

Profil sociodémographique des femmes à l'âge de procréer et résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la Zone de Santé de Lubao, RDC

[Sociodemographic profile of women of childbearing age and resistance to the use of contraceptive methods in the Lubao Health Zone, DRC]

L.E. Lubangi¹, M.M.J. Matala¹, M.Y. Ilunga¹, N.L. Kitengie¹, E.G. Ebondo¹, N.B. Mukuna², and N.N. Kabyahura²

¹Section des Sciences infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubao, Province de Lomami, RD Congo

²Département des Sciences Infirmières, Faculté des Sciences de la Santé, Université Pédagogique Nationale (UPN), Kinshasa, RD Congo

Copyright © 2021 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: The resistance of women at childbearing age to contraceptive methods is an obstacle to improving the health of mothers and children. The mother's socio-demographic profile should be taken into account to increase the rate of contraceptive method use.

The present correlational prospective study involved 2373 women of childbearing age in the period from 01 to 31 December 2020. The data analysis consisted of crossing the socio-demographic characteristics of the respondents and the use of contraception.

This study shows that 79.3% of women surveyed resist the use of contraceptive methods. The age, the living environment, the level of education, the standard of living of the household, the main occupation, the birth interval, the number of children born and the awareness of contraception, are statistically associated with resistance to the use of contraceptive methods.

Thus, the socio-demographic profile of women at reproductive age is an indicator of resistance to the use of contraceptive methods.

KEYWORDS: contraceptive methods, resistance to contraception, contraception in Lubao.

RESUME: La résistance des femmes à l'âge de procréer aux méthodes contraceptives constitue un obstacle pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant. Le profil sociodémographique de la mère doit être pris en compte pour augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives.

La présente étude prospective corrélationnelle a porté sur 2373 femmes à l'âge de procréer à la période du 01 au 31 Décembre 2020. L'analyse des données a consisté au croisement des caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et l'utilisation de la contraception.

Il ressort de cette étude que 79,3 % des femmes enquêtées résistent à l'utilisation des méthodes contraceptives. L'âge, le milieu d'habitation, le niveau d'instruction, le niveau de vie de ménage, l'occupation principale, l'intervalle intergénéral, le nombre d'enfant mis au monde et la sensibilisation à la contraception, sont statistiquement associés à la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Ainsi, le profil sociodémographique de la femme à l'âge de procréer est un indicateur de résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives.

MOTS-CLEFS: méthodes contraceptives, résistances à la contraception, contraception à Lubao.

1 INTRODUCTION

L'homme a toujours cherché à maîtriser son instinct de procréation, à éviter les grossesses non désirées et à concevoir au moment le plus opportun. En Afrique, les populations utilisent divers moyens contraceptifs à base de substances végétales, animales, minérales voire des amulettes, considérées comme objets magiques susceptibles d'empêcher les grossesses [1].

En République Démocratique du Congo (RDC), l'étude de Courtejoie et Mata-ma-Tsakala [2] avait rapporté quelques recettes utilisées par les femmes pour assurer la régulation des naissances, notamment des substances dont la plupart sont autres que les plantes, telles que des selles de Perroquet ou de l'eau dans laquelle est bouillie une ancienne pièce de monnaie en cuivre.

Toutefois, les avantages de la contraception sont prouvés et documentés d'une part sur le plan économique, démographique et socio-affectif, les nombreux bénéficiaires sont les mères, les enfants, les pères des familles, les familles et la société entière. Et d'autres parts sur le plan sanitaire, nous assistons à l'amélioration des indicateurs sanitaires des populations, entre autres la baisse significative des taux de mortalité maternelle néonatale et infantile, et une nette amélioration de l'espérance de vie [3].

A l'opposé, les conséquences négatives d'une famille nombreuse sur le bien-être familial et communautaire sont connues: la difficulté à satisfaire les besoins de logement, de nourriture, d'habillement et d'éducation et autres.

Tenant compte des avantages de la contraception, la conférence d'Alma Ata en tenue en 1978, avait repris la planification familiale comme une composante essentielle des soins de santé primaires [3]. Elle figure dans la Charte des Droits de l'Homme des Nations Unies, révisée en 1986, qui stipule que « les parents ont le droit de déterminer librement et de façon responsable le nombre de leurs enfants et l'espacement des naissances, et de disposer des connaissances et des moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ce droit ». Elle est devenue un droit de la personne humaine, reconnu par la communauté internationale lors de certains rendez-vous internationaux, entre autres la « Conférence mondiale des Nations Unies sur la population », à Mexico en 1984, la Conférence mondiale de la décennie des Nations Unies pour la femme en 1985 le « Forum International sur la Population et le Développement au XXI^{ème} siècle » à Amsterdam en 1989 la « Conférence Internationale sur la Population et le Développement » (CIPD), au Caire, en 1994 [4], et pas plus longtemps le sommet de l'évaluation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) qui a laissé place aux Objectifs pour le Développement Durable (ODD) en 2015 [5].

Malgré les avantages que procure la contraception et la tendance naturelle et universelle à la régulation des naissances, on observe chez les femmes à l'âge de procréer la résistance, voire la répugnance à l'usage des méthodes contraceptives, entraînant des taux de natalité très élevés, avec une moyenne de 7 enfants par femme en RDC [5].

La zone de santé de Lubao est l'une des plus grandes zones de la Division Provinciale de Santé de Lomami. Son indice synthétique de fécondité est le même que celui établi sur le plan national. Les structures sanitaires viables sont rares et trop éloignées des populations bénéficiaires, les services de planification familiale sont quasi-inexistants, ce qui explique un taux élevé des naissances (6,6 enfants pour une femme), des naissances non désirées (25 %) et les avortements clandestins (28 %) [6].

Ces indicateurs reflètent dans une certaine mesure le système sanitaire au fonctionnement médiocre et le mauvais état de santé des populations qui pourrait être amélioré si on augmentait le taux d'utilisation des méthodes contraceptives.

2 METHODES

Une étude prospective à visée corrélationnelle a été réalisée dans la zone de santé de Lubao (Province de Lomami en RDC), à la période du 01 au 31 Décembre 2020. Ladite zone de santé est située dans la partie Est de la province de Lomami, elle fait frontière avec la province de Kindu, les cités de Kongolo et de Samba.

Les données ont été récoltées par interview directe structurée dans la communauté auprès des femmes à l'âge de procréer. Dans l'ensemble 2373 femmes ont constitué la taille de l'échantillon parmi lesquelles 1883 résistent à l'utilisation de la contraception. Les variables d'évaluation sont entre autres l'âge, le milieu de résidence, le statut matrimonial, le niveau d'instruction, le niveau de vie dans le ménage, l'occupation principale, le nombre d'enfant mis au monde, l'intervalle intergénésiq ue et la sensibilisation sur la contraception.

Ces données étaient organisées, traitées et analysées sur le logiciel SPSS version 20. Leurs analyses ont consisté au calcul des pourcentages et à la recherche des associations probables entre les différentes variables et la résistance à la contraception.

Le chi-deux au seuil d'erreur de 5 % a servi de test statistique pour cette association. L'indice épidémiologique dit Rapport de côte était utilisé pour déterminer le degré d'exposition à la résistance.

3 RESULTATS

Les résultats de cette étude sont présentés dans les tableaux reprenant respectivement les femmes qui résistes et celles qui ne résistes pas à la contraception. Ces tableaux ont un double intérêt : les fréquences en pourcentage et les proportions qui ont fait l'objet des analyses croisées.

Tableau 1. Relation entre l'âge et la résistance à la contraception

Age (En années)	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
15-19	148	7,8	20	4,1	168
20-24	429	22,8	84	17,1;	513
25-29	388	20,6	114	23,3	502
30-34	339	18,0	98	20,0	437
35-39	231	12,3	91	18,6	322
40-44	211	11,2	60	12,2	271
45-49	137	7,3	23	4,7	160
Total	1 883	100	490	100,0	2 373

Les tranches de 20 – 24 ans et de 25 – 29 ans sont majoritaires chez les femmes qui n'utilisent pas la contraception avec respectivement 22,8 % et 20,6 %. La table de loi de Chi-Carré indique une valeur minimale de 31,301 pour 6 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,000 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. Le rapport de côte est de 32 fois plus d'exposition de résistance à la contraception.

Tableau 2. Relation entre résistance et milieu de résidence

Milieu de résidence	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Centre de la cité	627	33,3	241	49,2	868
Périphérie	1 256	66,7	249	50,8	1505
Total	1 883	100,0	490	100,0	2 373

La majorité de répondants du point de vue résistance habitent la périphérie de la cité de Lubao soit 66,7 %. La table du test de Chi-Carré indique une valeur minimale de 42,296 pour 1 degré de liberté, avec une signification (p) de 0,000 pour un α fixé au seuil de 5 % (0,05). Donc: $p < \alpha$. Le rapport de côte est de 41 fois plus d'exposition à la résistance à la contraception.

Tableau 3. Relation entre résistance et le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Analphabète	545	28,9	68	13,9	613
Primaire	843	44,8	202	41,2	1 045
Secondaire	476	25,3	210	42,9	686
Supérieur	19	1,0	10	2,0	29
Total	1 883	100,0	490	100,0	2 373

Le niveau d'instruction atteint le plus élevé chez les femmes qui résistent est essentiellement primaire avec 44,8 %; nous notons également un pourcentage important des analphabètes dans la même catégorie soit 28,9 %. Le test de Chi-Carré indique une valeur minimale de 80,220 pour 3 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,000 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. Le rapport de cote donne une exposition minimale de 81 fois plus.

Tableau 4. Relation entre résistance et le niveau de vie

Niveau de vie	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Pauvre	870	46,2	144	29,4	1 014
Moyen	435	23,1	93	19,0	528
Riche	578	30,7	253	51,6	831
Total	1 883	100,0	490	100,0	2 373

Nous constatons dans ce tableau que la majorité des enquêtés résistant avait un niveau de vie pauvre à 46,2 %. Le test de Chi-Carré indique une valeur minimale de 77,368 pour 2 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,000 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. Le degré d'exposition minimal est de 75 fois plus.

Tableau 5. Relation entre résistance et occupation principale de la femme

Occupation	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Secteur informel	478	25,4	119	24,3	597
Secteur privé	286	15,2	116	23,7	402
Ménagères	1 091	58,0	248	50,6	1339
Secteur public	28	1,5	7	1,4	35
Total	1 883	100	490	100	2 373

La majorité des enquêtés résistants à la contraception dans cette étude sont des femmes ménagères soit 58 %. Statistiquement, la table de Chi-Carré indique une valeur minimale de 24,673 pour 4 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,000 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. Le degré d'exposition est 22 fois plus.

Tableau 6. Relation entre résistance et l'intervalle intergénérisque

Intervalle intergénérisque	Résistance		Non résistance		Totale
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
< 18 mois	774	41,1	57	11,6	957
18 - 29 mois	546	29,0	126	25,7	672
30 - 54 mois	382	20,3	124	25,3	506
>54 mois	181	9,6	183	37,4	238
Total	1883	100,0	490	100,0	2373

L'intervalle intergénérisque chez les femmes résistantes à la contraception est principalement de moins de 18 mois soit 41,1 %. La table de Chi-Carré indique une valeur minimale de 9,017 pour 3 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,029 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. Le degré d'exposition indique une valeur de 8 fois plus.

Tableau 7. Relation entre résistance et le nombre des enfants nés

Nombre d'enfants	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
1 à 5	230	12,2	372	75,9	602
6 à 10	344	18,3	113	23,1	457
Plus de 10	1 309	69,5	5	1,0	1314
Total	1883	100,0	490	100,0	2373

Le nombre des enfants nés est très élevé soit une moyenne de 10 enfants chez les femmes qui résistent à la contraception avec 69,5 %. Statistiquement le Chi-Carré donne une valeur minimale de 56,086 pour 2 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,000 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. L'exposition selon le rapport de côte est 80 fois plus.

Tableau 8. Relation entre résistance et le statut matrimonial de la personne

Statut matrimonial	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Célibataires	123	6,5	26	5,3	149
Mariées	1 425	75,7	371	75,7	1 796
Unions libres	153	8,2	52	10,6	205
Veuves	87	4,6	15	3,1	102
Divorcées	95	5,0	26	5,3	121
Total	1 883	100,0	490	100,0	2 373

Le statut matrimonial des enquêtés est caractérisé essentiellement des femmes mariées en raison de 75,7 %. L'analyse statistique du Chi-Carré indique une valeur minimale de 5,965 pour 4 degrés de liberté, avec une signification (p) de 0,202 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p > \alpha$. L'exposition à la résistance est déterminée à 6 fois plus chez les femmes qui résistent à la contraception.

Tableau 9. Relation entre résistance et la sensibilisation à la contraception

Sensibilisation	Résistance		Non résistance		Total
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif
Non sensibilisé	1 163	61,8	262	53,5	1425
Sensibilisées	720	38,2	228	46,5	948
Total	1883	100,0	490	100,0	2373

Nous lisons dans ce tableau que 61,8 % des femmes qui résistent n'ont jamais été sensibilisées sur la contraception. Statistiquement la table de Chi-Carré indique une valeur minimale de 11,149 pour 1 degré de liberté, avec une signification (p) de 0,001 pour un α fixé au seuil de 5% (0,05). Donc: $p < \alpha$. Ce qui traduit un degré d'exposition de 11 fois plus.

4 DISCUSSION

Les résultats des analyses de cette étude ont prouvé une association très significative entre la résistance à la contraception et le profil de la femme. De même, le degré d'exposition à cette résistance est très élevé selon les caractéristiques des enquêtées analysées.

4.1 AGE DE LA FEMME

Il est établi que l'activité sexuelle augmente avec l'âge, ensuite elle baisse. Chez les femmes enquêtées, la proportion de 61 % qui sont âgées de 20 à 34 ans rejoint les résultats de l'enquête du Ministère de la Santé, RDC [7] qui indique que c'est à

cette tranche d'âge que les femmes sont sexuellement plus actives. D'autres études rapportent qu'au début de leur mariage, les jeunes époux pouvaient avoir des rapports sexuels plusieurs fois par jour, puis les ont réduits à une fois par jour et à quelques jours par semaine, pour tomber à des rapports mensuels, voire trimestriels, à l'âge adulte [2].

L'analyse statistique de nos résultats a montré, que la relation entre la résistance des femmes à l'utilisation de la contraception et leur âge est très significative, la résistance étant très forte (32 fois plus) dans la tranche d'âge où les femmes, très actives sexuellement, trouvent que les méthodes contraceptives constituent une contrainte imposant un frein à leurs pulsions sexuelles. Au fur et à mesure que la femme avance en âge, sa libido baisse et sa résistance à l'utilisation de la contraception diminue, passant de 12,3 % chez les femmes de 35-39 ans, âge qui coïncide avec la sortie de la vie sexuellement active, à 7,3 % chez les enquêtées de 45-49 ans [1].

Les valeurs de l'exp (β) confirment le fait que l'âge est une variable importante par son pouvoir déterminant sur la résistance des femmes à la contraception. Ces résultats sont cependant contraires à la situation qu'avait décrite Kimbau au Quartier Camp Luka à Kinshasa, montrant une grande résistance des couples de moins de 20 ans et de plus de 40 ans à l'utilisation des services de planification familiale et une faible résistance chez les femmes âgées de 26 à 40 ans [8].

4.2 MILIEU D'HABITATION

Le milieu d'habitation est une variable importante dans l'explication de la résistance des femmes à l'utilisation de la contraception. En effet, la régression logistique a montré que les femmes habitant les Quartiers périphériques de la zone de santé de Lubao, ont 41 fois plus le risque de résister à l'utilisation des méthodes contraceptives que celles, habitant les Quartiers du centre.

Cela est dû d'abord à la présence ou l'absence des infrastructures sanitaires, de l'information par les médias et des services de planification familiale et à la disponibilité subséquente des méthodes contraceptives. En effet, l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2014) en RDC a constaté que la pratique contraceptive est largement faible dans les Communes rurales pauvres qui sont particulièrement moins bien loties en ces infrastructures, estimant qu'un grand nombre de femmes recourraient à une méthode contraceptive moderne si elles avaient accès à des services appropriés [5].

Le milieu de résidence des femmes, en l'occurrence leur quartier, correspond à un type de revenus et un niveau de vie. C'est ainsi que sur le plan économique et financier, le milieu influence l'accessibilité aux méthodes contraceptives et les résistances subséquentes des femmes à la contraception. Or, les quartiers où résident les femmes enquêtées dans cette étude appartiennent, comme l'ont montré Kabyahura et col [3], à la fois à des zones périurbaines et à des zones rurales, et les données de l'analyse statistique ont confirmé l'existence d'une relation significative entre ces milieux de résidence et la résistance des femmes à l'utilisation de la contraception.

Cette différence d'opportunités entre les Quartiers du centre et ceux de la périphérie de la zone de Lubao confirme les observations du Ministère de la Santé en RDC [5] au niveau de l'ensemble du pays, avec d'importantes disparités dans les taux de prévalence de la contraception entre les centres villes et les milieux rurales. En RDC, la situation est particulièrement inquiétante dans les zones rurales qui, sur le plan économique, sont les moins développées, pendant que, sur le plan démographique, elles sont les plus peuplées [5].

4.3 NIVEAU D'INSTRUCTION

Le niveau d'instruction est une variable très importante pour le choix judicieux des méthodes contraceptives et la pratique correcte de la contraception, comme l'ont montré Chammartin et Groux [9]. Les femmes qui manquent de base scientifique pour comprendre les phénomènes physiologiques qui sont en jeu dans la contraception seront victimes des tabous, des idées reçues et des mythes qui entourent ce domaine sacré de la reproduction et du don de la vie, avec le risque de ruiner l'efficacité des méthodes contraceptives, voire de conduire ces femmes à poser, par ignorance, des actes contraires à la réalité de leur désir. Par ailleurs, on explique que les femmes instruites ont un accès plus facile aux informations scientifiques fournies aussi bien par la presse écrite que par les médias audiovisuels. Elles peuvent donc être mieux sensibilisées sur la contraception.

De ce fait, chez les femmes enquêtées, comme l'ont rapporté Kabyahura et col [3], la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives diminue quand le niveau d'études augmente, passant de 44,8 % pour les femmes ayant le niveau d'études primaires à 25,3 % pour celles qui ont fait l'école secondaire et 1,0 % pour les universitaires, et les données des analyses statistiques confirment que le niveau d'instruction de la femme et la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives ont un lien statistiquement significatif.

Les résultats de cette étude montrent, par rapport aux femmes du niveau primaire prises comme références que les femmes sans instruction ont 81 fois plus de chances de résister à l'utilisation de la contraception contre une fois pour les femmes de niveau secondaire et aucune fois pour les femmes de niveau supérieur. Cette grande utilisation de la contraception par les universitaires, peut s'expliquer par la combinaison de plusieurs facteurs, tels que la grande activité sexuelle liée à leur âge, le désir de ne pas attraper une grossesse qui entraverait les études, l'usage correct des méthodes contraceptives modernes résultant du niveau intellectuel élevé, et la liberté vis-à-vis des tabous et des peurs dus à l'ignorance.

Ces résultats corroborent ceux de l'EDS où la proportion des femmes utilisant une méthode contraceptive moderne a augmenté de 4 % pour les femmes non instruites à 19 % pour les universitaires [5]. Ils rejoignent aussi les observations de Kimbau [8] sur la fréquentation des services de planification familiale par les couples du Quartier Camp Luka à Kinshasa.

4.4 NIVEAU DE VIE

L'amélioration du niveau de vie est habituellement associée à la réduction de la taille des ménages et donc à une plus grande pratique de la contraception [5], les femmes enquêtées montrent une tendance inverse. En effet, chez elles, comme l'ont rapporté Kabyahura, et col, la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives est de 36,7 %, 18,3 % et 24,4 % respectivement pour les niveaux de vie pauvre, moyen et riche, tandis que l'utilisation des méthodes contraceptives est de 6,1 %, 3,9 % et 10,7 % [3]. Les données d'analyse ont confirmé que, statistiquement, la relation entre la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives et le niveau de vie des femmes était significative.

De ce fait, l'accès aux services de planification familiale peut nécessiter des moyens financiers qui rendent ces services prohibitifs. Si ceux-ci peuvent être gratuits à cause de leur prise en charge par des programmes étatiques, les femmes peuvent encore poser des problèmes de moyens de transport pour s'y rendre [1].

Les résultats de cette étude corroborent ceux de l'EDS en RDC où l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est passée de 3 % pour les familles pauvres à 17 % pour les familles aisées [5], tandis que la fécondité des ménages ayant les plus bas revenus était en moyenne d'un enfant de plus que celle des ménages ayant des revenus plus élevés.

4.5 OCCUPATION DES FEMMES

L'occupation des femmes peut avoir une incidence sur l'utilisation des méthodes contraceptives grâce au revenu qu'elle leur fournit et qui leur donne accès à des méthodes coûteuses. Chez les femmes enquêtées, 58 % sont des ménagères ou des femmes à la maison, assimilables à des femmes sans emploi, contre 25,4 % qui travaillent dans le secteur informel, 15,2 % secteur privé, et 1,5 % dans le secteur public. L'analyse a montré statistiquement la relation significative entre la résistance des femmes à l'utilisation des méthodes contraceptives et leur occupation. Cela confirme les résultats de Kimbau qui avait aussi identifié les mêmes catégories d'occupations et dont le test du χ^2 a montré que la fréquentation des services de planification familiale est corrélée à la situation de l'emploi des femmes [8].

Chez les femmes interviewées, la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives augmente quand la rémunération diminue, et les ménagères ou les femmes qui restent à la maison, sans emploi et donc sans revenu, présentent le plus de résistance à la contraception. Nous pensons que cela est dû au fait qu'en RDC il est pratiquement impossible d'évaluer le revenu des fonctionnaires du secteur public qui provient souvent d'autres sources que de leurs modestes salaires.

La relation entre l'emploi et la contraception peut aussi se comprendre du point de vue sociologie du travail, les femmes qui travaillent dans le secteur privé, en particulier, se sentent obligées de pratiquer la contraception pour éviter l'indisponibilité due aux congés de maternité et aux soins des enfants [8].

De même, l'on peut comprendre que les femmes qui travaillent ont un niveau intellectuel qui les prépare à comprendre l'intérêt de la contraception, tandis que les femmes non instruites seront plus sensibles à la mentalité nataliste de la culture ambiante.

4.6 INTERVALLE INTERGÉNÉSIQUE

L'espace des naissances constitue un des premiers objectifs de la contraception, et les naissances très rapprochées témoignent, comme l'avortement provoqué, des résistances à la contraception, du manque de celle-ci ou de son échec. Chez les femmes enquêtées, les résultats montrent que la résistance à la contraception diminue quand l'intervalle intergénésiq ue augmente, passant de 32,6 % pour l'intervalle de moins de 18 mois à 7,6 % pour l'intervalle de plus de 54 mois, et cette

résistance a un lien statistiquement significatif avec l'intervalle Intergénérisique. Ces résultats confirment ceux de Kimbau (2013) [8] et de l'EDS 2014 [5].

4.7 NOMBRE D'ENFANTS MIS AU MONDE

La contraception vise la limitation du nombre d'enfants à mettre au monde, et la résistance aux méthodes contraceptives se traduit par une augmentation de ce nombre ou de la fécondité. Cela a amené le Ministère de la Santé RDC à conclure que si la planification familiale était efficace, toutes les naissances non désirées seraient évitées, et le taux de fécondité serait abaissé à 5,3, au lieu de 6,6 enfants par femme [9]. Comme l'a rapporté cette étude, parmi les femmes enquêtées, la résistance aux méthodes contraceptives augmente avec le nombre d'enfants, passant de 12,2 % pour celles qui ont 1 à 5 enfants à 18,3 % pour les mères de 6 et 10 enfants, et 69,5 % pour les femmes ayant plus de 10 enfants. L'analyse statistique a confirmé, que la résistance à l'utilisation des méthodes contraceptives avait une relation significative avec le nombre d'enfants mis au monde.

Mais ces résultats confirment la grande fécondité des femmes congolaises rapportée par l'EDS 2014, comme étant parmi les plus élevées au monde [5], ainsi que la fécondité de 0 à 15 enfants par femme rapportée par Kimbau pour les couples de Camp Luka à Kinshasa, avec une moyenne de 5 enfants désirés par femme [8].

4.8 SITUATION MATRIMONIALE

Parmi les femmes enquêtées, certaines sont mariées, tandis que d'autres vivent seules, cette dernière catégorie regroupant les veuves, les divorcées, les femmes en union libre et les célibataires. Ces différentes situations matrimoniales sont importantes pour l'utilisation de la contraception à cause du chef de ménage qui prend habituellement les décisions sur la reproduction, la fécondité et la taille du ménage. Alors que les femmes vivant seules prennent ces décisions pour elles-mêmes, celles qui sont mariées dépendent de leur époux, même si la contraception repose presque uniquement sur elles. Chez les femmes enquêtées, la quasi-totalité, soit 97,0 %, appartiennent à des ménages gérés par des hommes. L'analyse statistique des données n'a pas montré une relation significative entre la résistance à l'utilisation de la contraception et le statut matrimonial des femmes. Ces observations qui confirment celles de Kimbau sont dues au fait que, dans la culture africaine, la mentalité nataliste marque aussi bien les hommes que les femmes, que celles-ci soient mariées ou qu'elles vivent seules.

4.9 SENSIBILISATION AUX MÉTHODES CONTRACEPTIVES

Chez nos enquêtées, le taux de non sensibilisation de 61,8 %, est numériquement supérieur à celui de 43 % calculé par le Ministère de la Santé, RDC [5]. Ce manque de sensibilisation a une grande incidence sur la résistance des femmes à l'utilisation des méthodes contraceptives.

En effet, pour des raisons variées, telles que l'inefficacité ou l'inadaptation des méthodes de planification familiale et leurs effets secondaires, la contraception peut conduire à des déceptions que la sensibilisation peut bien prévenir en donnant aux femmes les informations utiles sur l'éventail des méthodes contraceptives disponibles, avec leurs caractéristiques, telles que leur irréversibilité éventuelle, leur efficacité, leurs effets secondaires possibles, les précautions à prendre, les problèmes éventuels liés à chaque méthode, leurs contraintes et leurs contre-indications. Cela aide les utilisateurs à faire un choix éclairé et adapté à leur situation et permet de corriger et de combattre les préjugés y afférent.

Contrairement à l'éducation dans la rue où les femmes reçoivent dans des commérages des informations souvent erronées sur la sexualité, la reproduction et la contraception. La sensibilisation formelle est la meilleure voie pour la femme d'être informée et formée et qui peut lever les obstacles de toutes sortes qui se dressent contre l'utilisation de ces méthodes. De ce fait, la régression logistique a montré que, les femmes qui n'ont pas été sensibilisées, ont 11 fois plus de chance de résister à l'utilisation des méthodes contraceptives.

La sensibilisation est donc très importante et apparaît comme la démarche la plus indiquée pour une adhésion plus large des femmes à la contraception si elles avaient accès à des informations sur la contraception.

5 CONCLUSION

L'utilisation de la contraception particulièrement les méthodes modernes constitue une des grandes stratégies pour améliorer la santé de la mère et de l'enfant dans les pays en développement. Le profil sociodémographique favorable de la femme à l'âge de procréer est d'une grande importance pour favoriser l'adhésion de cette dernière à l'utilisation des méthodes contraceptives.

REFERENCES

- [1] KABYAHURA, N. (2009) Etat de lieux sur l'usage des M.C. traditionnelles. Résultats d'une enquête conduite chez les femmes à l'âge de procréation au Quartier Mbanza-Lemba, Commune de Lemba, Presses de l'Université Pédagogique Nationale, n° 038, pp. 48-64.
- [2] COURTEJOIE et MATA-ma-TSAKALA, (2014), Santé et Tradition: Proverbes et coutumes relatifs à la santé, Kangu-Mayombe, Ed BERPS, 95p.
- [3] KABYAHURA, N.; NGUMA, M. A. et LUAMBA, N. J. (2017) Facteurs déterminants la résistance à l'usage des méthodes contraceptives chez les femmes intellectuelles à Kinshasa, Revue du CRIDUPN, vol. I, 001, octobre-décembre, pp. 55-71.
- [4] SEVERYNS P. (1995) Planification: Droit de la personne, clé du développement, élément essentiel des soins de santé primaires, in WOLLAST E. et VEKEMANS M. (dir), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement. Bruxelles, Edition de Boeck, pp.17-27.
- [5] MINISTERE DE LA SANTE, RDC (2015) Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-R.D.C. II, 2013-2014), Kinshasa., 652p.
- [6] Division Provinciale de la Santé (2019) Rapport épidémiologique sur la santé de la mère et de l'enfant, Kabinda, 56p.
- [7] MINISTERE DE LA SANTE, RDC (2001) Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, MICS 2. Rapport synthèse, Kinshasa 48p.
- [8] KIMBAU M. (2013) Déterminants de la faible fréquentation des services de la Planification familiale par les couples Kinois. Etude réalisée au Quartier Camp Luka de la Commune de Ngaliema. Kinshasa, UPN, 68p.
- [9] CHAMMARTIN J. et GROUX S., (2014) La contraception chez l'adolescent: Accompagnement des adolescents dans l'utilisation de la contraception, Fribourg, Haute Ecole de Santé.
- [10] MINISTERE DE LA SANTE, RDC (2001) Enquête nationale sur la situation des enfants et des femmes, MICS 2. Kinshasa, 256p.