindre. La Belgique, bien qu'elle soit en accord avec la Déclaration universelle des droits de l'homme, ne respecte pas toujours entièrement ce droit : elle se sert parfois du statut juridique et

du lieu de résidence pour décider si une personne peut bénéficier de certains soins ou non, ce qui est contraire aux droits de l'homme.

En outre, l'Union européenne a une charte stipulant que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales » (Union européenne, 2000, p. 16). Le Parlement européen promeut donc le droit à la santé sexuelle pour tous, même si cet élément ne se retrouve pas encore dans une juridiction contraignante. Par contre, l'UE détient un pouvoir de coordination en ce qui concerne la protection et l'amélioration de la santé : elle doit appuyer les actions des États membres qui vont dans ce sens (Bertouille, 2020).

### **5.2.2. Pour les immigrés en situation régulière**

Les femmes en séjour régulier sont couvertes par l'assurance maladie-invalidité (AMI), comme l'ensemble des citoyens belges (Bertouille, 2020). L'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI, s.d.) pose les règles suivantes : l'AMI couvre les soins de santé curatifs et préventifs, l'incapacité de travail et le congé de maternité, de paternité ou d'adoption. Pour avoir droit à l'AMI, il faut soit cotiser pour celle-ci, soit avoir un lien familial (conjoint, enfant de moins de 25 ans ou cohabitant) avec la personne qui cotise et ne pas avoir de revenus ou des revenus bas.

Il existe néanmoins quelques exceptions, comme celle des personnes bénéficiant du revenu d'intégration sociale. Il s'agit d'un revenu octroyé par le CPAS aux personnes étrangères et aux réfugiés qui résident légalement sur le territoire belge, ayant plus de 18 ans, étant disposés à travailler, sauf pour raisons médicales ou autres raisons particulières, et ayant déjà fait valoir leurs droits, mais sans succès, auprès d'autres organismes de prestations sociales (Sécurité sociale citoyen, s.d.). Le revenu d'intégration du CPAS intervient donc en dernier recours. Les personnes en bénéficiant ont accès gratuitement à la prise en charge financière de leurs consultations médicales, leurs médicaments, leurs frais d'hospitalisation, etc. (INAMI, s.d.). Cette intervention majorée est également accordée aux mineurs

étrangers non accompagnés (MENA), et ce de manière automatique, et pour les personnes qui en font la demande si celles-ci sont au chômage ou font partie d'un ménage à bas revenus ou en situation précaire (INAMI, s.d.). Pour toute autre personne, l'assurance maladie-invalidité est payante et obligatoire. Elle est retirée à chaque personne de son salaire, proportionnellement à ses revenus (Thomassint, 2020).

Selon la nomenclature de l'INAMI (s.d.), pour les moins de 25 ans, certains contraceptifs sont entièrement ou partiellement remboursés. Pour pouvoir bénéficier d'un remboursement du moyen contraceptif au-delà de 25 ans, les personnes doivent avoir accès à l'intervention majorée de l'assurance de soins de santé. La somme remboursée s'élève à 3€ par mois maximum. Par exemple, un dispositif intra-utérin, coûtant 140€, mais étant actif durant soixante mois, est entièrement remboursé. Pour ce qui est de la pilule, le prix d'une boîte pour trois mois de contraception varie entre 8€ et 40€ (Bruxelles-J ASBL, s.d.). Pour ce laps de temps, l'INAMI intervient à hauteur de 9€, donc la pilule peut être totalement ou partiellement remboursée en fonction du type de pilule achetée. La contraception d'urgence est, elle, remboursée pour toutes les femmes, peu importe leur âge, à hauteur de maximum 9€ par boîte. Le prix d'une pilule est de 10€ pour la pilule du lendemain, et de 25€ pour la pilule du surlendemain (Bruxelles-J ASBL, s.d.).

Toutes les femmes interrogées dans le cadre de mon étude qualitative se situent dans la catégorie des personnes immigrées en situation régulière sur le territoire belge. L'aspect économique n'est pas un frein pour elles pour aller chez le gynécologue ou avoir une contraception, sauf pour Michelle parce que celle-ci est enceinte et a de nombreux rendez-vous médicaux. Elles bénéficient toutes de la mutuelle et décrivent l'assurance maladie-invalidité comme étant un très bon système. Emmanuelle affirme à ce propos : *« En Belgique, je trouve que le système de santé est un peu mieux [qu'en RDC] parce qu'il y a la mutuelle qui prend en charge. Tu peux consulter et parfois tu ne paies presque rien. Je trouve que c'est vraiment un bon système »*. Caroline explique que sans cette assurance, elle ne pourrait peut-être pas se payer les soins nécessaires : *« [L'aspect économique pourrait être un frein pour aller chez le gynécologue] si ce n'était pas pris en charge par la mutuelle. Mais si c'est*

*pris en charge, [...] ça ne devrait pas poser de problème du point de vue économique ».* La mutuelle permet en effet de réduire considérablement les freins économiques à un suivi médical correct en comparaison à leurs différents pays d'origine. Dans ces pays, presque toutes les consultations et les soins sont payants, ce qui n'est pas facile à assurer pour une personne au statut socio-économique bas. Emmanuelle, qui est médecin de formation, ajoute : « *Quand il commence sa maladie, [le patient] va aller dans le petit centre du quartier, où on ne trouve même pas un médecin. [...] S'il a de la chance, il guérit. Sinon, la situation va s'empirer et [...] c'est à ce moment-là qu'on va l'amener dans un grand hôpital. Souvent là, les patients arrivent dans des états un peu plus graves. [...] s'ils avaient les moyens, ils iraient directement consulter un médecin* ». Seules les personnes aisées peuvent donc se payer des consultations médicales régulières dans leurs pays d'origine. En comparaison, obtenir des rendez-vous médicaux, ainsi qu'une contraception, est décrit comme simple en Belgique, du point de vue économique. Sophie témoigne de son expérience en Belgique : « *... je pense que je paie un euro – un truc comme ça – pour une année, pour avoir un an de contraception. [...] Ce n'est pas vraiment compliqué d'avoir un moyen de contraception, au contraire* ».

### **5.2.3. Pour les demandeurs d'asile**

D'après le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA, 2022), les États membres de l'Union européenne ne sont pas arrivés à un accord pour une politique européenne commune d'asile et de migration. En janvier 2022, l'Agence de l'Union européenne pour l'asile (EUAA) a toutefois été mise sur pied, avec pour but de garantir des procédures d'asile plus uniformes et de qualité, mais elle n'a pas de force contraignante. Cette lacune mène à des débordements puisque de plus en plus de pays européens suivent leur propre voie en termes d'asile et de migration.

À l'heure actuelle, la Belgique est encore une fois une bonne élève en termes d'accueil migratoire : le pays a transposé les directives européennes dans sa législation (Dauvrin et al., 2019). Ainsi, conformément à la loi du 12 janvier 2007 sur l'accueil des demandeurs d'asile, ceux-ci ont droit à l'aide matérielle durant le temps de la procédure, c'est-à-dire à l'hébergement, la nourriture, l'habillement,

l'accompagnement médical, social, juridique et psychologique, l'interprétariat et la formation (openjustice.be, 2007).

Au niveau de l'accompagnement médical plus particulièrement, Boudouh (2020) explique que les demandeurs d'asile, dans les centres qui les prennent en charge, ont droit à la « première ligne de soins », c'est-à-dire à des soins accessibles de façon universelle, dans une approche axée sur la personne et en tenant compte du contexte familial et de la communauté locale. Cette première ligne de soins est dispensée par une équipe de professionnels de santé qui, ensemble, savent couvrir la grande majorité des problèmes médicaux. Elle a pour but d'établir un partenariat durable entre soignants et patients, et d'assurer la continuité des soins. Cette première ligne de soins présente plusieurs points positifs, selon une enquête réalisée par Boudouh (2020) dans le centre FEDASIL à Rixensart auprès des demandeurs d'asile du centre. En effet, ils la décrivent comme facilitant leur accès aux soins de santé, ils se sentent à l'unanimité respectés par les professionnels de la santé qu'ils rencontrent, et ils semblent dans l'ensemble satisfaits des conseils reçus relatifs à leur santé, mais certains ne se sentent pas capables de les mettre en pratique de par leur manque d'autonomie notamment. Plusieurs désavantages à ce système sont néanmoins soulignés : le délai de prise en charge trop long, la non-prise en compte du contexte de vie des migrants dans les soins et traitements proposés, ainsi que le manque de coordination au sein du système et sa complexité. En effet, en fonction du type de centres – centres d'accueil collectifs gérés par FEDASIL ou initiatives locales d'accueil (ILA) gérées par le CPAS de chaque commune-, l'accessibilité aux soins est différente. Les centres collectifs de FEDASIL bénéficient de la nomenclature de l'INAMI avec certaines restrictions et certains élargissements, ce qui n'est pas le cas pour les initiatives locales des CPAS. La « première ligne de soins » pourrait donc être perçue comme un levier important pour informer les femmes demandeuses d'asile sur la contraception et leur permettre de s'en fournir une. Malheureusement, cela ne semble pas être majoritairement le cas à Rixensart, où les désavantages du système de soins mis à disposition mènent les demandeurs d'asile à plutôt consulter de manière curative que préventive.

Toutefois, la proportion de femmes demandeuses d'asile dans les consultations médicales à Bruxelles a triplé entre 2018 et 2019, et est ainsi passée de 5,4% à 18,7%, suite à la mise en place de nouvelles politiques dans les Hub humanitaires (CIRé, 2020). « Le Hub est un lieu où différentes organisations sont présentes pour fournir des services gratuits aux personnes dans le besoin » (Bruss'help, s.d.). Selon le CIRé (2020), les Hub ont notamment mis en place des logements réservés aux femmes, des consultations avec des sages-femmes, ainsi que des espaces sécurisés réservés aux femmes pour partager leurs expériences et échanger sur leur quotidien. Ces centres ont pour objectif de protéger les femmes migrantes demandeuses d'asile ou même en situation irrégulière et de les orienter vers une consultation adaptée à leurs besoins. Boudouh (2020) confirme : les centres d'accueil collectifs semblent en effet opportuns pour développer des partenariats avec des professionnels de la santé, ce qui est positif pour aborder les thématiques de contraception et de fécondité avec les femmes immigrées.

#### **5.2.4. Pour les immigrés en situation irrégulière, sans-papiers**

Une personne sans titre de séjour légal n'a qu'un nombre limité de droits puisque la seule assistance publique de laquelle les personnes en séjour irrégulier peuvent profiter est l'accès aux soins (Dauvrin et al., 2016). Simon (2020) donne de plus amples explications : elles ont le droit de bénéficier de l'aide médicale urgente (AMU). Il s'agit d'une procédure visant à leur permettre d'accéder à des soins de santé considérés comme urgents, dont les soins contraceptifs font partie. L'AMU consiste en un remboursement des frais médicaux urgents, qu'ils soient préventifs ou curatifs. La Belgique est l'un des seuls pays au monde où les soins de santé des personnes en situation irrégulière sont couverts par l'État, et plus précisément par les Centres publics d'action sociale (CPAS), dans le but d'assurer le respect des droits de l'homme à chaque être humain.

D'après Roberfroid et al. (2015), pour se voir accorder l'AMU, une personne sans-papiers doit remplir les quatre critères suivants : résider sur le territoire de la commune, ne pas avoir la capacité financière de payer ses soins, avoir un certificat médical confirmant le besoin d'aide médicale urgente, et avoir l'intention de rester

et s'installer en Belgique. C'est le CPAS de la commune concernée qui prend la décision d'accorder ou de refuser l'AMU, notamment en effectuant une visite à domicile, et si oui pour quelle durée.

Bertouille (2020) donne les grandes lignes directrices de l'AMU. Dans un premier temps, les femmes en séjour irrégulier doivent obtenir une carte d'accès aux soins, donnée par le CPAS de la commune dans laquelle elles habitent. Cette carte n'est valable qu'un mois, sauf exception. Ensuite, avec cette carte, les femmes en séjour irrégulier peuvent aller consulter un médecin généraliste ou se rendre à la pharmacie. Elles peuvent également, si besoin, aller chez un spécialiste. Mais, pour ce faire, elles doivent obtenir en amont un certificat du médecin généraliste, ce qui est un frein supplémentaire à l'adoption d'une contraception. En outre, la période de validité de la carte d'accès aux soins étant courte, il faut directement aborder la question de la contraception avec elles afin qu'elles puissent avoir le temps d'y réfléchir, ce qui n'est pas propice à l'adoption d'une contraception qui leur convient.

Bien que l'AMU est censée pouvoir aider la presque totalité des personnes en situation irrégulière, en pratique, ce n'est pas le cas. Les personnes en situation irrégulière sont en effet confrontées à de multiples barrières en ce qui concerne la prise en charge de leur santé, et donc de leur planification familiale (Dauvrin et al., 2016). Ces différentes barrières sont (Simon, 2020 ; Bertouille, 2020 ; Dauvrin et al., 2016) : la complexité du système de santé belge qui rend très compliquée la procédure pour obtenir l'AMU, la barrière de la langue, la lenteur des procédures, l'hétérogénéité de la démarche qui varie d'une commune à l'autre, ainsi que la subjectivité de la notion d'urgence qui mène à des situations où des traitements sont considérés comme faisant partie de l'AMU dans certaines communes et pas dans d'autres. Notons également qu'en plus, l'AMU a subi une réforme assez stricte il y a peu, ce qui rend plus difficile encore l'accès des migrantes aux soins de santé (Bertouille, 2020).

L'accès au logement, qui découle également d'un facteur politique, fait partie des droits de l'homme et est un déterminant de la santé (Nations unies, 1948). Pourtant,

selon Devillé (2018), il est très difficile pour une personne sans-papiers d'en trouver un puisque, la plupart du temps, les propriétaires exigent un titre de séjour valable pour signer le bail, ainsi qu'une preuve de solvabilité. Celle-ci ne peut pas être fournie puisqu'une personne sans-papiers ne peut pas avoir de travail légal et, même si elle se tourne vers un travail non déclaré, son revenu est difficile à justifier. Les immigrés en situation illégale dorment donc généralement dans des logements collectifs qui sont précaires et n'offrent pas un point d'attache sur le long terme (Devillé, 2018). N'offrant aucune vie privée, les questions de contraception et de fécondité n'y sont pas au centre des préoccupations (Keygnaert et al., 2014). Dans de telles situations, des questions plus fondamentales prennent le dessus, surtout en cas de sans-abrisme où se nourrir, se loger et se protéger des violences physiques et psychologiques sont les premiers besoins à combler (Larchanché, 2012). Bertouille (2020) a recolté divers témoignages de travailleurs médico-sociaux, d'assistants sociaux et de sages-femmes travaillant à Bruxelles. D'après ces professionnels de la santé, en effet, les conditions de vie des personnes en séjour irrégulier jouent sur leur réceptivité et leur aptitude à se projeter en termes de contraception et de fécondité : elles ne savent se rendre disponibles pour ces problématiques que si leurs besoins de base sont satisfaits de façon stable et sécuritaire. Les individus dans cette situation s'intéressent parfois très peu à leur contraception et leur fécondité, pourtant un nouvel enfant pourrait mettre en danger leur situation sur le court terme. C'est pour ces femmes que la question de la planification familiale est la plus cruciale, mais ce sont ces mêmes femmes qui ne sont pas disponibles pour y penser et en parler. Néanmoins, être dans un logement collectif permet aux femmes d'être dans un meilleur état de santé général et de se développer un réseau social, deux conditions facilitant la satisfaction de leur besoin de planification familiale. Elles ont davantage accès à l'information grâce aux autres femmes présentes, au personnel et aux bénévoles. Certains centres proposent également des permanences d'assistantes sociales et de médecins. Un lien existe donc entre logement et satisfaction du besoin de planification familiale, surtout au vu du fait que pour être rattachées à une commune et à un CPAS, et donc pour obtenir l'AMU, les femmes en situation irrégulière doivent avoir une résidence habituelle, c'est-à-dire un logement fixe.

Rappelons néanmoins que l'irrégularité est souvent transitoire. Les immigrés arrivés en Belgique sans visa ou avec un visa court séjour, ainsi que les demandeurs d'asile qui n'ont pas obtenu le statut de réfugié suite à leur première demande d'asile, vivent souvent une ou plusieurs période(s) sans-papiers. En effet, sur l'ensemble de la population immigrée subsaharienne en Belgique, 19% ont déclaré avoir été sans titre de séjour légal une fois et 10% plusieurs fois (Demart et al., 2017).

## **VI. Conclusion**

Il existe des différences culturelles prononcées entre la Belgique et l'Afrique subsaharienne en ce qui concerne les questions de fécondité et de contraception. Ces sujets sont souvent décrits comme mal connus et tabous dans les pays d'Afrique subsaharienne, alors qu'en Belgique, ils sont vus comme des thèmes plus facilement abordés, voire banals. L'objectif de cette recherche est de mettre en évidence l'influence du contexte socioculturel, économique et politique sur les habitudes de contraception et de fécondité des femmes originaires d'Afrique subsaharienne qui ont immigré en Belgique. Ces femmes viennent de la région avec le plus haut taux de fécondité au monde, puisque le nombre d'enfants par femme (ICF) en Afrique subsaharienne est en moyenne de 4,6 en 2021 (Nations unies, 2022), contre 1,54 en Belgique en 2023 (Statbel, 2023). Cette différence très prononcée entre les ICF de ces deux zones géographiques reflète notamment l'existence de facteurs socioculturels, économiques et politiques très différents entre celles-ci.

La revue de la littérature rassemblée et l'étude qualitative menée dans le cadre de cette étude permettent de mettre en évidence différents éléments influençant l'utilisation ou non d'une contraception chez sept femmes originaires d'Afrique subsaharienne francophone, éduquées et relativement aisées, venues en Belgique grâce à un visa étudiant, de travail ou de regroupement familial, il y a moins de dix ans. Ces facteurs sont classés en deux groupes : facteurs socioculturels (déterminants socioculturels de la contraception et de la fécondité, réseau social, counseling contraceptif, statut socioprofessionnel) et facteurs politiques, desquels découlent notamment des conséquences économiques.

D'abord, l'immigration en Belgique des femmes subsahariennes semble parfois avoir un impact sur leur utilisation de la contraception puisqu'elle peut mener à des changements dans les déterminants socioculturels de fécondité et de contraception chez ces femmes, via le phénomène d'acculturation, et peut aussi leur permettre d'avoir plus facilement accès à l'information sur la contraception. Néanmoins, ces déterminants varient pour chaque individu, peuvent évoluer dans le temps et

doivent être compris comme un équilibre propre à chaque personne établi entre des éléments émanant de la culture d'origine et d'autres en provenance de la culture d'accueil. Parmi les femmes interrogées, deux (Sophie, Danielle) utilisent une contraception à l'heure actuelle et témoignent d'un changement dans leur vision de la contraception. Elles se sentent impliquées dans la culture d'arrivée et se situent dans une stratégie d'acculturation de type « intégration », ce qui veut dire qu'elles adoptent une vision de la contraception identique à celle de l'environnement socioculturel dans lequel elles baignent (Cuche, 2016). Toutefois, les sujets relatifs à la planification familiale restent tabous au sein de leur famille, excepté pour leurs compagnons qui semblent les soutenir dans leurs démarches pour prendre la pilule contraceptive. Ce constat met en évidence qu'une certaine tension entre le réseau social d'origine et celui d'arrivée peut exister. À l'inverse, deux autres répondantes (Adeline, Stéphanie) adoptent une stratégie d'acculturation de type « séparation » (Cuche, 2016) : elles rejettent certaines normes culturelles de l'environnement socioculturel dans lequel elles vivent puisqu'elles disent ne jamais vouloir utiliser de contraceptif moderne et justifient cela, pour la première, par une méfiance quant aux effets secondaires de la contraception et, pour la seconde, par ses croyances religieuses. Les croyances religieuses peuvent en effet parfois être un frein à l'utilisation d'un moyen de contraception moderne, mais sont un facteur à considérer de manière individuelle (Yah & Makembe, 2023 ; du Loû, 2015). Les trois autres répondantes n'utilisent pas de contraception pour des raisons médicales ou en raison d'une vie sexuelle non active, mais seraient prêtes à utiliser un moyen de contraception moderne dans le futur.

Ensuite, le réseau social et les normes établies au sein de celui-ci ont une influence sur le degré d'acculturation. En effet, sein du réseau social circulent des idées et des comportements qui découlent du partage d'expériences et de conseils, ainsi que de perceptions communes du monde. Le réseau social peut donc être un frein, comme un levier, à la planification familiale. Les interviews réalisées, bien qu'elles ne soient pas suffisantes pour capter toutes les interactions au sein des réseaux sociaux de chaque personne rencontrée, mettent en évidence qu'au sein de l'échantillon, toutes les immigrées ayant un cercle social étendu utilisent ou envisagent d'utiliser une

contraception moderne dans le futur, ce qui n'est le cas que d'une personne sur les trois ayant un cercle plutôt restreint. Nous pouvons en conclure qu'avoir un réseau social étendu donne plus de possibilités de se confronter à d'autres points de vue liés à la culture de destination, ce qui peut consister en un levier pour mener à être à l'aise avec l'utilisation ou l'idée d'utiliser une méthode contraceptive moderne. De plus, deux répondantes (Adeline, Stéphanie) décrivent la maternité comme plus facile en Afrique subsaharienne parce que le réseau social des femmes y semble beaucoup plus soutenant après un accouchement. La façon dont la maternité est perçue en Belgique peut dès lors être une entrave à une fécondité élevée puisqu'avoir un enfant engendre beaucoup plus de tâches et de contraintes ici que dans les pays dont les femmes subsahariennes sont originaires. Le statut migratoire est également un élément essentiel à prendre en considération puisque les femmes en séjour irrégulier et les demandeuses d'asile se créent plus difficilement un réseau social.

En ce qui concerne la fécondité, le nombre idéal d'enfants pour les femmes interrogées varie entre deux et cinq. Il ne semble pas y avoir de lien clair entre le nombre désiré d'enfants et les déterminants (socioculturels et relatifs au réseau social) analysés dans cette recherche. Toutefois, le nombre désiré d'enfants par les femmes rencontrées est relativement élevé, ce qui donne une indication sur le maintien de certaines normes de fécondité originaires des pays subsahariens dans l'esprit de plusieurs femmes d'Afrique subsaharienne après leur immigration en Belgique.

Un autre élément décrit dans la revue de la littérature comme déterminant de l'utilisation ou non d'un moyen de contraception est le niveau de satisfaction du counseling contraceptif. Cela n'est pas vérifié dans ma recherche qualitative. En effet, le niveau de satisfaction quant au counseling contraceptif, c'est-à-dire la qualité de la relation entre la patiente et le personnel médical, n'est pas un facteur déterminant de l'utilisation ou non d'un moyen de contraception pour les personnes rencontrées. Néanmoins, la qualité de la prise en charge médicale en Belgique est plutôt considérée comme bonne par les femmes interviewées, la prise de rendez-vous est décrite comme facile et elles se sentent pour la majorité écoutées et

soutenues. La réussite du counseling contraceptif, c'est-à-dire le fait qu'une patiente se sente soutenue et trouve que ses attentes sont satisfaites, dépend surtout de critères culturels. En effet, les malaises et désaccords des personnes interviewées envers le personnel médical belge proviennent de règles différentes d'un pays à l'autre en ce qui concerne la prise de médicaments, ainsi que de la peur d'être jugées lors d'un rendez-vous avec un médecin qui n'aurait pas les mêmes références culturelles qu'elles quant au sujet de la contraception.

De surcroît, d'après la littérature, le statut socioprofessionnel et la socialisation dans le contexte de l'activité professionnelle est également déterminante quant aux questions de contraception et de fécondité. Selon une étude menée au Québec (Street, 2015), les femmes qui travaillent ou veulent travailler ont une fécondité similaire à celle des autochtones, afin de leur permettre de combiner à la fois une vie de famille et un emploi rémunéré. Pourtant, actuellement, le marché du travail belge est ethno-stratifié (Van Doosselaere & Pinilla, 2015) et les équivalences de diplômes sont difficilement reconnues (Cocagne, 2018), ce qui diminue les chances de socialisation et d'acculturation. Ces éléments n'ont pas pu être vérifiés auprès de l'échantillon de femmes rencontrées puisqu'elles étaient toutes à l'Université, sauf Adeline qui est mère au foyer.

Au niveau politique, la Belgique a ratifié divers traités et lois internationaux concernant les questions d'immigration et de santé (Bertouille, 2020). Elle est aussi une bonne élève en termes d'accueil migratoire puisqu'elle a transposé plusieurs directives européennes dans sa législation (Dauvrin et al., 2019). De plus, la Belgique a un système de sécurité sociale favorable aux immigrés puisque celui-ci leur permet d'accéder à l'assurance maladie-invalidité (AMI) pour les personnes en séjour régulier (INAMI, s.d.), à la « première ligne de soins » pour les demandeurs d'asile (Boudouh, 2020) et à l'aide médicale urgente (AMU) pour les personnes en séjour irrégulier (Simon, 2020). Bien que ces dispositifs puissent parfois présenter certains inconvénients, ils semblent néanmoins faciliter leur accès aux soins de santé. Cela est d'autant plus vrai dans le cas des femmes interrogées dans le cadre de cette étude, qui se situent dans la catégorie des personnes en séjour régulier, puisque l'aspect économique n'est pas décrit comme un frein pour elles, sauf pour une personne

parce que celle-ci est enceinte et a de nombreux rendez-vous médicaux. Elles bénéficient toutes de la mutuelle, ce qui leur permet d'avoir accès aux soins de santé qui leur sont nécessaires, ce qui ne serait pas le cas sans l'assurance maladie-invalidité dont elles disposent.

Dans des études futures, il pourrait être intéressant de s'attarder sur un échantillon d'immigrées qui est arrivé en Belgique il y a plus longtemps, afin de comparer les résultats obtenus dans cette étude avec ceux d'autres personnes qui seraient possiblement confrontées à la culture belge depuis plus longtemps. En effet, il est intéressant de noter une corrélation entre l'utilisation de la pilule contraceptive par Sophie, d'une part, et le fait qu'elle soit la répondante qui est arrivée la plus jeune en Belgique (15 ans) et qui habite sur le territoire belge depuis le plus longtemps (9 ans), d'autre part. De plus, en France, chez les femmes immigrées présentes depuis plus de dix ans sur le territoire, il est observé que les normes culturelles et croyances qui supposent une plus faible utilisation de la contraception semblent perdre leur poids au fil du temps (Maraux, 2018). Comparer l'échantillon utilisé dans cette recherche avec un autre échantillon de femmes de même profil arrivées il y a plus longtemps sur le territoire belge serait donc pertinent. Il pourrait également être intéressant de réaliser une étude qualitative sur les facteurs déterminants du changement de contraception chez les femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne qui sont demandeuses d'asile ou en situation irrégulière en Belgique, puisque ma recherche qualitative ne porte que sur les femmes en situation régulière. Enfin, se pencher sur la deuxième génération d'immigrés, à savoir sur les enfants des femmes immigrées subsahariennes, est une autre ouverture possible.

## Bibliographie

Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile. (s.d.). Asile en Belgique.

Consulté le 21 mai 2023 à l'adresse <https://www.fedasil.be/fr/asile-en-belgique>

Amin, A. (2012). Stratégies identitaires et stratégies d'acculturation : deux modèles complémentaires. *Alterstice*, 2(2), 103-116.

Asgary, R. & Price, J. T. (2018). Socio-cultural challenges of family planning initiatives for displaced populations in conflict situations and humanitarian settings. *Disaster medicine and public health preparedness*, 12(6), 670-674.

Bajos, N., Bohet, A., Le Guen, M. & Moreau, C. (2012). La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? *Population & Sociétés*, 492(8), 1-4.

Bankole, A., Remez, L., Onikepe, O., Philbin, J. & Williams, P. (2020). De l'avortement non sécurisé à sécurisé en Afrique subsaharienne : des progrès lents, mais concrets. Guttmacher institute.

Behrman, J. (2022). International migration from Africa to France and contraception use. International Union for the Scientific Study of Population. Consulté le 10 octobre 2022 à l'adresse <https://www.niussp.org/fertility-and-reproduction/international-migration-from-africa-to-france-and-contraception-use/>

Bell, S. O., Karp, C., Moreau, C., Gemmill, A., & PMA Principal Investigators Group. (2023). « If I use family planning, I may have trouble getting pregnant next time I want to » : A multicountry survey-based exploration of perceived contraceptive-induced fertility impairment and its relationship to contraceptive behaviors. *Contraception* : X, 5(100093).

Berry, J. W. & Sam, D. L. (1997). Acculturation and adaptation. Dans Berry, J. W., Segall, M. H. & Kagitçibasi, C. (dirs.), *Handbook of cross-cultural psychology : social behavior and applications* (291-326).

Bertouille, C. (2020). Comment satisfaire le besoin de planification familiale des mères migrantes en séjour irrégulier, en post-partum à Bruxelles ? Une approche qualitative. [Mémoire]. Université Catholique de Louvain.

Bongaarts, J. (2017). The effect of contraception on fertility : Is sub-Saharan Africa different? *Demographic Research*, 37, 129-146.

Bongaarts, J. & Hardee, K. (2019). Trends in contraceptive prevalence in sub-Saharan Africa : The roles of family planning programs and education. *African journal of reproductive health*, 23(3), 96-105.

Boudouh, L. (2020). Comment améliorer l'accessibilité de la première ligne de soins pour les demandeurs d'asile résidant dans les centres d'accueil collectifs ? [Mémoire]. Université Catholique de Louvain.

Boutter, M-C. (2015). Contraception en Afrique sub-saharienne : obstacles et préjugés, l'exemple du Burkina Faso. [Mémoire]. Université de Paris (UPMC).

Bruss'help. (s.d.). Hub humanitaire. Consulté le 13 décembre 2022 à l'adresse <https://www.brusshelp.org/index.php/fr/portail-pro/help-in-brussels/joomlannuaire/fiche/161-hub-humanitaire/16-plan-en-ligne>

Bruxelles-J ASBL. (s.d.). Que coûte la contraception ? Consulté le 30 décembre 2022 à l'adresse <https://www.bruxelles-j.be/amour-sexualite/que-coute-la-contraception/>

Bureau fédéral du plan. (2021). Fécondité et naissances en Belgique selon l'origine. Consulté le 26 novembre 2022 à l'adresse [https://www.plan.be/uploaded/documents/202112161019180.FACTSHEET\\_007\\_D\\_EMO\\_12541\\_F\\_def.pdf](https://www.plan.be/uploaded/documents/202112161019180.FACTSHEET_007_D_EMO_12541_F_def.pdf)

Casey, S. et al. (2013). Availability of long-acting and permanent family-planning methods leads to increase in use in conflict-affected northern Uganda : evidence from cross-sectional baseline and endline cluster surveys. *Global Public Health*, 8(3), 284-297.

Centre de recherche sur les innovations sociales. (s.d.). Contexte culturel. Consulté le 21 mai 2023 à l'adresse <https://bdis.uqam.ca/arborescence/contexte/contexte-territorial/1-type-contexte/1-4-contexte-culturel>

Centre de recherche sur les innovations sociales. (s.d.). Contexte économique. Consulté le 21 mai 2023 à l'adresse <https://bdis.uqam.ca/arborescence/contexte/contexte-territorial/1-type-contexte/1-3-contexte-economique>

Centre de recherche sur les innovations sociales. (s.d.). Contexte politique. Consulté le 21 mai 2023 à l'adresse <https://bdis.uqam.ca/arborescence/contexte/contexte-territorial/1-type-contexte/1-2-contexte-politique>

Centre de recherche sur les innovations sociales. (s.d.). Contexte social. Consulté le 21 mai 2023 à l'adresse <https://bdis.uqam.ca/arborescence/contexte/contexte-territorial/1-type-contexte/1-1-contexte-social>

Centre fédéral Migration. (2021). La migration en chiffres et en droits. Les cahiers du rapport annuel : «Population et mouvements ». Consulté le 30 décembre 2022 à l'adresse <https://www.myria.be/fr/publications/le-rapport-migration-2021-sous-forme-de-cahiers#Cahier%20«%20Population%20et%20mouvements%20»>

Centre fédéral Migration. (2022). La migration en chiffres et en droits. Le cahier du rapport annuel : « Population et mouvements ». Consulté le 24 mars 2023 à l'adresse <https://www.myria.be/fr/publications/la-migration-en-chiffres-et-en-droits-le-rapport-migration-2022-sous-forme-de-cahiers#Cahier%20«%20Population%20et%20mouvements%20»>

Centre interfédéral pour l'égalité des chances. (2020). Le taux d'emploi des personnes d'origine étrangère s'améliore, mais reste à la traîne. Consulté le 29 mars 2023 à l'adresse <https://www.unia.be/fr/articles/le-taux-demploi-des-personnes-dorigine-etrangere-sameliore-mais-reste-a-la-traine>

Charafeddine, R. (2019). Santé sexuelle. Enquête de santé 2018. *Sciensano*.

Chekroun, P. & Brauer, M. (2004). Contrôle social et effet spectateur : l'impact de l'implication personnelle. *L'Année psychologique*, 104(1), 83-102.

Christin-Maitre, S. (2022). La contraception à travers le monde. *Médecine/sciences*, 38(5), 457-463.

Cocagne, R. (2018). L'intégration des migrants par le travail. *RSE & diversité*.

Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. (s.d.). Réfugié reconnu.

Consulté le 20 mai 2023 à l'adresse <https://www.cgra.be/fr/asile/refugie-reconnu>

Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides. (2022). Rapport annuel 2021.

Consulté le 15 décembre 2022 à l'adresse <https://www.cgra.be/fr/content/rapport-annuel-2021>

Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers. (2020). Femmes migrantes : quelle protection internationale offerte par la Belgique ? Consulté le 13 décembre 2022 à l'adresse <https://www.cire.be/publication/femmes-migrantes-quelle-protection-internationale-offerte-par-la-belgique/>

Coordination et initiatives pour réfugiés et étrangers. (2021). Statut de réfugié ou protection subsidiaire ? Consulté le 15 décembre 2022 à l'adresse <https://www.cire.be/encadre-statut-de-refugie-ou-protection-subsidaire/>

Coulibaly, M. et al. (2020). Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. *Santé publique*, 32(4), 389-397.

Cuche, D. (2016). La notion de culture dans les sciences sociales (5<sup>e</sup> édition). La Découverte, 97-115.

Dauvrin, M., Detollenaere, J., De Laet, C., Roberfroid, D. & Vinck, I. (2019).

Demandeurs d'asile : options pour un accès plus équitable aux soins de santé. Une consultation des stakeholders. *Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé*, rapport 319Bs. Consulté le 29 mai 2023 à l'adresse

<https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/demandeurs-dasile-options-pour-un-acces-plus-equitable-aux-soins-de-sante-une-consultation-des>

Dauvrin, M., Gysen, J. & Lorant, V. (2016). L'accès aux soins pour les personnes sans-papiers : un chemin parsemé d'embûches. *Éducation Santé*. Consulté le 16 décembre 2022 à l'adresse <https://educationsante.be/laces-aux-soins-pour-les-personnes-sans-papiers-un-chemin-parseme-dembuches/>

De Freitas, C., Massag, J., Amorim, M. & Fraga, S. (2020). Involvement in maternal care by migrants and ethnic minorities : a narrative review. *Public Health Reviews*, 41(5).

Dehlendorf, C., Levy, K., Kelley, A., Grumbach, K. & Steinauer, J. (2013). Women's preferences for contraceptive counseling and decision making. *Contraception*, 88(2), 250-256.

Demart, S. et al. (2017). Des citoyens aux racines africaines : un portrait des Belgo-Congolais, Belgo-Rwandais et Belgo-Burundais. Fondation Roi Baudouin.

Demuijnck, G. (2007). Est-il permis, du point de vue éthique, de limiter la migration économique ? *Raisons politiques*, 26(2), 63-81.

Devillé, S. (2018). Droit au logement : un combat de tous les jours. CIRé. Consulté le 29 avril 2023 à l'adresse <https://www.cire.be/publication/droit-au-logement-un-combat-de-tous-les-jours/>

Du Loû, A. D. (2015). Contraception : les couples et l'Eglise font chambre à part. *Études*, 11, 31-42.

Du Loû, A. D. & Lert, F. (2017). Parcours : parcours de vie et de santé des Africains immigrés en France. *La découverte*, 299-313.

Edmonds, J. K., Hruschka, D., Bernard, H. R. & Sibley, L. (2012). Women's social networks and birth attendant decisions : application of the network-episode model. *Social science & medicine*, 74(3), 452-459.

Esscher, A. et al. (2014). Suboptimal care and maternal mortality among foreign-born women in Sweden : maternal death audit with application of the « migration three delays » model. *BMC pregnancy and childbirth*, 14(141).

European Parliamentary Forum. (2020). European Contraception Atlas 2020. Consulté le 14 décembre 2022 à l'adresse <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>

Faini, R. (2002). Développement, commerce international et migrations. *Revue d'économie du développement*, 16(1), 85-116.

Flahaux, M-L., Beauchemin, C. & Schoumaker, B. (2010). Partir, revenir : tendances et facteurs des migrations africaines intra et extra-continentales. *Migrations entre l'Afrique et l'Europe (MAFE)*, 7. Consulté le 23 mai 2023 à l'adresse [https://mafeproject.site.ined.fr/fr/publications/documents\\_de\\_travail/](https://mafeproject.site.ined.fr/fr/publications/documents_de_travail/)

Fonds des Nations unies pour la population. (2022). Près d'une grossesse sur deux n'est pas intentionnelle : une vraie crise mondiale, selon le nouveau rapport de l'UNFPA. Consulté le 13 avril 2023 à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/press/pres-dune-grossesse-sur-deux-nest-pas-intentionnelle-une-vraie-crise-mondiale-selon-le>

Fonds des Nations unies pour la population. (2022). Santé sexuelle et reproductive. Consulté le 23 mars 2023 à l'adresse <https://www.unfpa.org/fr/santé-sexuelle-et-reproductive#readmore-expand>

Gomez, A. (2002). If my group stereotypes others, others stereotype my group... and we know. Concept, research lines and future perspectives of meta-stereotypes. *Revista de Psicologia Social*, 17(3), 253-282.

Greene, M., Joshi, S. & Robles, O. (2012). Oui au choix, non au hasard. Planification familiale, droits de la personne et développement. Fonds des Nations unies pour la population. Consulté le 31 mars 2023 à l'adresse <https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=816c23bb59beddf45f4da6f7343bef6911956f86>

Guengant, J-P. & Maga, H. I. (2020). Afrique subsaharienne : dynamiques démographiques et enjeux de développement. *Cités*, 82(2), 57-70.

Guengant, J-P. & May, J.F. (2011). L'Afrique subsaharienne dans la démographie mondiale. *Études*, 415(10), 305-316.

Gumucio, S. & Bouchon, M. (2012). Accès aux soins. Les déterminants socioculturels. *Médecins du Monde*.

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (s.d.). Assurabilité. Consulté le 27 avril 2023 à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/assurabilite/Pages/default.aspx>

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (s.d.). Intervention majorée : meilleur remboursement de frais médicaux. Consulté le 30 décembre 2022 à l'adresse <https://www.riziv.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/facilite-financiere/Pages/intervention-majoree-meilleur-remboursement-frais-medicaux.aspx>

Institut national d'assurance maladie-invalidité. (s.d.). Intervention supplémentaire dans le prix des contraceptifs. Consulté le 30 décembre 2022 à l'adresse <https://www.inami.fgov.be/fr/themes/cout-remboursement/par-mutualite/medicament-produits-sante/remboursement/Pages/intervention-complementaire-prix-contraceptifs-jeunes-femmes.aspx>

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2023). Contraception. A chacun et chacune sa méthode. Consulté le 22 mars 2023 à l'adresse <https://www.inserm.fr/dossier/contraception/#les-moyens-de-contraception-existants>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2020). Indicateur conjoncturel de fécondité/somme des naissances réduites. Consulté le 24 novembre 2022 à l'adresse <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1963>

Institut national de la statistique et des études économiques. (2023). Natalité et fécondité dans l'Union européenne. Consulté le 2 mai 2023 à l'adresse [https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381396#:~:text=Lecture%20%3A%20en%202020%2C%20l%27,extraction%20du%2010%20janvier%202023\).](https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381396#:~:text=Lecture%20%3A%20en%202020%2C%20l%27,extraction%20du%2010%20janvier%202023).)

Jonkers, M., Richters, A., Zwart, J., Öry, F. & van Roosmalen, J. (2011). Severe maternal morbidity among immigrant women in the Netherlands : patients' perspectives. *Reproductive health matters*, 19(37).

Kabbanji, L., Levatino, A. & Ametepe, F. (2013). Migrations internationales étudiantes ghanéennes et sénégalaises : caractéristiques et déterminants. *Cahiers québécois de démographie*, 42(2), 303-333.

Kagné, B. & Martiniello, M. (2001). L'immigration subsaharienne en Belgique. *Courrier hebdomadaire du CRISP*, 1721(16), 5-49.

Kane, H., Vroh, J. B. B. & Fond-Harmant, L. (2018). Quelle éducation à la sexualité pour la santé des jeunes en Afrique ? *Santé publique*, 30(3), 295-296.

Keygnaert, I., Vettenburg, N., Roelens, K. & Temmerman, M. (2014). Sexual health is dead in my body : participatory assessment of sexual health determinants by refugees, asylum seekers and undocumented migrants in Belgium and the Netherlands. *BMC Public Health*, 14(416).

Knerr, W. (2012). Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale : outils de plaidoyer. Mieux défendre l'importance de satisfaire les besoins. Fédération internationale pour la planification familiale. Consulté le 24 novembre 2022 à l'adresse [https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/Brochure\\_ReproductiveHealth-FR-v6.pdf](https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/Brochure_ReproductiveHealth-FR-v6.pdf)

Knight, M., Kurinczuk, J. J., Spark, P. & Brocklehurst, P. (2009). Inequalities in maternal health : national cohort study of ethnic variation in severe maternal morbidities. *Bmj*, 338.

Koba, E., Djoufelkit, H. & Rabier, S. (2019). Transitions démographiques, inégalités et développement humain : analyse des fiches démographiques synthétiques pour 43 pays d'Afrique subsaharienne. *Papiers de recherche*, 1-130.

La Banque mondiale. (s.d.). Afrique subsaharienne. Consulté le 24 novembre 2022 à l'adresse <https://donnees.banquemondiale.org/region/afrique-subsaharienne>

La Banque mondiale (s.d.). Taux de fertilité, total (naissances par femme). Consulté le 11 avril 2023 à l'adresse <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

Larchanché, S. (2012). Intangible obstacles : health implications of stigmatization, structural violence, and fear among undocumented immigrants in France. *Social science & medicine*, 74(6).

Le Guen, M. (2021). Évolution des usages contraceptifs. Une pratique millénaire et deux révolutions. *Médecine/sciences*, 37(6-7), 641-646.

Leire, N. (2015). Expériences de femmes originaires d'Afrique Sub-saharienne et d'Afrique du Nord lors du counseling contraceptif en Belgique: présence et influence de métastéréotypes. [Mémoire]. Université Catholique de Louvain.

Leridon, H. (2015). Afrique subsaharienne : une transition démographique explosive. *Futuribles*, 407, 5-21.

Lowe, S. M. P. & Moore, S. (2014). Social networks and female reproductive choices in the developing world : a systematized review. *Reproductive health*, 11(85).

Madhavan, S., Adams, A. & Simon, D. (2003). Women's networks and the social world of fertility behavior. *International family planning perspectives*, 29(2), 58-68.

Maraux, B. (2018). Pratiques contraceptives des femmes immigrées originaires d'Afrique subsaharienne en France. [Thèse de doctorat]. Université de Paris-Saclay.

Martiniello, M. & Rea, A. (2013). Une brève histoire de l'immigration en Belgique.

Merla, L. (2015). Les solidarités familiales transnationales au travers du prisme de la circulation du care. Dans Bousetta, H., Gsir, S., Jacquemain, M, Martiniello, M. & Poncelet, M. (dirs.). *Villes connectées. Pratiques transnationales, dynamiques identitaires et diversité culturelle*, Université de Liège, 15-36.

Migrant integration policy index. (2020). Labour market mobility. Consulté le 26 avril 2023 à l'adresse <https://www.mipex.eu/labour-market-mobility>

Moreau, C., Spira, A. & Bajos, N. (2009). Évolution des pratiques contraceptives en France, impact social et démographique. *Médecin de la reproduction*, 11(5-6), 338-344.

Musalia, J. M. (2005). Gender, social networks and contraceptive use in Kenya. *Sex roles*, 53, 835-846.

Nations unies. (1948). Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Consulté le 29 avril 2023 à l'adresse <https://www.un.org/fr/universal-declaration-human-rights/index.html>

Nations unies. (2015). Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. Soixante-dixième session, points 15 et 116 de l'ordre du jour. Consulté le 31 mars 2023 à l'adresse [https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1\\_fr.pdf](https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_fr.pdf)

Nations unies. (2022). World population prospects 2022. Summary of results. Consulté le 12 avril 2023 à l'adresse [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.org/files/wpp2022\\_summary\\_of\\_results.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.org/files/wpp2022_summary_of_results.pdf)

Nations unies, Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Institut national d'études démographiques, Centre population & développement. (2013). Dictionnaire démographique multilingue. Seconde édition unifiée, volume français.

Office belge de la statistique. (2022). Origine. Consulté le 21 mai 2023 à l'adresse <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/origine>

Office belge de la statistique. (2022). Population par lieu de résidence, nationalité (Belge/non-Belge), état civil, âge et sexe. [Tableau]. Consulté le 24 mars 2023 à

l'adresse <https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=c1649c18-ea66-4286-9310-2413e74134f8>

Office belge de la statistique. (2023). Évolution du nombre de naissances vivantes, 1830-2020. [Tableau Excel]. Consulté le 26 novembre 2022 à l'adresse <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#figures>

Office belge de la statistique. (2023). Naissances et fécondité. Consulté le 30 mai 2023 à l'adresse <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#news>

Office des étrangers. (s.d.). Le regroupant et la personne qui demande le regroupement familial sont des ressortissants de pays tiers. Consulté le 17 décembre 2022 à l'adresse <https://dofi.ibz.be/fr/themes/ressortissants-dun-pays-tiers/regroupement-familial/demande-de-sejour/le-regroupant-et-la-1>

Organisation internationale pour les migrations. (2007). Glossaire de la migration. *Droit international de la migration*, 9.

Organisation mondiale de la santé. (s.d.). Contraception. Consulté le 25 novembre 2022 à l'adresse [https://www.who.int/fr/health-topics/contraception#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/contraception#tab=tab_1)

Organisation mondiale de la santé. (2020). Planification familiale/contraception. Consulté le 27 mars 2023 à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

Organisation mondiale de la santé. (2021). Avortement. Consulté le 13 avril 2023 à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Parant, A. (2023). La population du monde : tendances et perspectives. *Futuribles*, 452(1), 63-85.

Piette, V. & Gubin, E. (2002). La politique nataliste de l'entre-deux-guerres. Université libre de Bruxelles, 115-129.

Pison, G. (2023). Atlas de la population mondiale. *Autrement*.

- Poncet, L. C., Huang, N., Rei, W., Lin, Y-C. & Chen, C-Y. (2013). Contraceptive use and method among immigrant women in France : relationship with socioeconomic status. *The european journal of contraception & reproductive health care*, 18(6).
- RamaRao, S., Lacuesta, M., Costello, M., Pangolibay, B. & Jones, H. (2003). The link between quality of care and contraceptive use. *International family planning perspectives*, 29(2), 76-83.
- Rea, A. (2001). Jeunes immigrés dans la cité : protestation collective, acteurs locaux et politiques publiques. Université libre de Bruxelles.
- Rifflet, M. (1974). Le planning familial en Belgique. *Les cahiers du GRIF*, 3, 80-82.
- Riutort, P. (2013). Contrôle social, normes et déviance. *Premières leçons de sociologie*, 75-88.
- Roberfroid, D. et al. (2015). What health care for undocumented migrants in Belgium ? Centre fédéral d'expertise des soins de santé, rapport 257.
- Rossier, C. (2014). L'avortement non sécurisé reste fréquent dans le monde, mais il est moins souvent fatal. *Population et sociétés*, 513(7), 1-4.
- Sarnak, D. O., & Gemmill, A. (2022). Perceptions of partners' fertility preferences and women's covert contraceptive use in eight sub-Saharan African countries. *Studies in family planning*, 53(3), 527-548.
- Sawadogo, M. (2016). Identification des facteurs qui influencent l'utilisation des services de santé sexuelle et reproductive chez les femmes immigrantes francophones d'Afrique Subsaharienne. [Thèse de doctorat]. Université d'Ottawa.
- Schmitt, O. (2020). Attitudes et connaissances de la contraception des étudiant.e.s de l'Université catholique de Louvain. [Mémoire]. Université catholique de Louvain.
- Schoumaker, B. & Schoonvaere, Q. (2012). L'immigration subsaharienne en Belgique. État des lieux et tendances récentes. *Démographie et sociétés*, 4.

Sécurité sociale citoyen. (s.d.). Aide financière. Consulté le 30 mai 2023 à l'adresse <https://www.socialsecurity.be/citizen/fr/assistance-sociale-et-cpas/aide-financiere#topicceed3f1651a42ecee2b60aca889d80a901e4a639>

Simon, N. (2020). Une étude exploratoire des besoins et des attentes en matière de contraception chez les femmes migrantes originaires d'Afrique de l'Est : une approche socio-culturelle. [Mémoire]. Université de Liège.

Smit, S. (2021). (Re)construire sa carrière professionnelle et trouver sa place dans le pays de destination : expériences de femmes migrantes « dépendantes » et qualifiées en Belgique. Dans Merla, L., Sarolea, S. & Schoumaker, B. (dirs.), *Composer avec les normes : trajectoires de vie et agentivité des migrants face au cadre légal* (p. 201-220). *Academia*.

Stengers, J. (2004). Les mouvements migratoires en Belgique aux XIXe et XXe siècles. *Revue belge de philologie et de l'histoire*, 82(1-2), 311-348.

Stewart, Z. (2016). Étude de l'association entre nationalité et morbidité maternelle sévère. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 64(2), 135.

Street, M. C. (2015). La relation entre la migration et la fécondité chez des immigrantes de première génération au Québec. [Thèse de doctorat]. Université du Québec, 65-105.

Tabutin, D. & Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au 21<sup>ème</sup> siècle. Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75(2-3), 169-295.

Tagang, G., Rwenge Mburano, J-R. & Agogue, D. S. (2021). Facteurs explicatifs de la fécondité des femmes en union dans les régions septentrionales du Cameroun. *European scientific journal*, 17(6), 150-188.

Thomassint, A. (2020). Dans quelle mesure l'utilisation du critère d'âge est-elle acceptable dans le cadre du remboursement des soins de santé ? [Mémoire]. Université catholique de Louvain.

Union européenne. (2000). Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne. Consulté le 26 avril 2023 à l'adresse <https://www.right-to-education.org/es/node/596>

Van Doosselaere, S. & Pinilla, S. (2015). Discrimination des jeunes immigrés sur le marché de l'emploi en Belgique. *RSE & diversité*.

Verougstraete, A. (2016). Contraception réversible de longue durée = méthode de choix ? *Evidence-based practice pour l'amélioration continue des besoins*.

Volant, S., Pison, G. & Héran, F. (2019). La France a la plus forte fécondité d'Europe. Est-ce dû aux immigrées ? Institut national d'études démographiques, *Population & sociétés*, 568(7), 1-4.

Vorauer, J. D., Hunter, A. J., Main, K. J. & Roy, S. A. (2000). Meta-stereotype activation : evidence from indirect measures for specific evaluative concerns experienced by members of dominant groups in intergroup interaction. *Journal of personality and social psychology*, 78(4), 690-707.

World bank group. (s.d.). SDG metadata translation project. Consulté le 27 mars 2023 à l'adresse [https://worldbank.github.io/sdg-metadata/metadata/fr/3-7-1/#COLL\\_METHOD](https://worldbank.github.io/sdg-metadata/metadata/fr/3-7-1/#COLL_METHOD)

Yah, N. C. & Makembe, H. N. (2023). Déterminants de la fécondité des ménages au Cameroun : poids des facteurs économiques et culturels. *Revue économie & kapital*, 23.

Zwart et al. (2008). Severe maternal morbidity during pregnancy, delivery and puerperium in the Netherlands : a nationwide population-based study of 371.000 pregnancies. *BJOG : An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, Université Catholique de Louvain, 115(7), 842-850.

# Annexes

## 1. Message type expliquant ma recherche dans le but d'avoir des participantes

Bonjour à tous et à toutes,

Je suis étudiante en Sciences de la Population et du Développement, à l'UCLouvain. Dans le cadre de mon mémoire, j'aimerais interviewer des **femmes originaires d'Afrique subsaharienne et étant arrivées en Belgique depuis moins de 10 ans**.

Il s'agit d'un **entretien d'environ 20 minutes**, traitant des sujets de la migration, du désir d'enfants et de la contraception, après et avant l'arrivée en Belgique. Je peux me déplacer pour effectuer les entretiens en **présentiel**, ou ceux-ci peuvent se dérouler **à distance** par appel téléphonique. Ils seront évidemment tous **anonymisés**, afin de protéger l'identité de la répondante.

Si vous êtes une femme originaire d'Afrique subsaharienne arrivée en Belgique depuis moins de 10 ans et que vous souhaitez m'aider dans ma recherche, vous pouvez me joindre par téléphone au **0493/63.93.14**, ou par mail : [romane.saillez@student.uclouvain.be](mailto:romane.saillez@student.uclouvain.be).

Je vous en serais très reconnaissante !

N'hésitez pas également à en parler autour de vous afin de m'aider à trouver des candidates correspondant aux critères de ma recherche.

Un tout grand merci d'avance.

En vous souhaitant une bonne journée,

Romane Saille

## 2. Guide d'entretien

| Thèmes                                    | Questions principales                                                                                                                        | Relances                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| M<br>I<br>G<br>R<br>A<br>T<br>I<br>O<br>N | Pourriez-vous me raconter comment vous êtes arrivée en Belgique et les raisons de votre arrivée ?                                            | D'où venez-vous ?<br><br>Depuis combien de temps êtes-vous en Belgique ?<br><br>Pourquoi avez-vous choisi de venir en Belgique, et non dans un autre pays ?<br><br>Avez-vous de la famille en Belgique ? |
|                                           | Où habitez-vous ? Dans quel type de logement habitez-vous ?<br><br>Travaillez-vous ? Êtes-vous aux études ? Avez-vous d'autres occupations ? |                                                                                                                                                                                                          |
|                                           | Quel est votre titre de séjour en Belgique ?                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |
|                                           | Êtes-vous mariée ou avez-vous un conjoint ?<br><br>Habitez-vous avec votre mari/conjoint ?                                                   |                                                                                                                                                                                                          |
|                                           | Avez-vous des enfants ?<br><br><b>Si oui :</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| D<br>E<br>S<br>I<br>R<br><br>D'<br>A<br>V<br>O<br>I<br>R<br><br>D<br>E<br>S<br><br>E<br>N<br>F<br>A<br>N<br>T<br>(S) | <p>Quel(s) âge(s) a/ont-il(s) ? A quel âge l'/les avez-vous eu(s) ?</p> <p>Voulez-vous d'autres enfants ?</p> <p><b>Si non :</b></p> <p>Voulez-vous des enfants ?</p> <p><b>Dans tous les cas :</b></p> <p>Quel est votre nombre d'enfants idéal ? Pourquoi ?</p>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                      | <p><b>CAS OÙ LA RÉPONDANTE A DES ENFANTS :</b></p> <p>Avez-vous eu vos enfants après ou avant votre immigration en Belgique ? Ou les deux ?</p> <p><b>Si avant :</b></p> <p>Vos enfants sont-ils venus en Belgique avant ou avec vous ?</p> <p>Sinon, est-il prévu qu'ils vous rejoignent ?</p> <p>Comment le fait d'avoir des enfants a-t-il impacté votre arrivée en Belgique ?</p> <p><b>Si après :</b></p> | <p>Vous êtes-vous sentie soutenue et écoutée dans votre démarche d'avoir un/des enfant(s) ? Par votre entourage ? Et par le personnel médical ?</p> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>Avez-vous rencontré des difficultés particulières à avoir votre/vos enfant(s) en Belgique ?</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|  | <p><b>CAS OÙ LA RÉPONDANTE VEUT (ENCORE) AVOIR DES ENFANTS :</b></p> <p>Dans combien de temps envisagez-vous d'avoir des enfants ?</p> <p>Y a-t-il une raison expliquant que vous n'avez pas encore d'enfant ou que vous attendez pour en avoir ?</p>                                                                                                                                                        |  |
|  | <p>Utilisez-vous une méthode contraceptive ou faites-vous quelque chose pour ne pas avoir d'enfant ?</p> <p><b>Si la répondante est sous contraception :</b></p> <p>Quelle contraception utilisez-vous et depuis combien de temps ?</p> <p>Avez-vous eu d'autres contraceptions avant celle que vous utilisez actuellement ? Si oui, quel âge aviez-vous et pourquoi avez-vous changé de contraception ?</p> |  |

|                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C<br>O<br>N<br>T<br>R<br>A<br>C<br>E<br>P<br>T<br>I<br>O<br>N | <p><b>Si la répondante n'est pas sous contraception :</b></p> <p>Avez-vous déjà eu une contraception ? Si oui, laquelle/lesquelles ?</p> <p>Pourquoi n'utilisez-vous pas de contraception actuellement ?</p>                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                               | <p>Utilisiez-vous une contraception dans votre pays d'origine ? Si oui, laquelle ? Vous convenait-elle ?</p> <p>Votre utilisation d'une contraception a-t-elle changé suite à votre arrivée en Belgique ? Si oui, pour quelles raisons ?</p> <p>Votre vision de la contraception a-t-elle évolué depuis votre arrivée en Belgique ? Si oui, dans quel sens ?</p> |                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                               | <p>Avez-vous rencontré des difficultés pour obtenir une contraception qui vous convient en Belgique ?</p> <p><b>OU</b></p> <p>Avez-vous rencontré des difficultés pour obtenir une</p>                                                                                                                                                                           | <p>A-t-il été facile pour vous d'obtenir un rdv chez un médecin/gynécologue et d'obtenir une contraception ?</p> <p>Pour vous, l'aspect économique est-il un frein à l'obtention d'une contraception ? Bénéficiez-vous d'un remboursement pour votre contraception ?</p> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>contraception qui vous ont fait renoncer à en avoir une ?</p> <p><b>Dans tous les cas :</b></p> <p>Étiez-vous confrontée aux mêmes difficultés ou à d'autres difficultés pour obtenir une contraception dans votre pays d'origine ?</p> | <p>Vous sentez-vous écoutée lors de vos rdv chez votre médecin/ gynécologue ? Parvient-il à répondre à vos attentes et besoins ?</p> <p>La langue a-t-elle été une barrière pour vous durant vos consultations médicales ?</p> <p>Quel a été l'avis de votre partenaire et/ou votre entourage concernant vos démarches pour avoir une contraception ?</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



**UNIVERSITÉ CATHOLIQUE DE LOUVAIN**

**Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication**

**École des sciences politiques et sociales (PSAD)**

Place Montesquieu, 1 bte L2.08.05, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique | [www.uclouvain.be/psad](http://www.uclouvain.be/psad)