



Received: 02-02-2025
Accepted: 12-03-2025

ISSN: 2583-049X

Methodes Contraceptives Modernes Dans LA Zone DE Sante Rurale DE Kabeya Kamuanga: Taux, Contraintes, Perspectives

¹ Cibangu Kalambayi Lebon, ² Kazadi Tshiaba Felly, ³ Lutumba Kabeya Robert, ⁴ Mbuyi Mushiya Pamela,
⁵ Mudiangomba Milatu Pascal, ⁶ Mutombo Kabamba André

^{1, 3, 4, 6} Université officielle de Mbuji-Mayi, Democratic Republic of the Congo

^{2, 5} Université Protestante Au Cœur du Congo, Democratic Republic of the Congo

DOI: <https://doi.org/10.62225/2583049X.2025.5.2.3918>

Corresponding Author: **Cibangu Kalambayi Lebon**

Abstract

Introduction

La contraception moderne contribue à la promotion d'une vie sexuelle et reproductive saine, responsable dans les familles. Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM) reste faible dans notre pays, la présente étude avait pour objectif d'améliorer l'adhésion de toute la communauté au service de planification familiale (PF) dans la zone de santé rurale (ZSR) de Kabeya Kamuanga.

Méthodologie

L'étude est descriptive transversale et qualitative, menée auprès des 165 femmes en âges de procréer sélectionnées suivant un échantillonnage Aléatoire stratifié, les hommes, les leaders d'opinions et les prestataires des services de PF.

Résultats

L'étude a permis d'établir ce qui suit:

- ✓ La prévalence contraceptive moderne était de 32.7%;
- ✓ La majorité des femmes enquêtées avaient déjà entendu parler de PF(MCM) soit 85.5%
- ✓ L'âge moyen était 28,3±7,3ans;
- ✓ Les personnels de santé à 59.4% étaient une source principale d'information;
- ✓ Plupart des femmes enquêtées connaissaient au moins

une méthode contraceptive moderne soit 79.4%;

- ✓ Les principales raisons de ne pas être favorable à l'utilisation des MCM étaient: la peur des effets secondaires, crainte des us et coutumes, opposition des partenaires, rumeurs, désir des enfants, raisons religieuse et mauvais accueil;
- ✓ La régression logistique a permis de retenir ces trois facteurs associés au non utilisation des MCM dans la ZSR de Kabeya Kamuanga: l'opinion du conjoint non favorable à l'utilisation des MCM (OR=3.133 IC 95% (1.843-5.327) PV 0.000); l'avis de coutumes non favorable à l'utilisation des MCM OR 7.245 IC 95%(7.245-7.345) PV 0.000) et les rumeurs décourageant l'utilisation des MCM (OR 5.542 IC 95%(2.680-11.457) PV0.000).

Conclusion

La prévalence d'utilisation des MCM reste faible dans la zone de santé rurale de Kabeya Kamuanga; certaines contraintes ont été identifiées; pour ce, l'information et communication correcte auprès des femmes, de leurs conjoints, membres de la famille, des leaders d'opinions sur les MCM peuvent améliorer la prévalence contraceptive dans cette zone de santé rurale.

Keywords: Méthodes Contraceptives, Taux, Contraintes et Perspectives

1. Introduction

L'Afrique subsaharienne porte le plus lourd fardeau des avortements non sécurisés chez les jeunes du monde, un quart survenant entre 15 et 19 ans^[1]. La croissance démographique constitue une contrainte majeure aux efforts de développement de la République Démocratique du Congo(RDC), cette augmentation très rapide de la population est due en grande partie à la fécondité élevée.

La RDC, comme la plupart des pays d'Afrique subsaharienne, affiche une fécondité élevée de 6,6 enfants par femme d'après l'enquête démographique sanitaire (l'EDS-RDC 2013-2014), cette croissance démographique menace les gains de développement durable passés et futurs du pays. Cette augmentation rapide de la population est particulièrement problématique

dans un contexte où la sécurité alimentaire des populations urbaines comme rurales dépend d'une agriculture extensive peu productive.

En RDC « la forêt nourrit la population », il est aussi vrai que « la croissance démographique dévore la forêt » et accentue les problèmes de pression sur les ressources naturelles (massifs forestiers mais aussi sol et eau) et de pollution (déchets solides et émission de CO₂) liées à la congestion du transport urbain dans les métropoles anarchiquement étalées du pays, ainsi l'utilisation des méthodes de planification familiale (PF) sont une des stratégies clés qui contribuent à la fois à la maîtrise des taux de natalité et au ralentissement de la croissance démographique, atténuant ainsi ses effets négatifs sur l'environnement, l'économie, les communautés, les femmes et les familles de RDC^[2].

En dépit de niveau de mortalité toujours élevée, la fécondité qui prévaut toujours dans le pays conduit à une croissance de la population de 2,8% par an, correspond à l'augmentation annuelle de près de 2 millions des personnes; donc dédoublement de la population tous les 25 ans par un phénomène inévitable appelé momentum démographique^[3]. Pourtant, les différentes études réalisées dans le monde ont mis en évidence que les femmes présentant des intervalles inter-générationnels de moins de cinq mois ont un risque de décès maternel 2,5 fois plus élevé que celui des femmes dont les intervalles entre naissances et grossesses sont de 18 à 23 mois, la planification familiale permettrait de prévenir nombreux de ces décès en habilitant les femmes à avoir des enfants pendant les meilleures périodes pour elles comme pour leurs enfants; et si les femmes ne tomberaient enceinte que lorsqu'elles le désirent aux intervalles qu'elles souhaitent, les taux de mortalité maternelle pourraient régresser de 30% et permettraient de sauver la vie de plus de 2 millions de nouveaux nés et d'enfants chaque année dans le monde^[4]. Et donc la PF permet de réduire le taux de fécondité et améliore le bien-être familial^[5].

Les programmes de PF sont des interventions à haut impact et rentables pour améliorer les résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile; Elle offre des avantages supplémentaires aux jeunes femmes dont la protection de leur accès à l'éducation, à l'emploi et la réduction des risques sanitaires liés aux grossesses précoces^[6].

On estime que 38% de ces femmes dont le besoin n'est pas satisfait sont d'anciennes utilisatrices des méthodes de planification familiale ayant abandonné l'utilisation d'une méthode de contraception moderne^[3].

En raison des niveaux élevés de la mortalité maternelle et de la croissance rapide de population, le gouvernement congolais a identifié la planification familiale comme l'une de six interventions dans son plan stratégique pour accélérer le progrès vers la réalisation des objectifs de développement durable^[3].

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), chaque minute qui passe, une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement et 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde; ces avortements sont pratiqués à risque souvent par des personnels hors du milieu médical et dans des mauvaises conditions d'hygiène.

C'est pourquoi, la santé de la reproduction c'est un domaine prioritaire dans le monde parce qu'elle affecte la vie des femmes et des hommes dès la conception à la vieillesse en passant par la naissance et l'adolescence^[7].

En RDC, bien que les tendances de la mortalité chez les moins de 5 ans aient été à la baisse en 2014, ces mortalités restent élevées par rapport à la plupart des pays de la sous-région; selon le rapport d'enquête démographique sanitaire (EDS) /RDC2013-2014, sur 1000 enfants, environ 148 et 104 enfants décèdent avant leurs cinquièmes anniversaires, dont 42 et 28 entre 0 et 28 jours de vie, 92 et 58 avant leur anniversaire. Le ratio de mortalité néonatale est passé de 42 décès pour 1000 naissances vivantes en 2007, à 28 décès pour 1000 naissances vivantes en 2014, et reste 8 points au-dessus de la cible escomptée en 2015 de 20 décès pour 1000 naissances vivantes dans le plan stratégique de santé reproductive. Quant au ratio de mortalité infantile, est passé de 92 décès pour 1000 naissances vivantes en 2014, soit 12 points de plus que la cible de 42 décès pour 1000 naissances vivantes^[8].

La situation sanitaire des mères n'est pas brillante au regard de ratio de mortalité maternelle de 846 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes selon l'EDS-RDC 2013-2014.

La mortalité maternelle est fortement influencée par celle des adolescentes, liée particulièrement aux complications des grossesses précoces et non désirées au regard du taux élevé de fécondité de 6,6 enfants ce qui est un indice synthétique de fécondité le plus élevé au monde. Cette mortalité maternelle est en outre aggravée par la survenue des grossesses trop rapprochées suite à la faible prévalence contraceptive de 10.1% couplées à un besoin non satisfait de planification familiale de 31% pour les adolescentes et 28% pour les femmes en union et à la faible qualité des soins^[9].

En RDC, au cours du premier trimestre 2018, les 26 divisions provinciales de la santé (DPS) ont notifié 3.656 cas de décès maternels, dont 1.314 dans les formations sanitaires et 2.342 dans la communauté selon le bulletin numéro 1 de la surveillance des décès maternels et riposte (SDMR) janvier au juin 2018 en RDC; et un nouveau-né sur 35 meurt avant l'âge d'un mois, en chiffre absolu la RDC compte parmi les quatre pays au monde ayant le plus grand nombre de décès néonatales selon le rapport de l'Agence Américaine d'Aide Internationale au Développement (UNICEF) du 6 août 2019.

Au niveau mondial, l'utilisation des contraceptifs était de 57.4% en 2014; ceci s'est vu en particulier en Asie et en Amérique latine, mais reste faible en Afrique subsaharienne, pourtant on estime à 225 millions le nombre des femmes qui souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses dans le pays en développement mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception à cause d'un manque de choix, d'un accès limité, de la crainte des effets secondaires, d'opposition culturelle ou religieuse^[10].

En Afrique, la prévalence contraceptive est estimée à 25% avec un taux le plus élevé en Tunisie avec 75%, Kenya et le Botswana 30%, la Zimbabwe 43%^[7]. Tandis qu'au Mali le taux de prévalence contraceptive était de 16% en 2018^[11] et de 9.89% en 2019^[12].

Selon EDS-RDC 2013-2014 la prévalence était à 8%, 19% à Kinshasa, 17% au Bas Congo, 12% pour le Nord Kivu; à 4% pour le Kasai oriental. Et cette même prévalence a été estimée à 16.1% en 2018 avec les besoins non satisfaits de 3% pour le Kasai oriental, 6% Kasai central, 14% au Kwango, sud Kivu 35% et de 29% à Kinshasa selon Multi indicator cluster survey (MICS)^[13].

Cette prévalence contraceptive en janvier 2020 était de 10.1% couplées à un besoin non satisfait de planification

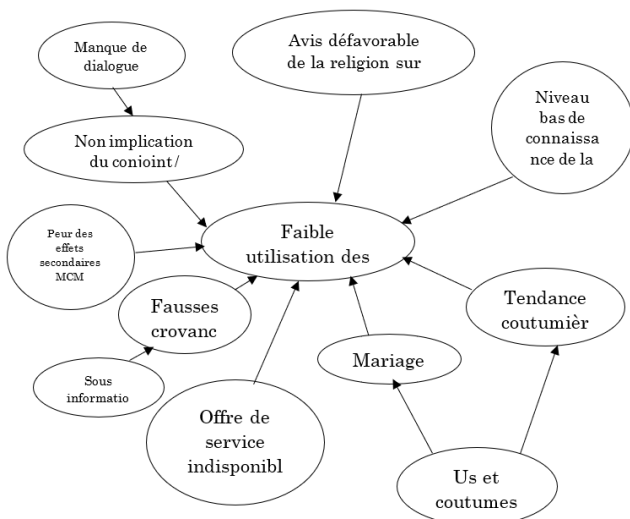
familiale de 31% pour les adolescentes et 28% pour les femmes en union [9].

Et selon le programme national de santé de la reproduction (PNSR) 2019, pour le Kasai oriental la prévalence contraceptive moderne était à 11,23%. Au niveau de Zone de Santé Rurale(ZSR) de Kabeya Kamuanga, selon PNSR en 2019 la prévalence était à 11% avec la mortalité maternelle à 4 pour 760NV.

L'Intérêt de l'étude est d'améliorer le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes, augmenter la prévalence contraceptive moderne et améliorer la santé de la population ainsi que le développement socioéconomique de la ZSR de Kabeya Kamuanga.

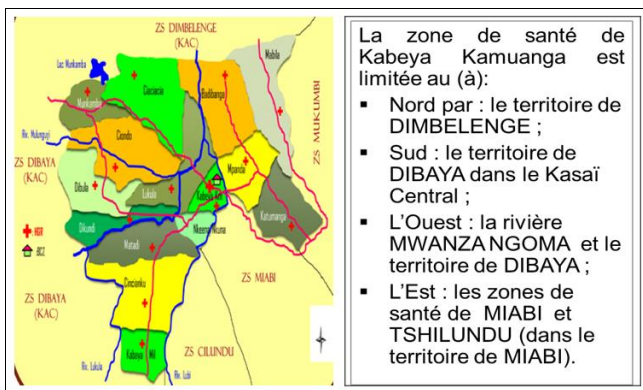
L'objectif principal est d'améliorer l'adhésion de toute la communauté au service de planification familiale (PF) en déterminant le taux et les contraintes d'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Cadre conceptuel



2. Methodologie

L'étude est menée dans la zone de santé rurale de Kabeya Kamuanga, province du Kasai oriental.



Source: BCZ

Fig 1: Cartographie de la ZS de Kabeya Kamuanga

Elle a une population totale de 231.385 avec une superficie de 4.545km² et 15 aires de santé, un hôpital général de référence avec 23 médecins et compte 61 infirmiers pour toute la zone.

On note en outre que toutes les structures et hôpital général

de référence de cette zone ont intégré la PF et elles sont appuyées en PF par le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), les services de PF y sont offerts gratuitement.

La cible est constituée des femmes en âge de procréer et leurs conjoints ou les hommes, les professionnels de santé et les leaders d'opinions (responsables des confessions religieuses, les notables du village, les autorités politico administratives, le journaliste et les responsables des services de PF de la ZS).

Nous avons recouru aux registre de santé de la reproduction (SR), rapport du système national d'information sanitaire(SNIS) de la ZS, fiche de consultation de SR et questionnaire d'enquête et des interviews dont le modèle est en annexe.

L'étude est analytique transversale. Elle a porté sur une période de quatre mois, soit du 01 Aout au 30 Novembre de l'année 2023. Toutes les femmes des ménages en âge de procréer ayant répondu aux questions résidant dans la zone de santé de Kabeya Kamuanga, ont été inclus dans cette étude.

La taille de l'échantillon a été calculé à l'aide de la formule suivante:

$$n = Z_{\alpha}^2 \frac{P \times q}{d^2} (14)$$

- q = 1-p = 1-0.11

-p = proportion de la population ciblée ayant une caractéristique donnée, à partir de celle du Kasai oriental (PNSR 2019, proportion d'utilisateurs de MCM au Kasai oriental est de 11% qui correspond à la prévalence contraceptive dans la ZSR de Kabeya Kamuanga;

- d= degré de précision désirée: 0,05 (d= 5%)

- z=le Coefficient de confiance pour un degré de confiance de 95% (1.96);

- n= la taille de l'échantillon (nombre de sujets nécessaire)

$$n = (1.96 \times 1.96) \frac{0.11 \times 0.89}{0.05 \times 0.05} = 150$$

Plus 10% de marge d'erreur: 150×0.10=15

Taille minimale =150+15=165 ménages dans lesquels nous trouverons la population d'étude.

Nous avons utilisé l'échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés:

- Au premier degré nous avons choisi la ZS de Kabeya Kamuanga;
- Au deuxième degré nous avons choisi 8 AS de manière aléatoire;
- Au troisième degré nous avons choisi 20 ménages dans chaque AS et 18 ménages pour la dernière AS.

Les données recueillies ont été encodées, saisies avec WORD puis analysées avec des logiciels informatisés tels que « EXCEL », « SPSS » et « JAMOVI ».

La description des variables a été faite au moyen des tableaux de proportion, la moyenne et écart- type. Le test de régression logistique avec intervalle de confiance de 95% a été mis à contribution pour déterminer les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Concepts définitionnels

a) **Planification familiale:** est l'ensemble des moyens qui

concourent au contrôle de naissance, dans le but de permettre aux femmes et aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant. Elle permet d'avoir le nombre d'enfants souhaités et d'espacer les naissances d'une manière libre et volontaire tout en protégeant leur santé de la reproduction.

- b) **Méthodes contraceptives modernes:** le contraceptif est un objet ou une substance dont le but est d'empêcher une grossesse. La contraception regroupe tous les moyens temporaires et réversibles pour éviter une grossesse.

Actuellement nous avons plusieurs sortes des MCM disponibles:

- **Les méthodes mécaniques:** Le préservatif (masculin et féminin), le diaphragme;
- **Les méthodes chimiques:** Les spermicides;
- **Les méthodes hormonales:** Pilules, implants, les injectables et les dispositifs intrants utérins;
- Les méthodes chirurgicales (vasectomie et ligature tubaire).

Considérations éthiques

La note de consentement éclairé était élaborée et lue à l'intention de chaque femme sélectionnée, des explications étaient fournies sur la méthodologie et les objectifs de l'étude ainsi que le bienfondé de l'enquête et sa contribution éventuelle pour l'amélioration de l'utilisation des MCM afin de réduire la mortalité maternelle et infantile dans la ZSR de Kabeya Kamuanga.

Chaque femme a donné son consentement libre à participer à cette étude de manière écrite et en posant sa signature ou son empreinte. Pour garantir la confidentialité et l'anonymat, les données ont été recueillies de manière anonyme. Ensuite elles ont été codifiées, et les fiches d'enquête ont été gardées en sécurité par l'investigateur; Et donc la déclaration d'HELSINKI et de Taipei était pris en compte.

3. Resultats

Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées

Tableau I: Répartition des enquêtées en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques

Variables	Effectif (n=165)	Fréquence (%)	$\mu \pm ET$
Age (années)			
15-19	21	12.7	28,3±7,3
20 – 24	35	21.2	
25– 29	37	22.4	
30– 34	34	20.6	
35 – 39	27	16.3	
40 – 44	9	5,4	
45 – 49	2	1,2	
Etat civil			
Célibataire	21	12,7	
Divorcée	7	4,2	
Mariée	137	83,0	
Type de mariage			
Monogamique	49	29.7	
Polygamique	95	57.6	
Non marié	21	12.7	
Niveau d'instruction			
Aucun	21	12,7	
Primaire	92	55,8	
Secondaire	49	29,7	
Supérieur	3	1,8	
Profession			
Sans emploi	24	14,5	
Avec emploi	141	85.5	
Religion			
Chrétienne	163	98.8	
Non chrétienne	2	1.2	
Nombre d'enfants			
≤ 5	104	63,0	4,4±2,9
>5	61	37,0	

Connaissance des méthodes contraceptives modernes**Tableau II:** Répartition des enquêtées selon les connaissances des méthodes contraceptives modernes

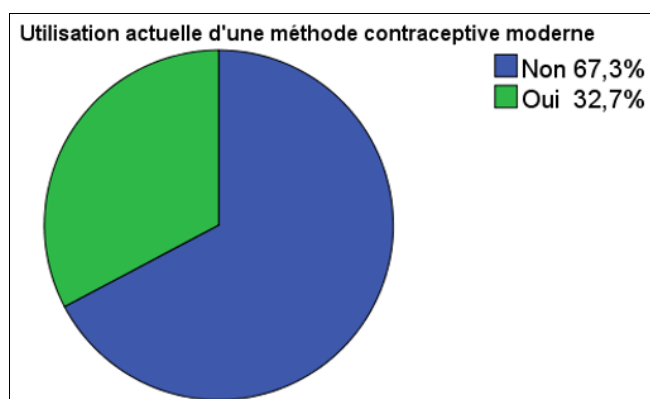
Variables	Effectif (n=165)	Fréquence(%)
Avoir entendu parler de PF		
Non	24	14,5
Oui	141	85,5
Source d'information		
Affiches	2	1,2
Ecole	5	3,0
Famille	6	3,6
Personnel de santé	98	59,4
Voisin	30	18,2
Radio	24	14
Télévision	0	0
Connaissance des méthodes contraceptives modernes		
Non	34	20,6
Oui	131	79,4
Méthodes contraceptives connues		
Coït interrompu	1	0,6
Collier du cycle	6	3,6
Condom féminin	4	2,4
Condom masculin	4	2,4
DIU	4	2,4
Implant	64	38,7
Injectable	52	31,5
MAMA	1	0,6
Pilule	28	16,9
Toutes	1	0,6

Attitudes des enquêtées et de la société face aux méthodes contraceptives modernes**Tableau III:** Répartition des cas selon les attitudes des enquêtées et de la société face aux méthodes contraceptives modernes

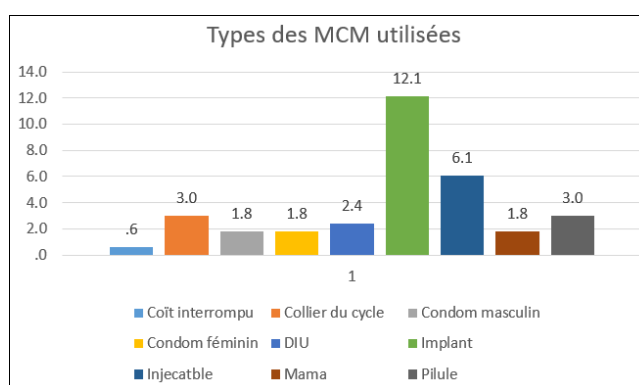
Variables	Effectif (n=165)	Fréquence(%)
Opinion du conjoint favorable à l'utilisation des MCM		
Non	97	58,8
Oui	68	41,2
Avis des coutumes favorable à l'utilisation des MCM		
Non	134	81,2
Oui	31	18,8
Religion décourage l'utilisation des MCM		
Non	142	86,1
Oui	23	13,9
Rumeurs découragent l'utilisation des MCM		
Non	67	40,6
Oui	98	59,4
Etre favorable à l'utilisation des MCM		
Non	53	32,1
Oui	112	67,9
Raisons d'être favorable		
Espacement des naissances	76	67,8
Eviter les grossesses non désirées	20	17,8
Limiter les naissances	10	8,9
Raisons médicales	6	5,5
Raisons de ne pas être favorable		
Crainte des us et coutumes	15	28,3
Désir des enfants	3	5,6
Mauvais accueil	1	1,9
Refus du partenaire	4	7,6
Peur des effets secondaires	28	52,8
Raisons religieuses	2	3,8

Pratiques de la planification familiale

a. Prévalence de l'utilisation actuelle des MCM

**Fig 1:** Prévalence de l'utilisation des MCM

b. Type des MCM utilisées par les femmes enquêtées

**Fig 2:** Type des MCM utilisées

c. Raisons de non utilisation des MCM par les femmes enquêtées

Tableau IV: Répartition des femmes enquêtées selon les raisons de non utilisation des MCM et d'utilisation des MCM

Variables	Effectif (n=165)	Fréquence (%)
Raisons de non utilisation		
Désir des enfants	19	11,5
Distance longue	3	1,8
Etre enceinte	1	0,6
Lieu non connu	6	3,6
Manque d'informations	5	3,0
Refus du mari	16	9,7
Oubli	5	3,0
Peur des effets secondaires	26	15,7
Raisons coutumières	18	10,9
Raisons religieuses	9	5,4
Sans raison	2	1,2
Séparation	1	0,6
Raison d'utilisation		
Espacement des naissances	31	18,7
Eviter les grossesses non désirées	12	7,2
Limiter les naissances	7	4,2
Raison médicale	4	2,4

d. Informations des enquêtées sur les effets secondaires par les prestataires

Tableau V: Répartition des femmes enquêtées selon l'information sur les effets secondaires des MCM

Etre informées des effets secondaires	Effectif (n=54)	Fréquence(%)
Non	38	70,4
Oui	16	29,6
Total	54	100,0

Offre des services de la Planification familiale**Tableau VI:** Répartition des enquêtées selon l'utilisation des services de planification familiale

Variables	Effectif (165)	Fréquence(%)
Connaissance FOSA offrant la PF		
Non	42	25,5
Oui	123	74,5
Accessibilité de la FOSA		
Moins de 30 minutes	78	47,3
30 à 1heure	42	25,5
1heure 2h	33	20
Plus de 2 heures	12	7,2
Avoir déjà fréquenté la structure de PF		
Non	90	54,5
Oui	75	45,5
Etre satisfait par les services de PF reçu (parmi les femmes ayant fréquenté la structure de PF dans le passé)		
Non	22	29,3
Oui	53	70,7
Raisons de non satisfaction (parmi les non satisfaits)		
Méthodes limitées	12	54,5
Personnel non disponible	2	9,1
Services mal organisés	8	36,4

Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes**Tableau VII :** Analyse bi variée des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Variables	Effectifs (n=165)		OR brut IC (95%)	p (value)	Seuil de signification Tableau
	Utilisation des MCM Non	oui			
Age					
≤28	63	25	0.970(0.740-0.757)	0.748	Non significatif
>28	48	29			
Niveau d'instruction					
Niveau bas	111	51	0.880(0.283-2.739)	0.825	Non significatif
Niveau élevé	0	3			
Profession					
Sans emploi	16	8	0.907(0.262-3.143)	0.878	Non significatif
Avec emploi	95	46			
Religion					
Chrétienne	109	54	0.059(0.004-0.779)	0.032	Non significatif
Non chrétienne	2	0			
Nombre d'enfants					
≤5	72	32	0.799(0.781-0.797)	0.789	Non significatif
>5	39	22			
Connaissance des méthodes contraceptives modernes(MCM)					
Non	34	0	1.244(0.211-7.344)	0.810	Non significatif
Oui	77	54			
Connaissance de formation sanitaire offrant le service PF					
Non	40	0	1.429(0.261-7.820)	0.680	Non significatif
Oui	71	54			
Avoir déjà fréquenté la structure PF					
Non	42	0	2.069(0.725-5.904)	0.174	Non significatif
Oui	69	54			
Opinion du conjoint favorable à utilisation des mcm					
Non	80	17	2.360(0.916-6.078)	0.035	Significatif
Oui	31	37			

Avis des coutumes favorable à utilisation des MCM	96	38	2.474(0.712-8.594)	0.024	Significatif
Non	15	16			
Oui					
Rumeurs découragent l'utilisation des MCM	31	18	3.219(1.449-7.150)	0.004	Significatif
Non	80	36			
Oui					
Etre informé des effets secondaires	0	38	0.236(0.067-0.835)	0.055	Non significatif
Non	0	16			
Oui					
Religion décourage utilisation des MCM	93	49	2.63 (0.01-0.001)	0.178	Non significatif
Non	18	5			
Oui					

Tableau VIII: Analyse multi variée des facteurs associés au non utilisation des MCM

Variables	Effectifs (n=165) Utilisation des MCM		ORa IC (95%)	P (value)	Seuil de signification
	Non	Oui			
Opinion du conjoint favorable à utilisation des MCM	80	17	3.133(1.843-5.327)	0.000	Significatif
Non	31	37			
Oui					
Avis des coutumes favorable à utilisation des MCM	96	38	7.245(7.245-7.345)	0.000	Significatif
Non	15	16			
Oui					
Rumeurs découragent l'utilisation des MCM	31	18	5.542(2.680-11.45)	0.000	Significatif
Non	80	36			
Oui					

Soumis au model multi varié, seuls l'opinion non favorable du conjoint, l'avis non favorable des coutumes et les rumeurs découragent l'utilisation des MCM étaient réellement associées au non utilisation des MCM (p=0,000).

4. Discussion

La présente étude visait à déterminer les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la zone de santé rurale de Kabeya Kamuanga: Taux, contraintes, perspectives.

La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM) au moment de l'enquête était à 32.7% (Figure n°2) et ce résultat était proche de celui de Katoka réalisé dans la zone de santé(ZS) de Gombe Matadi en 2017, soit 29%(15); cela s'expliquerait par la pesanteur culturelle dans cette zone de santé.

La tranche d'âge de 25à29 ans représentait avec 22.4 % des cas; l'âge moyen des enquêtées était de 28.3 ans. Une étude faite dans la ZS de Vanga en RDC par Tumbo en 2014 avait aussi trouvé la tranche d'âge de 25-29ans avec l'âge médian de 28.5ans [16].

Le niveau d'instruction des femmes enquêtées était bas avec 55.8% des cas qui ont atteint le niveau primaire; l'étude réalisée par Ndjigaba M.au centre de santé commune de Banconi en 2021 a rapporté que près de la moitié des femmes avaient un niveau d'étude primaire avec 48.1% et 26.9% des femmes non instruites [11]; dans cette dernière le niveau bas d'instruction était un facteur de non utilisation des MCM [16]; ce résultat était proche de celui trouvait dans la zone de santé de Gombe Matadi soit 59.8% des cas [15]. Selon EDS-RDC de 2013-2014, l'utilisation des MCM diminue avec le niveau d'instruction, elle est de 4% chez les femmes avec un niveau d'instruction élevé. [8]; cela démontre que la scolarisation des femmes en milieu rural n'est pas prise en compte avec rigueur comme pour les garçons.

Cinquante-sept virgule six pourcent des femmes en milieu rural s'occupaient des activités champêtres et de l'élevage domestique, ce constat ressemble visiblement à celui fait

dans la zone de santé de Gombe Matadi par Katoka en 2017 dans une proportion 84.4% des cas [15], c'est une évidence de terrain car dans nos villages les seules activités principales tournent autour de l'agriculture, de l'élevage et/ou de la chasse en plus des activités ménagères.

L'indice de fécondité était en moyenne de 4.4 rapporté à son Ecart type de 2.9; ce résultat est différent de celui de l'EDS-RDC de 2013à 2014 [8], cette différence s'explique par le fait de la promotion de PF et la gratuité des services de PF dans la zone de santé rurale de Kabeya Kamuanga.

Dans la présente étude, la connaissance sur les MCM des femmes enquêtées était bonne; 85.5% avaient déjà entendu parler de la PF. Ce résultat est supérieur à celui trouvé dans la zone de santé de Gombe Matadi par Katoka en 2017 soit 72.1% [15], mais ne sont pas similaires de ceux rapportés par Mutombo N *et al* au Kenya en 2015 qui avaient souligné que plus de la moitié des femmes enquêtées (54%) ne connaissaient pas les MCM [17]. Nos résultats largement supérieurs à celui des auteurs Kenya reflètent clairement la promotion des services de PF à Kabeya Kamuanga.

Les formations sanitaires sont la principale source d'information sur les MCM (59.4%), légèrement inférieur à celui trouvé au Burundi par le PNSR en 2014 63.7% [21]. Cette différence est aussi observée quand on compare notre taux de 59.4% à celui de Matungulu C. à Lubumbashi en 2015 qui est de 73.5% [18]. Ceci s'expliquerait par le fait que notre étude a été menée dans le milieu rural où les FOSA sont moins nombreuses que dans le milieu urbain comme Lubumbashi. Et Takele A *et al* en Ethiopie en 2015 qui ont montré que les médias étaient la source principale d'information sur les MCM à longue durée d'action [19]. Cette différence des taux entre notre série et celles des auteurs consultés tiendrait au fait qu'à Kabeya Kamuanga ou ailleurs la majorité des femmes utilisent le service de santé pour les CPN, CPON, CPS, ce qui augmente la chance de récupérer les informations par ce canal pour l'activité de PF dans chaque milieu d'étude.

Septante neuf virgule quatre pourcent des femmes connaissaient les méthodes (MCM) au moment de l'enquête;

ce résultat proche de celui de la zone de santé de Gombe Matadi par Katoka en 2017 69.9%(15) et 77% pour l'EDS-RDC de 2013à2014. Ces résultats plébiscitent les acteurs du domaine de sensibilisation en matière de PF, car le message diffusé atteint une cible importante des femmes concernées par les MCM.

Les MCM les plus connues dans cette étude au moment de l'enquête étaient implant (48.8%), injectable (24.4%), pilules (10.7%); Ceci se diffèrent de résultat trouvé par Katoka dans la zone de santé de Gombe Matadi en 2017: Préservatifs masculin (81.5%), pilules (42.2%), injectables (35.5%)^[15]. Ce dernier résultat semblable à celui de l'EDS-RDC de 2013-2014 en ce qui concerne le préservatif masculin qui présente un avantage dans la prévention des grossesses non planifiées et des infections sexuellement transmissibles. Mais elle n'est pas la MCM la plus efficace comparativement aux autres MCM telles que les implants, la pilule, le DIU, et les MCM injectables.

Cette différence avec le résultat de Katoka serait probablement liée à la promotion du préservatif et sa gratuité grâce à l'appui de l'union européenne dans la ZSR de Gombe Matadi.

Il en est de même pour Tumbo J *et al* à Vanga en 2014 pour qui les MCM les plus utilisées étaient la pilule, les injectables^[16], et Mohammed A *et al* en Ethiopie 2015 eux prénaient les MCM injectables comme la méthode principale acceptée par les enquêtées soit 62.9% des cas^[20]. Quant à l'utilisation, la méthode la plus utilisée dans notre série était l'implant (12.1%) suivi des injectables (6.1%) (Figure n°3).

Sur 165 femmes enquêtées, 112 d'entre elles avaient une opinion favorable sur l'utilisation des MCM (67.9%), ce qui ne corrobore pas celui de Katoka dans la zone de santé de Gombe Matadi en 2017, taux évalué à 82%; et une opinion défavorable a été exprimée par 53 femmes enquêtées (32.1%); quant à Katoka seule 37% des femmes enquêtées se disent ne pas être favorable à utiliser dans l'avenir une MCM. Alors que l'EDS-RDC de 2013 à 2014 confirmait que plus d'une femme non utilisatrice sur deux (54%) a déclaré ne pas avoir l'intention à utiliser une méthode dans le futur.

Les facteurs défavorables à l'usage des MCM selon l'ordre décroissant sont: Les coutumes (81.2%), les rumeurs ou radiotrottoirs (59.4%), l'opposition du conjoint (58.8%) et la religion (13.9%). Le résultat trouvé par Katoka dans la zone de santé de Gombe Matadi en 2017 avait rapporté que 65.8% des maris étaient favorables à l'usage des MCM et que l'avis de coutume était favorable à 50.2% des cas; Cette différence s'explique par une pesanteur socio culturelle plus pro nataliste à Kabeya Kamuanga comme dans l'ensemble du peuple Kasaien.

Soixante-sept virgule neuf pourcent des femmes enquêtées étaient favorables à l'utilisation des MCM et avaient avancées comme raisons selon l'ordre décroissant: Espacement des naissances 67.8%, limiter les naissances 8.9%, raisons médicales 5.5%.

Et ceux qui n'étaient pas favorables avaient aussi avancées comme raisons par ordre décroissant: Peur des effets secondaires (52.8%), La crainte des us et coutumes (28.3%), refus du partenaire (7.5%), tendance coutumière pro nataliste ou désir des enfants (5.6%), raison religieuse (3.8%), et mauvais accueil (1.9%).

Septante quatre virgule cinq pourcent des femmes enquêtées

connaissaient les FOSA qui offraient les services de PF et dont l'accessibilité était inférieure à 30minutes.

Etant satisfait par les services de PF étaient à 70.7% sur 45.4% qui ont déjà fréquenté les services dans le passé, et les non satisfaites par les services ont avancées comme principale raison: Les méthodes limitées.

Sur 32.7% utilisatrices des MCM au moment de l'enquête, seules 29.6% étaient informées des effets secondaires et 70.4% ne l'étaient pas, quant à ce constat, Ndjigaba M. dans le centre de santé de Banconi en 2021, est de l'avis contraire et rapporte que 85.2% des femmes utilisatrices des MCM étaient informées des effets secondaires^[11]. L'explication probable serait la formation en PF concernant beaucoup plus les infirmiers titulaires ayant plusieurs activités en dehors du PF, comme l'a déclaré un personnel de santé lors de Focus group.

Soumis au modèle multi varié, seuls l'opinion non favorable du conjoint, l'avis non favorable des coutumes et les rumeurs étaient réellement associés à la non utilisation des MCM ($p=0.000$), donc cette association entre l'utilisation des MCM et l'opinion non favorable du conjoint corrobore avec ce qui avait été rapporté au Burundi par le PNSR en 2014^[21]. En effet, une femme dont le partenaire est contre l'utilisation des MCM a moins de chance d'utiliser une MCM que celle dont le partenaire est favorable.

L'association entre l'utilisation des MCM et avis non favorable des coutumes a été trouvé par GOMAR M. à Mayotte en 2017^[22].

5. Conclusion

La présente étude a été menée au Kasai oriental, spécialement dans la zone de santé rurale de Kabeya Kamuanga, l'étude portait sur: « Méthodes Contraceptives Modernes dans la zone de sante rurale de Kabeya Kamuanga: Taux, contraintes, perspectives ».

La prévalence contraceptive moderne était faible soit 32.7%, implant était la méthode la plus connue et plus utilisée par les femmes enquêtées. Le personnel de santé était la source d'information sur les MCM la plus citée.

La peur des effets secondaires, la crainte des us et coutumes, refus de partenaire, désir des enfants, raison religieuse et mauvais accueil ont été cités comme raisons que les femmes soient non favorables à l'utilisation des MCM aussi bien dans l'enquête quantitative qu'au cours de Focus group.

La majorité des femmes enquêtées étaient mariées, bon nombre d'entre elles étaient chrétiennes. Le niveau d'instruction primaire a été la plus représenté. La plupart des femmes étaient des agricultrices.

Malgré l'attitude favorable à l'utilisation des MCM mais la prévalence contraceptive moderne était faible.

Les facteurs associés au non utilisation des MCM étaient: l'opinion non favorable du conjoint, avis non favorable des coutumes et les rumeurs.

6. References

1. Margaratezzala MunaKampe, Joseph Mumba Zulu, Charles Michelo. Contraceptive and abortion Knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle income; a systematic review BMC Health services Research. 2018; 18.
2. Programme de mise à l'échelle de la planification familiale en RDC-PROMIS-PF. 6 septembre, 2022, 12-18.

3. Plan stratégique national a vision multisectorielle RDC, 2014-2020, 20-30.
4. Smith R, *et al.* Choix et Efficacité des MCM, Réduction des besoins non satisfaits en PF, 2019.
5. Elisabeth A Sully, *et al.* Adding it up, investing in sexual and reproductive health, 2019.
6. Module de formation des prestataires en planification familiale, novembre, 2019.
7. Dembélé MS. Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas, thèse de médecine, 2010, 1-93.
8. Deuxième enquête démographique et de santé eds-rdc, 2013-2014.
9. Plan stratégique national pour la couverture santé universelle 2020-2030, janvier, 2020.
10. Planification familiale OMS /contraception (internet). WHO, 2015.
11. Ndjigaba Mohamed. Etude des raisons d'abandons des méthodes contraceptives de longue durée et Depopovera dans le CS COMMUNE de Banconi 27/04/2021), 29-36.
12. CisseRakki M'baye. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques du comité des femmes utilisatrices des services du centre de santé communautaire de Doumanzana en matière de planification familiale 27/04/2021, 48-56.
13. Plan stratégique national a vision multisectorielle de la planification familiale 2021-2025 avec regard sur 2030 RDC.
14. Mutombo Kabamba L. Méthodologie de recherche scientifique; RD Congo. 2020; 88.
15. Katoka Fuanda Marie-Jeanne. Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer, cas de la zone de Gombe Matadi, 2017, 14-15-34-40.
16. Tumbo J, *et al.* Factors that influence contraceptive use amongst women in Vanga health district Democratic Republic of Congo. 5 mai, 2014, 1-7.
17. Mutombo N, Bakibinga P, Mukiira C. Benefits of family planning: An assessment of women's knowledge in rural western, Kenya, 2015, 1-8.
18. Matungulu C. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, 2015, 1-9.
19. Takele A, Degu G, Yitayal M. Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non use among married women of East Ethiopia. 2015; 33.
20. Mohammed A, Woldeyohannas D, Fileke A, Megabiaw B. Determinants of modern contraceptive utilization among age group in North shoazone, Amhara Region, Ethiopia, 2015, 1-7.
21. Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi, PNSR, 2014, 64-66.
22. Gomar Marine. Facteurs influençant l'utilisation de la contraception à Mayotte, Enquête auprès des femmes consultant en dispensaire 16 mai 2017 université Paul Sabatier TOULOUSE 3, 2017, 25-28.