



Listes de contenus disponibles sur: HYPERLINK
"https://scholar.google.com/scholar?hl=en&as_sdt=0%2C5&q=ljssass&btnG=" Scholar

**DETERMINANTS DE LA NON UTILISATION DES METHODES
CONTRACEPTIVES MODERNES PAR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER DU
TERRITOIRE DE LUKOLELA, RD CONGO**

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

**DETERMINANTS DE LA NON UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES PAR LES FEMMES
EN AGE DE PROCREER DU TERRITOIRE DE LUKOLELA, RD CONGO** ☆

BOYOO EKANGU Jean-Fidèle¹

1. Doctorant, ISTM KINSHASA

Received 29 September 2023; Accepted 15 February 2024

Available online 18 March 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Déterminants

non-utilisation

Planification familiale

femme en âge de procréer

ABSTRACT

La connaissance des déterminants liés au comportement des femmes en évolution de reproduction par rapport à la non-utilisation des contraceptifs modernes est essentielle pour réorienter les actions de promotion de la planification familiale ainsi que les nouvelles stratégies de communication pour le changement de comportement. Par la méthode d'enquête, la technique d'interview et le questionnaire d'enquête comme instrument de collecte des données, Nous avons observés chez 500 femmes qui constituaient notre échantillon après calcul que, la probabilité de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne est de 92% pour les femmes qui craignent les complications des Contraceptifs modernes, qui acceptent l'opinion du partenaire, qui expriment le désir d'avoir d'enfant et qui tiennent la satisfaction sexuelle personnelle. Nous concluons que la non-utilisation des contraceptifs modernes est liée aux déterminants comportementaux.

I. INTRODUCTION

Le domaine de la planification familiale représente un défi presque insurmontable étant donné la complexité du sujet et l'importance des réflexions qui en sont issues (LORENZETTI ET Coll., 2001). La planification familiale est considérée d'une part, comme une stratégie pour résoudre le problème de mortalité maternelle et infantile, et, d'autre part, comme une contrainte aux habitudes socioculturelles et religieuses d'une communauté (MALONGA K. et coll., 2017).

La mortalité maternelle est un indicateur très sensible dans le secteur santé. La protection de la santé de la mère et de l'enfant demeure une priorité dans la plus part des pays dans le monde. On a enregistré dans le monde, plus de 303.000 cas de décès des femmes et des filles liées à la grossesse. Environ 99% de ces décès ont lieu dans des pays en développement, l'Afrique subsaharienne représentant à elle seule 66 % des décès (OMS et Coll. et coll., 2015). L'usage des contraceptifs est plus répandu dans les régions les plus développées où 70% de 170 millions des femmes mariées ou vivant en union libre utilisent une méthode contraceptive contre 60% des 880 millions dans les régions bien développées. Dans le monde 62% des femmes utilisent une méthode contraceptive (GUILLAUME A et coll., 2012).

En République Démocratique du Congo, le

Rapport de Mortalité Maternelle est estimé à 693 décès pour 100 000 naissances vivantes (OMS et Coll et Coll. 2015). Pour les femmes en âge de procréer, parmi les causes les plus connues, les facteurs de risque des décès maternels, sont dues aux grossesses trop nombreuses, trop rapprochées, aux accouchements rapprochés, aux avortements, aux grossesses chez l'adolescente ou à un âge avancé (BOB SENKER N.,2023). Cependant, presque tous ces facteurs ci-haut cités, sont évitables.

Le territoire de Lukolela est composé de 2 zones de santé (ZS de Lukolela et ZS d'Irebu). Pour le moment, toutes ces Zones de santé précitées ne sont appuyées que partiellement sauf l'existence des partenaires traditionnels par UNICEF et OMS qui interviennent également dans le domaine de vaccination, de la surveillance épidémiologique, l'approvisionnement en médicaments et commodités planification familiale. Malgré ces interventions, la prévalence contraceptive moderne reste faible en 2017 à savoir 3% dans la ZS de Lukolela et 2 % dans la ZS d'Irebu. Ceci rend difficile l'atteinte des objectifs pour le développement durable en matière de santé de reproduction en occurrence dans le Territoire de Lukolela. Raison pour laquelle, nous voulons connaître les déterminants de la non- utilisation des contraceptifs modernes par les femmes en age de procréer de Lukolela.

II.MATERIEL ET METHODES

II.1. MATERIEL

1.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique transversale dans les ménages du Territoire de Lukolela, en occurrence dans les ZS de LUKOLELA ET IREBU, dans la Province de l'Equateur. Elle concerne toutes les femmes en évolution de

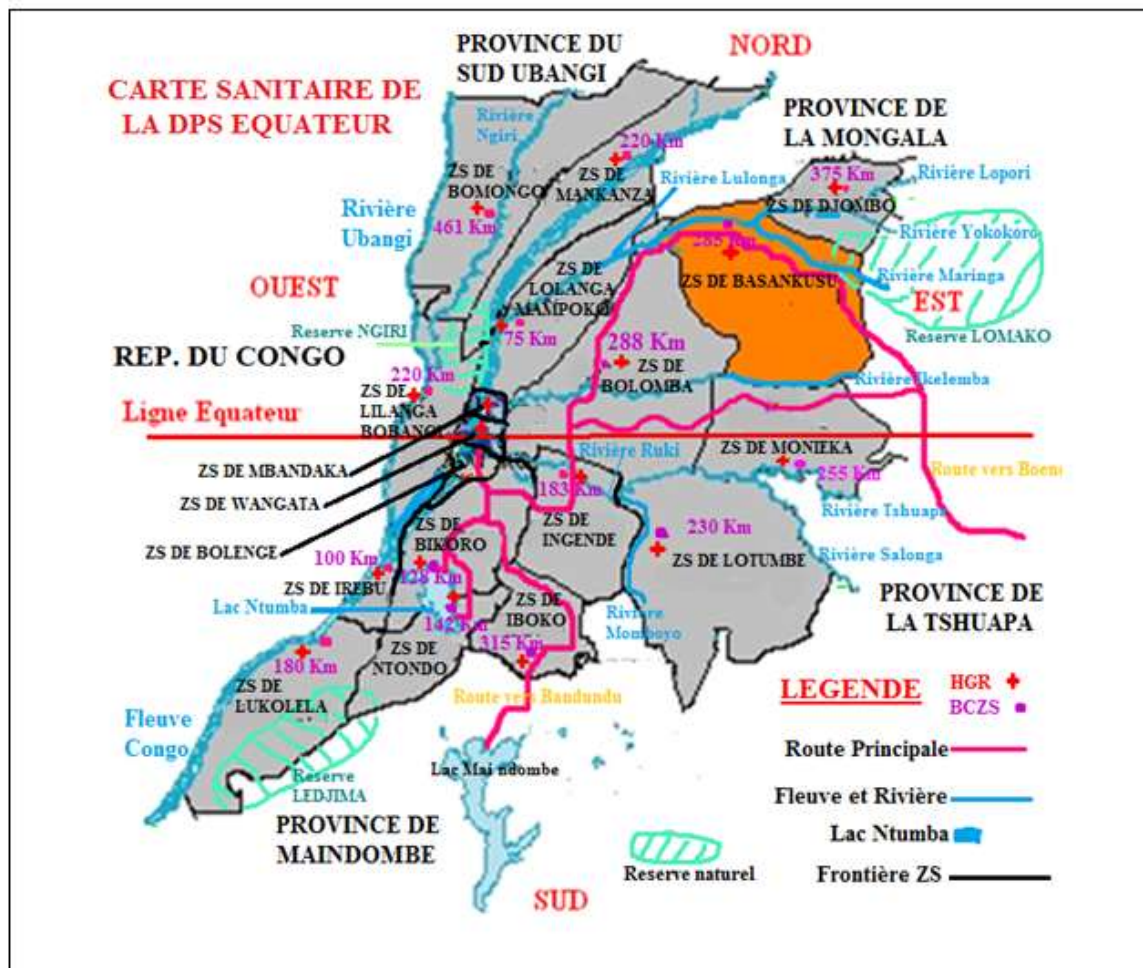
reproduction (FER).

1.2. Cadre d'étude

1.2.1. Site d'étude

Nous avons mené notre recherche dans la division provinciale de l'Equateur, précisément dans le Territoire de Lukolela, province de l'Equateur, en RD Congo. Pour des raisons d'appréciation de l'instrument, nous avons effectué une enquête pilote dans la Zone de santé de Bolenge (Entité Urbano-rurale de la ville de Mbandaka et ZS frontalière de la ville de Mbandaka avec le territoire de Lukolela) dans la division provinciale de l'Equateur. Il est à signaler dans cette étude que le territoire de Lukolela est composé de deux Zones de santé dont ZS de Lukolela et ZS d'Irebu. La ZS de Lukolela est située au Nfief des institutions territoriales, elle est composée de 14 Aires de santé. Tandis que la ZS d'Irebu est située à la périphérie territoriale, elle est constituée de 7 Aires de santé.

La Carte de la Division Provinciale de la Santé de l'Equateur



II.2.METHODES

Dans cette étude nous avons utilisé la méthode d'enquête.

II.2.1. Echantillonnage

2.1 Unités statistiques

Les unités statistiques sont constituées des femmes en évolution de reproduction, habitant le Territoire de Lukolela en 2017-2018, défini par des critères d'admissibilité.

2.2 Taille de l'échantillon :

Il nous est agréable d'utiliser la formule de Fisher.

$$n \geq \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2} = \frac{(2)^2 \times 0,9 \times 0,1}{(0,04)^2} = \frac{4 \times 0,9 \times 0,1}{0,0016} = \frac{0,36}{0,0016} =$$

225 Femmes par Zone de santé ; Donc 225 femmes X 2 zones de santé = 450 soit 500 femmes (au minimum).

- ❖ n : taille minimale de l'échantillon (nombre des femmes)
- ❖ p : prévalence de non-utilisation de contraceptifs modernes à la ZS de BOLENGE à l'Equateur est 90 % (selon notre enquête pilote, 2017)
- ❖ q : proportion des autres femmes non concernées par la prévalence de non-utilisation contraceptifs moderne à BOLENGE (1-p=1-0,8=0,2%)
- ❖ d : degré de précision absolue voulu ; en général l'écart d'imprécision que l'on accepte est de 0,04.
- ❖ z : coefficient de confiance pour un degré de confiance de 95%, ce coefficient est égal à 2

2.3. Technique d'échantillonnage

La zone de santé de Bolenge de par sa caractéristique spécifique d'urbano-rurale et Fluvio-terrestre, avait été choisie pour les enquêtes pilotes. A ce moment, nous avons sélectionné 3 Aires de santé parmi lesquels 1 AS Terrestres, 1 AS fluvial et 1 AS Fluvio-terrestre.

L'enquête proprement dite est réalisée dans le Territoire de Lukolela c.-à-d. les deux zones de santé : Zones de santé de Lukolela et Zone de santé d'Irebu ; à ce niveau, nous avons utilisé l'échantillonnage probabiliste à cinq degrés :

- ❖ Au premier degré, nous avons stratifié les zones de santé et avons tiré de manière aléatoire simple dans chaque strate 3 aires de santé (pour des raisons d'accessibilité géographique) ;
- ❖ Au deuxième degré, nous avons tiré au hasard dans chaque aire de santé, un quartier ou groupement;
- ❖ Au troisième degré, quatre avenues sont tirés au hasard par quartier et 4 villages par groupement ;
- ❖ Au quatrième degré, on a calculé le pas de sondage, ce qui nous a permis d'avoir un relevé parcellaire des ménages ayant une femme en évolution de reproduction;
- ❖ Enfin, au cinquième degré, un tirage systématiquement des ménages est réalisé, et la femme en évolution de reproduction est interviewée par ménage.

2.4. Technique de la collecte

Nous avons collecté les données au moyen d'un questionnaire structuré, et le mode d'administration est une interview face à face aux femmes en évolution de reproduction. Le questionnaire contient des questions fermées et semi-fermées qui étaient pré testées dans la Zone de santé de Bolenge, ne faisant pas partie des Zones de santé sélectionnées pour la présente étude. Ce qui nous a permis d'apprécier l'attitude des enquêtées pendant l'interview, le temps de remplissages complet d'un questionnaire, et la restructuration de certaines questions moins importantes qui pourraient perturber la collecte.

2.5. Plan de collecte des données

Après l'obtention des autorisations de recherche par le coordonnateur de l'école doctorale, nous avons obtenus également l'autorisation des autorités sanitaires provinciale de l'Equateur et celui de

l'Administrateur du Territoire de Lukolela. Le recrutement local de 1 superviseur, accompagné de 3 enquêteurs, sur base de leur niveau de compréhension, de la connaissance du milieu et la maîtrise de la langue (pour des raisons d'accessibilité). Avant le déploiement, l'équipe d'enquête était formé pendant un jour, le deuxième étant consacré au pré test et simulations sur terrain, pour constituer l'équipe d'enquête.

2.6. Traitements et analyse des données

2.6.1 Le traitement des données

Une fois collectées, les données sont soumises au contrôle de qualité, qui consisterait à la vérification et la validation des fiches d'enquête chaque jour par les superviseurs pour éviter certaines erreurs d'écriture et assurer la complétude des données. La saisie est faite sur ordinateur au moyen du logiciel Epi info 3.5.2 qui ensuite nous permet de vérifier la cohérence et les éventuelles erreurs de saisie.

2.6.2 L'analyse des données

Le logiciel Epi Info 3.5.2 nous a servi pour quelques analyses. Les données sont également transférées sur le logiciel SPSS 22 qui nous sert d'outil de contre vérification des analyses et d'élaboration du modèle logistique. Les mesures statistiques suivantes sont utilisées :

- L'analyse bivariée est utilisée pour déterminer le degré d'association des différents déterminants à la non-utilisation des contraceptifs modernes. Le test Khi-carré et le rapport de prévalence avec un intervalle de confiance à 95% pour déterminer la force de cette association.
- La régression logistique sert à exclure les déterminants de confusion et de ne retenir dans le modèle que ceux qui expliquent la non-utilisation des contraceptifs modernes.

- Une relation est dite significative chaque fois que la probabilité pour que la relation soit au hasard est inférieur au seuil noté par la présence d'une ou plusieurs étoiles notamment :

* = $p < 0.05$

** = $p < 0.01$

*** = $p < 0.001$

NS = non significatif

2.6.3. Considération d'ordre éthique

Pendant cette recherche, nous avons soumis à l'enquêtée une fiche de consentement libre et éclairé (déjà validé par deux experts en la matière) pour octroyer son accord favorable avant d'amorcer l'interview. Nous avons d'abord présenté, lire et expliquer le contenu de la fiche de consentement libre et éclairé de cette recherche à l'enquêtée, en suite, on a sollicité sa signature pour matérialiser son avis favorable à l'enquête. Ceci dans une approche du respect de la personne, principe de la bienfaisance, et principe de justice.

La fiche de consentement libre et éclairé contient les éléments ci-après :

- Mot de salutation et présentation de l'identité, service de l'enquêteur ;
- Annonce de l'objectif de l'enquête ;
- Sens de la considération accordée à l'enquêtée ;
- Temps prévu pour l'échange ;
- Caractère privé des données et de la confidentialité;
- Garantie de l'anonymat pendant l'élaboration du rapport d'enquête ;
- Veiller à la liberté de répondre à toutes ou quelques questions d'enquête ;
- Poser la question pour obtention du consentement libre et éclairé.

III. RESULTATS

TABLEAU N°1 : DETERMINANTS COMPORTEMENTAUX ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DE CONTRACEPTIF MODERNE

Variables	Utilisation Actuelle de Contraceptif Moderne n=500		RP	IC ₉₅	P	S
	NON	OUI				
Connaissance sur Méthode Contraceptive Moderne			0,253	0,10-0,61	,003	S
NON	9,6 %	1,6 %				
OUI	85,2 %	3,6 %				
Appréciation des Enfants Désirés			2,116	0,27-16,06	,071	NS
Acceptable	87,4%	5,0%				
Non Acceptable	7,4 %	0,2 %				
Type de méthode utilisée pour espacer les naissances			3,168	1,20-8,33	,014	S
Méthode Contra. Moderne	86,6 %	8,6 %				
Méthode Contra. Traditionnelle	4 %	1,2 %				
Crainte des complications des Contraceptifs modernes			0,026	0,003-0,19	,000	S
NON	38,0 %	5,0 %				
OUI	56,8 %	0,2 %				

Influence de l'entourage			4,887	1,51-15,75	,015	S
NON	90,8 %	4 %				
OUI	5 %	0,2 %				
Opinion du Partenaire			13,083	2,08-82,02	,012	S
NON	92,2 %	4,8 %				
OUI	0,6 %	0,4 %				
Désir d'avoir l'enfant			5,744	2,40-13,71	,000	S
NON	86,8 %	3,4 %				
OUI	8,0 %	1,8 %				
Satisfaction sexuelle personnelle			4,964	2,14-11,50	,000	S
NON	84,2 %	3,2 %				
OUI	10,6 %	2,0 %				
Liberté de choix de contraceptif moderne			4,857	1,28-18,29	,015	S
NON	61,9 %	12,7 %				
OUI	12,7 %	12,7 %				

Dans ce tableau, nous constatons que la Connaissance sur Méthode Contraceptive Moderne, le Type de méthode utilisée pour espacer les naissances, la Crainte des complications des Contraceptifs modernes, l' Influence de l'entourage, l' Opinion du Partenaire, le Désir d'avoir l'enfant, la Satisfaction sexuelle personnelle, et la Liberté de choix de contraceptif moderne sont associés à la non-utilisation de contraceptif moderne tandis que l' Appréciation des Enfants Désirés n'est pas associée à la non-utilisation de contraceptif moderne.

TABLEAU N°2 : DETERMINANTS CULTURELS ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DE CONTRACEPTIF MODERNE

VARIABLES	Utilisation Actuelle de Contraceptif Moderne n=500		RP	IC ₉₅	P	S
	NON	OUI				
Age			1,015	,41-2,47	,974	NS
13-17	25,8 %	69				
18 et Plus	1,4 %	3,8 %				
Tribu			,895	,30-2,66	,843	NS
Autochtone du territoire	78,8 %	16 %				
Non Autochtone du territoire	4,4 %	0,8 %				
Etat Civile			,859	,36-2,02	,729	NS
Non Mariée	26,2 %	68,6 %				
Mariée	1,6 %	3,6 %				
Influence de l'Eglise			,990	,43-2,27	,981	NS
NON	32,6 %	62,2 %				
OUI	1,8 %	3,4 %				
Instruction			,832	,28-2,47	,741	NS
Non Instruite	77,8 %	17 %				

Instruite	4,4 %	0,8 %				
-----------	-------	-------	--	--	--	--

Nous constatons de cette étude que l'Age de la femme, la Tribu, l'Etat civil, l'Eglise et l'instruction ne sont pas associés à la non-utilisation de contraceptif moderne.

TABLEAU N°3 : DETERMINANTS DEMOGRAPHICO-GENESIQUES ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DE CONTRACEPTIF MODERNE

VARIABLES	Utilisation Actuelle de Contraceptif Moderne		RP	IC ₉₅	P	S
	NON	OUI				
Gestité						
Multigeste	85,4 %	9,4 %				
Primigeste	4,4 %	0,8 %				
Age de Première Grossesse			1,351	,49-3,70	,557	NS
Adolescente	80,6 %	14,2 %				
Adulte	4,2 %	1 %				
Parité			,956	,21-4,20	953	NS
Multipare	87,2 %	7,6 %				
Primipare	4,8 %	0,4 %				
Age de dernier enfant			1,856	,22-15,07	,557	NS
0-3 ans	5 %	0,2 %				
4 ans et plus	92,8 %	2 %				

Nombre d'enfant souhaité			1,044	,38-2,84	,932	NS
1 à 3 enfants	4,2 %	1 %				
4 enfants et plus	77,2 %	17,6 %				
Avoir d'enfant décédé			,429	,05-, 3,38	,407	NS
NON	80,7 %	12,6 %				
OUI	6,3 %	0,4 %				

Ce tableau prouve que la Gestité, la Parité, l'Age de la Grossesse, l'Age de dernier enfant, Nombre d'enfant souhaité, et avoir d'enfant décédé ne sont pas associés à la non-utilisation de contraceptif moderne.

TABLEAU N°4 : DETERMINANTS ECONOMIQUES ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DE CONTRACEPTIF MODERNE

VARIABLES	Utilisation Actuelle de Contraceptif Moderne n=500		RP	IC ₉₅	P	S
	NON	OUI				
Conditions de Vie			1,497	,430-5,213	,787	NS
Mauvaise	87,2 %	4,6 %				
Meilleures	7,6 %	0,6 %				
Secteur d'activité			2,860	1,092-7,489	,058	NS
Privé	85,8 %	4,0 %				

Public	9,0 %	1,2 %				
--------	-------	-------	--	--	--	--

Il est démontré dans ce tableau que les conditions de vie sociale et le secteur d'activité ne sont pas associés à la non-utilisation de contraceptif moderne

TABLEAU N°5 : DETERMINANTS LIES AU SYSTEME DE SANTE ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DE CONTRACEPTIF MODERNE

VARIABLES	Utilisation Actuelle de Contraceptif Moderne		RP	IC ₉₅	P	S
	NON	OUI				
	n=500					
Manque de Contraceptif Moderne			9,791	1,707-56,137	,027	S
NON	94,0 %	4,8 %				
OUI	0,8 %	0,4 %				
Accueil au service de PF			,457	,192-1,087	,122	NS
Mauvais	78,8 %	3,6 %				
Acceptable	16,0 %	1,6 %				

Il ressort de cette étude que le manque de contraceptifs modernes est associé à la non-utilisation de contraceptif moderne tandis que l'accueil au service de planification familiale n'est pas associé à la non-utilisation de contraceptif moderne.

PARTIE II : REGRESSION LOGISTIQUE

Tableau 6. Régression logistique sur la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes (n=500)

Variabiles indépendantes	β	E.S	P	EXP.OR	IC pour OR (95%)
Variable dépendante :					
Utilisation des MCM					
Crainte des complications	4,994	1,280	,000**	149,491	12,600-1869,180
Opinion du partenaire	2,478	1,209	,040*	11,958	1,106-130,415
Influence de l'entourage	-,150	1,060	,903	,865	,111-6,828
Interdit par la tradition	-,849	,492	,077	,430	,162-1,109
Désir d'avoir d'enfant	-3,027	1,274	,020*	,053	,005- ,590
Satisfaction sexuelle personnelle					
Constante	-,871	1,263	,001**	56,231	25,684-91,521
	1,455	1,929	,453	,448	

*p<0.05 **p<0.01

Dans ce modèle, nous avons examiné la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes avec la crainte des complications, l'opinion du partenaire, l'influence de l'entourage, l'interdiction de la tradition ou la religion, le désir d'avoir d'enfant, la satisfaction sexuelle personnelle et d'autres Co-variables.

Ce tableau montre que la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes est associée (P <0,01) (OR =149,491) à la crainte des complications, (P <0,05) (OR = 11,958) à l'opinion du partenaire, (P <0,05) (OR =0,053) au désir d'avoir d'enfant et (P <0,01) (OR =56,231) la satisfaction sexuelle personnelle tandis que l'influence de l'entourage et l'interdiction de la tradition ou la religion ne sont pas associées à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes.

La probabilité de ne pas utiliser le contraceptif moderne associée à ces déterminants est de:

$$P \left(\frac{\text{non - utilisation}}{X_i} \right) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_{i1})}}$$

$$P \left(\frac{\text{non - utilisation}}{X_i} \right) = \frac{1}{1 + e^{-(4,994 + 2,478 - 0,150 - 0,849 - 3,027 - 0,871)}}$$

$$= \frac{1}{1 + e^{-(4,994 + 2,478 - 0,150 - 0,849 - 3,027 - 0,871)}}$$

$$\frac{1}{1 + e^{-2,575}} = \frac{1}{1 + 0,076} = \frac{1}{1,076} = 0,92 \approx 92\%$$

La probabilité de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne est de 92% pour les femmes qui craignent les complications, qui acceptent l'opinion du partenaire, qui expriment le désir d'avoir d'enfant et qui sentent la satisfaction sexuelle personnelle.

d'avoir d'enfant et qui sentent la satisfaction sexuelle personnelle.

IV. DISCUSSION

Les objectifs que nous nous sommes fixés avant d'entreprendre ce travail consistaient d'une part d'apporter notre contribution à l'amélioration systématique de l'approche de planification familiale et d'autre part orienter l'attitude de prise en charge sanitaire pour la réduction de la mortalité maternelle. Il ressort de cette étude que la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes est associée ($P < 0,01$) (OR = 149,491) à la crainte des complications, ($P < 0,05$) (OR = 11,958) à l'opinion du partenaire, ($P < 0,05$) (OR = 0,053) au désir d'avoir d'enfant et ($P < 0,01$) (OR = 56,231) la satisfaction sexuelle personnelle tandis que l'influence de l'entourage et l'interdiction de la tradition ou la religion ne sont pas associées à la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes.

La probabilité de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne est de 92% pour les femmes qui craignent les complications, qui acceptent l'opinion du partenaire, qui expriment le désir d'avoir d'enfant et qui sentent la satisfaction sexuelle personnelle.

Ces résultats corroborent avec MUKENGESHAYI N. (2017), stipule que la prévalence contraceptive moderne à DIBINDI, en 2015 était de 18,4 %. Elle était faible eu égard aux services de planification familiale disponibles dans cette Zone de santé. Plusieurs femmes refusaient d'utiliser les méthodes contraceptives modernes malgré l'information dont elles disposaient à cause de leur désir de maternité, l'opposition du conjoint et la crainte des effets secondaires. L'auteur souligne que l'information suffisante et centrée sur chaque cliente ou son couple sur la planification familiale, devrait être renforcée de façon à éliminer les fausses croyances, ce qui accroîtrait l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Selon MAMADOU MAKHTAR M. et Coll. (2015), l'utilisation des méthodes contraceptives cible les femmes en général. D'après sa littérature, la femme en union n'a pas le même comportement procréateur que celle qui ne l'est pas. Tandis que Mouhamadou GUEYE et Coll. (2001), souligne que les caractéristiques psychologiques des jeunes femmes sont largement

associées à leurs expériences sexuelles (y compris le moment de leurs premiers rapports sexuels).

Pour OMS (2012), Pendant des siècles, les femmes africaines, souvent confrontées à une adversité extrême, ont été les piliers des familles et des communautés. En dépit de leur statut social peu valorisant et de la charge importante de morbidité et de mortalité qui les affectent, les femmes continuent d'être des artisanes de la paix, des procréatrices, des entrepreneurs et des pourvoyeuses de soins pour les enfants – les bâtisseurs de l'avenir de l'Afrique.

FATAMA TRITAH (2017), stipule Que malgré le bon niveau de connaissance et les attitudes favorables des maris à l'égard de la planification familiale, leur implication restait faible avec des lacunes à combler sur leurs connaissances concernant les méthodes contraceptives de longue durée. De même, ils ont noté le faible Qualité du counseling en planification familiale avec une négligence des prestataires des opportunités de sensibilisation de l'Homme.

BENOIT VALLET (2017), déclare que la réalisation d'une sexualité humaine satisfaisante, autonome et responsable dépend de différents déterminants (individuels, relationnels, structurels et environnementaux) qui agissent directement sur le comportement sexuel des personnes. Les progrès de la science et leurs applications, seuls, ne suffisent pas pour améliorer les indicateurs de santé. Intervenir en amont des problèmes, en ciblant l'ensemble des déterminants qui influencent positivement ou négativement, la santé des individus, des communautés et d'une population est indispensable. A l'approche biomédicale de la sexualité doivent être associées des approches individuelles intégrant les quatre dimensions de la santé sexuelle :

psycho sociale, communautaire, environnementale et structurelle dans le respect des droits humains.

GUENGANT J.P (2017), estime que la croissance démographique se poursuit à un rythme soutenu en Afrique subsaharienne: Partout dans le monde, le développement socio-économique est considéré comme une force motrice de la transition de la fécondité. Parmi les facteurs les plus souvent cités, on peut retenir la baisse de la mortalité juvénile, l'urbanisation, le niveau d'instruction et le statut des femmes, ainsi que le désir d'investir dans la scolarisation des enfants. Les normes en matière de taille de la famille jouent également un rôle, ainsi que la diffusion des connaissances et l'accès aux méthodes de contraception moderne : les souhaits d'enfants restent particulièrement élevés sur le continent, tout comme les besoins Non-satisfaits de contraception. Il est donc indispensable de s'interroger sur les attentes et projets de fécondité des couples, c'est-à-dire sur les facteurs qui pèsent sur la demande d'enfants, sur les arbitrages et processus de décision au sein des couples, et finalement sur le fait d'adopter une pratique contraceptive ou d'y renoncer.

GUENGANT J.P (2017), affirme que deux Congolais sur trois ont aujourd'hui moins de 25 ans. La fécondité étant restée supérieure à 6 enfants par femme, ces jeunes sont trois fois plus nombreux que leurs parents. Ils sont les parents de demain, et du fait de leur importance, ils sont en effet 45 millions en 2014, le nombre de naissances (3,1 millions en 2014) ne diminuera pas, même si les jeunes générations ont moins d'enfants que leurs parents. Par ailleurs, la maîtrise par les femmes congolaises de leur fécondité, qui suppose une utilisation volontaire accrue de la contraception moderne, ne se fera pas immédiatement. Dans les pays émergents, le passage d'un régime démographique traditionnel, comme celui de la RDC

d'aujourd'hui, caractérisé par des niveaux élevés de fécondité et de mortalité, à un régime démographique moderne, avec des niveaux consciemment maîtrisés de fécondité et la quasi suppression de l'impact meurtrier des maladies transmissibles, est un processus qui s'est étalé sur une quarantaine d'années. Mais, le passage à un régime démographique moderne ne signifie pas pour autant que la population diminue, sauf dans les cas exceptionnels où la fécondité se maintient pendant de nombreuses décennies bien en dessous de deux enfants par femme.

FATIMATA SY (2016), déclare que Si l'on prend l'ensemble des femmes âgées de 15 à 49 ans pour référence, les taux oscillent entre 13% et 21%. Cela veut dire que moins d'une femme sur cinq utilise une méthode de contraception moderne. C'est substantiellement moins que dans certains pays d'Afrique de l'Est, parfois deux et presque trois fois moins si l'on prend les extrêmes. Et si l'on restreint les données aux femmes mariées ou en union, le chiffre moyen tombe à peu près à 10% en Afrique l'Ouest.

Pour PNSR (2014), Selon les résultats de l'Enquête MICS réalisée en 2010, le taux de prévalence contraceptive moderne en RDC était de 5,4%, ce qui reste faible, comparativement à bon nombre d'autres pays africains. Pourtant 24% des femmes congolaises expriment un besoin non satisfait en planification familiale, c'est à dire souhaitent soit espacer ou ne plus avoir d'enfants, mais n'utilisent aucune méthode contraceptive pour éviter une grossesse non désirée.

Les déclarations et affirmations des différents scientifiques précités, nous permettent de dire que dans cette étude, ces résultats s'expliquent du faite que la sensibilisation des femmes sur la connaissance des contraceptifs modernes n'est pas fortement renforcée pour changer le comportement communautaire pour une

planification familiale appropriée. Dans ce milieu la méthode traditionnelle est régulièrement utilisée, raison pour laquelle la non-utilisation des méthodes contraceptives modernes trouve une signification. Dans les habitudes spirituelle de cette communauté, la déclaration de l'autorité religieuse a une influence sur un comportement nataliste d'une communauté et pourtant les l'autorité religieuses ne sont pas préalablement sensibilisées sur la nécessité d'utilisation des contraceptifs modernes. L'approche traditionnelle domine jusqu'alors sur l'attitude communautaire pour la planification familiale. Dans l'exploitation sexuelle de cette population, la méthode contraceptive est considérée comme obstacle à la satisfaction sexuelle, ce qui justifie la signification de non-utilisation de contraceptif moderne dans cette entité. L'expérience de certaines femmes ayant utilisées les méthodes contraceptives au début de leur administration pour la première fois a été démontrée qu'il existe des complications liées aux contraceptifs modernes, ce qui a développé une démotivation communautaire sur l'utilisation des contraceptifs moderne dans ce territoire.

V. CONCLUSION

Nous voici au terme de notre recherche basée sur « déterminants de non-utilisation des contraceptifs modernes par les femmes en évolution de la reproduction dans le territoire de Lukolela ». Sa problématique a tournée sur la question suivante : Quels sont les déterminants explicatifs de la non-utilisation des contraceptifs modernes par les femmes en évolution de reproduction dans le Territoire de LUKOLELA. L'hypothèse de cette étude stipule que la non-utilisation des contraceptifs modernes est liée aux déterminants comportementaux. Le but poursuivi était de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle en améliorant l'espace inter génésique dans le Territoire de LUKOLELA. Il s'agit d'une étude analytique

transversale dans les ménages du Territoire de Lukolela, en occurrence dans les ZS de LUKOLELA ET IREBU, dans la Province de l'Equateur. Elle concerne toutes les femmes en évolution de reproduction (FER). Nous avons collecté les données au moyen d'un questionnaire structuré, et le mode d'administration est une interview face à face aux femmes en évolution de reproduction.

Une fois collectées, les données ont été soumises au contrôle de qualité, qui consistait à la vérification et la validation des fiches d'enquête chaque jour par les superviseurs pour éviter certaines erreurs d'écriture et assurer la complétude des données. La saisie est faite sur ordinateur au moyen du logiciel Epi info 3.5.2 qui ensuite, nous permet de vérifier la cohérence et les éventuelles erreurs de saisie. Nos unités statistiques sont constituées des femmes en évolution de reproduction, habitant le Territoire de Lukolela en 2017-2018, définit par des critères d'admissibilité. Il nous est agréable d'utiliser la formule de Fisher et avons abouti à la taille de l'échantillon de 500 femmes. Il ressort de cette étude que la non-utilisation de contraceptif moderne était significativement associée à : La crainte des complications, L'opinion du partenaire, Au désir d'avoir d'enfant et La satisfaction sexuelle personnelle. La probabilité de ne pas utiliser une méthode contraceptive moderne est de 92% pour les femmes qui craignent les complications des Contraceptifs modernes, qui acceptent l'opinion du partenaire, qui expriment le désir d'avoir d'enfant et qui tiennent la satisfaction sexuelle personnelle.

Nous concluons que la non-utilisation des contraceptifs modernes est liée aux déterminants comportementaux. Eu égard des résultats obtenus, nous recommandons dans les limites de notre recherche qui suit :

A. Au Gouvernement, de :

Rendre disponible les moyens adéquats pour sensibiliser suffisamment la communauté congolaise et porter un appui approprié pour les recherches trop approfondie

sur l'approche systémique de la famille pour la planification familiale.

B. A la Communauté, de :

Fréquenter régulièrement les services de planification familiale et de mettre en application l'éducation sanitaire en la matière afin de réduire les écarts inter-généralité pour la réduction de la mortalité maternelle.

C. Aux chercheurs, de :

Mener les études plus élargies de cette approche tout en mettant en évidence les déterminants précités afin d'en tirer les conclusions plus spécifiques adaptés à l'approche systématique de la famille pour la meilleure planification familiale.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. AYAD M. (2003), Fécondité, EPSF. En ligne : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr155/04chapitre04.pdf>
2. BENOIT VALLET (2017), Stratégie Nationale de la santé sexuelle, agenda 2017-2030, Ministère des affaires sociales et de la santé, République Française, France.
3. BONNET et GUILLOME (2004), Santé de la reproduction : une émergence des droits individuels. En ligne : www.documentation.ird.fr/hor/fdi01003701
4. CASTLE et Coll. (2015), Arrêt des contraceptifs : Raisons, défis et solution, POPULATION COUNCIL. En ligne : [eC2-54-210-230-186.compute-01amazonaws.com/uploads/2016/05/f](https://eC2-54-210-230-186.compute-01.amazonaws.com/uploads/2016/05/f)
5. CHIESA-MOUTANDOU et Coll. (2011), Comportement des Gabonaises sur les méthodes contraceptives modernes, faible taux d'utilisation et déficit d'information, Libreville. En ligne : www.santetropicale.com/resume
6. CLELAND J. et coll. (2001), Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la

- procréation, PNUD-HRP. En ligne : https://www.who.int/topics/adolescence/core_instruments
7. CNGOF (2011), Stérilité du couple, support de cours, Item 29, UMVF. En ligne : campus.cerimes.fr/enseignement/gynecologie_29/site/html/cours
 8. DIEMER A. (2008), Economie d'entreprise, IUFM d'auvergne, préparation CAPET, PLP. En ligne : <https://www.etudier.com/sujets/economie-d-entreprise-cous-de-mr-die>
 9. DPS-EQ (2017), plan d'action opérationnel consolidé de l'Equateur. Mbandaka
 10. DRISSI et Coll. (2015), les facteurs influençant la fertilité masculine, ISSR Journal. En ligne : <https://pdfs.semanticscholar.org>
 11. EDS-RDC (2007), enquête Démographique et Sanitaire, rapport préliminaire, RD. Congo.
 12. EDS-RDC II (2014), enquête démographique et de santé 2013-2014, RD. Congo.
 13. FATIMA TRITAH (2017), Planification familiale et l'implication du Mari : Connaissance, attitude et attentes à la préfecture de Selé, Mémoire de fin d'étude, Ecole Nationale de santé publique, ROYAUME DU MAROC. En ligne : fulltext.bdsp.chesp.fr/ensp-Maroc/memoires/csspms/sfsc/2017
 14. FATIMATA SY (2016), Enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest, EQUIPOP, France. En ligne : WWW.equipop.org
 15. FORRESTER J-J (1965), Principes des systèmes, presse universitaire de Lyon. En ligne : www.oeconomia.net/private/cours/entreprisesysteme
 16. FORTIN ET COLL. (2005), Fondements et étapes du processus de recherche, Montréal : chenelière éducation. En ligne : <https://biblio.laval.ca/faces/details>
 17. GASTINEAU B. et Coll. (2000), la relation fécondité-pauvreté, une étude de cas en Tunisie, IRD. En ligne : www.documentation.ird.fr/hor/fdi01002180
 18. GUENGANT J.P (2014), Bénéficiaire du dividende démographique : Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la RDC, France. En ligne : www.researchgate.net/publication/309536796_Beneficiaire_du_dividende
 19. GUENGANT J.P (2017), Dividende démographique et fécondité en Afrique subsaharienne, dynamiques de population en Afrique, colloque international, France. En ligne : theconversation.com/dividende-demographique-et-fecondite-en-afrique
 20. GUILLAUME A. (2012), avortement provoqué en Afrique, un problème mal connu, lourd des conséquences. En ligne : <https://cairn.info/revue-population-2012-2-page-357>
 21. HAS (2013), état des lieux des pratiques contraceptifs et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée, document de synthèse. En ligne : <https://www.has-sante.fr/cms/etat-des-liux-des-pratiques-contraceptive>
 22. INPES (2013), comment aider une femme à choisir sa contraception ? En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/depliant-flyer/comme>
 23. LONGOSSO N. (2015), Rapport annuel des activités du PNSR-EQ 2014, Mbandaka. En ligne :
 24. LORENZETTI L. ET NEVEN M. (2001), démographie, famille et reproduction familiale : Un dialogue en évolution, famille et parenté. En ligne : https://www.persec.fr/doc8adh_006-2062_2001_num_2000_2_1976
 25. MALONGA K. (2017), Séminaire de santé de reproduction, ECODOC, ISTM-KINSHASA.

26. MATIS Richard(2012), Stratégie de réduction de la mortalité maternelle dans l'EST du Burundi par un modèle de réseau régional de soins maternels autour de l'hôpital Rema, Institut catholique lillois, Lille. En ligne : www.congo.fr/component/rsfiles/aperçu/path=journees+nationales%
27. OMS (2008), mortalité maternelle en 2005 Genève. En ligne : whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596212_fre
28. OMS (2012), Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaire et de leurs clients, Italie. En ligne : whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242503753_fre
29. OMS et Coll. (2015), Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, Résumé d'orientation, Genève. En ligne : <https://www.who.int/publications/maternal-mortality-2015>
30. OMS (2017), Relever le défi de la santé de la femme en Afrique, Rapport de la commission de la santé de femme dans la Région africaine, Bureau Régional de l'Afrique, OMS/AFRO, France.
31. PIETTE S-A et REYNDERS G. (2004), Gestion des compétences : de la théorie à l'action, personnel et gestion ,13^eannée, n°1 ed.Kluwer. En ligne : <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/feuilletage>
32. PNSR (2008), Politique nationale de la santé de reproduction de RD. Congo, Kinshasa.
33. PNSR (2014), Planification Familiale : plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020), MINISANTE, Kinshasa
34. PRB (2011), un guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes, INFORM EMPOWER ADVENCE. En ligne : <https://www.prb.org/west-africa-media-fr>
35. TRANSFORMER (2015), Forum des entreprises et de l'investissement en Afrique, ADDIS-ABEBA. En ligne : <https://www.banquemondiale.org/events/2015/06/30/investing-in-africa>
36. WEMBODINGA (2017), Séminaire de questions approfondies de la santé mère et enfant, ECODOC, ISTM-KINSHASA.
37. WOLLAST E. et VEKEMANS M. (1993), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, ULB, Bruxelles.
38. YAUDI Y. (2010), perception et pratique de la planification familiale par les ménages de Montngafula, UNIKIN, Kinshasa.
39. ZRA ISSA (2008), Facteurs associées à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun, inédit, Université de Yaoundé.

* DETERMINANTS DE LA NON UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES PAR LES FEMMES EN AGE DE PROCREER DU TERRITOIRE DE LUKOLELA, RD CONGO