

Influence des inégalités de genre sur la planification familiale au Cameroun

SOMMAIRE

Introduction.....	1
1. Méthodologie.....	1
2. Analyse des inégalités de genre dans certains domaines.....	2
2.2. Analyse des questions de genre dans le domaine de l'éducation	2
2.3. Analyse des questions de genre dans le domaine de la santé	2
2.4. Analyse des questions de genre dans le domaine économique	3
3. Déni officiel	3
4. Déni officieux.....	4
Conclusion.....	5

Introduction

La problématique de l'équité et de l'égalité de genre dans les pays africains au sud du Sahara, même si elle ne se pose pas tout à fait dans les mêmes termes dans tous les pays, présente beaucoup de similitudes. Malgré la prédominance numérique des femmes et leurs contributions importantes au développement, elles sont défavorisées sur tous les plans par rapport aux hommes. C'est le cas au Cameroun, où malgré les progrès enregistrés depuis une vingtaine d'années, ces inégalités entre les sexes demeurent préoccupantes.

Le contexte de l'égalité entre les sexes au Cameroun est marqué par une pauvreté endémique touchant, selon les quatre enquêtes auprès des ménages réalisées, plus du tiers de la population (37,5%) en 2014 (ECAM 4) et une grande majorité des femmes (32,8%), (ECAM 4). Dans le domaine social, que ce soit en matière d'éducation, de santé ou des Violences faites aux femmes, des disparités en défaveur des filles subsistent. Dans le système éducatif camerounais, elles s'accroissent au fur et à mesure que l'on monte dans les paliers de l'enseignement. Bien que les femmes représentent environ 51 % de la population du Cameroun, on note en 2016, une forte emprise des hommes sur la quasi-totalité des domaines de la vie nationale.

Cette discrimination viole un grand nombre des droits de la femme et appelle des mesures urgentes. Le faible recours à la contraception a cependant entraîné des niveaux élevés de grossesses non désirées, une conséquence que les femmes et la société toute entière paient cher : tant au niveau des vies des femmes et du bien-être des familles que des dépenses inutiles. L'entrave à l'usage de la PF au Cameroun peut s'expliquer, au niveau officiel, d'une part par la rareté la rareté des services fonctionnel PF et l'existence d'un cadre législatif encore coexistant sur la planification familiale et sur l'avortement et d'autre part, au niveau officieux, par les modèles socio-culturels encore en vigueur en matière de procréation et les déterminants sociaux de la fécondité.

Il s'agit dès lors de mesurer l'incidence de l'inégalité de genre sur la planification familiale au Cameroun. L'analyse mettra l'accent sur les domaines éducatifs, sanitaires et économiques.

1. Méthodologie.

La méthodologie adoptée pour l'étude s'articule autour de trois phases i) la collecte des données ; ii) l'exploitation et analyse des données ; (iii) la rédaction du rapport.

Pour la collecte des données : Les principales méthodes de collecte des données utilisées sont : la revue documentaire des textes législatifs et réglementaires, et la recherche sur l'internet ainsi que le recueil d'information auprès des acteurs/trices concernés/es.

Par ailleurs, les données des quatre enquêtes camerounaises auprès des ménages, ECAM I, II, III et IV et les données des Enquêtes Démographiques et de Santé 1991, 1998, 2004, 2011 ont été principalement prises en compte dans nos analyses.

2. Analyse des inégalités de genre dans certains domaines

2.2. Analyse des questions de genre dans le domaine de l'éducation

Le paysage éducatif camerounais est marqué, comme tous les autres domaines de la vie nationale, par la nette emprise des hommes sur les femmes, à en juger par les indices de parité F/H à divers niveaux d'enseignement : 0,84 pour le primaire ; 0,87 pour le secondaire général, 0,62 pour le secondaire technique. A cela s'ajoute un faible taux d'alphabétisation chez les femmes de 15 ans et plus qui est de 58,72% contre 79,19% pour les hommes. En effet, les discriminations en matière d'éducation des filles affectent toutes les régions du pays ; mais cet état de choses connaît une acuité particulière dans les régions septentrionales du pays où le TBS des filles est de 46% dans l'Enseignement primaire et seulement de 8% dans l'enseignement secondaire général (EPT, 2015).

Les femmes sans niveau (20%) sont plus nombreuses que les hommes (8,3%) et une accentuation des inégalités entre les filles et les garçons au fur et à mesure que l'on monte dans les différents ordres et niveaux d'instruction les hommes sont plus instruits que les femmes. En effet, une femme sur cinq (20 %) n'a aucune instruction, contre 8 % des hommes. La proportion d'hommes qui ont un niveau d'instruction primaire est de 32 % contre 34 % chez les femmes. Concernant le niveau secondaire, les proportions sont respectivement de 45 % et de 39 %.¹

En matière de scolarisation, la discrimination à l'égard des filles, mesurée par l'Indice de Parité Sexuelle (IPS) se confirme dans la plupart des régions du pays. Cette discrimination est plus prononcée dans les régions de l'Est et de l'Extrême-Nord où l'IPS a une valeur de 0,86. Dans ces régions, les garçons sont nettement plus scolarisés que les filles.

Le taux d'achèvement complet dans le primaire chez les garçons et les filles est révélateur de leurs parcours différenciés. Sa valeur qui est estimée à 73,7% au niveau national masque les disparités régionales et celles liées au sexe à l'exception des régions du Centre et du Sud-ouest où les taux d'achèvement complet dans le primaire est à l'avantage des filles. Les raisons des décalages observés pourraient s'expliquer entre autres par des facteurs tels que le niveau d'instruction du chef de ménage, la région de résidence, le milieu de résidence, le niveau de vie du ménage, la taille du ménage, le sexe du chef de ménage, le statut matrimonial du chef de ménage, la profession du chef de ménage et par des considérations socioculturelles telles que la religion et l'ethnie du chef de ménage.

2.3. Analyse des questions de genre dans le domaine de la santé

Utilisation des méthodes contraceptives par niveau d'instruction

Selon les données de l'EDSC-III, 94 % des femmes et 98 % des hommes connaissent au moins une méthode contraceptive moderne. Toutefois, la proportion d'utilisatrices d'une méthode moderne parmi les femmes en union est 14 % et parmi les femmes non en union et sexuellement actives est 48 %. En milieu urbain, les femmes utilisent plus fréquemment les méthodes contraceptives modernes; l'utilisation d'une méthode contraceptive augmente avec le niveau d'instruction. Les besoins en planification familiale sont encore importants, 15,0% des femmes âgées de 15 à 49 ans, dont environ 10,0% pour l'espacement des naissances et 4,0% pour la limitation.

Infection au VIH-SIDA/IST

Même si l'incidence du VIH a baissé entre 2004 (6,8%) et 2011 (5,6%) chez les femmes, celles-ci demeurent particulièrement touchées. Les résultats de l'EDS-MICS 2011 montrent qu'au niveau national, le taux de prévalence globale du VIH (hommes et femmes de 15-49 ans) est de 4,3 %. Ce taux a donc connu une baisse significative depuis 2004, où il était estimé à 5,5 % (EDSC-2004).

La proportion de séropositifs a davantage diminué chez les hommes que chez les femmes au cours de la même période. En 2011, la prévalence du VIH est près de deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 5,6 % de femmes sont séropositives, contre 2,9 % d'hommes.

Morbidité et mortalité maternelles

De nombreuses femmes perdent encore la vie en donnant naissance à un enfant. La situation s'est dégradée ces quinze dernières années, avec une augmentation croissante du taux de 430 en 1998 à 669 et 782 décès pour 100 000 naissances

¹ INS/EDSC IV (2014)

vivantes entre 2004² et 2011³ et ce qui n'a pas permis d'atteindre l'objectif de 344 décès pour 100 000 naissances vivantes à l'horizon 2015. La problématique de la mortalité maternelle se situe au niveau de trois retards: la décision d'aller consulter les services de santé ; l'arrivée jusqu'aux services de santé ; le délai d'administration des premiers soins.

Violences basées sur le genre

Plus d'une femme sur deux (54,5%) ont subi une forme de violence à partir de l'âge de 15 ans, contre 1 homme sur 10 (INS, EDS-MICS, 2014). Les statistiques tirées de la même source indiquent que 90,0% de violences contre les femmes sont perpétrées par les hommes (principalement les maris/partenaires, les copains et même les pères ou frères).⁴

2.4. Analyse des questions de genre dans le domaine économique

Chômage

le chômage est largement plus élevé chez les hommes que chez les femmes. En effet, une femme court 1,5 fois plus de risque d'être « chômeur » qu'un homme. Cette situation est préoccupante dans la mesure où elle présente une tendance à la hausse, ce d'autant plus qu'en 2005, une femme courait seulement 1,1 fois plus de risque d'être « chômeur » qu'un homme.

Type d'emploi exercé

D'après les données de l'EESI (2010), un homme qui travaille a 4 fois plus de chances d'être patron dans le secteur formel qu'une femme qui travaille dans le même secteur. De même, les hommes sont relativement plus représentés comme salariés dans le secteur formel. Par contre, dans le secteur informel où les conditions de travail décent ne sont pas toujours remplies, les femmes sont relativement plus représentées.

Catégorie socioprofessionnelle

Les femmes sont très peu compétitives dans les catégories socioprofessionnelles de décision (patron, cadre). Par contre, elles sont très présentes dans des professions à faible apport intellectuel et financier où elles exercent comme travailleur à son propre compte ou aide familial (EESI, 2010).

3. Déni officiel

Au niveau officiel, nous pouvons citer le volet législatif très contraignant sur la Planification familiale et l'avortement.

La planification familiale

La Loi no. 80/10 du 14 juillet 1980 autorise la vente des contraceptifs. L'article 79 de cette loi prévoit que seuls les pharmaciens peuvent vendre sur ordonnance des médicaments et des produits anticonceptionnels.

La Loi no. 90/035 de 1990 portant sur la profession de pharmacien interdit la propagande anticonceptionnelle.

En 1997 le gouvernement a élaboré un projet de loi sur la stérilisation. La stérilisation concerne les femmes ayant atteint 35 ans et ayant au moins cinq enfants. L'autorisation du partenaire sera requise.

Réalité

La «Déclaration de la réorientation nationale des soins de santé primaire» adoptée par le Cameroun en décembre 1992 poursuit 14 objectifs dont un seul vise spécifiquement les femmes et qui consiste à «réduire la mortalité maternelle de moitié d'ici l'an 2000».

La comparaison des résultats de l'EDSC 2004 et de l'EDS-MICS 2011 montre que les courbes de Parmi les femmes actuellement en union, 26 % ont déclaré ne plus vouloir d'enfant. A l'opposé, dans 66 % des cas, les femmes ont déclaré qu'elles souhaitaient un enfant ou un autre enfant :

35 % souhaiteraient cet enfant plus tard, dans un délai de deux ans ou plus, c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain espacement des naissances, alors que 27 % le souhaiteraient rapidement, c'est-à-dire dans les deux années à venir (tableau 4). Enfin, dans 4 % des cas, les femmes voudraient un enfant ou un enfant supplémentaire mais elles ne savent pas quand. Par rapport à 2004, on relève quelques changements bien qu'encore timides. En effet, la proportion de

² INS/EDS II et III

³ INS/EDS IV

⁴ EDS-MICS, 2014

femmes qui ne veulent plus d'enfant est passée de 20 % à 26 % et la proportion de celles qui souhaitent espacer la prochaine naissance est passée de 32 % à 35 %, soit une très légère hausse.

L'avortement

Lois et politiques

La loi française de 1920 réprimant l'incitation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle a été abrogée. Cependant, la loi 80/10 du 14 juillet 1980 reprend dans son chapitre 4, à l'article 78, les articles 1 et 2 de la loi de 1920. Elle interdit l'incitation à l'avortement par la vente, la distribution de matériel abortif ou par la voie d'écrits.

La loi portant sur la profession de pharmacien prévoit le contrôle de l'exposition et de la distribution de tous les produits susceptibles de provoquer ou de favoriser l'avortement. Cette loi interdit en même temps la propagande anticonceptionnelle. Le Code pénal autorise l'avortement dans un nombre limité de cas.

L'avortement est considéré comme un infanticide et le Code pénal punit aussi bien la femme qui avorte que la personne qui l'aide à avorter.

Néanmoins, la loi permet l'avortement lorsqu'il est pratiqué pour sauver la femme enceinte dont la santé et la vie sont en danger, et en cas de grossesse résultant d'un viol. La femme qui se fait avorter ou qui y consent est passible d'un emprisonnement de quinze jours à un an et/ou d'une amende.

Ces peines sont doublées pour toute personne qui pratique de façon régulière des avortements illégaux, et pour toute personne qui exerce une profession médicale ou une activité en relation avec cette profession.

La fermeture du local professionnel et l'interdiction d'exercer la profession peuvent en outre être ordonnées.

Réalité

Bien qu'il soit difficile d'établir des statistiques, l'avortement est une pratique courante au Cameroun qui se fait la plupart du temps dans la clandestinité. La pratique de l'avortement clandestin est très fréquente chez la femme mariée qui se voit souvent interdire l'utilisation de contraceptif par son époux.

Chez les adolescentes, l'avortement clandestin est également très répandu. Sur le plan formel, il n'existe pas encore de politique de santé des adolescents au Cameroun. Cette carence a pour conséquence chez les adolescentes la méconnaissance de la santé sexuelle et expose cette catégorie (15-19 ans) à de nombreuses grossesses non désirées. Par ailleurs, la rigueur de la législation en matière de contraception et d'avortement ainsi que les coutumes et tabous ne permettent pas une préparation à la vie sexuelle et ses conséquences.

En 1991, une étude a montré que 40% des urgences reçues en gynécologie obstétrique étaient liées à un avortement clandestin

4. Déni officiel

Les modèles socio-culturels en matière de procréation et les déterminants sociaux de la fécondité. Nous pouvons citer, par exemple, le lien étroit entre la sexualité et la procréation dans nos valeurs traditionnelles, l'impérialisme du mari qui décide de la taille du ménage, le désir pour chaque épouse de capter son mari polygame par le nombre d'enfants, la recherche du sexe préférentiel, la logique de l'honneur (dans toutes nos sociétés, la femme est plus honorée quand elle enfante beaucoup), l'idéologie de la parenté (pas question d'arrêter la procréation tant que la liste des ascendants du mari ou de l'épouse n'est pas encore close), la mortalité infantile (il faut donner beaucoup d'enfant pour que certains survivent à la mort). « Mon époux étant enfant unique, il souhaite avoir beaucoup de gosses. Seulement, il ne tient pas compte de mon état de santé. J'ai, par exemple, deux enfants, qui sont comme des jumeaux, car ils sont nés la même année : ça fait beaucoup de boulot, en terme de suivi et de prise en charge de toute cette marmaille. J'aurais aimé attendre au moins deux ans entre mes grossesses, mais rien n'est moins sûr car je n'ai pas accès au planning familial », avoue une femme à Yaoundé lors d'une enquête CAP. L'histoire de x n'est pas unique, elle est semblable à celle de 215 millions de femmes à travers le monde qui savent qu'elles ont besoin d'une méthode contraceptive moderne mais qui n'y ont pas accès. Et celles qui ne le savent pas sont encore plus nombreuses. Sur l'ensemble du continent, 25% seulement des femmes mariées ont régulièrement recouru à la contraception. Chacune aura, en moyenne, près de cinq enfants au cours de sa vie et court une chance sur 36 de succomber pendant la grossesse ou l'accouchement. C'est pourtant un droit humain fondamental pour tout couple ou tout individu de contrôler sa propre fécondité et de décider du nombre d'enfants qu'il souhaite et de leur espacement.

Beaucoup espèrent en silence pouvoir bénéficier du planning familial, dont l'accès est prohibé dans diverses régions. Globalement, 30 à 36% de femmes en union auraient voulu utiliser une méthode contraceptive, sans pouvoir satisfaire ce besoin. « Aidée par une voisine, infirmière dans un hôpital de la place, je me suis fait poser un implant. Quand mon compagnon l'a découvert, il m'a fait des problèmes. Nous avons pourtant cinq enfants que nous peinons à nourrir et à scolariser », témoigne une femme. Bien qu'elles soient les premières concernées, les femmes se voient souvent refuser ce droit, pour diverses raisons culturelles, légales ou religieuses. Un tel déni, qu'il soit officiel ou officieux, constitue une injustice à leur égard et est la cause de souffrances et de décès inutiles.

Conclusion

Des femmes remarquables enceintes l'année dernière, sont encore enregistrées en visite prénatale un an après. Ce qui n'est pas sans conséquence. Le nombre de femmes qui décèdent en donnant la vie est d'ailleurs là pour le démontrer. C'est ainsi que le MINSANTE envisage augmenter la prévalence contraceptive moderne de 16,1% à 30% d'ici 2020. Soit 913 894 utilisatrices additionnelles entre 2014 et 2020. Dans le plan opérationnel du Gouvernement de 2015 à 2020, il sera question de mettre à la disposition des intrants définis essentiels sur tous les produits contraceptifs effectifs dans au moins 90% des hôpitaux de districts/Centre de santé intégré (CSI). Selon les normes d'ici 2020, le plateau technique adéquat doit être disponible dans au moins 60% des districts de santé d'ici 2020 avec un personnel approprié dans au moins 80% des formations sanitaires d'ici 2020. En sus, chaque district de santé devra disposer d'au moins une structure offrant des services accessibles en santé de la reproduction et adaptés aux adolescents/jeunes d'ici 2020. Or avec la planification familiale nous pouvons réduire la mortalité maternelle pour près de 30%, donc il est important de planifier les naissances. Grâce à la planification familiale, pour un dollar investi, nous allons avoir un gain de 1,23 dollar, pour ce qui est de la santé de la mère et de l'enfant. Sur le plan sanitaire, c'est la maman qui va se porter mieux et l'enfant va en bénéficier puisque grâce à l'espacement des naissances, la maman aura l'opportunité de bien s'occuper de chaque enfant avant qu'un autre n'arrive.

BIBLIOGRAPHIE

- BUCREP** JIF (2014), Leadership et participation politique des femmes au Cameroun, 22p
- BUCREP** (2013), Rapport National sur l'Etat de la Population, Regards sur le Genre au Cameroun, 102p.
- BUCREP** (2011), Projections démographiques, Volume 3, Tome 3, 87 p
- INS** (2015), « Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Cameroun entre 2001-2014 », ECAM4, Cameroun.
- INS** (2014). Les Comptes Nationaux du Cameroun, Yaoundé.
- INS** (2014). Document de méthodologie générale de l'ECAM 4 (1ère Phase).
- INS** (2013) : Elimination et prévention de toutes formes de violence à l'égard des femmes et des filles, que disent les statistiques ?
- INS** (2011), Rapport de l'Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples, (EDS-MICS), 546 p
- INS** (2011), Rapport Principal de l'Enquête sur l'Emploi et le Secteur Informel. Phase 1 : Enquête sur Emploi ; septembre 2011, Cameroun.
- INS** (2010) : EESI2, Genre et marché du travail au Cameroun, 41p
- MINPROFF**, 2012, « Femmes et Hommes au Cameroun en 2012 »
- UNESCO**, 2015, "Examen national 2015 de l'Éducation pour tous : Cameroun".