Numéro 168

CHAIRE DE DYNAMIQUE SOCIALE (C.D.S)

MOUVEMENTS & ENJEUX SOCIAUX

Revue Internationale des Dynamiques Sociales

WWW.MESRIDS.ORG
SEPTEMBRE - OCTOBRE 2026
KINSHASA-R.D.C

LA PLANIFICATION FAMILIALE COMME UNE STRATÉGIE FACE À LA VULNÉRABILITÉ SOCIOÉCONOMIQUE DES MÉNAGES DANS LA ZONE DE SANTÉ DE KENGE

Par

Nadine KUTAKANI NZUSI

Assistante 1

Université de Kikwit

Résumé

Cet article porte sur la place de la planification familiale (régulation des naissances) dans les stratégies quotidiennes mobilisées par les familles confrontées à des ressources limitées dans la zone de santé de Kenge. Il s'intéresse particulièrement aux expériences des familles concernant l'espacement des naissances, la répartition des ressources et les possibilités d'améliorer leurs conditions de vie. Pour bien cerner le problème étudié, cette étude adopte une démarche qualitative fondée sur des entretiens semi-directifs, des focus groups et l'observation du milieu social. Les résultats sont examinés à partir d'une analyse thématique mettant en relation, dans les discours recueillis, les pratiques reproductives et les conditions de vie des familles : charges liées à la taille du ménage, satisfaction des besoins essentiels et accès aux services de santé. La planification familiale apparaît ainsi comme une stratégie d'organisation des ressources aux yeux des participantes. Toutefois, son utilisation dépend également de facteurs culturels et religieux qui peuvent influencer les choix des femmes et favoriser ou limiter le recours aux méthodes contraceptives dans cette zone de santé.

Mots-clés : *planification familiale, vulnérabilité socioéconomique, régulation des naissances, Kenge.*

Abstract

This article examines the place of family planning (birth regulation) in the everyday strategies used by families facing limited resources in the Kenge health zone. It focuses on families' experiences of birth spacing, resource allocation and opportunities to improve their living conditions. To explore this issue, the study adopts a qualitative approach based on semi-structured interviews, focus groups and observation of the social environment. The findings are examined through thematic analysis of the relationships that participants describe between reproductive practices and family living conditions, including responsibilities associated with household size, meeting basic needs and access to health services. Participants thus perceive family planning as a strategy for organising household resources. However, its use also depends on cultural and religious factors that may influence women's choices and facilitate or limit access to contraceptive methods in this health zone.

Keywords: *family planning, socioeconomic vulnerability, birth control, Kenge.*

INTRODUCTION

La situation socioéconomique des ménages constitue une dimension déterminante des conditions de vie des populations africaines. Dans de nombreux contextes ruraux, la vulnérabilité des ménages demeure une réalité quotidienne, marquée par la rareté et l'instabilité des ressources économiques. Elle se manifeste lorsque les familles éprouvent des difficultés à satisfaire durablement leurs besoins essentiels, notamment en matière d'alimentation, de santé, d'éducation et de logement.

Face à ces contraintes, les ménages ne demeurent pas passifs. Ils élaborent diverses stratégies destinées à préserver leurs conditions de vie et à atténuer les effets des périodes de vulnérabilité. Certains diversifient leurs sources de revenus en combinant l'agriculture, le petit commerce ou les activités génératrices de revenus ; d'autres réorganisent leurs dépenses en fonction des besoins jugés prioritaires. Ces stratégies traduisent la capacité des ménages à mobiliser les ressources disponibles afin de faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

Parmi ces stratégies, la planification familiale occupe une place particulière. Contrairement aux activités visant principalement à accroître les revenus du ménage, elle agit sur la dynamique familiale en permettant aux femmes et aux couples de décider du nombre d'enfants souhaité et de l'espacement des naissances. Elle peut ainsi être envisagée dans une recherche de bien-être socioéconomique et sanitaire du ménage. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la planification familiale constitue un moyen essentiel d'améliorer la santé des femmes et de prévenir les grossesses non désirées (OMS, 2025). La possibilité de choisir le nombre de leurs enfants et d'espacer les naissances est également abordée en lien avec leur éducation, leur autonomie économique et le développement de leur famille (OMS, 2019).

Dans les ménages disposant de ressources limitées, les naissances nombreuses ou rapprochées intensifient les dépenses liées à l'alimentation, aux soins de santé et à l'éducation, tout en compliquant la répartition des ressources entre les membres de la famille. La planification familiale ne se réduit donc pas à la limitation des naissances : elle est également envisagée comme un moyen de maîtriser la fécondité et d'ajuster les responsabilités familiales aux ressources disponibles. L'objectif de cette étude n'est pas de présenter la planification familiale comme la solution unique aux difficultés économiques des ménages, mais de comprendre comment les femmes de la zone d'étude arbitrent entre leurs contraintes matérielles, leurs aspirations en

matière de fécondité et les normes socioculturelles qui encadrent la maternité, ainsi que la place qu'elles accordent à la planification familiale dans ces arbitrages.

Dans un contexte de vulnérabilité socioéconomique, la recherche de moyens de subsistance et le maintien des conditions de vie conduisent les familles à développer différentes stratégies, telles que le commerce, les activités génératrices de revenus ou la réduction de certaines dépenses. Toutefois, ces stratégies ne suffisent pas toujours lorsque les besoins du ménage augmentent plus rapidement que les ressources disponibles. La taille du ménage, le nombre d'enfants, l'intervalle entre les naissances et la fréquence des grossesses constituent dès lors des facteurs à examiner dans leur relation avec la vulnérabilité économique des familles, particulièrement dans les zones où les revenus demeurent faibles, comme la zone de santé de Kenge.

Dans la province du Kwango, les femmes vivent dans des conditions de précarité marquées par l'insuffisance des revenus, les faibles niveaux d'alphabétisation et l'accès limité aux soins de santé (UNICEF, 2024). Souvent engagées dans de petites activités commerciales ou agricoles, elles peinent à subvenir aux besoins de leur famille, notamment lorsque les hommes ne disposent pas d'activités rémunératrices stables. Les grossesses répétées et rapprochées sont évoquées en lien avec des difficultés sanitaires, la prise en charge des enfants, leur éducation et les moyens de subsistance du foyer.

Cette situation soulève le questionnement suivant :

- Comment les femmes de Kenge arbitrent-elles entre les contraintes matérielles, les aspirations familiales et les normes culturelles relatives à la fécondité ?
- Quelle place la planification familiale occupe-t-elle dans ces arbitrages ?

Dans un contexte de vulnérabilité socioéconomique, les femmes de Kenge mobilisent la planification familiale comme une stratégie d'arbitrage entre les contraintes matérielles du ménage, leurs aspirations en matière de fécondité et les normes socioculturelles qui encadrent la maternité.

Outre la présente introduction et la conclusion, cet article est structuré en quatre points. Le premier présente le milieu d'étude ; le deuxième expose le cadre conceptuel et théorique ; le troisième décrit la méthodologie adoptée ; le quatrième présente, analyse et discute les résultats obtenus.

I. PRÉSENTATION DE LA ZONE DANS LE CONTEXTE DE LA PF ET DE LA VULNÉRABILITÉ SOCIOÉCONOMIQUE

La zone de santé de Kenge est l'une des quatorze zones de santé de la province du Kwango, située dans l'ouest de la République démocratique du Congo. Créée en 1984, cette unité administrative couvre principalement le secteur de Kolokoloso ainsi qu'une partie des secteurs de Pelende Nord et de Dinga, sur une superficie de 5 558 km², avec une densité rapportée de 54 habitants/km² (Ressources humaines de la zone de santé de Kenge, 2026). Selon les données de la zone de santé, elle compte 329 802 habitants répartis dans plusieurs aires de santé rurales et semi-rurales, dont 21 % de femmes en âge de procréer. De 2021 à 2025, 11 808 femmes ont bénéficié d'un conseil en planification familiale et d'une méthode contraceptive (Zone de santé de Kenge, DHIS2 Kenge, 2026). Les principales activités de la population sont l'agriculture, le petit commerce et le travail salarié. La zone compte 32 aires de santé desservies par un hôpital général situé à Kenge (Ressources humaines de la zone de santé de Kenge, 2026).

La population de Kenge fait face à une forte précarité socioéconomique. Le faible revenu des ménages, le manque d'infrastructures et les difficultés d'accès aux soins de santé compliquent la satisfaction des besoins essentiels. L'étude de Nsungu Mbuku et ses collaborateurs (2003) sur l'inaccessibilité des ménages de Kenge aux soins de santé souligne notamment le rôle des longues distances, du coût des soins, du faible niveau de revenu et de l'insuffisance des infrastructures dans les difficultés d'accès aux services de santé. Les auteurs mettent aussi en évidence la forte dépendance de la population à l'économie informelle. Les familles nombreuses disposant de ressources insuffisantes éprouvent des difficultés à assurer l'alimentation, la scolarisation et les soins de santé des femmes et des enfants. Les longues distances à parcourir pour atteindre les structures sanitaires, le coût des soins ainsi que la faible présence de partenaires intervenant dans le cadre de la planification familiale limitent également l'accès aux services de santé reproductive. Selon les données de la zone, en dehors des structures étatiques de santé reproductive, celle-ci travaille avec un seul partenaire, Marie Stopes, une ONG financée par le DFID qui intervient en santé reproductive et en planification familiale dans une logique de gratuité (Ressources humaines de la zone de santé de Kenge, 2026). Plusieurs femmes bénéficient de conseils sur la PF, mais seules certaines adoptent une méthode contraceptive.

II. CADRE CONCEPTUEL ET THÉORIQUE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ET LA VULNÉRABILITÉ SOCIOÉCONOMIQUE

II.1. Cadre conceptuel

a) Planification familiale et régulation des naissances

La planification familiale est constituée d'un ensemble de pratiques que les femmes, les couples et les ménages utilisent pour espacer ou réguler les naissances. NKUANZAKA Inzanza (2001) la définit comme un concept global ou générique qui englobe plusieurs autres concepts. La notion de PF recouvre des expressions comme régulation des naissances, espacement des naissances, naissances désirées et contrôle des naissances. Elle renvoie à l'idée que les couples peuvent, de leur propre volonté, décider du moment des naissances, du nombre de leurs enfants ainsi que des intervalles entre les naissances. Selon Jacques Courtejoie, la planification familiale consiste à avoir le nombre d'enfants que l'on souhaite et que l'on a les moyens d'élever. C'est aussi avoir des enfants au moment où on le souhaite.

b) Vulnérabilité socioéconomique

La vulnérabilité socioéconomique peut être comprise comme une situation d'exposition d'un individu ou d'un ménage à des risques susceptibles de détériorer ses conditions de vie, lorsque ses ressources économiques, sociales et humaines ainsi que ses capacités d'adaptation ne lui permettent pas de faire face efficacement aux difficultés rencontrées. Elle se distingue de la pauvreté, qui peut en être une conséquence. Niragira (2018, p. 40) rattache cette vulnérabilité à plusieurs facteurs : le manque de ressources productives, la faiblesse des revenus et les difficultés d'accès aux services sociaux de base, comme l'éducation et les soins de santé.

Guy DI MEO (1987) considère pour sa part que la pauvreté, la domination et l'effacement des femmes dans la société, la précocité du mariage et l'ignorance doublée du fanatisme religieux constituent des facteurs de maintien d'une forte fécondité. Dans cette perspective, le développement socioéconomique et l'usage des contraceptifs sont envisagés comme des moyens de faire reculer la fécondité. Cette analyse éclaire certaines situations décrites par les ménages de Kenge.

Mme N, 29 ans, explique : « chez nous, le problème n'est pas seulement d'avoir des enfants, c'est de pouvoir les prendre en charge. Quand les grossesses se suivent, les besoins augmentent et le peu que le mari gagne ne suffit pas. Pour moi, la planification familiale permet de mieux organiser les dépenses de la famille. » Ces propos montrent que les participants ne définissent pas la vulnérabilité socioéconomique uniquement par l'absence de revenus. Elle est aussi comprise comme l'incapacité du ménage à satisfaire ses besoins de base, notamment l'alimentation, la scolarisation et les soins de santé.

II.2. Cadre théorique

Cet article mobilise deux grandes références théoriques pour rendre compte de la réalité de la planification familiale : la théorie générale des systèmes et l'approche des capabilités. La planification familiale est analysée ici dans une perspective sociologique, comme une pratique qui prend son sens dans un ensemble de relations économiques, familiales, sociales et culturelles. Ces deux approches sont complémentaires en ce qu'elles permettent d'analyser les interactions entre les différents éléments de la vie des femmes et leur capacité à effectuer des choix dans un contexte marqué par la vulnérabilité socioéconomique. Dans sa théorie générale des systèmes, Ludwig von Bertalanffy (1973, p. 23-30) considère qu'un phénomène social ne peut être compris en isolant les éléments qui le composent. Le ménage est considéré ici comme un système dans lequel les revenus, les charges familiales, les relations de couple et les normes socioculturelles relatives à la fécondité et à la PF interagissent. L'approche des capabilités d'Amartya Sen (2000, p. 95) nous permet de dépasser une conception de la vulnérabilité des ménages limitée à l'insuffisance des revenus, pour nous intéresser également aux possibilités réelles dont disposent les femmes pour mener la vie qu'elles souhaitent et faire des choix.

III. MÉTHODOLOGIE

Cette étude adopte une approche qualitative, appuyée par la méthode systémique. Ce choix méthodologique se justifie par la volonté de comprendre comment la planification familiale s'insère dans les stratégies développées par les ménages pour faire face à leur vulnérabilité socioéconomique. La méthode systémique s'inscrit dans une logique d'un tout ou d'un ensemble d'éléments. Le ménage est considéré ici comme un système composé de plusieurs éléments interdépendants.

Au total, 70 participants ont pris part à cette étude. Ils ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné, en tenant compte de leur résidence dans la zone et de leur expérience de la planification familiale. La population étudiée est constituée principalement de femmes en âge de procréer, ainsi que de personnes-ressources, hommes et femmes, disposant d'une connaissance particulière des questions de planification familiale et des réalités sociales du milieu. La collecte des données a reposé sur l'observation, les entretiens individuels et les focus groups. L'observation a permis de mieux saisir les réalités sociales et économiques dans lesquelles vivent les ménages de la zone de santé de Kenge, ainsi que les pratiques relatives à la santé reproductive et à la PF. Vingt-cinq entretiens individuels ont été réalisés : 15 auprès de femmes en âge de procréer et 10 auprès de personnes-ressources. Ils ont

permis d'approfondir les expériences personnelles, les perceptions et les raisonnements des participants concernant la fécondité, les contraintes économiques du ménage et la PF. Trois focus groups ont également été organisés auprès de femmes en âge de procréer. Chaque groupe réunissait 15 participantes, soit un total de 45 femmes. Ces échanges ont fait ressortir les perceptions, les expériences collectives et les points de vue partagés sur les contraintes socioéconomiques, la fécondité, les normes socioculturelles et la place de la planification familiale.

Des techniques : nous avons recueilli les données au moyen d'entretiens individuels semi-directifs et de focus groups. Les entretiens individuels ont duré environ 30 minutes et les focus groups environ une heure. La collecte s'est déroulée dans différents espaces de la zone de santé de Kenge, notamment au marché, à l'hôpital et dans les centres de santé. Les entretiens au grand marché de Kenge ont été réalisés en mars 2026. Les échanges se sont déroulés dans le respect de la confidentialité et de la liberté de participation.

De l'analyse des données : après transcription, les données ont fait l'objet d'une analyse thématique organisée autour de quatre axes : les perceptions de la vulnérabilité socioéconomique, la PF comme outil de régulation des naissances, la PF comme stratégie face à la vulnérabilité socioéconomique des ménages et les normes socioculturelles. Ces thèmes ont été examinés à l'aide de la méthode systémique et des approches théoriques mobilisées dans cet article.

IV. PRÉSENTATION, ANALYSE ET DISCUSSION DES RÉSULTATS

IV.1. Perceptions des femmes sur la vulnérabilité socioéconomique

Les 25 entretiens réalisés auprès de femmes et d'hommes dans la zone de santé de Kenge montrent que la vulnérabilité socioéconomique du ménage est avant tout perçue à travers les difficultés rencontrées pour satisfaire les besoins quotidiens. Les enquêtées évoquent notamment les difficultés liées à l'alimentation, aux soins de santé, à la scolarité des enfants et à la faiblesse des revenus. Certaines femmes établissent un lien entre les grossesses nombreuses et la gestion des ressources économiques : selon elles, plus le nombre d'enfants à charge augmente, plus les dépenses sont importantes. Dans ces discours, la vulnérabilité socioéconomique des ménages apparaît comme une réalité structurelle et multidimensionnelle.

IV.2. Perceptions des femmes sur la PF comme outil de régulation des naissances

Les entretiens réalisés auprès des femmes dans la zone de santé de Kenge montrent que la planification familiale est principalement comprise comme

un moyen permettant aux couples de maîtriser les naissances et de réguler leur fécondité. Dans les discours recueillis, les femmes ne définissent pas la PF comme un simple outil de limitation des naissances : elles y voient aussi la possibilité de décider quand avoir un enfant et d'organiser la vie familiale. *L'infirmier titulaire interrogé dans la zone de santé partage ce point de vue. Pour lui, la planification familiale joue un rôle dans la prévention de la malnutrition et dans la santé des femmes, au-delà de la régulation des naissances.* Les méthodes contraceptives sont ainsi évoquées comme des possibilités d'espacer ou de réguler les naissances. Les échanges font référence aux méthodes traditionnelles et modernes, ces dernières étant présentées comme plus efficaces, plus durables et plus faciles à utiliser.

IV.3. Perceptions des femmes sur la PF comme stratégie face à la vulnérabilité socioéconomique des ménages

Les discours recueillis dans un groupe de 15 participantes rendent compte de leurs expériences et de leurs points de vue sur la planification familiale comme stratégie face à la vulnérabilité socioéconomique de leurs ménages. Ces perceptions rejoignent les observations rapportées par les responsables des programmes de santé reproductive et de planification familiale, *qui associent l'espacement des naissances à la santé, au bien-être et aux conditions de vie des familles du Kwango. Au-delà des échang*es avec les femmes, la participation de personnes-ressources, notamment de professionnels de santé, de relais communautaires et d'autres membres de la communauté, a permis de confronter les expériences des ménages à leurs observations des réalités locales. La plupart des participants exercent diverses activités, principalement l'agriculture de subsistance et le petit commerce, comme activités génératrices de revenus (AGR). Les entretiens réalisés en mars 2026 au grand marché de Kenge rendent compte des conditions de vie décrites par les participants. La plupart des femmes disent vivre dans des conditions économiques difficiles et disposer de revenus insuffisants pour couvrir les besoins essentiels de leurs ménages. Les difficultés les plus citées concernent l'alimentation, les soins de santé et la scolarité des enfants. Plusieurs femmes affirment qu'il leur est pratiquement impossible d'offrir un repas équilibré à leurs enfants, faute de moyens suffisants. Elles se résignent à leur donner des feuilles de manioc, devenues progressivement un aliment de base des ménages ; la viande, comme d'autres aliments plus nutritifs, est décrite comme un luxe. Comme l'a exprimé Mme Y, vendeuse ambulante *: « Mieux vaut pour nous de prendre seulement la contraception parce que nous n'arrivons pas à nous nourrir correctement avec beaucoup des personnes, pas assez d'argent pour envoyer tous les enfants à l'école ».* Les femmes ne se sont pas limitées aux

difficultés alimentaires : elles décrivent aussi les conséquences de l'insuffisance des revenus sur l'ensemble de leurs conditions de vie et sur la satisfaction des besoins élémentaires. « *L'insuffisance des revenus (pauvreté) influence gravement notre santé. Nous ne savons pas subvenir à nos besoins vitaux ni d'envoyer correctement les enfants à l'école* ». Ces propos montrent la place des difficultés économiques dans le quotidien des femmes et de leurs familles. Les participantes associent l'insuffisance des revenus à leurs difficultés pour se nourrir convenablement et contribuer au bien-être de leur foyer. Elles mettent également en relation le nombre d'enfants, l'espacement des naissances et la capacité du ménage à satisfaire ses besoins essentiels, en évoquant les dépenses liées à l'alimentation et à l'entretien des enfants.

IV.4. Perceptions des femmes face aux normes socioculturelles

Lors des entretiens, les participants ont également abordé les obstacles au recours aux services de planification familiale. Dans la zone de santé de Kenge, les femmes évoquent le poids des stéréotypes de genre : dès la naissance, elles sont socialisées dans l'idée qu'elles doivent devenir mères et porter des grossesses. Leur possibilité de décider du nombre d'enfants ou de l'espacement des naissances apparaît limitée, dans un contexte également marqué par un faible niveau d'éducation et de formation. Pour de nombreuses femmes, la décision ne leur appartient pas entièrement : elles estiment devoir obtenir l'autorisation de leur époux afin d'éviter les conflits et les incompréhensions. Pour la plupart des participantes, l'opposition du mari est un obstacle majeur, auquel s'ajoutent les us et coutumes. Certaines croyances valorisent les naissances nombreuses parce que, selon les participants, les enfants représentent une forme d'investissement et une main-d'œuvre. Ce point de vue s'exprime ainsi : « Avoir recours à ces méthodes c'est comme remettre en cause les traditions ou la volonté de Dieu. » « *Nous ne voulons pas de ces produits qui nous rendent stérile !!,* » « *Accepter d'utiliser une méthode peut être vue comme contraire aux valeurs culturelles et religieuses », disent d'autres participants.* Il faut cependant souligner un éveil des consciences chez certaines participantes, qui reconnaissent l'importance de la planification familiale. Pour ces femmes, la PF ne se limite pas à l'espacement ou à la régulation des naissances ; selon leurs propos, « elle peut nous aider à sortir de la vulnérabilité. » Une participante disait : « *A quoi ça sert d'avoir une famille nombreuse et ne pas subvenir à leurs besoins et aussi, la maternité change la femme. Elle joue sur sa santé physique et mentale.* Alors pour notre bien-être c'est mieux d'adopter les services de la PF et au besoin parlé avec nos époux quant à ce qui concerne les avantages de la planification familiale ». À ces obstacles socioculturels s'ajoutent les difficultés

économiques et géographiques. Cette lecture nous permet de comprendre que la place accordée à la PF dans les stratégies face à la vulnérabilité socioéconomique des ménages dépend non seulement de la disponibilité des méthodes, mais également des perceptions des femmes et de leur capacité à décider en matière de santé reproductive.

IV.5. Discussion

Les entretiens réalisés dans la zone de santé de Kenge montrent que les femmes comprennent la vulnérabilité socioéconomique à partir de leurs difficultés à satisfaire leurs besoins essentiels : alimentation, scolarité, soins de santé et autres dépenses vitales. Dans leurs propos, elles établissent un lien entre la vulnérabilité et les grossesses nombreuses. *Pour certaines, le nombre de personnes à charge compte dans la gestion du revenu du ménage. Comme le dit Mme N : « Quand les grossesses se suivent, les besoins augmentent et le peu que le mari gagne ne suffit pas. » Ce témoignage fait ressortir la relation que les participantes établissent entre les charges familiales et les ressources disponibles*. Cette lecture rejoint l'approche de NIRAGIRA (2018), qui met en évidence l'insuffisance des ressources et les difficultés d'accès aux services sociaux de base comme dimensions importantes de la vulnérabilité des ménages. Les femmes semblent ainsi raisonner en termes d'équilibre entre les ressources disponibles et le nombre de personnes à la charge du ménage. Les grossesses rapprochées ou nombreuses sont perçues comme pouvant rompre cet équilibre lorsque les ressources financières ne progressent pas au même rythme. Dans cette perspective, la planification familiale apparaît, dans les discours recueillis, comme une stratégie d'organisation des ressources. Mme N l'exprime ainsi : « Pour moi, la planification familiale permet de mieux organiser les dépenses de la famille. » Ces propos éclairent la place attribuée à la PF dans la gestion des charges du ménage, sans permettre de mesurer un effet sur la pauvreté. Bien que les normes sociales demeurent une contrainte à l'utilisation de la PF, certaines femmes expriment la nécessité de dépasser celles qui peuvent les empêcher d'accéder aux méthodes contraceptives.

La lecture systémique de ces données met ainsi en relation la planification familiale, la fécondité et la vulnérabilité socioéconomique des ménages. Dans les récits des femmes, les difficultés à satisfaire les besoins alimentaires sont associées au nombre de personnes à charge : l'arrivée d'un enfant supplémentaire est perçue comme susceptible d'accroître les difficultés du ménage. La régulation des naissances apparaît donc, à leurs yeux, comme une possibilité de mieux organiser les charges familiales.

CONCLUSION

Le présent article portait sur la place de la planification familiale dans les stratégies mobilisées face à la vulnérabilité socioéconomique des ménages par les femmes en âge de procréer dans la zone de santé de Kenge. L'objectif principal était de comprendre comment ces femmes mettent en relation l'utilisation des méthodes de planification familiale, leurs conditions de vie et leurs possibilités d'autonomie socioéconomique.

Les résultats montrent que la planification familiale occupe une place importante, mais variable, dans les discours recueillis. Pour certaines participantes, elle apparaît comme une possibilité d'espacer les naissances et de mieux s'organiser pour exercer une activité génératrice de revenus. Elles l'associent à une meilleure gestion des ressources familiales. Pour d'autres, le recours à la PF reste limité par plusieurs contraintes liées à la représentation personnelle de la maternité, aux rapports de pouvoir, aux normes socioculturelles et aux conditions d'accès aux services. Malgré les actions de sensibilisation et les encouragements à utiliser la planification familiale, plusieurs obstacles sont évoqués : les croyances socioculturelles, le manque d'information, les perceptions défavorables des méthodes contraceptives, la peur des effets secondaires, l'influence du conjoint ou de la famille et l'insuffisante autonomie des femmes dans la prise de décision.

En définitive, la planification familiale est perçue et utilisée par certaines participantes comme une stratégie d'organisation des ressources face à la vulnérabilité socioéconomique des ménages. Elles l'associent à la recherche du bien-être familial, à la gestion des dépenses et à leur autonomie. Ces expériences ne permettent toutefois pas d'établir ni de mesurer une réduction de la pauvreté. Il reste du travail à faire pour favoriser un recours éclairé à la planification familiale : poursuivre la sensibilisation, organiser des séances de formation sur la planification familiale et l'autonomisation des femmes, et impliquer également les hommes dans les programmes afin de lever les obstacles évoqués et de corriger les informations erronées sur les méthodes contraceptives.

BIBLIOGRAPHIE

1) Ouvrages

- Nsungu Mbuku et al., « Facteurs associés à l'inaccessibilité des ménages de la zone de santé urbano-rurale de Kenge aux soins de santé », vol. 3, 2003.
- Jacques Courtejoie, La santé dans la communauté, Bureau d'étude pour la promotion de la santé, p. 192-203.

- S. NIRAGIRA, Analyse de la vulnérabilité socioéconomique des ménages de Ngozi, Éditions universitaires européennes, 2018, p. 140.
- Guy DI MEO, Les pays du tiers monde, 2e édition, 1987, p. 51.
- Ludwig von Bertalanffy, Théorie générale des systèmes, Paris, Dunod, 1973, p. 23-30.
- Amartya Sen, Un nouveau modèle économique, Odile Jacob, 2000, p. 95.

2) Rapports et articles

- Organisation mondiale de la Santé (OMS), Planification familiale/méthodes de contraception, 3 juillet 2025.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS), « She decides on her health, her future », Genève, OMS, 2019.
- UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) et Gouvernement de la RDC, Rapport d'analyse de la pauvreté et des privations des enfants en RDC, monographie provinciale : province du Kwango, 2024.
- Adélard NKUANZAKA Inzanza, « Planification familiale en République démocratique du Congo : la recristallisation est-elle en vue ? », Mouvements et enjeux sociaux, n° 2, décembre 2001, p. 54-59.

3) Autres

- Zone de santé de Kenge, DHIS2 Kenge, 2026.
- Ressources humaines de la zone de santé de Kenge, 2026.

Centre de recherche d'interface université-société

COMITÉ DE RÉDACTION ET ADMINISTRATION

- Directeur-Editeur : Sylvain Shomba Kinyamba, Professeur Ordinaire
- Rédacteur en Chef : Gaston Mwene Batende, Professeur Emérite
- Rédacteur en Chef adjoint : Patrick Develtere, Professeur Ordinaire
- Secrétaire de rédaction : Michel Kandolo Edungu, Chef de Travaux
- Relation avec les partenaires : Jean Pierre Mpiana, Professeur Ordinaire
- Archivage et logistique : Ingrid Mulamba Feza, Professeure Associée

CONSEIL SCIENTIFIQUE

Professeurs Baeke Viviane, Batamba Balembu Antoine ; Bongeli Yeikeo Ya Ato Emile ; Develtere Patrick ; Ekala Pierre ; Gretry Lucille ; Huib Huyse ; Inswan Bidum Pierre ; Kaminar Théo-Macaire ; Kapalayi Mutanga Roger-Vincent ; Labana Lasay'abar Jean Berck Mans ; Malemba N'sakila Gilbert ; Matabisi Nico ; Mbalanda Willy ; Mbela Hiza Login ; Mbuyi Musongela François ; Mokonda Bonza Floratin ; Mukoka Nsenda François ; Mulamba Feza Ingrid ; Muluma Munanga Albert ; Musa Alokpo Dieudonné ; Musao Kalombo Célestin ; Mutunda Mwembo Pierre ; Mpiana Tshitenge Jean Pierre ; Mwabila Malela Clément ; Mwene Batende Gaston ; Ndeke Zamba Casimir ; Ngoma Binda Elie ; Ngoy Bisongo Colby ; Nkuanzaka Inzanza Adélard ; Ongevela Van Jan, Osokonda Okenge Basile, Ponsar Paul, Reychler Luc ; Sekimonyo Wa Magango Côme ; Shomba Kinyamba Sylvain ; Wingenga Jeannot ; Yandju Marie-Claire ; Yere Afobe Innocent Zimango Gama Romain.

Immeuble CDS n°3, Trafic, Route de l'Ouest,
Campus de l'Unikin, Tél. : 0999903563 /
shombakin@yahoo.fr,
www.mesrids.org
Dépôt légal : MR 3.02103.57117
N° ISSNB : 2790-3095 (impr.)
N° ISSNB : 2790-3109 (ligne)