

Niveau d'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu à l'Est de la RD Congo

[Acceptability level of Family planning in Kadutu Health Zone in East of DR Congo]

P. Mulongo Mbarambara¹, E. Mumbilya², P. Muhumu Mututa³, and A. Masengi Ndage⁴

¹Département de Sages-femmes à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

²Département de Santé Publique à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Bukavu, Bukavu, Sud-Kivu, RD Congo

³Département de Santé Publique à l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kanyamulanda, Walungu, Sud-Kivu, RD Congo

⁴Département de Gynéco-obstétrique à l'Hôpital de Gihundwe, Rwanda

Copyright © 2016 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: *Objective:* This study aimed at determining the acceptability level of family planning and its factors associated in view to participate to the promotion of the contraceptive practice.

Material and methods: It was a cross-sectional study among 384 women in childbearing age during the period going from April to June 2015. A probabilistic sampling in clusters has been used. The chi-square has been used to compare proportions and the logistic regression for multivariate analysis.

Results: The sample of our study was constituted of women of less than 30-year age (70%) with an average age of 31.25 ± 6.7 ans; without profession of Catholic faith and secondary education level. The informed women of family planning were to 96%. The acceptability level of family planning was 42%. The husband's opposition (40%), the side effects fear (25%) and the religious opposition (19.5%) were the main obstacles in the acceptability of the family planning. The method of calendar, the necklace of the cycle and the injectable were the main accepted methods. The acceptability level was significantly associated with the husband approval and the conjugal dialogue on the contraception ($p < 0.05$).

Conclusion: Sensitizations concerning family planning should imply all two members of the couple and especially take into account the man to arrive to a good acceptability of the family planning by women in our study area.

KEYWORDS: family planning, acceptability, DR Congo.

RESUME: *Objectif:* cette étude avait comme objectif de déterminer le niveau d'acceptabilité de la planification familiale et ses facteurs y associés en vue d'apporter notre pierre à la promotion de la pratique contraceptive.

Matériel et méthodes: Il s'est agi d'une étude transversale conduite auprès de 384 femmes en âge de procréer durant la période allant d'avril à juin 2015. Un échantillonnage probabiliste en grappes a été utilisé. Le Khi-deux a été utilisé pour comparer les proportions et la régression logistique pour l'analyse multivariée.

Résultats: L'échantillon de notre étude était constitué des femmes d'âge de moins de 30 ans (70%) avec un âge moyen de $31,25 \pm 6,7$ ans ; sans profession de foi catholique et de niveau d'étude secondaire. Les femmes informées de la planification familiale étaient à 96%. L'acceptabilité de la planification familiale était de 42%. L'opposition du mari (40%), la peur des effets secondaires (25%) et l'opposition religieuse (19,5%) étaient les obstacles les plus rencontrés dans l'acceptabilité de la PF. La méthode de calendrier, le collier du cycle et les injectables étaient les méthodes les plus acceptées. L'acceptabilité était significativement associée à l'approbation du mari et au dialogue conjugal sur la contraception ($p < 0,05$).

Conclusion: Les sensibilisations en matière de planification familiale devraient impliquer tous les deux membres du couple et surtout s'intéresser à l'homme pour arriver à une bonne acceptabilité de la Planification familiale par les femmes dans notre milieu d'étude.

MOTS-CLEFS: planification familiale, acceptabilité, RD Congo.

1 INTRODUCTION

La planification familiale constitue un support important aux familles dans l'accomplissement de leur plan de maternité en déterminant le nombre d'enfants voulus au moment voulu et à intervalle voulu pour assurer une croissance optimale et un plein développement de chaque membre de la famille [1]. La prévalence de la pratique contraceptive semble avoir augmenté à travers le monde mais les besoins non satisfaits en planification familiale demeurent un problème surtout dans les pays en voie de développement [2].

En 2013, les estimations de décès maternels dus aux complications liées à la grossesse faisaient état de 292982 femmes décédées dont plus de 50% étaient survenus dans six pays en voie de développement du nombre desquels figure la RD Congo [3].

Au Rwanda, l'utilisation des moyens de contraception moderne a quadruplé au cours de ces dix dernières années, et le taux de fécondité total est tombé à 4,6 enfants par femme. Si ces progrès impressionnants se poursuivent, le Rwanda, d'ici à 2030, aura rempli les conditions démographiques nécessaires [4].

En République Démocratique du Congo comme dans d'autres pays africains, la préoccupation majeure est la croissance rapide de la population alors que l'économie ne suit pas [5]. Sur toute l'étendue de la République, particulièrement au Sud-Kivu, peu de femmes utilisent une méthode quelconque et le faible taux d'utilisation concerne les méthodes modernes pourtant la plupart de femmes souhaitent espacer ou limiter leurs naissances [6].

Dans la Zone de Santé de Kadutu, nous enregistrons souvent des cas d'avortements criminels consécutifs à des grossesses non désirées, des accouchements très rapprochés même après un accouchement par césarienne et des accouchements chez les adolescentes et même chez les grandes multipares. Pourtant, la planification familiale a fait preuve de ses effets positifs sur l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement notamment ceux en rapport avec le couple mère-enfant. La faible prévalence contraceptive observée dans notre milieu d'étude méritait d'être documentée, raison d'être de notre travail. Ainsi, la présente étude avait pour objectif de déterminer la proportion de femmes qui acceptent la planification familiale et les facteurs influençant cette acceptabilité chez les femmes en âge de procréer dans la Zone de Santé de Kadutu.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

C'est une étude transversale à visée analytique portant sur l'évaluation du niveau d'acceptabilité de femmes au sujet de planification familiale dans la zone de santé de Kadutu. Cette zone de santé est située dans la commune de Kadutu, ville de Bukavu, province du Sud-Kivu en République Démocratique du Congo. Selon le dénombrement de 2014, la Zone de Santé de Kadutu a une population estimée à 326 634 habitants répartis sur 12 aires de santé. Pour estimer la taille de l'échantillon, la formule suivante a été utilisée $Z^2 p (1-p) / d^2 = (1,96)^2 \times 0,5 \times (1-0,5) / (0,05)^2 = 384$ hommes à enquêter où z = Coefficient de confiance à 95% (1,96), d = Marge d'erreur (5%), p = proportion (prévalence par défaut de 0,5 $p = 0,5$), $1-p$ = prévalence complémentaire (1-0,5 = 0,5). Le sondage en grappes à deux degrés était la technique d'échantillonnage utilisée dans ce travail. Le 1er degré a concerné le choix des aires de santé : huit aires de santé sur 12 ont été aléatoirement sélectionnées. Le 2ème degré a consisté à tirer un sous-échantillon proportionnel de femmes dans chacune des aires de santé choisies. Les critères d'inclusion étaient : être âgée de 15 à 49 ans, résider à Kadutu pendant le moment de l'étude depuis au moins 6 mois, être présente dans le ménage le jour de l'enquête et accepter de répondre au questionnaire d'enquête.

Notre étude avait pour variable dépendante : le niveau d'acceptabilité de la planification familiale par les femmes. Cette variable a été dichotomisée en niveau bas (code=0) si moins de 60% des femmes approuvaient la planification familiale et en niveau élevé (codé=1) si 60% et plus ont accepté la planification familiale. Les autres variables dites indépendantes comprenaient les caractéristiques sociodémographiques ; les éléments de connaissances sur les méthodes contraceptives, les éléments d'approbation de la PF, Après l'encodage des données sur Microsoft Excel 2013, le traitement et l'analyse statistique ont été faits au moyen du logiciel STATA. SE, version 13.0. A part les statistiques descriptives usuelles en fonction de la nature des variables, le test de chi-carré et la régression logistique ont été utilisés pour l'analyse statistique et la comparaison des facteurs entre les deux groupes des femmes (celles de niveau bas d'acceptabilité et de niveau élevé. Le

seuil de signification était fixé à 0,05 ($p < 0,05$). La force de l'association a été estimée par les Odds bruts et ajustés. Pour l'éthique de la recherche, nous avons demandé les autorisations de mener la présente étude aux autorités sanitaires et administratives des aires de santé qui ont été sélectionnées. Devant les enquêtées, une garantie de confidentialité et d'anonymat a été fournie. Les femmes rencontrées étaient libres de participer ou non à l'enquête.

3 RÉSULTATS

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER

Notre échantillon était constitué plus de femmes mariées, de foi catholique, ménagères, de niveau secondaire et d'âge variant entre 20 à 35 ans avec une moyenne de 31,25 ans \pm 6,7ans. Les caractéristiques des maris de certaines de nos enquêtées sont faites plus de fonctionnaires et tous de lettrés. Le tableau 1 résume les caractéristiques générales de notre échantillon.

Tableau 1: Caractéristiques générales des femmes en âge de procréer dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015

Variables	n=384	%
Age (moyenne et écart type)	31,25 \pm 6,7ans (17-46 ans)	
Moins de 20 ans	9	2,34
20-35 ans	262	68,2
36 ans et plus	113	29,4
Religion		
Catholique	154	40,1
Protestante	117	30,5
Musulmane	36	9,4
Eglises de réveil	77	20,0
Situation matrimoniale		
Mariée	311	81,0
Célibataire	42	10,9
Divorcée	7	1,8
Séparée	24	6,3
Profession de la femme		
Ménagère	230	59,9
Commerçante	118	30,7
Fonctionnaire	36	9,4
Profession du mari (n=311)		
Aucun	23	7,4
Commerçant	133	42,8
Fonctionnaire	155	49,8
Niveau d'instruction de la femme		
Primaire	7	1,8
Secondaire	336	87,5
Supérieur	41	10,7
Niveau d'instruction du mari (n=311)		
Secondaire	179	57,6
Supérieur	132	42,4

INFORMATION DES FEMMES EN MATIERE DE PLANIFICATION FAMILIALES

La proportion des femmes qui ont déjà entendu parler de la planification familiale était de 94% et leur principale source d'information restent les prestataires de soins. Les avantages de la planification familiale sont connus notamment l'évitement d'une grossesse non désirée et l'espacement des naissances. Les éléments d'information des femmes en matière de planification familiale sont décrits dans le tableau 2.

Tableau 2. *Éléments d'information des femmes sur la Planification Familiale dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015*

Variables	n=384	%
Avoir entendu parler de PF		
Oui	361	94,0
Non	23	6,0
Sources d'information (n=361)		
Centre de santé	110	30,5
Hôpital général de référence	94	26,0
Radio	28	7,8
Télévision	44	12,2
Ecole	5	1,4
Eglise	30	8,3
Amis et proches	50	13,8
Connaissance des avantages de PF		
Oui	359	99,4
Non	2	0,6
Avantages connus de PF		
Eviter une grossesse non désirée	107	29,8
Espacer les naissances	107	29,8
Limiter les naissances	63	17,5
Prévenir la morbi-mortalité mère-enfant	82	22,8
Connaissance d'un contraceptif		
Oui	360	99,7
Non	1	0,3

ACCEPTABILITE DES METHODES CONTRACEPTIVES PAR LES FEMMES

Le niveau d'acceptabilité de la planification familiale était de 42,7%. Les femmes qui n'acceptaient pas la planification familiale l'ont justifié par le refus de leurs maris, la peur des effets secondaires et les croyances religieuses. Le dialogue conjugal sur la planification familiale était rare ; la plupart des maris des femmes enquêtées étaient défavorables à la PF et n'encourageaient pas l'utilisation des contraceptifs. Parmi les femmes rencontrées, l'utilisation des méthodes contraceptives était à 39,6%. Les variables en rapport avec l'acceptabilité des méthodes contraceptives par les femmes de la Zone de Santé de Kadutu sont présentées dans le tableau 3.

Tableau 3. *Acceptabilité de la planification familiale par les femmes de la Zone de Santé de Kadutu, 2015*

Variables	n=384	%
Acceptabilité de contraceptifs		
Oui	164	42,7
Non	220	57,3
Raisons de ne pas accepter la PF (n=220)		
Peur des effets secondaires	56	25,4
Désir d'avoir un autre enfant	19	8,6
Opposition religieuse	43	19,5
Refus du mari	88	40,0
Ignorance	14	6,4
Participation à une sensibilisation sur la PF		
Oui	215	56,0
Non	169	44,0
Mari approuve la PF (n=311)		
Oui	69	22,2
Non	242	77,8
Dialogue conjugal sur la PF (311)		
Oui	81	26,0

Non	230	74,0
Mari encourage la pratique contraceptive (n=311)		
Oui	66	21,2
Non	245	78,8
Avoir utilisé un contraceptif (n=384)		
Oui	152	39,6
Non	232	60,4

DETERMINANTS DE L'ACCEPTABILITE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LA ZONE DE SANTE DE KADUTU

Les facteurs qui ont influencé positivement l'acceptabilité de la planification familiale parmi les femmes de la Zone de Santé de Kadutu étaient la situation matrimoniale, la connaissance de la PF, la source d'information sur la PF, la participation à une séance de PF, l'approbation de la PF par le conjoint et l'existence d'un dialogue conjugal sur la PF ($p < 0,01$). Les déterminants de l'acceptabilité de la planification familiale sont présentés dans le tableau 4.

Tableau 4: Facteurs associés à l'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015

Facteurs associés	N=384	% Acceptabilité de PF	OR (IC à 95%)	p
Age en année				
Moins de 20 ans	9	22,2	1	
20-35 ans	262	66,5	0,86 (0,56-1,33)	0,521
Plus de 35 ans	113	46,9	1,27 (0,81-1,98)	0,283
Religion				
Autres	230	40	0,75 (0,50-1,14)	0,189
Catholique	154	43,9	1	
Situation matrimoniale				
Vivant seule	73	58,9	2,25 (1,33-3,78)	0,001
Mariée	311	38,9	1	
Profession de la femme				
Travaille	154	46,1	1,26 (0,83-1,90)	0,271
Ne travaille	230	40,4	1	
Avoir déjà entendu parler de PF				
Oui	361	45,2	18,11 (2,41-135,81)	0,000
Non	23	4,3	1	
Sources d'information				
Formations sanitaires	204	52,9	2,08 (1,36-3,20)	0,000
Autres sources	157	35,0	1	
Participation à une séance de PF				
Oui	215	54,0	2,95 (1,92-4,53)	0,000
Non	169	28,4	1	
Partenaire approuve la PF				
Oui	69	87,0	19,35 (9,07-41,29)	0,000
Non	242	25,6	1	
Dialogue conjugal sur la PF				
Oui	81	81,5	13,35 (7,07-25,21)	0,000
Non	231	24,8	1	

*PF : Planification familiale.

FACTEURS PREDICTIFS DE L'ACCEPTABILITE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

La régression logistique par méthode pas à pas descendante a montré que l'attitude favorable du mari face à la planification familiale et l'existence d'un dialogue conjugal sur la planification familiale sont les deux facteurs prédictifs de l'acceptabilité de la planification familiale par les femmes de la Zone de Santé de Kadutu ($p < 0,05$). Le tableau 5 donne les résultats de l'analyse multivariée.

Tableau 5 : Régression logistique déterminant l'acceptabilité de la planification familiale dans la Zone de Santé de Kadutu, 2015

Facteurs associés	OR _a	IC à 95%	p
Mari approuve la PF	6,48	1,87-22,44	0,003
Dialogue conjugal sur la planification	3,31	1,11-9,85	0,031

ORa: Odds ratio ajusté

4 DISCUSSION

Les Résultats utiles de notre étude étaient la détermination du niveau d'acceptabilité de la planification familiale chez les femmes en âge de procréer dans la Zone de santé de Kadutu, les méthodes les plus acceptées et les principaux obstacles liés à cette acceptabilité. Bien que le schéma d'étude utilisé soit transversal, nous restons convaincus de la validité et de l'importance des résultats obtenus.

La majorité des femmes rencontrées avait un âge inférieur à 30 ans (68,3%), ce qui est similaire des résultats d'une étude menée en 1996 à Bamako en commune IV [7].

Nos résultats sont en désaccord avec ceux trouvés à Qatar [8] et au Kenya [9] qui ont fait mention d'un âge supérieur à 30 ans pour la majorité des enquêtées.

Globalement, les femmes rencontrées étaient en période d'activité génitale et de la maternité à moindre risque au point que le désir sexuel est élevé et mérite un contrôle pour un bon épanouissement sexuel. 94% de femmes rencontrées avaient une information sur la planification familiale et leur principale source d'information était les prestataires de soins.

Le niveau d'acceptabilité de la planification familiale était de 42,7%. Les femmes qui n'acceptaient pas la planification familiale l'ont justifié par le refus de leurs maris, la peur des effets secondaires et les croyances religieuses. Ces obstacles à l'adoption de la planification familiale sont largement évoqués dans la littérature comme étant les raisons de ne pas utiliser une méthode contraceptive [10], [11]. Il importe de souligner que les aspects socioculturels et éducationnels comptent pour beaucoup dans l'acceptation de la planification familiale. Le travail des prestataires de soins est si grand que tout contact avec la population surtout les femmes est à capitaliser pour parler de la portée salvatrice de la pratique contraceptive.

Parmi les méthodes citées par les femmes rencontrées, la méthode de calendrier, le collier du cycle et les injectables étaient les méthodes les plus acceptées.

Ceci pourrait s'expliquer par d'une part, la majorité des enquêtées est chrétienne de foi catholique chez qui le recours aux méthodes contraceptives modernes constitue un péché. D'autre part, le fait que les injectables sont de méthodes à moyenne durée d'action et confidentielles, certaines femmes y recourent à l'insu de leurs maris défavorables à la pratique contraceptive.

Quant aux facteurs associés à l'acceptabilité de la planification familiale, l'analyse bivariée a identifié entre autres facteurs la situation matrimoniale, la connaissance de la PF, la source d'information sur la PF, la participation à une séance de PF, l'approbation de la PF par le conjoint et l'existence d'un dialogue conjugal sur la PF. Cependant, l'analyse multivariée par régression logistique a retenu l'attitude favorable du mari face à la planification familiale et l'existence d'un dialogue conjugal sur la planification familiale comme les deux facteurs prédictifs de l'acceptabilité de la planification familiale par les femmes de la Zone de Santé de Kadutu.

Cette étude a montré que l'existence d'un dialogue conjugal au sujet de la planification familiale multipliait par 3,3 les chances qu'a une femme d'accepter la planification familiale par rapport à celles qui n'ont pas de dialogue familial sur cette question. D'autres auteurs sont arrivés à la même conclusion [12, 13].

Lorsque le partenaire manifeste une attitude positive face à la planification familiale est un signe très fort d'encouragement pour la femme à adopter la planification familiale surtout que les hommes détiennent une grande influence sur les questions de procréation. Ce résultat a été documenté dans la littérature [14].

Il est manifeste que la combinaison « l'attitude favorable du mari face à la planification familiale et l'existence d'un dialogue conjugal sur la planification familiale » ainsi que le niveau d'instruction de la femme sont les variables qui expliquent au mieux la pratique contraceptive des femmes de la zone de santé de Kadutu. Le mariage et, dans une moindre mesure, l'union libre demeurent encore très valorisés de sorte qu'une conception en dehors de ce cadre est toujours mal perçue, malgré les récentes évolutions observées surtout dans les agglomérations urbaines. L'homme, dans les sociétés africaines et la société congolaise en particulier, joue un rôle capital dans la gestion du ménage et toute décision concernant la

progéniture doit recevoir son approbation. Par conséquent, une attitude favorable est un atout non négligeable pour la femme qui désire contrôler sa fécondité.

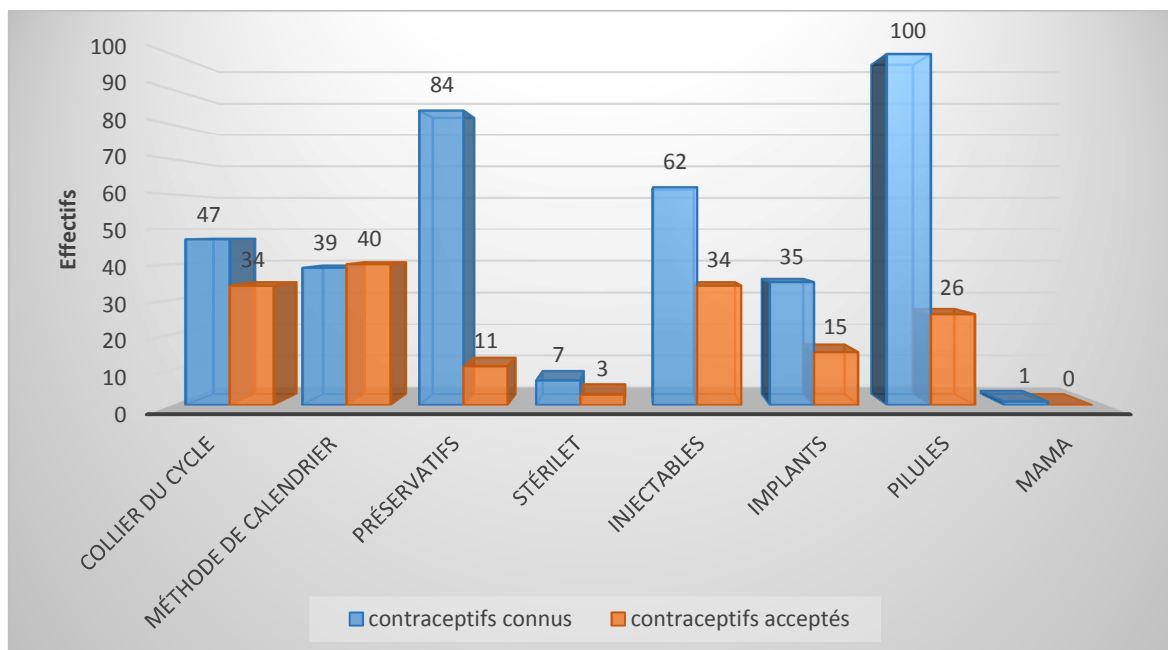


Figure 1. Distribution des femmes selon les méthodes connues et acceptées

5 CONCLUSION

Les études montrent que la planification familiale est significativement associée à la réduction de la mortalité maternelle et infantile là où elle connaît une forte utilisation. Cette étude a montré que l'acceptabilité de la planification familiale par les femmes en âge de procréer était faible (42,7%) dans la Zone de Santé de Kadutu.

Les méthodes connues et acceptées ont été identifiées ainsi que les freins à cette acceptabilité. L'acceptabilité de la planification familiale a été statistiquement associée à la situation matrimoniale, au fait d'être informé sur la contraception, au fait que cette information était livrée par un professionnel de santé, à l'attitude favorable du mari face à la planification familiale et à l'existence du dialogue conjugal sur la Planification familiale ($p < 0,05$). Une utilisation efficace et continue des méthodes contraceptives est possible lorsque toute la communauté approuve la politique de planification familiale en place.

REMERCIEMENTS

Nous témoignons notre sentiment de gratitude aux femmes qui ont volontairement accepté de participer à cette étude. Les autorités sanitaires et politico-administratives de la Zone de Santé de Kadutu sont aussi à remercier pour leur soutien dans le déroulement de cette enquête.

REFERENCES

- [1] Leke RJI. Family planning in Africa south of the Sahara. Geneva Foundation for medical Education and Research (www.gfmer.ch/Books/Reproductive_health/Family_planning_Africa.html, accessed 18 October 2010).
- [2] Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom a. National, 1. regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. Lancet. 2013; 381: 1642-52.
- [3] Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, et al. (2014) Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet. 2014;

- [4] Haute Autorité de Santé. État des lieux des pratiques contraceptives et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée Avril 2013 – N° ISBN 978-2-11-138040-0
- [5] USAID. Achieving the MDGs. The contribution of family planning. Democratic Republic of Congo on <http://www.healthpolicyinitiative.com>; <http://ghiqc.usaid.gov>.
- [6] Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité /Ministère de la Santé Publique. Rapport préliminaire de l'Enquête Démographique et Sanitaire 2013-2014, République Démocratique du Congo, 2014.
- [7] UNFPA, Ministère de la santé, Division santé de la reproduction –Plan stratégique de la santé de la reproduction 2004-2008, Janvier 2004 site Internet <http://www.unfpa.mali.org.ml>
- [8] Arbab AA, Bener A, Abdulmalik M. Prevalence, awareness and determinants of contraceptive use in Qatari women. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 2011; 17(1): 11-15.
- [9] Timothy C. Okech, Nelson W. Wawire, Tom K. Mburu. Contraceptive Use among Women of Reproductive Age in Kenya's City Slums. *International Journal of Business and Social Science*. 2011 ; 2(1) : 23-36.
- [10] Izale K, Govender I, Fina JPL, Tumbo J. Factors that influence contraceptive use amongst women in Vanga health district, Democratic Republic of Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*. 2014; 6(1), 1-7.
- [11] Onwuzurike BK and Uzochukwu, B.S.C, Knowledge, Attitude and Practice of Family Planning amongst Women in a High Density Low Income Urban of Enugu, Nigeria. *Afr J Reprod Health* 2001; 5(2):83-89.
- [12] Lwelamira J, Mnyamagola G, Msaki MM. Knowledge, attitude and practice (KAP) towards modern contraceptives among married women of reproductive Age in mpwapwa district, central Tanzania. *Curr Res J Soc Sci* 2012, 4(3):235-245.
- [13] Abdurahman M, Desalegn W, Amsalu F and Berihun M. Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone, Amhara Region, Ethiopia. *Reproductive Health*. 2014; 11:13.
- [14] Ozlem A, Hatice F. On the use of contraceptive methods among married women in Turkey. *Eur. J. Contraception Reprod. Health Care*. 2006; 11(3): 228-236.