

STATUT DE LA FEMME RELIGION ET FECONDITE UAPS 2015 SOUTH AFRICA

CONTEXTE

La République Démocratique du Congo est un vaste pays avec d'énormes ressources naturelles. Sur le plan du développement humain, la RDC se caractérise par une prévalence élevée de la pauvreté qui est estimée à 63,40% en 2012, un niveau qui contraste avec les énormes potentialités économiques du pays. Le gouvernement fait face à un grand défi de maîtriser les paramètres économiques d'une part et maîtriser les paramètres démographiques d'autre part car le développement vise le bien être de la population.

Selon les résultats de l'EDS 2013 l'indice synthétique de fécondité est 6,6 enfants par femme.

La fécondité de la femme congolaise demeure parmi les plus élevées d'Afrique.

Bien avant l'adoption du Plan d'Action issu de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement(CIPD) tenue au Caire en 1994, la RDC s'était déjà préoccupée du rythme de croissance rapide de sa population. Des années auparavant, la population a vécu avec le comportement pronataliste dominé par le prestige et la satisfaction que procure une progéniture nombreuse. Cependant, en 1973, passant outre les textes légaux qui interdisaient jusqu'ici la pratique et la publicité sur les contraceptifs notamment le décret du 1^{er} avril 1933 en son article 74 quinter, repris in extenso sous l'article 178 dans le code pénal spécial de 1967 et dans ses mises à jour ultérieures, le pays a porté néanmoins son dévolu sur ce qui s'appelait alors *naissances désirables*. En fait, il s'agit d'un concept original de *Planification Familiale(PF)* avec cette particularité de mettre l'accent sur la responsabilité parentale qui tient compte à la fois du désir et des ressources propres de tout un chacun. Ainsi, les couples inféconds, devraient bénéficier de tout concours s'ils veulent devenir parents. C'est partant de cette conviction et sans peine que la RDC adhéra au Plan d'Action de CIPD 1994 qui dans son chapitre 7 parle de droits et santé de la reproduction où la PF constitue l'une des composantes principales.

Quatre décennies après la mise en place des services « des naissances désirables » la plupart des enquêtes menées au cours de cette période montrent un écart entre la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives sur lesquelles s'appuie leur pratique. A titre illustratif, notons que EDS –RDC de 2007 indique 89% de tous les hommes de 15 à 49 ans contre 82% des femmes de 15 -49 ans ont déclaré connaître une méthode contraceptive quelconque (moderne ou traditionnelle). Le ministère de la santé a élaboré un Pan stratégique National à vision multisectorielle sur la planification familiale; aligné au Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) prévu lui-même pour la période de 2011 à 2015, celui-ci prend cours entre 2014 et 2020. Ce dernier a deux objectifs principaux, à savoir :

- Augmenter la prévalence contraceptive moderne estimée à 6,5% en 2003(5,4% en 2010) à 19%au moins d'ici 2020;
- Assurer l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes à au moins 2,1 millions de femmes d'ici 2020.

Exprimés en d'autres termes, ces objectifs se retrouvent inscrits dans le document de Stratégie Croissance et de Réduction de la Pauvreté(DSCR) de la première comme dans celle de la deuxième génération et se réfèrent en même temps aux Objectifs du Millénaire pour le développement(OMD).

En cette période de reconstruction nationale, il est souhaitable que les décideurs aient une vision globale sur les déterminants de la haute fécondité de la femme congolaise. Dans cette étude, nous voudrions examiner dans quelle mesure le statut social de la femme et la religion peuvent influencer sa fécondité tout en n'excluant pas l'importance des autres facteurs.

A partir des données de l'EDS 2013 nous voulons voir s'il existe une corrélation entre ces variables explicatives et la fécondité.

APPROCHE THEORIQUE

De plus en plus dans les théories de la fécondité ;comme de la mortalité ou des migrations ,on en appelle ces dernières années à donner une place explicative au groupe ,à la communauté au contexte ;en d'autres termes ,on cherche à réinscrire après deux décennies de domination du micro démographique les comportements des individus dans leur milieu de vie économique ;social politique ou culturel plus ou moins immédiat (village/quartier/district/région).C'est revenir à la vieille évidence scientifique en sociologie :la société ;avec ses valeurs ;ses normes ;ses seuils de tolérance et ses pressions a ou peut avoir un impact sur les comportements familiaux ou individuels .C'est plus simplement reconnaître que si bien sûr les comportements relèvent finalement des individus ;ils peuvent être influencés par l'environnement dans lequel ils vivent .Ce n'est point rejeter le rôle des variables individuelles ;c'est les revitaliser en y ajoutant une dimension contextuelle. Les approches institutionnelles de fécondité les plus récentes par exemple redonnent à l'histoire ; aux processus et aux acteurs des différents niveaux (local ;régional ;national et même international)une place dans l'explication de tout changement (ou maintien)d'un système de reproduction (J.Poirier et V.piché ;1995)

Cette idée d'intégrer différents niveaux d'agrégation pour mieux comprendre la fécondité n'est pas nouvelle .Des 1974,Freedman appelait à la prise en compte de variables communautaires dans les enquêtes mondiales de fécondité (EMF) et à l'étude des interactions entre caractéristiques ,individuelles et communautaires .Les résultats seront dans l'ensemble assez décevants et Casterline (1985) termine ainsi sa synthèses des recherches faites à partir des enquêtes EMF : en totalisant les relations statistiquement significatif insuffisance et la mauvaise qualité des données contextuelles et la faiblesse de la conceptualisation et de la spécifications des modèles .Depuis bien sur ,les données se sont accumulées avec notamment les enquêtes démographiques et santé EDS des années 1980 et 1990 ,les méthodes d'analyse et les outils informatiques se sont perfectionnés, et les analyses de la fécondité intégrant variables individuelles et contextuelles se sont multipliées.

L'approche contextuelle cherche à dégager le rôle des « effets contextuels » sur les comportements de fécondité des individus, et aussi à mettre en évidence les interactions entre variables individuelles et contextuelles .Contrairement à l'analyse agrégée, elle reste centrée sur l'individu. Elle se distingue des approches agrégées en ce que la variable à expliquer est individuelle, et des analyses individuelles en ce qui sont prises en compte

parmi les variables individuelles et des variables contextuelles, ainsi que la variabilité des relations entre contextes.

STATUT DE LA FEMME

En Afrique, les hommes jouent un rôle prépondérant sur le comportement des les femmes et des enfants .Pour des raisons culturelles, économiques et sociales les femmes africaines sont marginalisées au sein des ménages et dans les communautés dans le processus de prises de décisions ;Le faible pouvoir de décision des femmes africaines est un facteur important dans la perpétuation des disparités de genre, et font de la femme entièrement dépendante de l'homme pour changer sa situation. Il est évident que sans une implication réelle de la femme dans le processus de prise de décision, il sera difficile d'espérer que leurs besoins pécuniaires que le gaz domestique ;les produits pour le nettoyage, l'accès à l'eau potable ,la disponibilité des aliments ,production agricole et les problèmes de la santé de la reproduction ne pourront pas être bien appréhendés(Thérèse Loco et Yara Makdessi 1996)

Il est évident qu'avec une information appropriée, les outils et le soutien social les femmes ont été capables de se prendre en charge et d'apporter des changements positifs dans leurs vies personnelles, leurs familles et leur communauté.

Plusieurs théories et études empiriques existent en démographie et en santé publique sur les effets des relations égalitaires entre mari et femme et leur influence positive sur le comportement en matière de santé de la reproduction. Généralement plus intimes sont les relations entre époux ,plus la femme a la latitude de participer aux décisions conjugales et plus elle pourra résoudre ses problèmes pécuniaires .Par exemple la communication des époux sur la santé de la reproduction a été trouvée comme déterminant principal dans l'utilisation des méthodes contraceptives et le pouvoir de négocier en matière sexuelle pour les femmes(Drenman,1998,Manderson et al,1997robey et al,199-rama Rao et Townsend,1995,Miles1993).Les EDS ont démontré que les épouses qui communiquent avec leurs époux en planification familiale sont plus enclin à utiliser une méthode contraceptive et moins disposées à avoir des besoins non satis faits en planification familiale.

Généralement les hommes prennent les décisions qui non seulement les affectent eux même mais aussi leurs partenaires en santé de la reproduction. Les décisions que les hommes prennent concernant les soins prénatals et post natals déterminent le statut de survie des femmes(Sherpa and Rai,1997,Thaddeus and Maine 1994) Il n'est dès lors pas surprenant de voir beaucoup des programmes en santé de la reproduction chercher les voies et moyens d'impliquer les hommes en matière de planification familiale et dans les soins des enfants.

Selon l'OMS, à travers le monde, chaque plus de 585000 femmes meurent des suite des grossesses (Drenman1998, OMS 1998) pourtant avec des soins prénatals, de l'accouchement et postnatals, la plupart de ces décès peuvent être évités. Il est clair que les hommes en tant que partenaires des femmes enceintes et décideurs principaux ont un rôle important dans la réduction de la mortalité maternelle.

RELIGION

Des études ont démontré que certaines religions plus intégristes par opposition aux religions plus libérales, ne permettent pas aux femmes de revendiquer leurs droits. La variable religion est importante du fait qu'elle oriente les attitudes et comportements des individus au sein de la société. Elle préconise certaines valeurs et commandements qui peuvent encourager la haute fécondité et stigmatiser l'utilisation des méthodes contraceptives

PRESENTATION DES DONNEES

Les données analysées dans cette communication proviennent de l'EDS/RDC 2013 qui fait partie du programme international des Enquêtes démographiques et Santé (Demographic and Health Surveys, DHS) géré par ICF International. Un échantillon de 18360 ménages (5474 en milieu urbain dans 161 grappes et 12886 en milieu rural dans 379 grappes) ont été tirés. Toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant habituellement dans les ménages sélectionnés ou présentes la nuit précédant l'enquête; étaient éligibles pour être enquêtées. De plus, dans un sous échantillon d'un ménage sur deux, tous les hommes de 15 à 59 ans étaient éligibles pour être enquêtés.

Au cours de l'EDS II, un certain nombre de questions posées aux femmes ont permis d'élaborer certains indicateurs du statut de la femme et d'évaluer son niveau de participation au développement. Ces questions portaient entre autres sur l'emploi et la rémunération des femmes et des hommes et le pouvoir de décision et d'action des femmes au sein du ménage, leur droit à disposer de leurs revenus leurs opinions sur certains aspects de la vie du couple et la possession de certains biens. Cette communication se focalise sur un aspect du statut de la femme en l'occurrence, le pouvoir de décision des femmes en corrélation avec leurs religions et leurs fécondités

Tableau 1 : Fécondité selon certaines caractéristiques sociodémographiques

Indice Synthétique de fécondité pour les trois dernières années ayant précédé l'enquête pourcentage de femmes 15-49 ans actuellement enceintes et nombre moyen d'enfants nés vivants pour les femmes de 40-49 ans selon certaines caractéristiques RDC 2013- 2014

Caractéristiques	Indice synthétique de fécondité	Pourcentage des femmes de 15-49ans actuellementenceintes	Nombre moyen d'enfants nés vivants des femmes de 40-49 ans
Résidence			
Urbain	5,4	9,4	5,8
Rural	7,3	13,2	6,7
Province			
Kinshasa	4,2	5,7	4,8
Bas-congo	6,0	12,6	6,5
Bandundu	6,3	21,2	6,1
Equateur	7,0	14,3	6,5
Orientale	5,9	11,6	5,3

Nord-Kivu	6,5	9,7	6,7
Sud-kivu	7,7	12,5	7,4
Maniema	6,9	14,8	7,0
Katanga	7,8	12,8	7,3
Kasai oriental	7,3	12,4	7,5
Kasai Occidental	8,2	14,2	7,5
Ensemble	6,6	11,7	6,4

Rapport EDS 2013 page 72

Tableau 2 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement en union qui habituellement prennent certains types de décisions, soit seules soit ensemble avec leur conjoint selon certaines caractéristiques sociodémographiques, RDC 2013-2014

Caractéristiques sociodémographiques	Type de décisions			Les trois décisions	Aucune des trois décisions	Effectifs des femmes
	Soins de santé de la femme	Achats importants pour le ménage	Visites à la famille ou aux parents de la femme			
Groupes d'âges						
15-19	33,9	49,9	48,5	26,3	35,8	863
20-24	41,7	55,6	48,2	29,3	30,9	2231
25-29	45,1	60,1	53,0	32,2	26,3	2817
30-34	48,1	60,8	56,9	35,9	25,1	2207
35-39	51,3	61,5	58,0	36,5	32,0	1820
40-44	53,3	65,8	57,9	38,6	22,5	1252
45-49	49,8	65,1	59,1	36,3	20,5	906
Nombre d'enfants vivants						
0						
1-2	44,9	60,1	55,1	34,5	26,5	934
3-4	43,2	57,5	51,7	31,1	28,5	3825
5+	46,6	59,6	54,8	33,3	26,4	3351
	49,5	62,2	55,9	35,8	24,0	3985
Résidence						
Urbain	47,5	65,8	60,1	33,5	18,1	3880
Rural	47,8	57,0	51,5	33,5	30,1	8216
Province						
Kinshasa	60,3	72,8	71,1	433	9,9	1003
Bas-congo	44,9	68,0	43,1	291	21,8	489
Bandundu	41,3	59,3	52,4	298	26,9	2108
Equateur	43,2	58,9	55,1	300	24,6	1760
Orientale	53,7	66,6	60,8	436	24,4	1158
Nord-Kivu	58,5	64,1	66,3	448	19,5	875
Sud-Kivu	66,0	78,9	69,5	512	10,7	864
Maniema	45,1	55,6	52,5	360	30,9	427
Katanga	38,1	49,9	46,9	249	33,5	1158
Kasai Oriental	34,3	46,9	43,4	239	40,3	1353
Kasai Occidental	38,7	47,,1	35,6	242	40,5	900
Ensemble	46,3	59,8	54,2	33,5	26,3	12096

Rapport EDS 2013 page 294

ANALYSE MULTIVARIEE ET RESULTATS

Dans cette étude le statut de la femme a été mesuré au travers d'une « variable composite » créée à partir de 5 variables que sont :

1. La personne qui décide sur l'utilisation du revenu de la femme
2. La personne qui décide de l'utilisation du revenu du partenaire de la femme ou du mari
3. La personne qui décide des grands achats à effectuer dans le ménage
4. La personne qui décide des soins de santé de la femme
5. La personne qui décide des visites en famille ou chez les amis

Sachant que la dimension genre exige que la décision soit consensuelle entre l'homme et la femme ensemble.

Ainsi, il a été créé 3 classes expliquant le statut de la femme.

Les femmes qui participent à moins de 50% ont été classées au statut faible, celles qui ont participé à 50% au statut moyen et celles qui participent à plus de 50% sont considérées vivant dans un bon statut dans leur couple.

Les tableaux qui suivent ont ventilé les résultats en RDC :

Tableau 4 : Statut des femmes

	Effectifs	Pourcentage valide
mauvais	4835	59,4
moyen	981	12,0
bon	2325	28,6
Total	8141	100,0

A la lecture de ce tableau, il apparait que les femmes congolaises jouissent à 59,4 % d'un statut faible, 12% d'un statut moyen et 28,6% d'un statut plus ou moins bon.

Tableau 5 : Statut des femmes selon leurs fécondités et leurs religions en RDC

religion	statut		fécondité				Total
			pas d'enfants	1 à 2 enfants	3 à 4 enfants	5 enfants et plus	
Catholique, protestante et kimbanguiste	mauvais	Effectif	172	775	732	1121	2800
		%	57,9%	58,8%	59,2%	58,2%	58,6%
	moyen	Effectif	36	160	145	221	562
		%	12,1%	12,1%	11,7%	11,5%	11,8%
	bon	Effectif	89	383	360	585	1417
		%	30,0%	29,1%	29,1%	30,4%	29,7%
autres chrétiens	mauvais	Effectif	93	518	477	713	1801
		%	57,1%	62,9%	60,0%	58,4%	60,0%
	moyen	Effectif	26	100	98	158	382
		%	16,0%	12,2%	12,3%	12,9%	12,7%
	bon	Effectif	44	205	220	350	819
		%	27,0%	24,9%	27,7%	28,7%	27,3%
musulman	mauvais	Effectif	5	19	16	32	72
		%	100,0%	70,4%	53,3%	58,2%	61,5%
	moyen	Effectif	0	4	6	5	15
		%	0,0%	14,8%	20,0%	9,1%	12,8%
	bon	Effectif	0	4	8	18	30
		%	0,0%	14,8%	26,7%	32,7%	25,6%
église traditionnelle	mauvais	Effectif	9	31	53	69	162
		%	81,8%	66,0%	73,6%	61,1%	66,7%
	moyen	Effectif	0	5	8	9	22
		%	0,0%	10,6%	11,1%	8,0%	9,1%
	bon	Effectif	2	11	11	35	59
		%	18,2%	23,4%	15,3%	31,0%	24,3%

Les données du tableau 5 reflètent dans l'ensemble les mêmes tendances que celles du tableau 4 sur le statut de la femme avec une légère amélioration liée quelques fois avec l'augmentation de l'ISF.

En effet, on note un relèvement du pourcentage des femmes ayant un bon statut au fur et à mesure que l'ISF augmente dans toutes les églises sauf pour les églises traditionnelles.

Les musulmans et ceux des églises traditionnelles affichent respectivement 61,5% et 66,7% des femmes qui ont un mauvais statut se démarquant quelque peu des autres religions.

La haute fécondité serait un facteur pouvant améliorer le statut de la femme ? Pour répondre à cette question, il faudra mener des recherches plus approfondies car plusieurs études empiriques ont démontré que l'élévation du statut de la femme a souvent pour corollaire la réduction de son ISF.

Tableau 6 : Statut des femmes par province et selon la religion en RDC

Province statut			religion				Total
			catholique, protestante et kimbanguiste	autres chrétiens	musulman	église traditionnelle	
Kinshasa	mauvais	Effectif	109	295	4	4	412
		%	61,2%	65,4%	57,1%	40,0%	63,8%
	moyen	Effectif	32	81	2	3	118
		%	18,0%	18,0%	28,6%	30,0%	18,3%
	bon	Effectif	37	75	1	3	116
		%	20,8%	16,6%	14,3%	30,0%	18,0%
Bandundu	mauvais	Effectif	615	267	1	46	929
		%	67,0%	53,0%	100,0%	86,8%	62,9%
	moyen	Effectif	98	72	0	3	173
		%	10,7%	14,3%	0,0%	5,7%	11,7%
	bon	Effectif	205	165	0	4	374
		%	22,3%	32,7%	0,0%	7,5%	25,3%
Bas-Congo	mauvais	Effectif	112	77	2	32	223
		%	45,7%	65,3%	50,0%	65,3%	53,6%
	moyen	Effectif	38	12	2	3	55
		%	15,5%	10,2%	50,0%	6,1%	13,2%
	bon	Effectif	95	29	0	14	138
		%	38,8%	24,6%	0,0%	28,6%	33,2%
Equateur	mauvais	Effectif	605	234	5	6	850
		%	62,7%	59,5%	62,5%	50,0%	61,7%
	moyen	Effectif	134	64	1	2	201
		%	13,9%	16,3%	12,5%	16,7%	14,6%
	bon	Effectif	226	95	2	4	327
		%	23,4%	24,2%	25,0%	33,3%	23,7%
Kasai-Occidental	mauvais	Effectif	108	241	8	6	363
		%	68,4%	66,4%	80,0%	66,7%	67,2%
	moyen	Effectif	23	37	0	2	62

		%	14,6%	10,2%	0,0%	22,2%	11,5%
	bon	Effectif	27	85	2	1	115
		%	17,1%	23,4%	20,0%	11,1%	21,3%
Kasai-Oriental	mauvais	Effectif	154	296	7	22	479
		%	69,4%	59,8%	63,6%	75,9%	63,3%
	moyen	Effectif	20	47	2	0	69
		%	9,0%	9,5%	18,2%	0,0%	9,1%
	bon	Effectif	48	152	2	7	209
		%	21,6%	30,7%	18,2%	24,1%	27,6%
Katanga	mauvais	Effectif	331	210	2	32	575
		%	69,1%	69,3%	66,7%	62,7%	68,8%
	moyen	Effectif	40	36	0	5	81
		%	8,4%	11,9%	0,0%	9,8%	9,7%
	bon	Effectif	108	57	1	14	180
		%	22,5%	18,8%	33,3%	27,5%	21,5%
Maniema	mauvais	Effectif	63	25	31	0	119
		%	44,7%	55,6%	62,0%	0,0%	50,0%
	moyen	Effectif	16	4	5	0	25
		%	11,3%	8,9%	10,0%	0,0%	10,5%
	bon	Effectif	62	16	14	2	94
		%	44,0%	35,6%	28,0%	100,0%	39,5%
Nord-Kivu	mauvais	Effectif	152	41	10	2	205
		%	46,8%	37,6%	71,4%	33,3%	45,2%
	moyen	Effectif	48	13	0	2	63
		%	14,8%	11,9%	0,0%	33,3%	13,9%
	bon	Effectif	125	55	4	2	186
		%	38,5%	50,5%	28,6%	33,3%	41,0%
Orientale	mauvais	Effectif	343	93	4	5	445
		%	53,2%	52,0%	66,7%	71,4%	53,2%
	moyen	Effectif	77	12	1	1	91
		%	11,9%	6,7%	16,7%	14,3%	10,9%
	bon	Effectif	225	74	1	1	301
		%	34,9%	41,3%	16,7%	14,3%	36,0%
Sud-Kivu	mauvais	Effectif	207	22	1	5	235
		%	41,2%	55,0%	20,0%	38,5%	42,0%
	moyen	Effectif	36	2	1	0	39
		%	7,2%	5,0%	20,0%	0,0%	7,0%
	bon	Effectif	259	16	3	8	286
		%	51,6%	40,0%	60,0%	61,5%	51,1%

En comparant les différentes provinces, il apparaît que le statut de la femme et la religion connaissent quand même une dispersion. Le Kasai Occidental, le Kasai oriental et le Katanga ont des

pourcentages élevés des femmes ayant un mauvais statut et dont les ISF sont les plus élevés du pays. Par contre le Bas Congo, le Sud Kivu, le Nord Kivu et le Maniema affichent des pourcentages acceptables pour les femmes ayant un bon statut. Les facteurs explicatifs cette démarcation pourront faire l'objet d'une étude ultérieure.

CONCLUSION

A l'issue de cette communication, il apparait qu'il existe une corrélation entre les trois facteurs ayant fait l'objet de notre étude .Tout en excluant l'importance des autres facteurs déterminants de la fécondité, nous pensons que le statut de la femme ainsi que l'appartenance religieuse sont des facteurs en prendre en compte pour infléchir la haute fécondité de la femme congolaise.

BIBLIOGRAPHIE

-Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de la Révolution de la Modernité et Ministère de la Santé Publique, Deuxième Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC 2 2013-2014), RDC 2014.

-Ali Kouaouci : Besoins non satisfaits ; à la recherche d'une approche satisfaisante ; étude exploratoire en Egypte, au Maroc et en Syrie, Etude de la population africaine, Troisième Conférence Africaine de Population, Durban 1999.

-Mburano Rwenge : Culture, relations de genre et comportements procréateurs au Cameroun, Troisième conférence Africaine de la Population, UEPA, Durban South Africa décembre 1999.

-B Shoumaker et Dominique Tabutin: Analyse multi-niveau de déterminants de la fécondité : problématique , modèles et applications au Maroc rural, Troisième conférence africaine de la population, UEPA, Durban South Africa décembre 1999.

-Thérèse Loco et Yara Makdessi : Politique de population et baisse de la fécondité en Afrique subsaharienne in les dossiers du CEPED N°44, Paris Novembre 1996.

-Ahmed Bahri : Impact de l'évolution du rôle de la femme sur la fécondité- Cas de quelques pays de l'Afrique de l'ouest in Perspectives internationales du Planning Familial, The Alan Guttmacher Institute, New York 1988.