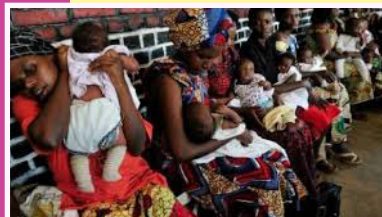


28^{ÈME} JOURNÉE MONDIALE DE LA POPULATION

**“ Planification familiale : responsabiliser les
peuples et les nations en développement ”**

**“ Fécondité et Planification
familiale ”**

**11 JUILLET
2017**



Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population

Contact : Nfandena-Stade Omnisports , A proximité du Centre Regional des Impôts du Centre
Boîte postale : 19932 Yaoundé-Cameroun; Telephone/fax: (237) 222 20 30 71
E-mail: Contact@bucrep.cm; Site Web: www.bucrep.cm

28^{ÈME} JOURNÉE
MONDIALE
DE LA POPULATION

**“Récondite et planification
familiale”**

ABSTRACT

Despite the reduction in total fertility rate that Cameroon has registered, it is still high. According to the 1991 Demographic and Health Survey, this rate was 5.8 children on average per woman and in 2014, it had dropped to only 4.9 (MICS5). This reduction is still too small to significantly modify Cameroon's youthful population structure, in order to accelerate the attainment of the window of opportunities offered by the demographic dividend. In order to accelerate the reduction of fertility, there is need to promote family planning through increased contraceptive prevalence. Even though the practice of contraception among women of reproductive age (15-19) in Cameroon has increased from only 4% in 1991 to 21% in 2014, its prevalence is still low. This national contraceptive prevalence rate hides enormous differences that exist across various socio-economic categories. Generally, contraceptive prevalence is low among women living in poor households, women with a low educational level (basic education), women living in rural areas and those living in the Sudano-Sahelian regions. On the contrary, it is high among women with higher educational levels especially women with a secondary educational level, women living in rich households, women living in urban areas especially in Yaoundé and Douala.

The low contraception prevalence in Cameroon is a reflection of high unmet needs which lead to a high proportion of unwanted pregnancies often resulting to unsafe and clandestine abortions as well as high infant and maternal mortality especially among adolescent mothers, and infections by sexually transmitted diseases including the deadly HIV/AIDS. This limited access to family planning information and services, especially among adolescent girls, has particularly disastrous consequences on their health, their children's health, school attendance and academic performance.

Considering the importance of family planning for family and societal well-being, the international community has adopted the theme "**Family Planning: Empowering people, Developing Nations**" for the celebra-



tion of the World Population Day on July 11th 2017. The contribution of the Central Bureau of the Census and Population Studies, BUCREP, to this celebration is centred on the elaboration of a document on the theme "Fertility and Family Planning". This document brings out the key interventions and actions needed to increase the access of women of reproductive age to family planning information and services. These interventions and actions include the promotion of family planning, the promotion of responsible parenthood, and the promotion of female education in order to make sure that more girls complete at least secondary education, etc.

In nutshell, Cameroon's mastery of its fertility through the promotion of family planning is one of the key contributors to the realization of the envisaged emergence by 2035.



SIGLES ET ABREVIATIONS

BUCREP	Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population
ECAM	Enquête Camerounaise Auprès des ménages
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EDS-MICS	Enquête Démographique et de Santé, couplée à l'Enquête à Indicateurs Multiples
INS	Institut National de la Statistique
ISF	Indice Synthétique de Fécondité
IST	Infections Sexuellement Transmissibles
JMP	Journée Mondiale de la Population
MICS	Enquête par grappes à Indicateurs Multiples / Multiple Indicators Cluster Survey
PF	Planification Familiale
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine



INTRODUCTION

Au Cameroun, la fécondité a connu une légère baisse depuis quelques décennies. Le nombre moyen d'enfants par femme est passé de 5,8 en 1991 (EDS1) à 4,9 en 2014 (MICS 5). Cette baisse résulte en partie au recours de plus en plus accru des femmes aux méthodes contraceptives. En effet, de 1991 à 2014, la prévalence contraceptive moderne parmi les femmes de 15 à 49 ans a considérablement augmenté au Cameroun, passant ainsi, de 4% en 1991 (EDS) à 21,0% en 2014 (MICS 5). Bien que l'utilisation de méthodes modernes de planification familiale soit en nette augmentation, un grand nombre de femmes, de couples et d'adolescents n'ont pas ou ne sont pas en mesure d'avoir accès aux informations, fournitures et services pouvant les aider à prévenir les grossesses non désirées et à planifier le nombre et le moment des grossesses souhaitées. Ce besoin non satisfait est particulièrement élevé chez les adolescents (10-19 ans). Or, l'adolescence est une période de transition critique et d'immaturité, au cours de laquelle, les adolescents sont exposés aux rapports sexuels précoces, **aux grossesses non désirées** et aux infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/SIDA. Pour pouvoir limiter ces risques, il convient de réduire leurs besoins non satisfaits en matière de planification familiale.

A l'occasion de la célébration de l'édition 2017 de la Journée Mondiale de la Population, sous le thème « **Planification familiale : responsabiliser les peuples et les nations en développement** », le Bureau Central des Recensements et Etudes de Population se joint à la communauté internationale et nationale pour présenter un état des lieux relatif à la **Fécondité et planification familiale** et dégager les principales interventions et actions à mener en vue de favoriser l'accès des femmes aux informations et services de planification familiale.

1. Fécondité

L'analyse porte sur la fécondité du moment des femmes âgées de 15-49 ans, avec un accent sur la fécondité des adolescentes (15-19 ans). L'indicateur analysé ici est l'indice synthétique de fécondité qui renvoie au nombre d'enfants qu'une femme aurait au cours de sa vie reproductive si elle connais-

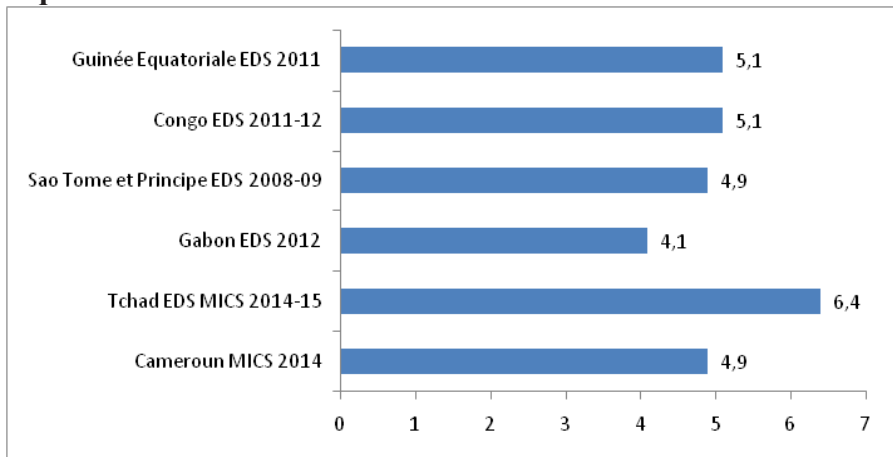


sait, à chaque âge, les taux de fécondité observés au cours d'une année donnée. Cet indice repose donc sur une compilation des expériences en matière de fécondité de plusieurs cohortes de femmes au cours d'une année donnée.

1.1 Fécondité du moment

D'après les résultats de MICS 2014, le nombre moyen d'enfants par femme est de 4,9 au Cameroun. Comparativement aux autres pays de la sous-région Afrique Centrale ¹(hormis la République Centrafricaine) dont les résultats des Enquêtes Démographiques et de Santé sont disponibles pour la période 2008-2015, le pays se classe 3^{ème} ex aequo avec Sao Tome et Principe devant le Congo, la Guinée Equatoriale et le Tchad, qui détiennent les indices les plus élevés de fécondité de la sous-région au cours de la période susmentionnée.

Graphique 1.1 : Indice synthétique de fécondité dans la sous-région Afrique Centrale



Sources : MICS Cmr 2014 et derniers EDS des autres pays

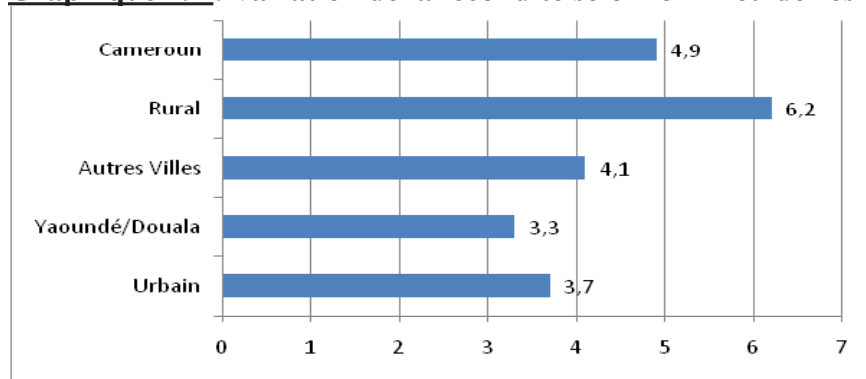
¹ Hormis la République Centrafricaine dont la dernière Enquête Démographique et de Santé a été réalisée en 1994-95. Le nombre moyen d'enfants par femme y était de 5,1 enfants.



1.2 Fécondité et milieu de résidence

Par rapport au milieu de résidence, le nombre moyen d'enfants par femme est de 6,2 en milieu rural contre 3,7 en milieu urbain. A Yaoundé/Douala, cet indice s'établit à 3,3 enfants par femme. L'urbanisation apparaît ainsi comme un marqueur dans les différences de fécondité. Elle est révélatrice des comportements procréateurs différenciés entre le milieu urbain et le milieu rural. En effet, en milieu urbain, l'âge d'entrée en union est relativement plus élevé, les femmes sont plus instruites et les moyens de contraceptions modernes sont plus accessibles.

Graphique 1.2 : Variation de la fécondité selon le milieu de résidence

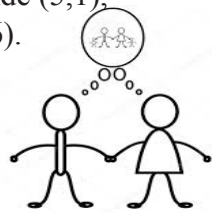


Source : MICS 2014

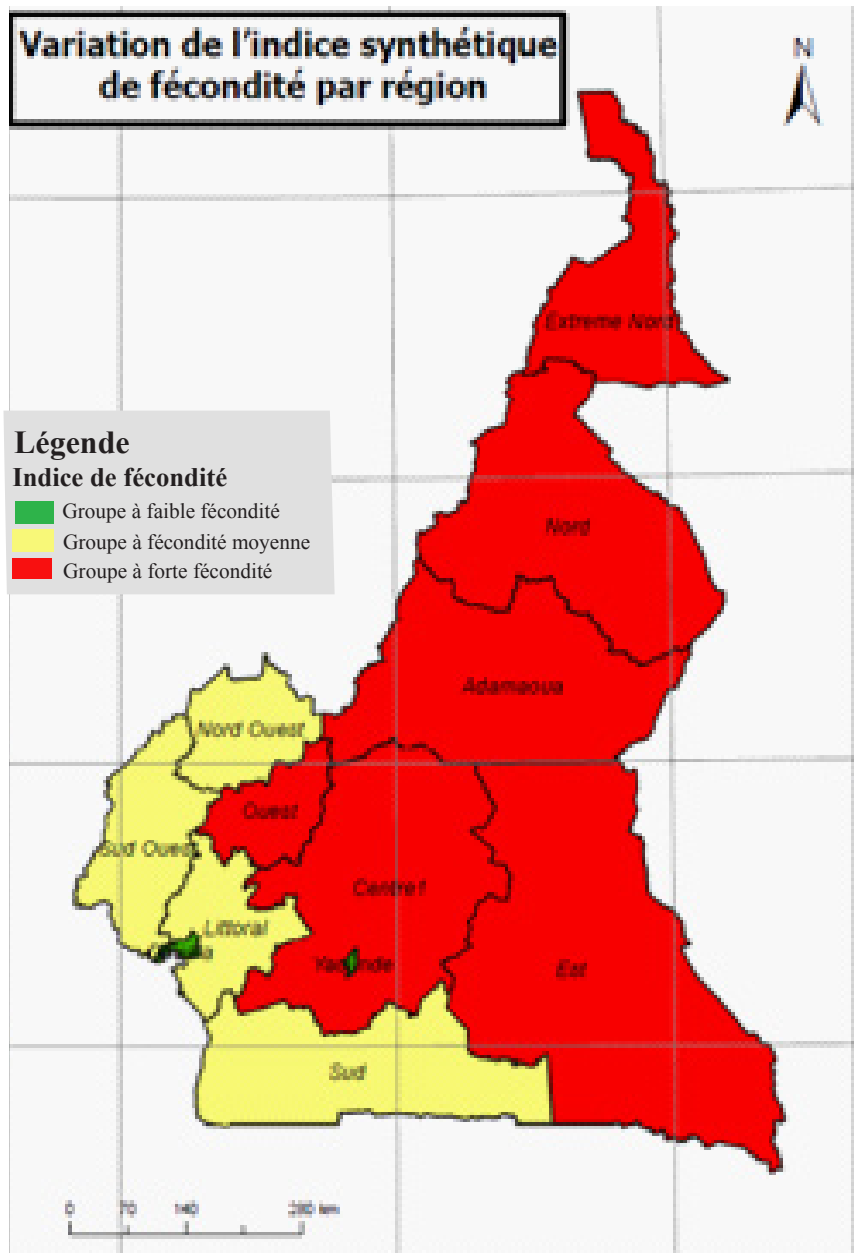
1.3 Fécondité et région de résidence

Selon la MICS 5, le nombre moyen d'enfants par femme par région présente également des disparités importantes. Ainsi, on peut distinguer trois groupes :

- un groupe à faible fécondité : Yaoundé (3,1) et Douala (3,4) ;
- un groupe à fécondité moyenne : Sud-Ouest (4,0), Littoral sans Douala (4,2), Nord-Ouest (4,3), Sud (4,7) ;
- un groupe à fécondité élevée : Est (5,0), Centre sans Yaoundé (5,1), Adamaoua (5,3), Ouest (5,6), Nord (5,8), Extrême-Nord (6,6).



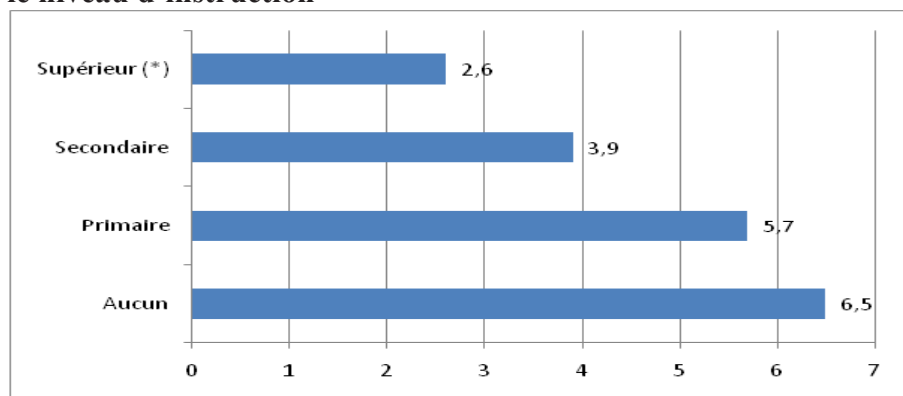
Carte 1 : Variation de l'indice synthétique de fécondité (ISF) par région



1.4 Fécondité et niveau d'instruction

L'éducation en général, et la scolarisation en particulier ont une influence sur la fécondité de la femme. Le fait pour une femme d'aller à l'école, d'achever le cycle primaire et de poursuivre les études au niveau secondaire, voire atteindre le niveau supérieur retarde son entrée dans la vie féconde et réduit de fait le nombre de naissances qu'elle pourrait avoir. Les études montrent que les effets du niveau d'instruction sont plus significatifs à partir du secondaire. Le nombre moyen d'enfants par femme diminue avec l'augmentation du niveau d'instruction. En effet, les femmes qui n'ont jamais été à l'école ont, en moyenne, 2,6 enfants de plus que celles qui ont atteint le niveau secondaire (ISF de 6,5 contre 3,9).

Graphique 1.3 : Variation de l'indice synthétique de fécondité selon le niveau d'instruction



(*) Basé sur moins de 25 cas non pondérés

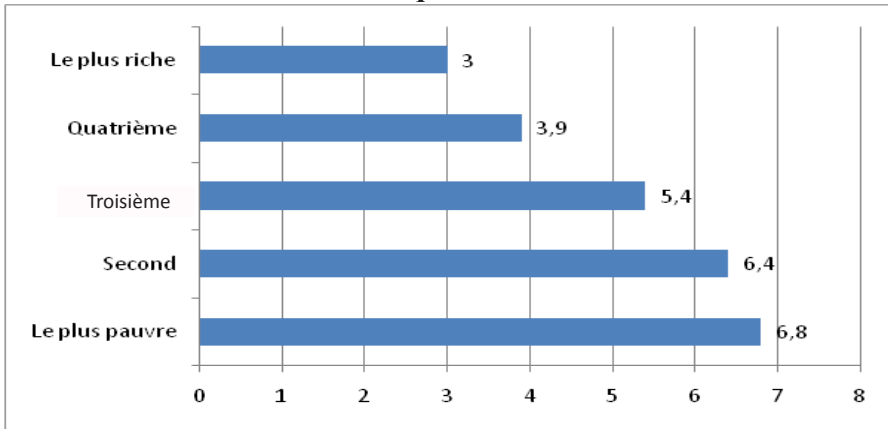
Source : MICS 2014

1.5 Fécondité et bien-être économique

Le nombre moyen d'enfants par femme diminue des ménages les plus pauvres aux ménages les plus riches, passant de 6,8 à 3,0 enfants. Cet indicateur est deux fois plus élevé dans les ménages les plus pauvres.



Graphique 1.4 : Variation de l'indice synthétique de fécondité selon le niveau de bien-être économique



Source : MICS 2014

2. Fécondité des adolescentes

La fécondité des jeunes femmes âgées de 15-19 ans occupe une place importante dans les programmes de santé de la reproduction en raison des risques accrus de décès maternels et infantiles qu'elles encourent. En effet, la première expérience en matière d'accouchement constitue une épreuve lorsque les conditions d'âge ne sont pas satisfaites. La fourniture des services de planification familiale aux adolescentes est donc une nécessité impérieuse en raison de leur entrée précoce dans la vie sexuelle et de la spécificité de leurs besoins en matière de contraception.

2.1 Niveau de la fécondité des adolescentes

Le taux de fécondité des adolescentes (taux de fécondité pour les femmes âgées de 15-19 ans) est défini comme le nombre de naissances chez les femmes de 15-19 ans au cours des trois dernières années ayant précédé l'enquête, divisé par le nombre moyen de femmes de 15-19 ans (nombre de femmes années-vécues entre les âges de 15 à 19 ans inclus) au cours de la même période, exprimé en pour 1000 femmes. La fécondité des adolescentes présente des disparités importantes selon

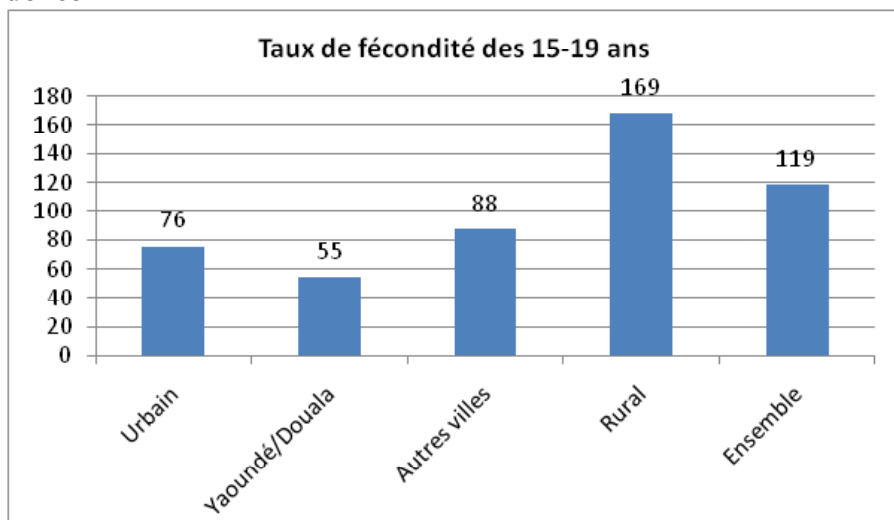


certaines caractéristiques telles que le milieu et la région de résidence.

2.1.1 Fécondité des adolescentes et milieu de résidence

Le graphique 2.1 montre que pour les femmes de 15-19 ans, dans l'ensemble, le taux de fécondité est de 119 naissances vivantes pour 1000 femmes. La fécondité des adolescentes varie très fortement en fonction du milieu de résidence. Le niveau de fécondité est deux fois plus élevé en milieu rural qu'en milieu urbain. Cet écart considérable de comportements entre les jeunes filles du milieu urbain et leurs consœurs du milieu rural pourrait se justifier par l'insuffisance des services de planification familiale, la précocité du mariage et le faible niveau d'instruction en milieu rural.

Graphique 2.1 : Fécondité des adolescentes selon le milieu de résidence



Source : MICS5, 2014

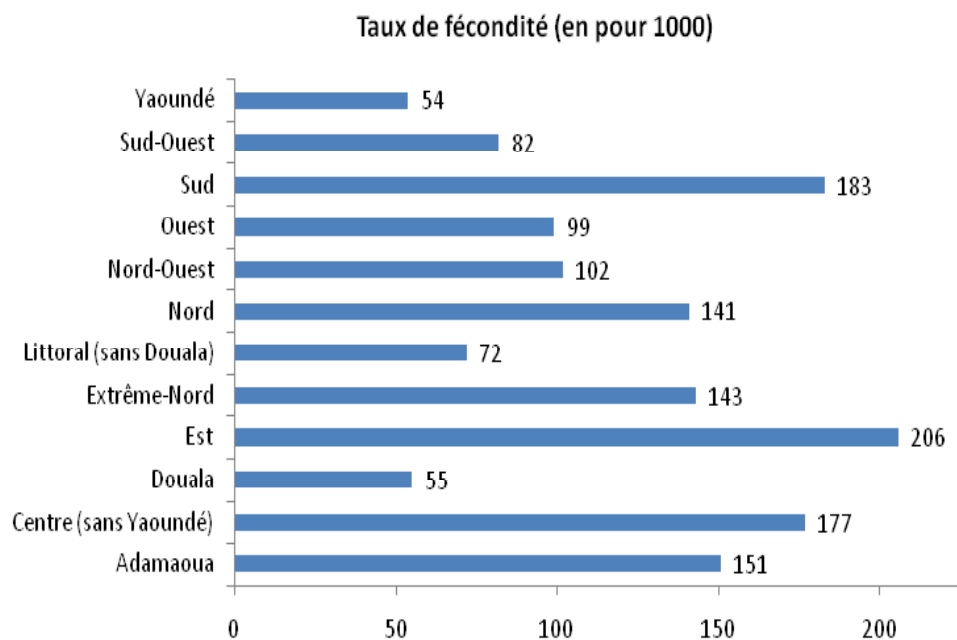
2.1.2 Fécondité des adolescentes et région de résidence

Il se dégage du graphique 2.2 que la fécondité des adolescentes de 15-19 ans varie de manière considérable d'une région à l'autre. Le taux de



fécondité est plus élevé parmi les adolescentes des régions de l'Est, du Sud et du Centre hormis Yaoundé. Les adolescentes vivant dans les villes de Yaoundé, Douala et dans les régions du Littoral et du Sud-Ouest ont des taux de fécondité les plus faibles. Seules les régions du Littoral (sans Douala), du Nord-Ouest, de l'Ouest, et du Sud-ouest ainsi que les villes de Douala et de Yaoundé présentent un taux de fécondité des filles de 15-19 ans inférieur à la moyenne nationale.

Graphique 2.2 : Taux de fécondité des adolescentes (15-19 ans) par région (en pour 1000)



Source : MICS5, 2014

2.2 Entrée en vie féconde

Le tableau 2.1 montre que dans l'ensemble, parmi les filles de 15-19 ans, une sur quatre (25,6%) est déjà entrée dans sa vie féconde. Cette proportion est plus importante dans la région de l'Est où plus d'une adolescente sur deux (53,1%) a déjà commencé sa vie féconde. La région de l'Est est



suivie par celle du Sud (44,6%) et du Centre sans Yaoundé (38,6%).

Tableau 2.1 : Proportion de femmes de 15-19 ans ayant entamé leur vie féconde par région

	Proportion des femmes de 15- 19 ans qui :			
	ont déjà eu une naissance vivante	sont enceintes d'un premier enfant	ont commencé leur vie féconde	ont eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans
Ensemble	21,0	4,5	25,6	4,1
Adamaoua	23,5	8,2	31,7	4,7
Centre (hormis Yaoundé)	36,1	2,5	38,6	6,1
Douala	5,7	1,1	6,8	0,6
Est	44,2	8,9	53,1	13,2
Extrême-Nord	23,4	5,6	29,0	3,2
Littoral (hormis Douala)	12,1	5,9	18,0	3,4
Nord	23,1	5,6	28,7	4,7
Nord-Ouest	17,5	2,8	20,3	1,5
Ouest	15,4	5,5	20,9	1,9
Sud	38,0	6,6	44,6	9,4
Sud-Ouest	20,4	2,0	22,4	6,0
Yaoundé	7,6	4,0	11,6	2,1

Source : MICS, 2014

Pour ce qui est des filles de 15-19 ans qui ont déjà eu une naissance vivante, dans l'ensemble, leur proportion est de 21,0%. C'est dans les régions de l'Est (44,2%), du Sud (38,0%), du Centre hormis Yaoundé (36,1%), de l'Adamaoua (23,5%), de l'Extrême-Nord (23,4%) et du Nord (23,1%) où sont observées les plus fortes proportions de filles de 15-19 ans ayant déjà eu une naissance vivante.

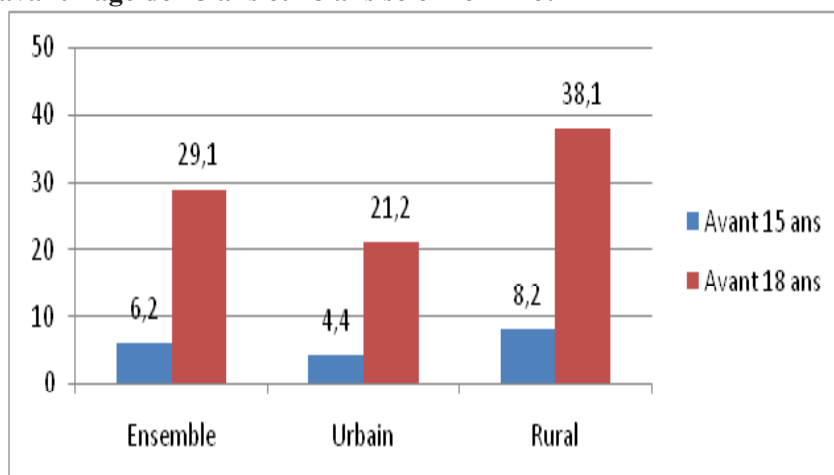
Concernant les filles de 15-19 ans qui ont eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans, dans l'ensemble leur proportion est de 4,1%. Parmi celles de la région de l'Est, cette proportion est trois fois plus élevée (13,2%) que la moyenne nationale. La région du Sud enregistre aussi une forte proportion (9,4%) de filles de 15-19 ans ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans. C'est dans la ville de Douala (0,6%), la région du Nord-ouest (1,5%), la région de l'Ouest (1,9) et la ville de Yaoundé (2,1%) qu'on enregistre les plus faibles proportions de filles



de 15-19 ans qui ont eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans.

Ces résultats traduisent la précocité de l'activité sexuelle chez les adolescentes. Il est reconnu que la grossesse avant l'âge de 18 ans constitue un risque important pour la fille. Les proportions de filles de 15-19 ans qui ont une naissance vivante avant 15 ans, celles qui ont déjà une naissance vivante ou de celles qui sont déjà entrées dans leur vie féconde appellent des mesures à prendre pour protéger les adolescentes contre l'exposition aux grossesses précoces. D'où la nécessité de multiplier et de renforcer les services de planification familiale en faveur de cette cible particulièrement vulnérable.

Graphique 2.3 : Proportion de femmes ayant eu une naissance vivante avant l'âge de 15 ans et 18 ans selon le milieu



Source : MICS, 2014

Les filles vivant en milieu urbain sont moins enclines à la précocité de l'entrée en vie féconde. Les proportions des femmes du milieu rural ayant eu une naissance avant 15 ans et 18 ans sont près de deux fois plus élevées que celles du milieu urbain.



3. Planification familiale

La planification familiale permet de s'assurer que les personnes et les couples reçoivent l'information et les prestations nécessaires pour décider du moment, du nombre des naissances ainsi que de leur espacement. Elle permet d'éviter les grossesses précoces et/ou non désirées pouvant conduire à des avortements à risque. La planification familiale offre de nombreux avantages pour la société à travers: (i) une diminution des décès et des maladies chez les mères et les nourrissons, (ii) un meilleur équilibre dans le couple parental et la famille, (iii) des avantages socioéconomiques pour la femme et la famille, (iv) des avantages démographiques au plan de la maîtrise de la croissance naturelle de la population.

Les adolescentes font très souvent face à des grossesses non désirées, se terminant parfois par des avortements clandestins ou dangereux. Elles sont très souvent peu ou pas informées sur les questions de santé sexuelle et reproductive et hésitent à prendre des mesures nécessaires pour se protéger.

3.1 Contraception moderne

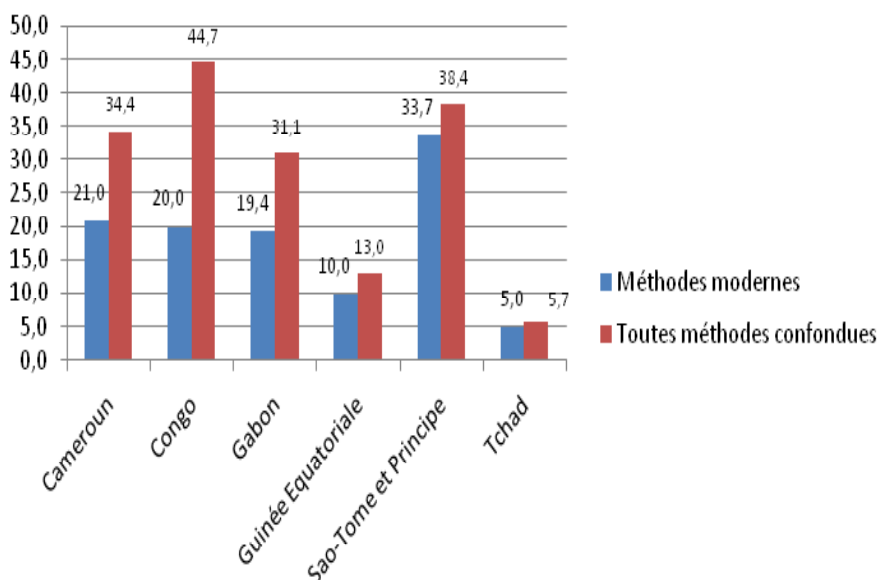
Il serait difficile d'apprécier la planification familiale dans un pays sans évoquer l'utilisation de la contraception moderne. En effet, la prévalence contraceptive est un indicateur permettant de mesurer l'appropriation de la planification familiale dans une société.

3.1.1 Position du Cameroun dans la sous-région Afrique Centrale

Depuis des décennies, le Cameroun s'est engagé dans la voie de la planification familiale. A l'observation du graphique 3.1, il apparaît que comparativement aux autres pays de la sous-région, la pratique contraceptive moderne est relativement plus élevée à Sao Tomé et Principe (33,7%) et au Cameroun (21,0%). Toutefois, le niveau du Cameroun est très inférieur à celui de Sao Tomé.



Graphique 3.1 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception par pays



Sources : MICS Cameroun 2014 et derniers EDS des autres pays

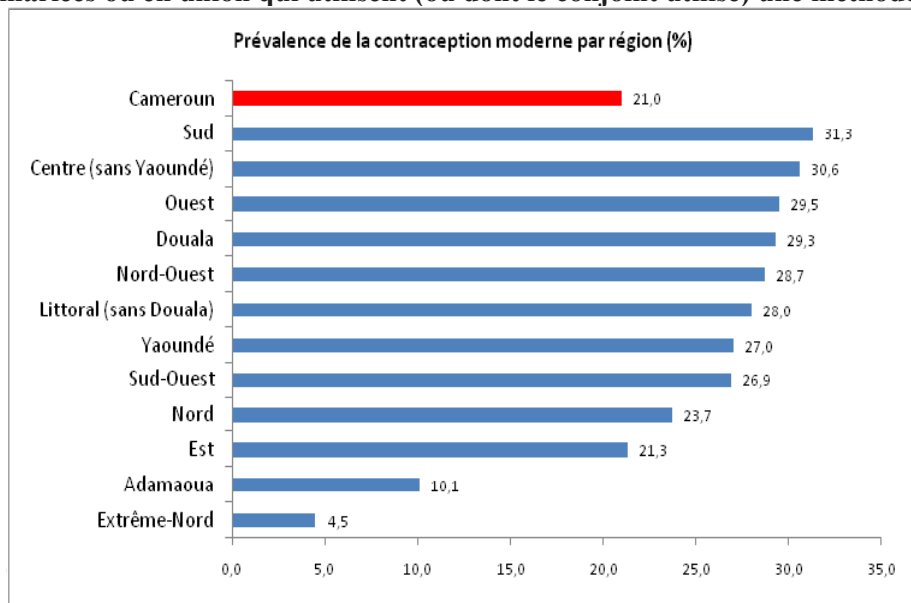
De même, les taux de prévalence contraceptive toutes méthodes confondues (modernes et traditionnelles) révèlent également des disparités importantes : Cameroun (34,4%), Tchad (5,7%), Gabon (31,1%), Sao Tomé et Principe (38,4%), Congo (44,7%) et Guinée Equatoriale (13,0%).

3.1.2 Variation régionale

L'analyse du graphique 3.2 permet de constater que les régions de l'Extrême-Nord (4,5%) et l'Adamaoua (10,1%) présentent de très faibles taux de pratique contraceptive moderne. Ce sont d'ailleurs les seules régions qui sont en dessous de la moyenne nationale. Paradoxalement, la région du Nord qui leur est voisine et qui a des similarités socioculturelles se situe à 23,7%.



Graphique 3.2 Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode



Source : MICS 2014

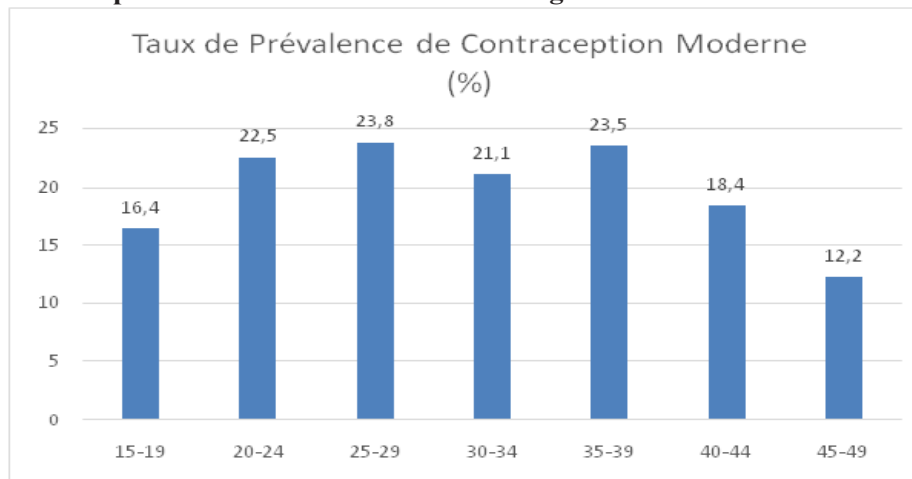
L'analyse régionale permet de d'identifier les régions à la traîne, ce qui appelle à développer des stratégies spécifiques pour améliorer la situation.

3.1.3 Pratique contraceptive chez les adolescentes

Au Cameroun, elles sont nombreuses les adolescentes mariées ou vivant en union (24,2% selon les résultats de l'EDS-MICS 2011). Elles constituent un groupe vulnérable, car très jeunes et peu ou pas préparées à la vie sexuelle.



Graphique 3.3 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception moderne selon la tranche d'âges



Source : *MICS 2014*

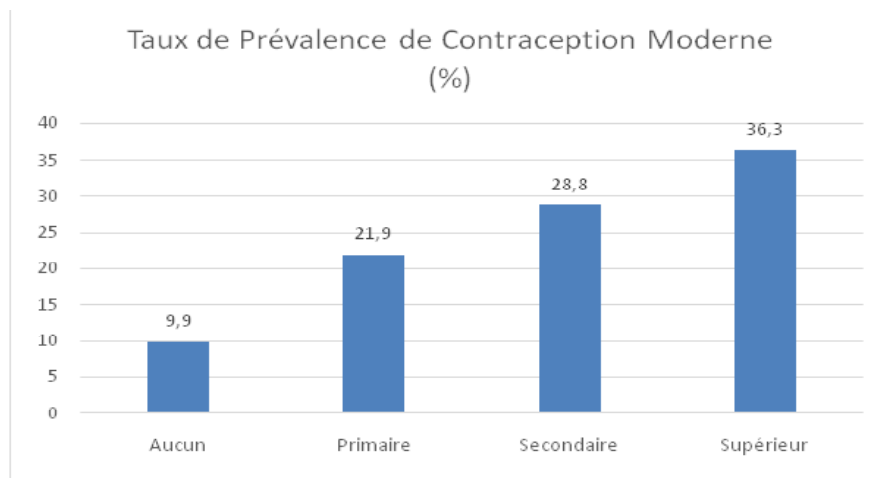
L'analyse du graphique 3.3 montre à souhait que les adolescentes utilisent peu la contraception moderne. En effet, excepté les femmes de 45-49 ans qui sont pour certaines déjà ménopausées, les adolescentes ont la prévalence contraceptive la plus faible. En ce qui concerne les méthodes traditionnelles, le taux de prévalence est de 7,8% chez les adolescentes en union.

3.1.4 Pratique contraceptive et instruction

La pratique de la contraception moderne est très souvent une fonction croissante du niveau d'instruction. En effet, les femmes instruites connaissent mieux l'importance du contrôle des naissances sur leur santé et sur celle de leur progéniture



Graphique 3.4 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception moderne selon le niveau d'instruction



Source : MICS 2014

La prévalence contraceptive moderne est près de 4 fois plus élevée chez les femmes en union de niveau supérieur que les femmes n'ayant jamais été à l'école. Une étude réalisée par le Bureau Central des Recensements et des Etudes de Population auprès de certains établissements secondaires de la ville de Yaoundé, révèle que 11,6% des filles âgées de 15 à 19 ans ont déclaré n'avoir aucune idée en matière de contraception. Malgré le niveau de connaissance élevé des méthodes contraceptives modernes (94,0%), la pratique demeure relativement faible chez les femmes en union : 21,0% en 2011.

3.1.5 Pratique contraceptive et niveau de vie

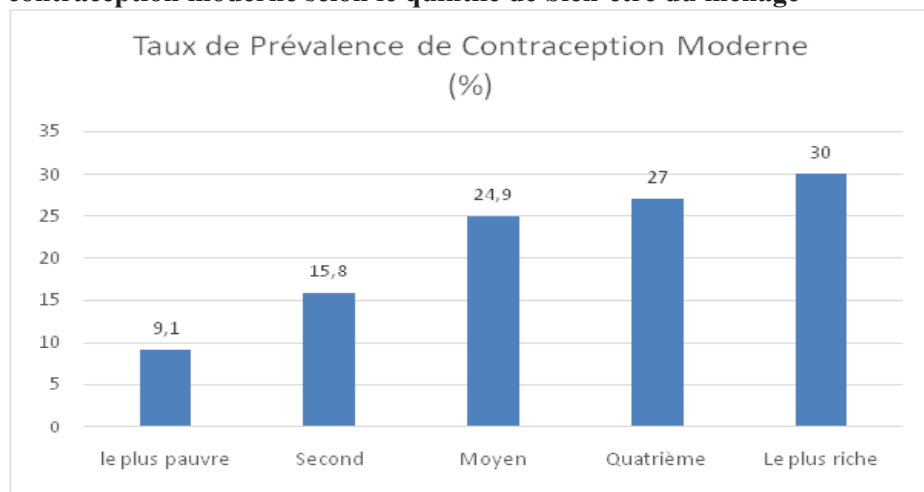
Des études ont montré que les personnes aisées ont généralement moins d'enfants que les personnes de couches économiquement faibles. En effet, la contraception moderne n'est pas toujours gratuite et certaines femmes n'ont pas toujours les moyens de s'en procurer.

La pratique contraceptive moderne est trois fois plus élevée chez les fem-



mes appartenant aux ménages les plus riches que chez celles des ménages les plus pauvres.

Graphique 3.5 Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui utilisent (ou dont le conjoint utilise) une méthode de contraception moderne selon le quintile de bien-être du ménage



Source : MICS 2014

3.2. Planification des naissances

D'après les résultats de l'EDS-MISC 2011, plus de 9 naissances sur 10 (95,1%) survenues chez les femmes âgées de 15-49 ans étaient désirées². La plupart de ces naissances (69,4 %) se sont produites au moment voulu. Seulement, dans 25,7 % des cas, les femmes auraient souhaité que les naissances survinssent plus tard. Les grossesses non désirées représentent environ 4,0 %. Chez les adolescentes, ces proportions sont respectivement de 69,4% (près de 7 jeunes femmes sur 10), 25,7% et 4,0%.

3.3 Besoins non satisfaits en matière de planification familiale

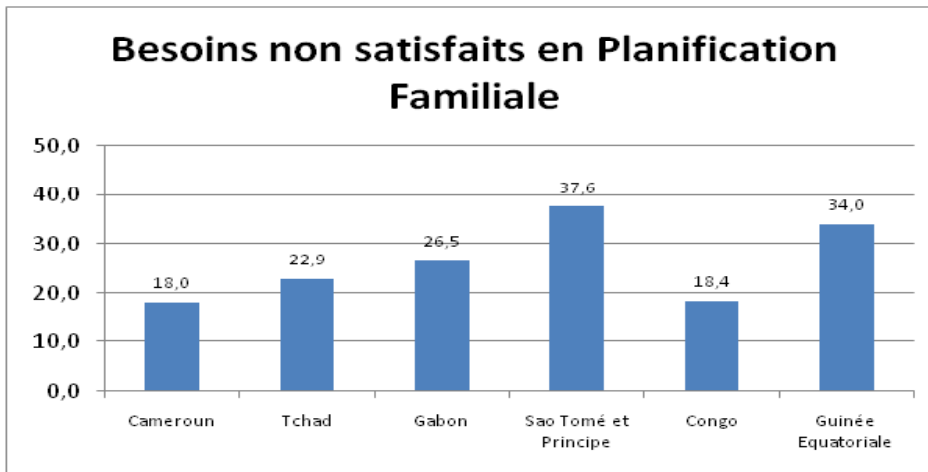
² Au cours de l'enquête, on a demandé à chaque mère, pour chaque enfant né au cours des cinq dernières années et pour la grossesse actuelle (si l'enquêtée était enceinte), si elle souhaitait être enceinte à ce moment-là, plus tard ou s'il s'agissait d'une grossesse non désirée.

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale représentent l'écart entre le désir affirmé d'une femme de repousser une grossesse à plus tard ou de ne pas avoir d'enfant et l'utilisation effective de la contraception.

3.3.1 Position du Cameroun

En Afrique centrale, le Cameroun suivi du Congo sont les pays qui enregistrent les pourcentages de femmes ayant des besoins non satisfaits en planification familiale les moins élevés.

Graphique 3.6 : Pourcentage de femmes de 15-49 ans actuellement mariées ou en union qui ont des besoins non satisfaits en planification familiale selon le niveau d'instruction



Sources : MICS Cameroun 2014 et derniers EDS des autres pays

3.3.2 Besoins non satisfaits en planification familiale chez les adolescentes

Selon les résultats de l'EDS-MICS 2011, la proportion des adolescentes qui ont des besoins en matière de planification familiale non satisfaits est de 19,5% dont (18,8%) pour l'espacement et 0,7% pour la limitation des naissances. En effet, ce taux est inférieur à la moyenne des jeunes



femmes de 15-24 ans ou de 15-34 ans, qui sont respectivement de 20,9% et 20,3%.

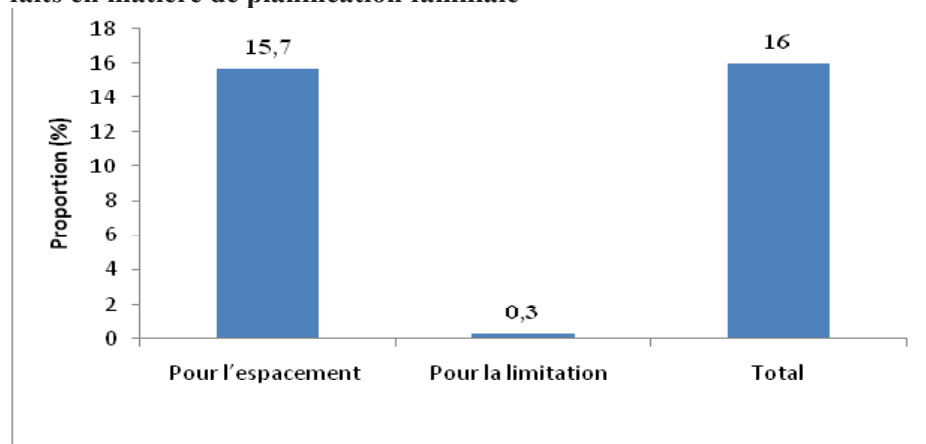
Tableau 3.1: Pourcentage des adolescentes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Groupe d'âges	Besoins non satisfaits en matière de planification familiale			
	Pour l'espacement	Pour la limitation	Total	Effectif
15-19	18,8	0,7	19,5	828
20-24	20,8	0,9	21,7	1563
25-29	16,4	2,5	18,9	1448
30-34	14,6	6,1	20,8	1149
15-24	20,1	0,8	20,9	2391
15-34	17,8	2,5	20,3	4988

Source : EDS-MICS, 2011

Lorsqu'on s'intéresse uniquement aux adolescentes qui ont contracté une union précoce, les résultats de l'enquête MICS (2014) révèlent que moins d'une adolescente sur six (16, 0%) n'arrivent pas encore à satisfaire leurs besoins en matière planification familiale.

Graphique 3.7: Pourcentage des adolescentes ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale



Source : MICS, 2014

Les résultats de la même enquête montrent que chez les adolescentes



en union, le pourcentage de demandes de contraception satisfaite est de 60,2%. Toutefois, cette proportion reste relativement faible, comparativement aux autres groupes d'âges jeunes où celle-ci avoisine 70 %. La proportion des adolescentes en union dont les besoins ne sont pas satisfaits est relativement plus faible que dans les autres groupes d'âges jeunes.

Tableau 3.2: Pourcentage des jeunes filles en union ayant des besoins non satisfaits en matière de planification familiale et pourcentage des demandes de contraception satisfaites

Groupe d'âges (ans)	Besoins satisfaits en matière de planification familiale			Besoins non satisfaits en matière de planification familiale			Pourcentage de demandes de contraception satisfaite
	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	Pour l'espace-ment	Pour la limitation	Total	
15-19	23,4	0,8	24,2	15,7	0,3	16,0	60,2
20-24	32,4	1,6	34	14,6	1,2	15,9	68,2
25-29	29,2	5,2	34,5	13,1	2,7	15,7	68,6
30-34	22,4	12,9	35,3	11,7	7	18,7	65,4

Source : MICS, 2014

La proportion des adolescentes non utilisatrices de méthodes contraceptives, ayant eu un contact avec des prestataires de la planification familiale, permet de se faire une idée sur l'ampleur des actions à entreprendre en termes de sensibilisation, et des interventions à initier. Les résultats de l'enquête EDS-MICS (2011), montrent que dans l'ensemble, 92,4% des adolescentes qui n'utilisent pas de contraception n'ont reçu la visite d'aucun agent de terrain pour échanger sur la planification familiale. Selon la même source, 70,9% des adolescentes n'ont pas été exposées à des messages relatifs à la sensibilisation familiale par le biais de journaux/magazines, de la radio ou de la télévision.

3.4 Causes de la non-satisfaction des besoins

Certaines adolescentes souhaiteraient utiliser une méthode contraceptive, mais n'en ont pas la possibilité du fait de l'influence des facteurs sociaux, culturels ou institutionnels. En effet, le refus de la planification



familiale de la part de l'adolescente, de son partenaire ou d'autres personnes d'influence au sein des communautés religieuses et sociales peut limiter leur accès aux services de planification familiale. Par ailleurs, la faible accessibilité géographique et financière aux services de planification familiale surtout en milieu rural, ainsi que les comportements prohibitifs de l'entourage et les attitudes moralisatrices du personnel de santé, pourraient constituer un frein à la fréquentation des centres de planification familiale par les jeunes.

3.5 Conséquences de la non-satisfaction des besoins

La non-satisfaction des besoins en planification familiale touche à la fois les familles, les communautés, les économies nationales ainsi que la santé et le bien-être individuel. Lorsque les naissances ne sont pas suffisamment espacées, cela :

- Accroît la mortalité et la morbidité maternelles et infantiles (Ashford 2003; Mackenzie, Drahota et al., 2010),
- Provoque des avortements à risque (Ashford 2003; Mackenzie, Drahota et al., 2010, « op.cit »);
- Contribue à la propagation du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) (OMS 2010);
- Compromet la participation des femmes à l'économie de leur communauté et de leur pays (Mackenzie, Drahota et al., 2010);
- Contraint les filles et les jeunes femmes à quitter l'école suite à une grossesse non désirée (Barot 2008);
- Accentue les inégalités hommes-femmes et le statut social inférieur des femmes (FHI);
- Accroît la pauvreté et freine la croissance économique (RHSC 2009; Speidel, Sinding et al., 2009) ;
- Contribue à une croissance démographique non contrôlée (Ashford 2003).



CONCLUSION

Le Cameroun enregistre une baisse modérée mais régulière de sa fécondité depuis le début des années 90. Dans la perspective de la capture du dividende démographique, des mesures appropriées devraient être prises afin de maintenir cette tendance. Pour ce faire, il est important de renforcer les programmes de planification familiale visant la parenté responsable. Ces programmes devraient être prioritairement axés sur les adolescentes et les femmes en milieu rural. Dans l'Adamaoua et l'Extrême-Nord particulièrement, il faudra mener des campagnes appropriées pour briser les barrières socioculturelles et viser l'adhésion et l'implication des hommes. Il est aussi important d'encourager l'éducation de la jeune fille jusqu'au second cycle du secondaire au moins.



Références bibliographiques

Ashford, L. (2003). Unmet need for family planning. Policy Brief. Washington, DC: Population Reference Bureau

Barot, S. (2008). Back to Basics: The Rationale for Increased Funds for International Family Planning. Policy Review. Washington, DC; Guttmacher Institute.

BUCREP (2015), Rapport de l'enquête sur les connaissances et opinions des adolescents sur l'éducation à la santé sexuelle en milieu scolaire dans la ville de Yaoundé.

Institut National de la Statistique (2011). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS-MICS 2011), Rapport principal, Cameroun 2012. INS et MEASURE DHS, ICF International, Yaoundé.

Institut National de la Statistique(2014). Enquête par Grappes et à Indicateurs Multiples (MICS 2014), Rapport principal, Cameroun 2015. INS, MINSANTE, UNICEF, Yaoundé

Mackenzie, H., A. Drahota, et al. (2010). What kind of family planning delivery mechanisms increase family planning acceptance in developing countries? A mixed methods Systematic Review. Hampshire: DFID.

RHSC (2009). Make a Case for Supplies, Leading Voices in Securing Reproductive Health Supplies: An Advocacy Guide and Toolkit. Brussels: Reproductive Health Supplies Coalition.

Speidel, J., S. Sinding, et al. (2009). Making the Case for US International Family Planning Assistance. Baltimore, MD: Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Bill and Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health.

WHO (2010). Meeting report: Family planning for health and development: actions for change. Geneva: WHO.
ge. Geneva: WHO.

Nos Missions

Le BUCREP assiste les pouvoirs publics et les acteurs du développement dans la prise en compte des phénomènes démographiques pour l'élaboration et l'application des stratégies de développement socio-économique.

A ce titre il est chargé :

- de concevoir la méthodologie des recensements et enquêtes à caractère démographique et d'en assurer l'exécution ;
- d'élaborer et d'assurer le suivi des programmes d'études démographiques en vue de permettre la prise en compte de la variable « Population » dans le processus de développement socio-économique ;
- d'élaborer des indicateurs socio-démographiques à travers la réalisation des recensements et des enquêtes auprès de la population.

Nos Partenaires

Administrations publiques, collectivités territoriales, organismes publics et parapublics, organisations internationales, investisseurs, partenaires au développement, ONG...

Our Missions

BUCREP assists public authorities and other development stakeholders in taking into account demographic variables in the formulation and implementation of socio-economic development strategies.

In this connection, it is responsible for :

- designing and implementing censuses and demographic surveys methodologies;
- initiating and following up of population study programmes so as to promote the consideration of
- demographic variables in socio-economic planning;
- estimating socio-demographic indicators from censuses and demographic surveys.

Our Partners

Government services, local governments, public and parapublic bodies, international organizations, investors, development partners, NGO...

