

# 7<sup>ème</sup> Conférence Africaine sur la Population

Johannesburg- Afrique du Sud

30 novembre- 4 décembre 2015

*Thème : Planification familiale*

## **Sous-Thème : Evaluation des politiques sanitaires en matière des besoins non satisfaits en planification familiale: une comparaison entre EDSI et EDS II au Congo**

Par

*BagamboulaMayamona Geneviève*

**Centre d'Etude et de Recherche des Politiques et des Analyse et des Politiques  
Economiques (CERAPE)**

**35, rue Ngaliema, Mougali, Brazzaville**

[bagagenet@yahoo.fr](mailto:bagagenet@yahoo.fr); [cerapecongo@gmail.com](mailto:cerapecongo@gmail.com)

### **Résumé**

L'Afrique fait partie des régions du monde où la population ne cesse de progresser rapidement avec comme corollaire l'insécurité alimentaire, la pauvreté, le déplacement des populations, chômage massif des jeunes.... Selon les données du RGPH (2007), la population congolaise est de 3 697 490 habitants, composée de 49,25% d'hommes et 50,74% des femmes avec un taux d'accroissement de 3%. L'indice synthétique de fécondité dans l'ensemble est passé de 4,8 à 5,1 enfants par femme de 2005 à 2011. En milieu rural, il est passé de 6,1 à 6,5 enfants, et de 3,8 à 4,5 enfants par femme en zone urbaine de 2005 à 2011 (EDSI et EDSII). Cela montre que le Congo fait partie des pays de l'Afrique subsaharienne dont le niveau de fécondité est élevé. De même, on note aussi le taux de mortalité infantile élevé de l'ordre 76,4‰, une espérance de vie à la naissance de la femme de 53 ans.

Depuis plusieurs décennies, des programmes de planification familiale sont mis en œuvre en vue d'améliorer le bien-être de la famille. Selon l'EDS I (2005), la prévalence contraceptive au Congo est faible, soit 13% parmi les femmes en union conjugale, ce faible taux montre clairement la problématique des besoins non satisfaits de la planification familiale au Congo Brazzaville.

Le Congo est parmi les pays francophones qui n'ont pas encore abrogé la loi française de juillet 1920 sur l'avortement qui prévoit de punir quiconque, dans un but de propagande anti contraceptive. Or, la planification familiale est un ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux familles de choisir à quel moment elles

peuvent avoir les enfants. Celle –ci joue un grand rôle dans la réduction de la morbidité et mortalité maternelle, néonatale et infanto-juvénile. Il importe de noter que la République du Congo a élaboré en 2012, un plan stratégique de repositionnement de la planification familiale qui est une volonté d'accroissement de l'offre de santé à travers le PNDS, ainsi qu'une révision de la loi française de 1920 par une nouvelle loi n°17-2010 du 17 novembre 2010 permettant d'améliorer la prévalence contraceptive au Congo. Assurément, la mise en œuvre de ces dispositifs pourrait réduire les besoins non satisfaits en planification familiale auprès des ménages congolais.

Ainsi l'objectif général de cette communication est de faire une évaluation des politiques sanitaires en matière des besoins non satisfaits de planification familiale en s'appuyant sur les résultats de l'EDSI et l'EDSII. Il s'agit de façon spécifique de : mesurer le niveau de variation des besoins non satisfaits de planification familiale en termes d'espacement et de limitation des naissances; apprécier l'efficacité des politiques en matière de planification sanitaire entre les deux périodes ; déterminer les facteurs explicatifs des besoins non satisfaits de la planification familiale et proposer les recommandations.

Le concept de besoins non satisfaits en matière de planification familiale est un concept en évolution permanente depuis son introduction dans les années 1960, selon USAID(2011). Il est défini par le pourcentage des femmes qui ne souhaitent pas tomber enceinte mais qui n'utilise pas actuellement la contraception. Cet indicateur est très important et, en même temps, très utile pour les responsables des programmes de population. En effet, il permet de mieux comprendre les forces qui affectent les niveaux de la reproduction ainsi que les aspirations des couples à réaliser leurs souhaits et besoins en matière de reproduction.

Selon Beninguisse G et al (2014), le besoins non satisfaits en matière de planification familiale suppose que lorsqu'une femme désire espacer et limiter ses naissances, elle n'a pas accès à la contraception. Celle-ci concerne de méthodes dite modernes utilisées pour espacer ou limiter les naissances : pilules, injections, stérilet, préservatif, spermicides, DIU.

L'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne. Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs a augmenté, passant de 54% en 1990 à 57,4% en 2014. Au niveau régional, la proportion de femmes mariées âgées de 15 à 49 ans indiquant utiliser une méthode contraceptive moderne a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014. En Afrique, elle est passée de 23,6% à 27,6%, en Asie, elle a légèrement progressé passant de 60,9 à 61%, de même qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, passant de 66,7% à 67%(OMS, 2015).

Les besoins de contraception non satisfaits demeurent trop élevés en Afrique (USAID 2011). Cette situation s'explique par l'augmentation de la population et par le manque de services de planification familiale. En Afrique, 23,5% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait de moyens de contraception modernes. En Asie, et en Amérique latine et dans les Caraïbes – des régions où la prévalence de la contraception est relativement élevée, les niveaux des besoins insatisfaits sont de 10,9% et 10,4% respectivement.

La méthodologie de cette recherche est fondée sur une approche comparative des données de l'EDS I (2005) et l'EDS II (2011). La taille de l'échantillon est de 7051 dont 3979 femmes en union en 2005 et de 10819 dont 6289 femmes en union en 2011. La comparaison portera sur l'espacement et la limitation de naissances selon les groupes d'âges, le milieu de résidence, les départements, le niveau d'instruction et les quintiles de bien-être économique. Sept groupes d'âge ont été définis allant de 15 ans à 49 ans, deux milieux de résidence, quatre grandes zones départementales, cinq niveaux d'instruction et cinq quintiles de bien-être économique.

### **Résultats attendus**

Les politiques sanitaires en matière de planification familiale satisfassent les besoins de la population cible à travers le renforcement des programmes de planification familiale en occurrence en milieu rural et des adolescents.

**Mots clés** : Evaluation, politiques sanitaires, besoins non satisfaits, EDS