

Accès aux services de planification familiale dans la ville de Lubumbashi: Analyse des déterminants socio-culturels face à l'urbanisation inachevée

[Access to family planning services in the city of Lubumbashi: Analysis of socio-cultural determinants face the unfinished urbanization]

Jean Claude Kamanda¹, Asumani Salimini², and Solotshi Muyunga³

¹Professeur Associé, Département de Géographie, Faculté des Sciences, Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, RD Congo

²Professeur Associé, Département de Géographie, Faculté des Sciences, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, RD Congo

³Professeur Ordinaire, Département de Géographie, Faculté des Sciences, Université Pédagogique Nationale, Kinshasa, RD Congo

Copyright © 2017 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the ***Creative Commons Attribution License***, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: After harvesting the data field and their statistical analysis, it appears that the level of education for women, religious practice and the approval of the husband on contraceptive use are socio cultural determinants of access to family planning services. Protestant's women have a contraceptive practice twice higher than that of Catholics. However of all these factors, the level of women's studies has proven to be the most predominant factor. It was identified that 47% of couples engaged in discussions on family planning in 60% of cases on the initiative of women. Assortative couples high school or university had more access to family planning services as assortative couples from primary or uneducated. The women of low education who primarily live in the outskirts of the city do not have access to family planning services because of the absence of the latter. To have a good access to these services, it is recommended that religious leaders and promoters of the education of girls to increase awareness in the community and take man as main target.

KEYWORDS: Family-planning services, socio-cultural determinants, accessibility, hierarchic classification, space distribution.

RESUME: Après la récolte des données sur terrain et leur traitement statistique, il ressort que le niveau d'étude pour la femme, sa pratique religieuse et l'approbation du mari sur l'usage du contraceptif sont des facteurs socio culturels déterminants l'accès aux services de planification familiale. Les lusoises protestantes ont une pratique contraceptive deux fois plus élevée que celle des catholiques. Cependant de tous ces facteurs, le niveau d'études de la femme s'est avéré être le facteur le plus prédominant. On a identifié que 47% de couples ont engagé des discussions sur la planification familiale dans 60% de cas sur initiative de la femme. Les couples homogames du niveau secondaire ou universitaire ont eu plus accès aux services de planification familiale que des couples homogames du niveau primaire ou non instruits. Les femmes de faible niveau d'instruction qui habitent essentiellement la périphérie de la ville n'ont pas accès aux services de planification familiale à cause de l'absence de ces derniers. Pour avoir un bon accès à ces services, il est recommandé aux responsables religieux et aux promoteurs de l'éducation des filles d'accroître la conscientisation de la communauté et de prendre l'homme comme cible principale.

MOTS-CLEFS: Services de planification familiale, déterminants socio-culturels, accessibilité, classification hiérarchique, distribution spatiale.

1 INTRODUCTION

En République Démocratique du Congo, la prévalence contraceptive est parmi les plus faibles du continent. Elle est de 54% [1]. Ce mauvais résultat est dû aux contraintes liées à l'accès aux services de planification familiale et qui seraient de deux ordres : les barrières géographiques et les barrières socio-culturelles.

A Lubumbashi particulièrement, la prévalence contraceptive moderne a chuté de 7,6% en 1984 à 3,6% [2] alors qu'il a été établi que les lushois désirent les services [3].

Le présent article vise à analyser les principaux facteurs à la base de la limitation d'accès aux services de planification familiale à Lubumbashi.

2 METHODOLOGIE

Un échantillon de 620 femmes en âge de procréer a été tiré sur l'ensemble de la ville. Ce cadre d'étude a été subdivisé en 43 secteurs d'observation qui correspondent aux quartiers comme il en est dans la subdivision administrative des communes dans les villes congolaises.

De ce fait, une enquête aléatoire stratifiée a servi pour la collecte de données, pendant la période allant du 04 novembre au 18 décembre 2011. Mais avant, il a été octroyé à chaque secteur d'enquête un quota suivant l'importance numérique de sa population.

Le questionnaire a comporté des variables à caractère démographique, lesquelles ont permis l'identification des sujets à interroger, et les variables socio-culturelles qui ont permis de saisir leur attitude face à la contraception et à mesurer le niveau d'accès aux services de planification familiale.

Le calcul des indices proportionnels, le traitement en composantes principales et la classification automatique ont, tour à tour, constitué les bases techniques de la réflexion. Nous les avons jugés complémentaires.

3 RESULTATS

3.1 IDENTIFICATION DES ENQUÊTÉS

Constituée par 81% des femmes mariées, 14% des célibataires, 3% des divorcées et 2% des veuves, la population échantillonnée est majoritairement représentée par deux ethnies : les luba du Katanga (24%) et les luba du Kasai (23%) ; les autres ethnies se partagent le reste de pourcentage.

S'agissant de l'appartenance religieuse, l'enquête a révélé que 95% des femmes sont de tendance chrétienne dont 70% de conviction protestante et 25% de conviction catholique. Les musulmanes et les athées représentent respectivement 3 et 1%. On notera que l'enquête s'est aussi intéressée au point de vue des maris en matière de contraception.

Par rapport au niveau d'études, il a été trouvé que 70% des couples ont fait le secondaire, 15% l'université et 5% le primaire ou moins

Examinons les relations entre les variables retenues.

3.2 NATURE DES LIENS ENTRE LES ATTRIBUTS SOCIO-CULTURELS

Les trois grands groupes de variables retenues pour expliquer l'accès aux services de planification ont éclaté en 15 variables de la manière suivante : mari universitaire (V1) ; mari du niveau d'études secondaire (V2) ; mari du niveau primaire (V3) ; femme universitaire (V4) ; femme du niveau secondaire (V5) ; femme du niveau primaire (V6) ; femme protestante (V7) ; femme catholique (V8) ; femme musulmane (V9) ; mari protestant (V10) ; mari catholique (V11) ; mari musulman (V12) ; mari d'accord pour la planification familiale (V13) ; femme ayant pratiqué un type quelconque de contraception (V14) et femme qui a accédé aux services de planification familiale (V15).

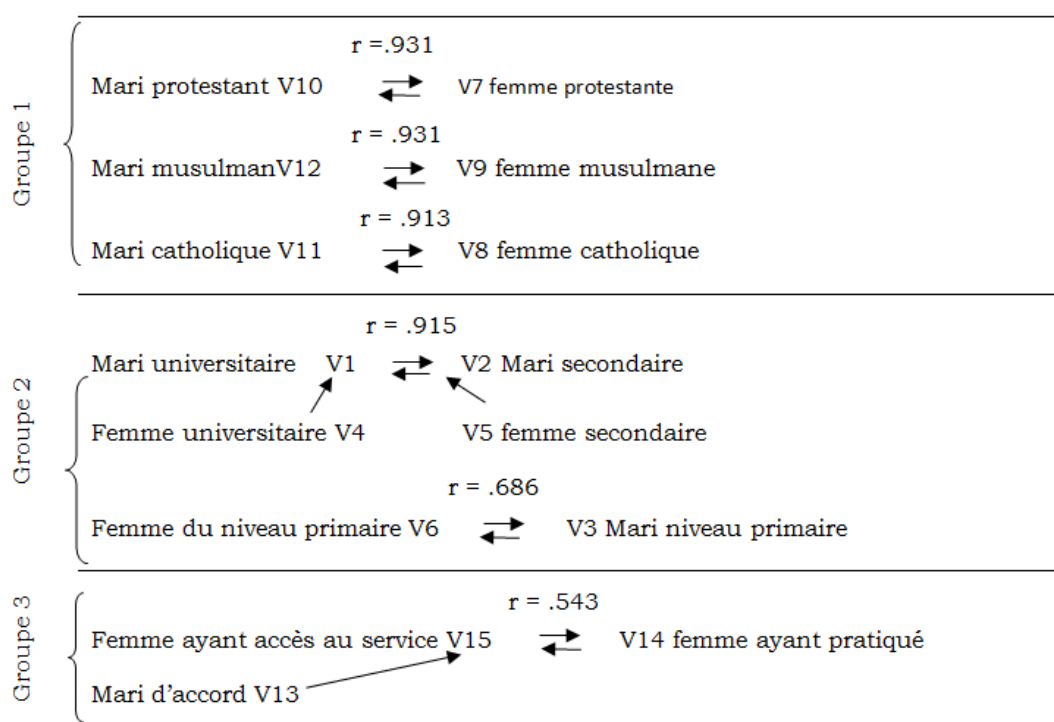
La recherche des liens entre ces variables a conduit à l'établissement de la matrice de corrélations ci-dessous (Tableau 1)

Tableau 1 : Corrélations entre variables socio-culturelles

	V1	V2	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V13	V14	V15
V1	1.000	.915	-.398	.552	.012	-.360	-.240	.256	.004	-.302	.294	.107	.009	.037	-.051
V2	-.915	1.000	.011	-.528	.256	.080	.296	-.322	.011	.339	-.346	-.079	.025	-.029	.017
V3	-.398	.011	1.000	-.158	-.593	.686	-.080	.090	-.012	-.056	.087	-.060	-.093	-.021	.114
V4	.552	-.528	-.158	1.000	-.310	-.324	-.123	.081	.142	-.241	.163	.272	-.033	-.031	-.005
V5	.012	.256	-.593	-.310	1.000	-.797	.037	.058	-.052	.008	.022	-.087	.021	.084	-.155
V6	-.360	.080	.686	-.324	-.797	1.000	.115	-.108	-.041	.144	-.123	-.089	-.042	-.063	.163
V7	-.240	.296	-.080	-.123	-.037	.115	1.000	-.942	-.365	.931	-.885	-.399	.027	-.264	.011
V8	-.256	-.322	.090	.081	.058	-.108	-.942	1.000	.031	-.851	.913	.093	-.025	.296	-.027
V9	.004	.011	-.012	.142	-.052	-.041	-.365	.031	1.000	-.412	.103	.931	-.013	-.035	.042
V10	-.302	.339	-.056	-.241	.008	.144	.931	-.851	-.412	1.000	-.940	-.457	-.011	-.279	-.006
V11	.294	-.346	.087	.163	.002	-.123	-.885	.913	.103	-.940	1.000	.127	-.007	.289	-.069
V12	.107	-.079	-.006	.272	-.087	-.089	-.399	.093	.931	-.457	.127	1.000	.054	.066	.189
V13	.009	.025	-.093	.003	.021	-.042	.027	-.025	-.013	-.011	-.007	.054	1.000	.463	.520
V14	.037	-.029	-.021	-.031	.084	-.063	-.264	.296	.035	-.279	.289	.066	.463	1.000	.543
V15	-.051	.017	.114	-.005	-.155	.163	.011	-.027	.042	-.006	-.069	.189	.520	.543	1.000

Au regard des coefficients de corrélations du tableau 1, une correspondance parfaite apparaît entre les variables au sein des groupes. Ces liens sont paritaires entre les femmes et leurs maris. Le schéma de ces relations est exprimé dans le tableau 2 qui suit.

Tableau 2 : Nature des relations entre les variables socio-culturelles



Pour les couples du même groupe, les liens sont très forts quant en ce qui concerne leur appartenance religieuse ; les corrélations sont respectivement de .931 ; .931 et de .913 entre les couples protestants, musulmans et catholiques. Ces liens sont relativement forts si l'on considère le niveau d'études des membres du couple avec des corrélations de .915 ; .686 et de .552 respectivement pour le niveau universitaire et secondaire, le niveau primaire et moins. La relation s'établit aussi entre les femmes qui ont accès au service de planning familial et celles qui ont appliqué un type de contraception ($r = .543$). C'est à cette liaison que viennent se greffer les maris favorables à la planification familiale ($r = .520$).

Les renseignements que l'on peut tirer de la nature des relations entre les variables examinées sont de trois types. Premièrement, les épouses sont solidaires à leurs maris quant à la croyance religieuse. Deuxièmement, les épouses sont solidaires à leurs époux en matière de planification familiale. Autrement dit, les avis des femmes sur ce point de vue sont influencés par ceux de leurs maris. Troisièmement, les femmes qui accèdent aux services de planification adoptent la pratique de la contraception ; ce qui veut dire que les services jouent un grand rôle dans le processus de diffusion et de vulgarisation de la contraception. Ils demeurent encore indispensables.

Si l'on peut admettre que ce qui vient d'être avancé ci-haut constitue des tendances générales, il y a lieu cependant de dégager des nuances d'attitudes vis-à-vis de la planification familiale au sein des groupes. Ainsi, nous passons de l'analyse bivariée à l'analyse multivariée, notamment l'analyse en composantes principales.

3.3 FACTEURS PRINCIPAUX INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE LA CONTRACEPTION A LUBUMBASHI

Le traitement en analyse en composantes principales de données sur les attributs socio-culturels a abouti aux résultats consignés dans les tableaux 3a et 3b ci-dessous.

Tableau 3.1 : Résultats généraux

Composante	Valeurs propres initiales	% de la variance	% cumulés
1	4.520	30.132	30.132
2	2.570	17.133	47.265
3	2.093	13.952	61.217
4	1.961	13.075	74.293
5	1.875	12.501	86.794

Cinq facteurs obtiennent des valeurs supérieures à l'unité. Ils rendent compte de 86,7% de la variance totale de la matrice d'informations.

Tableau 3.2 : Matrice de facteurs et de saturations

	F1	F2	F3	F4	F5
V1	.536	-.495	-.480	.247	.293
V2	-.549	.174	.624	-.201	-.350
VAR00003	-6.600 ^{E-02}	.841	-.213	-.148	4.864 ^{E-02}
VAR00004	.398	-.262	-.510	.443	6.225 ^{E-02}
VAR00005	1.470 ^{E-02}	-.704	.591	-.264	-.113
VAR00006	-.266	.865	-.264	-1.833 ^{E-02}	7.762 ^{E-02}
VAR00007	-.918	-.192	-.152	.228	.104
VAR00008	.851	.152	.130	-.403	.164
VAR00009	.375	.148	9.314E-02	.441	-.767
VAR00010	-.948	-.166	-.105	.123	.110
VAR00011	.882	.141	8.289E-02	-.352	.128
VAR00012	.456	.123	9.013E-02	.559	-.653
VAR00013	4.657E-02	6.192E-02	.456	.522	.432
VAR00014	.316	.155	.558	.270	.481
VAR00015	3.361E-02	.322	.393	.605	.379

L'examen du tableau 3.b. montre que le premier facteur est indexé par les variables V11 (mari catholique) et V8 (femme catholique) avec lesquelles il obtient des saturations positives de .882 et de .851. La variable V1 (mari universitaire) s'y associe avec .536 de saturation. Ce facteur est bipolaire dans la mesure où les variables V10 (mari protestant) et V7 (femme protestante) apparaissent avec des saturations de -.948 et de -.918 auxquelles s'associe la variable V2 (mari du niveau secondaire) qui a réalisé une saturation de -.549. Ce facteur s'identifie par conséquent aux couples catholiques dont l'attitude et le comportement face à la planification familiale diffèrent de ceux des couples protestants. Ensuite, le niveau

universitaire penche en faveur des couples catholiques, tandis que le niveau secondaire est en faveur des couples protestants.

Le deuxième facteur est défini par les variables V6 (femme du niveau primaire et moins) et V3 (mari du niveau primaire et moins) avec des saturations respectives de .865 et .841. Il est aussi bipolaire. A son pôle négatif, il est saturé par les variables V2 (femme du niveau secondaire : -.704) et par la variable V1 mari universitaire (-.495). Les couples du niveau d'études primaire s'opposent à ceux du niveau secondaire et universitaire en ce qui concerne la pratique contraceptive.

Le troisième facteur est mis en exergue par les variables V2 (mari du niveau secondaire) et V5 (femme du niveau secondaire) qui réalisent des saturations respectives de .624 et de .591. Ce facteur renseigne que les points de vue face à la contraception diffèrent entre les couples des niveaux d'études différents, car les maris et femmes universitaires obtiennent dans l'ordre -0.510 et -0.480 de saturation.

Le quatrième facteur est l'expression des femmes ayant accédé aux services de contraception (V15, saturation .606) et des maris musulmans (V12, saturation .559). Cet accès serait en quelque sorte influencée par le niveau d'étude (V4, saturation .443).

Le cinquième facteur oppose les femmes ayant pratiqué la contraction (V14, saturation .481), les maris favorables à celle-ci (V13, saturation .432) et femmes ayant accès aux services de planning familial (V15, saturation .379) aux femmes musulmanes (V9, saturation -.767) et maris musulmans (V12, saturation -.655). Notons que l'opposition en question est timide car les saturations du pôle positif sont faibles. Cette composante se distingue de la quatrième dans la mesure où elle traduit les couples musulmans opposés à la contraception, alors que la quatrième symbolise les maris musulmans qui seraient individuellement favorables à cette pratique.

Le jeu de combinaison des attributs socio-culturels que nous venons de réaliser à travers l'analyse en composantes principales nous permet de retenir ce qui suit :

- L'attitude des catholiques face à la contraction diffère de celle des protestants ;
- L'attitude est différente aussi selon que l'on est du niveau primaire ou moins, du niveau secondaire ou du niveau universitaire ;
- L'accès aux services de planification des femmes et l'attitude des maris musulmans sont influencés par le niveau d'étude ;
- L'attitude des musulmans diffère selon qu'ils sont dans un couple ou qu'ils sont pris individuellement.

L'optique spatiale nous renvoie à l'examen de l'attitude contraceptive au niveau de l'ensemble des secteurs d'enquête.

3.4 L'ANALYSE SPATIALE DU COMPORTEMENT CONTRACEPTIF DANS LA VILLE DE LUBUMBASHI

La technique de classification automatique a permis de hiérarchiser les quartiers de Lubumbashi selon le degré de similarité face à la contraception (figure 1).

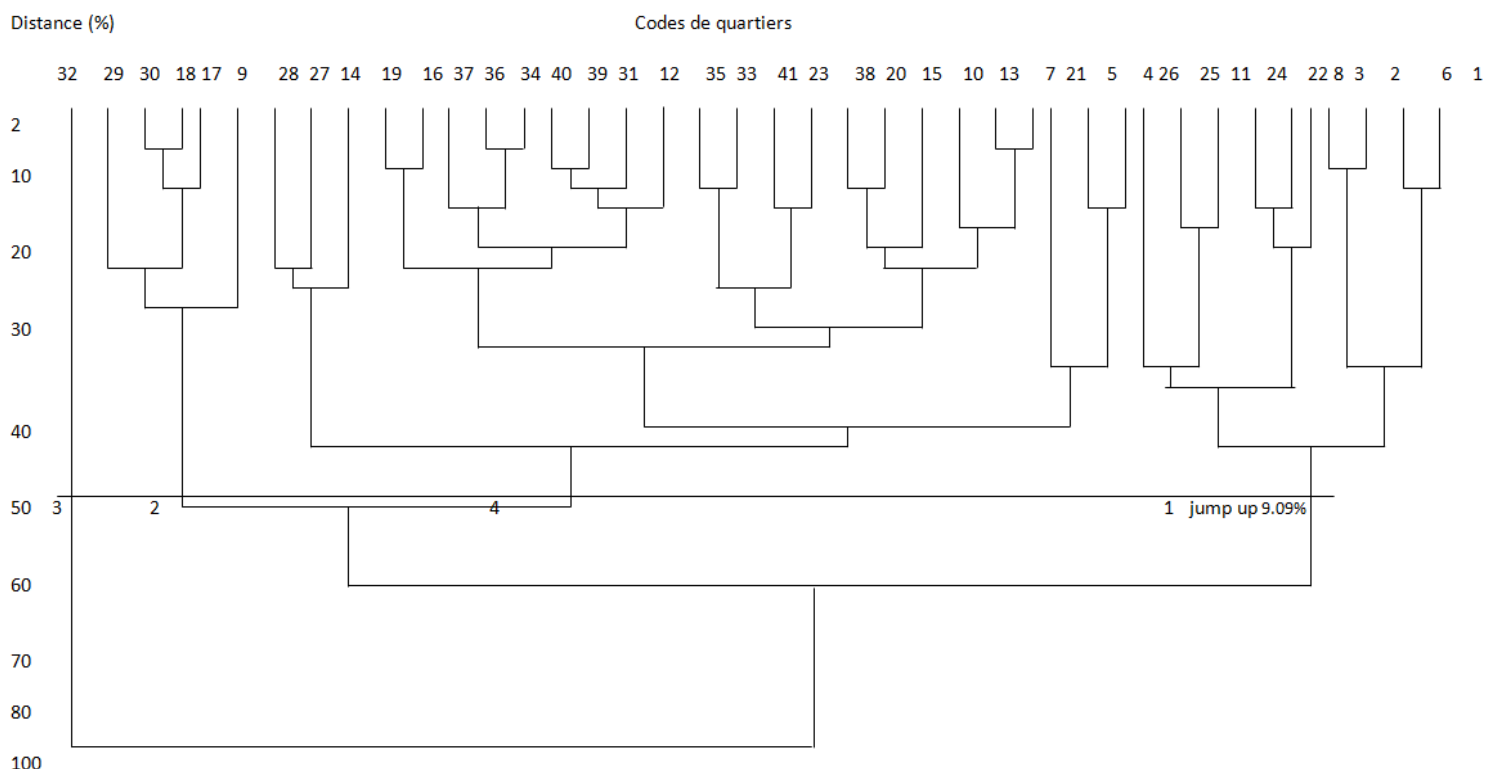


Figure 1. Classification des quartiers de Lubumbashi selon les caractères socio-culturels des habitants et l'accès aux services de planification familiale.

Il ressort de cette classification 4 groupes de quartiers définis sur base du critère du saut minimum qui est de 9.09% et situé à la distance de 53%. La structure typologique obtenue range les quartiers de la manière qui suit.

La première catégorie de quartiers est composée de Njanja, Kitumaini, Industriel, Luvua, Lualaba, Bel-air, Lido golf, Kiwele et Makutano (figure 2). L'acceptabilité des services de planification familiale y est forte, la proportion des conjoints favorables à la pratique contraceptive atteint 57.2% et l'accès aux services varie entre 3.5 et 55%. La plupart de ces quartiers sont anciens et planifiés, qui ont bénéficié d'un certain nombre d'infrastructures dont celles abritant les services de planification familiale. En plus, ils comptent un nombre élevé de personnes du niveau secondaire et universitaire, lequel influence leur attitude.

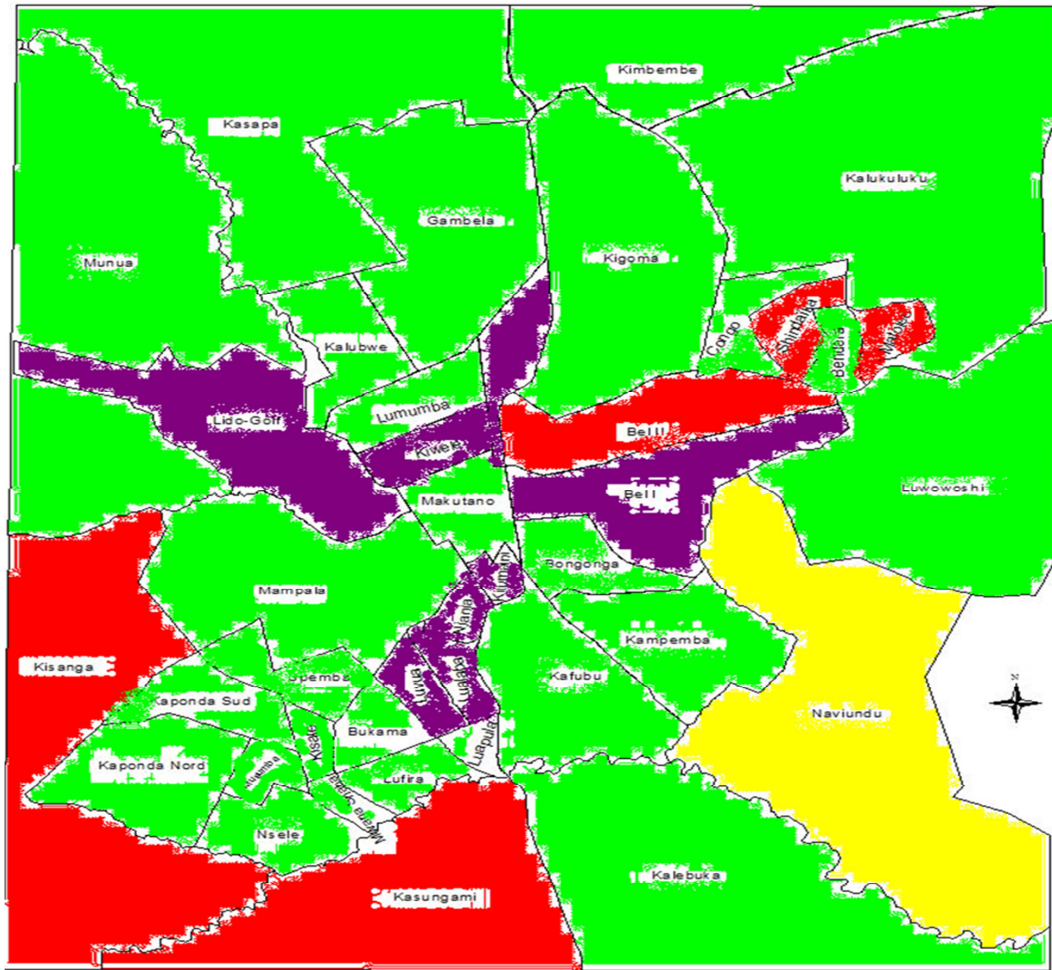
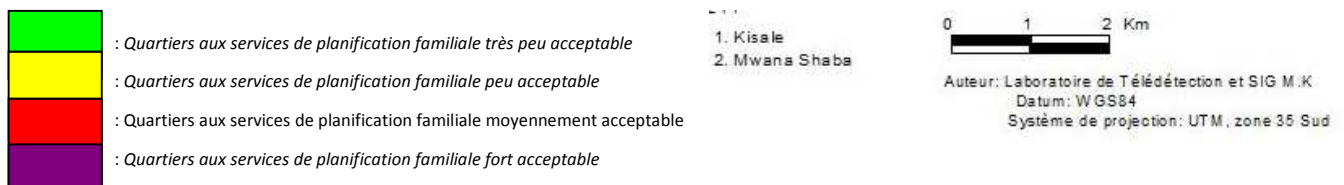


Figure.2. Distribution spatiale des quartiers de Lubumbashi selon les caractères socio culturels des habitants et l'accès aux services de planification familiale



Le deuxième type de quartiers comprend Kasungami, Kisanga qui sont deux quartiers nouveaux, Shindaika ; Matoleo et Bel-air II, qui sont anciens et planifiés. La proportion des universitaires est de 8,2 % pour les hommes et de 1,8% pour les femmes. Près de 44,5% des femmes dans ces quartiers se sont déclarées favorables à la pratique contraceptive. L'acceptabilité y est de ce fait relativement bonne.

Le quartier Naviundu constitue le troisième type de quartiers. Pourtant très récent et éloigné du centre-ville, le nombre un peu élevé de femmes universitaires et de maris favorables à la contraception qui y habitent lui confère une acceptabilité assez bonne.

L'acceptabilité mauvaise de la contraception est du domaine d'un peu plus de la moitié de quartiers de Lubumbashi, pour la plupart périphériques. Ils comptent très peu d'universitaires et seulement 28,7% des maris favorables à la pratique contraceptive. Ils constituent le quatrième type de quartiers.

4 DISCUSSION

Les lushoises protestantes ont une pratique contraceptive deux fois plus élevée que celle des femmes catholiques. Ce constat est aussi celui d'ALLGEIER, A., [4] selon lequel les femmes protestantes utilisent plus la contraception moderne que leurs homologues catholiques. L'existence d'obstacles religieux fait que le pas n'est souvent pas franchi en vue d'utiliser ces services. [5] La religion est donc une grande barrière pour accéder aux services dans la mesure où la procréation est l'ordre divin [6].

L'instruction, qu'il agisse de celle de la femme ou de celle de son conjoint, est un facteur favorisant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. La femme qui atteint le niveau d'études secondaire ou plus a plus de chance à accéder aux services que celle peu instruite [7]. Du fait que la scolarisation permet aux hommes et aux femmes d'acquérir des réflexes favorables à la santé, de disposer des moyens nécessaires à l'accès aux services et de mieux communiquer avec le personnel de santé en cas de besoin des méthodes de planification familiale, on peut avancer que la probabilité d'utiliser les services de planning familial augmente au fur et à mesure que le niveau d'instruction augmente. Les données de l'EDS. [1]. ont montré que de 12% pour les femmes sans instruction, le niveau d'adoption de planning familial passe à 18% chez celles du niveau primaire et à 29% chez celles du niveau secondaire, pour atteindre un maximum de 40% chez celles du niveau supérieur.

En marge de la préoccupation fondamentale à savoir, l'étude des déterminants socioculturels de la planification familiale, il a été demandé aux personnes concernées par l'enquête de renseigner sur l'initiateur au sein du couple du débat sur la planification familiale ; bien entendu avec l'idée que le faible niveau de communication entre conjoints sur le projet de fécondité est l'une des raisons majeurs de la faible pratique contraceptive [8]. Ces résultats sont modestement meilleurs à ceux obtenus par DEMBELE, M., [9] au Sénégal où seulement 36% des couples ont engagé des discussions sur la planification de naissances.

Les femmes qui désirent limiter les naissances sont plus des universitaires en couples homogames ayant déjà plus d'un enfant. Comme [4], les lushoises désirent planifier les naissances, mais préfèrent plus les méthodes contraceptives traditionnelles que les méthodes modernes. Ceci est essentiellement déterminé par leurs croyances et leurs attitudes personnelles [10]. Il faut remarquer que 72% des enquêtées disent pratiquer la contraception pour l'espacement des naissances. Cette conclusion confirme l'étude de LOCOH, T., selon laquelle, en Afrique, la proportion des femmes de 15 à 44 ans qui déclarent n'avoir pas d'enfant est modeste, souvent voisine de 10%. [11]

5 CONCLUSION

Au terme de cette étude, il est constaté que les lushoises du niveau primaire vivant dans les quartiers de squatting, en périphérie, connaissent moins les services de planification familiale que les femmes du secondaire et universitaire qui se localisent en majorité dans les quartiers planifiés. La planification familiale est d'abord un service d'information. Son accès est avant tout facilité par l'instruction mais aussi par des croyances religieuses ouvertes que l'on retrouve chez les femmes protestantes.

Toutefois, l'écart disparaît plus on avance avec le niveau d'études. Cette situation montre l'ascendance de l'instruction sur la religion en matière de la pratique contraceptive. Il y a lieu de relever également les femmes ayant reçu le soutien de leurs maris. Un couple homogame universitaire est mieux disposé à accéder aux services qu'un couple homogame primaire. L'approbation du mari fait plus que doubler la probabilité pour les femmes à recourir à la contraception.

Bref, les services de planification familiale sont peu acceptés selon que le couple a un faible niveau d'instruction avec des pesanteurs de l'église et du mari. Ce dernier facteur est le plus déterminant. Reste à envisager, pour l'avenir une gamme assez large de variables, qui peut incorporer par exemple le caractère économique des populations.

ACRONYMES

CEA : Commission Economique pour l'Afrique

EDS : Enquête Démographique et Santé

Lushois : Habitant de Lubumbashi

REFERENCES

- [1] EDS, (2007): Ministère du plan, Enquête démographique et de santé, D Congo, calverton, maryland, USA.
- [2] CEA, (2000): Réunion consultative régionale de haut niveau sur le financement du développement level/2000/3. Sécurité alimentaire et la gestion durable des ressources naturelles.
- [3] MALONGA, K., (2001) : Problématique de la contraception et de la planification familiale dans la ville de Lubumbashi, Thèse de Doctorat, en Santé Publique, Université de Lubumbashi, 275 p.
- [4] ALLGEIER, A., (1992) : Sexualité humaine, De Boeck et Wasmal, Bruxelles, 706p.
- [5] DIOUF, S., et MUKEMERI, J. (1999) : Etat de santé des mères dans un district rural sénégalais (Khombole), Médecine d'Afrique noire 46 (4), pp207-210.
- [6] AKINYELE, D. (2009): UNFPA revamps family planning campaign to cut maternal deaths, Africa News, Pana du 29 December 2009, Addis-Abeba.
- [7] BRIGITTA, P., (2010): La planification des naissances en Afrique Subsaharienne Service planète, Journal le Monde pp.3.
- [8] UNFPA., (2009) : Healthy expectations, Celebrating Achievements Of The Cairo consensus and Highlighting The Urgency for Action, International Conference on Population and Development in Cairo, 15Years Later Cairo, New York, 27p.
- [9] DEMBELE, M. (2009) : Problématique de la planification familiale en commune V. District de Bamako Thèse de Doctorat en médecine, Faculté de médecine, Université de Bamako, 92p.
- [10] EVELYNE, L. et RICHARD, C (1975) : Méthodes naturelles de régulation de naissances, Ed paulines, Sherbrooke, 43p.
- [11] LOCOH, T. (1992) : Vingt ans de planification familiale en Afrique sub-saharienne, les Dossiers du CEPED n°19, Paris, 33p.
- [12] UEPA (1999) : La population africaine au 21^{ème} siècle. Rapport de la 3^{ème} Conférence africaine sur la population, Durban, éd, St Paul 217p.