



**9^{ème} CONFÉRENCE AFRICAINE SUR LA POPULATION
AFRICAINNE
LILONGWE, MALAWI
20 - 24 MAI 2024**

« En Route Vers 2030 : S'appuyer Sur Le Capital Humain Pour Transformer l'Afrique Dans Un Monde d'Incertitude »

Thème de la communication :

**« GENRE ET PRATIQUE CONTRACEPTIVE CHEZ LES FEMMES VIVANT EN
UNION EN RÉPUBLIQUE DU CONGO »**

Rédigée par **Tavarès KOUDIMBA MBOUNGOU¹, Constance Mathurine
MAFOUKILA², Gaston NKOUIKA- DINGHANI-NKITA³**

¹ Statisticien-informaticien en information stratégique, traitement et en analyse des données ; chercheur junior à l'Union pour l'Étude et la Recherche sur la Population et le Développement.
alwayswise712@gmail.com/tavares_mbougou@outlook.com

² Psycho-pédagogue, anthropologue et Expert en genre ; chercheur sénior à l'Union pour l'Étude et la Recherche sur la Population et le Développement, mamietancia@gmail.com

³ Socio-économiste ; chercheur sénior à l'Union pour l'Étude et la Recherche sur la Population et le Développement, nkouika@yahoo.fr/gncouika@hotmail.com

Table des matières

Sigles et abréviations.....	3
Liste des tableaux	4
Liste des graphiques.....	4
Résumé	5
INTRODUCTION.....	6
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	6
II. CADRE THÉORIQUE ET JURIDIQUE.....	7
2.1. CADRE THÉORIQUE.....	7
2.1.1. Définition des notions de référence.....	7
2.1.2. Les théories développées autour de la procréation et de la planification familiale.....	9
2.1.2.1. Les logiques populationnistes	9
2.1.2.2. Les logiques anti populationniste.....	10
2.2. CADRE JURIDIQUE.....	11
III. MÉTHODOLOGIE.....	11
3.1. HYPOTHÈSES DE TRAVAIL.....	11
3.2. APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES	12
3.3. COLLECTE ET EXPLOITATION DES DONNÉES	14
3.3.1. Techniques et outils d'investigation.....	14
A-Cadre d'analyse.....	15
B-Méthodes d'analyse.....	16
IV. RÉSULTATS OBTENUS.....	17
4.1. ANALYSE DESCRIPTIVE.....	17
4.1.1. Bivariée.....	17
4.1.2. Multivariée	25
4.2. ANALYSE EXPLICATIVE (multivariée)	27
4.2.1. Identification des facteurs explicatifs.....	27
B-Hiérarchisation des facteurs explicatifs	32

CONCLUSION..... 33

BIBLIOGRAPHIE..... 34

Sigles et abréviations

ACP Analyse en Composantes Principales

AFCM Analyse Factorielle des Correspondances Multiples

DIU Dispositifs intra-utérins

EDS Enquête Démographique et de Santé

PF Planification familiale

UNFPA Fonds des Nations Unies pour la population

VIH/sida Virus Immunodéficience Humaine

Liste des tableaux

Tableau 1 : Risque relatif de la pratique contraceptive : « méthode traditionnelle » comparée à « aucune méthode ».....	30
Tableau 2 : Risque relatif de la pratique contraceptive : « méthode moderne » comparée à « aucune méthode ».....	30

Liste des graphiques

Graphique 1 : Prévalence de la pratique contraceptive (en %) par type de méthode	17
Graphique 2 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le niveau d'instruction du couple.....	18
Graphique 3 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le statut d'occupation	18
Graphique 4 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'écart d'âge entre conjoints.	19
Graphique 5: Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon la discussion au sein du couple sur la PF.....	19
Graphique 6 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon la région de résidence	20
Graphique 7 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'urbanité	20
Graphique 8 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'ethnie.....	21
Graphique 9 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'exposition aux médias..	22
Graphique 10 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le niveau de vie	22
Graphique 11 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'âge de la femme	23
Graphique 12 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le désir d'enfants supplémentaires	24
Graphique 13 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le niveau de connaissance de la PF	24
Graphique 14 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'opinion de la femme sur la PF.....	25
Graphique 15 : Projection des caractéristiques des enquêtées sur le premier plan factoriel	26
Graphique 16 : Contribution (%) relative à l'explication de la prévalence contraceptive	32

Résumé

La République du Congo fait partie des pays en développement ayant une faible prévalence de la pratique contraceptive, en dépit des avantages sanitaires et socio-économiques que celle-ci peut procurer. Cet article qui utilise l'approche genre met en lumière les facteurs influençant la pratique contraceptive chez les femmes qui sont dans des couples « visibles ». Il faut noter que la question de la procréation se pose avec acuité surtout pour celles engagées dans des « unions socialement bénies pour réussir la survie des clans par la procréation ». L'objectif général visé par la présente étude est de montrer comment la persistance des considérations culturelles générant des inégalités sexospécifiques et sociales influence la pratique contraceptive chez les femmes congolaises de nos jours.

L'Enquête Démographique et de Santé (EDS) de 2005 a montré qu'au Congo 14,6% des femmes utilisent une méthode contraceptive moderne, 36,4% une méthode contraceptive traditionnelle et 49,1% n'usent d'aucune méthode contraceptive. Celles du dernier cas vivent en couple, sans un bon niveau d'instruction, sans emploi salarié ; par ailleurs elles sont plus jeunes que leurs conjoints, ne discutent pas de la planification familiale (PF), sont souvent membres des églises de réveil, adhèrent à l'idée que « les enfants sont un don de Dieu », désirent avoir des enfants supplémentaires, ont une certaine connaissance de la PF mais la désapprouvent.

Parmi les facteurs limitant la pratique de PF et l'utilisation de la contraception moderne par les femmes qui ont retenu notre attention il y a : l'analphabétisme et/ou le faible niveau d'instruction des femmes, la différence des niveaux d'instruction dans le couple, l'écart d'âge entre les partenaires intimes, l'influence des coutumes et croyances religieuses qui renforcent le désir des femmes à avoir beaucoup d'enfants ainsi que la mauvaise opinion des femmes sur la PF.

Ces facteurs sont liés à la fois aux effets des orientations de l'éducative familiale traditionnelle, aux considérations socio-économiques déterminant les rôles et pouvoirs dans les rapports humains en générant des inégalités défavorables aux femmes, puis aux faiblesses des services sociaux de base existant dans le pays qui en limitent l'accès aux femmes.

Au regard des résultats, cette étude souligne l'importance cruciale des variables liées au genre dans le développement de politiques de planification familiale efficaces. Il est recommandé de mettre l'accent sur des aspects tels que la scolarisation des filles, les mariages précoces, la pauvreté des femmes, les discriminations et inégalités liés aux sexes dans l'accès aux services de PF, la promotion des « écoles des maris » appliquant des stratégies mettant les hommes aux côtés des femmes afin d'améliorer la discussion au sein des couples sur la planification familiale et accroître le taux d'utilisation des contraceptifs modernes. Ces recommandations visent à mieux orienter les décideurs politiques dans leurs efforts pour promouvoir la santé reproductive des femmes en République du Congo.

Mots clés : Genre - Pratique - Planification Familiale

INTRODUCTION

En Afrique, le pourcentage des femmes non utilisatrices d'une méthode contraceptive quelconque, âgée de 15 à 49 ans reste élevé. En effet, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale restent nombreux (Bagamboula Mayamona G., 2015)... Certaines femmes ne désirant plus avoir des enfants et/ou désirant espacer leurs naissances se trouvent confrontées à de multiples obstacles. D'après l'Enquête Démographique et Santé du Congo (EDSC) de 2005, « l'objectif de la contraception est de retarder ou d'éviter une grossesse. Son utilisation dépend, avant tout, de la connaissance par les femmes des méthodes contraceptives »... Il a été aussi démontré qu'en général les rapports sociaux de sexe définissent d'une part les modalités de la prise de décision entre un homme et une femme en matière de procréation, d'autre part les conditions sociales des processus qui entourent cette question. Ainsi, la négociation entre époux sur le nombre d'enfants souhaité dépend étroitement de la qualité de leurs rapports ; celle-ci sera décisive dans cette transition vers le changement des aspirations familiales (BANKOLE, 1995 ; ANDRO et HERTRICH, 1998 cités par LOCOH, 2003).

I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Cette étude s'intéresse aux relations pouvant exister entre les facteurs liés aux inégalités de genre et la pratique contraceptive chez les femmes vivant dans une relation de couple ; ceci surtout pour les unions socialement établies. Congo, 56,4%⁴ femmes en âge de procréer s'engagent dans ce type d'unions parce qu'elles répondent aux exigences sociales de « légitimation » et de « valorisation ». Il s'agit des unions faisant l'objet d'une reconnaissance officielle par les familles respectives et des célébrations coutumière et civile organisées publiquement. La réunion de ces conditions donne aux couples ainsi construits une valeur sociale incontestable mais aussi des devoirs à respecter vis-à-vis de leurs familles qui attendent des résultats tels que la production des biens, des services multiformes (en termes d'aides et d'assistance, et surtout la naissance d'un maximum d'enfants.

La complexité de cette étude sur les pratiques de planning familial et l'utilisation de la contraception moderne vient de ce qu'elle est menée dans une société marquée actuellement par des profondes mutations socioculturelles. En effet, les constats faits au quotidien montrent comment, sous les effets conjugués de la pression des coutumes et du modernisme prônant des nouvelles logiques de vie, les hommes et les femmes se trouvent dans des difficultés matérielles et psychologiques qui diminuent leurs capacités à gérer les problèmes liés à la sexualité et la procréation.

Face à tout ceci, la principale question que l'on se pose est celle de savoir comment améliorer les connaissances des hommes et des femmes sur la PF et la contraception moderne, tout en considérant à la fois les appréhensions dues aux influences psychologiques des coutumes et des religions ainsi que les conséquences des maternités mal gérées.

L'objectif principal ici est de montrer que des inégalités et des violences basées sur le genre subies au sein des couples impactent négativement les comportements sexuels des femmes, tant du point de vue des logiques de la féminité (en termes des critères de valorisation des corps) que de l'importance accordée aux symboles de performance et de rentabilité (en termes de procréation) ; ceci jusqu'à leur faire prendre des risques graves sur leurs vies.

De façon spécifiques, l'étude vise à :

- ✓ Apprécier les arguments des femmes qui justifient les variations de la pratique contraceptive, selon le type de méthode contraceptive ;

⁴ EDS

- ✓ Etablir les profils des femmes pratiquant la contraception moderne et traditionnelle ;
- ✓ Apprécier les facteurs établissant les liens entre l'influence des inégalités de genre et la pratique contraceptive.
- ✓ Identifier les pistes des stratégies applicables à la sensibilité des femmes de la société congolaise actuelle, selon les approches complémentaires à l'approche genre (anthropologique, psychologique et socioéconomique, par exemple)
- ✓ Proposer des recommandations adéquates formulées sur la base de l'analyse des données exploitées.

Les conclusions de cette étude devraient permettre de mieux orienter les décideurs politiques dans les actions visant à accroître le taux d'utilisation des contraceptifs modernes. Spécifiquement.

II. CADRE THÉORIQUE ET JURIDIQUE

Ce cadre comprend un certain nombre de notions de référence et de théories à maîtriser parmi lesquelles nous retenons :

2.1. CADRE THÉORIQUE

2.1.1. Définition des notions de référence

- **La planification familiale**

La planification familiale est l'ensemble des méthodes et services qui permettent aux couples et aux individus de choisir et d'avoir le nombre d'enfants qu'ils désirent, ainsi que le moment et l'espacement des naissances. La planification familiale comprend les méthodes de contraception modernes, telles que la pilule, les progestatifs injectables, les implants, les systèmes vaginaux dits de barrière, et les préservatifs féminin et masculin. Les services englobent les soins, l'information-conseil et l'éducation relatifs à la santé sexuelle et reproductive.⁵

Dans son message fait en tant que Directrice exécutive du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) à l'occasion de la célébration de la journée internationale de la population de 2018, le Dr Natalia Kanem disait : « La planification familiale n'est pas seulement une question relative aux droits de l'homme. Elle est aussi essentielle à l'autonomisation des femmes, à la réduction de la pauvreté et au développement durable... » Pourtant, dans les régions en développement, quelque 214 millions de femmes ne disposent toujours pas de méthodes sûres et efficaces de planification familiale, pour des raisons allant du manque d'informations ou de services au manque de soutien de la part de leurs partenaires ou de leurs communautés.

Ces carences menacent leur capacité à construire un avenir meilleur pour elles-mêmes, pour leurs familles et pour leurs communautés ». Elle appelait les gouvernements, les parlementaires, le secteur privé et la société civile à s'unir pour atteindre cet objectif.⁶

⁵ IPPF. Fact Sheet 2012. Planification familiale & droits humains
https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF_FactSheet-6_HumanRights-FR1.pdf

⁶ Dr Natalia Kanem. L'ONU appelle à investir dans la planification familiale pour la santé et le bien-être de millions de femmes.
<https://news.un.org/fr/story/2018/07/1018701>
 Lu le 08 / 02 / 24

- **Les droits humains, genre et équité**

Les droits humains constituent le socle de la liberté et de la dignité, qui doivent être garanties pour tout être humain. Les droits humains ne sont pas de simples idéaux. Ce sont bien des droits, que tout gouvernement doit respecter et protéger pour l'ensemble de ses citoyens. Ces derniers peuvent légalement tenir leurs gouvernements responsables de l'application de leurs droits dans leur forme la plus complète.

Les droits humains sont inscrits dans des conventions, accords, déclarations et traités internationaux, parmi lesquels :

- La Déclaration universelle des droits de l'Homme ;
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ;
- Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques ;
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) ;
- La Convention relative aux droits de l'enfant.

- **La pratique contraceptive en Afrique**

Il est intéressant de noter que l'Afrique est effectivement une région où la coexistence de la tradition et de la modernité se manifeste de manière significative, y compris dans le domaine de la contraception. Les pratiques contraceptives traditionnelles ont une longue histoire remontant à plusieurs siècles en Afrique, et sont ancrées dans les cultures et les coutumes locales.

Cependant, avec l'arrivée de la colonisation et l'influence croissante de la culture occidentale, de nouvelles idées et pratiques ont été introduites sur le continent. La période coloniale a vu l'implantation de la civilisation occidentale, souvent perçue comme moderne, apportant avec elle des méthodes contraceptives modernes.

Il est effectivement vrai que la pratique contraceptive traditionnelle existe depuis longtemps en Afrique, et elle a été utilisée pour réguler les naissances au sein de diverses sociétés du continent. Les méthodes traditionnelles de régulation de la fécondité en Afrique noire comprennent souvent des pratiques post-partum telles que l'abstinence sexuelle et l'allaitement au sein. Ce constat est aussi fait par WAKAM J (2004, p332), en des termes suivants : « il existe bien une régulation traditionnelle de la fécondité dans toutes les sociétés d'Afrique noire, notamment des pratiques post-partum d'abstinence sexuelle et d'allaitement au sein, qui ont pour effet d'augmenter considérablement la durée d'infécondabilité ; et de permettre des durées d'espacement des naissances particulièrement longues, dépassant couramment trois ans ».

L'une des raisons pour lesquelles les pauvres pourraient ne pas être capables de maîtriser la taille de leur famille est l'absence d'accès aux méthodes modernes de contraception (Banerjee et al., 2012). À côté de la pauvreté, plusieurs autres facteurs sont mis en exergue pour expliquer le non recours à la contraception et les besoins non satisfaits en santé de reproduction de la femme.

Dans les années 1960, plusieurs pays africains ont effectivement commencé à mettre en place des politiques de population et de santé qui mettaient l'accent sur l'utilisation de la contraception moderne. Ces initiatives étaient souvent influencées par des idées et des programmes provenant de pays occidentaux, notamment dans le cadre de l'aide au développement.

L'objectif principal de ces politiques était généralement de réguler la croissance démographique en encourageant l'utilisation de méthodes contraceptives modernes, telles que la pilule contraceptive, les dispositifs intra-utérins (DIU) et d'autres moyens de contrôle des naissances. Ces politiques ont été motivées par des préoccupations liées à la surpopulation, à la pauvreté, et à la nécessité de promouvoir le bien-être des populations. Ainsi, SALA-DIAKANDA D. M., (2000 : p35) écrit : « la position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité a beaucoup évolué (...), passant généralement d'une position de « laisser-faire » à une volonté déclarée d'infléchir la croissance démographique rapide par la mise en œuvre d'une approche globale et intégrée susceptible de relever les défis de la pauvreté, de la maîtrise de la fécondité et d'un développement social et humain durable ;(...) ».

- **La relation entre le genre et la pratique contraceptive**

« Le concept de genre exprime le fait qu'au-delà des différences biologiques qui caractérisent chaque sexe, les différences de statut entre hommes et femmes et les rapports qui en découlent ont un caractère socialement construit. Ce concept recouvre donc les différences entre les rôles qui sont assignés aux hommes et aux femmes, aux garçons et aux filles, en fonction de la culture et la société dans lesquelles ils évoluent » (RWENGE, 2004 : 147). Depuis longtemps, les chercheurs se sont intéressés à la question de la limitation des naissances en mettant l'accent uniquement sur les caractéristiques de la femme ou en considérant de façon disjointe les caractéristiques de la femme et ceux de l'homme. Ces considérations ont conduit aux échecs de nombreux politiques et programmes de population (GANSANON R. J., 2012). C'est ainsi, pour mieux comprendre l'utilisation de la pratique contraception quel qu'en soit le type, il est prépondérant de concilier, les caractéristiques de l'homme et de la femme qui peuvent influencer sur cette utilisation. D'où, il est indispensable de tenir compte de la notion du genre dans l'élaboration des politiques et programmes de population si l'on veut réguler les naissances. Les variables suivantes : instruction du couple, statut d'occupation du couple, écart d'âges entre conjoints, discussion au sein du couple sur la PF (Planification Familiale) et l'opinion du couple sur la PF, peuvent influencer fortement la pratique contraceptive dans le sens d'utilisation de cette dernière ou non. « Même lorsqu'il existe des services de planification familiale et des programmes de santé reproductive ou sexuelle, l'accès à ces services est parfois difficile pour les femmes, en raison d'obstacles d'ordre financier ou géographique, ou à cause de politiques régionales/nationales qui exigent le consentement du conjoint ou des parents »⁷.

2.1.2. Les théories développées autour de la procréation et de la planification familiale

Face aux multiples souffrances endurées par les filles et les femmes dans le cadre de leur sexualité et de la procréation, des efforts ont été fournis à travers le monde au fil des années pour trouver les moyens de les réduire au maximum.

2.1.2.1. Les logiques populationnistes

Elles sont contre la planification familiale.

- **Les Logiques empiriques anciennes**

⁷ Karen Newman et Charlotte Feldman-Jacobs. La planification familiale et les droits humains : quels sont les liens et pourquoi sont-ils importants ? Population Reference Bureau. Communiqué de politique de gestion, juillet 2025

https://www.prb.org/wp-content/uploads/2015/08/family-planning-rights-brief_fr.pdf

La première théorie qui explique le refus de la planification familiale est celle découlant des logiques empiriques anciennes qui se transmettent de génération à génération au sein des communautés. Elles sont exprimées à travers des idées telles que : (i) le corps de la femme est fait pour donner la vie » ; « en donnant la vie la femme garantit la survie de l'espèce et des clans », « le premier bénéfice du mariage est la production des enfants », « l'apparition des règles est le signe de la perte de la vie d'un enfant ».

En Afrique en général et au Congo en particulier, ces logiques sont à l'origine des critiques et maltraitements infligés aux filles et aux femmes confrontées aux diverses difficultés touchant le fonctionnement de leurs organes génitaux, naturellement (malformations congénitales, règles douloureuses, infertilité, infections, etc.), ou accidentellement (complications à l'accouchement, fistules obstétricales). C'est ainsi qu'on apprend aux femmes à les accepter, en les endurant vaillamment et en silence. Tout le monde connaît le message biblique « tu enfanteras dans la douleur » utilisé par de nombreux praticiens traditionalistes pour obliger les femmes sensibles lors des accouchements.

- **Les Logiques basées sur les croyances religieuses**

« La souffrance vécue par les femmes pour donner la vie est inscrite dans leur nature depuis le péché commis par Eve au jardin d'Eden ».

Il y a aussi l'effet des mythes négatifs et idées reçues sur la pratique contraceptive (comme croire que les contraceptifs « provoquent la stérilité à long terme et des maladies ») (Abdou Gueye et col. 2015)⁸.

2.1.2.2. Les logiques anti populationniste

Il s'agit des courants favorables à la planification familiale

- **Le Malthusianisme**

« Le malthusianisme est une politique prônant la restriction démographique inspirée par les travaux de l'économiste britannique Thomas Malthus (1766-1834). Dès l'origine, cette doctrine est hostile à l'accroissement de la population d'un territoire ou d'un Etat et a préconisé la restriction volontaire de la natalité ; cela parce que son auteur, Thomas Malthus, craignait les effets dévastateurs du développement libre, supposé exponentiel, de la population humaine »⁹.

- **Les théories reconnaissant l'importance de l'accès à la planification familiale**

- Celles qui défendent l'accès à la planification familiale comme étant un droit inaliénable pour tous
- Celles qui soutiennent que la PF améliore la qualité de la vie de la mère et de l'enfant et diminue leurs taux de mortalité

⁸ Abdou Gueye, col. Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine. Editions Guttmacher Institute. Volume 41, Issue 4, décembre 2015, pp. 191 - 199
<https://www.guttmacher.org/fr/journals/ipsrh/2015/12/croyance-aux-mythes-relatifs-la-planification-familiale-aux-niveaux2015>

⁹ Anonyme. Thomas Malthus et les dangers de la croissance démographique
<https://www.pourleco.com/la-galerie-des-economistes/malthus>
Lu le 11 02 24

2.2. CADRE JURIDIQUE

- **Au niveau international**

Dans beaucoup de pays il y a des politiques générales inspirées des traités et des pactes de droit international relatifs aux droits humains, qui clarifient les principes clés de ces droits et décrivent les mesures à prendre pour assurer que les programmes de planification familiale librement consentie donnent lieu à une utilisation de contraceptifs fondée sur un choix libre, éclairé et en toute connaissance de cause.

La charte des droits de l'homme (révisée en 1968) est le texte initial qui stipulait que : « les parents ont le droit de déterminer librement et de façon responsable de la naissance de leur enfant ». La notion de l'espacement des naissances a été complétée par une addition significative de la précision « disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ».

- **Au niveau national**, il existe des textes favorables à la promotion des pratiques de planification familiale et de l'utilisation de la contraception moderne :
 - La Constitution du 25 octobre 2015, en son article 36 ;
 - Politique Nationale de Santé 2018 – 2030 de la République du Congo.

Elle est structurée à partir des engagements internationaux du Congo en matière de santé, en adhérant aux lignes développées dans des textes tels que les objectifs de développements durables, la déclaration d'Alma Atta, la déclaration de Bamako, la déclaration des Chefs d'Etat de la région Africaine d'Abuja (2001), etc.

Elle prévoit des « Actions relatives à l'amélioration de la santé de la mère, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune...en vue d'accroître la disponibilité des services relatifs, leur qualité et leur utilisation à tous les niveaux du système de santé à travers ; y compris la mise en œuvre du plan de repositionnement de la planification familiale.

- Arrêté n° 815 du 14 février 2023 fixant les attributions et l'organisation des services et des bureaux de la direction générale de la population.

Ce texte prévoit en son chapitre 3 une direction de la santé de la reproduction comprenant un service de la santé de la mère et un service de la planification familiale (Art. 18) ; ce dernier a pour missions, entre autres de :

- sensibiliser les familles sur la protection de leur santé et sur la décision à prendre sur le nombre d'enfants voulus au moment voulu, en mettant à leur disposition, les informations et les services nécessaires aux fins d'un choix libre et responsable ;
- contribuer au développement des synergies entre les différents partenaires en matière de planification familiale ;

III. MÉTHODOLOGIE

3.1. HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

- **Hypothèse générale**

Notre hypothèse de travail est que le comportement des femmes en matière d'utilisation de la contraception moderne dépend d'un état d'esprit qui se construit souvent inconsciemment, sous les effets conjugués des orientations sexistes de l'éducation aggravées par l'ensemble des pressions psychologiques et socio-économiques subies au sein des couples et des communautés.

- **Hypothèses secondaires**

H1 : Les femmes vivant en union dont le niveau d'instruction du couple est secondaire et plus auraient plus de chance d'utiliser la contraception que celles dont le niveau d'instruction du couple est sans niveau peu importe le type de méthode.

H2 : Les femmes vivant en union dont le statut d'occupation est « occupé » auraient plus de chance d'utiliser la contraception que celles dont le statut d'occupation est « non occupé » quel que soit le type de méthode.

H3 : Peu importe le type de méthode contraceptive, les femmes issues des couples qui ont un écart d'âges de plus de 15 ans auraient moins de chance d'utiliser la contraception que celles issues des couples dont l'écart d'âges est de moins de 10 ans.

H4 : Quel que soit le type de méthode contraceptive, les femmes vivant en union dont le couple discute auraient plus de chance d'utiliser la contraception que celles dont le couple ne discute pas.

3.2. APPROCHES MÉTHODOLOGIQUES

Parmi les nombreuses approches applicables à une étude sur la thématique retenue ici, nous avons beaucoup travaillé avec celles facilitant la compréhension des comportements des hommes et des femmes face à la question de planification familiale en général et de l'utilisation de la contraception moderne. Il s'agit de celles qui permettent de tenir compte des spécificités culturelles et environnementales des milieux de vie ainsi que des mécanismes politiques et structurels existant pour accélérer l'évolution des mentalités dans ce domaine dans les couples.

- **L'approche socio-anthropologique**

L'approche socio-anthropologique facilite « la compréhension des contextes complexes et mouvants. Elle analyse par exemple les facteurs (considérations liées à l'ethnie et ou la religion, coutumes, qualité des milieux de vie, etc.) et logiques sociaux qui influencent l'utilisation des services de santé reproductive dans une région.

L'objet de l'approche socio-anthropologique est d'identifier les facteurs sociaux qui influencent le recours aux soins de santé reproductive et de rendre compte des pratiques et perceptions que les usagers entretiennent vis-à-vis de de ces services »¹⁰.

- **L'approche genre**

Cette approche repose sur l'analyse et la remise en cause des processus qui différencient et hiérarchisent les individus en fonction de leur sexe. Elle compare la situation des femmes et des hommes grâce à des outils d'analyse qui permettent de diagnostiquer les relations de genre dans une société donnée sous plusieurs aspects : sociaux, économiques, culturels, environnementaux, politiques.

Une fois les inégalités éventuelles identifiées, elles seront prises en compte dans des programmes ou des projets de développement. L'approche genre va ainsi contribuer à

¹⁰ Le Groupe URD. Une expertise socio-anthropologique au service de l'action

Publié le 16/12/2019

<https://www.urd.org/fr/actualite/une-expertise-socio-anthropologique-au-service-de-laction/>

promouvoir l'égalité des droits et le partage équitable des ressources et des responsabilités entre femmes et hommes grâce à la prise en compte de leurs rôles et de leurs besoins¹¹.

▪ **L'approche droits humains**

Le « concept de droit est indissociable de celui de devoir. En effet, l'approche basée sur les droits humains reconnaît les êtres humains comme étant des détenteurs de droits et définis des devoirs ou obligations pour les personnes qui ont en charge la gouvernance des affaires des différents pays et territoires...Par exemple : « Un enfant en âge d'être scolarisé a un droit à l'éducation, d'autres intervenant sont le devoir d'assurer que ce droit soit respecté »

Les principes qui sous-tendent les droits humains sont :

-L'universalité et l'inaliénabilité : les droits humains sont les mêmes pour tous et partout et nul ne peut en être dépossédé.

-L'indivisibilité : les droits humains constituent un « tout » qu'on ne peut pas fragmenter en sous-ensembles.

-L'interdépendance et l'interconnexion : la concrétisation d'un droit est le plus souvent tributaire de la réalisation d'autres droits : par exemple, le droit à la santé ne peut être réalisé sans que les droits à l'éducation, à l'emploi, au logement, etc. ne soient réalisés.

-L'égalité (et son corollaire la non-discrimination) : les droits sont à réaliser pour tous ceux qui en sont détenteurs.

-La participation et l'inclusion : la réalisation doit se faire AVEC les détenteurs de droits.

-La recevabilité et l'autorité de la loi : les détenteurs d'obligations doivent rendre compte de leurs actes aux détenteurs de droits et la Loi doit être au-dessus de tous, y compris des détenteurs d'obligations »¹².

• **L'approche centrée sur les besoins**

« L'approche centrée sur les besoins envisage le contexte social plutôt que politique, alors que l'approche centrée sur les droits envisagent les contextes sociaux, économiques, culturels, civils et politique, en se basant sur le principe de « l'indivisibilité des droits ». L'approche centrée sur les besoins considère que les besoins sont des revendications légitimes, et que la satisfaction des besoins s'accommode de la charité, tandis que celle basée sur les droits présupposent toujours qu'il incombe des obligations à l'État et que les droits exigent davantage que la charité.

L'approche centrée sur les besoins n'admet que les besoins qui doivent être satisfaits sans renforcement de l'autonomie, alors que celle basée sur les droits considère que l'autonomie est la condition sine qua non de la réalisation des droits. La première se préoccupe des manifestations et des causes immédiats des problèmes et développement des programmes sectoriels, la seconde s'attaque aux causes structurelles profondes et adopter une démarche intersectorielle, holistique.

- **L'approche institutionnelle** explique la pratique contraceptive par l'inefficacité des politiques de la PF, les lacunes de la loi sur la PF, la qualité de l'offre des services de la PF. A partir de l'analyse des cas rwandais, ghanéens et togolais, LOCOH (1991)

¹¹ AFPICL-BU HDL Genre et développement

Publié le 1er janvier 2010, par <https://www.ritimo.org/Genre-et-developpement>

¹² Pr Béchir ZOUARI, Dr Leila SAIJI JOUDANE. Droits Humains, Accès aux soins et équité : définitions et concepts. Comité National d'Ethique Médicale. Institut Pasteur de Tunisie. Communication faite 15ème conférence Annuelle - Tunis, le 10 décembre 2011

note que la qualité des services de planification familiale laisse fortement à désirer, puisque, même dans les villes où il existe un désir de planification des naissances, les femmes recourent peu à la contraception et se tournent vers la fourniture, à la sauvette de soi-disant produits contraceptifs achetés au marché ou, plus graves encore, vers l'avortement.

Au de-là de l'offre en matière de PF, il y a tout d'abord la demande que formulent les individus en matière d'utilisation de la contraception.

- **L'approche socioéconomique** quant à elle met l'accent sur les caractéristiques socioéconomiques comme : le niveau d'instruction, l'activité économique et le niveau de vie du ménage. Dans ce sens, BECKER G (1960) pense que le choix du couple d'adopter la contraception dépend du coût (coût d'opportunité, coût d'éducation des enfants, coût de logement etc.) qu'engendrerait un enfant supplémentaire ; coût qui augmente avec le niveau d'instruction et le revenu du couple. Dans cette optique, BECKER préconise une éducation des femmes et une incitation des femmes à occuper des emplois incompatibles avec la fonction reproductive.
- **L'approche sociodémographique** par l'âge, la parité attendue et souhaitée et agit le statut matrimonial, agit directement sur la pratique contraceptive ou indirectement sur celle-ci en passant par les variables intermédiaires tels que l'opinion sur la PF et la connaissance sur la PF. Ces variables jouent aussi un rôle capital car elles déterminent la capacité de l'individu d'avoir une certaine opinion et connaissance sur l'utilisation des contraceptifs.

3.3. COLLECTE ET EXPLOITATION DES DONNÉES

3.3.1. Techniques et outils d'investigation

3.3.1.1. Revue de la littérature

Cette étape a permis d'exploiter divers documents produits par des organismes et des acteurs appartenant à des secteurs différents : rapports d'études, rapports d'activités, articles thématiques, rapports hospitaliers, mémoires et thèses de fin de formations universitaires, textes juridiques.

Elle a donné un aperçu sur la pratique contraceptive et sur les dimensions genre qu'elle soutient, notamment les différents facteurs établissant des écarts entre les niveaux des connaissances et les capacités de prendre des décisions positives sur les questions sur la sexualité et la procréation des hommes et des femmes. Elle a aussi permis de noter et de comprendre les principes fondamentaux soulignés dans quelques textes de référence et par des approches explicatives des comportements différenciés des hommes et des femmes face aux questions autour de la sexualité et de la procréation:

3.3.1.2. Exploitation des données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) sur la population cible

La principale source de données utilisées dans cette étude est l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée au Congo en 2005. Bien que les données de cette enquête soient anciennes, elles nous permettent néanmoins d'avoir une certaine perspective de la situation actuelle. Au cours de cette enquête les données ont été obtenues à partir de trois types de questionnaires notamment le questionnaire ménage, le questionnaire individuel pour les

femmes de 15-49ans et le questionnaire individuel pour les hommes de 15-49 ans. Ils ont été élaborés en adaptant aux spécificités et aux besoins du Congo les questionnaires standard développés dans le cadre du programme international DHS.

Dans notre étude, c'est le questionnaire individuel femme qui nous intéresse, il compte neuf sections : les caractéristiques sociodémographique de la femme, la reproduction, la planification familiale, la santé des enfants (grossesse, soins postnatals et allaitement ; vaccination, santé et nutrition), le mariage et l'activité sexuelle, les préférences en matière de fécondité, les caractéristiques du conjoint et le travail de la femme, le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles, et la mortalité maternelle.

La population cible est constituée des femmes vivant en union, âgées de 15 à 49 ans et qui sont sexuellement actives dont la taille est de 3460. Cependant, les femmes enceintes, ménopausées, stériles ou infécondes ont été retirées de l'échantillon puisque qu'elles ne soient pas exposées au risque de grossesse.

A-Cadre d'analyse

Le genre étant un facteur différentiel de la pratique contraceptive, nous avons tenu compte des principales variables suivantes :

a) -Les variables dépendantes

Dans cette étude la variable dépendante est « *l'utilisation d'une méthode contraceptive* » au moment de l'enquête. En effet, dans le questionnaire de l'EDSC, elle est appréhendée à travers la question suivante : « *En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ? Si oui, quelle méthode utilisez-vous ?* »

Les réponses à cette question ont permis de classer les femmes en trois catégories : celles qui n'utilisent aucune méthode de contraception (code 0 soit 49,07%) ; celles qui utilisent, soit une méthode traditionnelle (code 1 soit 36,38%) et celles qui utilisent une méthode moderne de contraception (code 2 soit 14,55%).

o Les variables socioculturelles

- La région de résidence : Brazzaville (32,96%), Pointe-Noire (16,18%), Sud (Kouilou, Niari, Bouenza, Lékoumou, Pool) (32,28%) et Nord (Plateaux, Cuvette, Cuvette-Ouest, Sangha, Likouala) (18,58%).
- L'urbanité : est un indicateur composite construite à l'aide de la méthode factorielle (Analyse en Composante Principale ou ACP) sous stata, utilisé dans le but de mesurer l'urbanisation à partir des variables suivantes : milieu de résidence, milieu de socialisation et la durée dans la résidence actuelle. Dans cette étude, cette variable est appréhendée par trois modalités : rural (33,54%), petite ville (38,70%) et grande ville (27,75%).
- L'ethnie : Kongo (49,39%), Téké/Kôta (16,51%), Mbochi (13,04%), étrangers (8,08%) et autres groupes ethniques (12,97%).
- Religion : catholiques (30,127%), protestants (25,89%), autres religions (12,56%), sans religions (6,43%) et églises de réveil (25,00%).
- Exposition aux médias : est un indicateur composite à l'aide de la méthode factorielle (ACP) utilisé dans le but de mesurer l'exposition aux médias à partir des variables suivantes : fréquence d'écoute de la radio, de suivre la télévision et de lire le journal. Deux modalités sont distinguées : non (les femmes qui ne sont pas exposées aux

médias, soit un taux de représentativité de 51,07%) et oui (celles qui en sont exposées, soit 48,93%).

○ **La variable socioéconomique**

- Niveau de vie : pauvre (37,25%), moyen (19,82%) et riche (42,93%).

○ **Les variables sociodémographiques**

- Âge de la femme : 15-24 ans (24,29%), 25-34 ans (39,53%) et 35-49 ans (35,18%).
- Nombre d'enfants vivants désirés : 0-2 enfants (5,34%), 3-5 enfants (65,57%) et 6 et plus d'enfants (20,03%) et non numérique (ce que Dieu donne) (9,06%).
- Désir d'enfants supplémentaires de la femme : désire (76,21%) et ne désire pas (23,79%)

b) - les variables intermédiaires

- Niveau de connaissance de la PF : est un indicateur composite à l'aide de la méthode factorielle (ACP) utilisé dans le but de mesurer l'exposition aux médias à partir des variables suivantes : connaissance du cycle ovulatoire, connaissance d'une quelconque méthode contraceptive, connaissance de la PF à la radio, connaissance de la PF à la télévision et connaissance de la PF en lisant les journaux. Deux modalités sont distinguées : faible ou non (les femmes qui n'ont pas une connaissance de la PF, soit un taux de représentativité de 56,05%) et élevée ou oui (celles qui en ont, soit 43,95%).
- Opinion de la femme sur la PF : désapprouve (31,45%), approuve (68,55%).

c)-Les variables liées au genre

- Instruction du couple (pour les femmes qui vivent en union) : sans niveau (les deux conjoints sont sans éducation, soit 2,34%), primaire (les deux conjoints ont un niveau d'éducation primaire, 8,03%), secondaire et plus (les deux conjoints ont un niveau d'éducation primaire, 50,66%) et niveaux différents (la femme et son conjoint sont de niveau d'instruction différent, 38,97%).
- Statut d'occupation du couple : non occupé (les deux n'ont pas une occupation) (39,36%), occupé (les deux ont une occupation) (37,41%) et différent (l'un d'entre eux a une occupation) (23,23%).
- Ecart d'âge entre conjoints : moins de 10 ans (9,02%), 10-15 ans (27,58%) et plus de 15 ans (63,40%).
- Discussion au sein du couple sur la PF : ne discute pas (50,99%), discute (49,01%).

Cependant, l'absence d'autres variables constituent les limites de cette étude, comme celles pouvant permettre de construire un indicateur combiné « accessibilité » à partir des questions suivantes : quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les questions suivantes constituent-elles, pour vous, un gros problème ou pas ? :

- Savoir où aller.
- Obtenir la permission d'y aller.
- Ne pas avoir l'argent nécessaire pour le traitement.
- Ne pas avoir un établissement de santé à proximité.
- Devoir prendre un moyen de transport.
- Crainte de ne peut-être pas trouver de personnel de santé de sexe féminin.

B-Méthodes d'analyse

Dans le cadre de cette étude, deux types de méthodes d'analyse sont utilisés : l'analyse descriptive (bivariée et multivariée) et l'analyse explicative (multivariée).

En effet, on a fait recours à la statistique du Khi-deux pour l'analyse descriptive bivariée afin de vérifier si l'association des variables est significative ou pas. Le seuil de significativité fixé est de 5 %. Si cette probabilité (P) est inférieure au seuil (P-value < 5 %), on rejette H0 (hypothèse nulle) et on conclut qu'il y a un lien entre les deux variables choisies. Au niveau de l'analyse descriptive multivariée, l'AFCM (Analyse Factorielle des Correspondances Multiples) permet d'étudier les associations existantes entre la variable dépendante et les variables indépendantes, et aussi les variables indépendantes entre elles, cette méthode tient compte aussi de la notion de profil et d'inertie entre les modalités des variables étudiées. Enfin, au niveau de l'analyse explicative multivariée, c'est la régression logistique multinomiale qui sera utilisée dans l'optique de mesurer l'influence qu'exerce le genre sur la pratique contraceptive et de mettre en évidence les variables qui influencent le choix du type de méthode contraceptive compte tenu du genre.

IV. RÉSULTATS OBTENUS

4.1. ANALYSE DESCRIPTIVE

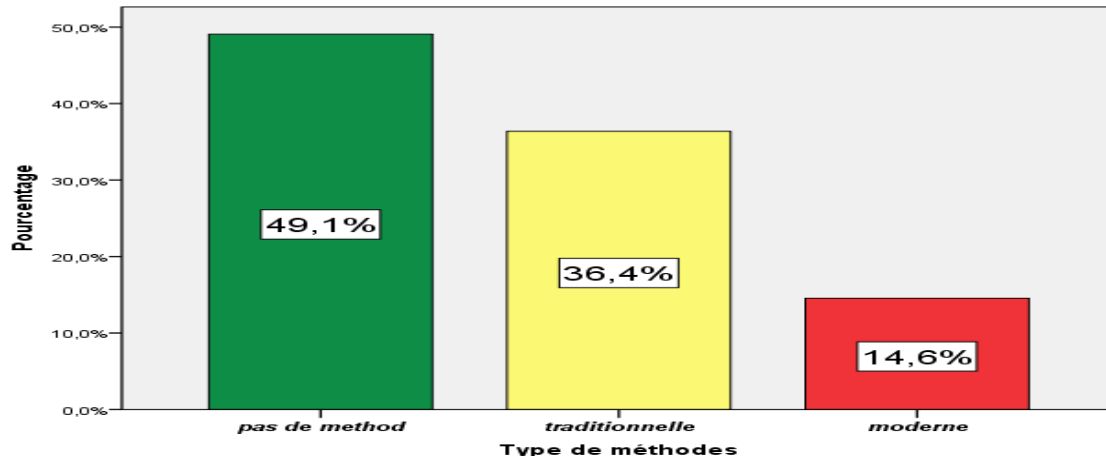
4.1.1. Bivariée

4.4.1.1. Variable dépendante

– « Prévalence de la pratique contraceptive (%) par type de méthode »

La proportion des femmes utilisatrices de la méthode contraceptive moderne (14,6%) est faible par rapport à celles qui utilisent une méthode traditionnelle (36,4%). 49,1% des femmes n'utilisent aucune méthode contraceptive.

Graphique 1 : Prévalence de la pratique contraceptive (en %) par type de méthode



Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

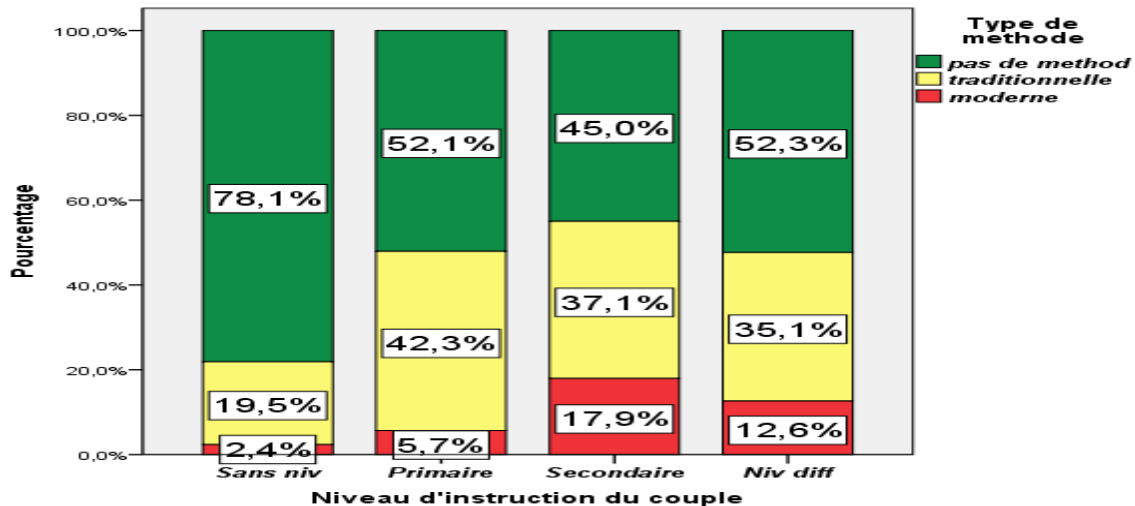
4.4.1.2. Les variables liées au genre

– Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'instruction du couple

Le niveau d'instruction du couple a une influence plus significative sur la prévalence contraceptive. Les couples qui ont le même niveau secondaire (17,9%) et qui ont des niveaux d'instruction différents (12,6%) utilisent plus la contraception moderne que les couples ont le même niveau primaire (5,7%) et sans niveau d'instruction (2,4%). La contraception traditionnelle est plus utilisée chez les couples le même niveau primaire (42,3%) et secondaire (37,1%) que ceux qui ont des niveaux d'instruction différents (35,1%) et sans niveau d'instruction (19,5%). Cependant, la non utilisation d'une quelconque méthode contraceptive

est plus observée chez les couples qui sont sans niveau d'instruction (78,1%) par rapport à ceux qui ont des niveaux différents (52,3%), le même niveau primaire (52,1%) et secondaire (45,0%).

Graphique 2 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le niveau d'instruction du couple

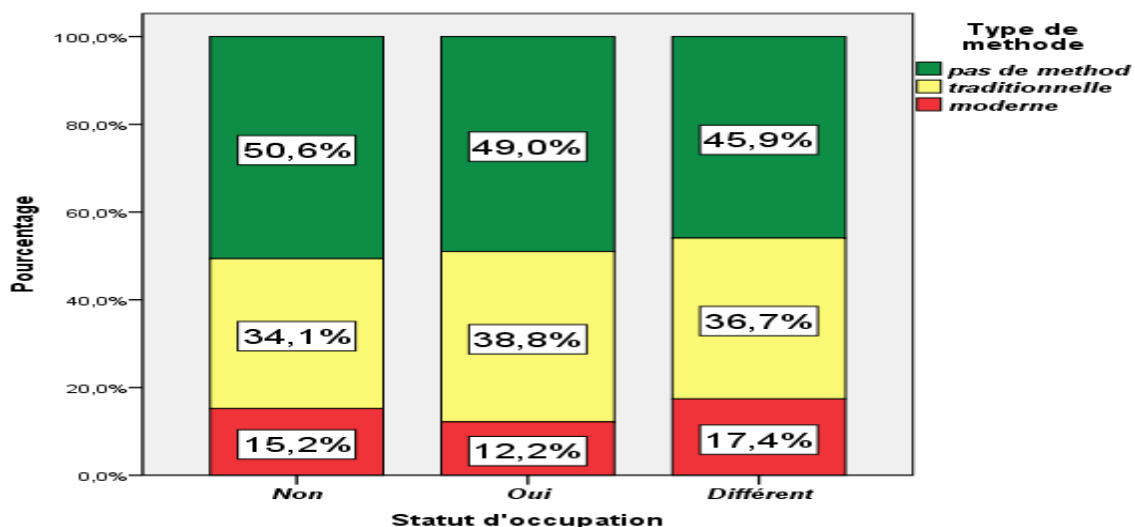


Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

– **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon le statut d'occupation du couple**

La relation entre le statut d'occupation du couple et la prévalence contraceptive est significative. Les couples dont l'un des partenaires travaille (17,4%) utilisent plus la contraception que les couples dont les deux partenaires n'ont pas un emploi rémunérateur (15,2%) et dont les deux partenaires ont ces emplois (12,2%). La méthode contraceptive traditionnelle est plus utilisée chez les couples dont les deux partenaires ont une un emploi rémunérateur (38,8%) par rapport à ceux dont l'un des partenaires a un emploi (36,7%) et à ceux dont les deux partenaires n'ont pas d'emploi (34,1%). Cependant, la non utilisation de contraceptifs est plus observée chez les couples qui n'ont pas un emploi rémunérateur (50,6%) et ceux qui en ont (49,0%) par rapport à ceux dont l'un des partenaires à un emploi-(45,9%).

Graphique 3 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le statut d'occupation

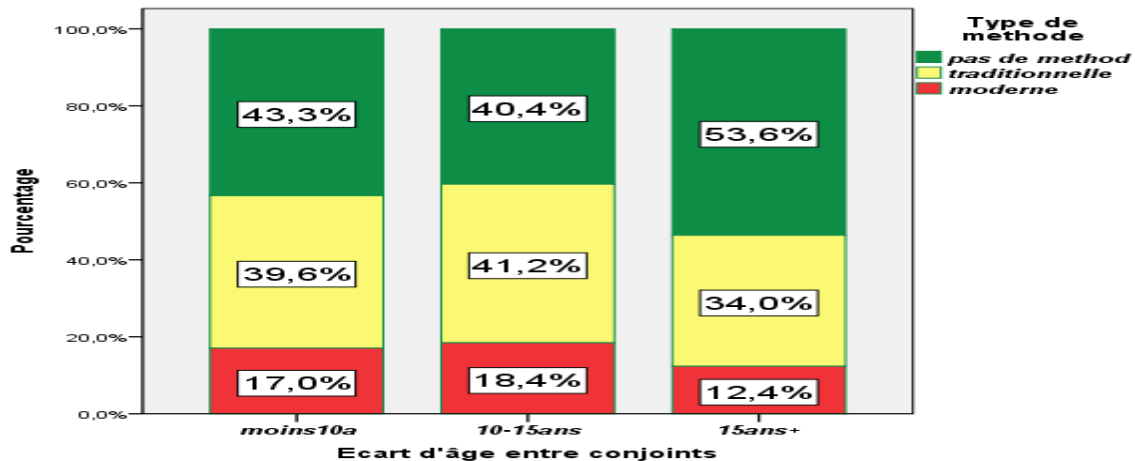


Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

– **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'écart d'âge entre conjoints**

L'association de l'écart d'âge entre conjoints et la prévalence contraceptive est significative. Les couples dont l'écart d'âge est compris entre 10-15 ans (18,4%) et moins de 10 ans (17,0%) ont une prévalence élevée à la contraception moderne que ceux dont cet âge est supérieur à 15 ans (12,4%). La tendance est la même au niveau de la contraception traditionnelle où 41,2% des couples ayant un écart d'âge compris entre 10-15 ans, 39,6% des moins de 10 ans et 34,0% des plus de 15 ans sont concernées. Cependant, les couples qui ont un écart d'âge de plus de 15 ans ont un pourcentage important (53,6%) de ne pas utiliser une quelconque contraception que ceux qui ont un écart d'âge de moins de 10 ans (43,3%) et compris entre 10-15 ans (40,4%).

Graphique 4 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'écart d'âge entre conjoints

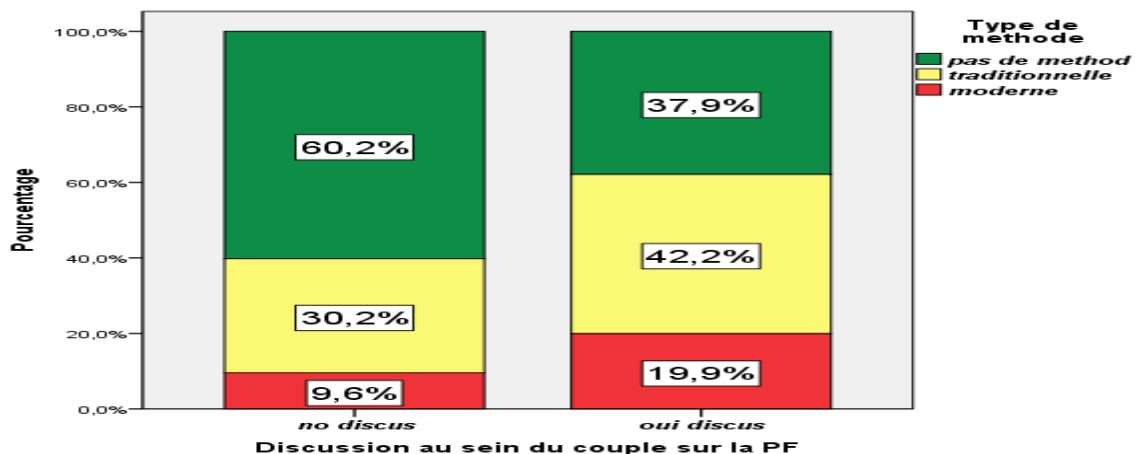


Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

– **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon la discussion au sein du couple sur la PF**

La discussion au sein du couple sur la PF est significativement associée à la prévalence contraceptive. En effet, les couples qui discutent sur la PF utilisent plus la contraception moderne (19,9%) et traditionnelle (42,2%) que ceux qui ne discutent pas sur la PF respectivement 9,6% et 30,2%. Cependant, les couples qui ne discutent pas la PF, n'utilisent plus aucune contraception (60,2%) par rapport à ceux qui discutent (37,9%).

Graphique 5: Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon la discussion au sein du couple sur la PF



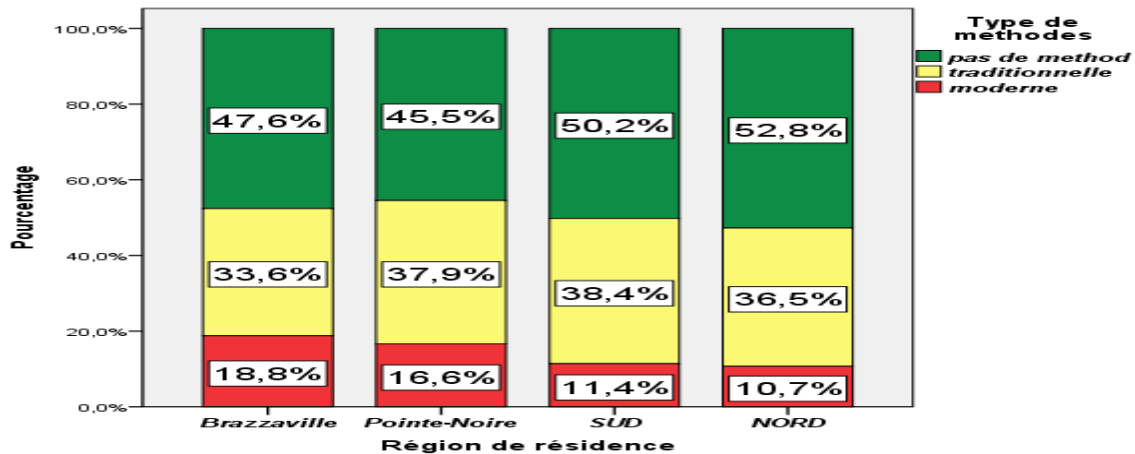
Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

4.4.1.3. Les variables socioculturelles

– Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon la région de résidence

La région est significativement associée à la prévalence contraceptive. Cette prévalence de type moderne est plus élevée à Brazzaville (18,8%) qu'à Pointe-Noire (16,6%), au Sud (11,4%) et au Nord (10,7%). Elle est de type traditionnel le plus élevé dans la région du Sud (38,4%) et de Pointe-Noire (37,9%) qu'au Nord (36,5%) et à Brazzaville (33,6%). Les femmes non utilisatrices de la contraception sont plus élevées au Nord (52,8%) et au Sud (50,2%) par rapport à Brazzaville (47,6%) et à Pointe-Noire (45,5%).

Graphique 6 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon la région de résidence

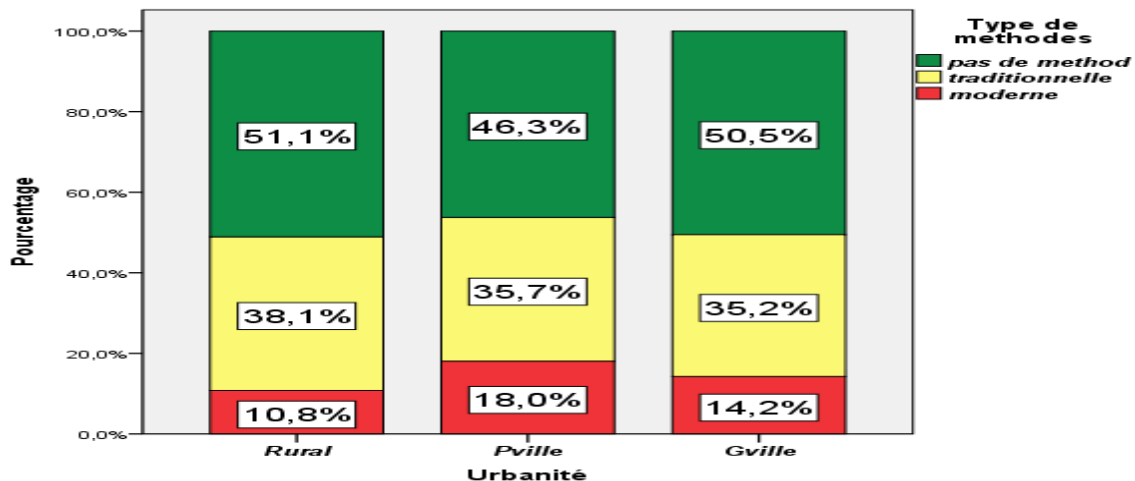


Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

– Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'urbanité

L'association de l'urbanité et la prévalence contraceptive est significative. La proportion des femmes utilisatrices de la contraception moderne est plus élevée chez les femmes résidant dans les petites villes (18,0%) que dans les grandes villes (14,2%) et dans le milieu rural (10,8%). Celle des femmes utilisatrices de la contraception traditionnelle est élevée dans le milieu rural (38,1%) que dans les petites villes (35,7%) et dans les grandes villes (35,2%). Cependant, c'est dans le milieu rural (51,1%) que la proportion des femmes non utilisatrices de la méthode contraceptive est plus élevée que dans les grandes villes (50,5%) et dans les petites villes (46,3%).

Graphique 7 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'urbanité



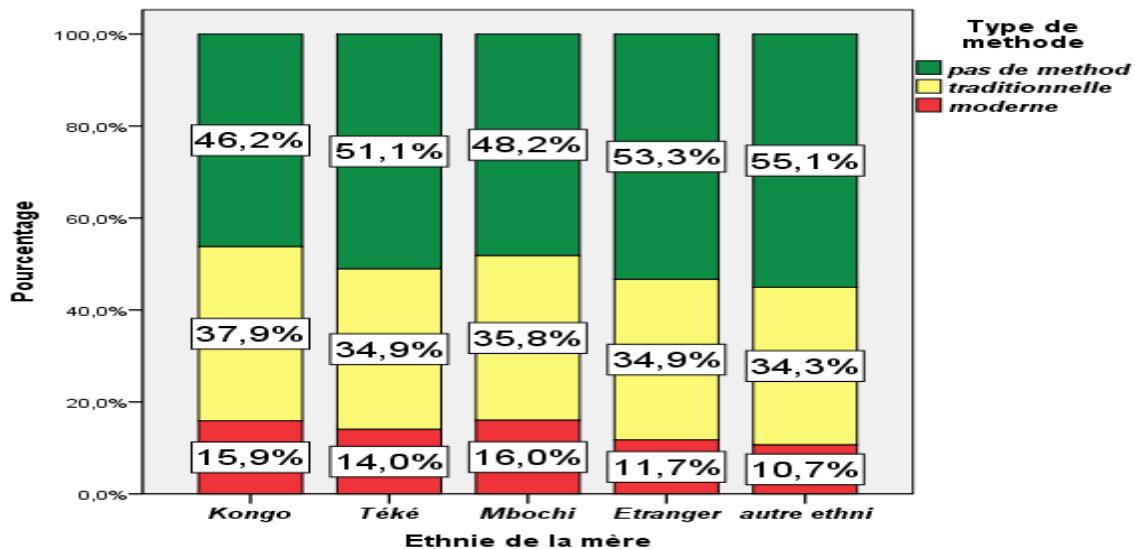
Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

– **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'ethnie**

L'ethnie impacte significativement la prévalence contraceptive. Les femmes d'ethnie Mbochi (16,0%) et kongo (15,9%) utilisent plus la contraception moderne que les femmes d'ethnie Téké (14,0%), les étrangers (11,7%) et des autres ethnies (10,7%). Les utilisatrices de la contraception traditionnelle appartiennent plus aux ethnies Kongo (37,9%), Mbochi (35,8%) que des l'ethnie Téké (34,9%), étranger (34,9%) qu'aux autres ethnies (34,3%).

Cependant, la proportion des femmes non utilisatrices de la contraception est élevé chez les femmes issues des autres ethnies (55,1%) et les femmes étrangères (53,3%) que chez les Téké (51,1%), Mbochi (48,2%) et Kongo (46,2%).

Graphique 8 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'ethnie



Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

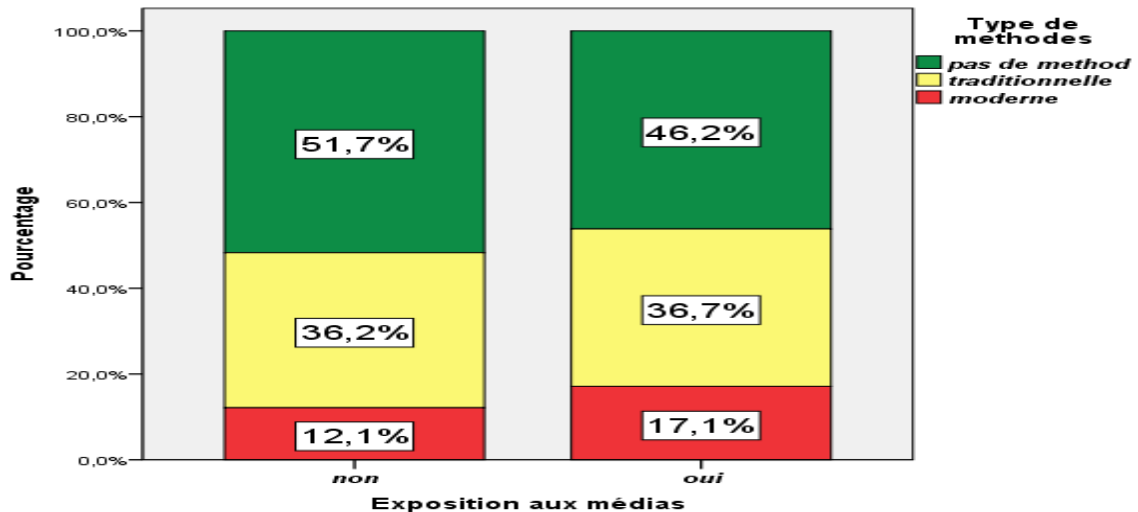
– **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon la religion**

La religion n'est pas significativement associée à la prévalence contraceptive, quel que soit la religion les comportements en matière de planification familiale chez les femmes vivant en union restent les mêmes.

– **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'exposition aux médias**

L'association entre l'exposition aux médias et la prévalence contraceptive est significative. En effet, les femmes qui utilisent plus les contraceptifs modernes sont celles qui sont exposées aux médias (17,1%) par rapport à celles qui n'y sont pas exposées (12,1%), et les femmes qui utilisent plus ou moins les contraceptifs traditionnels sont aussi celles qui sont exposées aux médias (36,7%) que celles qui n'y sont pas exposées (36,2%). Les femmes qui ne sont pas exposées aux médias ont une prévalence plus élevée de non-utilisation de méthodes contraceptives (51,7%) par rapport à celles qui y sont exposées (46,2%).

Graphique 9 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'exposition aux médias



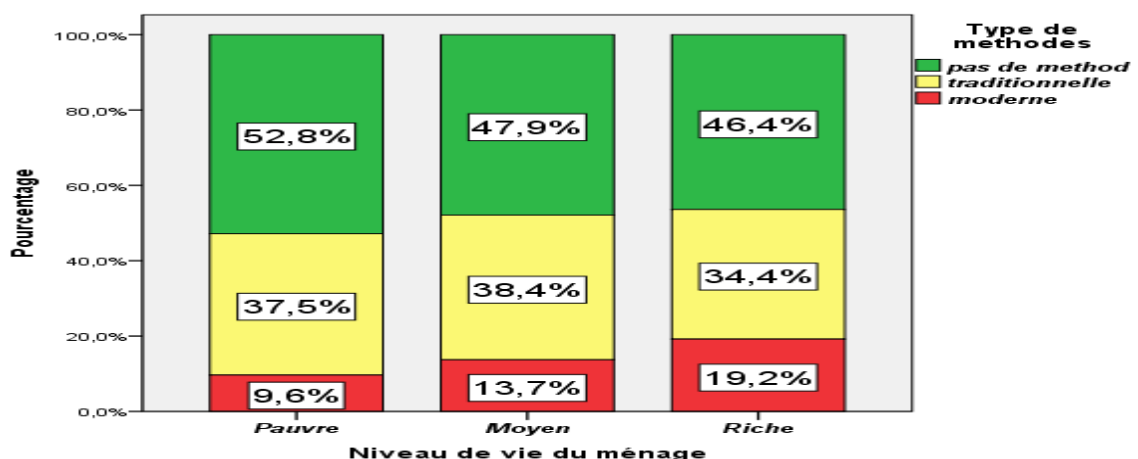
Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

4.4.1.4. La variable socioéconomique

– Niveau de vie du ménage

Le niveau de vie du ménage est significativement associé à la prévalence contraceptive. Les femmes issues des ménages riches (19,2%) ont une prévalence élevée à utiliser la méthode contraceptive moderne que celles issues des ménages moyens (13,7%) et pauvres (9,6%). Les femmes issues des ménages moyens (38,4%) ont une prévalence élevée à utiliser la méthode contraceptive traditionnelle que celles issues des ménages pauvres (37,5%) et riches (34,4%). La non utilisation d'une quelconque méthode contraceptive est élevée chez les femmes issues des ménages pauvres (52,8%) que celles issues des ménages moyens (47,9%) et riches (46,4%).

Graphique 10 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le niveau de vie



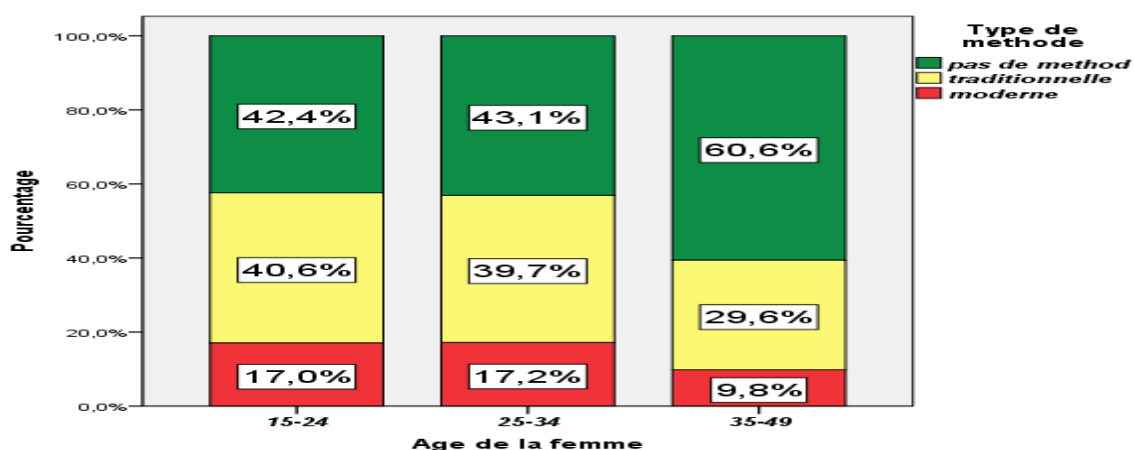
Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

4.4.1.5. Les variables sociodémographiques

– Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'âge de la femme

L'âge et la prévalence contraceptive sont significativement associés. Les femmes ayant l'âge de 25-34 ans (17,2%) et de 15-24 ans (17,0%) utilisent plus la contraception moderne que celles qui ont l'âge de 35-49 ans (9,8%). La contraception traditionnelle est plus utilisée par les femmes de 15-24 ans (40,6%) et 25-34 ans (39,7%) par rapport à celles de 35-49 ans (29,6%). Cependant, la non utilisation d'une quelconque méthode contraceptive est plus élevée chez les femmes âgées de 35-49 ans (60,6%) que chez celles de 25-34 ans (43,1%) et 15-24 ans (42,4%).

Graphique 11 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'âge de la femme



Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

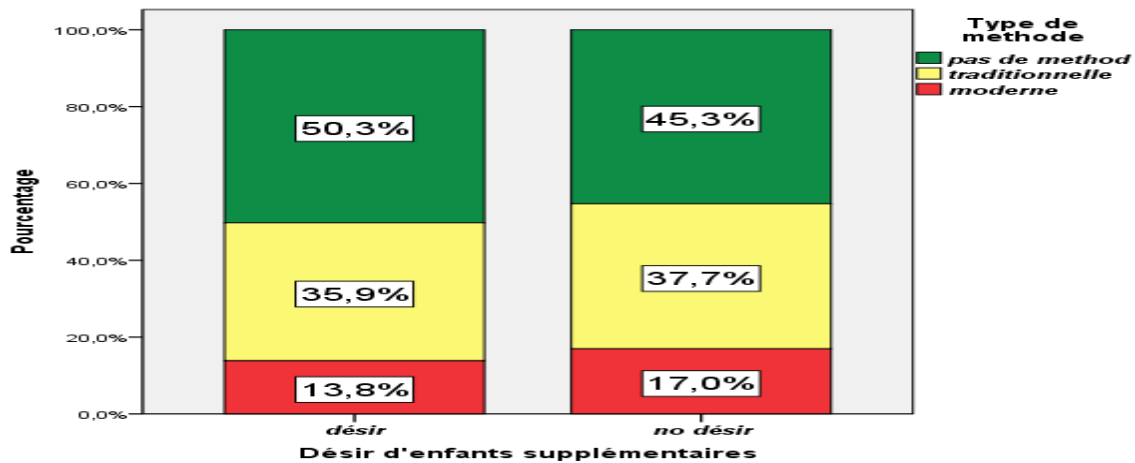
– Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon le nombre d'enfants vivants désirés

Le nombre d'enfants vivants désirés n'est pas significativement lié à la prévalence contraceptive. Peu importe le nombre d'enfants désirés les comportements en matière de planification familiale chez les femmes vivant en union restent les mêmes.

– Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon le désir d'enfants supplémentaires

L'association entre le désir d'enfants supplémentaires et la prévalence contraceptive est significative. Quelle que soit la méthode contraceptive, les femmes qui ne désirent plus avoir un supplément d'enfants utilisent plus la contraception moderne (17,0%) et traditionnelle (37,7%) que les femmes qui en désirent respectivement, à hauteur de 13,8% (méthode moderne) et 35,9% (méthode traditionnelle). Cependant, les femmes qui n'utilisent pas la contraception sont plus nombreuses chez les femmes qui désirent avoir un enfant supplémentaire par rapport à celles qui n'en désirent plus.

Graphique 12 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le désir d'enfants supplémentaires



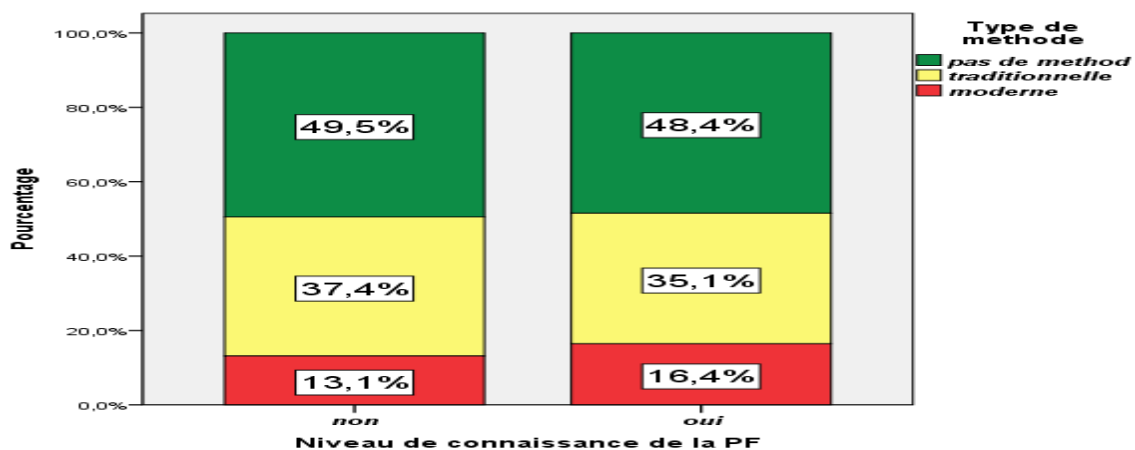
Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

4.4.1.6. Les variables intermédiaires

- **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon le niveau de connaissance de la PF**

Le niveau de connaissance de la PF est significativement associé à la prévalence contraceptive. Les femmes qui n'ont pas de connaissance sur la PF utilisent la méthode traditionnelle (37,4%) que celles qui en connaissent (35,1%), alors que les femmes qui en connaissent utilisent la méthode moderne (16,4%) que celles qui n'en connaissent pas (13,1%). Cependant, les femmes non utilisatrices d'une quelconque contraception, n'ont aucune connaissance de la PF.

Graphique 13 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon le niveau de connaissance de la PF

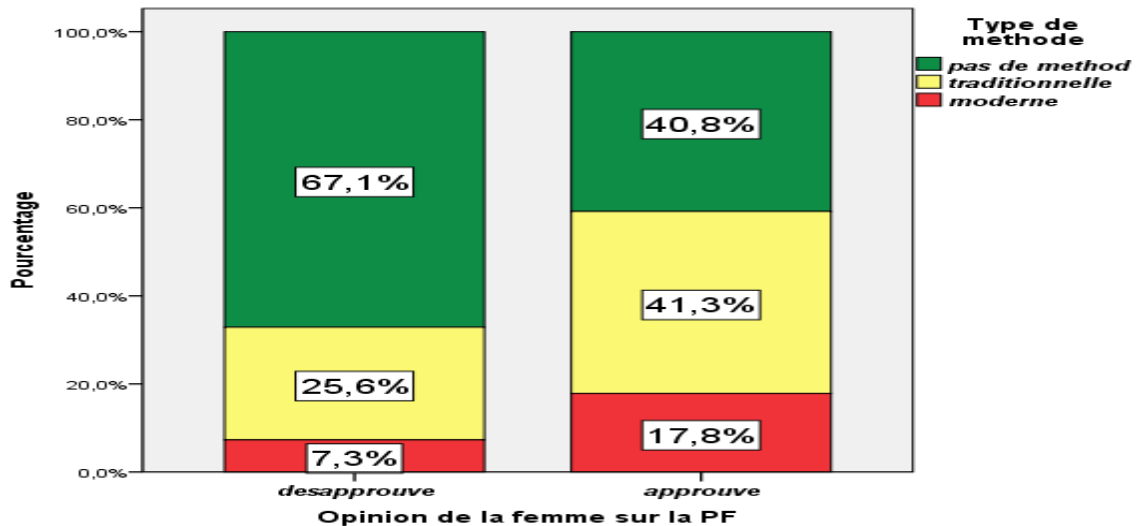


Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

- **Prévalence contraceptive (%) par type de méthode selon l'opinion de la femme sur la PF**

La relation entre l'opinion de la femme sur la PF et la prévalence contraceptive est significative. Quelle que soit la méthode contraceptive, les femmes qui approuvent la PF, en utilisent plus (soient 17,8% méthode moderne et 41,3% méthode traditionnelle) que celles qui n'en approuvent pas (soient 7,3% méthode moderne et 25,6% méthode traditionnelle). Cependant, celles qui désapprouvent la PF sont plus nombreuses à ne pas utiliser une quelconque contraception (61,7%) et par rapport à celles qui approuvent (40,8%).

Graphique 14 : Prévalence contraceptive (en %) par type de méthode selon l'opinion de la femme sur la PF



Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

4.1.2. Multivariée

4.1.2.1. Profil des femmes utilisatrices de la contraception moderne et traditionnelle

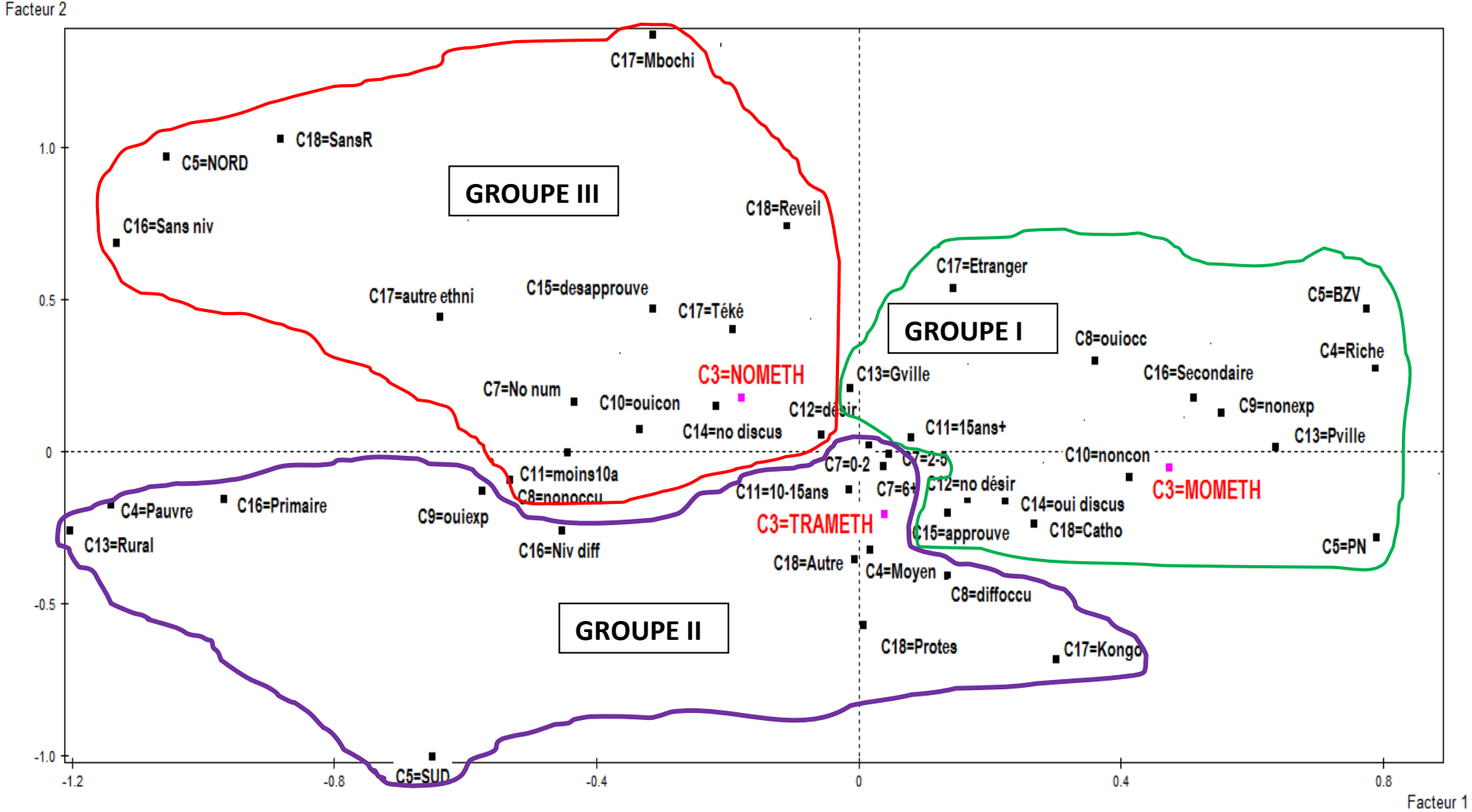
Le plan factoriel ci-dessous met en exergue trois (03) groupes des femmes :

Premier groupe : il est constitué des femmes utilisatrices de la contraception moderne dont les partenaires ont un même niveau d'instruction secondaire et plus, ont chacun un emploi rémunérateur ; l'écart d'âge entre conjoints est de plus de 15 ans et le couple discute aisément de la PF. Ces femmes vivent dans les grandes et petites villes (Brazzaville et Pointe-Noire), sont de l'église catholique et ne sont pas exposées aux médias, ont un niveau de vie du ménage riche. Elles ne désirent pas avoir d'enfants supplémentaires, ont un faible niveau de connaissance de la PF, mais lorsqu'elles en discutent avec leurs conjoints elles approuvent son utilisation.

Deuxième groupe : il est constitué des femmes utilisatrices de la contraception traditionnelle. Dans leur couple il y a des partenaires avec un même niveau d'instruction primaire et d'autres avec des niveaux différents ; parfois l'un des conjoints a un emploi rémunérateur, l'écart d'âge est compris entre 10 et 15 ans. Plusieurs d'entre elles vivent en milieu rural dans les régions du Sud, sont des ethnies Kongo, sont massivement dans l'église protestante et aux autres églises, elles sont exposées aux médias. Elles vivent dans les ménages ayant des niveaux de vie pauvre et moyen. Elles désirent avoir entre 0 -2, 3-5, 6 et plus d'enfants.

Troisième groupe : il est constitué des femmes non utilisatrices de la contraception. Dans leurs couples les conjoints n'ont ni instruction, ni emploi rémunérateur ; l'écart d'âge entre conjoints est de moins de 10 ans, et le couple ne discute pas de la PF. Elles vivent dans les régions du Nord, d'ethnies Mbochi, Téké et autres ethnies, appartement aux églises de réveil. Elles pensent que les enfants c'est Dieu qui les donne, elles désirent avoir des enfants supplémentaires, paradoxalement elles ont des connaissances sur la PF mais elles désapprouvent son utilisation.

Graphique 15 : Projection des caractéristiques des enquêtées sur le premier plan factoriel



4.2. ANALYSE EXPLICATIVE (multivariée)

La régression logistique multinomiale nous a permis d'identifier les facteurs susceptibles d'expliquer la pratique contraceptive en République du Congo et de mesurer l'influence qu'engendrent les inégalités liées au genre sur cette pratique.

4.2.1. Identification des facteurs explicatifs

En effet, les résultats de l'analyse explicative multivariée montrent que les facteurs liés aux inégalités de genre (différences de niveaux d'instruction entre partenaires, écarts d'âge entre conjoints et discussion au sein du couple), le facteur sociodémographique (désir d'enfants supplémentaires de la femme) et le facteur intermédiaire (opinion de la femme sur la PF) ont un effet net sur la pratique contraceptive. La modalité « n'utilise pas » de la variable dépendante est considérée comme la modalité de référence.

4.2.1.1. Facteurs liés aux inégalités de genre

Les facteurs liés au genre ont un effet direct sur la pratique contraceptive et sont significative au seuil de 1%.

A-Niveau d'Instruction dans le couple

Les femmes issues des couples dont les deux partenaires ont un même niveau d'instruction primaire, secondaire et plus ont 2,23 et 2,12 fois plus de chances d'utiliser la contraception traditionnelle que celles qui n'utilisent aucune contraception par rapport aux femmes issues des couples qui sont sans niveau d'instruction. Par ailleurs, la contraception moderne est plus utilisée chez les femmes issues des couples dont les partenaires ont un même niveau d'instruction secondaire et plus que celles qui n'utilisent aucune contraception par rapport aux femmes issues des couples sans niveau d'instruction ; cela correspond à 4,80 fois plus de risque de son utilisation. L'utilisation d'une quelconque méthode contraceptive s'explique par le niveau d'instruction. Plus ce niveau augmente, plus l'on a la chance d'utiliser la contraception moderne et moins de chance d'utiliser la contraception traditionnelle. Avec un niveau d'instruction du couple égal à l'exception de sans niveau, l'on peut s'attendre à l'utilisation d'une quelconque contraception. Dans des couples ayant des niveaux d'instruction différents, cette utilisation devient probable à moins que l'un des conjoints (précisément l'homme de par son autorité) ai un niveau d'instruction secondaire et plus pour que l'on s'attende à une utilisation. Ainsi, l'instruction de la femme et celle de l'homme peuvent influencer la pratique contraceptive (TIENDREBEOGO A., 2004). L'hypothèse H1 selon laquelle les femmes vivant en union dont le niveau d'instruction du couple est le secondaire et plus auraient plus de chances d'utiliser la contraception que celles dont le niveau d'instruction du couple est sans niveau peu importe le type de méthode est confirmée.

B- Ecart d'âge entre conjoints

Le risque de ne pas utiliser la contraception traditionnelle et moderne chez les femmes dont l'écart d'âges au sein du couple est de plus de 15 ans, est respectivement de 29% fois et de 50 fois que celles qui n'utilisent aucune contraception par rapport aux femmes issues des couples qui ont un écart d'âge de moins de 10 ans. L'utilisation de la contraception dépend aussi de l'écart d'âge entres conjoints. L'on peut penser qu'un faible écart d'âges favorise des rapports plus égalitaires entre conjoints et la participation de la femme à la prise de décision au sein du couple. Un grand écart d'âges favorise une double infériorité de la femme, d'une part en tant que cadette sociale et d'autre part, du point de vue générationnel (BARBIERI M. et HERTRICH V., 2005).

L'hypothèse H3 relative à cette variable est confirmée, elle stipule que, peu importe le type de méthode contraceptive, les femmes issues des couples qui ont un écart d'âges de plus de 15 ans auraient moins de chance d'utiliser la contraception que celles issues des couples dont l'écart d'âges est de moins de 10 ans.

4.2.1.2. Facteurs sociodémographiques

A-Désir d'enfants supplémentaires de la femme

Les femmes qui ne désirent pas d'enfants supplémentaires ont respectivement 1,19 fois et 1,37 fois plus de chance d'utiliser la contraception traditionnelle et moderne que celles qui n'utilisent aucune contraception par rapport aux femmes qui désirent des enfants supplémentaires. Il y a effectivement une interrelation entre le désir d'enfants supplémentaire et l'utilisation contraceptive. Plus ce désir y est, moins on utilise la contraception par rapport à celles qui ne le prouvent plus. Comme le souligne EVINA AKAM (2005), il y a une relation entre le recours à la planification familiale et le désir d'enfants supplémentaires.

B-Discussion au sein du couple sur la PF

Les femmes qui discutent sur la PF avec leurs conjoints ont respectivement 1,91 fois et 2,61 fois plus de chance d'utiliser la contraception traditionnelle et moderne que celles qui n'utilisent aucune contraception par rapport aux femmes qui ne discutent pas de la PF avec leurs conjoints. La discussion sur la PF au sein du couple est un facteur essentiel permettant aux partenaires d'adopter une attitude favorable à l'utilisation de cette PF. Dans ce sens, pour FASSASSI R., (2007 : p 28) écrit : « *La discussion entre conjoints de la planification familiale favorise nettement l'adoption des méthodes de contraception par la femme. Plus fréquentes sont les concertations, plus massives se font les adoptions de méthodes de contraception qui sont de surcroît de plus en plus modernes* ». L'hypothèse H4 qui stipule que, quel que soit le type de méthode contraceptive, les femmes vivant en union dont le couple discute auraient plus de chance à utiliser la contraception que celles dont le couple ne discute pas est confirmée.

4.2.1.3. Facteur intermédiaire

A-Opinion de la femme sur la PF

Les femmes qui approuvent la PF courent respectivement 2,27 fois et 3,27 fois plus de chance d'utiliser la contraception traditionnelle et moderne que celles qui n'utilisent aucune contraception par rapport aux femmes qui la désapprouvent. L'opinion favorable de la femme sur la PF est un facteur essentiel la prédisposant à l'utilisation d'une méthode contraceptive. Dans ce même sillage, GANSAONRE J. (2012) pense que l'avis de la femme par rapport à la contraception est également important car pour qu'une femme pratique la contraception elle devrait avant tout avoir un avis favorable à la contraception.

Tableau 1 : Risque relatif de la pratique contraceptive : « méthode traditionnelle » comparée à « aucune méthode »

Variables et Modalités	Effet net des variables indépendantes				
	M1	M2	M3	M4	M5
Variables liées au genre	***	***	***	***	***
Instruction du couple	***	***	***	***	**
Sans niveau	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Primaire	2,68***	2,51**	2,52***	2,52**	2,23**
Secondaire et plus	2,68***	2,52***	2,51***	2,49***	2,12**
Niveaux différents	2,20**	2,07**	2,06**	2,05**	1,79ns
Statut d'occupation	ns	ns	ns	ns	**
Non occupé	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Occupé	1,18ns	1,19ns	1,20ns	1,20ns	1,21**
Différent	1,16ns	1,15ns	1,15ns	1,16ns	1,15ns
Ecart d'âge entre conjoints	***	***	***	***	**
Moins de 10 ans	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
10-15 ans	1,07ns	1,08ns	1,08ns	1,08ns	1,09ns
Plus de 15 ans	0,70***	0,70***	0,69***	0,70***	0,71**
Discussion au sein du couple sur la PF	***	***	***	***	***
Ne discute pas	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Discute	2,12***	2,12***	2,11***	2,13***	1,91***
Variables socioculturelle		ns	Ns	ns	ns
Région de résidence		ns	Ns	ns	ns
Brazzaville		Réf	Réf	Réf	Réf
Pointe-Noire		1,24ns	1,24**	1,22ns	1,07ns
Sud		1,26ns	1,29ns	1,29ns	1,19ns
Nord		1,22ns	1,25ns	1,26ns	1,16ns
Urbanité		ns	Ns	ns	ns
Rural		Réf	Réf	Réf	Réf
Petite ville		1,05ns	1,03ns	1,03ns	1,06ns
Grande ville		0,97ns	0,96ns	0,95ns	0,96ns
Ethnie		ns	Ns	ns	ns
Kongo		Réf	Réf	Réf	Réf
Téké/kôta		0,87ns	0,87ns	0,87ns	0,82ns
Mbochi		1,00ns	1,00ns	1,02ns	1,07ns
Etrangers		0,84ns	0,84ns	0,84ns	0,90ns

Tableau 2 : Risque relatif de la pratique contraceptive : « méthode moderne » comparée à « aucune méthode »

Variables et Modalités	Effet net des variables indépendantes				
	M1	M2	M3	M4	M5
Variables liées au genre	***	***	***	***	***
Instruction du couple	***	**	**	**	**
Sans niveau	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Primaire	2,62ns	2,38ns	2,40ns	2,41ns	2,01ns
Secondaire et plus	8,79***	6,70**	6,20**	6,08**	4,80**
Niveaux différents	5,59**	4,94**	4,84**	4,77**	3,95ns
Statut d'occupation	ns	Ns	ns	ns	ns
Non occupé	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Occupé	0,92ns	0,98ns	1,02ns	1,02ns	1,01ns
Différent	1,26ns	1,27ns	1,30ns	1,30**	1,28ns
Ecart d'âge entre conjoints	***	***	***	***	***
Moins de 10 ans	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
10-15 ans	1,05ns	1,04ns	1,01ns	1,01ns	1,04ns
Plus de 15 ans	0,54***	0,53***	0,50***	0,50***	0,52***
Discussion au sein du couple sur la PF	***	***	***	***	***
Ne discute pas	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
Discute	3,07***	3,02***	2,99***	3,04***	2,61***
Variables socioculturelles		Ns	ns	ns	ns
Région de résidence		Ns	ns	ns	ns
Brazzaville		Réf	Réf	Réf	Réf
Pointe-Noire		0,99ns	1,01ns	0,99ns	0,83ns
Sud		0,83ns	1,15ns	1,15ns	1,03ns
Nord		0,86ns	1,22ns	1,22ns	1,12ns
Urbanité		Ns	ns	ns	***
Rural		Réf	Réf	Réf	Réf
Petite ville		1,16ns	1,06ns	1,04ns	1,08ns
Grande ville		1,08ns	1,01ns	0,99ns	1,00***
Ethnie		Ns	ns	ns	ns
Kongo		Réf	Réf	Réf	Réf
Téké/kôta		0,87ns	0,85ns	0,86ns	0,87ns
Mbochi		1,09ns	1,06ns	1,08ns	1,16ns
Etrangers		0,67ns	0,69ns	0,66ns	0,72ns

	Autres groupements ethniques		0,79ns	0,79ns	0,79ns	0,79ns
	Religion		**	**	**	**
	Catholiques		Réf	Réf	Réf	Réf
	Protestants		0,91ns	0,91ns	0,91ns	0,90ns
	Autres religions		0,76**	0,76**	0,76**	0,76**
	Sans religion		0,93ns	0,93ns	0,93ns	0,95ns
	Eglises de reveil		0,87ns	0,87ns	0,87ns	0,91ns
	Exposition aux médias		ns	Ns	ns	ns
	Non		Réf	Réf	Réf	Réf
	Oui		1,08ns	1,07ns	1,7ns	1,07ns
	Variable socioéconomique			Ns	ns	ns
	Niveau de vie du ménage			Ns	ns	ns
	Pauvre			Réf	Réf	Réf
	Moyen			1,09ns	1,09ns	1,08ns
	Riche			1,06ns	1,06ns	1,07ns
	Variables sociodémographiques				ns	**
	Nombre d'enfants vivants désirés				ns	ns
	0-2 enfants				Réf	Réf
	3-5 enfants				1,22ns	1,23ns
	6 et plus d'enfants				1,12ns	1,13ns
	Non numérique (ce que Dieu donne)				1,37ns	1,38ns
	Désir d'enfants supplémentaires de la femme				ns	**
	Désire				Réf	Réf
	Ne désire pas				1,18ns	1,19**
	Variables intermédiaires					***
	Niveau de connaissance de la PF					**
	Faible					Réf
	Elevé					0,81**
	Opinion de la femme sur la PF					***
	Désapprouve					Réf

	Autres groupements ethniques		0,70ns	0,69ns	0,69ns	0,70ns
	Religion		Ns	ns	ns	ns
	Catholiques		Réf	Réf	Réf	Réf
	Protestants		0,90ns	0,89ns	0,89ns	0,87ns
	Autres religions		1,09ns	1,07ns	1,06ns	1,08ns
	Sans religion		0,99ns	1,00ns	0,99ns	1,06ns
	Eglises de reveil		0,86ns	0,86ns	0,86ns	0,90ns
	Exposition aux médias		ns	ns	ns	ns
	Non		Réf	Réf	Réf	Réf
	Oui		1,18ns	1,08ns	1,08ns	1,06ns
	Variable socioéconomique			***	***	***
	Niveau de vie du ménage			***	***	***
	Pauvre			Réf	Réf	Réf
	Moyen			1,34ns	1,35ns	1,33ns
	Riche			1,91***	1,94***	1,93***
	Variables sociodémographiques				***	**
	Nombre d'enfants vivants désirés				ns	ns
	0-2 enfants				Réf	Réf
	3-5 enfants				1,58ns	1,62ns
	6 et plus d'enfants				1,32ns	1,33ns
	Non numérique (ce que Dieu donne)				1,66ns	1,73ns
	Désir d'enfants supplémentaires de la femme				***	**
	Désire				Réf	Réf
	Ne désire pas				1,36***	1,37**
	Variables intermédiaires					***
	Niveau de connaissance de la PF					ns
	Faible					Réf
	Elevé					0,87ns
	Opinion de la femme sur la PF					***
	Désapprouve					Réf

	Approuve					2,27***
Valeur du Khi-deux	330,2	380,61	392,14	408,6	551,84	
Significativité du Khi-deux	***	***	***	***	***	***
R-deux de Nagelkerke	0.0478	0,0551	0,0568	0,0592	0,0799	
Effectifs	3508	3508	3508	3508	3508	
NB : *** Significatif au seuil de 1 % ; ** Significatif au seuil de 5 % ; ns Non significatif ; Réf= modalité de référence						

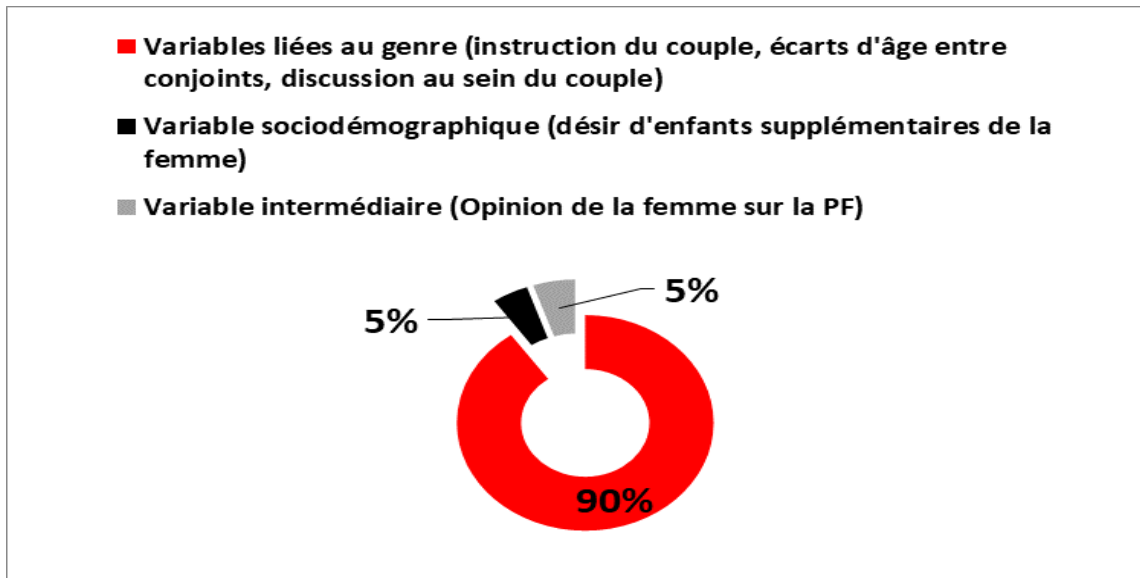
Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

	Approuve					3,27***
Valeur du Khi-deux	330,2	380,61	392,14	408,6	551,84	
Significativité du Khi-deux	***	***	***	***	***	***
R-deux de Nagelkerke	0,0478	0,0551	0,0568	0,0592	0,0799	
Effectifs	3508	3508	3508	3508	3508	
NB : *** Significatif au seuil de 1 % ; ** Significatif au seuil de 5 % ; ns Non significatif ; Réf= modalité de référence						

B-Hiérarchisation des facteurs explicatifs

La mesure de l'influence des inégalités de genre sur la pratique contraceptive, nous a permis de mettre en exergue le lien entre ces inégalités et les autres facteurs. A la suite de cela, les facteurs liés aux inégalités de genre se révèlent très déterminants dans l'explication de la pratique contraceptive par rapport aux autres facteurs avec une contribution de 90%, suivi de autres facteurs, tels que : l'opinion de la femme (facteur intermédiaire) 5% et du désir d'enfants supplémentaires de la femme (facteur sociodémographique) 5%.

Graphique 16 : Contribution (%) relative à l'explication de la prévalence contraceptive



Source : Auteurs à partir des données de l'EDSC-I 2005

CONCLUSION

Dans cette étude, l'objectif principal est celui d'appréhender l'influence des inégalités de genre sur la pratique contraceptive et de contribuer à l'amélioration des connaissances sur des facteurs associés à la pratique contraceptive ; ceci à la fois pour faciliter la conception des programmes de santé sensibles au genre et participer à une évolution des mentalités axée sur la réduction des comportements défavorables au dialogue sur les questions de procréation et de planification familiale au sein des couples en République du Congo.

L'une des grandes limites de notre étude est qu'à défaut de données actualisées nous avons utilisé celles de l'EDS- Congo de 2005. On note aussi l'absence des variables liées à l'accessibilité aux services de planification familiale (PF), et la non prise en compte de la variable opinion des conjoints masculins la PF en raison de taux élevés de non réponse.

L'analyse descriptive bivariable a montré que les variables liées aux inégalités de genre (instruction du couple, statut d'occupation, écart d'âge entre conjoints et discussion au sein du couple sur la PF), socioculturelles (région de résidence, urbanité, ethnie et exposition aux médias), socioéconomique (niveau de vie du ménage), sociodémographiques (âge de la femme et nombre d'enfants supplémentaires) et intermédiaires (niveau de connaissance de la PF et opinion de la femme sur la PF) sont significativement associées à la prévalence contraceptive des femmes congolaises. Par ailleurs, les caractéristiques des femmes non utilisatrices de la contraception sont : le manque d'instruction et d'emploi rémunérateur, l'écart d'âge entre conjoints (moins de 10 ans), l'absence des discussions sur la PF au sein du couple. Elles pensent que les enfants sont des « dons de Dieu », elles désirent en avoir des supplémentaires ; paradoxalement elles ont la connaissance sur la PF mais désapprouvent son utilisation.

Les facteurs liés aux inégalités de genre (instruction du couple, écarts d'âge entre conjoints et discussion au sein du couple), le facteur sociodémographique (désir d'enfants supplémentaires de la femme) et le facteur intermédiaire (opinion de la femme sur la PF) exercent un effet net sur la pratique contraceptive et constituent les facteurs explicatifs de cette pratique contraceptive. Mais seuls les facteurs liés aux inégalités de genre contribuent à 90% à l'explication de la pratique contraceptive. Donc l'influence du genre est prépondérante sur cette pratique.

Au regard des résultats obtenus, nous avons formulé les recommandations suivantes :

- ✓ Systématiser la sensibilisation de proximité sur la sexualité responsable, la PF et l'utilisation de la contraception moderne ; ceci en intéressant les hommes au même titre que les femmes dans tous les milieux de vie, de loisirs et de travail ;
- ✓ Développer des stratégies de discrimination positives facilitant la suppression des obstacles (institutionnelles, contextuelles et économiques qui limitent l'accès des femmes aux informations de qualité sur la santé de la reproduction
- ✓ Multiplier les études tenant compte autant des statuts et opinions des 'hommes, ainsi que des beaux-parents que ceux des femmes sur la PF.
- ✓ Organiser des plaidoyers en continu auprès des gouvernants et organismes spécialisés pour améliorer la disponibilité des produits contraceptifs modernes dans des structures de proximité et la baisse de leur coût, notamment à travers des subventions surtout en milieu rural.

BIBLIOGRAPHIE

Anonyme. Thomas Malthus et les dangers de la croissance démographique Disponible sur : <https://www.pourleco.com/la-galerie-des-economistes/malthus>

AFPICL-BU HDL Genre et développement Publié le 1er janvier 2010, par <https://www.ritimo.org/Genre-et-developpement>

AKAM E. (2005), Les facteurs de la contraception au Cameroun : Analyse des données de l'enquête démographique et de Santé de 1998. La planification Familiale en Afrique. Document d'analyse n°6, 47p.

AKAM EVINA et Kishimba NGOY (2013), L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ? Institut de formation et de recherches démographiques (IFORD), Université de Yaoundé II, Cameroun, p.10

BARBIERI M. et HERTRICH V. (2005), Écarts d'âge entre conjoints et pratique contraceptive en Afrique sub-saharienne, Source : Population (French Edition), Vol. 60, No. 5/6 (Sep. - Déc., 2005), pp. 725-764. Disponible sur : www.jstor.org/stable/4150796

BANERJEE A. ; DUFLO, E. (2012), Repenser la pauvreté, Editions du seuil, 453pp.

CNSEE et ORC Macro (2005), Enquête Démographique et de Santé du Congo 2005 (EDSC-I), Calverton, Maryland, USA : CNSEE et ORC Macro, 236 p.

FASSASSI R. (2006), Les facteurs de la contraception en Afrique de l'ouest et en Afrique centrale : Au tournant du siècle, Rapport de synthèse, la planification familiale en Afrique. Documents d'analyse N° 7, 61 pages.

GANSAONRE Rabi Joël (2012), Facteurs explicatifs de la pratique contraceptive en milieu rural Burkinabe, mémoire de Master Professionnel en Démographie, IFORD, Yaoundé, 127 pages.

Abdou GUEYE, col. Croyance aux mythes relatifs à la planification familiale aux niveaux individuel et communautaire et pratique de la contraception moderne en Afrique urbaine. Editions Guttmacher Institute, volume 41, Issue 4, décembre 2015, pp. 191 - 199
<https://www.guttmacher.org/fr/journals/ipsrh/2015/12/croyance-aux-mythes-relatifs-la-planification-familiale-aux-niveaux2015>

IPPF. Fact Sheet 2012. Planification familiale & droits humains
Disponible sur : https://www.countdown2030europe.org/storage/app/media/IPPF_FactSheet-6_HumanRights-FR1.pdf

Natalia KANEM (Dr). L'ONU appelle à investir dans la planification familiale pour la santé et le bien-être de millions de femmes.
Disponible sur : <https://news.un.org/fr/story/2018/07/1018701>

LOCOH T. (2003), Baisse de la fécondité et mutations familiales en Afrique sub-saharienne, question de population au Mali : des enjeux internationaux aux perspectives locales, France, INED, 25 p.

Karen NEWMAN et Charlotte FELDMAN-JACOBS. La planification familiale et les droits humains : quels sont les liens et pourquoi sont-ils importants ? Population Reference Bureau. Communiqué de politique de gestion, juillet 2025

Disponible sur : https://www.prb.org/wp-content/uploads/2015/08/family-planning-rights-brief_fr.pdf

NKEOUA, F. (2012), « Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale » in Santé de la reproduction, genre et droits des enfants au Congo : enjeux et défis, Academia l'Harmattan

RWENGE M. (2004), « Genre et sexualité des jeunes à Bafoussam et Mbalmayo, Cameroun », in African Journal of Reproductive Health / La Revue Africaine de la Santé, Vol. 8, No. 2, pp. 145-163.

SALA-DIAKANDA D. (2000), « La position des gouvernements africains vis-à-vis des politiques démographiques en matière de fécondité » : in VIMARD P. et ZANOU B. (dir), Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique, pp 13-46, Paris, collection populations, éd L'Harmattan, 297 pages.

TIENDREBEOGO A., (2004), Statut de la femme, relation de genre et pratique contraceptive moderne : cas du Burkina Faso, mémoire de DESSD, IFORD, Yaoundé, 119 pages.

Lynn VAN LITH, Mélanie YAHNER et Lynn BAKAMJIAN (2014), le désir croissant des femmes d'Afrique subsaharienne de limiter le nombre de grossesses : relever le défi, Washington, p.2 ; 3

WAKAM J. (2004), De la Pertinence des théories économistes de fécondité en Afrique dans le contexte socio-culturel camerounais et négro-africain, thèse de Doctorat en Démographie, Academia, Bruylant, Louvain -la -Neuve, 490 pages + annexes.

Béchir ZOUARI (Pr), Leila SAIJI JOUDANE (Dr). Droits Humains, Accès aux soins et équité : définitions et concepts. Comité National d'Éthique Médicale. Institut Pasteur de Tunisie. Communication faite 15ème conférence Annuelle - Tunis, le 10 décembre 2011