

r



## **Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten in Oost-Congo: uitdagingen en kansen voor een post-COVID-19 tijdperk**

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in Gender en Diversiteit

Academiejaar 2020-2021

Eveline Kamina Ntenda Musangu

Stamnummer UGent:01912623

11 juni 2021

Promotor: Prof. Nathalie Holvoet

Co- Promotor: Annelies Verdoolaege

Klassieke masterproef: 23.940 woorden

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In publicaties mag naar dit werk worden gerefereerd, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam op de titelpagina is vermeld.

## Dankwoord

Graag wil ik een aantal mensen bedanken die deze masterproef mee mogelijk maakte. In eerste instantie wil ik al de professoren en gastdocenten van de Masteropleiding gender en diversiteit bedanken voor een inzicht en delen van cruciale kennis die ondanks de COVID-19 pandemie zorgde voor een zeer boeiende 2 jarige opleiding. Ook wil ik mijn promotoren enorm bedanken voor hun positieve feedback, aanbevelingen en flexibiliteit. Hiernaast ook de leden van de Gender en Adviesraad voor hun tussentijds advies en ondersteuning bij mijn zoektocht naar respondenten, de echte helden op het terrein die dagelijks in zeer precaire situaties ondersteuning bieden aan een vergeten bevolking en weigeren om onverschillig toe te kijken. Ook wil ik hierbij mijn vader Romain Kamina bedanken om me wegwijs te maken in de internationale solidariteit en Congolese realiteit. En last but not least wil ik mijn man Patrik bedanken voor zijn onvoorwaardelijke liefde, steun, vertrouwen, tijd en geduld zonder jou had ik deze masterproef en opleiding niet tot een goed einde kunnen brengen. Tot slot wil ik mijn stoere dochters Ona Odia, Liva Kayeye en Cecile Tshilenge bedanken voor hun engelengeduld. Jullie blijven mij inspireren om me in te zetten voor een globale rechtvaardigere gendergelijke wereld.

## Abstract

Deze masterproef onderzoekt welke barrières adolescenten, vrouwen en mannen ervaren in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid (SRG) in de conflictregio Oost-Congo. Door het afnemen van diepte-interviews met experts beogen we meer inzichten te krijgen over hoe seksuele en reproductieve gezondheidsrechten vertaald kunnen worden naar een Congolese realiteit en hoe de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid kan worden verbeterd. De resultaten tonen aan dat er nood is aan een holistische aanpak voor slachtoffers van seksueel geweld. Meer concreet hebben slachtoffers nood 1stop centrum waar ze terecht kunnen voor psychologische, medische en juridische ondersteuning. Heersende gender rollen en normen, het taboe en stigma rond seksualiteit zorgen naast het tekort aan medische voorzieningen voor barrières in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid. Investeren in gendergelijkheid en positieve mannelijkheid is cruciaal om de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsrechten te optimaliseren.

## Inhoudsopgave

### Inhoud

Dankwoord .....	3
Abstract .....	4
Inleiding .....	8
1. Theoretisch kader en literatuuronderzoek .....	11
1.1 Reproductieve rechten en reproductieve gezondheid .....	11
1.2 Seksualiteit, seksuele gezondheid en seksuele rechten.....	11
1.3 Beïnvloedende factoren op de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid .....	13
1.3.1 De invloed van gender(on)gelijkheid op seksuele en reproductieve gezondheid .....	13
1.3.2 Seksuele en reproductieve gezondheid vanuit een cultureel en religieus perspectief .....	14
1.4 Seksuele en reproductieve rechten naar een uniforme wetgeving? .....	16
1.5 Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten binnen Belgische partnerschappen .....	18
2. Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten in een (Oost-) Congolese realiteit .....	19
2.1 Historiek genderrollen Oost-Congo.....	19
2.1.1 Genderrelaties in een pre-koloniaal tijdperk .....	19
2.1.2 De invoering van hetero normatieve genderrelaties tijdens het koloniaal tijdperk.....	20
2.1.3 Genderrelaties in een (post-) koloniale conflictsituatie .....	21
2.2 Gender en seksueel gerelateerd geweld in Oost-Congo.....	22
2.2.1 Huiselijk geweld.....	22
2.2.2 Seksueel geweld, misbruik en uitbuiting in een Congolese realiteit.....	23
2.2.3 Gender en seksueel gerelateerd geweld als oorlogswapen.....	24
2.3 Reproductieve rechten en seksuele en reproductieve gezondheid in Oost-Congo.....	25
2.3.1 Recht op geboortepanning, keuze van contraceptie en abortus .....	25
2.3.2 HIV/aids en seksueel overdraagbare ziektes.....	26
2.4 Schadelijke culturele praktijken .....	27
2.4.1 Kind huwelijken en de bruidsschat.....	27
2.5 Beïnvloedende factoren .....	28
2.5.1 Economische redenen .....	28
2.5.2 Socio-culturele redenen .....	30
2.6 Complicerende factoren.....	31
2.6.1 Gewapend conflict.....	31
2.6.2 De situatie van interne ontheemden .....	32
2.6.3 COVID-19: een aanslag op een reeds verzwakt gezondheidssysteem .....	33
3. Methodologie .....	35

3.1 Onderzoeksopzet.....	35
3.1.1 Onderzoeksdoelstelling .....	35
3.1.2 Positie van de onderzoeker .....	35
3.1.3 Een postkoloniaal feministisch perspectief.....	36
3.1.4 Intersectioneel perspectief .....	37
3.2 Onderzoeksmethode.....	38
3.2.1 Dataverzameling en verwerking.....	39
4. Resultaten.....	41
4.1 Toegang tot informatie over seksuele en reproductieve gezondheid .....	41
4.2 Toegang tot gezondheidscentra .....	43
4.2.1 Reproductieve gezondheid.....	44
4.2.2 Seksuele gezondheid .....	45
4.3 De impact van COVID-19 op seksuele en reproductieve gezondheid.....	48
4.4 Kansen voor een partnerschap.....	49
5. Discussie .....	51
6. Conclusie .....	53
7. Aanbevelingen.....	54
Bibliografie .....	57
Bijlagen .....	61

## Lijst van afkortingen

CEDAW: Internationaal Verdrag inzake e het Verdrag over de uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen vrouwen

CRC: het Verdrag inzake de rechten van het kind

HIV: humaan immunodeficiëntie virus

ICESCR: Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten

IGVM: Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen

ICPD: Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling

LGBTIQ: Lesbian, gay, bisexual, trans, intersex or queer

SDG: Sustainable Development goals/ duurzame ontwikkelingsdoelen

SRG: seksuele en reproductieve gezondheid

SRGR: seksuele en reproductieve gezondheid en rechten

UNPFA: United Nations Populations Fund

WHO: World Health Organization

## Inleiding

Wereldwijd zijn miljoenen mensen niet vrij om te kiezen met wie ze een relatie starten, of ze kinderen willen en met wie ze kinderen willen. Miljoenen mensen kunnen niet beslissen over hun seksualiteit, gezondheid en eigen lichaam en zijn niet vrij om hun seksuele en reproductieve gezondheidsrechten uit te oefenen. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert seksuele en reproductieve gezondheid als : *Een toestand van fysiek, emotioneel, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit; het is niet alleen de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek. Seksuele gezondheid vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties, evenals de mogelijkheid om plezierige en veilige seksuele ervaringen te hebben, vrij van dwang, discriminatie en geweld. Om seksuele gezondheid te bereiken en te behouden, moeten de seksuele rechten van alle personen worden gerespecteerd, beschermd en nageleefd.* " (WHO, 2004) Hoewel seksuele en reproductieve gezondheidsrechten een universeel mensenrecht is, hebben miljoenen mensen geen toegang tot geboortepanning, anticonceptie en seksuele autonomie. Amnesty International stelt dat er wereldwijd mensen worden vervolgd, gediscrimineerd en vermoord omwille van hun seksuele geaardheid en de keuzes die zij maken. (Amnesty International, 2019)

Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten is een relatief nieuw gegeven dat moeilijk te definiëren valt. Hiernaast is het eigen aan tijd, plaats en heersende culturele en religieuze normen. In dit onderzoek zal de focus liggen op de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid in een minder onderzochte regio. Hoewel Oost-Congo getroffen wordt door een van de werelds langstduurende humanitaire conflicten is het een van de minst onderzochte conflictregio's. De toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid in de Democratische Republiek Congo en meer specifiek in Oost-Congo is een zeer complex gegeven. Enerzijds wordt er in dergelijke conflictgebieden door internationale en nationale organisaties in eerste instantie de focus gelegd op het verlenen van elementaire zorgen als onderdak, voedsel en algemene gezondheid. Seksuele en reproductieve gezondheid worden hierdoor vaak over het hoofd gezien. Anderzijds is de Democratische Republiek Congo volgens de United Nations Populations Fund (UNPFA, 2019) geografisch het op een na grootste land in Afrika, met een geschatte bevolking van 86,3 miljoen, een gemiddeld groeipercentage van 3,3 procent per jaar, en zal het de achtste meest bevolkte land ter wereld tegen 2050. Ongeveer 63,4 procent van de Congolese bevolking leeft onder de armoedegrens met een extreme armoede die geconcentreerd is in verschillende provincies, wat leidt tot grote ongelijkheden. Hiernaast behoort 32 procent van de bevolking tussen de leeftijdscategorie van 10 tot 24 jaar oud en zijn 50 procent van de mensen in nood vrouwen en meisjes in hun vruchtbare leeftijd. Meer dan 60.000 van deze kwetsbare groep lopen het risico op seksueel geweld, een verhoogd risico op moederlijke morbiditeit en mortaliteit als gevolg van een gebrek aan toegang tot hoogwaardige gezondheidsdiensten voor moeders (UNPFA, 2019).

Het seksueel geweld in Congo behoort tot een van de ergste situaties ter wereld vanwege de omvang, de brutale vormen van geweld en de "schadelijke cultuur van straffeloosheid". (Mukengere Mukwege & Nangini, 2009) Volgens UN Women (2020) is het geweld in Oost-Congo tijdens de COVID-19 pandemie gestegen met 99% en heeft het gevolgen voor de gendergelijkheid van vrouwen en meisjes. Deze vergeten crisis wordt terecht gezien als een oorlog tegen vrouwen maar ook mannen kunnen structureel slachtoffer zijn van seksueel gender gerelateerd geweld.

Ondanks het feit dat vrouwelijke en mannelijke slachtoffers zowel in angst als in schaamte leven en lichamelijk psychisch lijden onder hetzelfde trauma van seksueel geweld, hebben mannen en jongens minder toegang tot ondersteuning en specifieke zorgcentra na seksueel geweld. Brankamp (2015)



stelt dat mannelijke slachtoffers van seksueel misbruik structureel verwaarloosd worden door internationale en nationale organisaties. Onderzoek en statistieken over seksueel gender gerelateerd geweld (SGBV) tonen aan dat mannen maar ook vrouwen sterk ondervertegenwoordigd vanwege het heersende stigma en taboe.

Hoewel de Congoleze regering Het Maputo protocol ondertekende en ratificeerde is de strijd tegen traditionele wetten nog niet gestreden en laat een vertaling naar de praktijk op zich wachten. Mukwege en Nangini (2009) stellen dat de controle over de seksualiteit en het lichaam van vrouwen in deze vaak sterke patriarchale samenleving als DRC nog steeds gekoppeld wordt aan mannelijk eigenaarschap en ongelijke genderverhoudingen. Volgens Akinyemi (2019) worden mannen en jongens doorgaans gesocialiseerd om traditionele `Afrikaanse mannelijkheid` te beoefenen, wat staat voor kracht, emotioneel stoïcisme en hoofd van het gezin. Mannen, vrouwen en jongeren hebben slechts een zeer beperkte toegang tot informatie over anticonceptie en geboortepanning.

Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten staan hoog op de Belgische agenda van internationale partnerschappen. Hierbij is het erg van belang om rekening te houden met de lokale realiteit waarin seksuele en reproductieve gezondheidsrechten in partnerlanden vorm krijgen. Traditionele wetgeving, culturele gebruiken, genderrollen en religieuze verwachtingen hebben een invloed op de seksuele en reproductieve gezondheid van Congoleze vrouwen en mannen. In mijn onderzoek zal ik gebruik maken van een intersectioneel en postkoloniaal feministisch perspectief om seksuele en reproductieve gezondheidsrechten te kunnen vertalen naar een lokale Congoleze realiteit. Door mijn westers gekleurd standpunt als onderzoeker voortdurend in vraag te stellen, tracht ik de stem uit het Zuiden en lokale expertise centraal te zetten.

In de verdere beleidsvorming binnen de internationale samenwerking is het van belang dat `gesitueerde kennis` een plaats krijgt. Bestaande machtsverhoudingen binnen ngo's zijn vaak nog gebaseerd op het koloniaal verleden. Het gedachtegoed van de `witte superioriteit` en `zwarte inferioriteit` moet verworpen worden om gelijkwaardig burgerschap te realiseren. Het dekoloniseren van internationale samenwerking is een voorwaarde voor een positieve samenwerking tussen België en Congo.

Vertrekkende vanuit een literatuurstudie onderzoek ik hoe genderrollen, seksualiteit en geweld geconstrueerd werden in een prekoloniale, koloniale en postkoloniale historische context. Op basis van een kwalitatieve onderzoeksmethode tracht ik te onderzoeken welke barrières er zijn in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid binnen een conflictzone als Oost-Congo en of de pandemie COVID-19 zorgt voor extra uitdagingen. Hiernaast zullen de noden en kansen voor een verdere internationale samenwerking in de strijd tegen geweld en het recht op seksuele en reproductieve rechten in kaart gebracht worden. Aan de hand van online diepte en semigestructureerde interviews zullen lokale en internationale ngo's, academica's, experts en overheidspartners in Oost-Congo bevestigd worden.

Het onderzoek zal starten vanuit de volgende onderzoeksvraag : Welke barrières ervaren adolescenten, vrouwen en mannen in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid (SRG in Oost-Congo?

Deze vraag is verder op te delen in 6 deelvragen:

1. Tot welke informatie en educatie over seksuele en reproductieve gezondheid hebben adolescenten, mannen en vrouwen toegang? Wat is de rol van het maatschappelijk middenveld bij het verspreiden van HIV en SRG -programma's?
2. Welke barrières zijn er om SRG toegankelijker te maken? Zorgt het beleid voor belemmeringen? Zijn er voldoende gezondheidsfaciliteiten en gezondheidswerkers?
3. Zijn er barrières op het niveau van de gemeenschap (zoals traditionele en religieuze gebruiken) die de toegang tot SRG kunnen belemmeren?
4. Is de toegang tot SRG verschillend voor mannen en vrouwen? Zijn er gender gerelateerde barrières in de toegang tot SRG?
5. Zorgen de maatregelen ten gevolge van COVID-19 voor een beperktere toegang tot SRG en een stijging van gender-gerelateerd geweld?
6. Hoe kan de Belgische ontwikkelingssamenwerking in een post-COVID-19 tijdperk meer inzetten op SRG voor mannen en vrouwen in Oost-Congo?

Een aanname kan zijn dat COVID-19, als virus, niet direct voor een grote gezondheidscrisis zorgt maar de indirecte gevolgen van de pandemie zorgen voor toenemende ongelijkheden of nieuwe vormen van uitsluiting. Door de beperkingen in verplaatsingen hebben vrouwen nog minder toegang of mogelijkheden om gebruik te maken van seksuele en reproductieve gezondheidszorg (UN Women, 2020). De beperkte toegang tot de seksuele en reproductieve gezondheidszorg kan zorgen voor een stijging van het aantal ongewenste zwangerschappen, huwelijken, besmettingen met HIV/Soa's. Ook kan de lockdown ervoor zorgen dat geweld tegenover kwetsbare groepen als vrouwen, LGBT`Q, kinderen, ouderen toeneemt (UN Women, 2020). Anderzijds kan de verhoogde aandacht voor gender-gerelateerd geweld binnen de covid-19 pandemie zorgen voor een cruciale opportuniteit om mannen en jongens meer te betrekken in de positieve aanpak van de problematiek.( Ruxton, & Burrell, 2020).

De huidige pandemie opende een raam op ongelijkheden die reeds aanwezig waren en zorgde voor het openen van een nieuwe deur die ons een kijk geeft op het ontstaan van nieuwe ongelijkheden. Nieuwe uitdagingen kunnen hiernaast zorgen voor positieve opportuniteiten en globale veranderingen. Het is van cruciaal belang om lange termijn visies te ontwikkelen voor de post-Covid-19 situatie ervan uitgaande dat de effecten van de pandemie nog lang voelbaar zullen zijn. Met dit onderzoek beoog ik een bijdrage te leveren aan de verdere beleidsaanbevelingen voor een internationale samenwerking tussen België en partnerland DRC tijdens de pandemie en in een post-COVID-19 tijdperk. Meer specifiek tracht ik een antwoord te zoeken op de vraag hoe een westers concept als seksuele en reproductieve gezondheidsrechten kan vertaald worden naar een Congoleze realiteit met respect voor culturele verschillen. Want zoals de Congoleze gynaecoloog en Nobelprijswinnaar Denis Mukengere Mukwege het stelt, is de enige strijd die we verplicht zijn te leveren die tegen de onverschilligheid.

# 1. Theoretisch kader en literatuuronderzoek

## 1.1 Reproductieve rechten en reproductieve gezondheid

Ieder persoon heeft het recht om zelf te beslissen over zijn/haar voortplanting, vrij van discriminatie, dwang en geweld. Hoewel dit een mensenrecht is zijn seksuele en reproductieve gezondheidsrechten nog steeds geen universeel gegeven en doet het in verschillende landen hoog stof opwaaien. De Verenigde Naties slaagde er tot op heden niet in om overeenstemming te bereiken over wat de reproductieve rechten precies inhouden en hoe ze geïmplementeerd kunnen worden. Voornamelijk conservatieve landen verzetten zich tegen het ontwikkelen van een juridisch kader rond reproductieve rechten. Gruskin et al. (2018) stellen dat verschillende actoren verschillende terminologieën gebruiken voor verschillende doeleinden. Binnen de politieke sfeer nemen diverse landen verwarrende posities in waardoor een consensus over de terminologie van seksuele en reproductieve rechten op zich laat wachten.

**Reproductieve rechten** gelden voor mannen en vrouwen en stellen dat het een basisrecht is van alle koppels en individuen om vrij te beslissen over het aantal, de afstand tussen en het moment waarop zij kinderen willen. Iedereen heeft het recht op een bevredigend en veilig seksleven en informatie over seksualiteit en middelen om reproductie te plannen. Hiernaast moeten vrouwen veilig zwanger kunnen zijn en vrij zijn haar seksuele en reproductieve leven te kunnen beleven en controleren. Mannen en vrouwen moeten toegang hebben tot veilige, effectieve en aanvaardbare methoden van geboorteregeling naar keuze. (Sensoa Internationaal, z.d.) Ook hebben ze recht op toegang tot geschikte gezondheidszorg die vrouwen in staat stelt om veilig hun zwangerschap en bevalling door te maken, en die koppels de beste kansen biedt om een gezond kind te krijgen. (Glasier et al., 2006) Iedereen is vrij in zijn partnerkeuze, heeft het recht autonoom te beslissen over voortplanting en mag niet onderworpen worden aan gedwongen zwangerschap, sterilisatie of gedwongen abortus. (Sensoa Internationaal, z.d.) Het recht op een goede reproductieve gezondheid is dan ook een essentieel onderdeel van reproductieve rechten.

Glasier et al. (2006) omschrijven reproductieve gezondheid als een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn waarbij het niet louter om de afwezigheid van ziekte of handicap, met betrekking tot het voortplantingsstelsel en zijn functies en processen gaat. Reproductieve gezondheid overlapt echter met seksuele gezondheid (Glasier et al., 2006).

## 1.2 Seksualiteit, seksuele gezondheid en seksuele rechten

Seksuele gezondheid maakt deel uit van reproductieve gezondheid wat een noodzakelijke voorwaarde is voor het leven. Hiernaast is de controle over het eigen seksuele en reproductieve leven en toegang tot gezondheidsdiensten een belangrijke vereiste voor het welzijn en de ontwikkeling van de persoon (WHO, 2004).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert seksualiteit, seksuele gezondheid en seksuele rechten als volgt: *'Seksualiteit is een centraal aspect van het leven van de mens. Het omvat seks, genderidentiteit en -rollen, seksuele oriëntatie, erotiek, plezier, intimiteit en voortplanting. Seksualiteit wordt ervaren en vormgegeven in gedachten, fantasieën, verlangens, overtuigingen, attitudes, waarden, gedrag, handelingen, rollen en relaties. Hoewel seksualiteit al deze dimensies kan omvatten, worden deze niet altijd ervaren of vormgegeven. Seksualiteit wordt beïnvloed door de interactie van biologische, psychologische, sociale, economische, politieke, ethische, wettelijke, historische, religieuze en spirituele factoren.'* (WHO, 2010).

Seksuele gezondheid is een toestand van lichamelijke, emotionele, mentaal en sociaal welzijn in relatie tot seksualiteit. Het omvat de afwezigheid van ziekte, disfunctie of gebrek aan seksuele gezondheid en vereist een positieve en respectvolle benadering van seksualiteit en seksuele relaties. Hiernaast moeten seksuele ervaringen plaats vinden in een plezierige en veilige omgeving, vrij van dwang, discriminatie en geweld (WHO,2004).

Seksuele gezondheid is een breed begrip dat onder te verdelen valt in verschillende seksuele gezondheidsthema's (WHO,2004):

- Seksueel overdraagbaar aandoeningen als HIV en infecties aan het voortplanting stelsel
- Reproductieve gezondheid: ongeplande zwangerschap, zwangerschapswens, infertiliteit, subfertiliteit, kinderwens en onveilige abortus
- Seksueel welzijn :tevredenheid, plezier, seksuele disfuncties, seksuele problemen, seksuele geaardheid, transgender, ziekte en seksualiteit, eerste keer,...
- Seksueel grensoverschrijdend gedrag: ongewenste aanrakingen, opmerkingen,...
- Seksuele ontwikkeling: relationele en seksuele vorming, stapsgewijze informatie
- Gender en seksueel gerelateerd geweld
- Bepaalde aspecten van mentale gezondheid
- Impact van fysieke beperkingen en chronische ziektes op seksuele gezondheid
- Vrouwelijke genitale verminking

De aanpak van deze kwesties vraagt expliciete aandacht voor seksualiteit, seksuele gezondheid en veiligere seks en niet enkel reproductieve gezondheidsaspecten.

Seksuele gezondheid is onlosmakelijk verbonden met mensenrechten. Seksuele rechten moeten de seksuele gezondheid van jongens en meisjes, mannen en vrouwen waarborgen, vervullen en beschermen tegen discriminatie. Seksuele rechten is een mensenrecht die doorgaans in internationale wetten, internationale mensenrechtendocumenten en andere consensusverklaringen. In het volgende hoofdstuk zal er dieper ingegaan worden op de internationale en nationale wetgeving rond seksuele en reproductieve rechten.

Seksuele rechten omvatten het recht van alle personen, vrij van dwang, discriminatie en geweld (WHO, 2004) :

- Op de hoogst haalbare norm van seksuele gezondheid te verwerven en dus de grootste mogelijke toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg
- Om informatie over seksualiteit te zoeken, te ontvangen en te verstrekken;
- Te genieten van seksuele voorlichting, opvoeding en vorming
- Zijn of haar lichamelijke integriteit te respecteren;
- Om zelf hun partner te kiezen
- Te beslissen om seksueel actief te zijn of niet
- Op wederzijds goedvinden seksuele relaties aan te gaan
- Te huwen met wederzijds goedvinden
- Om te beslissen of, hoeveel en wanneer, kinderen krijgen een bevredigend, veilig en plezierig seksleven na te streven.

Seksuele minderheden als transgenders en holebi's ervaren wereldwijd vaak uitdagingen om hun seksuele rechten uit te oefenen. Ze zijn dikwijls extra kwetsbaar om gediscrimineerd te worden en lopen bovendien een groter risico dat hun seksuele , reproductieve en algemene mensenrechten niet worden erkend en bijgevolg op grote schaal geschonden worden.

Volgens Amnesty International is homoseksualiteit in 80 landen bij wet verboden en kan dit in sommige landen leiden tot martelingen, structurele discriminatie of bestraft worden met de doodstraf (Amnesty International, 2019).

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wil seksuele gezondheidsrechten en een positieve benadering van seksualiteit van vrouwen, mannen en jongeren promoten via wetenschappelijk onderbouwde seksuele gezondheidseducatie en dienstverlenende kwaliteitsvol, non-discriminerend, aanvaardbare duurzame programma's. Door kennis verhoging rond o.a. begrip van sociale en culturele factoren die gerelateerd zijn aan schadelijke seksuele praktijken tracht men strategieën te ontwikkelen om deze praktijken uit te roeien.

De promotie van seksuele gezondheid is gebaseerd op 6 belangrijke principes (WHO, 2004):

- Aandacht voor gender en gender-relateerde machtsdynamieken in het beïnvloeden van seksuele gezondheid
- Erkenning en respect voor diversiteit
- Promoten van respect voor rechten van individu
- Participatie van iedereen: ook de meest kwetsbaren in het promoten van seksuele gezondheid
- Aandacht voor het aanpakken van zowel risico als kwetsbaarheid
- Werken met sociale normen om een omgeving te creëren die seksuele gezondheid ondersteunt.

### 1.3 Beïnvloedende factoren op de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid

Garcia & Parker (2006) stellen dat globalisering zorgt voor politiek-economische en socio-culturele uitwisselingen die vragen om reflecties rond eigen normen en regels. Seksuele rechten komen dialectisch tot stand door wisselwerkingen en wederzijdse beïnvloedingen. Op wereldniveau ontstaan er processen van interpretatie en vertaling over de manier waarin mensen hun seksualiteit kunnen beleven. Heersende culturele normen en vormen van collectieve identiteiten hebben hun invloed op lokale bewegingen en gemeenschappen. Dit kan er voor zorgen dat het politieke agenda's en aanwezige gendernormen een invloed hebben op het persoonlijke individuele niveau. Volgens (Jolly, 2010) is seksualiteit in werkelijkheid vaak erg verweven met plezier en gevaar. Voor vele mensen betekent het zoeken naar plezier voor het overtreden van sociale regels binnen zeer beklemmende kaders. Plezier is verboden en hangt samen met gevaren en angst om seksualiteit te beleven. Het zorgt voor een verlies van controle, het opwekken van emoties, het oproepen van eerdere ervaringen, het niet tevreden zijn, angst om het object van liefde of lust te verliezen, angst om een seksueel overdraagbare aandoening of een andere infectie op te lopen (Jolly, 2010).

#### 1.3.1 De invloed van gender(on)gelijkheid op seksuele en reproductieve gezondheid

Gender verwijst naar de attitudes, gevoelens, normen en gedragingen die een bepaalde cultuur/groep in verband brengt met het geslacht van een persoon. Deze houdingen, gevoelens, normen en gedragingen zijn context- en tijdsgebonden, en onderhevig aan verandering die zich voordoen binnen een gemeenschap, op individueel, familiaal en institutioneel vlak. (Be-cause Health,z.d.)

De Verenigde Naties (WHO, 2004) stellen dat *"Gelijkheid tussen vrouwen en mannen (gendergelijkheid) verwijst naar de gelijke rechten, verantwoordelijkheden en kansen van vrouwen en mannen en meisjes en jongens. Gelijkheid betekent niet dat vrouwen en mannen hetzelfde worden, maar dat de rechten, verantwoordelijkheden en kansen van vrouwen en mannen niet afhangen van het feit of ze als man of vrouw worden geboren. Gendergelijkheid houdt in dat rekening wordt gehouden met de belangen, behoeften en prioriteiten van zowel vrouwen als mannen, waarbij de diversiteit van verschillende groepen vrouwen en mannen wordt erkend. Gendergelijkheid is geen vrouwenkwestie, maar dient zowel mannen als vrouwen te betreffen en er volledig bij te betrekken. Gelijkheid tussen vrouwen en mannen wordt zowel gezien als een mensenrechtenkwestie en als een voorwaarde voor, en indicator van, duurzame mensgerichte ontwikkeling."*

Genderongelijkheid heeft een enorme impact op de seksuele en reproductieve gezondheid van mannen, vrouwen en jongeren. Discriminatie en lage sociale status van meisjes en vrouwen resulteert in slechte fysieke en emotionele gezondheid, misbruik, verminderde controle over het seksueel en reproductief leven (WHO, 2004). Naar schatting hebben ongeveer 225 miljoen vrouwen in ontwikkelingslanden geen toegang tot anticonceptie en moderne diensten voor gezinsplanning. Heersende gendernormen en waarden zorgen ervoor dat er een gebrek aan toegankelijke informatie omdat jongeren vaak ouderlijke toestemming nodig hebben, vrouwen echtelijke toestemming of ze geconfronteerd worden met andere barrières (WHO, 2013). Genderongelijkheid, seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (SRGR) zijn met elkaar verweven. Onevenwichtige genderrollen kunnen leiden tot onveilige seksuele relaties die kunnen resulteren in HIV of zorgen voor geweld tegen vrouwen en LGBTQ's. De seksuele geaardheid van personen of de status van HIV kunnen leiden tot nieuwe vormen van uitsluiting en stigmatisatie omdat ze behoren tot de taboe sfeer. Anderzijds kunnen meisjes binnen sommige gemeenschappen beschouwd worden als promiscue indien ze toegang zoeken tot seksuele en reproductieve gezondheid.

Volgens de Verenigde Naties krijgt gemiddeld 1 vrouw op 3 te maken met fysiek of seksueel geweld. De totale cijfers van geweld tegen vrouwen zijn zo hoog dat UN Women spreekt van een 'pandemie van geweld die alle landen aantast' (Verenigde Naties, z.d.). Vrouwen kunnen slachtoffer worden van verschillende vormen van gender gerelateerd geweld. Gender gerelateerd geweld verwijst hierbij naar alle vormen van geweld die zich richten tegen iemands geslacht, genderidentiteit of genderexpressie waardoor ook mannen slachtoffer kunnen zijn of vrouwen daders. Het is een zeer ernstige vorm van discriminatie waarbij het slachtoffer getroffen wordt op fysiek, psychologisch, seksueel en/of economisch vlak. Verschillende vormen van gender gerelateerd geweld worden niet gemeld omwille van heersende stigma's en taboes. Hiernaast betekent praten over geweld voor vele vrouwen, mannen, transgenders en LGBTQ's het risico op nieuw geweld (vzw Rosa, z.d.).

De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat geweld tegen vrouwen en mannen een enorme invloed heeft op de reproductieve en seksuele gezondheid. Meer specifiek kan seksueel geweld zorgen voor ernstige gevolgen als ongewilde zwangerschap, onveilige abortus, chronische pijn, seksueel overdraagbare en diverse gynaecologische aandoeningen.

Seksueel geweld neemt verschillende vormen aan. Het kan gaan om verkrachting of aanranding gepleegd door een intieme partner, bekenden of vreemden of slachtoffer worden van mensenhandel, gedwongen prostitutie, gedwongen huwelijken, genitale verminking, femicide, eer gerelateerd geweld en transfoobgeweld (WHO, 2004).

1.3.2 Seksuele en reproductieve gezondheid vanuit een cultureel en religieus perspectief

Ondanks dat seksuele en reproductieve gezondheidsrechten geschreven werden door genderexperten vanuit verschillende westerse en niet westerse landen blijft een universele gedragenheid moeilijk vanwege verschillende culturele verschillen en realiteiten. Metusela et al. (2017) stellen dat culturele en religieuze normen een invloed kunnen hebben op het verwerven van kennis en de manier waarop personen zich gedragen op het gebied van seksuele gezondheid. Culturele en religieuze taboes zorgen ervoor dat seksualiteit binnen verschillende gemeenschappen moeilijk bespreekbaar is of zelfs verboden wordt. Voornamelijk bij culturen waar seksualiteit enkel kan plaatsvinden binnen het huwelijk en maagdelijkheid erg belangrijk is, worden seksuele gezondheidsdiensten soms vermeden. Dit kan zorgen voor een gebrek en kennis rond seksualiteit. Hiernaast zorgen patriarchale waarden en bijhorende cultureel voorgeschreven rolpatronen voor nieuwe barrières (Metusela et al., 2017).

In patriarchale samenlevingen die gekenmerkt worden door een door mannen gedomineerde machtsstructuur hebben mannen meer macht dan vrouwen. Vrouwen hebben in deze samenlevingen niet dezelfde privileges als mannen. De seksualiteit van voornamelijk vrouwen wordt binnen deze gemeenschappen gekoppeld aan de eer van de familie. Zich eervol gedragen betekent hierbij dat personen zich dienen te houden aan niet universele morele codes die gelden binnen deze bepaalde gemeenschap. Er ontstaat eerverlies wanneer er sprake is van ernstig wangedrag en de omgeving daarvan op de hoogte is.

Ook kan het voldoende zijn dat mensen denken dat iemand wangedrag toont en kunnen dus ook roddels ervoor zorgen dat iemands veiligheid in het gedrang komt. Binnen deze families en gemeenschappen geldt de verwachting dat de eer gehandhaafd wordt door andere leden uit de gemeenschap. Wanneer je geen actie onderneemt om de eer te herstellen na wangedrag en dus de familiecultuur niet kan waarborgen, loop je als familielid eveneens het risico om afgestraft te worden op wangedrag. Om stigma te voorkomen of lof te bekomen is men verplicht om assertiviteit te tonen (*Sterk Huis, 2020*). De eer van de familie kan enkel hersteld worden door `wraak` te nemen voor de geschonden eer van het slachtoffer. Dit eerherstel gebeurt door slachtoffers te verstoten, ontvoeren, isoleren, te beperken in bewegingsvrijheid, onthouden van ontwikkelingsmogelijkheden, bedreigingen, weg te sturen, te dwingen tot een gearrangeerd huwelijk, abortus of een maagdenvliesherstel. Zelfs in het geval van verkrachting worden vrouwen vaak ook gedwongen om met de dader te huwen of beschuldigd van overspel of `onrein` gedrag (*Sterk Huis, 2020*).

Volgens Metusela et al. (2017) beïnvloeden culturele en religieuze constructies de mogelijkheden van vrouwen tot gezinsplanning, de screening en toegang tot seksuele gezondheid. Getrouwde vrouwen vrezen hun echtgenoten te verliezen als ze veilige seks eisen. Jongeren worden gedwongen om hun seksualiteit te beleven in alle stilte en geheimhouding. Onderzoek toont aan dat religie voor een invloed zorgt op de keuze van anticonceptie middelen, het tijdstip van seks omwille van het afkeuren van voorhuwelijks seks, het uiten van een seksuele geaardheid en de toegang tot seksuele voorlichting. Streng religieuze personen ervaren dus barrières in hun toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsrechten.

## 1.4 Seksuele en reproductieve rechten naar een uniforme wetgeving?

Een internationaal en nationaal beleid zijn naast een duidelijke wetgeving cruciaal voor het uitoefenen van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Helaas laat een wereldwijde vertaling naar de praktijk op zich wachten. Diverse culturele en religieuze percepties maar ook verschillende politieke agenda's belemmeren dit proces.

Seksuele en reproductieve rechten zijn gebaseerd op internationale mensenrechtenverdragen als het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten (ICESCR, 1976), het Verdrag over de uitbanning van alle vormen van discriminatie tegen vrouwen (CEDAW, 1981) en het Verdrag inzake de rechten van het kind (CRC, 1990). Het VN Verdrag beschermt de rechten van de mens om hun seksualiteit te vervullen, uit te drukken en hun seksuele gezondheid te beleven, met respect voor anderen en binnen een kader dat hen bescherming biedt tegen discriminatie. Reproductieve rechten is een basisrecht van alle koppels en individuen om vrij te beslissen of ze kinderen willen, met wie ze kinderen willen en hebben het recht op informatie en middelen. Hiernaast heeft ieder mens het recht om vrij van dwang, discriminatie en geweld te kunnen beslissen over haar/zijn voortplanting. Leye & Longman (2011) stellen dat één van de belangrijkste internationale instrumenten voor vrouwenrechten, de bestrijding van alle vormen van discriminatie van vrouwen van de Verenigde Naties (Convention on the elimination of all forms of discrimination against women) is omdat dit verdrag heel specifiek het genderperspectief als mensenrecht beschreef. Ook werden sociale en culturele patronen van gedrag van mannen en vrouwen die gebaseerd zijn op genderongelijkheid en het idee dat vrouwen inferieur zijn aan de superieure man aan de kaak gesteld.

In deze thesis zal ik vertrekken vanuit het rechtenkader dat in 1994 geschetst werd op de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD) in Cairo. Het actie programma van de ICDP stelt dat seksuele gezondheid een belangrijk onderdeel is van de algemene fysieke en mentale gezondheid, een individueel mensenrecht is dat centraal dient te staan binnen ontwikkelingsdoelen. Het investeren in vrouwen en kinderen wordt vooropgesteld als de basis om de levenskwaliteit van heel de wereld te verbeteren en werd aangenomen door 179 lidstaten. De toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid, gezinsplanning, het veroordelen van gender gerelateerd geweld en schadelijke traditionele praktijken als genitale verminking zijn een voorwaarde voor de empowerment van vrouwen. Verder benadrukt het actieprogramma dat seksuele en reproductieve gezondheidsrechten inherent verbonden is aan elk aspect van bevolking en ontwikkeling. Het heeft een invloed op verstedelijking, migratie en vergrijzing, veranderende gezinsstructuren en de duurzaamheid van het milieu en de gehele bevolkingsontwikkeling (UNFPA,2019).

Deze vaststellingen vormden de basis van een set van duurzame ontwikkelingsdoelen. In 2015 keurden 193 VN-lidstaten unaniem de duurzame ontwikkelingsdoelen goed, waarbij ze zich organiseren om 17 doelen te realiseren die de wereld de komende 15 jaar trachten te transformeren. De universele toegang tot seksuele en reproductieve rechten vormen de kern van deze duurzame ontwikkelingsdoelen en zijn meer specifiek terug te vinden in 3 Sustainable Development goals (SDGs) of Duurzame ontwikkelingsdoelen (Rutgers, 2018):



### **SDG 3: Het verzekeren van een goede gezondheid en de promotie van welzijn voor alle leeftijden**

- 3.1 Tegen 2030 de globale moedersterfte terugdringen tot minder dan 70 per 100.000 levendgeborenen
- 3.7 Tegen 2030 universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorgdiensten garanderen, met inbegrip van diensten voor gezinsplanning, informatie en opvoeding, en voor de integratie van reproductieve gezondheid in nationale strategieën en programma's.

### **SDG 4: Verzeker gelijke toegang tot kwaliteitsvol onderwijs en bevorder levenslang leren voor iedereen**

- 4.7 Tegen 2030 moeten alle leerlingen kennis en vaardigheden verwerven die nodig zijn om duurzame ontwikkeling te bevorderen, onder andere via vorming omtrent duurzame ontwikkeling en duurzame levenswijzen, mensenrechten, gendergelijkheid, de bevordering van een cultuur van vrede en geweldloosheid, wereldburgerschap en de waardering van culturele diversiteit en van de bijdrage van de cultuur tot de duurzame ontwikkeling

### **SDG 5: Bereik gendergelijkheid en empowerment voor alle vrouwen**

- Alle vormen van geweld tegen vrouwen en meisjes in de openbare en de privésfeer uitroeien, ook inzake vrouwenhandel en seksuele en andere soorten uitbuiting.
- 5.6 Verzekeren van universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg en reproductieve rechten zoals overeengekomen in het kader van het Actieprogramma van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling (ICPD) en het Peking Actieplatform, en de slotdocumenten van hun desbetreffende conferenties (Rutgers,2018).

Voor Afrikaanse vrouwen en meisjes is het Maputoprotocol een baanbrekend document dat handvaten geeft om hun mensenrechten op te eisen en hoop geeft dat ze werkelijk geïmplementeerd zullen worden. Het Maputo protocol of protocol bij het Afrikaans handvest over mensen en volkerenrechten van de vrouw in Afrika is een mensenrechten instrument dat de mogelijkheid geeft om te onderhandelen over traditionele en religieuze voorschriften die vrouwen systematisch uitsluiten uit het economische, openbare en politieke leven. Bestaande wetgevende kaders worden op een innovatieve manier aangepast met als doel oude stereotype rolverdelingen aan te pakken en gelijkwaardigheid tussen vrouwen en mannen te bevorderen. Hiernaast geeft het de lidstaten van de Afrikaanse Unie de mogelijkheid om de aandacht te vestigen op de gelijkheid tussen mannen en vrouwen (Women gender and development (WGDD),z.d.).

Het Maputo Actieplan bestaat uit een strategie met als doel:

- de integratie van de programma's en de diensten inzake de bevordering van reproductieve en seksuele gezondheid en rechten, de bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen en hiv/aids en de bestrijding van kankers van de voortplantingsorganen
- het herpositioneren van de gezinsplanning als essentieel luik om de Millenniumdoelstellingen te bereiken op het vlak van gezondheidszorg
- het beantwoorden van de noden van tieners en adolescenten op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid en hiervan een essentieel luik van het gezondheidsbeleid te maken
- de strijd tegen risico-abortussen

- het bieden van kwaliteitsvolle en betaalbare diensten om veilige bevallingen te bevorderen, evenals het overleven van het kind en de gezondheid van moeders, kinderen en jongeren

De realisatie van het Maputo Actieplan is dan ook van cruciaal belang in het realiseren van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Het Maputo protocol is dan ook voor de Belgische internationale samenwerking een zeer belangrijk document omdat het van kracht is in hun partnerlanden als de Democratische Republiek Congo die het protocol eveneens geratificeerd heeft.

## 1.5 Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten binnen Belgische partnerschappen

Binnen de Belgische internationale samenwerking staan seksuele en reproductieve gezondheidszorgen hoog op de agenda en maken ze deel uit van het ontwikkelingsbeleid. België hanteert hierbij 3 basisprincipes om aanbevelingen te doen bij zijn partnerlanden (Diplomatie Belgium, 2016):

- Een benadering gestoeld op mensenrechten
- Een integrale en positieve benadering tot seksualiteit en voortplanting
- Het recht op gezondheid en gezondheidszorg voor iedereen

Deze basisprincipes kunnen enkel gerealiseerd worden door vrouwen en jongeren te laten participeren en systematisch inspraak te verlenen. De gender en adviesraad (ARGO) stelt vast dat gendergelijkheid, de empowerment van vrouwen en meisjes en hun rechten (met inbegrip van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en gelijke rechten voor LGBTQI personen) nog steeds worden bedreigd. Hiernaast zijn er steeds meer beperkingen voor het middenveld en worden mensenrechtenverdedigers, vrouwen in de politiek en in publieke functies nog steeds slachtoffer van genderspecifieke bedreigingen en geweld. Vrouwen en kinderen zijn extra kwetsbaar om discriminatie te ondervinden in de toegang tot gezondheid en seksuele en reproductieve rechten. Crisissituaties als de huidige COVID-19 pandemie, oorlog, migratie en natuurrampen zorgen voor extra kwetsbaarheden en toename van geweld en armoede (ARGO,2021).

België stimuleert dan ook een geïntegreerd nationaal gezondheidssysteem bij zijn partnerlanden waar preventie, behandeling en zorg, inclusief die van SOA's en aids centraal staan. Hiernaast focussen samenwerkingsverbanden zich op de strijd tegen seksueel geweld, uitbuiting, vrouwen- en kinderhandel en schadelijke praktijken zoals genitale verminking, seksuele initiatierituelen en kindhuwelijken aan te pakken tijdens noodsituaties, conflicten en vredesopbouw (Diplomatie Belgium, 2016).

## 2. Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten in een (Oost-) Congolese realiteit

### 2.1 Historiek genderrollen Oost-Congo

Om seksuele en reproductieve gezondheidsrechten te kunnen uitoefenen moeten in eerste instantie mensenrechten gerespecteerd worden. Hoewel mensenrechten een universeel gegeven is, kan niet iedereen wereldwijd hierop een beroep doen. Lokale realiteiten, uitdagingen en complicerende factoren zorgen ervoor dat de Congolese bevolking hun seksuele en reproductieve gezondheidsrechten niet altijd kunnen opeisen. De literatuur beschreven in het vorige hoofdstuk toont aan dat genderrollen eigen zijn aan een bepaald tijdvak en onderhevig zijn aan culturele en religieuze verschillen binnen verschillende gemeenschappen. De Duurzame ontwikkelingsdoelen (SDGS) en meer precies doelstelling 5, stelt dat gendergelijkheid en het empoweren van vrouwen en meisjes cruciaal is om de universele toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid en reproductieve rechten zoals overeengekomen in het kader van het Actieprogramma van de Internationale Conferentie over Bevolking en Ontwikkeling en het Peking-Actieplatform te garanderen (SDGS, 2021). Om gender relaties te kunnen begrijpen in de hedendaagse Democratische Republiek Congo (DRC) is het dan ook van belang om te bekijken hoe deze genderrollen door de geschiedenis geconstrueerd werden en welke factoren aan de basis lagen van de verandering in gender relaties (Freedman, 2015). Door genderrelaties op religieus, politiek en sociaal gebied te analyseren, kunnen we achterhalen hoe gender, seksualiteit en man-vrouw verhoudingen historisch gegroeid zijn en vandaag voor barrières kunnen zorgen.

#### 2.1.1 Genderrelaties in een pre-koloniaal tijdperk

Freedman (2015) stelt dat er in pre-koloniale tijden andere genderconstructies aanwezig waren binnen de grote regio van Democratische Republiek Congo (DRC) en omliggende buurlanden. Volgens legendes en mondelinge overleveringen zouden Congolese vrouwen en koninginnen aan het hoofd gestaan hebben van matriachale samenlevingen. Vrouwen waren eveneens leiders van koninkrijken en controleerden dus mannen. In deze zowel matriachale als patriarchale samenlevingen, waar polygamie vaak courant was, oefende deze elitevrouwen macht uit via hun echtgenoten. Vrouwen hadden toegang tot land, namen publieke en economische verantwoordelijkheden op zich en genoten van een gelijkwaardige positie als mannen (Freedman, 2015). Hiernaast was er volgens Rasing (2001) naast een patrilineaire mannenlijn ook sprake van een matrilineaire lijn, waarbij functies en bezit geërfd werd langs de moederlijn. Ook waren er uxori-lokale vestigingspatronen, wat betekent dat ook mannen zich bij hun huwelijk konden vestigen in het dorp van hun echtgenote en dochters na het huwelijk bij hun ouders bleven wonen. Seksualiteit nam een belangrijke plaats in binnen de gemeenschap. Kleine rituelen, liederen en andere overleveringen tonen aan dat er tot ongeveer de 19 eeuw voor meisjes een overgangsrитуeel plaatsvond bij de eerste menstruatie en na de geboorte van het eerste kind. Enkel jongens werden onderworpen aan de besnijdenis. Grootmoeders of oudere vrouwen introduceerde meisjes in seksualiteit en vruchtbaarheid, jongens werden gesocialiseerd door grootvaders en/of oudere mannen. Een van deze belangrijkste initiaties voor meisjes was het groter maken van de schaamlippen. Het huwelijk was eerder een zwak instituut dat voornamelijk in het teken van de voortplanting stond. Wanneer een koppel kinderloos bleef, kon het huwelijk zich niet voltrekken (Rasing, 2001). In patriarchale systemen was de vader verantwoordelijk voor zijn dochter.

Bij aanvang van het huwelijk droeg hij deze verantwoordelijkheid over aan de echtgenoot. In ruil hiervoor ontving de vader een geschenk, gekend onder de huidige benaming van bruidsschat (Freedman, 2015).

Vrouwen namen naast publieke en economische verantwoordelijkheden ook belangrijke religieuze en sociale posities op zich. Zo was 'de vroedvrouw' een erg belangrijk persoon om de vruchtbaarheid te garanderen en kon ze optreden als genezer en spirituele leider.

We kunnen hierbij concluderen dat in deze pre-koloniale volkeren er waarschijnlijk niet altijd een genderhiërarchie bestond (Rasing, 2001).

### 2.1.2 De invoering van hetero normatieve genderrelaties tijdens het koloniaal tijdperk

Onder het gewelddadig koloniaal bewind van Leopold II kwam er een einde aan de genderverhoudingen die vrouwen afhankelijk van de clan sociale en politieke inspraak gaf. Mannen en vrouwen werden brutaal tot slaaf gemaakt. Zonder enige vorm van zelfbeschikking werden ze gedwongen tot dwangarbeid in functie van het witte kapitalistische systeem. Tijdens het koloniale bewind werd er gebruik gemaakt van methodologische verkrachtingen om gemeenschappen in hun grip te houden (Freedman, 2015). Verkrachting was een zeer destructief oorlogswapen dat doelbewust werd ingezet om sociale cohesie te verstoren. In het volgende hoofdstuk zal er dieper ingegaan worden op seksueel geweld als oorlogswapen waarvan de basis gelegd werd in het kolonialisme en wat vandaag nog steeds een zeer destructieve manier van oorlogsvoering is.

Lugones (2010) stelt dat de westerse man een hiërarchisch, dichotoom onderscheid creëerde tussen "mens" en "de gekoloniseerd niet-menselijke wezens". Enkel in de connotatie van de "beschaafde wereld" werd een verdeling gemaakt tussen mannen of vrouwen. De tot slaaf gemaakte Afrikanen werden ontmenselijkt, geseksualiseerd en bestempeld als wilde oncontroleerbare seksuele dieren die moesten worden gecategoriseerd in een "modern, hiërarchisch gendersysteem" (Lugones, 2010). Onder het mom van "de beschavingsmissie" werd een eurocentrisch hetero normatief perspectief op relaties geïntroduceerd. Vrouwen en mannen werden gedwongen zich te verhouden naar de christelijke waarden en normen. Een vrouw werd geacht zich enkel als moeder en echtgenote te gedragen en zorgende taken op zich te nemen. De invulling van vrouwelijke en mannelijke rollen werden als tegengestelde geconstrueerd waarbij beide op basis van gender specifieke rollen kregen toegekend. Deze christelijke puriteinse normen werden systematische via het christelijke onderwijs opgedrongen. In deze structuren van koloniale dictatuur was er niet langer plaats voor oorspronkelijke verdeling van macht en land tussen de Congolese koninkrijken en gemeenschappen (Freedman, 2015).

Volgens Lugones (2010) had de kolonisatie niet als doel om de Congolezen "meer mens te maken", maar trachtte het een gemeenschap te vernietigen door mensen te transformeren in "niet-menselijke mannen en niet-menselijke vrouwen". Zwarte, inheemse Afrikaanse mannelijkheid werd gezien als een bedreiging voor de hegemonische witte mannelijkheid. De kolonisator trachtte Congolese mannen in een "inferieure" positie te houden door hen te "feminizeren" (Brankamp, 2015). Hun lichamen en identiteiten werden vergeleken met vrouwen. Lugones (2010) stelde dat vrouwen het tegenovergestelde voor van mannen en werden gesymboliseerd als zwak en inferieur. Vrouwen werden voorgesteld als weerloze kinderlijke wezens, seksuele, primitieve objecten die net als hun mannen dankbaar moesten zijn voor de beschaving die de Kerk en het koloniale regime hen bracht. De mythe van seksueel geweld van gekoloniseerde mannen tegen witte vrouwen legitimeerde de dehumanisering, uitbuiting en koloniaal extreem geweld. "Witte vrouwen lichamen" moesten beschermd worden tegen "onbeschaafde hyper seksuele wilde mannen".

In deze tijden van raciale ideologieën werden Europese vrouwen beschouwd als "de engel des huizes", te kwetsbaar om te werken. Afrikaanse vrouwen werden daarentegen geconstrueerd als "werkdieren" met een "raciale minderwaardigheid". De seksualiteit en reproductie werden gecontroleerd door de Belgische koloniale autoriteiten onder systematische terreur. Inheemse vrouwen werden brutaal vermoord, mensen werd levend gevoerd aan honden om de volledige controle te behouden. Vruchtbaarheidsproblemen en geboortebeperving als abortus en infanticide kwamen dan ook vaak voor door extreem geweld en onmenselijke levensomstandigheden (Lugones, 2010).

### 2.1.3 Genderrelaties in een (post-) koloniale conflictsituatie

Hoewel de overgangperiode naar de onafhankelijkheid in eerste instantie een emancipatorische strijd was voor vrijheid, bleek het later het begin te zijn van een aaneenschakeling van nieuwe gewelddadige conflicten. Freedman (2015) stelt dat mannen teruggrepen naar patriarchale waarden en normen om zich weer man te voelen. Hierdoor verdwenen vrouwenrechten opnieuw naar de achtergrond. Volgens Mukwege en Nangini (2009) behoort, in deze vaak sterke patriarchale samenlevingen, de controle over de seksualiteit en lichamen tot het mannelijk eigenaarschap en zorgt dit voor ongelijke genderverhoudingen. Mannen worden als jongens gesocialiseerd om traditionele Afrikaanse mannelijkheid te beoefenen, wat betekent dat ze krachtig moeten zijn, emotioneel stoïcisme moeten tonen en de kostwinner van het gezin zijn.

De regio Oost-Congo is echter al tientallen jaren onderhevig aan gewelddadige conflicten en armoede wat een enorme druk legt op genderverhoudingen.

Volgens Lwambo (2001) kwamen mannen in een crisissituatie terecht die gewelddadige disfunctionele mannelijkheid creëerde. Mannen leefden in schaamte omdat ze vaak niet meer in staat waren om hun gezin te beschermen of in een stabiel inkomen te voorzien, waardoor ze vaak van de ene plaats naar de andere moesten verhuizen op zoek naar werk. Vandaag hebben sommige mannen al weken, maanden of jaren geen contact meer gehad met hun familie en hebben huishoudens met een vrouwen aan het hoofd achtergelaten. Deze vrouwen zijn extra kwetsbaar omdat ze stigmatisatie ondervinden omdat ze zowel als gehuwde en alleenstaande beschouwd worden (Jacobs et al., 2020). Anderzijds vindt er ook een verschuiving plaats binnen de traditionele rolverdeling doordat vrouwen al dan niet bewust de nieuwe kostwinner worden van het gezin.

De aanhoudende conflicten in de regio zorgen voor een enorme volksverhuizing. Vluchten of migreren heeft een enorme impact op gezinnen en verandert rollenpatronen. In een patriarchale samenleving als Congo bestaat binnen veel gezinnen nog steeds een traditionele man-vrouwrelatie. De man wordt gezien als het gezinshoofd die belangrijke beslissingen neemt en verantwoordelijk is voor de financiële ondersteuning van het gezin. De vrouw zorgt voornamelijk voor de huishoudelijke taken en de zorg voor de kinderen. Conflicten en geweld drijven gezinnen uit elkaar en zorgen ervoor dat deze taakverdelingen verschuiven. Mannen brengen hun families vaak in veiligheid en blijven zelf ter plaatse om hun bezittingen te beschermen, waardoor ze een groter risico lopen om opnieuw aangevallen te worden (UHCR, 2021).

Kesmaecker-Wissing & Pago (2015) stellen dat de meest zichtbare en diepgaande impact van verplaatsing de scheiding van gezinsleden is. Dit risico neemt toe met elke verplaatsing. Het verschuiven van gezinsrollen ondermijnt de traditionele status van mannen en vrouwen. Ouders hebben vaak niet de fysieke privacy waarbinnen seksuele intimiteit kan plaatsvinden waardoor jonge kinderen worden blootgesteld aan seksualiteit zonder omkadering.

Kinderen worden buitengewoon kwetsbaar omdat ze elk referentiepunt kunnen verliezen. Verplaatsing zorgt voor afstand tussen henzelf en hun ouders.

Bij elke verplaatsing lopen kinderen en gezinnen het risico een familielid te verliezen, waardoor ze gedwongen worden om volwassen rollen over te nemen of op jongere leeftijd onafhankelijk te worden ( Kesmaecker-Wissing & Pago, 2015). Economische en sociale onzekerheden zorgden ervoor dat mannen teruggrepen naar een giftige vorm van mannelijkheid. Mannen eisen hun plaats binnen de maatschappij weer op door zich superieur op te stellen ten aanzien van vrouwen wat zorgt voor verarmde mannelijke rollen.

Hierbij is het wel belangrijk te vermelden dat mannelijkheid in Oost-Congo geen homogeen gegeven is. Verschillende oriëntatiepunten als sociale klasse, beroep, economische middelen, scholingsgraad, contacten buiten de directe gemeenschap bepalen hoe mannelijkheid wordt ingevuld. Jongens die opgroeien op het platteland waar initiatie en overgangsrites nog gebruikelijk zijn zullen hun mannelijk identiteit anders vormgeven dat jongens die opgroeien in de stad. De omgeving van stedelijke centra, toegang tot massamedia en het al dan niet kunnen genieten van een universitaire opleiding zijn bepalende factoren voor het vormen van iemands mannelijkheid (Lwambo, 2001).

## 2.2 Gender en seksueel gerelateerd geweld in Oost-Congo

### 2.2.1 Huiselijk geweld

Volgens UN Women (2020) is het geweld tegen vrouwen en meisjes een wereldwijde pandemie die een op de drie vrouwen in hun leven treft. In hun onderzoek gaven ongeveer 18 % van meisjes en vrouwen tussen de leeftijd van 15-49 jaar aan de afgelopen maand lichamelijk en/of seksueel geweld ervaren te hebben door het toedoen van hun huidige of vorige partner. Recent onderzoek toont aan dat de COVID-19 uitbraak zorgt voor een enorme stijging van huiselijk geweld wereldwijd. Naar schatting is het geweld universeel gestegen met 25 % en is er de verwachting dat per 3 maanden dat de lockdown zou worden verlengd 15 miljoen extra slachtoffers gender gerelateerd geweld zullen ervaren (UN Women, 2020).

Meer specifiek is 52% van de vrouwen in de DRC ooit slachtoffer geweest van huiselijk geweld en heeft dit overleefd. Ongeveer 39% van de Congolese vrouwen geeft aan ooit bedreigd of gewond te zijn geraakt na huiselijk geweld. Hiernaast zijn naar schatting 27% van de vrouwen in de DRC het slachtoffer van schadelijke traditionele praktijken als vroege huwelijken of eer gerelateerd geweld (UNFPA, 2020).

Lwambo (2001) stelt dat vrouwen in DRC huiselijk geweld vaak als een algemene regel ervaren. Het gebrek aan economische inkomsten zorgt voor een gebrek aan sociale status binnen een gemeenschap waar culturele idealen "mannelijkheid" definiëren. Een gebrek aan intimiteit en schaarse middelen leiden tot vervreemding tussen de gezinsleden en het risico op toename van huiselijk geweld. Wanneer we geweld tegen vrouwen in DRC willen begrijpen, is het belangrijk om dit te kunnen situeren in de algemene context van geweld dat aanwezig is in de regio. Geweld tegen vrouwen is vaak een uiting van de gewelddadige dynamiek tussen mannen. Machtsongelijkheden, ongelijke verdeling van economische middelen en een cultuur van straffeloosheid maken dat mannen hiërarchische structuren handhaven om hun eigen privileges in stand te houden (Lwambo, 2001).

## 2.2.2 Seksueel geweld, misbruik en uitbuiting in een Congolese realiteit

Corruptie en de afwezigheid van overheidsinstanties of de aanwezigheid van agenten die zelf een gewelddadige mannelijkheid representeren, zorgen voor een explosie van geweld en uitbuiting. Vrouwen, mannen en kinderen worden vaak het slachtoffer van afpersingen, seksuele uitbuiting en verkrachting als belastingheffing uitgevoerd door strijdkrachten of politie. Deze misdaden vinden plaats vanuit een ongelijke machtspositie die zorgen voor de onderdrukking van een kansarme bevolking (Lwambo, 2001).

De term seksueel misbruik en seksuele uitbuiting kan op verschillende manieren worden begrepen. Ondanks een eenduidige universele definiëring van seksueel misbruik en uitbuiting zorgen lokale vertalingen vaak nog voor verwarring in binnen- en buitenland.

Seksueel geweld en seksuele uitbuiting zijn moeilijk te vertalen begrippen naar een Congolese realiteit. Naar gelang de regio kan de definiëring verschillen in betekenis. In sommige lokale talen is er zelfs geen vertaling voor de Franse terminologie van "seksueel misbruik". Zo toont recent onderzoek aan dat er in het Lingala geen onderscheid gemaakt werd tussen "seksueel misbruik" en "seksueel geweld". Hiernaast werden beide termen vaak begrepen als "buitensporige seksuele relaties" of "seksuele losbandigheid" in een context van prostitutie. "Seksuele uitbuiting" werd letterlijk vertaald naar *"een vrouw of een man liefhebben met de belofte van geld of werkgelegenheid"*. Kort samengevat worden "seksueel geweld, misbruik en uitbuiting" meestal gelinkt aan prostitutie, overspel, seksuele slavernij gepleegd door gewapende milities of een man die zijn vrouw en kinderen bedriegt en hen in de steek laat (Unicef, 2021).

Om de problematiek van seksueel geweld en seksuele en reproductieve rechten te kunnen onderzoeken is een eenduidige definitie en een begrip van deze definiëring van belang. In deze thesis zal ik gebruik maken van de definitie van seksueel geweld die in 2015 herschreven werd door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO): *"Seksueel geweld is elke seksuele daad die tegen iemands wil wordt uitgevoerd. Het kan door eender welke persoon uitgevoerd worden ongeacht zijn of haar relatie tot het slachtoffer, in gelijk welke omgeving. Iemand tot seksuele daden dwingen tegen zijn of haar wil, of die daad nu volledig gesteld werd of niet, alsook een poging tot het betrekken van iemand in seksuele daden zonder dat deze de aard of de conditie van de daad snapt, of zonder dat zij/hij kan weigeren deel te nemen of onwil kan uiten bijvoorbeeld door ziekte, beperking, de invloed van alcohol of drugs, of door intimidatie of druk"* (WHO, 2015).

Hoewel deze universele definitie van seksueel geweld specifiek aantoont dat iemand gedwongen wordt tot seks indien er geen sprake is van een geïnformeerde toestemming, laat dit toch veel ruimte voor interpretatie. In een regio als Oost-Congo waar er een enorme normvervaging plaatsvindt rond seksueel geweld, vinden slachtoffers vaak geen gehoor. Seksuele uitbuiting en geweld worden doorgaans gepleegd door mannen uit de naaste omgeving. Hiernaast maken mannen gebruik van hun machtspositie als priester, leraar, politieagent om uitbetaald te worden in natura wanneer vrouwen niet over financiële middelen beschikken. Vrouwen maar ook mannen en kinderen zien deze seksueel uitbuitende relaties vaak als een economische overlevingsstrategie. (UNICEF, 2021).

Lwambo (2011) stelt dat schaamte en stigmatisering en een falend justitiesysteem maken dat vrouwen en zeker mannen geen klacht indienen of melding maken van het misbruik. Seksuele dwang wordt gedeeltelijk genormaliseerd en geïnterpreteerd als een mannelijke seksualiteit die zo agressief en krachtig is dat het gebruikt kan worden om verkrachting te rechtvaardigen. Het recht op seks wordt niet enkel binnen het leger opgeëist maar ook binnen de bredere maatschappij. Traditionele

hiërarchieën en structuren zorgen soms voor misvattingen over vrouwenlichamen. Door deze voor te stellen als handelswaar worden mannen aangemoedigd om seks te eisen voor diensten, goederen en gunsten. Hierdoor wordt het waarden van toestemming die vrouwen moeten geven ontmoedigd (Lwambo, 2011).

Volgens recent onderzoek van UNICEF (2021) worden kinderen vaak het slachtoffer van een "onzichtbare intersectionaliteit". Kinderen die slachtoffer zijn van seksuele uitbuiting worden soms niet beschermd door hun omgeving. Binnen de gemeenschap wordt er soms foutief vanuit gegaan dat kinderen geen slachtoffer kunnen worden van seksuele uitbuiting omdat dat ze niet beseffen dat seksuele transacties zichzelf of familieleden zou kunnen vooruit helpen. Ook worden mannelijke slachtoffers vaak over het hoofd gezien omdat men ervan uit gaat dat zij geen slachtoffer kunnen zijn van seksueel geweld en uitbuiting omdat ze zich in tegenstelling tot vrouwen en kinderen fysiek kunnen verzetten (UNICEF, 2021).

In hoofdstuk 3 ga ik dieper in op de impact van religieuze en traditionele stigma's die zorgen voor discriminatie en structurele uitsluiting.

### 2.2.3 Gender en seksueel gerelateerd geweld als oorlogswapen

De Democratische Republiek Congo (DRC) is een van de rijkste landen ter wereld en hoewel het wordt beschouwd als een post-conflictgebied, lijden mensen nog dagelijks onder geweld en meer specifiek onder onmenselijke vormen van seksueel en gender gerelateerd geweld (SGBV). Ongeveer 40 vrouwen en meisjes tussen de 3 en 50 jaar oud zijn dagelijks het slachtoffer van brutale verkrachtingen, wat in totaal 14.600 slachtoffers per jaar maakt. Volgens de International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) heeft hiernaast 9 procent van alle mannen in Oost-Kivu te maken gehad met seksueel geweld of misbruik tijdens het conflict, tegen 22 procent van de vrouwen. We kunnen aannemen dat in werkelijkheid deze cijfers hoger liggen omwille van het gebrek aan statistische harde feiten. Mannen en vrouwen melden deze misdaden niet altijd uit angst voor stigmatisering en uitsluiting (IMAGES, 2014).

Het seksueel geweld in Congo vormt een van de ergste situaties ter wereld vanwege zijn omvang, de brutale vormen van geweld en de "schadelijke cultuur van straffeloosheid". Het conflict in de regio werd onlangs door de Verenigde Naties omschreven als "verkrachtingshoofdstad van de wereld" en "de driehoek des doods". Vrouwen en kinderen maar ook mannen worden in hun huizen op weg naar school of werk aangevallen door verschillende heersende gewapende milities of mannen uit hun omgeving. Volgens Mukengere Mukwege en Nangini (2009) is seksueel en gender gerelateerd geweld een massaal destructief oorlogswapen geworden dat mensen dwingt te vluchten. Het extreem destructieve en sadistische gedrag van seriële verkrachtingen, het verminken van vrouwelijke geslachtsdelen met geweren, stukjes glas, hout of verwarmd plastic, de systematische marteling, het tot seks slaaf maken van kinderen, vrouwen en mannen als seks slaven gedurende dagen, maanden en zelfs jaren dient geclassificeerd en bestempeld te worden als een nieuwe pathologie namelijk "verkrachting met extreem geweld" (REV) (Mukengere Mukwege & Nangini, 2009).

De strategie van massale verkrachting wordt vaak gekaderd als de ultieme vorm van mannelijke onderdrukking van vrouwen, aangezien ze tijdens gewapende conflicten niet alleen worden verkracht omdat ze "tot het vijandelijke kamp behoren, maar omdat ze ook vrouwen zijn en dus vijanden". Vanuit dat oogpunt kan verkrachting worden gezien als een man-tot-man communicatie via vrouwenlichamen om hun militaire mannelijkheid te bewijzen (Brownmiller, 1993). De situatie in Oost-Congo bewijst dat hoewel seksueel geweld vaak wordt gezien als een wijdverbreid historisch fenomeen, het niet langer een veel voorkomende vorm van oorlogvoering is vanwege de extreem brutale en gewelddadige acties en de inclusie van mannelijke slachtoffers. Het instrumentaliseren



van SGBV als structurele oorlogsvoering plaatst mensen in een vicieuze cirkel van instabiliteit en uitsluiting. Vrouwen worden opzettelijk door de vijand geïmpregneerd om de gemeenschap te verstoren en te vernietigen door mensen hun eigen kinderen te laten haten.

Seksueel geweld wordt in de regio doelbewust ingezet om een volledige gemeenschap te ontwrichten en zorgt voor extra uitdagingen op het gebied van genderrelaties. Door vrouwen en kinderen te verkrachten, zijn mannen niet in staat om hun rol als beschermer van het gezin te vervullen. Hoewel vrouwen en kinderen het meest kwetsbaar zijn, kunnen mannen zelf ook slachtoffer worden van seksueel geweld. Brankamp (2015) stelt dat tijdens het conflict mannelijkheid doelbewust gereconstrueerd wordt door seksueel geweld te gebruiken.

In een cultuur van hegemonische mannelijkheid is het ondenkbaar dat mannen door de vijand getransformeerd worden tot "vrouw". Omdat dit meestal leidt tot de vernietiging van lokale sociale systemen en genderhiërarchieën binnen gemeenschappen. Gewelddadige hegemonische mannelijkheid verandert de genderverhoudingen omdat mannelijke slachtoffers van seksueel geweld worden gedegradeerd tot niet-mannen, wat betekent dat ze minder dan een vrouw zijn en niet meer in staat zijn om vroegere sociale rollen te vervullen .

## 2.3 Reproductieve rechten en seksuele en reproductieve gezondheid in Oost-Congo

De Democratische Republiek Congo (DRC) ratificeerde meerdere internationale en regionale mensenrechtenverdragen waarbij de staat zich verbond tot het waarborgen van seksuele gezondheid en reproductieve rechten van vrouwen en meisjes. Meer specifiek houden deze verplichtingen in dat vrouwen en meisjes moeten beschermd worden tegen seksueel geweld, recht hebben op medische behandeling in conflictgebieden, toegang tot adequate gezondheidsdiensten, en recht hebben op counseling of informatie. Toch stelde het Centrum voor Reproductieve Rechten (2018) in haar VN -rapport, Universal Periodic Review (UPR), vast dat er in DRC nog steeds grove schendingen van de reproductieve rechten van vrouwen en meisjes in conflictsituaties plaatsvonden. Dit vertaalt zich in een zeer hoge mate van moedersterfte, een gebrek aan toegang tot gezondheidszorg en anticonceptie voor moeders, een tekort aan familie planningsinformatie en -diensten en een adequate aanpak van seksueel en gender gerelateerd geweld (Center for Reproductive Rights, 2018).

### 2.3.1 Recht op geboorteplanning, keuze van contraceptie en abortus

Volgens de UNFPA (2020) is het gemiddelde totale vruchtbaarheidscijfer in de DRC erg hoog. Landelijk gezien hebben vrouwen 6,2 kinderen en lopen deze aantallen in vele provincies op tot 10 kinderen per vrouw. Socioculturele normen, gebrek aan kennis, de afwezigheid van voorbehoedsmiddelen en voorraadtekorten leiden tot een hoog percentage ongewenste zwangerschappen. Hiernaast wordt het moedersterftecijfer voor de Democratische Republiek Congo geschat op ongeveer 473 moedersterfte per 100.000 levendgeborenen, waarbij ongeveer 29 procent van de moeders jonge adolescenten zijn (UNFPA, 2020).

Kwete et al. (2018) stellen dat het Nationaal Programma voor Reproductieve Gezondheid (Programme National de Santé de la Reproduction, of PNSR) en het Nationaal Programma voor de gezondheid van adolescenten (Program National de Santé de l'Adolescent, of PNSA) het mandaat hebben om een beleid uit te voeren rond gezinsplanning en seksuele/reproductieve gezondheid (SRH) in DRC. Helaas slagen ze er niet in om gezinsplanning op nationaal niveau te realiseren omwille van verschillende barrières. In eerste instantie is er een gebrek aan financiële middelen om

zorgverleners op te leiden en apparatuur te kopen om zorg te verlenen. Sommige infrastructuur zou nog restanten zijn van het koloniale tijdperk van voor 1960. Door de zwakke logistieke staat van het wegennetwerk geraken voorbehoedsmiddelen en anticonceptie wanneer ze voorradig zijn niet tot bij de mensen. De politieke instabiliteit in de regio maakt dat zorgverleners blootgesteld worden aan een verhoogd veiligheidsrisico waardoor internationale donors minder investeren in geboortepanning. De lokale bevolking kan niet rekenen op een gratis verstrekking van anticonceptie middelen. De vrije markt van de gezondheidszorg zorgt ervoor dat private medische centra hun prijzen kunnen opdrijven. Bovendien worden medicijnen verkocht door personen die niet noodzakelijk kennis hebben over het gebruik van de medicatie (Kwete et al., 2018).

In 2008 ratificeerde DRC het protocol rond reproductieve rechten bij het Afrikaans Handvest over de rechten van mensen en volkeren over de rechten van vrouwen in Afrika (Maputo-protocol). Meer specifiek moeten volgens Artikel 14 de reproductieve rechten van vrouwen worden gerespecteerd door medische abortus toe te staan in gevallen van aanranding, verkrachting, incest en waar de aanhoudende zwangerschap gevaar inhoudt voor de mentale en fysieke gezondheid van de moeder of het leven van de moeder of de foetus.

Dit Maputo-protocol kreeg pas in 2018 rechtskracht toen het werd gepubliceerd in het juridische publicatieblad van de DRC. In de praktijk staan traditionele wetten nog steeds boven lokale wetten en lokale wetten boven internationale wetten. Juridische experts en medische zorgverleners zijn bovendien niet altijd op de hoogte van de wijzigingen of beslissen om de wetswijziging niet op te volgen. Ondanks deze positieve stappen blijft de toegang tot legale abortus beperkt met als gevolg dat er nog steeds een hoog aantal illegale abortussen plaatsvinden. Abortus wordt nog steeds gecriminaliseerd en bestraft door stigma's in de lokale gemeenschappen. Volgens de International Campaign for women's right to Save Abortion (2021) toonde een recente enquête afgenomen bij 500 jonge vrouwen die seksueel actief waren, aan dat 30% al minstens één abortus had ondergaan. Hiernaast gaf 26% van de respondenten aan dat ze kozen voor abortus na gedwongen seks.

### 2.3.2 HIV/aids en seksueel overdraagbare ziektes

In de context van Oost- Congo waar de cijfers van seksueel geweld erg hoog liggen, lopen adolescenten, mannen en vrouwen een zeer hoog risico om besmet te raken met HIV. Volgens de UNAIDS (2021) hebben vrouwen die leven in gebieden met een hoge HIV-last en slachtoffer zijn van intiem partnergeweld 50% meer kans om HIV op te lopen tijdens hun leven. Hierbij zouden mannen die geweld plegen tegen vrouwen zelf een hoger risico lopen op HIV omdat ze minder vaak condooms gebruiken. Slachtoffers van seksueel geweld riskeren het virus over te dragen aan hun partner, kinderen of andere leden uit de gemeenschap. Volgens recent onderzoek in de Democratische Republiek Congo ligt de HIV-prevalentie drie keer zo hoog onder vrouwen in de leeftijdscategorie 15-49 jaar (1,1%) dan onder mannen van dezelfde leeftijd (0,4%) en twee keer zo hoog onder jongeren (UNAIDS, 2021).

Door een gebrek aan educatie en informatie zijn jongeren vaak niet op de hoogte van het risico op seksueel overdraagbare ziektes. Ook zorgen culturele verwachtingen ervoor dat seksueel gedrag gekoppeld wordt aan familie en de gehele gemeenschap i.p.v. het individu. Seksualiteit is taboe en maakt HIV en seksueel overdraagbare ziektes erg moeilijk bespreekbaar en traceerbaar. Een cultuur van AIDS-gerelateerd stigma zorgt ervoor dat slachtoffers niet de nodige behandeling krijgen uit angst verstoten te worden uit hun gemeenschap (Airhihenbuwa & Webster, 2004).

Daarnaast zijn vrouwen en jonge kinderen in DRC extra kwetsbaar voor HIV. Volgens UNAIDS (2021) maakt de Democratische Republiek Congo deel uit van de 19 prioriteitslanden waar er strijd geleverd wordt tegen de uitbanning van de overdracht van HIV tussen moeder en kind. Naar schatting zouden in 2013 230 000 besmette vrouwen de leeftijd gehad hebben van 15 jaar of ouder. Onderzoek toont dat slechts 26 % van de vrouwen en 23 % van de mannen wist dat HIV kon worden overgedragen via de borstvoeding. Onvoldoende kennis over verticale transmissie van HIV en het beperkt consulteren prenatale of postnatale gezondheidsdiensten voor moeders en kinderen wijst op het belang van preventieve informatiedeling over HIV.

## 2.4 Schadelijke culturele praktijken

### 2.4.1 Kind huwelijken en de bruidsschat

Zoals beschreven in de vorige paragrafen zorgen bepaalde culturele opvattingen ervoor dat de vrouw gezien wordt als een deel van de gemeenschap. Binnen de Congolese cultuur kan seksualiteit doorgaans enkel plaatsvinden binnen het huwelijk. Onderzoek toont aan dat in DRC de seksualiteit van vrouwen in handen van de mannen ligt. Bij het traditionele huwelijk wordt er doorgaans gebruik gemaakt van de betaling van een bruidsschat door de man aan de familie van de vrouw. De symbolische seksuele rechten op de vrouwelijke seksualiteit worden overgedragen aan de man. Deze traditionele huwelijksbetalingen geven mannen het recht om huiselijke, seksuele en bevallingsrechten op te eisen van de vrouw. Voor vrouwen betekent deze overhandiging dat ze naar waarde geschat worden waardoor ze eer en status verwerven. Hoewel vrouwen niet daadwerkelijk gekocht en verkocht worden moet bij het verbreken van het huwelijk de bruidsschat terugbetaald worden (Mudzimu, 2021).

In de DRC ligt de huwelijksleeftijd van vrouwen net als in andere landen in het Zuiden erg laag. Volgens Plan International (2015) zou 39% van de Congolese vrouwen van begin twintig vóór de leeftijd van 18 jaar getrouwd zijn of was er reeds sprake van een verbintenis. Plan International (2015) definieert een kind-huwelijk als elk huwelijk dat afgesloten wordt onder het burgerlijk, religieus of gewoonterecht, met of zonder formele registratie waarvan minstens één van beide huwelijkspartners jonger is dan 18 jaar. Wereldwijd worden elke minuut 27 minderjarige meisjes gedwongen worden om te trouwen. In lage-inkomenslanden betekent dit dat 1 op 3 meisjes trouwde voor de leeftijd van 18. Wanneer er geen nationale en internationale acties ondernomen worden om kindhuwelijken te voorkomen zullen tegen 2030 ongeveer 950 miljoen meisjes voor hun 18e getrouwd zijn (UNICEF, 2014).

Hoewel DRC het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen (CEDAW) ratificeerde en meer specifiek zich akkoord stelden met de volgende afspraak "*het uithuwelijken en het huwelijk van een kind zal geen wettelijk gevolg hebben en men zal alle nodige maatregelen nemen, met inbegrip van wetgeving, om een minimumleeftijd voor het huwelijk te bepalen en de registratie van huwelijken in een officieel register te verplichten, vrouwen dezelfde rechten als mannen toe te kennen, vrij te zijn om een echtgenoot te kiezen en alleen met hun vrije en volledige toestemming een huwelijk aan te gaan*" laat een vertaling naar de praktijk op zich wachten (Plan International, 2015).

Sociale en economische factoren maken dat doorgaans meisjes het slachtoffer worden van een kind-huwelijk. Enerzijds willen sommige ouders hun dochters na hun eerste menstruatie veilig stellen via het huwelijk uit angst voor kwetsbaarheid ten opzichte van andere mannen. Anderzijds zorgt

armoede ervoor dat meisjes worden uitgehuwelijkt in de hoop op een betere toekomst. Het uithuwelijken van een dochter betekent dat er een mond minder te voeden is. Hiernaast versterkt het huwelijk de relatie met andere families en zorgt het voor een transactie in geld, goederen of eigendom aan de hand de bruidsschat. Genderongelijkheid, machtsverhoudingen, en een sterke afhankelijkheid van andere gemeenschapsleden door de afwezigheid van andere systemen voor sociale bescherming maakt dat families, gemeenschappen en overheden deze schadelijke culturele praktijken tolereren (Plan International, 2015).

Bovendien lopen slachtoffers van kind-huwelijken een hoger risico om slachtoffer te worden van gender gerelateerd geweld, een lage scholingsgraad en een beperkte toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid. Meisjes die trouwen voor hun 18<sup>de</sup> hebben vaak meer kinderen op jonge leeftijd waardoor ze extra kwetsbaar zijn voor zwangerschapscomplicaties en moedersterfte tijdens de bevalling. Door een gebrek aan toegankelijke informatie over reproductieve rechten en gezondheid en de afwezigheid van het recht om seksualiteit binnen het huwelijk te bespreken lopen ze een hoger risico op HIV en andere Soa's (WHO, 2019). Onderwijs is een belangrijke factor om meisjes te beschermen tegen deze schadelijke culturele praktijken.

## 2.5 Beïnvloedende factoren

### 2.5.1 Economische redenen

#### 2.5.1.1 Het belang van onderwijs als beschermende factor van seksuele en reproductieve gezondheid

Volgens Plan International België (2019) gaan wereldwijd **263 miljoen kinderen en adolescenten vandaag** nog steeds niet naar school. Hiernaast blijft kwalitatief onderwijs en gendergelijkheid of de toegang van meisjes tot onderwijs een enorme uitdaging. Ongeveer 66% van de meisjes stromen wereldwijd in in het lager onderwijs. Slechts 45% start in de eerste jaren van het middelbaar onderwijs en slechts 25 % haalt de laatste jaren van het middelbaar onderwijs. Meisjes worden systematisch gediscrimineerd op gebied van gender. Een lichamelijke of geestelijke beperking, armoede of maatschappelijke kwetsbaarheid kunnen bijdragen tot een meervoudige structurele uitsluiting. Onderwijs heeft dan ook een cruciale rol te spelen in het aanpakken van onderliggende machtsongelijkheden en verstoorde genderrelaties (Plan International België, 2019).

De toegang tot onderwijs is een van de basisrechten zoals opgenomen in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (art. 26), het VN-Kinderrechtenverdrag (art. 28) en het VN-Vrouwenrechtenverdrag (art. 10). Hiernaast stelt de duurzame ontwikkelingsdoelstelling SDG 4 dat iedereen recht heeft op een gelijke toegang tot kwaliteitsvol onderwijs en levenslang leren. Onderwijs en scholen dragen bij tot de bescherming en ontwikkeling van meisjes. Zo lopen jonge vrouwen minder kans om slachtoffer te worden van schadelijke culturele praktijken als genitale verminking, uithuwelijking, tienerzwangerschappen wanneer ze van onderwijs kunnen genieten. Ook draagt de scholingsgraad van de moeder bij tot economische onafhankelijkheid en zorgt het voor een stimulans om hun eigen kinderen naar school te sturen (Plan International België, 2019).

In de Democratische Republiek Congo hebben 5,2 miljoen kinderen geen toegang tot onderwijs en zijn 60 % van de niet schoolgaande kinderen meisjes (Coraid, 2019). In een regio als Oost- Congo zorgen conflicten, schrijnende armoede en de opeenvolging van epidemieën voor extra barrières. De huidige COVID-19 pandemie zorgt voor nieuwe uitdagingen en een vermoedelijke achteruitgang van reeds geboekte veranderingen. Volgens UNICEF (2021) lijdt het sluiten van de scholen in DRC net als tijdens andere epidemieën tot een groep kinderen die niet meer terugkeren bij een heropening. Het

wegvallen van een veilige schoolstructuur heeft desastreuze gevolgen voor kinderen, jongeren en voornamelijk meisjes die een hoger risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel en gender gerelateerd geweld (SGBV) en/of transactionele seks.

Hiernaast lopen ze tevens het risico op een ongewenste of vroege zwangerschap of een besmetting van een seksuele en overdraagbare aandoening. Ook vergroot de kans dat ze gerekruteerd worden als kindsoldaten of ontvoerd worden als seksslaven (UNICEF, 2021).

#### 2.5.1.2 Armoede en toegang tot algemene gezondheidszorg

Volgens de United Nations Populations Fund (UNPFA, 2019) is de Democratische Republiek Congo geografisch gezien het op één na grootste land van Afrika, met een geschatte bevolking van 86,3 miljoen, een gemiddeld groeipercentage van 3,3 procent per jaar, en zal het het achtste meest bevolkte land ter wereld zijn tegen 2050. Ongeveer 63,4 procent van de Congolese bevolking leeft onder de armoedegrens met een extreme armoede die geconcentreerd is in verschillende provincies, wat leidt tot grote ongelijkheden. Humanitaire crisissen, met acute hotspots in de regio's van Kasai en Oost-Congo, hebben de afgelopen twee decennia geleid tot grote aantallen gedwongen verplaatsingen van bevolkingsgroepen. In 2019 hadden ongeveer 12,8 miljoen mensen humanitaire hulp nodig en 18 van de 26 provincies hadden te maken met noodsituaties. Gezondheids crisissen zoals cholera, mazelen, gele koorts, ebola en recent COVID-19 zetten een extra druk op een reeds zwak gezondheidssysteem en ondermijnt de veerkracht van gemeenschappen.

Ongeveer 32 procent van de bevolking heeft een leeftijd tussen de 10 en 24 jaar oud. Hiernaast zijn naar schatting ongeveer 50 procent van de mensen in nood vrouwen en meisjes in hun vruchtbare leeftijd. Meer dan 60.000 van deze kwetsbare groep lopen het risico op seksueel geweld, een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit bij moeders als gevolg van een gebrek aan toegang tot hoogwaardige gezondheidsdiensten voor moeders (UNPFA, 2019).

Volgens Ho et al. (2015) heeft een decennium van conflict in Oost-Congo een toch al kwetsbaar gezondheidssysteem verzwakt, wat resulteert in onvoldoende mogelijkheden om in de behoeften van de bevolking te voorzien. DRC werd in 2013 als laatste van 168 landen gerangschikt op het gebied van menselijke ontwikkeling. Ongeveer 74% van de bevolking woont meer dan vijf kilometer van een gezondheidscentrum, dat vanwege een tekort aan personeel en geneesmiddelen vaak niet in staat is om aan de vragen te voldoen. Daarnaast is het merendeel van de huishoudens niet in staat om voor zorg te betalen, waardoor de bezettingsgraad laag blijft. De regering van de DRC is, zoals in veel fragiele of door conflicten getroffen staten, afwezig en stelt zich niet aansprakelijk op (Ho et al., 2015).

De economische crisis en het voedseltekort hebben niet alleen gevolgen voor de gemeenschappen, maar ook voor de gewapende groepen. Dorpen worden op grote schaal aangevallen door gewapende militieën. In hun zoektocht naar medicijnen en voedsel worden dorpingen het slachtoffer van terreur, ontvoeringen en vernietiging van hun eigendommen (UHNCR, 2021). Zoals besproken in de vorige hoofdstukken zorgen economische noden voor een toename van transitieseks. Vrouwen, mannen en kinderen voelen zich genoodzaakt hun lichaam aan te bieden om te kunnen overleven.

## 2.5.2 Socio-culturele redenen

### 2.5.2.1 De rol van de kerk in een conflictgebied

Binnen de Congolese gemeenschap neemt religie een erg belangrijke rol in. Ongeveer 80 % van de bevolking is Christen. De katholieke kerk wordt zowel geprezen als bekritiseerd omtrent haar standpunten rond de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid. Sommige academici zijn van mening dat de kerk een bedreiging vormt voor de universele mensenrechten omwille van de manier waarop het religie instrumentaliseert ten behoeve van politieke agenda's. Seksuele minderheden worden niet getolereerd en op grote schaal gediscrimineerd. De katholieke kerk verzet zich tegen abortus, promoot enkel seksualiteit binnen een hetero normatief huwelijk en houdt nog steeds genderongelijkheid in stand.

Mudzimi (2021) stelt dat culturele en religieuze overtuigingen met betrekking tot seksualiteit strengere restricties opleggen voor vrouwen dan mannen. Mannelijke seksualiteit wordt geassocieerd met macht en aanzien, terwijl vrouwelijke seksualiteit geassocieerd wordt met reproductie en geconstrueerd wordt door de religieuze samenleving. Hiernaast wordt onbeschermd seks vaak gepromoot en het gevaar van seksueel overdraagbare aandoeningenziekten zoals HIV en AIDS verbannen naar de promiscue sfeer. Deze godsdienstige regels worden streng gecontroleerd door de gemeenschap. 'Wangedrag' als voorhuwelijks seks of zwangerschap wordt sterk afgekeurd. In een context van een gewapend conflict waar meisjes en vrouwen voortdurend het risico lopen om slachtoffer te worden van seksueel geweld worden ze door culturele en religieuze normen opnieuw slachtoffer van stigma en taboe.

Tenai, N. (2017) stelt dat de katholieke kerk anderzijds een cruciale rol zou kunnen opnemen in de re-integratie van slachtoffers van seksueel en gender gerelateerd geweld (SGG) in de gemeenschap. Ook bevinden ze zich in een machtspositie om naast het promoten van de algemene gezondheid te investeren in de seksuele en reproductieve gezondheid. Kerken vormen vaak een toevluchtsoord voor vluchtelingen, ontheemden en zieken en gewonden. In deze plaatsen van samenkomst kunnen sommige slachtoffers van seksueel geweld rekenen op de bemiddeling van de kerk, autoriteiten, familie en de gemeenschap.

### 2.5.2.2 Traditionele invloeden, stigma en taboe

Culturele en traditionele gebruiken hebben een invloed op de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Zoals besproken in Hoofdstuk 1 kan de ontoereikende kennis over seksuele en reproductieve rechten en een beperkte toegang tot seksuele gezondheidsdiensten negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid van vrouwen, mannen en kinderen en zorgen voor een verstoord psycho-seksueel welzijn (Metusela et al., 2017).

Mudzimi (2021) stelt dat seksuele en reproductieve rechten zoals gedefinieerd in het ICPD actieprogramma niet volledig overeenkomen met de Afrikaanse realiteit. Culturele opvattingen bepalen dikwijls hoe wordt omgegaan met voorbehoedsmiddelen, abortus, LGBTQ-rechten, de gezondheid van moeder en kind, gezinsplanning en seksueel overdraagbare aandoeningen. Binnen het Afrikaanse leven staat cultuur vaak synoniem voor traditie, waarden en normen. Hiernaast staat cultuur centraal in het leven en geeft het vorm aan veel menselijke activiteiten als gendernormen, kledingvoorschriften, huwelijkspatronen en dus ook seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Seksuele gevoelens en de seksualiteit van de vrouw behoren tot de taboesfeer en zijn ondergeschikt

aan de seksualiteit van de man. Seksualiteit kan enkel plaatsvinden binnen het huwelijk wat wil zeggen dat een vrouw seksualiteit kan ervaren maar niet vrij kan uiten of bespreken (Mudzimu, 2021).

Binnen de Congolese cultuur is het van belang om kinderen te hebben. De grootte van het gezin wordt ook wel eens vergeleken met de rijkdom van een man. Vruchtbaarheid en geboortepanning zijn hierdoor moeilijk bespreekbaar omdat vrouwelijkheid afgemeten kan worden op het aantal kinderen. Traditionele en religieuze codes zorgen ervoor dat vrouwen geen zwangerschapsonderbreking kunnen uitvoeren. Vrouwen die verdacht worden slachtoffer te zijn van seksueel geweld of een abortus overwogen of hebben uitgevoerd, riskeren gestigmatiseerd en gecriminaliseerd te worden door hun gemeenschap en familie. In deze zeer collectivistische samenlevingen schrijven culturele normen voor dat slachtoffers van seksueel en gender-gerelateerd geweld (SGG) uit de gemeenschap moeten worden verbannen omdat ze de hele gemeenschap ongelukkig en te schande hebben gemaakt. Familieleden van slachtoffers van SGG worden eveneens gestigmatiseerd waardoor ze gedwongen worden afstand te moeten nemen van hun geliefden. Als gevolg hiervan komen slachtoffers van SGG vast te zitten in een vicieuze cirkel van uitsluiting en ontheemding. Sommigen kiezen er daarom voor om het misbruik niet te melden en krijgen niet de nodige medische en psychologische ondersteuning. Bovendien lopen ze het risico op ongewenste verspreiding van seksueel overdraagbare aandoeningen en HIV binnen de gemeenschap, waardoor ze opnieuw het risico lopen te worden uitgesloten (Amodu et al., 2020a).

Ook zijn hekserij-gerelateerde kwesties vaak een reden om de gemeenschap te moeten verlaten. Wanneer familieleden of individuen ziekte of overlijden ervaren, worden vrouwen en kinderen er soms van beschuldigd hekserij te gebruiken. Deze slachtoffers zoeken soms de anonimiteit of medische hulp van een stedelijke context, omdat het meestal niet eenvoudig is om dergelijke beschuldigingen eenvoudigweg te weerleggen. In conflictgebieden blijft hekserij een groot probleem omdat er geen autoriteiten zijn die kunnen ingrijpen of dergelijke zaken kunnen vervolgen. Bovendien creëren de etnische spanningen die vaak gepaard gaan met het conflict een cultuur van wantrouwen. Hiernaast zorgen instabiliteit en onzekerheid ervoor dat mensen terugkeren naar hun culturele normen en waarden (Jacobs, C. et al., 2020).

## 2.6 Complicerende factoren

### 2.6.1 Gewapend conflict

De regio Oost-Congo is sinds 1996 instabiel als gevolg van de Congolese burgeroorlog en de eerste, tweede en derde Afrikaanse wereldoorlog. Brankamp (2005) stelt dat een van de verklaringen voor het brute conflict te vinden is in de Rwandese genocide toen de regimes van Rwanda, Oeganda en Burundi voor het eerst Zaïre (later DRC) binnenvielen nadat ze uit Rwanda waren verdreven. Ten tweede werd de dictator Mobutu Sese Seko vervangen door Laurent-Desiré Kabila en zijn Alliance des Forces Démocratiques pour la Libération du Congo-Zaïre (AFDL), waardoor de spanning en strijd om grondstoffen en mineralen aanwezig bleef. In het tweede deel van de Afrikaanse wereldoorlog mengden andere landen zoals Angola, Namibië, Zimbabwe en Soedan zich in het conflict vanuit politieke en economische motieven. Oegandese en Rwandese troepen beroven de regio van de Grote Meren om zichzelf te verrijken en de oorlog te financieren door hout, mineralen en diamanten te exploiteren.

Tijdens deze 2 opeenvolgende Congo-oorlogen in 1996 en 1998 is seksueel geweld in de regio een structurele oorlogsstrategie geworden. Deze "oorlog binnen een oorlog" is helaas een succesvolle tactiek geworden om de regio te destabiliseren, omringende gemeenschappen te vernietigen en is vergelijkbaar met de gewelddadige implementatiestrategieën die werden gebruikt tijdens de

Rwandese genocide. Verschillende rapporten suggereren dat strijders van het Rassemblement Congolais pour la Démocratie (RCD)-Kisangani, RCD-Goma, het Rwandese leger (toen RPA), de Mai Mai burgerwachtmilities, het Oegandese leger (UPDF), evenals de Burundese Hutu-rebellen van de Conseil National Pour la Défense de la Démocratie-Forces pour la Défense de la Démocratie (CNDD-FDD) zich schuldig maken aan extreem brutale vormen van seksueel geweld (Brankamp, 2015). Lokale en intercommunale conflicten in de regio hebben een duidelijke etnische dimensie. Al is een strijd om de controle over land en natuurlijke hulpbronnen primair en wordt dit proces beïnvloed door politieke en traditionele machtsstructuren.

Naast de complexe mix van staats- en niet-statelijke gewapende groepen die vechten om onderling verbonden grieven, heeft dit geleid tot een cyclus van dreiging, trauma en geweld. Deze zeer penibele situatie zorgt voor meervoudige systematisch gedwongen verplaatsingen van de burgerbevolking (Kesmaecker-Wissing & Lauten, 2015).

Ook kampt de Democratische Republiek Congo momenteel met een economische achteruitgang, aangezien het na Jemen het op één na hoogste aantal mensen telt die te maken hebben met ernstig voedselonzekerheid (19,6 miljoen). Daarnaast kampt het land met een hoge prevalentie van ondervoeding en uitbraken van ziektes in een context van voortdurende aanvallen op burgers en wijdverbreid seksueel en gender-gerelateerd geweld (OCHA, 2021).

#### 2.6.2 De situatie van interne ontheemden

De gewapende etnische en mineraal-gedreven conflicten die sinds 1990 aan de gang zijn in de Democratische Republiek Congo zorgen voor enorme gedwongen verplaatsingen zowel binnen als buiten de grenzen van het land. Volgens de Guiding Principles on Internal Displacement zijn intern ontheemden (IDP's) *“personen of groepen personen die gedwongen of verplicht zijn te vluchten of hun huis of hun gewone verblijfplaats te verlaten, in het bijzonder om de gevolgen te vermijden van gewapende conflicten, situaties van algemeen geweld, schendingen van de mensenrechten of natuurlijke of door de mens veroorzaakte rampen, en die geen internationaal erkende grens zijn overgestoken”* (OCHA, 2004). Dit in tegenstelling tot vluchtelingen die ontheemd zijn buiten hun nationale grenzen of nationale grenzen overschrijden.

Het interne waarnemingscentrum voor ontheemden (IDMC) stelt dat in DRC 5,2 miljoen mensen op de vlucht of verdreven zijn uit hun huizen als gevolg van de conflicten in de regio en dat 349.000 mensen gedwongen werden hun huizen te verlaten als gevolg van natuurrampen. Ongeveer 58% van de intern ontheemde populatie in Oost-Congo zijn kinderen onder de 18 jaar, waarvan naar schatting 1.500 kinderen worden vermist (UNHCR, 2020). Sommige gezinnen hebben zo vaak moeten vluchten dat ze het aantal niet meer kunnen bijhouden. De meerderheid van de ontheemden zijn vrouwen of kinderen, aangezien mannen meestal achterblijven om eigendommen te beschermen, waardoor ze extra kwetsbaar zijn voor andere gewelddadige aanvallen. Ontheemden worden gedwongen in erbarmelijke omstandigheden te overleven zonder toegang tot onderdak, voedsel, water, essentiële zaken zoals dekens, slaapmatten, kookgerei of gezondheidszorg.

De meeste intern ontheemde vluchtelingen (IDP) verblijven in gastgezinnen en gemeenschappen in plaats van in officiële kampen, wat een extra druk zet op reeds kwetsbare gezinnen (Kesmaecker-Wissing & Lauten, 2015). Deze besluitvorming wordt sterk gepromoot en aanbevolen door de regering, aangezien de sluiting van de vluchtelingenkampen minder internationale betrokkenheid impliceert.



Volgens Nguya (2019) worden ontheemden grotendeels over het hoofd gezien door de internationale gemeenschap, aangezien ze enerzijds als slachtoffers worden beschouwd en anderzijds naar verwachting afhankelijk zijn van bestaande structuren om te overleven als actieve actoren. Intern ontheemden zijn extra kwetsbaar vanwege hun onstabiele leefomstandigheden en gebrek aan bescherming. Verplaatsing kan de geestelijke gezondheid van het hele gezin verstoren en neemt toe met elke verplaatsing en de tijdsspanne van de verplaatsing. Amodu et al. (2020) stellen dat intern ontheemde vrouwen in gewapende conflicten kwetsbaarder zijn voor geweld, geestelijke gezondheidsproblemen, seksuele en reproductieve gezondheidsproblemen en malaria. IDP's hebben vaak geen toegang tot reproductieve gezondheidsdiensten. Volgens US AID zijn seksuele en reproductieve rechten structureel historisch verwaarloosd door humanitaire organisaties, omdat hun belangrijkste focus het reageren op oorlog, hongersnood en milieurampen was. Vrouwen en kinderen van ontheemden zijn buitengewoon kwetsbaar voor seksueel en gender-gerelateerd geweld, aangezien dit vaak leidt tot ongewenste zwangerschappen. Door het verbod op anticonceptie kiezen vrouwen vaak voor een illegale abortus, wat leidt tot hoge moedersterfte en ook tienerzwangerschappen. Adolescente jongens worden ook tijdens crises met bijzondere kwetsbaarheden geconfronteerd, waaronder rekrutering voor de strijdkrachten, mensenhandel, seksueel misbruik, uitbuiting en geweld (inclusief verkrachting), en toename van agressief en risicovol gedrag - zoals alcohol- en drugsgebruik, evenals onbeschermd seks. Dit maakt ontheemden extra kwetsbaar voor het overdragen van seksuele ziekten als HIV.

Hun levensomstandigheden leiden tot een toename van diarree en ziekten als de mazelen, acute luchtweginfecties, malaria en andere overdraagbare ziekten. Ongeveer 60% -95% van de gerapporteerde sterfgevallen zijn kinderen, ondanks het feit dat de meeste ziekten door vaccins kunnen worden voorkomen. Meerdere uitbraken van een dysenterie-epidemie kunnen optreden na een cholera- of ebola-uitbraak die extra druk uitoefenen op de ontheemdenpopulatie (Ekesie et al., 2020).

### 2.6.3 COVID-19: een aanslag op een reeds verzwakt gezondheidssysteem

COVID-19 veroorzaakte een wereldwijde gezondheidscrisis waar ook Afrikaanse landen niet van gespaard bleven. Juma et al. (2020) stellen dat de eerste gevallen van COVID-19 in de Democratische Republiek Congo gedetecteerd werden bij een Congolese reiziger die terugkeerde uit Frankrijk begin maart 2020. Tegen eind september 2020 was er sprake van 10.630 bevestigde gevallen en 272 sterfgevallen. De hoofdstad Kinshasa werd in eerste instantie het zwaarste getroffen, gevolgd door de regio's Noord-Kivu, Kongo Central en Haut Katanga. De Congolese regering riep de noodtoestand uit. Er werd een lockdown afgedwongen, beperkingen opgelegd aan de grenzen, het dragen van een mondkapje buitenshuis werd verplicht en massabijeenkomsten met meer dan 20 personen werden verboden (Juma et al., 2020).

Scholen en universiteiten werden tijdelijk gesloten wat nefast was voor de ontwikkeling van jongeren en meer specifiek ernstige gevolgen had voor de seksuele en reproductieve gezondheid van meisjes en jonge vrouwen. Volgens UN Women (2020) heeft COVID-19 niet alleen gevolgen voor de gezondheid, maar ook voor de sociaal-economische omstandigheden waarvan de impact groter is op vrouwen en meisjes. Vrouwen zijn wereldwijd oververtegenwoordigd in de informele sector of de informele economie. Door het sluiten van de markten of grenzen kunnen zij hun producten niet langer verkopen. Sociale en reproductieve rollen als de zorg voor ouderen en kinderen, het verzekeren van taken als water en hout halen, maken dat ze extra kwetsbaar zijn om zelf het virus op te lopen. Tijdens hun route riskeren vrouwen en meisjes bovendien slachtoffer te worden van seksueel geweld en de lockdown kan leiden tot verhoogd huiselijk geweld. Hiernaast grijpen sommige landen de coronacrisis aan om abortuswetten terug te schroeven (ARGO, 2020).

De toenemende onveiligheid in de regio van Oost-Congo in combinatie met COVID-19 zorgde voor een nieuwe kijk op ongelijkheden die reeds aanwezig waren. De huidige COVID-19-pandemie wordt bestreden met ongelijke wapens wat zorgt voor een enorme impact op de lokale bevolking en voor extra druk op de situatie van intern ontheemden (IDP's). Gastgemeenschappen of organisaties die zich ontfermen over IDP's worden geconfronteerd met nieuwe uitdagingen. Naast de toegenomen armoede, voedselonzeekerheid en een gebrek aan sociale steun, moeten nieuwe gezondheidsrisico's worden aangepakt. Doorgaans hebben ontheemden maar ook lokale bewoners geen toegang tot hygiënische voorzorgsmaatregelen en kunnen ze zich niet houden aan de sociale afstandsregels (IDMC, 2020). Volgens UHCR (2021) is er een enorm gebrek aan toegang tot toiletten, schoon water, zeep en menstruatie hygiëneproducten.

Naast de wereldwijde coronapandemie was Oost-DRC het middelpunt van een bijna twee jaar durende ebola-uitbraak waarbij ongeveer 2.300 mensen omkwamen voordat deze eindigde in juni 2021. Begin 2020 was de regio ook verantwoordelijk voor bijna 70 procent van de totale hoeveelheid cholera in de DRC (UNICEF, 2021).

In Oost-Congo moeten dagelijks beslissingen worden genomen tussen leven en dood waarin geen keuze als veilig kan worden beschouwd. Door de voortdurende gevechten en conflicten kan de beperkte aanwezigheid van medische klinieken niet optimaal worden benut en zijn deze zelfs soms het doelwit van aanslagen (UNICEF, 2021).

## 3. Methodologie

### 3.1 Onderzoeksopzet

#### 3.1.1 Onderzoeksdoelstelling

Het doel van mijn onderzoek is om concrete beleidsaanbevelingen te formuleren voor de Adviesraad voor Gender en Ontwikkeling (ARGO). Meer specifiek is deze studie de eerste stap om te bekijken hoe de samenwerking tussen partnerland de Democratische Republiek Congo en de Belgische Ontwikkelingssamenwerking op het gebied van Seksuele en Reproductieve gezondheidsrechten kan worden geoptimaliseerd - in het toekomstige post-COVID-19 tijdperk. Ik beoog met mijn onderzoek de Congolese bevolking zelf aan het woord te laten, de kans te bieden om hun toekomst terug in eigen handen te nemen en gebruik te maken van de expertise op het terrein. Ik zal dan ook bijzondere aandacht besteden aan mijn positie als onderzoeker en gebruik maken van een intersectioneel en postkoloniaal feministisch perspectief om het onderzoek zo objectief mogelijk weer te geven.

Het onderzoek zal starten vanuit de volgende onderzoeksvraag: Welke barrières ervaren adolescenten, vrouwen en mannen in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid (SRG) in Oost-Congo?

Deze vraag is onder te verdelen in 6 deelvragen:

1. Tot welke informatie en educatie over seksuele en reproductieve gezondheid hebben adolescenten, mannen en vrouwen toegang? Wat is de rol van het maatschappelijk middenveld bij het verspreiden van HIV en SRG -programma's?
2. Welke barrières zijn er om SRG toegankelijker te maken? Zorgt het beleid voor belemmeringen? Zijn er voldoende gezondheidsfaciliteiten en gezondheidswerkers?
3. Zijn er barrières op het niveau van de gemeenschap (zoals traditionele en religieuze gebruiken) die de toegang tot SRG kunnen belemmeren?
4. Is de toegang tot SRG verschillend voor mannen en vrouwen? Zijn er gender gerelateerde barrières in de toegang tot SRG?
5. Zorgen de maatregelen ten gevolge van COVID-19 voor een beperktere toegang tot SRG en een stijging van gender-gerelateerd geweld?
6. Hoe kan de Belgische ontwikkelingsamenwerking in een post- COVID-19 tijdperk meer inzetten op SRG voor mannen en vrouwen in Oost-Congo?

#### 3.1.2 Positie van de onderzoeker

Bij het schrijven van een onderzoek bepaalt de context en de positie van de onderzoeker (al dan niet bewust) het resultaat van het onderzoek. Wanneer onderzoek gedaan wordt in het Westen over een onderwerp in het Zuiden is reflectie over het persoonlijk referentiekader van belang.

Ook al behoor ik door mijn afkomst gedeeltelijk tot de Congolese diaspora in België, is mijn blik op DRC gekleurd door de westerse maatschappij waarin ik leef en de eurocentrische context van waaruit ik onderzoek doe. Verhoeven (2019) stelt dat naast de methodologische uitgangspunten ook veel belang gehecht moet worden aan de context waarbinnen het onderzoek plaatsvindt. Als onderzoeker ben je een tijdelijk onderdeel van de sociale werkelijkheid van de onderzochte groep. Hierdoor word je als onderzoeker een instrument in het onderzoek doordat jouw interpretatie betekenis geeft aan de onderzochte situatie (Verhoeven, 2019). Bovendien kan een onderzoek doen in opdracht van de Gender en Adviesraad bepaalde verwachtingen creëren bij de respondenten.

De onderzoeker en respondent kunnen het gevoel hebben zich in een hiërarchische positie te bevinden aangezien het doel van het onderzoek is om concrete beleidsaanbevelingen te formuleren voor verdere partnerschappen. Respondenten kunnen het gevoel hebben om niet vrijuit te kunnen spreken of sociaal wenselijk te antwoorden vanuit de veronderstelling dat er mogelijke samenwerkingen en financiering zullen verder vloeien uit het onderzoek.

Ook wijzen Parameswaran & Kumar (2018) erop dat we alert moeten zijn voor het koloniale denken en de discoursen die nog steeds aanwezig zijn in de huidige wereldstructuren. Onderzoekers worden dan ook uitgedaagd om hun eigen westerse kennis, perspectieven en analysemodellen in vraag stellen om een zo groot mogelijke objectiviteit te realiseren.

Bovendien vindt mijn onderzoek plaats in een conflictzone, wat nieuwe ethische uitdagingen met zich meebrengt. In eerste instantie volg ik de gebruikelijke ethische richtlijnen voor onderzoek namelijk een ethische beoordeling en de geïnformeerde toestemming van de deelnemers. Meer transparantie kan ook bekomen worden door in de resultaten ethische kwesties als eventuele belangenconflicten te vermelden of de manier waarop privacy of vertrouwelijkheid werden gehanteerd (Hussein & Elmusharaf, 2019).

### 3.1.3 Een postkoloniaal feministisch perspectief

*“Postcolonial Studies can be seen as a “disciplinary project devoted to the academic task of revisiting, remembering and, crucially interrogating the colonial past” (Gandhi, 2009, p.4).*

In de huidige tijdgeest van dekoloniseren is het van belang om stil te staan bij de manier waarop kennis wordt gereproduceerd. Zoals beschreven in de paragraaf over de positie als onderzoeker is het cruciaal om aandacht te besteden aan ons koloniale verleden en de manier waarop we als onderzoeker de resultaten kunnen beïnvloeden. Volgens Orsini (2021) wordt er ook binnen de sociale wetenschappen vaak vertrokken vanuit een mondiaal eurocentrisme. Deze academische industrie waarvan de kernmethodologieën, theoretische kaders en conceptuele instrumenten gegenereerd worden in Europa (en/of het Westen), worden vervolgens aan de rest van de wereld opgelegd.

Wetenschappers maken zich (soms onbewust) schuldig aan het reproduceren van dominante eurocentrische kennisproductie waarbij er geen rekening gehouden wordt met de impact van het koloniaal verleden op ons menselijk gedrag dat we vandaag blijven reproduceren in het postkoloniale heden. Volgens Connell (2014) werd er binnen de toegepaste sociale wetenschappen lange tijd te weinig aandacht besteed aan de differentiatie van verschillende geschiedenissen. Bovendien wordt onderzoek over lage inkomsten landen en rurale gebieden doorgaans geschreven vanuit homogene noordelijke normen die soms niet representatief zijn voor niet-westerse uitdagingen. Hierbij worden eurocentrische sociologische concepten van moderniteit als de norm genomen. We moeten ons er dan ook van bewust zijn dat kolonisatie de “intellectuele kenniskaart” hertekende. In een mondiale kennisproductie moet er ruimte zijn voor zuidelijke kennisproductie (Connell, 2014) of zoals Sharp (2009) het stelt:

*“The world view of development was still based on a hierarchical and patronising model of the world: that there were developed and developing nations [...] as if all the countries could be located along one linear path to development, with the USA [and Europe] in the present and the other countries located somewhere behind but aspiring to achieve the same heights” (Sharp, 2009, p.78).*

Ook Rutazibwa (2014) benadrukt dat we kennisreproductie moeten herdenken. Volgens haar moet dit een samenspel zijn tussen verschillende academische researchers vanuit verschillende disciplines en achtergronden.

Hierbij maakt ze de kritische bedenking dat we er rekening mee moeten houden dat onderzoek dat in het Globale Zuiden geschreven wordt door niet-westerse schrijvers niet per definitie objectief is. Geopolitieke belangen van de heersende elite kunnen ook hier ervoor zorgen dat een bepaald onderzoek gekleurd wordt in functie van het behouden van machtsstructuren. Rutazibwa (2014) verwijst hierbij naar het belang van de epistemologie omdat het ons toestaat om epistemologische oppressies te belichten via “gesitueerde kennis” en de verschillende manieren waarop teksten gelezen kunnen worden. In het postkoloniale discours definiëren we doorgaans ons huidige kennissysteem in het Noorden als een dominante politieke kenniseconomie. Hierbij wordt de hegemonische positie van het westen als de enige legitieme kennis nog steeds naar voor geschoven, wat de asymmetrie en ongelijkheid tussen het Globale Noorden en het Globale Zuiden benadrukt. En ons dwingt de aandacht te vestigen op de onderliggende structuren van de huidige kennisproductie die een “intellectuele” erfenis is van het koloniale tijdperk (Rutazibwa, 2014).

De postkoloniale theorie bekritiseert de aanhoudende en structurele gevolgen van kolonialisme die nog steeds aanwezig is binnen politieke, economische en culturele structuren. Het postkoloniale feminisme wijst erop hoe dit eurocentrisch historisch perspectief de feministische theorieën heeft beïnvloedt en dankzij haar machtspositie erin slaagde om het feminisme te construeren tot een doorgaans witte monolithische stroming. Postkoloniale feministen willen deze “witwassing van het feminisme” tegengaan door in te zetten op “culturele dekolonisatie”. Meer specifiek beogen ze de bevrijding van het collectieve geheugen van Westerse landen, globale en sociale gerechtigheid en een “materiële ontvoogding” van neokoloniale constructies als internationale samenwerkingen (vzw Rosa, 2020).

De internationale samenwerking wordt hierbij bekritiseerd omdat ze de oude machtsstructuren en het idee van de witte superioriteit die dateert uit de koloniale periode mee in stand zou houden. Een onderzoek doen naar seksuele en reproductieve gezondheid in de voormalige kolonie DRC kan dan ook niet worden losgekoppeld van ons koloniaal verleden en de postkoloniale theorie.

Bovendien stellen Dhawan & Castro Varela (2019) dat de genderdynamiek van “de ander” sinds de koloniale tijd een symbool geweest is voor het Westen om de barbaarsheid van de gekoloniseerde te creëren. De kolonisator legitimeerde de vestiging van een imperialistische heerschappij door een White Saviour’s positie. Deze houding die ervan uit gaat dat “zwarte weerloze inferieure vrouwen” gered moeten worden van “zwarte barbaarse mannen” wordt vandaag soms nog gehanteerd door sommige witte feministen. Het is dan ook van belang om gebruik te maken van postkoloniale feministische analyses en concepten te gebruiken als “emancipatie” en “gendergelijkheid” om gedifferentieerde machtsanalyses aan te tonen. Een postkoloniale feministische theorie kan de historische ontwikkeling van genderspecifieke positionering transparant maken en duurzame transnationale strategieën formuleren (Dhawan & Castro Varela, 2019).

### 3.1.4 Intersectioneel perspectief

Iedereen heeft recht op seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Toch hebben wereldwijd mensen niet de mogelijkheid om geïnformeerde keuzes te maken over hun seksualiteit, welzijn, relaties, gezinsplanning en eigen lichaam. Vrouwen, kinderen en andere kwetsbare groepen ervaren vaak de meeste belemmeringen in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid. Negatieve culturele en religieuze opvattingen kunnen leiden tot stigma, discriminatie en uitsluiting. Maar naast gender, klasse, leeftijd en seksuele geaardheid kunnen mensen meervoudige vormen van onderdrukking, maar ook privileges ervaren.

Een intersectionele lens laat me toe om deze verschillen in kwetsbaarheden en discriminatie binnen de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid in kaart te brengen. Intersectionaliteit is een sociologisch begrippenkader dat probeert te verklaren hoe sociale categorieën zoals gender, ras, sociaaleconomische klasse, seksuele geaardheid, religie en andere aspecten van onze identiteit op meerdere niveaus met elkaar in wisselwerking staan. Het geeft ons een beeld over hoe deze vormen van kwetsbaarheden kunnen bijdragen tot discriminatie, uitsluiting en sociale ongelijkheid. Intersectionaliteit bestudeert hoe machtsrelaties en verschillen ingebed zitten binnen structuren en instituties en hoe deze vorm worden gegeven in een specifieke historische, lokale en persoonlijke context. Privileges verbonden aan ras, gender of seksualiteit zijn doorgaans niet persoonlijk, maar institutioneel ingebed waardoor witte, heteroseksuele mannen doorgaans meer toegang hebben tot macht en middelen, die niet op dezelfde manier beschikbaar zijn voor mensen met een andere huidskleur, vrouwen, LGBTQ of andere minderheidsgroepen (Yuval-Davis, 2006).

Bovendien stelt Yuval-Davis (2006) dat gesitueerde intersectionaliteit betrekking heeft op de verdeling van macht en andere middelen. Het reduceert de complexiteit van machtsconstructies niet tot één enkele sociale categorie, maar ziet hoe verschillende sociale categorieën (bv. klasse, gender, ras, etniciteit...) op elkaar inspelen. Ook is ze van mening dat een dialogische epistemologische benadering vereist dat de 'gesitueerde blikken' van mensen met verschillende posities in de samenleving worden omvat om een bepaalde sociale realiteit volledig te begrijpen. Zo geeft ze aan dat "niet alle vrouwen op dezelfde manier of in dezelfde mate worden onderdrukt en/of onderworpen, zelfs niet binnen dezelfde samenleving op een specifiek moment.

Volgens Verdonck et al. (2019) kan het gebruik van een intersectioneel raamwerk ervoor zorgen dat we de werkelijkheid benaderen vanuit verschillen en hierdoor de verschillende ervaringen die mensen hebben in gezondheid en zorg beter kunnen begrijpen. Ook kan door deze benadering een breder en een dieper inzicht verworven worden in de relatie tussen gezondheid, identiteit en samenleving. Het vergroot de kennis over gezondheidsverschillen tussen en binnen groepen en werpt een blik op de onderliggende processen die deze verschillen bepalen. Bovendien verkrijgen we meer inzichten in gezondheidsrisico's en gezondheidstoestanden van groepen met minder zichtbare biosociale identiteiten als o.a. homoseksuele mannen (intersectionele onzichtbaarheid). Een intersectionele benadering kan ook kennislacunes in onderzoek, praktijk en opleiding identificeren wat zorgt voor een kleiner risico op stereotypering (Verdonck et al. 2019).

### 3.2 Onderzoeksmethode

In eerste instantie werd een grondige literatuurstudie gedaan om bestaande kennis rond de probleemstelling te bundelen. Hierbij werd een theoretisch kader uitgeschreven aan de hand van belangrijke definities, concepten en een historisch kader van genderrollen die van belang zijn om de probleemstelling rond de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid in Oost-Congo goed te begrijpen. Er werd gebruik gemaakt van beleidsdocumenten van internationale en nationale ngo's, academische artikels, wetenschappelijke boeken, scripties en papers over het thema seksuele en reproductieve gezondheid.

In de tweede fase werd gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Een kwalitatief onderzoek geeft de mogelijkheid om te achterhalen waarom er bepaalde heersende meningen of gedragingen bestaan over seksuele en reproductieve gezondheid in Oost-Congo.

Kwalitatief onderzoek gaat over de betekenis die bepaalde mensen aan gedrag geven. Bovendien geeft deze vorm van onderzoek de mogelijkheid om dieperliggende informatie te verkrijgen over sociale en menselijke problemen. Doordat de geïnterviewden van tevoren geen vastgestelde standaard antwoordmogelijkheden krijgen geven ze antwoord vanuit hun eigen referentiekaders en hun eigen belevingswereld.

Binnen het kwalitatief onderzoek kan zo het beeld van de (sociale) werkelijkheid dat door de onderzochten zélf wordt aangereikt en waar ze middenin staan, centraal gezet worden. (Verhoeven, 2019). Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten is een moeilijk te bespreken onderwerp in de Democratische Republiek Congo (DRC). Door specifiek experts te interviewen die ervaring hebben in het bespreekbaar maken van seksualiteit kan eventuele handelingsverlegenheid om vrijuit te spreken voorkomen worden.

### 3.2.1 Dataverzameling en verwerking

#### 3.2.1.1 Onderzoekseenheden

De studiepopulatie werd samengesteld uit experts over het thema seksuele en reproductieve gezondheidsrechten die actief zijn in Oost-Congo of ervaring hebben opgebouwd in de grote regio van de Democratische Republiek Congo. Hiernaast werd specifiek op zoek gegaan naar genderexperts, activisten, academici, nationale en internationale organisaties en personen die werken voor een overheidsinstantie. In een eerste fase werden respondenten in kaart gebracht via de contactenlijst van de Gender en Adviesraad (ARGO). Meer specifiek werd een inventaris gemaakt van contactpersonen die samenwerken met partnerorganisaties van de ARGO en actief zijn rond het thema seksuele en reproductieve gezondheidsrechten in DRC. In een later stadium van het onderzoek werd gebruik gemaakt van het sneeuwbal effect om nieuwe respondenten te bereiken.

Ook werden nieuwe respondenten geselecteerd via mijn persoonlijke netwerk, binnen de bredere Internationale samenwerking en Congolese gemeenschap. Al de respondenten werden aangeschreven via email en/of Whatsapp.

Er werd geen specifiek sociaal-demografisch profiel vooropgesteld. De onderzoekspopulatie bestond uiteindelijk uit 2 mannen en 4 vrouwen tussen de leeftijdscategorie van 23 jaar en 60 jaar, waarvan 2 de Belgische afkomst hadden en 4 de Congolese afkomst. Bij toeval was de helft van de respondenten actief in de brede regio rond Bukavu of Goma. Alle respondenten waren hooggeschoold en hadden een verschillende academische achtergrond.

Er werden zowel respondenten met een medische, academische, juridische, psychologische, sociale, antropologische als activistische achtergrond bereikt.

De respondenten waren actief als gynaecoloog, psycholoog, jurist, professor, genderexpert binnen de volgende organisaties:

- Dokters van de wereld Bukavu - Panzi Ziekenhuis
- (Verwijzings) Provinciaal Ziekenhuis van Bukavu, DR Congo
- Pole Instituut Goma
- Universiteit van Luik
- NGO HOLD Goma
- NGO Action d`espoir Bukavu
- UCLouvain

#### 3.2.1.2 Interviews

Er werd gekozen om gebruik te maken van semigestructureerde interviews. Deze methodiek biedt als voordeel dat er tijdens de interviews kan worden doorgevraagd naar de mening van de respondenten wanneer er iets niet duidelijk was of er iets interessants gezegd werd. Ook konden de vragen afwijken van de chronologische volgorde.

De interviews konden zo ook op korte termijn ingepland worden. De vragenlijst werd opgesteld aan de hand van de onderzoeksvraag en deelvragen.

Het doel van de vraagstelling was om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de mogelijke barrières in de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid waarmee personen in Oost-DRC geconfronteerd worden. Seksuele en reproductieve gezondheid omvat verschillende deelaspecten. Er werd dan ook voor gekozen om heel specifieke vragen te stellen naar geboortepanning, seksueel geweld, moedersterfte, etc. om een zo duidelijk mogelijk beeld te krijgen van de thematiek. De vragenlijst bestond uit een totaal van 10 vragen (zie bijlage 1).

In totaal werden 6 diepte-interviews afgenomen. Omwille van de COVID maatregelen en het feit dat de meeste respondenten in DRC verbleven, werden de face-to-face gesprekken vervangen door video-interviews met Microsoft Teams, Skype en Whatsapp. Al de interviews werden opgenomen via audio en er werden notities gemaakt door de interviewer. Ook was er 1 respondent die omwille van tijdsgebrek ervoor koos om gebruik te maken van een e-mailinterview. Op die manier kon de respondent in zijn eigen tijd het interview invullen zonder rekening te moeten houden met de interviewer. Ook kon deze persoon niet beïnvloed worden door de aanwezigheid van de interviewer. De interviews duurde gemiddeld tussen de 45 min en 1.30u en werden afgenomen in het Frans en vertaald naar het Nederlands. Alle respondenten gaven hun mondelinge toestemming en gingen akkoord met de “informed consent”.

#### 3.2.1.3 Data-analyse

De interviews werden in het kader van de masterproef getranscribeerd met behulp van de software Amber Transcript. De teksten werden in eerste instantie vertaald van het Frans naar het Nederlands met google translate. Hierna werden de teksten nagelezen, manueel gecorrigeerd en aangevuld. De interviews zullen manueel geordend en geanalyseerd worden. Er werd een thematische analyse uitgevoerd op basis van de transcripten, audio en notities van de interviewer.

In het codeboek werden in eerste instantie fragmenten geordend per thema en sub-thema:

- Toegang tot informatie over seksuele en reproductieve gezondheid;
- Seksuele gezondheid: culturele en traditionele barrières, seksueel geweld;
- Reproductieve gezondheid: abortus, ongewenste zwangerschappen, tienerzwangerschappen;
- Impact COVID-19: socio-economische gevolgen, stijging seksueel geweld;
- Aanbevelingen partnerschappen: nationale politieke en internationale verwachtingen, afwezigheid mannen.

In een tweede fase werden deze codes samengevoegd en verbanden gezocht met centrale thema's. Het onderzoek heeft een inductief karakter omdat het doel is om een bepaalde kennis en theorie te formuleren. Er werd gebruik gemaakt van het axiaal coderen. Na het ontrafelen van de interviewverslagen werden gecodeerde begrippen met elkaar vergeleken en gegroepeerd. Verder werd gezocht naar overeenkomsten en verschillen tussen tekstfragmenten met dezelfde code (Verhoeven, 2018). In een laatste fase werden de resultaten gekoppeld aan de literatuur, onderzoeksvraag en deelvragen.



## 4. Resultaten

### 4.1 Toegang tot informatie over seksuele en reproductieve gezondheid

De meerderheid van de respondenten geven aan dat de toegang tot informatie over seksuele en reproductieve gezondheid zeer zwak is. Zowel op het niveau van de familie, gemeenschap als beleid wordt zeer weinig informatie uitgewisseld. Ook staat informatie verspreiden over SRGR niet hoog op de politieke agenda.

*“De overheidsondersteuning is minder aanwezig in de gezondheidsdiensten, die normaliter een cruciale rol opnemen in deze communicatiecomponent.” Respondent 3*

Seksuele opvoeding wordt meestal niet besproken op school, binnen de religieuze gemeenschap of een gezinscontext.

De respondenten geven aan dat er censuur is op het verspreiden van informatie over seksuele en reproductieve gezondheid omwille van het taboe dat heerst rond seksualiteit.

*“Seksualiteit is taboe en behoort tot de privésfeer; er wordt heel weinig over gesproken.” Respondent 2*

Het gebruik van anticonceptie is niet openbaar bespreekbaar en moet verdoken verlopen.

*“We laten soms een doos condooms achter, tegen de ochtend is alles weg. Jongeren en vrouwen kunnen niet gewoon binnen stappen in de apotheek; het moet altijd verdoken gebeuren.” Respondent 1*

Ook geven 4 van de 6 respondenten aan dat anticonceptie gelinkt wordt aan prostitutie of HIV.

*“Als een vrouw of jongeren naar anticonceptie vraagt denken ze dat het promiscue meisjes zijn” Respondent 4*

Jongeren zoeken voornamelijk informatie via sociale media en zijn afhankelijk van de sporadische en gefragmenteerde informatie die ze mee krijgen van sommige progressieve kerken, scholen en ngo's. Deze informatie is volgens sommige respondenten voornamelijk gefocust op hygiëne. De meeste communicatie gebeurt via de radio. Dit is voornamelijk in stedelijke gebieden efficiënt. In rurale gebieden hebben mensen vaak geen toegang tot de radio.

*“Soms geven ngo's of de kerken een beetje info, maar dit is niet pedagogisch of gestructureerd of zo. Het gebeurt eerder op een experimentele manier.” Respondent 3*

Sommige respondenten geven aan dat ze er geen zicht op hebben.

*“De toegang tot informatie van SRG, dat is een goede vraag. We zijn momenteel zelf een onderzoek aan het doen om in kaart te brengen welke informatie aanwezig is of hoe we preventief kunnen werken rond SRGR. Momenteel is dit zeer miniem.” Respondent 6*

De slotsom is dat seksuele en reproductieve gezondheid voornamelijk wordt besproken binnen de context van het huwelijk door familieleden of een arts in het kader van een zwangerschap of medische begeleiding.

## Verskil in toegang tot informatie voor mannen en vrouwen

De meerderheid van de respondenten , meer precies 5 van de 6 respondenten geven aan dat vrouwen minder toegang hebben tot informatie over seksuele en reproductieve gezondheid dan mannen.

*“Ja, de toegang is echt anders. Vrouwen maken zich zorgen om hun werk en kunnen nauwelijks een radioshow meevolgen. Vrouwen moeten de zorg van de kinderen en het huishouden op zich nemen; ze hebben de tijd en ruimte niet om aan te sluiten bij een vergadering of andere mensen op te leiden.” Respondent 3*

1 respondent geeft aan dat mannen minder geïnformeerd zijn over seksuele en reproductieve gezondheid omdat ze vaak niet betrokken worden door internationale en nationale organisaties. Ook richtten reproductieve gezondheidsprogramma's zich voornamelijk op vrouwen.

*“Ik ben niet echt een specialist op dit gebied, maar mannen worden een beetje uitgesloten van informatie die een beetje beperkt blijft. Ik zou bijvoorbeeld zeggen tussen verloskundigen in gezondheidscentra en vrouwen die op consultatie komen voor gezinsplanning. Ik heb het gevoel dat het nog steeds een kwestie is van vrouwen terwijl mannen wel hun toestemming geven om vrouwen te laten verzorgen in het ziekenhuis.” Respondent 6*

Alle respondenten geven aan dat culturele barrières een van de belangrijkste redenen is waarom vrouwen zich moeilijker kunnen informeren over seksuele en reproductieve gezondheid.

*“Het is psychologisch anders voor vrouwen dan voor mannen. Voor een vrouw is het moeilijker om informatie te vragen door de vooroordelen van prostitutie; ze is dan geen goede vrouw. Voor mannen is het makkelijker.” Respondent 1*

Sommige respondenten geven aan dat de meeste mensen op de hoogte zijn van informatie over seksueel geweld omdat het een enorme problematiek is in de regio.

*“De enige informatie die mensen kennen is het recht om niet te lijden onder seksueel geweld. Deze informatie is beter bekend omdat verkrachting wordt gebruikt als oorlogswapen en er sterk opgetreden werd tegen deze praktijken. Maar in conflictgebieden wordt dit recht echter geschonden en daarom genegeerd door de strijdende partijen.” Respondent 3*

## De rol van het maatschappelijke middenveld

De respondenten geven aan dat het maatschappelijke middenveld een belangrijke rol te spelen heeft in het verspreiden van informatie rond seksuele en reproductieve gezondheid, maar erg beperkt zijn in middelen.

*“Momenteel hebben we een actieprogramma lopen met het onderwijs: meisjes die zwanger zijn worden onmiddellijk buiten gegooid, we proberen zowel te bemiddelen met de school en de familie om te blijven investeren in de toekomst van die meisjes...ondertussen hebben een 12-tal scholen ingetekend op ons project... we vangen ook veel uitgesloten jonge moeders en intern ontheemden op. We zoeken momenteel financiering voor een groep ontheemden families die al weken in open lucht slapen ” Respondent 1*

De informatie die aanwezig is over SRG komt vaak van externe partners of vanuit de internationale samenwerking wat zorgt voor wantrouwen binnen de bevolking.

*“Er worden campagnes georganiseerd in het Frans of Swahili wat het wantrouwen rond seksuele en reproductieve gezondheidsrechten alleen maar versterkt.” Respondent 3*

*“Die posters van internationale ngo’s die hebben allemaal hun eigen agenda.” Respondent 4*

De respondenten geven aan dat het maatschappelijke middenveld een cruciale rol speelt in het opzetten van sensibiliseringsprogramma’s en infocampagnes rond seksuele en reproductieve gezondheid. Ze nemen zowel op micro, meso als macroniveau een brugfunctie op.

Bovendien geven 5 van de 6 respondenten aan dat de personen die zich in de positie bevinden om een draagvlak te creëren rond seksuele en reproductieve gezondheid soms niet overtuigd zijn van de noodzaak.

*“Het grootste obstakel is dat degene die de boodschap overbrengt er zelf niet in gelooft.” Respondent 3*

## 4.2 Toegang tot gezondheidscentra

### Zwak nationaal gezondheidsbeleid

De respondenten geven aan dat er een zwakke gezondheidszorg is in DRC. Het gezondheidsbeleid wordt structureel genegeerd door de overheid. Ziekenhuizen zijn geprivatiseerd en vragen soms woekerprijzen.

*“Veel dingen zijn geen prioriteit voor de staat en dus ook gezondheid niet. Mensen betalen. Je hebt geld, dan kan je genezen worden. Je hebt geen geld, dan kan je sterven.” Respondent 4*

Bovendien zijn de medische deskundige soms niet voldoende opgeleid of beschikken ze niet over de nodige medische apparatuur of worden ze structureel niet betaald. Er zijn verschillende medische faciliteiten, maar de bevolking heeft niet de nodige financiële middelen om er gebruik van te maken.

*“Ik herinner me een situatie tijdens een van onze projecten, het was een medisch centrum waar ze niet wisten dat bloed bewaard moest worden op een bepaalde temperatuur, ze hebben er bloedtransfusies mee gedaan en er zijn mensen gestorven.” Respondent 4*

### Verschil tussen de toegang tot gezondheidscentra in rurale en stedelijke gebieden

De respondenten geven aan dat in stedelijke gebieden mensen sneller toegang hebben tot medische centra dan in rurale gebieden waar er vaak geen medische voorzieningen aanwezig zijn.

*“Een vrouw in rurale gebieden moeten soms kilometers te voet afleggen om te bevallen omdat er geen medische dienst in de buurt is, dat haalt ze soms niet.” Respondent 5*

### Traditionele geneeskunde

Zowel in rurale als in stedelijke gebieden maken mensen gebruik van traditionele geneeskunde. De respondenten geven aan dat de keuzes vaak gemaakt worden op basis van financiële mogelijkheden en afstand. Daarnaast zoeken mensen regelmatig ook steun en genezing in de kerkgemeenschappen. Er wordt dan over ziekte gesproken als een vloek of vergiftiging.

*“Het gezondheidssysteem is niet perfect. Traditionele dokters kosten minder dan de reguliere ziekenhuizen. Mensen hebben het geld niet om naar een medische voorziening te gaan. En dat is ook*

*een reden, ja, waarom mensen hun toevlucht zoeken tot zelfmedicatie, naar de apotheek gaan en iets proberen of zichzelf proberen te genezen via gebeden. Er zijn kerken die ook wonderbaarlijke genezingen aanbieden. De pinkstergenezers ja.” Respondent 4*

*“Traditionele geneeskunde wordt veel gebruikt, het gebruik ervan wordt geschat op 60 %, zelfs in de grote stedelijke gebieden. Er is zo bijvoorbeeld in Bukavu het fenomeen van ‘vergiftiging’, iedereen kent dat.” Respondent 6*

#### 4.2.1 Reproductieve gezondheid

##### Ongewenste zwangerschappen, geboorteplanning en abortus

De respondenten geven aan dat het aantal ongewenste zwangerschappen erg hoog ligt en meer specifiek tienerzwangerschappen een enorm probleem is. Een van de verklaringen hiervoor zou zijn dat er geen duurzame aanpak is voor geboorteplanning. Ook horen jongeren doorgaans niet seksueel actief te zijn waardoor ze weinig toegang hebben tot anticonceptie en seksuele vorming.

*“Op school krijgen ze geen seksuele vorming; er wordt enkel gepraat over hygiëne.” Respondent 1*

*“Een ongewenste zwangerschap wordt beschouwd als een schending van de sociale normen waar vooral ongehuwden het slachtoffer van zijn. Wat zullen ze zeggen is de eerste moeilijkheid die doorbroken moet worden.” Respondent 3*

De respondenten geven aan dat DRC het Maputo protocol ratificeerde, maar het in de praktijk niet uitvoert. Een van de redenen is dat in het hoofd van verschillende medische voorzieningen abortus een taboe blijft. Ook laat een vertaling naar de nationale wetgeving op zich wachten en kennen mensen doorgaans hun rechten niet.

*“We hebben de juridische tools, maar traditionele wetten blijven zich boven nationale en internationale wetten zetten. De dokters op het terrein geloven er niet in of de mensen zijn niet op de hoogte .. ze doen gewoon wat ze willen.” Respondent 2*

Hiernaast geven de respondenten aan dat het seksuele geweld en verkrachting in de regio zorgt voor een toename van ongewenste zwangerschappen en een toename van achtergelaten kinderen.

*“Meisjes die zwanger worden na een verkrachting worden tweemaal verkracht.” Respondent 2*

*“We hebben momenteel een erg groot probleem met intern ontheemden van moeders die een kind krijgen na een verkrachting, ze laten hen gewoon aan hun lot over...ze gooien hen op straat .. het is verschrikkelijk, ze zijn vaak niet ouder dan 3 of 4 jaar.” Respondent 1*

De hoge cijfers van moedersterfte worden doorgaans verklaard door een negatief gezondheidsbeleid en een gebrek aan betaalbare gezondheidsfaciliteiten in DRC.

##### Toegang tot reproductieve gezondheid

De respondenten geven aan dat er doorgaans geen mogelijkheden zijn tot het gebruik van anticonceptie omwille van het taboe rond het gebruik. Ook zijn anticonceptiemiddelen vaak niet voorradig of betaalbaar voor de bevolking. Hiernaast zorgen de precaire omstandigheden waar een groot deel van de bevolking mee te kampen heeft, dat er niet voldaan kan worden aan de basishygiëne voorschriften. Bovendien zijn vrouwen vaak niet op de hoogte van reproductieve en seksuele gezondheidsrisico's.

*“Hier in Europa wordt er gestreden om gratis maandverband; in DRC is er niets. Vrouwen wassen zich in het donker om een beetje privacy te hebben, ze wonen vaak samen in slechts één ruimte, ze hebben geen wasmiddel om hun bebloede broekjes uit te wassen, ze laten het drogen en trekken het terug aan, ze lopen zo infecties op zonder dat ze het weten.” Respondent 4*

Ook geven sommige respondenten aan dat vrouwen geen recht hebben op seksualiteit en dus ook niet op anticonceptie. Mannen beslissen of er al dan niet gebruik gemaakt kan worden van anticonceptie.

#### 4.2.2 Seksuele gezondheid

##### Traditionele en culturele barrières in seksualiteit

Al de respondenten geven aan dat er een taboe bestaat rond het spreken over seksuele en reproductieve gezondheid en meer specifiek rond seksualiteit. Voornamelijk vrouwen hebben angst om gestigmatiseerd te worden binnen hun gemeenschap.

*“Meisjes durven onderling niet over seksualiteit te praten omwille van het stigma.” Respondent 1*

Maar ook mannen zijn het slachtoffer van stigmatisatie en discriminatie na seksueel geweld.

*“We bereiken slechts een beperkt aantal mannelijke slachtoffers van seksueel geweld, meestal zijn het dan ook ouders die hun plicht doen, en ja kinderen, jongens worden soms minder gestigmatiseerd” Respondent 6*

Mannen controleren doorgaans vrouwen en dus ook de seksualiteit van de vrouw. Traditionele en culturele wetgeving zijn naast de rol van de familie en gemeenschap ook zeer bepalend.

*“Op het platteland zijn er vooral nog tradities en culturele gewoonten die indruisen tegen het recht op seksuele en reproductieve gezondheid, die tradities zijn net als culturele gewoonten zeer wijdverspreid en zeer ingebakken. En ik zou ook willen zeggen dat die gepaard gaan met gendergerelateerd geweld, met vroege huwelijken, het ontzeggen van toegang tot middelen voor vrouwen, geen toegang tot erfenissen, enz.” Respondent 6*

De respondenten geven aan dat de religieuze gemeenschappen een belangrijke rol spelen in de toegang tot seksuele en reproductieve rechten. Aan de ene kant zijn ze momenteel al zeer belangrijke partners en aan de andere kant zorgen ze voor barrières door zich te beroepen op religieuze teksten die ingaan tegen seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Zo is het huwelijk nog steeds een zeer belangrijk gegeven en abortus taboe.

*“Familieplanning is bv. binnen sommige religieuze gemeenschappen niet bespreekbaar omdat planning gelijk staat aan het stopzetten van geboorte en dat is tegen de regels want het is enkel aan God om een geboorte stop te zetten.” Respondent 2*

*“Het religieuze aspect is ook een obstakel, maar ze staan open voor verandering. We hebben sommige kerken waar we sketches mogen opvoeren over seksuele en reproductieve gezondheid om de mensen te sensibiliseren over seksueel geweld, HIV enz...” Respondent 1*

*“De moeilijkheid is om het dilemma aan te gaan. Of je nu wel of geen abortus laat uitvoeren, je breekt de geboden van de kerk want 90% van de bevolking is christelijk en zo niet schaam je je voor jezelf en je familie. Het is een echt psychische lijden dat vaak werkelijk leidt tot psychoses..” Respondent 3*

Hiernaast geven de respondenten aan dat seksualiteit omwille van culturele gewoontes niet bespreekbaar is.

*“Seksualiteit bespreken binnen een familie, dat is onmogelijk...ouders hebben een bepaald idee in hun hoofd dat je niet kan veranderen, je spreekt er niet over.” Respondent 2*

Bovendien geven sommige respondenten aan dat de basis van het huidige taboe gelegd werd tijdens de kolonisatie.

*“Weet je, we hadden vroeger, ja ik ben niet meer zo jong, maar in de prekoloniale periode werden meisjes gesocialiseerd in seksualiteit door hun moeders of andere oudere vrouwen uit de gemeenschap en jongens door oudere mannen, we hadden overgangsrituelen. Ja, zo was er iets als het groter maken van de schaamlippen... Wel kijk nu wat er gebeurde toen ze het christendom introduceerden en de man-vrouw relaties... We durven zelfs niet meer over seksualiteit praten.” Respondent 4*

### Seksueel en gender-gerelateerd geweld

Seksueel geweld wordt in Oost-Congo structureel ingezet als oorlogswapen om de gemeenschap van binnen uit te vernietigen. De socio-politieke onveiligheid van moorden en seksueel geweld destabiliseert het gezondheidssysteem zowel in de steden als in de rurale gebieden.

De respondenten geven aan dat seksueel geweld een wijdverspreide problematiek is in de regio die zich niet enkel beperkt tot seksueel geweld als oorlogswapen.

*“We kennen veel meisjes. Ze worden misbruikt door hun burens, binnen de gemeenschap en binnen de kerk. Het is overal hetzelfde probleem.” Respondent 1*

Bovendien is seksueel en gender-gerelateerd geweld zo wijd verspreid dat er een vorm van gelatenheid en normvervaling ontstaat. Sommige respondenten geven ook aan dat seksueel geweld een paraplu-begrip dreigt te worden waarin er geen onderscheid meer gemaakt wordt tussen gender-gerelateerd geweld, seksuele en reproductieve gezondheid.

*“Hier hebben ze in ieder geval de neiging om alles te reduceren tot de strijd tegen seksueel geweld, het wordt een niche die een beetje cynisch is. Ik bedoel een niche die financieel veelbelovend is. Verschillende actoren werpen zich op seksueel geweld. Zoals ik daarnet zei worden noodzakelijke vragen verdoezeld door seksueel geweld.” Respondent 6*

Ook geven de respondenten aan dat er vanuit de internationale gemeenschap zo gefocust is op seksueel geweld dat men geen oog meer heeft voor andere problematieken die betrekking hebben op seksuele en reproductieve gezondheid.

*“We hebben hier soms vrouwen die zeggen dat ze seksueel misbruikt zijn om gratis hulp te krijgen in het ziekenhuis. Ja, wat doe je dan? Je verzorgt ze want ze hebben ook hulp nodig maar het klopt niet... dat is de perversiteit van seksueel geweld als oorlogswapen...” Respondent 5*

### Seksuele economische uitwisselingen

De respondenten geven aan dat o.a. armoede ervoor zorgt dat vrouwen, adolescenten en kinderen gedwongen worden om hun lichaam te gebruiken als koopwaar.

*“Wat doe je als je man je achterlaat alleen met je kinderen die honger hebben .. ja, dan gebruik je je vagina om je kinderen te kunnen voeden” Respondent 4*

Intern ontheemden zouden extra kwetsbaar zijn om slachtoffer te worden van seksuele uitbuiting.

*“Als je een dak boven je hoofd wil en je hebt geen geld wordt er misbruik van je gemaakt. We kennen zelfs verhalen van priesters of traditionele leiders die misbruik maken van hun positie om vrouwen in nood seksueel te misbruiken.” Respondent 2*

Sommige respondenten geven aan dat meisjes en jongens soms slachtoffer worden van “medeleven seks” (grooming). Meisjes en jongens worden hierbij benaderd door mannen die valse beloftes maken met de bedoeling hen seksueel te misbruiken.

*“Ze gaan heel sluw te werk, ze doen of ze depressief zijn en zeggen dat enkel het meisje hen kan redden, ze beloven hen kleine economische voordelen, het meisje laat zich in de val lokken omdat ze graag iets wil...het is als een vluchtige liefde...ze weet zelf niet dat ze haar lichaam verkoopt.” Respondent 4*

### De positie van minderheidsgroepen

Minderheidsgroepen worden door 4 van de 6 personen omschreven als een doelgroep dat voornamelijk een westers construct is dat moeilijk kan worden vertaald naar een Congoleze realiteit.

*“Minderheden, iedereen zit hier in hetzelfde schuitje en heeft noden wij maken geen onderscheid” Respondent 4*

Bovendien handteren de respondenten verschillende definiëring voor minderheidsgroepen. Voor 2 respondenten zijn dit de intern ontheemden, voor 1 respondent zijn dit pygmeeën en personen met een beperking de minderheidsgroepen, voor 3 van de 6 respondenten spreken we hierbij van homoseksuele personen.

*“In de internationale organisaties of vluchtelingenkampen heb je minderheden als personen met een beperking enkel daar worden ze zo gedefinieerd op lokale niveau hebben we de mogelijkheden niet om daar specifieke hulp voor te organiseren”. Respondent 2*

Deze respondenten geven aan dat de intern ontheemden moeilijk te definiëren zijn omdat de lokale bevolking voortdurend op de vlucht is of zich gedwongen moeten verplaatsen.

*“Minderheden ..ontheemden we zitten hier in een regio waar iedereen zich verplaatst..” Respondent 5*

Bovendien geven al de respondenten aan dat er binnen de regio heteronormativiteit centraal staat. Er is geen ruimte tot bespreekbaarheid van een andere seksuele geaardheid.

*“Homoseksualiteit bestaat hier niet” Respondent 2*

*“Daar heb ik hier nog nooit niets over gehoord ...dat zegt misschien ook al iets...” Respondent 5*

Ook geven 2 van de 6 respondenten aan dat homoseksuele worden gediscrimineerd, gestigmatiseerd en gemarginaliseerd.

*“Ik weet dat er hier in Bukavu een organisatie is die zich bezig houden met homoseksuelen maar ja dat is echt heel verdoken ..uit angst voor represailles uit de gemeenschap” Respondent 5*

*“Homoseksualiteit is verboden ..de gemeenschap bedreigen hen met de dood..” Respondent 1*

Bovendien geven alle respondenten aan dat minderheidsgroepen structureel vergeten worden door de overheid.

*“Het grote obstakel is dat ze gediscrimineerd en vergeten worden door de overheid.” Respondent 3*

## HIV

Hoewel er al veel positieve vooruitgang geboekt is in de aanpak van HIV blijven er nog steeds risicogroepen. 1 van de 6 respondenten geeft aan dat voornamelijk minderheidsgroepen al de pygmeeën hierdoor getroffen worden.

*Voorals bij minderheidsgroepen als de pygmeeën is er veel HIV maar zij hebben geen mogelijkheden ..het tribalisme ,conflict en etnische spanningen maken dat ze geen toegang hebben tot gezondheidszorg” Respondent 2*

Een 2tal respondenten geven aan dat vrouwen na seksueel misbruik vaak besmet zijn met HIV. Het aanwezige stigma en angst om uit de gemeenschap verdreven te worden zou ervoor zorgen dat ze geen hulp zoeken. Hierdoor lopen ze het risico om andere gezinsleden te besmetten.

*“Vrouwen zijn na seksueel geweld vaak besmet met HIV ze geven het via borstvoeding door aan hun baby’s en soms ook aan hun andere kinderen en mannen.. als de gemeenschap erop uit komt worden ze verstoten” Respondent 1*

## 4.3 De impact van COVID-19 op seksuele en reproductieve gezondheid

### Socio-economische en medische gevolgen

De respondenten geven aan dat COVID-19 in eerste instantie voor socio-economische en medische gevolgen zorgde. Het sluiten van de grenzen heeft een enorme socio-economische impact op de bevolking. Vrouwen zijn vaak afhankelijk van informele handel. Vele steden zijn afhankelijk van elkaar over de grenzen heen. Nu ze de grens niet over kunnen, verliezen ze hun inkomsten. Armoede dwingt vrouwen en kinderen tot seksuele economische uitwisselingen.

Sommige respondenten geven aan dat COVID-19 ervoor zorgde dat de lopende vaccinaties voor kinderen werden stopgezet. Ook zou er niet voldoende medicatie meer zijn in sommige regio’s om HIV-patiënten te voorzien van medicatie.

### Stijging van huiselijk geweld en seksueel grensoverschrijdend gedrag

De meeste respondenten zijn van mening dat het huiselijk geweld gestegen is tijdens de lockdownperiode. De verarming van de bevolking wordt unaniem gezien als één van de bronnen van huiselijk geweld omdat het steeds moeilijker is geworden om aan bepaalde basisbehoeften te voldoen. Ook zijn mensen doorgaans niet gewend om zoveel tijd met elkaar door te brengen in soms zeer kleine ruimtes met de aanwezigheid van meerdere huishoudens. Zowel vrouwen als kinderen worden slachtoffer van geweld.

*“Insluiting geeft een permanente stress die misverstanden binnen veel huishoudens verergert. Mensen zijn niet langer gewend om veel tijd door te brengen onder het huwelijksdak, waardoor mannen over het algemeen gewelddadiger worden tegen hun vrouwen. Er is niet langer een uitlaatklep zoals voetbal of vrienden waardoor mannen zich afreageren op hun vrouwen.” Respondent 3*



*“Het geweld is zeker gestegen nu er minder controle en steun is...Het is veel moeilijker geworden om het ziekenhuis te bereiken ook” Respondent 5*

### Stijging tienerzwangerschappen

Al de respondenten geven aan dat er een significante stijging is van het aantal tienerzwangerschappen tijdens de lockdown. Een verklaring hiervoor is dat door het sluiten van de scholen teruggerepen wordt naar traditionele en culturele waarden. Meisjes hebben vaak geen recht op onderwijs omdat investeren in de toekomst van meisjes gezien wordt als een verlies. Ze zijn voor bestemd voor het huwelijk. Tijdens de lockdown zouden er meer meisjes vroegtijdig uitgehuwelijkt zijn.

*“Sinds dat de scholen gesloten zijn door de lockdown hebben we meer meldingen ontvangen over meisjes die zwanger zijn. In de scholen werden ze nog beschermd.” Respondent 2*

*“Wanneer de ouders of de ouders er achter komen dat ze zwanger zijn worden ze op straat gezet. Ze kunnen bij ons terecht we zoeken een gezin om hun op te vangen tot we hebben kunnen bemiddelen met de familie” Respondent 1*

*“Ja nu de scholen dicht zijn wat gebeurt er dan.. het leven van de meisjes is vewoest als ze zwanger zijn en de jongen vaak ook hij wordt gedwongen door de familie om te huwen ook al stelde het niets voor..” Respondent 4*

## 4.4 Kansen voor een partnerschap

### Seksuele en reproductieve gezondheid aanpakken op meso, micro & macro niveau

De respondenten geven aan dat SRG moet worden aangepakt op micro, meso en macro niveau. Er moet een verandering van mentaliteit komen binnen de gezinnen en binnen de gemeenschappen, onder begeleiding van de overheid.

*“Welke info een moeder geeft aan haar kinderen, dan kan het pas veranderen - de familie is cruciaal.”*

De respondenten geven aan dat op lokaal niveau een structureel kader gecreëerd moet worden om seksuele en reproductieve gezondheidsrechten te vertalen naar een lokale realiteit. Hiernaast zijn alle respondenten het erover eens dat er nood is aan een geïntegreerde aanpak van seksueel en gender gerelateerd geweld vanuit een holistische visie.

*“We hebben nood aan een 1-stop-centrum waar mensen zowel medische, psychologisch als juridische hulp krijgen.” Respondent 6*

Sommige respondenten zijn van mening dat we moeten afstappen van ontwikkelingssamenwerking. Internationale samenwerking wordt door deze respondenten niet gezien als een partnerschap, maar als het in stand houden van ongelijke machtsstructuren.

*“Het wordt tijd dat België de ketens van onze handen haalt. Geef ons vrede, dat is het enige wat we willen, wij doen de rest wel.” Respondent 4*

Andere respondenten zijn van mening dat partnerschappen zich moeten focussen op de mensen op het terrein en lokale ngo's en onderzoekscentra moeten ondersteunen in plaats van politieke leiders. Ook zijn 5 van de 6 respondenten van mening dat er teveel financiering gaat naar internationale organisaties i.p.v. bij de hulpbehoevende.

*“Ik werkte voor grote internationale organisaties. Gaf gastlessen aan de universiteit van Chicago, ik zag internationale organisaties overvliegen vanuit de VS met chloortabletten.. die internationale organisaties hebben enorme fondsen maar wat komt hiervan terecht bij die vrouwen op de vlucht.. niets we draaien in rondjes.” Respondent 1*

Hierbij zijn de respondenten het erover eens dat het cruciaal is om mannen structureel te betrekken bij de aanpak van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Gendergelijkheid kan slechts bekomen worden door inclusief te werken met mannen.

## 5. Discussie

Voor deze masterproef nam ik een interview af van slechts 6 respondenten met een diverse achtergrond. Idealiter hadden er meer respondenten deelgenomen en had ik experts kunnen bevragen met een achtergrond bij de overheid of in de religieuze gemeenschap. De huidige COVID-19 pandemie en de realiteit van onderzoek te doen als werkstudente in een conflictgebied zorgde soms voor een beperkte flexibiliteit. Ook zorgde het voor extra uitdagingen om respondenten te bereiken. Bovendien zorgde een tekort aan “gesitueerde kennis” voor een beperking. Desalniettemin waren alle respondenten experts die zowel actief waren op het terrein in DRC en vertrouwd waren met onderzoek. Hiernaast waren 4 van de 6 respondenten verbonden aan een universiteit en hadden ze zelf ervaring als onderzoeker. De conclusies zijn dus gedeeltelijk te generaliseren. In dit hoofdstuk zal ik de belangrijkste discussiepunten, resultaten en beperkingen bespreken. Ook zullen deze bevindingen gekoppeld worden aan de literatuur, mijn onderzoeksvraag en deelvragen. Bovendien zal ik al een eerste aanzet doen naar verdere beleid en onderzoek aanbevelingen.

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt dat seksuele rechten het recht van alle personen omvatten om vrij van dwang, discriminatie en geweld, de hoogst haalbare norm van seksuele gezondheid te verwerven en dus de grootste mogelijke toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Hiernaast het recht te hebben om informatie over seksualiteit te zoeken en te ontvangen, te genieten van seksuele voorlichting, opvoeding en vorming waarbij zijn of haar lichamelijke integriteit wordt gerespecteerd. (WHO, 2004) De resultaten tonen aan dat de toegang tot informatie over seksuele en reproductieve gezondheid in Oost-Congo zeer zwak is .

Zowel op het niveau van de familie, gemeenschap als beleid is er zeer weinig bereidheid om informatie te delen. Sporadische ontvangen mensen gefragmenteerde informatie van progressieve kerken, scholen en ngo's. Ook geven de respondenten aan er voornamelijk binnen de context van het huwelijk gesproken wordt over seksuele en reproductieve gezondheid. De respondenten en (Metusela et al., 2017) stellen dat culturele en religieuze taboes rond seksualiteit ervoor zorgen dat het thema binnen verschillende gemeenschappen moeilijk bespreekbaar is of zelfs verboden wordt. Ook tonen de resultaten aan dat vrouwen en adolescenten doorgaans minder toegang hebben tot informatie omwille van genderongelijkheid die in eerste instantie zorgt voor een verminderde controle over het seksuele en reproductief leven en hoog aantal van ongewenste zwangerschappen (WHO,2004).

De radio is een belangrijk communicatiemiddel om informatie over seksuele en reproductieve rechten te verspreiden. Echter geven de respondenten aan dat mensen in rurale gebieden hier geen toegang tot hebben. De meerderheid van de respondenten geven aan dat seksuele en reproductieve gezondheid zich anders manifesteren binnen een stedelijke en rurale context. Het is dan ook een beperking dat ik tijdens mijn onderzoek geen opsplitsing gemaakt heb tussen rurale en stedelijke gebieden. Hiernaast geven de respondenten aan dat het maatschappelijke middenveld een cruciale rol speelt in het opzetten van sensibiliseringsprogramma's en infocampagnes rond seksuele en reproductieve gezondheid. Helaas zijn religieuze of traditionele leiders die zich in de positie bevinden om een draagvlak te creëren rond seksuele en reproductieve gezondheid soms niet overtuigd van de noodzaak. Lugones (2010) en een aantal respondenten stellen dat de er tijdens de koloniale “christelijke beschavingsmissies” een eurocentrische hetero normatief perspectief op relaties en genderrollen werd geïntroduceerd wat vandaag resulteert in “giftelijke mannelijkheid”. Ook stelt Rasing (2001) dat seksualiteit in de pre-koloniale periode een belangrijke plaats in nam binnen de gemeenschap. Het maatschappelijk middenveld kan een noodzakelijke brugfunctie opnemen om seksualiteit bespreekbaar te maken op het micro, meso en macro niveau maar beschikken vaak niet over de nodige financiële en educatieve middelen.

Zowel Ho et al. (2015) en de respondenten geven aan dat er in Oost- DRC een zeer zwak gezondheidssysteem is dat structureel genegeerd wordt door de overheid. Het aanhoudende conflict in de regio van Oost-Congo verzwakt het bestaande fragiele gezondheidssysteem. Ziekenhuizen zijn geprivatiseerd en doorgaans onbetaalbaar voor de lokale bevolking. De respondenten geven aan dat er in stedelijke gebieden meer medische centra aanwezig zijn dan in rurale gebieden waar er dikwijls enkel medische mobiele ziekenhuizen zijn waar mensen sporadisch gebruik van kunnen maken. Naar schatting woont meer dan 74% van de bevolking op meer dan vijf kilometer van een gezondheidscentrum. Ook is er een tekort aan geschoold personeel en medische apparatuur (Ho et al., 2015). Bovendien geven sommige respondenten en Ho et al. (2015) dat er in sommige regio's voldoende medische faciliteiten aanwezig zijn maar dat de bedden blijven leeg staan omdat niemand het zich kan veroorloven om gebruik te maken van gezondheidszorg.

Ook geven de respondenten aan dat traditionele geneeskunde nog een heel belangrijke rol speelt. Garcia & Parker (2006) stellen dat heersende culturele en gendernormen die aanwezig zijn bij collectieve identiteiten een invloed hebben op het individuele handelen. Volgens Jolly (2010) staat seksualiteit in werkelijkheid vaak gelijk aan het overtreden van sociale regels binnen zeer beklemmende kaders. De respondenten zijn het er unaniem over eens dat seksualiteit taboe is en homoseksualiteit "niet bestaat". Hierdoor is anticonceptie, geboorteplanning en abortus niet bespreekbaar. De respondenten geven aan dat hoewel DRC het Maputo protocol ondertekende een vertaling naar de nationale praktijk nog steeds op zich laat wachten. Ook is de bevolking niet op de hoogte van hun rechten enkel het verbod op seksueel geweld is gekend doordat seksueel geweld ingezet wordt als oorlogswapen. Toch worden slachtoffers van seksueel geweld systematisch gestigmatiseerd en treden er volgens sommige respondenten een soort van gewenning op.

Bovendien tonen de resultaten en de literatuur aan dat mannen in Oost-Congo dreigen "intersectioneel onzichtbaar" te worden. Er is te weinig oog voor mannelijke slachtoffers van seksueel geweld en de rol die zij als partner kunnen opnemen om de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsrechten te bevorderen. Seksuele en reproductieve gezondheidsprogramma's richten zich vaak voornamelijk op vrouwen. Mijn onderzoek heeft slechts een beperkte bijdrage geleverd tot inzicht verwerven naar hoe mannelijkheid vormt krijgt binnen een context van geweld.

Lwambo (2011) stelt dat vrouwen huiselijk geweld nog te vaak tolereren. Volgens de meerderheid van de respondenten en UN Women (2020) is er tijdens de lockdown in gevolge van de pandemie COVID-19 een significante stijging van huiselijk geweld wat bevestigd wordt door de respondenten. Ook toont de literatuur en de resultaten aan dat vooral vrouwen socio-economisch getroffen worden omdat ze doorgaans afhankelijk zijn van de informele transnationale handel. De UNFPA (2019) stelt dat seksuele gezondheid een belangrijk onderdeel is van de algemene fysieke en mentale gezondheid en een individueel mensenrecht is dat centraal dient te staan binnen ontwikkelingsdoelen. De resultaten tonen aan dat er nood is aan een geïntegreerde holistische aanpak van seksueel geweld en maatschappelijke actoren de mogelijkheid moeten hebben om de toekomst van hun land zelf in handen te nemen.

Tot slot is seksuele en reproductieve gezondheid een erg breed onderwerp waaronder verschillende thematieken vallen. Hierdoor zijn de resultaten eerder algemeen waardoor de complexiteit van sommige sub-thema's als HIV, geboorteplanning, seksueel geweld, mannelijkheid etc. niet voldoende werden uitgewerkt in de diepte.

## 6. Conclusie

Wereldwijd zijn mensen niet vrij om hun seksuele en reproductieve gezondheidsrechten (SRGR) uit te oefenen en te beslissen over hun seksualiteit en eigen lichaam. In een conflictregio als Oost-Congo zijn vrouwen en adolescenten extra kwetsbaar om slachtoffer te worden van seksueel geweld, ongewenste zwangerschappen en seksuele en overdraagbare ziektes. De Democratische Republiek Congo (DRC) herbergt na Syrië de meeste binnenlandse ontheemden ter wereld en dreigt na Jemen de meest voedselonzekere regio van de wereld te worden. Het conflict in Oost-Congo is niettemin de meest vergeten langdurige crisis van de wereld en zijn er slechts in beperkte mate (recente) gegevens over deze regio beschikbaar. Mensen lijden onder meervoudige vormen van onderdrukking en ongelijkheden als gevolg van een vicieuze cirkel van gedwongen bewegingen en geweld. Seksueel en gender gerelateerd geweld (SGBV) als oorlogswapen treft een hele gemeenschap. Het conflict in Oost-Congo wordt door nationale en internationale organisaties dan ook vaak met reden afgeschilderd als een oorlog tegen vrouwen. Daarenboven lopen we het risico dat mannelijke, transgender en homoseksuele slachtoffers van seksueel geweld onzichtbaar worden door mannen en vrouwen in twee tegengestelde binaire groepen te verdelen. Lokale tradities leiden vaak tot uitsluiting en stigmatisering van vrouwelijke maar ook mannelijke slachtoffers van seksueel geweld. Bovendien wordt er te weinig aandacht besteed aan hoe mannen vorm moeten geven aan hun “mannelijkheid” binnen een precaire context van conflict. Congolese mannen worden voortdurend uitgedaagd om te balanceren tussen positieve mannelijkheid en “hegemonische giftige mannelijkheid”.

Vrouwen, mannen en adolescenten hebben zeer beperkte toegang tot informatie en educatie over seksuele en reproductieve gezondheidszorg. Er is zowel een tekort aan educatief materiaal, en opgeleide mensen om de sensibiliseringscampagnes uit te voeren als communicatiemiddelen om informatie over seksuele en reproductieve rechten te verspreiden over de regio. Bovendien is de informatie vaak niet representatief, sterk gefragmenteerd of simpelweg niet aanwezig. Vrouwen en adolescenten hebben doorgaans minder toegang tot informatie omwille van o.a. soms aanwezige taboes rond seksualiteit, verdeling van genderrollen of de culturele perceptie dat jongeren geen nood hebben aan seksuele educatie.

Het koloniale verleden heeft bovendien nog steeds zijn invloed op het postkoloniale heden. De oorsprong van de constructie van genderrollen kan gevonden worden in het koloniale tijdperk waar Congolese mannen en vrouwen onder het dogma van de beschavingsmissie gedwongen werden om zich te verhouden naar westerse eurocentrische heteronormen. Terwijl in pre-koloniale tijden seksualiteit een belangrijke plaats had binnen de gemeenschap. Nu zorgen de geïmporteerde genderrolpatronen voor taboes en stigma's die maken dat seksualiteit zelfs heel moeilijk bespreekbaar is. De Congolese bevolking kijkt dan ook argwanend naar de komst van internationale propaganda rond seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Het is erg van belang om de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheid te benaderen vanuit een cultuursensitieve houding. Hierin heeft het maatschappelijke middenveld een cruciale rol te spelen in het creëren van een draagvlak en het sensibiliseren van traditionele en religieuze gemeenschapsleiders. Lokale organisaties zijn vertrouwd met de soms culturele en religieuze gevoeligheden die het thema seksualiteit met zich meebrengt. Seksuele en reproductieve gezondheidscampagnes laten zich niet vertalen tot een louter knip en plakwerk van ‘westerse witte feministen’ maar vragen om het gebruik van gesitueerde kennis. De huidige COVID-19 pandemie kan aangegrepen worden om te investeren in een gendertransformatieve aanpak van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten en gender gelijkheid. Want seksuele en reproductieve gezondheidsrechten zijn inherent verbonden aan elk aspect van bevolking en ontwikkeling.

## 7. Aanbevelingen

Tot slot kunnen op basis van de resultaten van mijn masterproefonderzoek een aantal suggesties geformuleerd worden voor het beleid alsook voor verder onderzoek.

1. Het maatschappelijk middenveld is het meest geplaatst om de brugfunctie op te nemen tussen het micro, meso en macro niveau maar beschikken niet over de educatieve en financiële middelen. Bovendien staan religie en cultuur centraal in het leven van vele Congolezen. Om seksuele en reproductieve gezondheidsrechten te verankeren in de Congolese samenleving moet dit gedragen worden door de gemeenschap. Religieuze en traditionele leiders hebben dan ook een cruciale rol te vervullen in het realiseren van duurzame ontwikkelingsdoelen voor seksuele en reproductieve gezondheid. Zij bevinden zich in de sleutelposities om de gemeenschap te sensibiliseren en verandering te laten groeien vanuit de basis (bottom-up). Het maatschappelijk midden veld en gemeenschapsleiders die zich inzetten voor gendergelijkheid dienen daartoe dan ook structureel ondersteund worden. Zo doende krijgen ze de ruimte om een draagvlak te creëren voor de sensibilisering van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten. Nationale organisaties en ngo's moeten de mogelijkheid hebben om rechtstreeks financiële ondersteuning te ontvangen en te beheren onafhankelijk van de overheid en/of internationale organisaties.

2. Door het gebrek aan prioritering van de overheid is er een zeer beperkt gezondheidssysteem in DRC. Ziekenhuizen zijn geprivatiseerd waardoor ze onbetaalbaar zijn voor de meerderheid van de bevolking. Bovendien zijn de medische deskundige in sommige gevallen niet voldoende opgeleid of beschikken ze over verouderde medische apparatuur. Ook worden gezondheidswerkers vaak niet betaald. Hierdoor moet er worden samengewerkt met overheidsdiensten en ministeries die verantwoordelijk zijn voor gezondheidszorg en in de mogelijkheid zijn om seksuele en reproductieve gezondheidsrechten structureel te implementeren. België kan hierin een belangrijke partner zijn om expertise te delen in het ontwikkelen van een gezondheidsbeleid. Hiernaast kunnen uitwisselingen tussen universiteiten en ziekenhuizen, Congolese en Belgische dokters, verpleegkundige en andere gezondheidsmedewerkers zorgen voor een structurele kruisbestuiving van medische en psychologische kennis. Circulaire migraties moeten dan ook worden bevorderd en toegankelijker gemaakt zodat effectief kan worden ingezet op een "braingain" i.p.v. een "braindrain".

3. Bovendien wordt er ook te weinig aandacht besteed aan de situatie van intern ontheemden. Vrouwen en kinderen op de vlucht zijn extra kwetsbaar om slachtoffer te worden van seksueel geweld, ongewenste zwangerschappen en risicovolle bevallingen. Ook kunnen ze minder goed medisch opgevolgd worden doordat ze voortdurend in beweging zijn. Binnen het opzetten van SRGR programma's moet er dan ook extra aandacht besteed worden aan hun intersectionele positie.

4. Seksuele en reproductieve gezondheidsrechten zijn eigen aan tijd en context en kunnen niet louter vanuit een westerse eurocentrische visie gekopieerd worden naar een lokale Congolese realiteit. Heersende sociale normen en genderrollen hebben een impact op de manier waarop mannelijkheid en vrouwelijkheid geconstrueerd worden. Bij het ontwikkelen van internationale samenwerkingsprojecten rond seksuele en reproductieve gezondheidsrechten moet er rekening gehouden worden met de lokale realiteit en "gesitueerde kennis". De promotie van seksuele en reproductieve gezondheid kan niet los gekoppeld worden van gendergelijkheid. Gendergelijkheid impliceert dat mannen en vrouwen gelijke rechten hebben. Mannen moeten dan ook structureel betrokken worden als partners van het SRG programma. Er is nood aan verder onderzoek naar masculiniteit in DRC en hoe positieve mannelijkheid kan bijdrage aan de toegang tot seksuele en

reproductieve gezondheid. Wanneer we mannen niet betrekken dreigen we de bevordering van seksuele en reproductieve gezondheidsrechten niet volledig te kunnen realiseren.

Positieve mannelijkheid kan bijdrage tot een hogere preventie van HIV en aids, vermindering van gender-gerelateerd geweld, preventie van seksueel misbruik en kan zorgen voor een positieve betrokkenheid van mannen bij de gezondheid van moeder en kind, als vader of verzorger.

5. Ook moet er meer aandacht besteed worden aan de promotie van ondersteuning van mannelijke slachtoffers van seksueel geweld. Bovendien stopt dit seksueel geweld niet aan de grenzen van de provincies en is de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsrechten een noodzaak voor de ganse bevolking. Het is dan ook van belang dat de partnerschappen tussen België en DRC zich niet enkel focussen op seksueel geweld an sich maar investeren in de brede definiëring van seksuele en reproductieve gezondheid. Tijdens mijn onderzoek lag de focus op de regio Oost-Congo waar doorgaans meer internationale ngo's en internationale middelen aanwezig omwille van de noodzakelijk strijd tegen seksueel geweld als oorlogswapen. Hierdoor blijven minder gekende en onderzochte regio's als de Kasai onderbelicht. Het is dan ook van belang om partnerschappen aan te gaan met regio's waar er ook noden zijn en minder internationale partners aanwezig zijn.

6. Tot slot is er nood aan verder onderzoek naar de toegang tot seksuele en reproductieve gezondheidsrechten in Oost-Congo. Tijdens mijn onderzoek werd geen opsplitsing gemaakt tussen rurale en stedelijke gebieden. De meerderheid van de respondenten geven aan dat seksuele en reproductieve gezondheid zich anders manifesteren binnen een stedelijke en rurale context. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn dat in steden meer medische voorzieningen aanwezig zijn. In de rurale gebieden moeten personen zeer lange afstanden afleggen om zich te verplaatsen naar ziekenhuizen of medische centra. Hierdoor kiezen ouders vaak noodgedwongen voor een risicovolle thuisbevalling. Ook kunnen mensen doorgaans enkel geïnformeerd worden via de radio. Een zeer belangrijk communicatiemiddel dat minder aanwezig is op het platteland. Een vergelijkend onderzoek zou verschillen en gelijkenissen in kaart kunnen brengen waardoor er meer specifieke aanbevelingen gedaan kunnen worden naar de aanpak van educatie rond seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten. Hierbij is het van belang om samen te werken en/of onderzoek uit te besteden aan onderzoekscentra of universiteiten aanwezig in de Democratische Republiek Congo. Op deze manier kan er meer draagkracht en eigenaarschap worden gecreëerd bij de lokale bevolking. Ook geeft het de mogelijkheid om het onderzoek uit te breiden naar minder bereikbare rurale gebieden. Hiernaast kwamen de vragen tot stand vanuit een westerse visie op gezondheid en een westerse samenleving. Mensen in de DRC ervaren een andere realiteit, gebruiken een andere terminologie, wat soms voor verwarring of een vertekend beeld kan zorgen. Ook kan het zinvol zijn om de onderzoeksmethode uit te breiden naar een kwantitatief onderzoek. Statistieken over de gezondheidssystemen kunnen de problematiek nog beter in kaart brengen.





## Bibliografie

Adviesraad Gender en Ontwikkeling over gendergelijkheid door ontwikkelingssamenwerking (ARGO). (2020). Nota van de Adviesraad Gender en Ontwikkeling in functie van een gendergevoelige respons op de COVID-19 pandemie. Brussel.

Airhihenbuwa, C. O., & Webster, J. D. (2004). Culture and African contexts of HIV/AIDS prevention, care and support. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 1(1), 4–13. <https://doi.org/10.1080/17290376.2004.9724822>

Akpinar, A. (2003), 'The Honour/shame complex revisited: violence against women in the migration context', *Women's studies International Forum*, 26(5), pp. 425-442.

Amnesty international (2019) <https://www.amnesty-international.be/mensenrechten/themas/seksuele-en-reproductieve-rechten>. Geraadpleegd op 23 april 2021.

Be-cause Health. (z.d.) <https://www.be-causehealth.be/nl/bchgroups/seksuele-en-reproductieve-gezondheid-en-rechten-hiv> Geraadpleegd op 24 april 2021.

Birman, D. (2005). Ethical Issues in Research With Immigrants and Refugees. In: *Handbook of ethical research with ethnocultural populations and communities*. Eds: Trimble & Fischer. pp. 155-177. California: SAGE

Center for reproductive rights. (2018). <https://reproductiverights.org/>

Connell, R. (2014). Using southern theory: Decolonizing social thought in theory, research and application. *Planning Theory*, 13(2), 210-223.

Dhawan N., Castro Varela M. (2019) Cultureel kolonialisme en postkoloniale kritiek: perspectieven in genderstudies. In: Kortendiek B., Riegraf B., Sabisch K. (eds) *Handboek Interdisciplinair genderonderzoek*. *Gender and Society*, vol 65. Springer VS, Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0\\_85](https://doi.org/10.1007/978-3-658-12496-0_85)

Freedman, D. J. (2015). *Gender, Violence and Politics in the Democratic Republic of Congo*. Ashgate Publishing, Ltd.

Gandhi, L. (2009) *Postcolonial Theory. A critical introduction*. Oxford University Press

Garcia J. & Parker, R. (2006). From global discourse to local action: The makings of a sexual rights movement.

Glasier, A., Gülmezoglu, A.M., Schmid, G.P., Moreno, C.G., & Van Look, P.FA. (2006). Sexual and reproductive health 1: Sexual and reproductive health: a matter of life and death. *The Lancet*, 368, 1595-1607.

Gruskin et al. (2018). Desert, rainforest or jungle: navigating the global sexual rights landscape.

Hussein, G., & Elmusharaf, K. (2019). Mention of ethical review and informed consent in the reports of research undertaken during the armed conflict in Darfur (2004–2012): A systematic review. *BMC Medical Ethics*, 20(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s12910-019-0377-7>.

Internationale campagne voor vrouwenrecht op legale abortus. (2021) . Geraadpleegd op 10 mei 2021. <https://www.safeabortionwomensright.org/what-we-do/>

- Janssens, J. (2008). *Je eer of je leven? Een verkenning van eorzaken voor politieambtenaren en andere professionals*. Nederland: Stapel & De Koning.
- Juma, C. A., Mushabaa, N. K., Abdu Salam, F., Ahmadi, A., & Lucero-Priso, D. E. (2020). COVID-19: The Current Situation in the Democratic Republic of Congo. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(6), 2168–2170. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1169>
- Jolly, S. (2007) *Waarom de ontwikkelingsindustrie haar obsessie met slechte seks zou moeten overwinnen en over plezier zou moeten nadenken*. Working paper series, 283. Brighton: IDS.
- Kumar, S., & Parameswaran, R. (2018). Charting an itinerary for postcolonial communication and media studies. *Journal of communication*, 68(2), 347-358.
- Kvinnoforum (2005). *Honour related violence. European resource book and good practice. Based on the European project 'Prevention of violence against women and girls in patriarchal families'*. Stockholm: Kvinnoforum
- Kwete, D., Binanga, A., Mukaba, T., Nemuandjare, T., Mbadu, M. F., Kyungu, M.-T., Sutton, P., & Bertrand, J. T. (2018). Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Global Health: Science and Practice*, 6(1), 40–54. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00346>
- Leye, E., & Longman, C. (2011). *Schadelijke culturele praktijken vanuit genderinclusief mensenrechtenperspectief*. TIJDSCHRIFT VOOR GENDERSTUDIES.
- Lwambo, D. (2011). *Before the war I was a man. Masculinities in Eastern Congo*. HEAL Africa. Goma. DRC.
- Metusela, C., Ussher, J., Perz, J., Hawkey, A., Morrow, M., Narchal, R., Estoesta, J., & Monteiro, M. (2017). “In My Culture, We Don’t Know Anything About That”: Sexual and Reproductive Health of Migrant and Refugee Women. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(6), 836–845. <https://doi.org/10.1007/s12529-017-9662-3>
- Mudzimu, E. (2021). *Religious and cultural encounters: Sexual and reproductive health and rights among the Korekore women in Zimbabwe* [University of Groningen]. <https://doi.org/10.33612/diss.156014173>
- Mukengere Mukwege, D., & Nangini, C. (2009). Rape with Extreme Violence: The New Pathology in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *PLoS Medicine*, 6(12), e1000204. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000204>
- Noorse Vluchtelingenraad. (2003). *Pleit voor bescherming van ontheemden in de Democratische Republiek Congo*.
- Nguya, G. (2019). *Strategieën voor het levensonderhoud van intern ontheemden in stedelijke oostelijke DRC*. Erasmus Universiteit Rotterdam. Opgehaald van <http://hdl.handle.net/1765/117891>.
- Orendain, DJA, en Djalante, R. (2021). Genegeerd en onzichtbaar: intern ontheemden (IDP's) in het licht van de COVID-19-pandemie. *Duurzaamheidswetenschap*, 16 (1), 337-340. <https://doi.org/10.1007/s11625-020-00848-0>
- Orsini, G. (2021). *Postcoloniality, postcolonialism and doing research on migration and diversity*. PhD Meeting. Centre for the Social Study of Migration and Refugees (CESSMIR).

Owoaje , E., Uchendu, O., Ajayi, T., & Cadmus, E. (2016). Een overzicht van de gezondheidsproblemen van de intern ontheemden in Afrika. *Nigerian Postgraduate Medical Journal* , 23 (4), 161.  
<https://doi.org/10.4103/1117-1936.196242>

OCHA. (2021). Tien crises om in de gaten te houden in 2021. file: /// C:  
 /Users/Gebruiker/Zotero/storage/3LLZCRJE/ten-crises-to-watch-in-2021.html

Rasing, T. (2001) Initiatieriten en gender-verhoudingen in pre-koloniaal Centraal Afrika. Nr 151 (2001): Pre-koloniaal Afrika. Redactie Groniek.

Romero, M. (2018). *Introducing intersectionality*. Cambridge: Polity press.

Rosa vzw. (z.d.). Geraadpleegd op 23 mei 2021.  
<https://rosavzw.be/nl/themas/feminisme/feministische-stromingen/postkoloniaal-feminisme>.

Rutazibwa, O. U. (2014). Studying Agaciro: Moving Beyond Wilsonian Interventionist Knowledge Production on Rwanda. *Journal of Intervention and Statebuilding*, 8(4), 291–302.  
<https://doi.org/10.1080/17502977.2014.964454>

Rutgers Kenniscentrum seksualiteit. (2016). Seksuele en Reproductieve Gezondheid en Rechten in de Duurzame Ontwikkelingsdoelen (SDG's) Inbreng van Rutgers voor de Nederlandse Voluntary National Review 6. Utrecht.

Sharp, J. P. (2009). *Geographies of Postcolonialism. Space of power and representation* (New Delhi: Sage)

Slegh, H., Barker, G. and Levtov, R. (2014). *Gender Relations, Sexual and Gender-Based Violence and the Effects of Washington, DC, and Capetown, South Africa: Promundo-US and Sonke Gender Justice*.

Sterk Huis. (2020). Eergerelateerd geweld. Geraadpleegd op 23 mei 2020, <https://www.sterkhuis.nl/de-kleuren-van-eva-en-za-r/eergerelateerd-geweld/>

Sustainable Development Goals. (2021) Geraadpleegd van <https://www.sdgs.be/nl>

Tenai N. (2017). *Verarmend En Onmenselijk Geweld Tegen Vrouwen: Een Kans Voor Kerkdiensten in de Oostelijke Democratische Republiek Congo* .Faculteit Geesteswetenschappen, School of Basic Science

UNICEF (2021). *Perceptions around Sexual Exploitation and Abuse (SEA) and Barriers to Community-Based Reporting - Equateur Province, DRC*.Pdf, n.d.)

UNICEF (2014) *Ending Child Marriage: Progress and Prospects*.

UNICEF (2021). *COVID-19 sluitingen van scholen. Gevolgen voor de gezondheid, bescherming en onderwijs van kinderen en jongeren. Analysecel voor sociale wetenschappen (CASS)*

UNFPA (2019). *United Nations Population Fund Country programme document for Democratic Republic of the Congo*. New York. Geraadpleegd op 14 mei 2021.

UNFPA (2020). *Annual report 2020*. Geraadpleegd van <https://www.unfpa.org/annual-report-2020>

UNAIDS ( 2021) geraadpleegd van <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/democraticrepublicofthecongo>

UN Women (United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women). 2020a. Spotlight on Gender, COVID-19 and the SDGs: Will the pandemic derail hard-won progress on gender equality? New York: UN Women. Geraadpleegd van <https://www.unwomen.org/en?>

Verhoeven, N. (2018). Wat is onderzoek? Praktijkboek voor methoden en technieken. Boom.

Vrouwenraad. (2008 ).Seksuele en reproductieve rechten. Dossier over gendergebonden geweld in oorlog, tradities en culturen; over genitale praktijken, vrije artsenkeuzes. North-West University, Zuid-Afrika.

WHO (2004). "Sexual Health-A New Focus for WHO." Progress in Reproductive Health Research. no. 67. Geneva.

WHO (2015).Strengthening the medico-legal response to sexual violence. Geneva.

WHO (2010). Standards for Sexuality Education in Europe. A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Keulen.WHO Regional Office for Europe and BZgA.

WHO (2013). Family planning Fact sheet No. 351. Geneva.

WHO (2019). Maternal Mortality. Geneva. Geraadpleegd van <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

Yuval-Davis, N. (2006). Intersectionality and Feminist Politics. European Journal of Women's Studies, 13(3), 193–209. <https://doi.org/10.1177/1350506806065752>

# Bijlagen

## Bijlage 1

### Vragenlijst Interview

1. Tot welke informatie en educatie over SRGR hebben adolescenten, mannen en vrouwen toegang?
2. Wat is de rol van het maatschappelijk middenveld bij het verspreiden van HIV en SRGR programma's? Van welke kanalen wordt er gebruik gemaakt om informatie te verspreiden?
3. Welke barrières zijn er op het niveau van de gemeenschap (zoals traditionele en religieuze gebruiken) om toegang te krijgen tot SRGR ?
4. Is de toegang tot SRGR verschillend voor mannen en vrouwen? Welke gender gerelateerde barrières zijn er dan in de toegang tot SRGR? Kan je hier een aantal voorbeelden van geven?
5. Op welke manier zorgen de maatregelen in gevolge van COVID-19 voor een beperkte toegang tot SRGR een stijging van gender gerelateerd geweld? Welke maatregelen zorgen precies voor een verhoging van SGV?
6. Zijn er voldoende gezondheidsfaciliteiten en gezondheidswerkers?
7. Welke barrières zijn er om SRGR meer toegankelijker te maken? Wat kan het beleid doen om eventuele belemmeringen weg te werken?
8. Hoe kunnen bestaande projecten ter bevordering van SRGR aangepast worden?
9. Op welke manier kan de samenwerking met België een andere vorm krijgen?
10. Hoe kunnen we vanuit de Belgische samenwerking beter het hoofd bieden aan de gevolgen van de pandemie? Welke (gezondheid)noden zijn er momenteel op het terrein?