

Research

Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

Charles Matungulu Matungulu^{1,*}, Simon Ilunga Kandolo¹, Abel Ntambue Mukengeshayi¹, Angèle Musau Nkola¹, Dorcas Ilunga Mpoi¹, Sylvie Katanga Mumba¹, Julie Ndayi Kabamba¹, Karen Cowgill², Françoise Malonga Kaj¹

¹Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, RD Congo, ²Seattle University college of Nursing, USA

*Corresponding author: Charles Matungulu Matungulu, Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, RD Congo

Key words: Déterminant, planification familiale, méthodes contraceptives, contraception, Zone de santé, Lubumbashi

Received: 03/02/2015 - Accepted: 10/11/2015 - Published: 03/12/2015

Abstract

Introduction: Augmenter la prévalence contraceptive s'incarne dans les objectifs des tous les acteurs des programmes qui visent de réduire la mortalité maternelle et infantile, d'améliorer la santé reproductive des adolescents, de lutter contre le VIH/SIDA et les infections sexuellement transmissible (IST), de promouvoir le bien-être familial et de ralentir la croissance démographique. L'objectif de cette étude était de déterminer la prévalence contraceptive moderne et identifier les facteurs qui sont liés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé de Mumbunda. **Méthodes:** Une étude transversale à visé analytique a été effectuée auprès des femmes âgées de 15 à 49 ans en union maritale, de Mai à Juin 2014. Grâce à un questionnaire pré testé et validé, nous avons récolté les données par interview sur les caractéristiques sociodémographiques, obstétricales ainsi que sur la pratique contraceptive. Le logiciel SPSS version 21 nous a permis d'analyser les données. **Résultats:** Au total 500 femmes ont été incluses dans cette étude dont l'âge moyen était de 27,9±6,1 ans. La prévalence contraceptive moderne était de 27,6%. L'attitude (ORa= 4,79; IC95%: 1,59-14,43; p<0,001), le niveau de connaissance des méthodes contraceptives (ORa=1,87; IC95%: 1,22-2,87; p<0,001), le soutien du conjoint (ORa=1,87; IC95%: 1,22-2,87; p<0,001) étaient significativement associés à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. **Conclusion:** Tout effort d'augmentation de la prévalence contraceptive devrait cibler l'attitude, le niveau de connaissance de méthodes et le soutien du conjoint afin d'optimiser l'utilisation de la contraception moderne dans la zone de santé (ZS) Mumbunda.

Pan African Medical Journal. 2015; 22:329 doi:10.11604/pamj.2015.22.329.6262

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/329/full/>

© Charles Matungulu Matungulu et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Introduction

La planification familiale, est l'une des composantes essentielle des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité dans ces catégories, ainsi que la transmission du VIH/SIDA [1]. La contraception pourrait empêcher à environ 104 000 décès maternel chaque année, soit une réduction de 29% [2]. Elle peut réduire la mortalité juvénile de près de 10%, si elle est disponible à tous ceux qui en ont besoin [3]. La République Démocratique du Congo (RD Congo), comme beaucoup de pays de l'Afrique Subsaharienne, se caractérise par un faible taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes, bien qu'il soit parmi les pays caractérisés par des taux très élevés de mortalité maternelle et infantile [2]. Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 549 pour 100 000 naissances vivantes; donc une femme sur 29 court un risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation [4]. Les chiffres récents sur la mortalité infantile font état de 97 décès pour 1000 naissances vivantes [5]; le même rapport donne le taux de mortalité infanto-juvénile de 158 pour 1000 naissances vivantes. L'indice synthétique de fécondité se chiffre à 6,6 enfants par femme pour les milieux rural et urbain et 5,4 enfants dans le milieu urbain [6]. Cela montre l'absence du contrôle de la fécondité selon ce que postule Henry, cité dans le rapport des enquêtes démographique et sanitaire de la RD Congo (EDS-RDC) de 2007 [4].

Depuis 1970, la RD Congo se caractérise par un taux de croissance parmi les plus élevés au monde, soit plus de 3% [4]. La croissance rapide de la population (>2%) et une fécondité élevée, sont une menace pour le bien être des individus et des sociétés les plus pauvres dans les pays en voie de développement [7]. En RD Congo, sept ménages sur dix sont pauvres [8]. La prévalence contraceptive moderne a été de 5,4% en 2010 [5]. Les résultats des enquêtes démographiques et sanitaires de 2013 font état d'une prévalence de 8% pour l'ensemble du pays, et de 15% dans le milieu urbain contre 5% dans le milieu rural [6]. Cela témoigne d'un progrès très faible. De ce fait, le gouvernement national s'est engagé à augmenter la prévalence contraceptive moderne à 19% dans l'ensemble du pays, sur une échéance allant de 2014 à 2020 [9]. Ce même document révèle que la couverture en activités de planification familiale est faible dans le pays. La réalisation de cet objectif, devra se concrétiser dans chaque Zone de Santé, en sa qualité d'unité opérationnelle de la mise en œuvre de la politique

nationale de santé, au sein du système de santé de la RD Congo [10]. La zone de santé Mumbunda fait partie du district sanitaire de Lubumbashi, dans la ville portant le même nom, deuxième ville du pays après la capitale. Elle se caractérise par une absence des données sur l'ensemble des femmes en âge de procréer en matière de planification familiale. Aucune source d'information ne peut renseigner ni sur la prévalence contraceptive locale, ni sur les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. **Objectifs:** déterminer la prévalence contraceptive moderne et identifier les facteurs qui sont associés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé de Mumbunda.

Méthodes

Nous avons mené une étude transversale à visé analytique de Mais à Juin 2014. Elle a concerné toutes les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) en union de la Zone de Santé de Mumbunda, d'où un échantillon a été tiré grâce à la formule suivante : $n = z_2 p q / d_2$.

L'échantillonnage en grappe nous a permis de sélectionner les ménages, à l'intérieur des quels, les femmes âgées de 15 à 49 ans étaient interrogées. Les avenues ont été considérées comme grappes, dont l'effectif s'élevait à 59. La sélection de ces avenues était effectuée par l'aléatoire simple, en se servant des croquis des aires de santé pour leur identification. Grâce à un questionnaire pretesté et validé, nous avons récolté des données par interview. Une équipe d'enquêteurs était recrutée et formée avant la descente dans les ménages afin d'administrer le questionnaire qui était composé des parties suivantes: caractéristiques des ménages et du logement, identité de la femme et du conjoint, fécondité, information sur les méthodes contraceptives, connaissance de méthodes, utilisation des méthodes contraceptives.

Analyse des données

La partie descriptive a consisté à décrire les caractéristiques socio démographiques des nos répondantes, antécédents obstétricaux, connaissance des méthodes, utilisation et non utilisation de la contraception ; cette description a généré les pourcentages, la moyenne et son écart type. La partie analytique a quant à elle, a consisté en la recherche des associations entre l'utilisation des méthodes contraceptives et les facteurs prédictors de l'utilisation des méthodes modernes: c'est l'analyse uni variée. Pour ce faire, le

test de Khi carré de PEARSON, au seuil de risque de 5% a été utilisé, ainsi que le test de Fisher exact selon les conditions usuelles de chaque test [11]. Cette étape était déterminante pour choisir les variables à entrer dans le modèle sous condition d'indépendance de chacune des ces variables. A ce stade, si deux variables étaient liées, l'une d'entre elles était retenue pour la régression logistique. Pour toutes les variables retenues, le rapport des côtes brut ou Odd ratio brut (RC ou OR) a été calculé, en conformité avec ses conditions d'usage [11]. Pour toutes les variables, la modalité de référence (non exposé) était définie en référence avec la revue de la littérature, comme on le verra dans le tableau croisé. En plus toutes les variables ont été dichotomisées (variable binaire) selon les exigences de la régression logistique. Ainsi le chiffre zéro (0) correspondait au non usage des méthodes moderne de contraception et le chiffre un (1) l'utilisation de ces méthodes. La régression logistique nous a permis de générer le modèle des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives, par le calcul des OR ajustés. Les variables à inclure dans le modèle ont été sélectionnées selon la méthode ascendante de Wald, qui est une méthode de sélection pas à pas avec test d'entrée fondé sur la signification de la statistique de significativité (avec $p < 0,2$) et avec test de suppression fondé sur la probabilité de la statistique de Wald. L'équation de la régression se présente comme suit:

$$P(Y=1/X_1, X_2, \dots, X_k) = 1 / (1 + e^{(\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i X_i)})$$

La vérification de la qualité de l'ajustement a été effectuée grâce au test de Hosmer-Lemeshow. Seules les variables qui ont un effet statistiquement significatif sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ont été retenues dans le modèle final.

Variable dépendante

Nous avons considéré dans le cadre de la présente étude, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes comme variable dépendante, qui est dichotomique: utilisation (oui=1) et non utilisation (Non=0). Par méthode contraceptive moderne, nous avons considéré les méthodes suivantes: préservatif, pilule, injectables (depo provera), implant, dispositif intra utérin (DIU) car elles ont été les seules à être citées par les femmes. Par non utilisation des méthodes contraceptives modernes, nous avons considéré uniquement les femmes qui avaient l'information sur l'existence de ces méthodes et qui n'en faisaient pas usage, sous l'hypothèse que celles qui n'étaient pas informées, elles les

utiliseraient; d'où leur exclusion car cette hypothèse est difficile à être vérifier dans cette étude.

Variables indépendantes

Nous avons retenu les facteurs prédicteurs de l'utilisation de la contraception suivants: âge, statut matrimonial, niveau d'étude, religion, occupation de la femme, niveau de confort, nombre d'enfants vivants, attitude de la femme face aux méthodes, niveau de connaissance des méthodes contraceptives, discussion avec le conjoint, soutien du conjoint et le niveau d'étude du conjoint. Nous avons utilisé le logiciel Excel pour encoder les données et Epi Info version 3.3.2 pour effectuer les analyses uni variées. Le logiciel SPSS version 21 nous a permis de réaliser la régression logistique en générant les OR ajustés. Les tests statistiques suivants ont été utilisés: l'Odd Ratio brut et ajusté et son intervalle de confiance à 95%, le Khi carré au seuil de risque d'erreur à 5% et le Fisher exact au même seuil de signification.

Résultats

L'âge moyen des femmes était de 27,9±6,1 ans (Min: 17 ans; Max: 49 ans), la gestité moyenne était de 2,9±1,9 grossesses (Min: 0 ; Max: 12), la parité moyenne était de 2,8±1,7 (Min: 0 ; Max: 9); 91% des femmes étaient informées sur les méthodes contraceptives (**Tableau 1**) et les formations sanitaires étaient la source importante de cette information (75,6%) (**Tableau 2**). Toutes (100%) les femmes informées sur la contraception connaissaient au moins une méthode contraceptive (moderne et/ou traditionnelle). Nous avons observé que la prévalence du préservatif masculin était de 17,6%, celle de la pilule était de 5%, celle depo provera s'élevait à 2,4%, le DIU (dispositif intra utérin) n'était utilisé que par 1% de femmes et l'implan par 1,6% (**Tableau 3**). La prévalence contraceptive moderne était de 27,6% et celle des méthodes naturelle s'élève à 36,8% (**Tableau 4**). L'analyse multi variée (**Tableau 5, Tableau 6, Tableau 7**) nous a montré que les femmes qui avaient une attitude favorable aux méthodes contraceptives, avaient dix fois plus de chance d'être utilisatrices des méthodes modernes de contraception que celles ayant une attitude défavorable (OR=10,38 ; IC95%: 3,55- 34,14); même après ajustement sur les autres variables explicatives, cette association a été présente, (ORa= 4,79 ; IC95%: 1,59-14,43). Les femmes qui avaient un niveau élevé de connaissance des méthodes

contraceptives, avaient près de deux fois plus la chance d'être utilisatrices que celles ayant un niveau faible de connaissance (OR=1,93; IC95%: 1,26-2,95) ; après ajustement sur les autres variables, la chance ne varie quasiment pas (ORa=1,87, IC95%: 1,22-2,87). Nous avons également observé que les femmes qui discutaient couramment et rarement avec leurs partenaires, avaient respectivement six (OR=6,23 ; IC: 2,91-13, 69) et trois (OR= 2,67 ; IC95%= 1,22- 6,00) fois plus la chance d'utiliser les contraceptifs modernes que celles qui ne discutaient jamais. Mais quand nous prenons en compte les autres variables (attitude, niveau de connaissance et soutien du conjoint), ce rôle explicatif n'apparaît plus statistiquement significatif. En fin, les femmes qui avaient le soutien de leurs partenaire utilisaient les méthodes plus que celles qui n'en avaient pas (OR=5,7 ; IC95% 3,09-10,66), cela même quand nous considérons les autres variables prédictives de l'utilisation des méthodes. (ORa= 3,42; IC95%: 1,82-6,45).

Discussion

Nous avons observé que 91% des femmes étaient informées sur l'existence des méthodes contraceptives. Ces résultats plébiscitent les acteurs du domaine de sensibilisation en matière de planification familiale, car le message diffusé atteint une cible très importante. Les formations sanitaires étaient la source importante de cette information (75,6%); ces résultats sont différents de ceux obtenus dans la ville de Goba town en Ethiopie, qui montraient que les médias (radio et télévision) étaient la source principale d'information (87,3%) sur les méthodes contraceptives à longue durée d'action [12]. Cette différence tiendrait au fait que, dans notre milieu, la majorité de femmes utilisent le service de santé, soit pour les consultations pré natales (CPN), l'accouchement, la consultation pré scolaire (CPS) ou la consultation post natale (CPON), ce qui augmente la chance de recevoir l'information sur la contraception par ce canal; c'est aussi un signe que l'activité de planification familiale est intégrée dans les services de santé, car toute femme en union, a la chance de s'y rendre à des différentes circonstances inhérente à sa santé, en contradiction avec les médias dont le phénomène délestage prive à celles qui désirent les occasions de suivre les informations. Notre étude a révélé que 100% de femmes informées sur la contraception connaissent au moins une méthode contraceptive (moderne et/ou traditionnelle). Ce niveau élevé de connaissance a été observé dans les EDS-RDC de 2007: 91,1% des femmes en union dans le milieu urbain connaissaient au moins une

méthode; dans la ville de Kinshasa, cette proportion s'élevait à 99,7% [4]. Ceci témoigne de l'efficacité des campagnes de sensibilisation sur les contraceptifs, autant par les structures sanitaires, que par d'autres moyens de communication de masses.

Quant à l'utilisation des méthodes contraceptives, la prévalence contraceptive moderne était de 27,6%. Ces résultats sont différents de ceux obtenus dans les EDS-RDC II 2013-2014 qui font état de 14,6% dans le milieu urbain [6]. Cette différence s'expliquerait par le fait que nos résultats n'ont concerné qu'une de 11 Zones de santé du district sanitaire de Lubumbashi, tandis que les EDS avaient tenu compte de toutes les villes de la RD Congo. Les résultats ont montré que les femmes qui avaient une attitude favorable vis-à-vis des méthodes contraceptives, avaient cinq fois plus de chances de les utiliser que celles qui avaient une attitude défavorable (ORa= 4,79 ; IC95% : 1,59-14,43, p<0,001). Ces résultats corroborent avec ceux obtenus au Bourkina-Faso, qui montraient que l'opinion favorable de la femme sur la planification familiale était significativement associée à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (p<0,001) [13] et ceux obtenus en Zambie, révélant que les femmes qui avaient l'attitude favorable avaient plus de chance d'utiliser la contraception moderne: OR=5,87 ; IC95% : 3,37-10,24 [14]. Ceci étant, une approche multidisciplinaire s'impose pour modeler les attitudes des femmes en union de la Zone de Santé Mumbunda, en relation avec une pratique contraceptive adéquate ; car favorables seront leurs attitudes, hausse serait la prévalence contraceptive moderne. La notion d'attitude étant plus exploitée en psychologie sociale, le recours à ce domaine s'avère indispensable pour forger les attitudes favorables afin de booster l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Dans ces efforts, l'accent devra être mis sur la peur des effets secondaires, les rumeurs sur l'irréversibilité de la contraception etc., selon les résultats obtenus par Sedgh et al. (2007), relayés par Najafi-sharjobad F. et alliés [15]. Les femmes qui avaient un niveau élevé de connaissance des méthodes contraceptives avaient près de deux fois plus la chance d'être utilisatrices que celles qui avaient un niveau faible de connaissance (ORa=1,87, IC95% : 1,22-2,87, p<0,001). Ces résultats sont superposables à ceux trouvés en Ethiopie, montant que l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action était associée à une connaissance modérée (ORa= 5,9 ; IC95% : 2,3-14,9) et à une connaissance élevée (ORa= 7,5 ; IC95%: 3,1-18,3) de ces méthodes [16] et ceux trouvés au Kenya, indiquant une association nette entre la connaissance des méthodes contraceptive et leur utilisation par les femmes (OR=1,06 IC: 1,03-1,08 ; p<001) [17]. La tendance était la même en Zambie,

postulent les mêmes auteurs. C'est ici la nécessité de vulgariser les méthodes contraceptives à toute la population, en brisant toutes les barrières ou obstacles de la communication, car mieux les méthodes seront connues, élevée serait leur utilisation.

Près de la moitié (44,1%) des femmes qui discutaient couramment sur les méthodes contraceptives en utilisaient, suivies de 25,6% de femmes qui en discutaient rarement, contre 11,2% des femmes qui n'en discutaient jamais. Nous avons quantitativement observé que les femmes qui discutaient couramment et rarement avec leurs partenaires, avaient respectivement six (OR=6,23; IC95% : 2,91-13,69) et trois (OR= 2,67; IC95%= 1,22- 6,00) fois plus la chance d'utiliser les contraceptifs modernes que celles qui ne discutaient jamais. En outre, cette association disparaît après ajustement, ce qui lui confère un rôle confondant. Ces résultats ne corroborent pas avec ceux des différents auteurs: au Bourki-nafaso cette association a été significative: $p < 0,001$ [13]. Takele et collaborateurs avaient trouvé que les femmes qui discutaient couramment avec leurs conjoints, utilisaient plus les méthodes que celles qui ne discutaient jamais (ORa=4.57 ; IC95%: 1.72, 12.17); cette association était inverse là où les discussions se faisaient une à deux fois (ORa=1) [12]. Dans le district de Butajira en Ethiopie, il a été trouvé également que les femmes qui avaient de discussion avec leurs partenaires sur la contraception, avaient près de trois fois plus la chance d'en faire usage que celles qui ne discutaient pas (ORa=2,6; IC95%: 1,8-2,7) [18]. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que discuter peut déboucher sur l'accord ou sur le désaccord avec le conjoint. Toute fois, le dialogue sur la contraception apporterait les effets bénéfiques à toutes les femmes qui en établiraient avec leurs conjoints, car le soutien ou l'encouragement du conjoint ne peut être obtenu qu'après une discussion. Au demeurant, les femmes qui avaient le soutien de leurs partenaires utilisaient les méthodes plus que celles qui n'en avaient pas (ORa=1,87, IC95% : 1,22-2,87, $p < 0,001$). L'étude effectuée en Ethiopie, avait montré que les femmes qui avaient le soutien de leur mari avaient plus de deux fois la chance d'utiliser la contraception que leurs paires qui n'en bénéficiaient pas (ORa= 2,59; IC95% : 2,11-3,17 versus ORa=1) [18]; de même, Akelo V et Al (2013), avaient trouvé une association significative ($p < 0,001$) entre le recours à la contraception et l'approbation du partenaire [19]. Ces résultats prouvent à suffisance le rôle que joue l'homme en matière de planification familiale. Etant donné que c'est l'homme qui décide sur beaucoup d'affaires courantes dans la vie conjugale, son implication est donc capitale si l'on désire améliorer effectivement la prévalence contraceptive; de même l'homme ne

peut être écarté en planification familiale et s'attendre à des résultats meilleurs. Ainsi donc, les messages responsabilisant l'homme la planification doivent être plus fréquents et bien calibrés. Nous n'estimons pas avoir pris en compte tout l'univers des déterminants, surtout ceux liés à l'organisation de service de planification familiale. Une nouvelle étude pourrait bien nous compléter, en privilégiant l'approche qualitative.

Conclusion

Tout effort d'augmentation de la prévalence contraceptive, devrait cibler ces facteurs (attitude, connaissance de méthodes et le soutien du conjoint) afin d'optimiser l'atteinte de cet objectif. Ainsi, nous recommandons à tous les acteurs de la planification familiale de la zone de santé Mumbunda et tous ceux d'ailleurs, désirant améliorer la prévalence contraceptive dans cette entité, de promouvoir ces déterminants afin de booster l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contributions des auteurs

La conception et la revue de la littérature de cette étude a été faite par Charles Matungulu Matungulu et Françoise Malonga Kaj. Le traitement des données a été faite par Charles Matungulu Matungulu et Abel Ntambue Mukengeshayi. La rédaction du manuscrit a été réalisée par Charles Matungulu Matungulu et Simon Ilunga Kandolo. Françoise Malonga Kaj, Abel Ntambue Mukengeshayi et Karen Cowgill ont supervisés tous les travaux. Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Tableaux

Tableau 1: possession de l'information sur les méthodes contraceptives

Tableau 2: sources d'information sur les méthodes contraceptives

Tableau 3: prévalence par method

Tableau 4: prévalence par catégorie des methods

Tableau 5: ajustement des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives

Tableau 6: ajustement des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptive (suite)

Tableau 7: Ajustement des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptive (suite et fin)

Références

1. OMS et USAID. Le repositionnement de la Planification Familiale : Directives pour actions de plaidoyer, 2008, Genève www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html. Access on February 03 2015. **Google Scholar**
2. Ahmed S et al. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*. 2012; 380: 111-25. **PubMed | Google Scholar**
3. Osotimehim B. Family planning saves lives, yet investments falter. *Lancet*. 2012 Jul 14;380(9837):82-. **PubMed | Google Scholar**
4. Ministère du plan et Macro International. Enquête démographique et de santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, USA : Ministère du plan et Macro International. 2008, Kinshasa RD Congo. **PubMed | Google Scholar**
5. Institut National de la Statistique et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance. Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo 2010 (MICS-RDC 2010). Rapport Final. 2011 RDC; pp 70. **PubMed | Google Scholar**
6. Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la modernité et al. Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014). Rapport préliminaire, RDC. (2014) ; pp 54. **Google Scholar**
7. Ezeh AC et al. Global population trends and Policy options. *Lancet*. 2012 ; 380: 142-48. **PubMed | Google Scholar**
8. Ministère du plan. Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté. DSCR 2. 2011 ; volume 1: pp 24-34. **PubMed | Google Scholar**
9. Ministère de la Santé. Planification familiale : plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020. Ministère de la Santé. 2014 Kinshasa; pp50. **Google Scholar**
10. Ministère de la santé. Recueil des normes de la Zone de Santé. Ministère de la Santé. 2006 Kinshasa; pp62. **Google Scholar**
11. Anelle T. Statistique épidémiologie. Paris, Maloine. 2006 ; 2ème édition : 105-111, 197-199. **Google Scholar**
12. Takele A, Degu G, Yitayal M. Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non-use among married women of Goba Town, Bale Zone, South East Ethiopia. *Reproductive Health*. 2012 ; 9:26. **PubMed | Google Scholar**
13. Bahan D et Kabore I. la pratique contraceptive par les femmes en union au Burkina Faso: quelle est la place et le rôle du conjoint? Ouagadougou-Burkina Faso 2011. **Google Scholar**
14. White JS, Speizer IS. Can family planning outreach bridge the urban-rural divide in Zambia? *BMC Health Services Research*. 2007; 7:143. **Google Scholar**
15. Najafi-sharjobad F et al. barriers of modern contraceptive practices among Asian women: a mini literature review. *Global Journal of health science*. 2013; vol 5(N°5): ISSN 1916-9736. **PubMed | Google Scholar**
16. Alemayehu M et al. Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2012; 12:6.. **PubMed | Google Scholar**
17. Do M, Hotchkiss D. Relationships between antenatal and postnatal care and post-partum modern contraceptive use: evidence from population surveys in Kenya and Zambia. *BMC Health Services Research*. 2013; 13:6. **PubMed | Google Scholar**

18. Mekonnen W, Worku A. Determinants of low family planning use and high unmet need in Butajira District, South Central Ethiopia. *Reproductive Health*. 2011; 8:37. **PubMed | Google Scholar**

19. Akelo V et Al. Attitudes toward family planning among HIV-Positive pregnant women enrolled in a prevention of mother-to-child transmission study in Kisumu, Kenya. *Plos One*. 2013; 8:e66593. **PubMed | Google Scholar**

Tableau 1: Possession de l'information sur les méthodes contraceptives

| Possession de l'information | Fréquence | Pourcentage |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Non | 45 | 9,0 |
| Oui | 455 | 91,0 |
| Total | 500 | 100 |

Tableau 2: Sources d'information sur les méthodes contraceptives

| Sources | % (n=455) |
|-----------------------|-----------|
| Amis | 13,6 |
| Formations sanitaires | 75,6 |
| Eglise | 13,8 |
| Radio/télé | 12,5 |

Tableau 3: Pévalence par méthode

| Méthodes utilisées | Fréquence | Pourcentage |
|---|-----------|-------------|
| Préservatif masculin | 88 | 17,6 |
| Pilule | 25 | 5,0 |
| DIU | 5 | 1,0 |
| Depo provera | 12 | 2,4 |
| Implant | 8 | 1,6 |
| Méthode d'allaitement maternel et d'aménorrhée (MAMA) | 32 | 6,4 |
| Abstinence périodique | 144 | 28,8 |
| coïts interrompus | 8 | 1,6 |
| Aucune | 178 | 35,6 |
| Total | 500 | 100 |

Tableau 4: Prévalence par catégorie des méthodes

| Méthodes | Fréquence | Pourcentage |
|----------------------------|-----------|-------------|
| Modernes | 138 | 27,6 |
| Traditionnelles/Naturelles | 184 | 36,8 |
| Aucune | 178 | 35,6 |
| Total | 500 | 100 |

Tableau 5: Ajustement des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives

| Variables | Utilisation MC (n=455) | | OR brut (IC95%) | OR Ajusté (IC95%) |
|----------------------------|------------------------|------------|-------------------|-------------------|
| | Oui (%) | Non (%) | | |
| Age | | | | |
| 15-19 | 5 (25,0) | 15 (75,0) | 1 | NS |
| 20-24 | 32 (27,8) | 83 (72,2) | 1,16 (0,35- 4,00) | |
| 25-29 | 50 (35,7) | 90 (64,3) | 1,67 (0,52- 5,61) | |
| 30-34 | 39 (33,3) | 78 (66,7) | 1,50 (0,46- 5,13) | |
| 35 et + | 12 (18,2) | 51 (81,8) | 0,71 (0,19- 2,74) | |
| Statut matrimonial | | | | |
| Monogame | 132 (30,3) | 303 (69,7) | 1,02 (0,36- 3,04) | NS |
| Polygame | 6 (30,0) | 14 (70,0) | 1 | |
| Niveau d'étude | | | | |
| Primaire | 14(28,0) | 36 (72,0) | 1 | NS |
| Secondaire | 88(31,1) | 195 (68,9) | 1,16 (0,57- 2,39) | |
| Universitaire | 36 (29,5) | 86 (70,5) | 1,08 (0,49- 2,38) | |
| Religion | | | | |
| catholique | 63 (34,4) | 120 (65,6) | 1,78 (0,89- 3,61) | NS |
| Réformé/Eveil | 52 (28,7) | 129 (71,3) | 1,37 (0,68- 2,80) | |
| Kimbanguiste | 8 (32,0) | 17 (68,0) | 1,60 (0,51- 4,95) | |
| Autres | 15 (22,7) | 51(77,3) | 1 | |
| <i>NS=non significatif</i> | | | | |

Tableau 6: Ajustement des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptive (suite)

| Variable | Utilisation MC (n=455) | | OR brut (IC 95%) | OR ajusté (IC95%) |
|---------------------------------|------------------------|------------|----------------------|----------------------|
| | Oui | Non | | |
| Occupation | | | | |
| Ménage | 71 (27,1) | 191 (72,9) | 1 | NS |
| Libérale | 57 (37,5) | 95 (62,5) | 1,61 (1,03- 2,53) | |
| Employée | 10 (24,4) | 31 (75,6) | 0,87 (0,38- 1,96) | |
| Confort du ménage | | | | |
| très bas | 7 (27,9) | 19 (73,1) | 1 | NS |
| bas | 23(31,9) | 49 (68,1) | 1,27 (0,43- 3,90) | |
| moyen | 102 (30,1) | 237 (69,9) | 1,17 (0,45- 3,17) | |
| élevé | 6 (33,3) | 12 (66,7) | 1,36 (0,30- 6,08) | |
| Nombre d'enfants vivants | | | | |
| 0-2 | 87 (33,5) | 173 (66,5) | 1 | NS |
| 3-5 | 46 (28,6) | 115 (71,4) | 0,80 (0,51- 1,25) | |
| 6 et + | 5 (14,7) | 29 (85,3) | 0,34 (0,11- 0, 99) | |
| Attitude de la femme | | | | |
| favorable | 134 (35,6) | 242 (64,4) | 10,38(3,55-34,14)*** | 4,79 (1,59-14,43)*** |
| Défavorable | 4 (5,1) | 75 (94,9) | 1 | 1 |

*NS=non significatif; *** = p<0,001*

Tableau 7: Ajustement des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptive (suite et fin)

| Variables | Utilisation MC (455) | | OR brut (IC 95%) | OR ajusté (IC95%) |
|--|----------------------|------------|-----------------------|---------------------|
| | Oui | Non | | |
| Niveau de connaissance des méthodes | | | | |
| Faible | 59 (24,0) | 187 (76,0) | 1 | 1 |
| Elevé | 79(37,8) | 130 (62,2) | 1,93 (1,26- 2,95)*** | 1,87 (1,22-2,87)*** |
| Discussion avec le conjoint | | | | |
| couramment | 82 (44,1) | 104 (55,9) | 6,23 (2,91- 13,69)*** | 0,74 (0,25-2,20) |
| Rarement | 46 (25,6) | 134 (74,4) | 2,67 (1,22- 6,00)** | 0,44 (0,15-1,23)*** |
| jamais | 10 (11,2) | 79 (88,8) | 1 | 1 |
| Soutien du conjoint | | | | |
| Oui | 123 (39,9) | 187 (60,3) | 5,7 (3,09-10,66)*** | 3,42(1,82-6,45)*** |
| Non | 15 (10,3) | 130 (89,7) | 1 | 1 |
| Niveau d'étude du conjoint | | | | |
| Prim/sec | 49 (27,5) | 129 (72,5) | 1 | |
| Universitaire | 89 (32,1) | 188 (67,9) | 1,25 (0,81- 1,93) | NS |

*NS=non significatif ; ***= p<0,001; **=0,01*