

Les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo. Une analyse des déterminants par province.

Par

Barthélemy KALAMBAYI BANZA¹ et Rose BILONDA MUELA²

VERSION PROVISOIRE

La Planification Familiale, en termes d'espacement des naissances est un besoin primaire et naturel. Son usage remonte au temps préhistorique. Sa pratique en RDC est signalée dans les sociétés ancestrales. L'on connaît très peu sur la planification moderne en RDC, même si la législation coloniale en fait état en tant mauvaise mœurs et donc interdite durant cette période.

L'Article 178 du code pénal livre II, paragraphes 3 et 4 stipule que:

- Paragraphe 3 : « *Quiconque aura exposé ou distribué des objets spécialement destinés à empêcher la conception et aura fait de la réclame pour en favoriser la vente ;* »
- Paragraphe 4 : « *Quiconque aura, dans un but de lucre, favorisé les passions d'autrui en exposant, vendant ou distribuant des écrits imprimés ou non qui divulguent des moyens d'empêcher la conception, et en préconisant l'emploi ou en fournissant des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir... sera puni d'une servitude pénale de huit jours à un an et d'une amende de vingt-cinq mille francs ou d'une de ces peines seulement* ».

Sans l'avoir encore abrogé cette disposition, la PF par des méthodes modernes sera tout de même acceptée officiellement en 1972 et a été matérialisée dans le cadre du Projet des naissances désirables. Entre **1972 et 1975**, la RD Congo (jadis Zaïre) comptait parmi les 18 pays en développement à prendre une position officielle en matière de population (Dorothy Nortman, 1976, cité par Mbo, 2009).

Par le projet des naissances désirables ainsi que ses différentes évolutions qui aboutiront par la création en 2001 du Programme National de la Santé de la Reproduction, la RDC adoptait implicitement une politique de population qui visait entre autre la réduction de sa croissance démographique, outre l'amélioration de la santé de la mère et de l'enfant. Le travail abattu par ce programme et ses partenaires se solde aujourd'hui par ce qu'on peut qualifier d'une très bonne connaissance des méthodes contraceptives modernes (8 femmes et 9 hommes sur 10). Cette connaissance n'est pas du tout réelle, car, à part la stérilisation féminine ou masculine, la pilule et les produits injectables qui sont connus par près de 4 à 5 femmes/hommes sur 10, les autres méthodes comme les Implants, le diaphragme la mousse/gelée ne sont connues que par moins de 10 % des femmes ou des hommes. Le condom est donc l'unique méthode qui est connue par la grande majorité et qui fait augmenter la proportion de personnes (femmes et hommes) qui connaissent une méthode contraceptive moderne. Malgré cette bonne connaissance du condom et, dans une moindre mesure d'autres méthodes, la pratique est loin de suivre, car la prévalence contraceptive n'était que de 5,8 % en 2007 sur l'ensemble du pays (EDS, RDC (2007).

¹ Professeur au Département des Sciences de la Population et du Développement (DSPD), Université de Kinshasa/RDC. bkalambayi@yahoo.fr.

² Chercheuse au Centre d'Etudes sur Famille, la Population et la Santé de la Reproduction. rosebilonda@yahoo.fr.

Ce faible niveau de recours à la PF par des méthodes modernes contraste avec le bilan présenté par le Programme National de la Santé de la Reproduction en RDC qui se vante des résultats engrangés dans l'entretemps par notamment : *l'élaboration de : la politique nationale en SR/PF ; la feuille de route nationale pour la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et de l'enfant ; des documents normatifs de SR/PF à tous les niveaux: normes, directives, modules... ; du plan national de sécurisation des produits SR/PF ; des supports de sensibilisation, ...* (Mbo, 2009). Cette auteure inclut dans ce lot de résultats, l'existence pool de formateurs et capacités des prestataires renforcées ; la disponibilité du matériel, des contraceptifs et des outils de gestion en PF et indique par ailleurs que 2500 structures (publiques et privées) offrent les services de PF sur l'ensemble du pays outre l'intégration des activités de naissances désirables au sein de 175 formations sanitaires.

Alors que le bilan tel que présenté semble positif et de manière contradictoire, le PNSR relève par ailleurs une série de faiblesses qui justifieraient le faible recours à la PF par les couples congolais. Il s'agit notamment de :

- Faiblesse de la contribution de l'Etat dans la PF ;
- Pesanteurs socioculturelles ;
- Insuffisance des infrastructures et équipements;
- Insuffisance du personnel formé en PF;
- Faible intérêt de certains responsables sanitaires sur le bien fondé de la PF;
- Rupture de stocks et la non disponibilité de toute la gamme des méthodes contraceptives dans les CS;
- Inaccessibilité géographique;
- Barrières juridiques ;
- Faible implication des hommes;
- Faible implication de la communauté dans la résolution des problèmes de PF
- Faible niveau d'instruction des femmes;
- Faible coordination des interventions des partenaires sur terrain;
- Faible appropriation des orientations et des outils de PF dans les zones de santé.
- Faible motivation des prestataires
- Fuite des prestataires compétents
- Mauvaise répartition des prestataires (majorité dans les villes)
- Insuffisance de l'appui des partenaires (PNSR, 2009).

Ces faiblesses qui ne reposent sur aucune étude empirique constituent par ailleurs les bases sur lesquelles le PNSR s'appuie pour repositionner la PF parmi les interventions sanitaires du Ministère de la Santé Publique en RDC et se fixe comme préalable, l'établissement d'une cartographie des intervenants dans la PF pour mieux penser les actions à envisager. Pourtant, les faiblesses énumérées ci-dessus ne relèvent pas seulement du domaine de l'offre mais aussi de la demande.

Malgré la sensibilisation autour de la PF, le niveau de la fécondité de la femme congolaise et sa faible baisse au fil du temps montre bien la place de l'enfant dans ces sociétés. De 6,3 enfants par femme en 2000 (MICS2, 2001), cette fécondité n'a que très peu bougé, car 6 ans après, elle se solde à 6,1 enfants/femme en 2007 (EDS, 2007), restant ainsi l'une des plus élevées du monde.

On sait, par exemple, que la fécondité des femmes des deux Kasaï est généralement élevée, d'une part et que les femmes congolaises qui recourent à la planification par les méthodes

modernes par exemples sont souvent celles qui visent, non pas à espacer mais à limiter les naissances, d'une part. En effet, la demande de la PF semble s'intensifier chez les femmes âgées de 40 ans et plus et surtout lorsque celles-ci ont 4 enfants et plus (EDS-RDC, 2007).

Ainsi, étant donné que les pesanteurs culturelles occupent une place prépondérante dans le recours à une méthode contraceptive et considérant la bonne connaissance qu'ont les populations congolaises de la PF, d'une part et le faible recours à la PF, d'autre part, nous avons estimé utile de réfléchir sur les obstacles socio-démographiques de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Cette option est notamment justifiée par la différence de niveaux de la prévalence contraceptive chez les femmes en union (1(-49 ans) entre les provinces de la RDC qui évolue de 14,1 % à Kinshasa (capitale de la RDC) à 1,9 % (Kasaï-Occidental), alors que 61,4 % des femmes qui avaient 4 enfants ou plus n'avaient pas l'intention d'utiliser une méthode contraceptive dans le futur.

Cet écart de prévalence contraceptive entre provinces couplé au refus d'utiliser la contraception moderne amène aussi à ne pas penser la PF de manière globale mais plutôt par province dans la mesure où la RDC est une mosaïque culturelle.

Avant de présenter les données sur lesquelles se fondent cette réflexion, nous montrerons, très brièvement l'erreur que les responsables congolais risquent de commettre en voulant se servir des objectifs du millénaire pour le développement (OMD) pour atteindre améliorer la performance de la PF. Les résultats de nos analyses seront présentés en deux temps. D'abord l'intensité du recours à la PF par les méthodes modernes province par province puis les déterminants. Le premier résultat est issu des analyses bivariées (croisement de tableaux) et le second de la régression logistique.

1. Repositionnement de la Planification Familiale en RDC : une erreur d'approche en perspective

La RDC n'a pas une politique explicite de population. La tentative d'élaboration de cette politique s'est arrêtée au niveau de l'ébauche qui n'avait pas franchi le cap de la Direction de la Population et des Ressources Humaines (DPRH) du Ministère du Plan. Nonobstant l'absence de cette politique, il existe néanmoins une politique implicite, à savoir celle acceptée par la communauté internationale et adoptée dans les conférences internationales. Pour la période la plus récente, la RDC aligne ses priorités en matière de population et développement sur celles dégagées par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994, d'une part sur les OMD. Ceux-ci qui sont complémentaires des résolutions de la CIPD ont été intégrés dans la politique de développement du pays coulée dans le Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté (DSCR).

Aujourd'hui, à l'ère des Objectifs Millénaires pour le Développement (OMD) auxquels plusieurs pays en développement ont souscrit, la PF par les méthodes contraceptives modernes est considérée comme la voie par excellence pour atteindre la quasi-totalité de ces objectifs. Ceci semble réveiller la RDC qui, avec le concours de ses partenaires au développement, particulièrement l'USAID et l'UNFPA s'activent à repositionner la PF parmi les interventions sociaux-sanitaires prioritaires.

Bien qu'étant encore au niveau de projet de mobilisation et de sensibilisation d'autres bailleurs, un regard sur le passé et sur les stratégies mises au point pour la matérialisation fait penser à la réédition des erreurs du passé dans la mise en œuvre du repositionnement de la PF dans ce pays. Hier, contrairement aux discours des dirigeants de l'époque, la mise en application de la politique de la PF n'a pas été effective ni sur l'ensemble du pays ni dans les provinces où la fécondité était très élevée, car le Projet des naissances désirables n'avait pas été déployé sur l'ensemble du pays. Le choix des sites ou des provinces pour son implantation n'avait pas pris en compte l'importance de la fécondité des populations, tant dans une même province qu'entre les provinces. Là où il a été installé, certaines localités ont été privilégiées que d'autres. C'est notamment le cas de bon nombre des localités de la Province du Bas-Congo, alors que le niveau de fécondité des femmes y habitant était inférieur à celui des femmes des deux Kasai ou du Katanga.

Pour la planification des actions dans la perspective du repositionnement, le PNSR et ses partenaires ont décidé de commencer la réflexion par l'élaboration d'une cartographie des intervenants dans le secteur de la PF. Seulement, celle-ci se limite aux seules structures appuyées par les partenaires ayant appuyé cette opération, ce qui ne permet pas non plus de renseigner sur tous les intervenants.

L'absence de la contribution financière de l'Etat à cette opération empêche une bonne évaluation de la situation dans ce secteur. Toutefois le PNSR souhaiterait profiter de l'attention que les bailleurs de fonds accordent à l'amélioration des indicateurs des OMD pour améliorer ceux de la PF, étant donné qu'elle est le facteur favorisant pour l'atteinte des OMD sur la santé, particulièrement les OMD 4 (visant la réduction de la mortalité infantile) ; 5 (visant l'amélioration de la santé maternelle).

En effet, avec une fécondité de 6,1 enfants par femme dans un contexte de pauvreté généralisée, les femmes congolaises ne peuvent pas espérer vivre correctement. Malgré l'insuffisance de moyens pour effectuer un diagnostic sérieux avant toute intervention, l'investigation au niveau de chaque territoire est indispensable, car au même niveau d'indicateurs, les causes ne sont jamais les mêmes.

2. Niveaux et déterminants de la PF en Afrique subsaharienne

Plusieurs études ont déjà été consacrées à la problématique de la planification familiale en Afrique subsaharienne. Elles ont dégagé les niveaux et relevé les déterminants du recours à la contraception moderne. La plupart se fondent sur les données des enquêtes réalisées au niveau national.

Le tableau 1 ci-dessous donne le niveau de la prévalence contraceptive dans certains de l'Afrique subsaharienne à différentes périodes. Il se dégage de ce tableau que, d'une manière générale, les femmes de l'Afrique de l'Ouest recourent davantage aux méthodes contraceptives modernes que leurs consœurs de l'Afrique Centrale. La prévalence dans la première sous-région varie entre 36 % au Ghana en 2003 et à 10 % au Sénégal en 2005. Ce dernier niveau n'est franchi (du moins dans les données en présence) en Afrique Centrale que par le Gabon, avec 12 % des femmes utilisant les méthodes modernes de PF contre près de 6 % en RDC en 2007.

Tableau 1 : Prévalence contraceptive dans certains pays d'Afrique subsaharienne

Pays	Prévalence (%)	Année	Auteurs
Gabon	12		EDS (2000)
Cameroun	7,7	1998	Evina (2003)
Sénégal	2,0 %	1986	Ministère de la santé (2009)
	4,8	1992-93	
	7	2005	
Ghana	14,8	2003	Attanasso et al. (2005)
Mali	6,9	2001	Binet et Gastineau (2007)
Burkina Faso	9,6	2003	Binet et Gastineau (2007) ³
Benin	7,4	2000	Attanasso et al. (2005)
RDC	5,8	2007	EDS (2007)

Un constat commun à ces études est notamment le fait que les femmes africaines de ces deux sous-régions recourent de plus en plus aux méthodes traditionnelles qu'aux méthodes modernes (Attanasso, et al., 2005 ; Evina, 2003). Les premiers auteurs constatent dans le cas du Bénin, par exemple que l'ignorance des méthodes modernes est la cause essentielle du recours par ces femmes aux méthodes naturelles, ce qui n'est pas le cas pour la RDC. Dans le premier pays, sur les 20,4 % des femmes pratiquant la contraception, 12,4 % utilisaient une méthode naturelle contre 7,4 % pour une méthode moderne et 0,3 % pour les autres méthodes de contraception. En RDC par contre où la connaissance de la PF est relativement élevée (environ 65 %), sur 20,1 % des utilisatrices d'une méthode contraceptive, 13,4 % utilisaient les méthodes traditionnelles et 6,7 %, les méthodes modernes. Ainsi, les situations peuvent se ressembler mais peuvent ne pas avoir les mêmes causes.

Nonobstant cela, Ba et Rodriguez (1999)⁴ indiquent dans le cas du Sénégal qu'en général, le niveau de connaissance d'une méthode contraceptive quelconque ou même moderne, bien qu'élevé, n'entraîne pas automatiquement une prévalence importante. Ils observent en effet que parmi les 74 % des femmes qui connaissaient au moins une méthode contraceptive lors de l'enquête EDS II (1992-93) au Sénégal, seules 7,1 % utilisaient n'importe quelle méthode. Cet écart du niveau de la prévalence contraceptive entre pays et/ou à l'intérieur d'un même pays à différentes époques est expliqué par plusieurs facteurs qui sont sociodémographiques, socio-économiques et socioculturels.

³ Binet C. et Gastineau B., 2007, « Modes de contrôle de la fécondité en Afrique de l'Ouest : Une analyse comparative (Sénégal, Mali, Burkina Faso et Ghana) » in BULLETIN D'INFORMATION SUR LA POPULATION

DE MADAGASCAR, n° 30, août-septembre 2007, 8 p.

⁴ Ba H. et Rodriguez E., 1999, « Connaissance et utilisation de la contraception au Sénégal » in Ayad M. et Ndiaye S., *Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la reproduction au Sénégal 1986-1997*, Ministère de l'Economie, des finances et du Plan ; Direction de la Prévision et de la Statistique ; Division des Statistiques démographiques ; Demographic and Health Surveys, Macro international inc., pp. 1-28.

Cette variabilité du niveau de prévalence contraceptive moderne est diversement expliquée. Un certain nombre des facteurs tant socio-démographiques, socio-économiques que socio-culturelles sont souvent cités. Ces mêmes facteurs sont principalement ceux évoqués dans les études de la fécondité, dans la mesure où la contraception en générale et la contraception moderne en particulier font aussi partie des déterminants de ce phénomène.

La pratique contraceptive à partir des méthodes modernes est souvent associée à la baisse de la mortalité des enfants, d'une part et à celle de la fécondité d'autre part. Ceci se rapporte au schéma traditionnel de la transition démographique. Cette tendance n'est cependant pas unique, car en RDC par exemple, il a été observé dans la ville de Kinshasa, une baisse sensible de la fécondité non couplée à la hausse de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes ; Comme pour l'ensemble du pays, la fécondité à Kinshasa a déjà amorcé sa baisse. Elle était de l'ordre de 7,7 enfants par femme en 1955-57 (Romaniuk 1967) ; 7,5 en 1975-77 (Sala-Diakanda, 1980), 7,3 en 1995 (République du Zaïre et al., 1996), 4,6 en 2001 (Zamwangana, 2005). En 2007, l'EDS-RDC l'évalue à 3,6 enfants/femme alors que la prévalence contraceptive en général était évaluée à 40 % et celle moderne à 14 % dans une population où 99 % des femmes sont au courant des méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête. Notons que dans le rapport EDS, la proportion de femmes ayant utilisé une méthode moderne à un moment quelconque de la vie n'a pas été calculée. Il en est de même de ses déterminants.

Nonobstant ce vide, notons toutefois pour le cas du recours par les femmes à une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête que les facteurs les plus cités pour justifier cette pratique sont notamment : le lieu de résidence de la femme, son niveau d'instruction ainsi que celui de son conjoint, sa religion, le niveau de vie du ménage, sa fécondité partielle ou totale, son statut matrimonial, sa profession, la disponibilité de service, la religion, son rapport avec le conjoint, ...

Le lieu de résidence et surtout celui de socialisation sont souvent identifiés comme ayant un pouvoir explicatif au fait pour les femmes de recourir à la contraception. Le choix de types de méthodes est fortement lié à ces lieux. Les femmes qui ont passé leur enfance dans un milieu urbain, pour avoir été exposé aux informations sur ces méthodes auraient plus la chance de recourir une fois dans leur vie à la contraception moderne, alors que celles qui ont vécu un peu plus longtemps auraient la tendance de conserver le bagage culturel traditionnel. Le milieu de résidence comme celui de socialisation façonne la personnalité de la femme ou de l'homme et déterminent par ailleurs leur attitude vis-à-vis de la fécondité et par conséquent de la planification familiale ainsi que du choix des méthodes contraceptives.

Le niveau d'instruction ainsi que le travail de la femme sont des valeurs importées au monde occidental. Ils sont des facteurs d'émancipation et d'individualisation. Dans bon nombres d'études, il a été constaté que les femmes ou les couples instruits ainsi que ceux qui ont une occupation professionnelle ont une fécondité relativement faible et utilisaient, pour la plupart, les méthodes contraceptives modernes.

Les couples évoluant dans un tel environnement ont aussi plus de facilités d'échanger sans complexe sur la fécondité désirée et sur comment éviter d'aller au delà du nombre d'enfants désirés.

Ces deux variables sont parfois liées avec le niveau de vie de ménages. Les femmes ou les couples issus des ménages riches auraient une grande propension à utiliser les méthodes contraceptives modernes. En effet, les couples d'un même niveau de vie se fréquentent et fréquentent des milieux où les sujets de PF peuvent être fréquemment abordés, hormis le fait qu'ils ont par ailleurs plus de chance que d'autres d'accéder à plusieurs canaux d'informations sur la PF.

Le niveau de vie n'est pas sans liens avec les opportunités d'accessibilité à une méthode donnée que l'on désire pratiquer. Au-delà de l'accessibilité financière, le contexte géographique et juridique en est également un facteur qui pourrait faciliter ou non les contacts des femmes ou des couples avec les fournisseurs des intrants d'une méthode moderne donnée.

Après examen de plusieurs cadres théoriques, nous avons opté pour celui proposé par Evina (2003). Nous convenons avec cet auteur que *« Les caractéristiques individuelles d'identification sociale de la femme déterminent sa capacité d'adhésion, d'adaptation ou de résistance aux influences de son milieu de résidence en matière de planification familiale. Elles vont influencer en particulier sur les attitudes et les opinions de son conjoint en matière de planification familiale et de pratique contraceptive à travers des discussions au sein du couple. Ces discussions vont conduire au choix d'une attitude face à la fécondité (planifiée ou non planifiée)⁴ dans un premier temps et à la recherche puis à la pratique de méthodes pouvant aider à atteindre les objectifs fixés dans un second temps. Trois éléments au moins vont déterminer l'option de fécondité : la fécondité réalisée (en termes de nombre d'enfants survivants et de sexe des enfants), le projet de fécondité et l'impact des médias en matière de santé de la reproduction et de planification familiale. L'adoption de la pratique contraceptive dépendra en grande partie de l'option des couples et de leurs capacités et possibilités d'accéder aux services de planification familiale et aux moyens contraceptifs (modernes ou traditionnels), à leur disponibilité et à la qualité des services. »*

3. Données, méthodes et population enquêtée

Cette réflexion s'appuie sur les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS) réalisée en RDC en 2007, particulièrement le module « femmes » pour l'analyse de des données de l'EDS-RDC (2007), dans cette communication et considérant par ailleurs le fait que les femmes qui sont actuellement en âge de procréer et qui vivent maritalement ont, ainsi que la plupart de leurs conjoints grandi au cours de la période où les méthodes de planification moderne étaient déjà libéralisées, d'une part et la faible prévalence contraceptive, d'autre part, nous voulons identifier les facteurs qui seraient à la base du non recours des femmes aux méthodes modernes d'espacement des naissances. Il s'agit de répondre à la question de savoir : quels sont les facteurs qui empêchent les femmes congolaises de ne pas recourir à la PF par les méthodes modernes ?

Les analyses de l'utilisation de la contraception moderne réalisées auprès des femmes qui ont utilisé une méthode moderne à un moment donné de leur vie ne sont pas souvent approfondies. Même celles faisant appel à la contraception du moment de l'enquête ne sont plus souhaitées au profit de l'approche privilégiant uniquement les femmes sexuellement actives et fertiles, cette catégorie de la

population correspondant mieux à l'objet de l'étude, c'est-à-dire les femmes ayant eu des relations sexuelles dans les trente jours qui ont précédé l'enquête, qui ne sont pas enceintes et qui ne sont pas en aménorrhée *post-partum*, pas ménopausées ou stériles).

La population étudiée est l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans interrogées qui vivaient en couple au moment de l'enquête. Contrairement à une certaine approche (celle de CRIPP-Bénin, par exemple) qui ne veut pas prendre en compte les femmes enceintes, les femmes ménopausées et les femmes dont la pratique contraceptive au moment de l'enquête n'est pas déclarée sont exclues de l'analyse et qui se limite à une sous-population composée de femmes sexuellement actives au moment de l'enquête (c'est-à-dire ayant eu au moins un rapport sexuel dans les 28 jours précédant l'enquête), notre approche se veut culturaliste, calquée sur la théorie de la désorganisation sociale. Elle cherche à vérifier si, à un moment de leur vie, les femmes congolaises ont eu la curiosité ou l'envie de se démarquer de leurs coutumes. C'est pour cette raison que nous sommes focalisés sur l'utilisation d'une méthode contraceptive à un moment donné de la vie des femmes.

4. Variables de l'analyse

Dans le cadre de notre étude, la variable à expliquer est « l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne⁵ par la femme à un moment donné de sa vie ». Cette information a été collectée à partir de la question 302 : « Avez-vous déjà utilisé (Méthode ?) » du module sur la planification familiale qui était précédée par la question 301 sur la connaissance des méthodes modernes. Celle-ci était stipulée : « De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : (MÉTHODE) ? Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ? ».

Au moment de la saisie des données, cette variable a été résumée en « A déjà utilisée une méthode quelconque » et comprend quatre modalités qui sont) : i) n'a jamais utilisé une méthode quelconque ; ii) a déjà utilisé une méthode folklorique ; iii) a déjà utilisé seulement une méthode traditionnelle et iv) a déjà utilisé une méthode moderne.

Lors du traitement des données, nous avons dichotomisé cette variable en fusionnant les trois premières modalités en une seule. Les deux nouvelles modalités sont : i) n'a jamais utilisé une méthode moderne et ii) a déjà utilisé une méthode moderne.

Les variables explicatives sont constituées d'un corpus de variables susceptibles d'influencer les comportements des femmes ou des couples dans leur décision d'utiliser ou non des méthodes contraceptives.

Les variables explicatives sont :

- Les variables relevant de l'environnement socioculturel de la femme : l'ethnie, la religion, et le milieu de vie.
- Les variables d'identification démographique, scolaire et professionnelle de la femme : l'âge de la femme, sa situation matrimoniale, son niveau d'instruction et sa profession.
- Les variables relevant de la vie génésique de la femme.
- Les variables d'identification du conjoint.

⁵ les méthodes modernes regroupent la stérilisation féminine et masculine, la pilule, le DIU (dispositif intra-utérin) ou stérilet, les injectables, les implants, le condom masculin et féminin, le diaphragme, les méthodes vaginales (spermicides, mousse et gelée) et la pilule du lendemain.

5. Limites de l'étude

Les données que nous utilisons sont une base secondaire. Elles ne comprennent pas les variables contextuelles que nous aurions voulu disposer pour distinguer les niveaux d'analyse. Pour contourner ce biais, nous avons jugé bon d'analyser chaque province séparément. En procédant ainsi, nous nous sommes butés à d'autres biais, notamment la faiblesse d'effectifs dans les modalités de certaines variables que nous aurions voulu utiliser comme l'exposition aux médias et aux informations sur la PF.

Les données qualitatives devraient être d'un grand apport au regard des différences contextuelles des provinces.

6. Caractéristiques de la population enquêtée

Les tableaux 2, 3 et 4 présentent respectivement les caractéristiques sociodémographiques, socio-économiques et socio-culturelles des femmes enquêtées selon les provinces de résidence de ces dernières. Nous notons entre autre que, dans toutes les provinces du pays, la plupart (60 %) des femmes enquêtées avaient moins de 35 ans, alors que plus de 60 % de leurs conjoints étaient de 35 ans et plus.

Ces femmes vivaient dans des ménages de grande taille (plus de la moitié). Il ressort également de ces données que, au moins 7 femmes sur 10 avaient exercé un travail, de même que leurs partenaires. Mais la plupart d'entre eux travaillaient dans l'agriculture, à l'exception de la ville de Kinshasa où seulement 12 % travaillaient dans le secteur agricole.

Plus de la moitié des femmes des provinces de l'Equateur, Maniema et Orientale vivaient dans des ménages pauvres, alors qu'ailleurs, le niveau de vie de ménages de la grande majorité était au moins moyen.

Très curieusement, la majorité de femmes avaient moins de 3 enfants de moins de 5 ans et avaient indiqué avoir eu moins de 5 naissances les 5 années précédant l'enquête.

45-49	111	12	67	12,3	64	9,37	95	12,5	64	10	50	8,42	69	9,47	65	11	87	11,7	71	10,3	69	10,9
50 et plus	286	31	130	23,9	204	29,9	154	20,3	178	27,9	138	23,2	147	20,2	127	22	172	23,1	154	22,4	159	25
Total	925	100	544	100	683	100	759	100	637	100	594	100	729	100	583	100	745	100	686	100	635	100
1-4	182	19,7	196	36,0	204	29,9	177	23,3	225	35,3	206	34,7	165	22,6	183	31,4	266	35,7	185	27,0	200	31
5-9	497	53,7	309	56,8	404	59,2	432	56,9	331	52,0	340	57,2	410	56,2	327	56,1	402	54,0	386	56,3	349	55
10 et plus	246	26,6	39	7,2	75	11,0	150	19,8	81	12,7	48	8,1	154	21,1	73	12,5	77	10,3	115	16,8	86	14
Total	925	100	544	100	683	100	759	100	637	100	594	100	729	100	583	100	745	100	686	100	635	100
Living with her	589	76,4	413	86,9	485	83,2	578	86,3	467	87,6	446	86,1	596	89,8	459	89,3	546	85,2	535	85,1	472	82,1
Staying elsewhere	182	23,6	62	13,1	98	16,8	92	13,7	66	12,4	72	13,9	68	10,2	55	10,7	95	14,8	94	14,9	103	17,9
Total	771	100	475	100	583	100	670	100	533	100	518	100	664	100	514	100	641	100	629	100	575	100
0	71	7,7	23	4,2	43	6,3	81	10,7	76	11,9	48	8,1	66	9,1	42	7,2	62	8,3	55	8,0	50	7,9
1	152	16,4	83	15,3	106	15,5	97	12,8	114	17,9	84	14,1	117	16,0	72	12,3	112	15,0	79	11,5	99	15,6
2	160	17,3	79	14,5	109	16,0	115	15,2	108	17,0	88	14,8	129	17,7	75	12,9	100	13,4	94	13,7	91	14,3
3	137	14,8	85	15,6	98	14,3	96	12,6	79	12,4	72	12,1	88	12,1	82	14,1	88	11,8	89	13,0	92	14,5
4-5	226	24,4	131	24,1	152	22,3	167	22,0	110	17,3	144	24,2	141	19,3	135	23,2	145	19,5	135	19,7	140	22,0
6-7	119	12,9	81	14,9	96	14,1	125	16,5	88	13,8	77	13,0	98	13,4	72	12,3	126	16,9	116	16,9	68	10,7
8 et plus	60	6,5	62	11,4	79	11,6	78	10,3	62	9,7	81	13,6	90	12,3	105	18,0	112	15,0	118	17,2	95	15,0
Total	925	100	544	100	683	100	759	100	637	100	594	100	729	100	583	100	745	100	686	100	635	100
1	304	44,0	203	47,8	205	37,8	218	35,7	203	45,5	181	39,5	224	38,0	152	34,4	224	39,6	154	27,6	158	32,0
2	234	33,9	161	37,9	236	43,5	230	37,6	157	35,2	178	38,9	207	35,1	187	42,3	224	39,6	252	45,2	204	41,3
3	103	14,9	49	11,5	81	14,9	97	15,9	51	11,4	82	17,9	98	16,6	81	18,3	80	14,2	104	18,7	93	18,8
4 et plus	50	7,2	12	2,8	21	3,9	66	10,8	35	7,8	17	3,7	60	10,2	22	5,0	37	6,5	47	8,4	39	7,9
Total	691	100	425	100	543	100	611	100	446	100	458	100	589	100	442	100	565	100	557	100	494	100
0	350	37,8	144	26,5	189	27,7	229	30,2	254	39,9	175	29,5	208	28,5	142	24,4	216	29,0	166	24,2	157	24,7
1	340	36,8	213	39,2	241	35,3	234	30,8	182	28,6	175	29,5	243	33,3	167	28,6	249	33,4	190	27,7	198	31,2
2	201	21,7	150	27,6	211	30,9	238	31,4	161	25,3	184	31,0	232	31,8	197	33,8	224	30,1	253	36,9	226	35,6
3-5	34	3,7	37	6,8	42	6,1	58	7,6	40	6,3	60	10,1	46	6,3	77	13,2	56	7,5	77	11,2	54	8,5
Total	925	100	544	100	683	100	759	100	637	100	594	100	729	100	583	100	745	100	686	100	635	100

Tableau 3 : Répartition des femmes enquêtées selon leurs caractéristiques socioéconomiques par province de résidence

7. Principaux Résultats

Nous ne présentons ci-dessous les résultats ayant révélé des associations statistiquement significatives entre la variable dépendante, à savoir « l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive moderne à un moment donné de la vie » et les variables indépendantes.

Les résultats des analyses bivariées ainsi que des régressions logistiques des provinces du Kivu (Nord et Sud) ainsi que le Maniema étant très proches de ceux de la province du Bandundu, seuls ceux de cette province seront présentés. Il en est de même de ceux du Katanga qui sont très proches de ceux trouvés pour la province du Bas-Congo qui, du reste sont aussi proches de ceux de Kinshasa, à cause notamment du fait que ces trois provinces ont un niveau de développement économique assez proche.

L'unique tableau de l'annexe présente les résultats des régressions logistiques. Ceux-ci sont également résumés dans cette section pour chacune des provinces.

a. Intensité et déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne à Kinshasa

Parmi les variables prises en compte dans l'analyse, seules la profession du partenaire, le niveau de du ménage et le niveau d'instruction du partenaire sont statistiquement associées à l'utilisation ou non de la planification familiale par des méthodes modernes par les femmes de Kinshasa (tableau 5). Il ressort de ce tableau que, le recours à ces méthodes est faible lorsque le partenaire de la femme n'effectue pas un travail intellectuel. Le faible niveau de vie ainsi que le faible niveau d'études sont des principaux obstacles à la planification familiale par des méthodes modernes.

Cependant, au niveau de déterminants, seule le niveau de vie s'avère exercer un effet prépondérant. En effet, par rapport aux femmes des ménages riches, celles vivant dans des ménages pauvres ont plus de chance de ne pas utiliser ces méthodes. Ce résultat n'est pas du tout surprenant, car

Tableau 5 : Proportion des femmes vivant à Kinshasa en 2007 n'ayant jamais utilisé une méthode contraceptive moderne selon certaines de leurs caractéristiques socio-culturelles.

VARIABLES	MODALITES	jamais utilisé (%)	Khi-deux
Profession du partenaire	Travail intellectuel	47,2	13,283**
	Travailleurs manuels	55,9	
	Indépendants agriculteurs	67,3	
Niveau de vie du ménage	Pauvre	90,9	10,791**
	Moyen	84,6	
	Riche	53,8	
Niveau d'instruction du partenaire	Sans instruction et primaire	79,1	10,766**
	Secondaire et plus	53,5	

La situation observée à Kinshasa est proche de celle du Katanga.

b. Intensité et déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne dans la Province du Bas-Congo

Les résultats observés pour la province du Bas-Congo, une des provinces les plus proches de la capitale (Kinshasa) ne sont pas du tout éloignés de ceux constatés dans cette ville, sauf qu'ici, le milieu de résidence discrimine l'utilisation des méthodes contraceptives, selon que les femmes sont du milieu urbain ou rural. Le fait de vivre dans ce dernier milieu est un obstacle à la planification familiale par des méthodes modernes. Dans cette province, les femmes dont les partenaires travaillent exclusivement dans l'agriculture sont majoritaires parmi celles qui n'ont utilisé ce type de contraception (Tableau 6).

De toutes les variables reprises dans ce tableau, seule la profession du partenaire influence de manière très négative le recourt à la planification familiale par des méthodes modernes. Comparées aux femmes dont les partenaires exercent une activité « intellectuelle, celles dont les conjoints travaillent comme manœuvres sont peu enclines à avoir déjà utilisé une méthode contraceptive moderne. Cette probabilité est davantage très importante lorsque les conjoints sont des agriculteurs.

Tableau 6 : Proportion des femmes vivant dans la province du Bas-Congo en 2007 n'ayant jamais utilisé une méthode contraceptive moderne selon certaines de leurs caractéristiques socio-culturelles.

VARIABLES	MODALITES	Jamais utilisé (%)	Khi-deux
Milieu de residence	Urbain	50	30,566***
	Rural	74,6	
Profession du partenaire	Travail intellectuel	52,1	24,562***
	Travailleurs manuels	57,1	
	Indépendants agriculteurs	75,5	
Niveau d'instruction de la femme	Sans instruction et primaire	73,9	18,849***
	Secondaire et plus	55,6	
Niveau de vie du ménage	Pauvre	75,1	15,912***
	Moyen	71,7	
	Riche	57,1	
Niveau d'instruction du partenaire	Sans instruction et primaire	78,9	17,173***
	Secondaire et plus	61,2	

c. Intensité et déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne dans la Province du Bandundu

Bien que proche de Kinshasa, la province du Bandundu n'a pas le même niveau de développement socio-économique que celle du Bas-Congo. ce faible niveau de développement transparaît même dans l'importance des proportions des femmes qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive moderne. A peine 3 femmes sur 10 du milieu urbain ont déjà utilisé cette méthode. Comme pour les autres provinces le niveau d'instruction du partenaire, surtout le faible niveau est un des grands obstacles à la planification familiale par des méthodes modernes. Ceci montre bien l'importance d'impliquer ou de sensibiliser les partenaires des femmes à cette problématique. Curieusement dans cette province, le travail de la femme hors du ménage est un obstacle alors qu'il devrait être un facteur d'épanouissement (tableau 7).

Paradoxalement, dans cette province ce sont les femmes des ménages riches qui sont enclines à ne pas utiliser les méthodes contraceptives modernes comparées aux femmes des ménages pauvres. Ce résultat surprend au regard de tout ce qui a déjà été dit à ce sujet jusque là. Il serait donc important de vérifier la manière dont cette information avait été collectée, non seulement dans cette province mais aussi dans d'autres provinces surtout celles où l'agriculture et la pêche sont des principales activités. En effet, ce même résultat a été observé dans les provinces du Kasai-Occidental et du Kasai-Occidental.

Tableau 7 : Proportion des femmes vivant dans la province du Bandundu en 2007 n'ayant jamais utilisé une méthode contraceptive moderne selon certaines de leurs caractéristiques socio-culturelles.

VARIABLES	MODALITES	jamais utilisé (%)	Khi-deux
Milieu de residence	Urbain	71,7	14,258***
	Rural	84,1	
Femme travaille hors du ménage	Non	69,9	7,838**
	Oui	81,9	
Profession du partenaire	Travail intellectuel	72,1	10,452**
	Travailleurs manuels	75,7	
	Indépendants agriculteurs	83,9	
Niveau d'instruction de la femme	Sans instruction et primaire	86,5	24,370***
	Secondaire et plus	71,3	
Niveau de vie du ménage	Pauvre	84,6	24,879***
	Moyen	82,4	
	Riche	65,2	
Niveau d'instruction du partenaire	Sans instruction et primaire	90,5	18,562***
	Secondaire et plus	76	

d. Intensité et déterminants de l'utilisation d'une méthode contraceptive moderne dans les Provinces du Kasai-Oriental et du Kasai-Occidental

Ces deux provinces situées au centre de la RDC sont habitées par des peuples très proches culturellement. Les femmes de ces provinces se distinguent des autres par leur fécondité très élevée.

L'unique variable qui est associée à l'utilisation des méthodes contraceptives moderne au Kasai-Oriental est le niveau d'instruction du partenaire où 83 % des femmes des conjoints instruits et 93 % des conjoints moins instruits n'avaient jamais utilisé une méthode contraceptive moderne. Dans l'entretemps, le niveau de vie est l'unique déterminant du non recours à ces méthodes, particulièrement chez les femmes des ménages riches. A ce sujet il importe de préciser que l'exploitation artisanale du diamant est la principale activité économique dans cette province. Ainsi, les hommes les plus riches sont analphabètes dans la plupart de cas. Leurs manières de se comporter ne sont pas du tout différentes des pauvres. Cette situation est la même que dans la province du Kasai-Occidental.

Conclusion

La faible utilisation des méthodes contraceptives modernes en Afrique en Général et en RDC en particulier fait penser au fait que cette pratique est encore considérée dans cet espace géographique comme une importation occidentale. Tout en connaissant l'utilité de l'espacement et de la limitation des naissances, les femmes congolaises continuent à s'appuyer sur leurs expériences et les méthodes naturelles, malgré leur inefficacité.

Cette réflexion révèle notamment qu'aucune province n'a tiré profit de l'ancienneté de la diffusion des méthodes contraceptives modernes en RDC. En plus, l faible développement n'a pas aidé à l'expansion des cultures occidentales, car les principaux obstacles à l'utilisation de ces méthodes sont des variables socio-culturelles (niveau d'instruction, milieu de résidence) mais aussi socio-économique (niveau de vie). Ainsi, le faible accès des femmes et/ou de leurs conjoints à des valeurs occidentales demeure le plus grand obstacle à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ceci transparait dans les niveaux de non recours à ces méthodes dans les provinces à faible niveau de développement économique comme Bandundu et les deux Kasai. La situation est similaire dans les autres provinces de l'Est. A Kinshasa, Bas-Congo et Katanga, les trois provinces qui constituent le pôle économique le plus développé en RDC, seules les femmes qui sont elles mêmes en retard d'instruction et/ou leurs conjoints, d'une part et celles vivant dans des ménages pauvres d'autre part sont en majorité celles qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive moderne.

Cette analyse a montré également quelques limites en termes de la qualité des données, particulièrement celles relatives à l'indicateur « niveau de vie ». Il ressort à ce sujet dans les provinces à faible niveau de développement économique que les femmes vivant dans des ménages riches ont par ailleurs plus de chance de n'avoir jamais utilisé une méthode contraceptive moderne que les femmes des ménages pauvres. Ce qui semble aberrant.

Par rapport à l'entreprise du gouvernement congolais à savoir le repositionnement de la PF, ces résultats suggèrent une focalisation des activités dans le domaine de la sensibilisation des hommes et des femmes à la problématique de la PF, particulièrement ses avantages. La conscience des couples sur leurs responsabilités dans le domaine de la reproduction et du bien être des membres de leurs ménages permettrait ceux-ci à aller vers les services de planification sinon ceux-ci ne seront jamais fréquentés. Par ailleurs et au regard du fait les

principaux obstacles sont d'ordre économie et socio-culturels, l'amélioration des conditions de vie des populations serait une des meilleures pilules dans ce repositionnement de la PF.

Bibliographie indicative

- Ba H. et Rodriguez E., 1999, « Connaissance et utilisation de la contraception au Sénégal » in Ayad M. et Ndiaye S., *Perspectives sur la planification familiale, la fécondité et la santé de la reproduction au Sénégal 1986-1997*, Ministère de l'Economie, des finances et du Plan ; Direction de la Prévision et de la Statistique ; Division des Statistiques démographiques ; Demographic and Health Surveys, Macro international inc., pp. 1-28.
- Binet C. et Gastineau B., 2007, « Modes de contrôle de la fécondité en Afrique de l'Ouest » in Bulletin de Madagascar, n° 30, août-septembre 2007, 8 p.
- Mbo ML, 2009, Etat des lieux de la santé de la reproduction en RDC. Communication au colloque sur le repositionnement de la planification familiale en RDC. Kinshasa du 7 au 10 décembre 2009 ;
- République Démocratique du Congo – Ministère du Plan et de la reconstruction, 2002, *Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes (MICS2) en République Démocratique du Congo en 2001*. Kinshasa, 184 p.
- République Démocratique du Congo, Ministère du Plan, 2002, *Document intérimaire de stratégies de réduction de la pauvreté*, Kinshasa, mars 2002, 97 p.
- Romaniuk A., 1967, *La fécondité des populations congolaises*, Paris, Mouton, 1967, 348 p.
- Une analyse comparative (Sénégal, Mali, Burkina Faso et Ghana) » in BULLETIN D'INFORMATION SUR LA POPULATION
- Zamwangana T., 2005, *Migration féminine et fécondité à Kinshasa*. Thèse de doctorat, Université catholique de Louvain, Institut de Démographie. Academia-Bruylant, Louvain-la-Neuve, 305 p.

Annexe : Tableau unique : Résultats de la régression logistique (probabilité de la non utilisation d'une méthode contraceptive par les femmes congolaises vivant en union durant leur vie féconde selon leurs provinces de résidence.

		Kinshasa	Bas-Congo	Bandundu	Equateur	Orientale	Nord-Kivu	Maniema	Sud-Kivu	Katanga	Kasai-Oriental	Kasai-Occidental
		Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)	Exp(B)
Total enfants nés	0	1	1	1		1	1	1	1	1	1	1
	1	0,749	0,399	0,973	3,074	1,881	2,120	1,116	0,509	1,406	2,822	130456498,651
	2	0,975	0,411	1,827	4,289*	5,104*	4,662	1,495	1,589	2,209	4,135	188401634,710
	3	1,764	0,317	0,645	2,576	5,644	4,116	3,323	1,901	5,227	1,990	204537154,111
	4-5	1,222	0,493	0,468	2,805	13,957**	4,807	5,503*	0,862	1,366	2,122	60752432,841
	6-7	0,945	0,290	0,239	1,136	27,300***	5,437	9,820**	0,537	4,225	1,543	59080655,074
	8 et plus	2,418	0,337	0,377	1,572	22,440**	5,060	10,928**	0,078	6,605	0,764	298842531,951
Age de la femme	15-24	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	25-29	1,004	0,812	2,901**	0,984	0,472	0,754	0,495*	0,536	0,783	2,043	0,758
	30-34	0,608	1,159	1,952	1,613	0,223**	0,600	0,301**	1,025	0,646	2,116	0,414
	35-39	0,574	1,470	2,636	1,305	0,759	0,228**	0,298*	1,258	0,523	3,124	0,937
	40-44	0,498	1,200	0,954	1,137	0,145*	0,411	0,253*	0,517	0,816	2,808	0,298
	45-49	0,318	0,561	1,593	1,162	0,0560**	0,331	0,025***	3,840	0,951	4,263	0,000
Age du partenaire	15-29	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	30-34	0,542*	1,098	0,593	0,943	0,829	2,033	0,945	2,50*	0,600	0,838	1,016
	35-39	0,678	0,977	0,589	0,547	0,799	2,483*	0,551	1,561	1,233	0,528	1,128
	40-44	0,878	0,691	0,583	1,432	0,171**	2,402	0,761	2,814	0,955	0,602	1,027
	45-49	0,658	1,478	0,708	0,710	1,122	0,687	0,762	2,641	1,491	0,538	1,101
	50 et plus	0,851	0,642	1,413	1,568	0,922	1,132	0,983	1,166	0,187	0,226*	0,871
Naissances des 5 dernières années	0	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
	1	1,591	1,682	1,275	0,437*	0,322**	0,724	0,992	1,653	0,590	1,032	1,021
	2	1,240	2,033	1,062	0,262**	0,238**	0,343	0,554	1,7298	0,538	1,053	1,058
	3-5	0,909	1,633	2,417	0,196**	0,220*	0,291	0,476	2,5928	0,335	1,380	1,641

