

Impact de la planification familiale sur la santé maternelle en république du Congo

Impact of the family planning on maternal health in the Republic of Congo

LEKOUKA Fabien Constantin

Enseignant chercheur

Faculté des Sciences Economiques

Université Marien Ngouabi république du Congo

Laboratoire de Recherches et d'Études Économiques et Sociales

fablekouka@gmail.com

Date de soumission : 27/10/2021

Date d'acceptation : 12/12/2021

Pour citer cet article :

LEKOUKA.F.C. (2021) «Impact de la planification familiale sur la santé maternelle en république du Congo»,
Revue Française d'Economie et de Gestion « Volume 2 : Numéro 12 » pp : 331 – 354

Author(s) agree that this article remain permanently open access under the terms of the Creative Commons

Attribution License 4.0 International License



Résumé

L'objet de ce papier est d'analyser l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle. A partir de la méthode d'endogeneity switching régression (ESR), appliquée sur les données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples du Congo (MICS) réalisée par l'Institut national de la statistique (INS) du Congo entre la période 2014-2015, les résultats obtenus montrent que, la planification familiale améliore la probabilité des femmes congolaise d'avoir une bonne santé maternelle de 91,6%. De même, ces résultats ont montré que les variables comme : situation matrimoniale, sexe du chef de ménage, l'âge de la femme, ainsi que le niveau d'éducation (de la femme et du chef de ménage), sont des variables importantes dans le processus de la mise en œuvre des programmes en général, en particulier celui de la mère (santé de reproduction, santé maternelle). Ces résultats ont donné lieu à des implications de politiques économiques visant à l'amélioration de la qualité managériales des services de santé maternelle, afin d'atteindre les ODD 3.7 à l'horizon 2030.

Mots clés : Impact ; Planification familiales ; santé maternelle ; ESR ; Congo

Abstract

The purpose of this paper is to analyze the impact of family planning on maternal health. Using the endogeneity switching regression (ESR) method, applied to data from the Congo Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) conducted by the National Institute of Statistics (INS) of the Congo between the period 2014-2015, the results obtained show that family planning improves the probability of Congolese women having good maternal health by 91.6%. Similarly, these results showed that variables such as: marital status, sex of the head of household, age of the woman, as well as the level of education (of the woman and the head of household), are important variables in the process of implementation of programs in general, especially that of the mother (reproductive health, maternal health). These findings have led to policy implications aimed at improving the managerial quality of maternal health services, in order to achieve MDG 3.7 by 2030.

Keywords : Impact; Family planning; maternal health; RSE; Congo

Introduction

La question de la santé maternelle demeure de nos jours l'une des préoccupations majeures des acteurs en charge des politiques de santé aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Son intérêt a suscité au niveau de l'Organisation des Nations Unies, la mise en place des Objectifs du Développement Durable 3.7 (ODD), en vigueur depuis janvier 2016. Au niveau de l'Afrique, la santé maternelle demeure un enjeu majeur pour bénéficier des effets positifs de la croissance démographique à l'horizon 2050 (Rapport OMS, 2016). A ce sujet, plusieurs programmes ont été mis en œuvre pour l'amélioration de la santé maternelle, parmi lesquels figure la planification familiale (PF), reconnue depuis longtemps par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD, 1994), comme un moyen essentiel pour améliorer la santé de la reproduction. De même, le rapport sur les Objectifs du Développement Durable reconnaît l'accès à la planification familiale¹ en tant que droit humain fondamental ; permettant d'améliorer la santé maternelle. Ainsi, la planification familiale apparaît comme une stratégie appropriée pour l'amélioration des indicateurs du développement socio-économique et démographique (OMS, 2016).

En Afrique Subsaharienne, la pratique de la contraception demeurent faible soit un taux de prévalence contraceptif de 22%, par contre ce taux est de 50% en Afrique du Nord (OMS, 2008). Au niveau de l'Afrique Centrale, ce taux demeure préoccupant soit 25%, par contre en République du Congo il est estimé à 44% (MICS-2015) qui est supérieur à la moyenne de la région. Malgré le taux élevé de la pratique des méthodes contraceptives en République du Congo par rapport à d'autres pays de la région, la situation de la santé maternelle au cours de ces deux dernières décennies a subi une légère amélioration soit une baisse de 781 décès à 436 décès pour 100 000 naissances vivantes (MICS, 2015). Il est admis aujourd'hui que la question de la santé maternelle figure parmi les éléments importants dans la réalisation du Plan National de développement (PND 2018-2022), en République du Congo. Au regard de ce qui précède, ce travail trouve toute sa justification dans la nécessité d'évaluer l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle de façon à alimenter le débat sur l'analyse d'évaluation des politiques de santé dans les pays en voie de développement.

Problématique, objectifs et hypothèses

Au regard, des résultats des différentes enquêtes (EDSC, 2005 et EDSC, 2012 et MICS, 2015) réalisées par l'Institut National de la Statistique (INS) depuis 2005, qui montrent une baisse du

taux de prévalence contraceptive très de 10 % entre 2012 à 2015. En même temps, on constate une baisse d'accouchement dans l'ensemble du pays de 0,5%. Cette situation permet de s'interroger sur lien existant entre la planification familiale et la fréquence des accouchements. Par ailleurs, au cours de la même période on a constaté aussi que les consultations prénatales et post-natales ont connu un niveau de prévalence à la hausse respectivement de 0,6% et 15,9%. Au regard, de cette situation on peut s'interroger sur la contribution de la politique de la planification familiale sur la santé maternelle. Ainsi, cette situation nous pousse à s'interroger sur la question que cet article cherche à répondre la suivante : **Quel est l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle ?**

L'objectif principal de cet article est d'évaluer l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle au Congo. Ainsi, dans ce travail, nous soutenons l'hypothèse selon laquelle la planification familiale a des effets positifs sur la santé maternelle. En effet, les travaux de Orvos et al, 2002 ; Nisar et Dibley, 2014 ont montré que la planification familiale par le biais des consultations prénatales contribue à l'amélioration de la santé maternelle, en réduisant le risque de la mortalité maternelle.

Outre l'introduction et la conclusion et les implications des politiques économiques ; la suite de ce travail est structurée en trois (3) sections. La première est consacrée à la revue de la littérature. La méthodologie fait l'objet d'une présentation dans la deuxième section. Enfin, la troisième section, quant à elle, porte sur la présentation et l'interprétation des résultats obtenus.

1- Revue de littérature

1.1- Aperçu de la planification familiale au Congo

La république du Congo comme la plupart des pays africains, a ratifié l'initiative de Bamako en 1987, lancée par l'OMS. En effet, l'application de cette initiative a permis au gouvernement congolais, de mettre en place un programme de planification familiale dirigé par l'Association congolaise du Bien-être Familial (ACBEF), dans le but est de promouvoir l'éducation liés au bien-être familial et à la santé de la reproduction. A partir, des années 1990, la république du Congo a adopté les recommandations initiées par la Conférence Internationale sur la Population et le Développement (CIPD), traduisant ainsi la mise en place des programmes sanitaires parmi lesquels figure la planification familiale. Au cours, des années 2000, la république du Congo a élaboré plusieurs programmes liés aux politiques de planification familiale : parmi lesquels figure le plan stratégique de repositionnement de la PF6 qui intègre le plan de plaidoyer en 2012. Celui-ci avait pour l'objectif de répondre à la réduction de la mortalité maternelle. Ainsi, l'accroissement de l'offre de service à travers le Plan National de Développement Sanitaire

(PNDS), la qualité et l'accessibilité des soins de santé, y compris la planification familiale, ont été une préoccupation du gouvernement.

L'application de la loi du 17 Novembre 2010, autorisant ainsi l'intervention dans le domaine de la planification familiale (PF), à l'exception du droit à l'avortement qui reste strictement interdit, sauf dans le cas d'une grossesse mettant en danger la vie de la mère.

En dépit ; de la mise en œuvre des politiques sanitaires en république du Congo, la santé maternelle reste un problème majeur avec un taux de mortalité élevé soit 39 décès pour 1000 naissances pour la mortalité infantile ; la mortalité infanto juvénile a été estimée à 68 décès pour 1000 naissances et le taux de mortalité maternelle a été estimé à 426 décès pour 100 000 naissances vivantes (MICS, 2015). De même, les différentes études montrent que près de 44 % des femmes ont utilisé les méthodes de contraception en 2012(EDSC, 2012) et 30,1% en 2015(MICS5 2014-2015). L'évolution de ces indicateurs nécessite une analyse importante sur la relation entre la planification familiale et la santé maternelle dans le cas de la république du Congo.

1.2-Revue de la littérature

Cette section vise à faire le point sur les connaissances aussi bien théoriques qu'empiriques relatives à l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle.

1.2.1- Définition des concepts

La définition d'un certain nombre de concepts est nécessaire pour la compréhension du sujet. Pour ce faire, il est important de définir la planification familiale et la santé maternelle.

❖ La planification familiale

La première tentative de la définition de la planification familiale remonte des années 1930, par l'Association Britannique pour le Contrôle des Naissances (British National Birth Control Association). Cette institution définit la planification familiale comme étant un ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances. Mais, en 1953, la conférence de Stockholm en Suède définit la planification familiale comme un droit pour la population relatif à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Pour l'Organisation Mondiale de la Santé, la planification familiale est définie comme un ensemble des méthodes de contraception moderne ou traditionnelle, favorisant une maternité sans risque (OMS, 1994). Cette définition introduit l'aspect de la santé maternelle, en s'appuyant sur l'importance de la planification familiale comme un moyen qui permet aux femmes de recourir à l'accouchement assisté et à la fréquentation des établissements de santé (Bloom et al, 1999).

Ces méthodes interviennent souvent dans la dimension prénatale et post natale de la santé maternelle en réduisant le risque de la mortalité maternelle (Nisar et Dibley, 2014). Dans le cadre de cet article, le concept de la planification familiale retenu est celui défini par l'OMS en 1994.

❖ La santé maternelle

L'Organisation mondiale de la santé, définit la santé maternelle comme un état complet de bien-être physique, mental et social (OMS, 1948). Elle est maternelle lorsqu'elle prend en compte tous les aspects de la santé de la femme de sa grossesse, à l'accouchement, jusqu' au postpartum (OMS, 2015). Cette définition permet d'analyser la santé maternelle en trois dimensions sanitaires : les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins post natals, ces dimensions constituent les piliers de la maternité à moindres risques (Dugas, 2011). Le concept santé maternelle retenu dans cet article est celui défini par l'OMS.

1.2.2- Revue théorique

La théorie économique suggère que la politique de la planification familiale améliore la santé maternelle, en réduisant le risque de la mortalité maternelle. En effet, la prise en compte de la question de santé maternelle demeure un problème majeur de la santé publique (Bergström et Goodburn, 2001). En effet, l'accès au programme de la planification familiale aurait des effets sur la santé maternelle ; par conséquent, la politique de la planification familiale dont les objectifs doivent viser non seulement à attirer de nouveaux utilisateurs, mais aussi à améliorer les taux de continuation et à encourager les anciennes utilisatrices (Starrs et al, 2018).

La mise en place d'un programme et l'atteinte des résultats y relatifs, sont soutenues par les théories des changements de comportement. Ces théories se fondent sur le comportement des usagers ou bénéficiaires de ces programmes (Rogers, 2014). En effet, l'idée centrale de la théorie du changement est de rendre la politique explicites dans sa réalisation (Vogel, 2012). En matière de la santé maternelle, l'imprégnation d'un programme ou politique de santé sur la planification familiale est surtout axée aux comportements des femmes (Hardee et al. 2017). Au regard, de l'analyse théorique sur l'évaluation d'impact d'un programme sanitaire, deux approches peuvent être dégagées, afin de mieux définir le programme à évaluer (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz et Denis, 2011).

La première approche, (dite cognitive) est soutenue par trois courants théorique (i) la théorie de l'action raisonnée, (ii) la théorie du programme et la (iii) théorie du comportement planifié (Rogers, 2008). Cette approche développe l'hypothèse selon laquelle les effets d'une politique sont liées à l'identification des éléments essentiels du programme et la vérification bien-fondée

du modèle d'intervention quant aux mécanismes sous-jacents aux effets attendus (Rogers et coll., 2000). Elle place le comportement des bénéficiaires au centre de l'imprégnation d'un programme. Cela implique que le comportement facilite les effets de la planification familiale sur la santé maternelle (Srivastava et al. 2015). Par ailleurs, la deuxième approche, (dite contextuelle), développe l'idée sur le contexte et l'implication de l'environnement à l'évaluation d'une politique ; celle-ci est soutenue par la théorie participative des politiques publiques ; en évoquant les difficultés inhérentes à la mise en œuvre d'un programme (Howe et Ashcraft, 2005). En résumé, les deux approches s'inscrivent dans le cadre où l'évaluation d'une politique publique dépend d'une part du comportement des usagers et d'autre part du contexte de la mise en œuvre de la politique (Pressman et Wildavsky, 1984).

Il ressort des différentes études, qu'il n'existe pas un consensus quant à l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle. Tandis que certaines études concluent que la planification familiale améliore la santé maternelle à long terme (l'horizon). Ces analyses s'appuyant sur l'impact de la planification familiale ont des effets sur la santé maternelle à long terme (Fleming et al, 2018). Les résultats obtenus par ces travaux mettant en avant l'approche cognitive des bénéficiaires (Anderson, 2005). Par contre, d'autres études trouvent des résultats en développant l'idée sur l'influence de l'environnement de la mise en œuvre de la politique (Barker et al. 2018).

1.2.3- Synthèse des travaux

Deux groupes de méthodes se dégagent dans les différents travaux passés en revue. Le premier regroupe des travaux ayant utilisé les méthodes dynamiques avec les données macroéconomiques (Mensch, Lentzner et Preston, 1985). Le deuxième regroupe des travaux ayant utilisé les méthodes économétriques multivariées avec les données micros (Wolfe et Behrman , 1982 ; Olsen et Wolpin ,1983 ; Seke Kouassi, 2009).

❖ Premier groupe des travaux

L'accès aux programmes de la planification familiale est un moyen efficace pour l'amélioration de la santé maternelle à long terme. Nombreux sont des travaux qui ont montré les effets positifs de la planification familiale sur la santé maternelle à long terme à partir des modèles macros (Fortney, 1987 ; Cincotta et al, 2008). L'étude de Fleming et al en 2018, a montré que le mode de vie et la participation des parents à la planification familiale influence à long terme la santé de la progéniture, ainsi que celle de la mère. De même, nombreux des travaux ont montré les effets des conditions de vie à partir de la croissance économique sur la mortalité juvénile ; cette étude a permis de conclure que la croissance économique améliore le taux de survie de la

population capable de travailler notamment pour les tâches physiques. (Bloom et Williamson, 1998 ; Mayer ; 2001 ; Fogel, 1994, 1997 ; Shaista et 2003). Ces travaux ont utilisé plusieurs techniques parmi lesquelles figure le modèle de correction d'erreurs de vecteurs. Différentes méthodes ont montré les mêmes résultats, contribuant à améliorer la capacité des individus au travail notamment pour les tâches physiques. De même, les travaux de Mincer en 1994, développés autour du modèle de capital humain sur la répartition des revenus et des investissements le long du cycle de vie, à partir des données américaines ont montré que les investissements humains déclinent antérieurement aux salaires observés. De même, les travaux de Mason, réalisés en 2003 dans les pays d'Asie de l'Est ont montré l'importance de trois facteurs pour bénéficier du dividende démographique : la qualité du capital humain (éducation et santé) ; la capacité des pays à créer un nombre suffisant d'emplois et à accroître la productivité du travail, et par là, les salaires ; le rôle de l'épargne et des investissements. De même, l'étude de Daruich et Kozlowski (2019) aux Etats Unies à partir d'un modèle hétérogène standard de cycle de vie, a montré que la décision de famille au sujet de la fertilité de la femme a des effets sur les transferts entre générations.

Preston en 1980 dans son étude sur un échantillon de pays en voie de développement entre la période 1940 et 1970 a montré que la santé d'une population améliorerait le revenu par tête. De plus, les travaux de Mensch, Lentzner et Preston (1985) ; Ranaa et al (2019) à partir des données en séries temporelles ; ont montré l'importance des variables socioculturelles, telles que le groupe ethnique, l'éducation de la mère et surtout des pratiques de soins des enfants, dans la détermination des niveaux de mortalité infantile.

❖ Deuxième groupe des travaux

L'impact de la planification familiale sur la santé maternelle dépend, de la manière de l'imprégnation au niveau de la population cible (Chen et autres 1983, Prata, 2007). En effet, plusieurs études ont montré que l'environnement en général et la culture en particulier influence les effets de la planification familiale sur la santé maternelle et celle de la reproduction.

L'étude de Nounké Kourouma (2011) réalisée en Guinée à partir des données de deux enquêtes démographiques et de santé (DHS) pendant la période de 1999 et 2005. Les résultats obtenus à travers les modèles de Poisson et les modèles de régression logistique binaire et multinomiaux qui ont montré une faible fécondité chez les femmes issues des classes riches par rapport aux femmes pauvres et une diminution de leurs besoins non satisfaits en matière de planification familiale. De même, Kouaouci, en 1995 a montré que la religion avait une influence sur l'adoption des méthodes de planification familiale dans le ménage. Au-delà de ces études,

d'autres comme ceux de Jejeebhoy(1995) ; de Lachance et Brassard,(2003) et de Schoumaker,(2004a) ont démontré l'effet de l'éducation sur la fécondité et la santé maternelle.

Ainsi, les travaux de Wolfe et Behrman (1982) en Nicaragua et ceux d'Olsen et Wolpin (1983) en Malaisie partir des analyses multivariées ont montré le rôle de l'éducation de la mère dans l'augmentation des chances de survie des enfants ; par contre, apparaît un effet carrément non significatif de l'éducation du père. De plus, l'étude de Schoumaker en 2001, au Maroc à partir du modèle multi-niveau a montré que les facteurs contextuels ont des effets importants sur les comportements de fécondité.

L'étude de Saifuddin Ahmed et al en 2012 à travers un échantillon de 172 pays à l'aide d'un modèle de régression multiniveau a permis de montrer que la planification familiale à travers l'utilisation de contraceptifs a permis d'éviter près de 272 040 décès maternels (44% de réduction).

❖ Importance et originalité de la recherche

La littérature passée en revue, ici, suggère que la plupart des travaux traitent cette question sous l'angle des effets de la planification sur la santé maternelle (Fleming et al, 2018). De même, la majorité de ces résultats ont mis en exergue le lien entre la planification familiale et la santé maternelle à partir des déterminants Schoumaker (2001) ; Wolfe et Behrman (1982). Rare sont des travaux qui ont traité la question de la relation entre la planification familiale et la santé maternelle en utilisant les méthodes d'évaluation d'impact en général et au Congo en particulier. Pour ce faire, l'utilisation du modèle à changement de régime avec endogénéité constitue un apport dans la revue empirique sur la question de l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle dans les pays en voie de développement en général et au Congo en particulier. Le recours à la technique d'évaluation d'impact dans ce travail s'inspire des travaux d'Hotchkiss et al (1999) au Maroc, cette étude a permis d'évaluation l'impact des services de planification familiale à partir d'un modèle à effets fixes.

2-Méthodologie

Nombreux sont des travaux qui ont analysé la question de la planification familiale, en abordant des déterminants auprès de la population en générale et aux ménages en particulier. La plupart de ces travaux ont fait l'objet d'utilisation des méthodes dynamiques (Naik et al, 2015 ; Daruich et al ,2019). Pour ce faire, l'application des méthodes d'évaluation d'impact pour analyser l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle serait un apport empirique dans le cas de ce travail.

2.1-Source des données

Les données utilisées dans ce travail, proviennent de la base de données de l'enquête par grappes à indicateurs multiples du Congo (MICS) réalisée par l'Institut national de la statistique (INS) du Congo entre la période 2014-2015. L'échantillon de cette enquête était un échantillon aréolaire, stratifié et à deux degrés avec stratification au premier degré selon le milieu de résidence. Les données de cette enquête sont représentatives et fournissent des informations des individus dans les ménages.

2.2- Construction de l'indice de la santé maternelle

La santé maternelle se traduit par les soins appropriés que reçoivent les femmes avant la grossesse, durant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la grossesse (Ransom et Yinger, 2002 ; Ndiaye et al, 2005). La complexité des différentes dimensions de la santé, a fait l'objet de plusieurs mesures de la santé maternelle, parmi lesquels figurent les mesures objectives, les mesures subjectives et les mesures combinés (Audibert, 2009).

L'étude de Sunil et al en 2006, a proposé une démarche dans la construction de l'indicateur composite de la santé maternelle en prenant en compte toutes ses dimensions. Cette démarche s'est appuyée sur les différentes dimensions de la santé maternelle (les soins prénatals, les soins lors de l'accouchement et les soins postnataux) développées à partir des travaux de l'OMS en 1994. En effet, les indicateurs combinés présentent plusieurs avantages par rapport à d'autres indicateurs, car ils permettent de faire la combinaison des diverses caractéristiques inhérentes à l'ensemble du phénomène en général et à la santé maternelle en particulier (Pittroff et Campbell., 2000). Plusieurs travaux (Maine, 2003 ; Keita, 2008) en économie de la santé ont construit l'indicateur combiné à partir de l'approche d'inertie qui repose sur les techniques d'analyse factorielle des données parmi lesquels figure : l'analyse en composantes principales (ACP), l'analyse factorielle des correspondances (AFC), l'Analyse Canonique Généralisée (ACG) et l'Analyse de Correspondances Multiples (ACM) Benzecri et coll (1970). Suivant l'approche d'inertie proposée par Asselin en 2005 dans la construction des indicateurs composite. En s'inspirant des travaux d'Alkire et Foster (2011) dans la construction des mesures de la pauvreté, ceux-ci pourraient être adapter à la construction de notre indicateur de la santé maternelle. Cet indicateur pourrait présente des limites, par un nombre faible des dimensions du phénomène de la santé maternelle par contre Alkire et Foster utilise plus des dimensions. Le choix des indicateurs primaires pour chacune des dimensions de la santé maternelle se fait à partir des travaux de Ross (1999). Cet indicateur présente des limites par le manque de certains indicateurs dans la construction, cela est dû par le manque des données.

Le tableau ci-dessous présente essentiellement les dimensions de la santé maternelle, ainsi que les différentes variables ou indicateur qui ont servi à la construction de l'indicateur de la santé maternelle (SM).

Tableau N°1 : Dimensions et différentes variables ayant permis à la construction de l'indicateur combiné de la santé Maternelle (SM)

Dimensions	Variables	Niveau d'évaluation du mauvais état de la santé maternelle
Post natale	Faire un bilan de santé après l'accouchement	La mauvaise santé si la femme n'a pas fait un bilan de santé après l'accouchement.
Prénatale	Recevoir les soins prénatals	La mauvaise santé si la femme n'a pas reçu les soins prénatals.
	Le nombre de visites prénatales que la femme a reçu les soins prénatal	La mauvaise santé si la femme n'a pas effectué au moins 4 visites.
	Recevoir un vaccin de tétanos	La mauvaise santé si la femme n'a pas reçu le vaccin de tétanos pendant la grossesse
	Recevoir le traitement du palu	La mauvaise santé si la femme n'avait pas reçu le traitement du palu lorsqu'elle était malade pendant la grossesse.

Source : Auteurs à partir de la littérature existante

2.5- Méthodes d'analyse

La littérature précédemment présentée montre de manière claire l'existence de deux (2) groupes des méthodes : le premier regroupe des travaux utilisent les méthodes dynamiques avec les données macroéconomiques (Mensch, Lentzner et Preston, 1985). Et le deuxième regroupe des travaux utilisés les méthodes économétriques multivariées avec les données micros (Wolfe et Behrman, 1982 ; Olsen et Wolpin ,1983 ; Seke Kouassi, 2009). L'utilisation de ces méthodes présentées des limites pour capter les effets directs de la planification familiale. Pour ce faire, l'utilisation de la méthode d'évaluation d'impact présente un apport nécessaire pour cet article ; puisqu'elle permet d'analyser de façon simultanée les déterminants de la planification familiale, ainsi que son impact de sur la santé maternelle. Ces méthodes ont été popularisées par Heckman (1979). L'adoption de la planification familiale résulte d'un choix rationnel des membres des ménages, car les ménages qui n'acceptent pas cela de façon hasard.

2.5-2-Spécification de la méthode méthode d'endogeneity switching regression

Les problèmes majeurs des méthodes d'évaluation d'impact des politiques sont de contrôler les problèmes de sélection (biais de sélection) et d'endogénéité (biais d'endogénéité). Le contrôle de ces biais et le type des données dans l'analyse de l'impact des politiques a fait émerger plusieurs méthodes d'évaluation d'impact (Kingdon, 1984). Ainsi, chaque méthode cherche réduire le plus possible le problème de biais de sélection en comparant le groupe de bénéficiaires du programme au groupe de non bénéficiaires ayant exactement les mêmes caractéristiques exceptée la participation au programme. En pratique, il est très difficile de trouver un tel groupe. C'est donc pour essayer de résoudre ce problème de biais de sélection et de générer des estimations sans biais des résultats d'impact que la méthode d'endogeneity switching regression. Cette méthode a fait l'objet de plusieurs travaux, parmi lesquels figure l'étude de Angrist et Imbens en 1996 réalisée aux Etats Unis. L'estimation du modèle à changement de régime avec endogénéité nécessite au préalable la modélisation d'un modèle probit binaire de décision d'utiliser les méthodes de la planification familiale. En effet, selon l'approche microéconomique de Sjaated(1962) la planification familiale constitue un projet ou un programme qui procure une utilité aux individus. Ainsi, la présence l'utilisation des méthodes de contraceptions procure un niveau d'utilité (U_{pi}) et le manque d'utilisation des méthodes de contraceptions un niveau (U_{Ni}); a cet effet chaque ménage utilisant les méthodes de contraceptions tire un gain d'utilité P^* tel que $P^* = U_{pi} - U_{Ni} > 0$. Dans la pratique, P^* n'est pas observable, mais est exprimée en fonction des facteurs observables dans un modèle à variable latente comme suit :

$$P^* = \beta X + \mu_i \text{ avec } G = \begin{cases} 1 \text{ si } P_i^* > 0 \\ 0 \text{ si } P_i^* \leq 0 \end{cases} \quad (1)$$

En tenant compte des biais de sélection possible dans l'échantillon, des individus peuvent être regroupés suivant deux régimes :

$$\begin{cases} S_{1i} = \alpha_1 J_{1i} + \epsilon_{1i} & \text{si } G_i = 1 & \text{régime 1} \\ S_{0i} = \alpha_0 J_{0i} + \epsilon_{0i} & \text{si } G_i = 0 & \text{régime 2} \end{cases} \quad (2)$$

Les variables S_{1i} et S_{0i} sont dichotomiques et l'estimation des paramètres α_1 et α_0 associés aux vecteurs de variables J_1 et J_0 par la méthode du maximum de vraisemblance sera biaisée à cause du biais de sélection évoqué plus haut (Lokshin et Sajaia,2004). Les termes d'erreurs ϵ_{1i} et ϵ_{0i} qui sont conditionnels aux critères de sélection n'ont pas une moyenne nulle (Lee et Trost, 1978 ; Maddala, 1983). Ainsi, le recours au modèle à changement de régime avec endogénéité est

justifié et l'hypothèse nulle d'absence de biais de sélection est rejetée (Maddala et Nelson, 1975).

2.6- Présentation des variables

La littérature empirique sur l'analyse de l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle s'accorde sur la prédominance des facteurs économiques, sociodémographiques comme étant les principaux facteurs qui déterminent la décision de d'utilisation des méthodes de contraceptions (Fassassi ,2001; Akam,2005; et Ndzu Zoula,2005), dans leurs travaux ces auteurs ont empiriquement démontré le rôle de la planification familiale dans la réduction des niveaux de mortalité maternelle et infanto-juvénile, A cet effet, le **Tableau N°2** ci-dessous présente les variables retenues pour cet article.

Tableau N°2: Les variables utilisées et signes attendus

Variables	Travaux	Signe
Variable de résultat	Variable résultat retenue dans notre étude est le score produit par l'analyse d'Alkire, 2011); cette variable explique la santé maternelle.	
Variables de contrôle ou les variables de sélections		
Planification familiale	Fassassi ,2001; Cleland John, 2010)	positif
Le niveau de vie du ménage	Amadou Sanni, 2011; Zra, 2008	positif
Taille du ménage	Fu Haishan, 1986	négatif
Milieu de residence	Saifuddin Ahmed et al (2012)	positif
statut matrimonial	Wolfe et Behrman (1982)	positif
Age	Wolfe et Behrman (1982)	positif
Sexe du chef de ménage	Wolfe et Behrman (1982)	positif
Nombre de femmes de 15-49 ans	Fu Haishan, 1986	positif
Nombre des enfants de 1-17ans dans le ménage	Zra, 2008	négatif
Education	Olsen et Wolpin (1983)	positif

Source : auteurs à partir des travaux empiriques

En effet, l'analyse des statistiques descriptives consignées dans le **Tableau N°3**, permettent de constater que, peu des femmes acceptent le programme de la planification familiale. En effet, que quel que soit les variables retenues dans notre analyse, aucune des modalités n'affiche une

proportion des femmes ayant bénéficié du programme de la planification familiale (PF) atteignant les 40%. Cette proportion qui varie entre 24,31% et 37% e. A cet effet, plusieurs hypothèses peuvent être formulées sur la mise en place des politiques de santé de la reproduction en général et en particulier la planification familiale (PF) en république du Congo. De même, Il ressort de ce tableau que, la majorité des femmes acceptant d'adopter la planification familiale ne sont pas marie soit 30,61%. On note aussi que le fait d'utiliser l'internet faciliter l'utilisation de la planification familiale par rapport à ceux qui n'utilisent pas l'internet soit 34,98% contre 30,31%.

De plus, on note que le fait d'avoir déjà un enfant augmenter le pourcentage des femmes d'utiliser la planification familiale soit 30,98% contre 26,16% des femmes n'ayant pas d'enfant. Suivant la variable niveau d'éducation, les femmes ayant un niveau secondaire et plus utilisent les méthodes de contraceptions soit 32,36% contre 27,73 des femmes ayant un niveau primaire.

Tableau N°3: Statistiques descriptives

Variables et modalités	Utilisation de planification familiale	N'utilisation de planification familiale
Situation matrimoniale		
- Oui	29,62	70,38
- Non	30,61	69,39
Utilisation d'internet		
- Oui...	34,98	65,02
- Non	30,31	69,69
Milieu de résidence	26,42	73,58
- Urbain		
- Rural	30,08	69,92
Niveau de vie		
Pauvre	28,90	71,10
Non pauvre	27,73	72,27
Avoir déjà un enfant		
Avoir déjà un enfant	30,98	69,02
Pas d'enfant	26,16	73,84
Éducation		
Niveau Primaire...	27,28	72,72
Niveau secondaire et plus...	32,36	67,64

Source : l'auteur à partir des résultats obtenus sur Stata, 14

3- Résultats et discussion économiques

Cette sous-section est consacrée à la présentation de l'indicateur de la santé maternelle et test de moyenne dans un premier temps, et présentation des résultats et la discussion économique, dans un second temps.

3.1- Présentation de l'indicateur de la santé maternelle et test de moyenne

Le **Tableau N°4** ci-dessous présente la description les différents statistiques d'analyse de l'indicateur de la santé maternelle. Il ressort de ce tableau que, l'échantillon de l'étude est composé de 3609 femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête MICS-2014-2015. Dans l'ensemble les résultats montrent que près de 14% des femmes utilisent la PF contre 86% qui n'utilisent pas la PF. Ces résultats peuvent être expliqués par la faiblesse du système de santé congolais en général et celui de la santé de reproduction en particulier, en effet, près de 79,0% de femmes âgées de 15-49 ans ayant accouché d'un enfant né vivant au cours des 2 dernières années ont bénéficié de la couverture des soins prénatals (MICS,2015).

On note tout de même que, dans l'ensemble des femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête, près de 67,72 % ont déclaré avoir effectué les visites postnatales contre 32,28% n'ayant pas effectué les contrôles postnatals. Ces résultats peuvent être expliqués par les différents programmes initiés par le gouvernement en matière d'amélioration au service de santé de la reproduction. On note tout de même que, la dimension prénatale présente des faibles pourcentages de femmes qui n'ont pas bénéficié des soins y relatifs à l'exception de la variable Recevoir le traitement du palu pour laquelle 29,12% de femmes n'ont pas reçue le dit traitement du palu. Ces résultats confirment bien les tendances observées à partir des différentes enquêtes² réalisées par l'INS, qui ont montré des avancées significatives dans l'amélioration de la santé maternelle.

² EDS I et II, MICS-2014-2015

Tableau N°4 : Proportion (%) des variables retenues dans la construction de l'indicateur de la santé maternelle.

Indicateurs	Planification familiale		Ensemble
	PF: Oui	PF: Non 0	
Effectif	504	3105	3609
Proportion %	14	86	100
Bilan de sante après l'accouchement %	67,72	32,28	100
Recevoir les soins prénatals %	88,83	11,17	100
Nombre des visites prénatales%	82,77	17,23	100
Recevoir le vaccin de tétanos %	82,77	17,23	100
Recevoir le traitement du palu %	70,88	29,12	100

Source : L'auteur à partir des résultats obtenus sur STATA, 14

Le **Tableau N°5**, présente le test sur les différences des moyennes entre ceux qui utilisent la planification familiale et ceux qui n'en utilisent pas, suivant leurs caractéristiques socio-démographiques. Il ressort du tableau 4, que la distribution de l'âge est significative, en effet, les individus qui participent à la planification familiale (PF) sont plus âgés que ceux qui n'y participent pas avec une différence de deux ans entre les deux groupes. De même, l'analyse des résultats montre que les femmes qui participent à la planification familiale ne sont pas tout à fait semblables à ceux qui n'y participent pas suivant les caractéristiques socio-économiques la taille du ménage et le nombre d'enfants(1-17ans) dans le ménage. Ce résultat justifie le recours à l'utilisation d'un modèle d'évaluation d'impact dans le cas de notre analyse.

Tableau N°5 : Test sur la différence de moyennes

Variables	Planification familiale		Diff
	PF: Oui	PF: Non	
Age	31,33	29,57	-1,75***
Taille du ménage	5,51	5,76	0,249***
Nombre d'enfants :1-17 ans dans le ménage	2,95	3,17	0,225***

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Source : L'auteur à partir des résultats obtenus sur STATA, 14

3.2- Présentation des résultats et la discussion économique

Cette sous-section est consacrée à l'analyse de l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle, dans un premier temps, et l'analyse des déterminants de la planification familiale, dans un second temps.

- *L'analyse de l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle*

Le résultat de l'estimation par la méthode ESR, montre que le modèle est significatif, que le coefficient du K (facteurs inobservables) ont le même signe et significatif au seuil de 5%, cela suggère que, ceux qui participent à la planification familiale ne la font pas sur la base de leurs avantages comparatifs.

Les résultats obtenus suggèrent qu'en moyenne, l'impact en termes d'amélioration de la santé maternelle, à la suite de la participation à la planification familiale, est de 91,6% ; c'est-à-dire la majorité des femmes qui bénéficient du programme de la planification familiale ont une forte probabilité d'améliorer leur santé maternelle. Ce résultat suscite quelques commentaires, en premier lieu c'est l'engagement du gouvernements congolais avec ses différents partenaires au développement à travers les différents programmes comme le programme d'Appui aux structures de santé (PASS) lancé en 2012, le plan national de développement sanitaire (PNDS) 2014-2018 et 2018-2022, la mise en œuvre de ces programmes ont permis de renforcer les capacités des centres de soin en matière de la santé de reproduction. En effet, d'après les résultats du PNDS3 2007-2011, sur les 36 CSS⁴ qui sont en fonctionnement en république du Congo près de la moitié disposent d'un personnel qualifié soit 18 CSS.

En deuxième lieu est la sollicitation par la population et la disponibilité des services de planning familial au niveau des Centres de santé intégré (CSI). En effet, l'utilisation de la planification familiale pourrait avoir des effets indirects sur l'amélioration de la qualité de vie, plus précisément le capital humain. Pour faire, investir dans la planification familiale contribue indubitablement à la réalisation des Objectifs du Développement Durable (ODD) notamment en ce qui concerne l'objectif 3.7. En effet, les résultats obtenus confirment les travaux d'Akam (2005) et Ndzu Zoula (2005), qui ont montré que la planification avait des effets sur la fécondité.

En résumé, cet effet positif de la planification familiale sur la santé maternelle amélioré la qualité de vie de la population en générale, plus particulièrement le capital humain en

3 Plan National de Développement Sanitaire (PNDS)

4 Circonscriptions socio-sanitaires (CSS)

république du Congo. Les résultats obtenus confortent ceux obtenus par Schultz (1992) qui ont montré qu'en Colombie, les programmes de la planification familiale sont associés à des niveaux plus bas de fertilité et à l'amélioration de la santé maternelle.

Tableau N°6: Équation substantielle

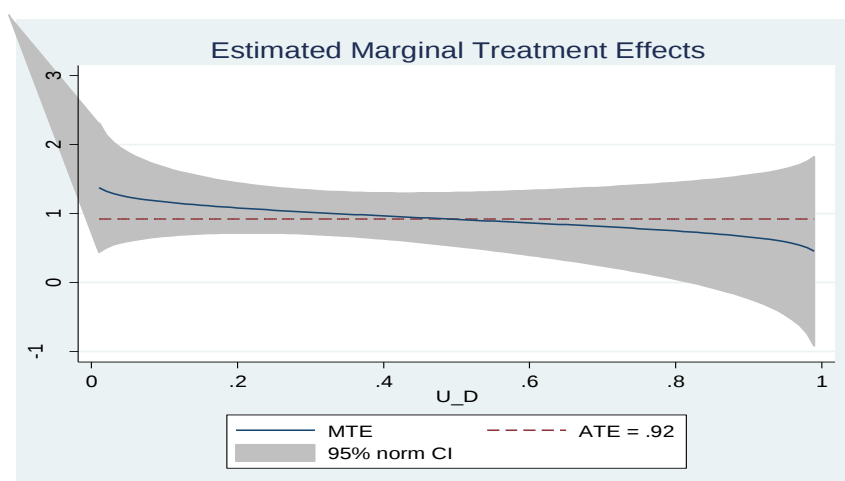
VARIABLES	Treated	Untreated	Mills	ATE
Age	-0.00515	-0.00263		
	(0.0130)	(0.00567)		
Age2	0.00673	0.00702		
	(0.0229)	(0.00966)		
Sexe du Chef de ménage : Féminin : réf				
Masculin	0.0843***	0.0393***		
	(0.0310)	(0.0131)		
Alphabétisation : Ne sait pas lire : réf				
Sais lire	-0.00610	0.000134		
	(0.0355)	(0.0169)		
Milieu de résidence: Rural: réf				
Urbain	0.134***	0.195***		
	(0.0203)	(0.00915)		
Taille du ménage	-0.00860**	-0.00444*		
	(0.00416)	(0.00260)		
Nombre des femmes 15-45 dans le ménage	0.0322**	0.0181**		
	(0.0163)	(0.00820)		
Religion du chef de ménage : Non croyant				
Croyant	0.0544**	0.0240**		
	(0.0258)	(0.0100)		
K	0.443***	0.641***		
	(0.129)	(0.172)		
rho1-rho0			-0.198	
			(0.243)	
E(Y1-Y0)@X				0.916***
				(0.199)
Constant	1.269***	0.312***		
	(0.293)	(0.0770)		
Observations	3609	3609	3609	3609

* p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01

Source : L'auteur à partir des résultats obtenus sur STATA, 14

En effet, la figure 1 montre que l'effet marginal de la participation des femmes à la planification familiale améliore leur santé, cela suggère les femmes qui participe au programme de la planification familiale ont une forte probabilité d'avoir une santé maternelle bonne. Les estimations obtenues vont d'un bénéfice en termes d'amélioration de la santé maternelle d'environ 91,6%.

Figure N°1 : Effets moyens et marginaux de la participation des femmes à la planification familiale



Source : auteur extrait de STATA.14

- **L'analyse des déterminants de la planification familiale**

En effet, l'analyse des déterminants de la participation des femmes à la planification familiale révèle que dans le cas de notre étude la participation des femmes à la planification familiale est influencée par les caractéristiques démographiques de la femme, ainsi que celui du chef de ménage : l'âge, le sexe du chef de ménage, le niveau d'éducation et le statut matrimonial sont significatives au seuil de 1%.

Au regard des variables socio – démographiques, les résultats obtenus montrent que l'âge des femmes influence sur la participation à la planification familiale, En effet, en termes de sensibilité l'âge a un effet négatif c'est-à-dire il a un taux décroissant, Ainsi, toutes égales par ailleurs, si l'âge augmente d'un an, la probabilité pour qu'une femme utilise la planification familiale diminue de 5%. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les femmes âgées accordent moins d'attention en matière de planification familiale. En effet, les résultats de l'enquête MICS en 2015, ont montré que la proportion de femmes ayant des besoins non satisfaits en matière contraceptive baisse quand l'âge de la femme augmente. Ceci est confirmé par les travaux de Wolfe et Behrman réalisée en 1982.

Au sujet du sexe du chef de ménage, les résultats obtenus montrent que le sexe du chef de ménage a des effets négatifs et significatifs sur la probabilité des femmes à pratiquer la planification familiale. En effet, toute chose est égale par ailleurs, le fait que le ménage chef de ménage soit du sexe Masculin par rapport au sexe féminin réduit la probabilité d'utiliser la planification familiale de 11% dans le ménage. Ce résultat va à l'encontre de ceux de Kourouma obtenu en 2011 en Guinée. En effet, ces résultats ont démontré que le sexe du chef de ménage, le niveau de vie, ainsi que la religion avaient de l'influencer sur l'adoption des méthodes de planification familiale dans le ménage.

La variable situation matrimoniale, il apparaît que le fait d'être marié augmente la probabilité des femmes d'utiliser les méthodes de planification familiale soit une probabilité 37% par rapport à ceux qui ne sont pas mariés. Ce résultat confirme, dans une certaine mesure, les résultats des travaux de Bongaarts (1978), qui ont montré que la situation matrimoniale influence sur le niveau de fécondité. De même, le niveau d'éducation dans son ensemble c'est à dire celui de la femme et du chef de ménage a un effet positif sur la participation à la planification familiale, en effet, le fait d'avoir un niveau d'éducation secondaire et plus pour la femme augmente la probabilité de 10%. Ce résultat est conforme à ceux obtenus par l'enquête MICS réalisée en 2015 par l'INS, cette étude a montré que l'indice synthétique de la fécondité (ISF), évolue de façon inverse avec le niveau d'éducation des femmes soit 6,5 pour les femmes sans instruction contre 2,8 pour les femmes de niveau secondaire 2 ou plus. De même, les travaux d'Olsen et Wolp en (1983) ont montré que le niveau d'éducation influence sur l'adoption des méthodes de planification.

Tableau N°7: Équation de sélection (adoption de la planification)

Variables	Planification
Age	0.0357***
	(0.0126)
Age au carre	-0.0509***
	(0.0195)
Sexe du Chef de ménage : féminin : réf	
Masculin	-0.114***
	(0.0351)
Religion du chef de ménage : Non croyant	
Croyant	-0.0428
	(0.0316)
Alphabétisation : Ne sait pas lire : réf	
Sais lire	0.116**
	(0.0541)
Niveau d'éducation de la femme : Aucun niveau	
Niveau secondaire et plus	0.109***
	(0.0389)
Niveau de vie : Pauvre	
Non pauvre	0.0716
	(0.0443)
Accès à l'internet : réf Non	
Oui	0.112
	(0.0814)
Situation matrimoniale : réf: Jamais Marié	
Marié	0.374***
	(0.0509)
Exposition aux médias : réf: Non	
Oui	-0.0510
	(0.0382)
Constant	-1.954***
	(0.182)
Observations	11,300

* p<0.1; ** p<0.05; *** p<0.01

Source : l'auteur à partir des résultats obtenus sur Stata. 14

Conclusion et implications des politiques économiques

La question de l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle constitue un challenge pour la république du Congo dans le processus de réussir sur la transition démographique afin de bénéficier du dividende démographique. Pour ce faire, le pays a initié et implémenté plusieurs programmes de santé depuis les années 1992, avec la souscription à la loi n° 014-92 du 29 avril 1992 portant institutionnalisation du Programme National de Développement Sanitaire. L'objet de ce papier était de procéder à une analyse d'impact de la planification familiale sur la santé maternelle. A partir d'un modèle ESR estimé par la méthode du maximum de vraisemblance pour tenir compte des problèmes de sélectivité et d'endogénéité, les résultats obtenus montrent que, le fait de participer à la planification familiale améliore la fécondité des femmes congolaises de 91,6%. De même, ces résultats ont montré que la situation matrimoniale, sexe du chef de ménage, l'âge de la femme, ainsi que le niveau d'éducation (de la femme et du chef de ménage), influent sur la participation à la planification familiale. Ces résultats confirment l'hypothèse formulée dans ce travail dans la mesure où ils montrent que la participation à la planification familiale améliore la santé maternelle. De même, les résultats ont montré que les variables comme : la situation matrimoniale, sexe du chef de ménage, l'âge de la femme, ainsi que le niveau d'éducation (de la femme et du chef de ménage). Dans un contexte de l'amélioration du capital humain futur et d'atteindre les ODD à l'horizon 2030, il serait indispensable de développer des stratégies liées à la promotion de la santé de la reproduction et vulgariser les méthodes modernes de contraception. Ces actions devront prioriser la décentralisation des interventions, la facilitation de l'accès aux services de planification familiale et la qualité managériale des services de santé maternelle.

Au-delà de ce travail, plusieurs pistes de recherche sur l'analyse de l'impact de la planification familiale sur la santé maternelle sont possibles. Il serait intéressant d'explorer par exemple, l'analyse spatiale des déterminants de la santé maternelle au Congo. Au niveau méthodologique, l'utilisation des méthodes d'évaluation d'impact avec les données appropriées serait intéressante dans le cas de la République du Congo.

BIBLIOGRAPHIE

1. Article de revue

Becker, O, S, and Ichino, A, (2002). Estimation of average treatment effects based on propensity scores. *The Stata Journal* 2 (4): 58-77.

Becker G, (1964). *Human capital, A theoretical and empirical analysis with special reference to education*. Columbia University Press, 187-197.

Bongaarts J.(1978). Does family planning reduce infant mortality rates ? Population Developpement , (2) 323-344.

Barro, R, J, and G, S, Becker (1989). Fertility Choice in a Model of Economic Growth. Econometrica .57(2), 481–501.

Cunha, F,, J, J, Heckman, and S, M, Schennach (2010). Estimating the Technology of Cognitive and Noncognitive Skill Formation. Econometrica .78(3), 883–931.

Daruich, D,, Kozlowski, J(2019). Explaining Intergenerational Mobility: The Role of Fertility and Family Transfers. Review of Economic Dynamics ,
doi:<https://doi.org/10.1016/j.red.2019.10.002>.

Govindasamy P, et Boadi E,, (2000). A Decade of Unmet Need for Contraceptive in Ghana: Programme and Policy implications: Macro International Inc, and National Population Council Secretariat [Ghana], 20.

Ranaa, A, Gautam, Verma(2019). Planning of births and maternal, child health, and nutritional outcomes: recent evidence from India. https://sustainable_development.un.org/sdg3.

Rosenbaum, P,R, and Rubin, D,B, (1983).The Central Role of the Propensity Score in Observational Studies for Causal Effects. Biometrika, (70) 41-55.

Schoumaker, Bruno(2001). Analyses multi-niveaux des déterminants de la fécondité, théories, méthodes et applications au Maroc rural. <http://hdl.handle.net/2078,1/153186>.

Ndinga M M A , Mampassi J A et Mboulou S R (2020). Impact des politiques publiques d'emploi sur la sortie du chômage des jeune au Congo. Amélioration des politiques d'emploi en Afrique francophone, Yaoundé.

Courbage, Y (1996). Transition féconde en contexte peu propice, Le Maroc de 1962 à 1994, In : League of Arabe States / IUSSP. Arab Regional Population Conférence(3) 186-219.

Casterline, J (1987). The collection and analysis of community data, In. London The World Fertility Survey: an Assessment, London : Oxford University Press(3), 882-905.

2. Livre

African Economic Outlook(2010)

Conférence Internationale sur la Planification Familiale (2016), Planification familiale : les dirigeants mondiaux appellent à agir pour parvenir aux objectifs de développement durable », Indonésie.

Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2011-2012), Rapport d'analyse des résultats : Brazzaville, Institut National de la Statistique.

MICS5 Congo 2014-2015. Rapport de résultats clés. Brazzaville, Institut National de la Statistique.

OMS, (2011). Global Health Development, 2011, Accelerating Access to Global Health”, Rwanda, <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/>.

UNFPA(2018). Rapport sur les droits reproductifs et la transition démographique. <http://www.un.org/en/development/desa/population>.

Seke Kouassi de Syg(2009). Niveaux tendances et déterminants des besoins non satisfaits en planification familiale au Cameroun : une étude à partir des données de l’EDS 1991, 1998 et 2004. Conférence internationale sur la planification familiale sur la planification familiale (Kampala, Ouganda, 15-18 novembre 2009)

Zhang, Juwei (2003). Urban Xiangang, Unemployment and Social Support Policies: A Literature Review of Labor Market Policies in Transitional China. Report to the World Bank.

3. Thèse

Nounké Kourouma(2011). « Relations entre le niveau de vie, la fécondité et les besoins non satisfaits en matière de planification familiale en Guinée ». Université de Montréal Thèse de doctorat.