

**DEFIS PEDAGOGIQUES ET STRUCTURELS DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS UNE COMMUNAUTE PRONATALISTE EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO, Cas des Provinces de l'Equateur et du Nord-Kivu.**

Boyoo Ekangu Jean Fidele

Doctorant de l'ISTM- Kinshasa

**Date of submission 21 March, 2025; Date of Acceptance 19 April, 2025; Date of publication 16 June, 2025**

**ABSTRACT**

**Context:** In the DRC, the prevalence of contraceptive use is 9.9% (DRC-DHS-III). Family planning is a matter of mindset and development (Bob Senker, 2023). Maternal and infant mortality can be combated by using contraceptive methods and ensuring demographics, which represent a workforce, an economy, and family wealth. This depends on the quality of communication, the type of message, and the receptivity of communities, especially among pronatalists (BOYOO E et al., 2023). In the context of Universal Health Coverage and health education, how can we address the problem of low use of modern contraceptive methods by sexually active women in a pronatalist community? The Goal: To contribute to reducing maternal and infant mortality and ensuring demographics that are harmonious with development while improving the quality of family planning services in a pronatalist community.

**Methods:** Systemic, dialectical, and structural-functional-historical approaches. Techniques: Document analysis and guided interview. Sample size: 384 statistical units. Data collection instruments: Questionnaire.

**Results:** Based on this analysis, 68.5% of respondents believe that to improve the acceptability of FP, community outreach activities must be carried out by RECOs. To facilitate access to services, 50.8% of respondents believe that distributing FP methods in the community will facilitate access to FP services. Regarding the educational message on FP, 91.7% said no, and 92.7% were unsure of the quality of the message disseminated.

**Discussion:** Our results differ from those found by B. SENKER, 2023, and confirm those found by PMA/ESP/RDC, 2022.

**Conclusion:** The family planning system in the DRC must be improved with appropriate teaching methods to strengthen the capacity of health personnel while adapting to the sociological reality of each community in order to positively influence the use of modern contraceptives. Access to family planning is a serious mentality issue; good communication plays a key role in ensuring access and quality of services.

**Keywords:** Teaching methods, system, family, reproduction

Contexte : En RDC, la prévalence de l'utilisation des Contraceptifs est de 9,9 % (RDC-EDS-III). La planification familiale est une question de mentalité et de développement, (Bob SENKER,2023).On peut lutter contre la mortalité maternelle et infantile en utilisant les méthodes contraceptives et en garantissant la démographie qui est une main d'œuvre, Une économie et richesse familiale, cela dépend de la qualité de communication, du type de message et de la recevabilité des communautés surtout chez les Pronatalistes,( BOYOO E et Al.,2023).Dans le contexte de la Couverture Santé Universelle et de didactique en santé, Comment remédier à la problématique de faible utilisation des Méthodes Contraceptives modernes par les femmes sexuellement actives dans une communauté Pronatalistes ?

**Le But:** Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et garantir une démographie harmonieuse au développement tout en améliorant la qualité de service de planification familiale dans une communauté pronatalistes.

**Méthodes:** Approches Systémiques, dialectique et structuro fonctionnelle et historique.

**Techniques:** L'Analyse documentaire et l'interview guidée.

Taille d'échantillon : 384 Unités Statistiques.

Instruments de collecte des données : Questionnaire.

**Résultats :** Partant de ces analyse, 68,5% des enquêtées pensent que pour améliorer l'acceptabilité de la PF, il faut la sensibilisation de la population par les RECO, Pour faciliter l'accès aux services 50,8% des enquêtées pensent que distribuer les méthodes de PF dans la communauté facilitera l'accès aux services de PF. En ce qui concerne le message éducationnel sur la PF, 91,7% ont dit non et 92,7% n'étaient pas sûr de la qualité de message diffusé.

**Discussion:** Nos résultats s'écartent de ceux trouvés par B.SENKER, 2023 et confirment ceux trouvés par PMA/ESP/RDC, 2022.

**Conclusion:** Le système de la planification familiale en RDC doit être amélioré avec une pédagogie adaptée pour le renforcement des capacités du personnel de santé tout en s'adaptant à la réalité sociologique de chaque communauté afin d'influencer positivement l'utilisation des contraceptifs modernes. L'accès à la planification familiale est un sérieux problème de mentalité, une bonne communication occupe une place de choix pour l'accès et qualité des services.

**Mots clés:** Pédagogie, système, famille, reproduction.

---

## I. INTRODUCTION

La place qu'occupe la femme dans la société devrait attirer une attention particulière, pour sa protection et la promotion de sa santé. Il convient d'élargir les champs d'action, outre dans la planification familiale, la maternité à moindres risques, la santé sexuelle, la santé infanto-juvénile, les droits reproductifs, l'éducation à la vie familiale, le statut de la femme. Il sied de rendre accessible à toute la population, les services de santé de la reproduction. Une recommandation retenue par la Charte de la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (FIPPF) qui affirme que « toute personne doit bénéficier des techniques existantes en matière de la santé de la reproduction, y compris celles qui ont trait à la stérilité, à la contraception et à l'avortement (ZRA ISSA et Coll., 2008).

Comme dans la plupart des pays africains, la politique démographique de la République du Congo était pro nataliste. Ce comportement est lié notamment au prestige, à la satisfaction économique et psychologique que procure une descendance nombreuse. La Santé de Reproduction est un droit fondamental de tout être humain. Pour cela, la vision de la RD. Congo est d'avoir une nation congolaise où chaque enfant qui naît soit un enfant désiré et qui ne devrait pas mourir pour des causes évitables ; une nation où chaque femme jouit d'une bonne santé maternelle et ne devrait pas perdre ou voir sa vie menacée par des pathologies et états morbides évitables, liés à la grossesse ou à l'accouchement ; et enfin une nation où les hommes, les femmes et les jeunes jouissent d'une santé sexuelle de bonne qualité à l'abri des IST et VIH/SIDA ainsi qu'à l'abri des pratiques néfastes et discriminatoires liées au sexe et au genre.

La santé sexuelle et reproductive couvre la santé et le bien-être au niveau des questions liées aux rapports sexuels, aux grossesses et aux naissances. Elle traite des aspects les plus intimes et privés de la vie des gens, en faisant un thème sur lequel il est difficile d'écrire et de discuter en public. En conséquence, les nombreuses questions relatives à la santé sexuelle et reproductive sont Souvent méconnues du public. Par ailleurs, les sensibilités culturelles et les tabous entourant la sexualité empêchent souvent les gens de s'informer sur la santé et les soins en matière de santé sexuelle et reproductive, rendant difficile Pour les gouvernements de traiter ces questions.

Pourtant, la santé sexuelle et reproductive a un impact considérable sur le développement économique et social des pays. Lorsque les femmes meurent après l'accouchement ou en raison du sida, les enfants sont orphelins. Lorsque les filles doivent prendre en charge leurs frères et sœurs, elles abandonnent l'école. Sans perspectives d'éducation, les filles se marient et commencent à avoir des enfants plus tôt, ce qui peut compromettre leur santé et limiter leurs possibilités de contribuer au développement et à la productivité de leurs communautés et de leurs pays.

Le domaine de la reproduction 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).

Le choix porté sur ce sujet, n'est pas un fait du hasard. Il réside dans le fait que la planification

familiale contribue à l'amélioration de l'état de santé de la mère et de l'enfant. Elle permet aux parents de donner naissance en fonction de leur revenu afin que ce dernier soit élevé dans des meilleures conditions sanitaires et sociales. D'où, la nécessité de développer, dans notre contexte, une approche alternative pouvant permettre à l'unité principale (famille) d'appliquer avec succès la planification familiale, afin de maintenir l'équilibre familiale et contribuer au développement national. Sa problématique tourne sur la question suivante : Comment peut-on remédier à la problématique de faible utilisation des Méthodes de Contraception modernes par les femmes en évolution de reproduction c-à-d sexuellement actives dans une communauté Pronataliste dans un contexte de Couverture Santé Universelle en RDC ? L'hypothèse de cette étude stipule que dans un contexte de Couverture Santé Universelle, l'utilisation des contraceptifs modernes par les femmes sexuellement actives dans des communautés Pronatalistes serait tributaire aux Stratégies d'Actions Pilotables de la Planification Familiale.

Le But poursuivi est de Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile afin de garantir une démographie harmonieuse au développement des Communautés Pronatalistes tout en améliorant la qualité de service de planification familiale dans le contexte de la Couverture santé Universelle en RDC. L'Objectif Général est de présenter un model additionnel du système de planification familiale à utiliser par le Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR) en RDC.

## II. MATERIEL ET METHODES

### a. Type d'étude

Il s'agit d'une étude analytique à visé transversale et documentaire qui est effectuée dans des provinces d'Equateur et du Nord Kivu. Elle

concerne les femmes en évolution de reproduction (FER) c.-à-d. femmes sexuellement actives (14 à 49 ans). Nous allons mener cette recherche dans les divisions provinciales de l'Equateur et Nord-Kivu. Pour des raisons d'appréciation de l'instrument, nous allons effectuer une enquête pilote dans la province de Tshuapa et la province du Sud-Kivu.

### b. Méthodes:

Méthodes : Approches Systémiques, dialectique et structuro fonctionnelle et d'enquête.

Techniques : L'Analyse documentaire et l'interview guidée.

### c. Calcul de la taille de l'échantillon

Nous avons utilisé la formule de FISHER pour calculer la taille de notre échantillon.

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{d^2}$$

Z = Coefficient de confiance pour un degré de confiance de 95%. Ce coefficient est égal à 1,96

P =La proportion attendue des sujets présentant la variable étudiée. Il s'agit d'une estimation d'information disponible, elle est de 0,5%).

q= Proportion correspondant, q=1-P c'est-à-dire 1 - 0,5 = 0,5 d=Degré de précision voulue.

En générale, il est de 0,05 et parfois 0,02 ou 0,01.

$$(1,96)2 \cdot 0,5 \cdot (1-0,5)$$

$$n = \frac{\quad}{(0,05)^2} = 384$$

En appliquant cette formule, nous avons obtenu 384 sujets, qui constituent la taille de notre échantillon de l'étude.

### d. collecte des données, Instrument et contrôle des biais.

Nous avons utilisé un questionnaire d'enquête ou guide d'interview pour pouvoir nous entretenir avec les enquêtés. La vérification des données recueillies a été assurée par les superviseurs qui procédaient à un dépouillement manuel. Après le comptage des réponses, s'il y avait des non répondants réponses nulles, l'enquêteur était obligé de reprendre son travail avec le superviseur de la recherche. Afin de confirmer l'originalité et la représentativité des résultats, nous avons procédé de la manière suivante :

La collecte de données s'est déroulée de la manière rigoureuse ;

Le biais dû aux réponses : a été contrôlé en leur garantissant l'anonymat et en leurs expliquant l'importance de leur contribution pour l'atteinte des objectifs de l'étude ;

Formulation des questions répondant aux normes en évitant des verbes à multiples interprétations pouvant amener nos enquêtés à la confusion. Les questions étaient valides, pertinentes et claires ;

Le biais dû à la codification et l'enregistrement des données, a été contrôlé par une saisie intelligente des données qui, incorpore les traductions logiques des codes des questions en soulignant leur présence la double proposition de réponse pour une même question tout en soulignant les assertions non répondues.

#### **e. Plan de traitement et analyse de données**

Après l'obtention des autorisations de recherche par le coordonnateur de l'école doctorale, nous avons obtenus également l'autorisation des autorités sanitaires Nationales et provinciales. Le recrutement local de superviseur, accompagné des 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 a été formée pendant un jour, le deuxième étant consacré au pré test et simulations sur terrain.

Les questionnaires remplis ont été réceptionnés, vérifiés, dépouillés ; et codifiés. Les données ont été ensuite encodées sur le logiciel Excel et analysées au moyen du logiciel SPSS Version 21. Pour l'analyse des données, nous avons recouru à des techniques statistiques descriptives qui sont : Analyse uni variée qui a permis d'avoir certaines distribution socio démographique, socio culturelle et socioéconomique notamment celle de l'âge, du niveau d'étude, de la profession des enquêtés ; Analyse bi variée qui nous a permis d'appliquer le test

statistique de khi deux pour comparer les fréquences de deux groupes et nous permettre de rejeter ou non l'hypothèse nulle donc, de prendre la décision.

#### **f. Considérations d'ordre éthique**

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, lu et expliqué le contenu de la fiche de consentement libre et éclairé de cette recherche à l'enquêtée en suite, avons 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 contenait 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.

âges, sexe, statut matrimonial, niveau d'étude, profession et nombre d'enfants qu'ils ont dans les ménages.

### **III.RESULTATS**

Ce premier tableau indique les informations sociodémographiques des répondants liées à leurs

**Tableau1 : Les Informations Sociodémographiques des répondants**

Variables	Modalités	Effectifs n=384	Pourcentage
Age	Moins de 20 ans	3	0,8
	20 - 29 ans	96	25,0
	30 - 39 ans	97	25,3
	40 - 49 ans	105	27,3
	50 ans plus	83	21,6
Sexe	Masculin	158	41,1
	Féminin	226	58,9
Statut matrimonial	Célibataire	54	14,1
	Marie(e)	307	79,9
	Divorce	9	2,3
	Veuf	14	3,6
Niveau d'éducation	Aucun	21	5,5
	Primaire	78	20,3
	Secondaire	145	37,8
	Supérieur	140	36,5
Nombre d'enfants	Aucun	36	9,4
	1 - 2 enfants	93	24,2
	3 - 5 enfants	80	20,8
	6 - 7 enfants	150	39,1
	8 et plus	25	6,5

Profession	Employé	131	34,1
	Commerçant/débrouillard	108	28,1
	Paysan/cultivateur	90	23,4
	Sans occupation	55	14,3

Il ressort de ce tableau, ce qui suit : la tranche d'âge fréquente de notre étude était de 40 – 49 ans soit 27,3%, suivi de la tranche de 30 – 39 ans soit 25,3%. Le sexe féminin était majoritaire soit 58,9%. Le marié(e) était représentatif à 79,9%, le niveau d'éducation secondaire était à 37,8%. Les femmes désiraient avoir 6 -7 enfants soit 39,1% et

la majorité des enquêtés étaient les employés à 34,1%.

Ce tableau ci-dessous présente les résultats sur la perception et la croyance des communautés pronatalistes, particulièrement leurs femmes en âge de procréer sur la fécondité.

**Tableau 2 : Perceptions et Croyances sur la fécondité**

Variabiles	Modalités	Effectifs n=384	Pourcentage
Le nombre idéal d'enfants dans une famille ?	1 à 2	70	18,2
	3 à 4	142	37,0
	5 ou plus	172	44,8
Faire beaucoup d'enfants est une richesse ou un devoir dans votre culture ?	Oui	214	55,7
	Non	170	44,3
Déjà entendu parler de planification familiale ?	Oui	217	56,5
	Non	167	43,5
Que pensez-vous de la planification familiale ?	C'est une bonne chose	87	22,7
	C'est contraire à la culture/religion	158	41,1
	Je ne sais pas	139	36,2

De ce tableau résulte, 44,8% des enquêtés qui disent que le nombre idéal d'enfants dans une famille doit être de 5 ou plus alors que 55,7% des enquêtés ont dit que faire beaucoup d'enfants est une richesse ou un devoir dans leur culture. De l'information sur la planification familiale, 56,5% reconnaissent avoir entendu parler de la

planification familiale contre 43,5%. La pensée des répondantes sur la planification familiale, 41,1% d'entre elles disent que c'est contraire à leur culture/religion.

Le tableau ci-dessous présente la connaissance des communautés pronatalistes sur la planification

familiale, les types des méthodes modernes connues ; l'importance et l'utilité de la planification familiale, Favorable à l'utilisation et la raison de la non utilisation.

**Tableau 3 : Connaissance des répondantes sur la planification familiale**

Variables	Modalités	Effectifs N=384	Pourcentage
Connaissance sur les mcm	Oui	138	35,9
	Non	246	64,1
Type des mcm connue	Pilules	162	42,2
	Préservatifs	119	31,0
	Injections	44	11,5
	Stérilet	10	2,6
	Implants	41	10,7
	Méthode naturelle	8	2,1
Importance et l'utilité de la planification familiale	Espacer les naissances	88	22,9
	Réduire la taille de la famille	49	12,8
	Protégé la santé de la mère et enfant	45	11,7
	Ne sais pas	170	44,3
	Autres	32	8,3
Favorable à l'utilisation de la planification familiale.	Oui	48	12,5
	Non	267	69,5
	Sans opinion	69	18,0
Si non, pourquoi	Contre la religion	61	15,9
	Contre les valeurs culturelles	59	15,4
	Peur des effets secondaires	128	33,3
	Mon partenaire est contre	68	17,7
	Autres	68	17,7

Il ressort du tableau ci-haut, 64,1% de nos enquêtées n'avaient de connaissance sur les méthodes de la Planification familiale, la méthode la plus connue était le préservatif soit 31%. 44,3% des enquêtées n'ont pas des connaissances sur l'importance de la planification familiale. Nous notons que 69,5% ne sont pas favorables à l'utilisation des méthodes de PF, et la cause de non utilisation était à 33,3% de la peur des effets secondaires.

Le tableau ci-dessous présente l'acceptabilité des communautés pronatalistes sur la planification familiale, Avec emphase sur l'Influence des leaders communautaires/religieux, l'opinion sur la PF, Accès à des services de PF, Où sont disponibles ces services, des obstacles pour accéder à ces services et leur recommandation pour améliorer l'acceptation de la PF dans la communauté.

**Tableau 4: Acceptabilité de la planification familiale par les femmes en âge de procréer des communautés pronatalistes.**

Variables	Modalités	Effectifs N=384	Pourcentage
Votre communauté, est-ce que la planification familiale est bien acceptée	Oui	108	28,1
	Non	57	14,8
	Moyennement	219	57,0
Influence des leaders communautaires/religieux influencent l'opinion sur la PF	Oui	108	28,1
	Non	57	14,8
	je ne sais pas	219	57,0
Accès à des services de PF	Oui	213	55,5
	Non	171	44,5
Où sont disponibles ces services	Centre de Santé	202	52,6
	Pharmacie	164	42,7
	Hôpital	2	0,5
	Agents de santé communautaire	13	3,4
	Autre	3	,8
Avez-vous rencontré des obstacles pour accéder à ces services ?	Oui	322	83,9
	Non	62	16,1
Que faudrait-il faire pour améliorer l'acceptation de la PF dans votre communauté ?	Réduire la Distance	103	26,8
	Coût	47	12,2
	Améliorer la qualité de l'information	63	16,4

	jugement du personnel	62	16,1
	Autres	109	28,4

Partant de ces résultats d'acceptabilité de la PF, 57% de la communauté acceptent moyennement la PF, alors que 57% d'entre elles ne savent pas l'influence et opinion des leaders religieux sur la PF. En rapport avec l'accès aux services de PF, 55,5% des répondantes avaient l'accès aux services de PF, et 52,6% connaissaient le lieu disponible des services dans le centre de santé. L'obstacle rencontré était à 83,9% des enquêtés et les autres type d'obstacles étaient à 28,4% suivi de la distance à 26,8%.

Le tableau ci-dessous présente l'accessibilité des communautés pronatalistes à la planification familiale, Avec emphase sur quoi faire pour surmonter les obstacles à ces services et leur recommandation pour améliorer l'acceptation de la PF dans la communauté.

**Tableau 5 : Accès aux services et utilisation de la planification familiale**

Variable	Modalités	Effectifs N=384	Pourcentage
Accès aux services	Gratuite de mcm	77	20,1
	Réduire le coût de service de pf	122	31,8
	distribuer a la communauté	75	19,5
	Réduire la distance du lieu d'approvisionnement	110	28,6
Pour faciliter l'accès aux services	gratuite de mcm	187	48,7
	Réduire le coût de service de pf	122	31,8
	Distribuer a la communauté	75	19,5
Utilisé une méthode de planification	Oui	119	31,0
	Non	265	69,0
CAUSES DE NON UTILISATION	Peur des effets seconds	35	9,1
	Conjoint pas d'accord	270	70,3
	Religion	54	14,1
	manque d'info	23	6,0
	Accès difficile aux services	2	0,5
Seriez-vous prêt(e) à discuter avec un agent de santé de ces méthodes.	Oui	178	46,4
	Non	41	10,7

	Peut être	165	43,0
Quelles sources d'information vous inspirent le plus confiance.	Leaders religieux	17	4,4
	Chef traditionnels	39	10,2
	Agents de sante	291	75,8
	Medias	9	2,3
	Réseaux sociaux	22	5,7
	membre de famille	6	1,6
Quel est le meilleur moyen de sensibiliser votre communauté.	Causerie éducatives	34	8,9
	Témoignage d'une amie	59	15,4
	message religieux adapte	28	7,3
	Sensibilisation à la radio	81	21,1
	Autres	182	47,4

Ce tableau nous présente les résultats selon lesquelles, pour avoir l'accès aux services de PF, 31,8% des enquêtés pensaient qu'il faut réduire le coût de service. 69% d'enquêtés n'utilisent pas les méthodes de PF contre 31% et la cause de non utilisation était plus le refus du conjoint soit 70,3%. 46,4% des enquêtes acceptaient discuté avec un agent de santé sur la méthode choisi.

Le tableau ci-dessous présente les recommandations communautaires pour que les méthodes contraceptives soient efficacement acceptées et utilisées chez les femmes en âge de procréer des communautés personnalistes.

**Tableau 6:Recommandations communautaires**

VARIBLES	Modalités	Effe ctifs N=3 84	Pourcent age
Que faudrait-il faire pour améliorer l'acceptation de la PF dans votre communauté	Formation de RECO	80	20,8
	Implication des religieux	41	10,7
	sensibilisation de la population	263	68,5
Que faudrait-il faire pour faciliter l'accès aux services	Gratuite de méthodes	143	37,2

	Réduire le coût de service de pf	46	12,0
	distribuer a la communauté	195	50,8
Message éducationnel sur la PF	Oui	32	8,3
	Non	352	91,7
Ce message était-il clair et compréhensible	Oui	28	7,3
	Non	356	92,7
Adapté à votre langue locale	Oui	42	10,9
	Non	342	89,1
Respectueux des croyances de votre communauté sur les enfants	Oui	356	92,7
	Non	28	7,3
Persuasif et sans être offensant	Oui	28	7,3
	Non	356	92,7
le message reçus, respectait-il les valeurs traditionnelles de votre communauté	Oui	67	17,4
	Non	317	82,6
il est possible d'enseigner la PF sans contrainte	Oui	357	93,0
	Non	27	7,0
Préférez-vous que les messages éducationnels	Diffusés par les leaders religieux locaux	88	22,9
	Viennent du personnel de santé	265	69,0
	Partagés par les aînés	11	2,9
	Peu importe	20	5,2

#### **Analyse Bi variée**

Partant de ces analyse, 68,5% des enquêtées pensent que pour améliorer l'acceptabilité de la PF, il faut la sensibilisation de la population par les RECO, Pour faciliter l'accès aux services 50,8% des enquêtées pensent que distribuer les méthodes de PF dans la communauté facilitera l'accès aux services de PF. En ce qui concerne le message éducationnel sur la PF, 91,7% ont dit non et 92,7% n'étaient pas sûr de la qualité de message diffusé.

Dans les données bi variées, le tableau ci-dessous présente la relation entre les caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer des communautés personnalistes.

**Tableau 7 : Relation entre Caractéristiques Sociodémographiques et l'utilisation des méthodes de PF chez les pronatalistes.**

Variables	Modalités	utilisation des méthodes de pf		valeur chi2	ddl	p<0,05
		oui 119	non 265			
Age	moins de 20 ans	0	3	4,815a	4	0,307
	20 - 29 ans	25	71			
	30 - 39 ans	31	66			
	40 - 49 ans	31	74			
	50 ans plus	32	51			
Sexe	Masculin	45	113	,790a	1	0,374
	Féminin	74	152			
statut matrimonial	Célibataire	12	42	4,755a	3	0,191
	marie(e)	98	209			
	Divorce	2	7			
	Veuf	7	7			
niveau d'éducation	Aucun	3	18	5,310a	3	0,150
	Primaire	22	56			
	Secondaire	53	92			
	Supérieur	41	99			
nombre d'enfants	Aucun	11	25	5,153a	4	0,272
	1 - 2 enfants	21	72			
	3 - 5 enfants	30	50			
	6 - 7 enfants	50	100			
	8 et plus	7	18			
Profession	Employé	29	102	7,621a	3	0,055
	commerçant/débrouillard	40	68			
	paysan/cultivateur	30	60			
	sans occupation	20	35			

Il résulte de ce tableau, les variables non associées à l'utilisation de méthodes de planification familiale, après le test statistique de Chi2 qui révèle à p-value > 0,05. Ce qui signifie que l'Age, le sexe, le Statut matrimonial, le niveau d'étude, le nombre d'enfants et la profession, n'ont pas d'influence sur l'utilisation des méthodes de planification familiale.

Le tableau ci-dessous présente la relation entre les perceptions, la croyance sur la fécondité et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer des communautés personnalisées.

**Tableau 8 : Relation entre la Perceptions, la croyance sur la fécondité et l'utilisation des méthodes de PF chez les pronatalistes.**

Variables	modalités	utilisation des méthodes de pf		valeur chi2	ddl	p<0,05
		oui 119	non 265			
le nombre idéal d'enfants dans une famille	1 à 2	16	54	3,418a	2	0,181
	3 à 4	43	99			
	5 ou plus	60	112			
faire beaucoup d'enfants est une richesse ou un devoir dans votre culture	Oui	45	169	22,429a	1	0,000
	Non	74	96			
que pensez-vous de la planification familiale	c'est une bonne chose	12	75	29,929a	2	0,000
	c'est contraire à la culture/religion	72	86			
	je ne sais pas	35	104			
connaissance sur les MC	Oui	46	92	,553a	1	0,457
	non	73	173			
Types des mcm connue	pilules	43	119	11,010a	5	0,051
	préservatifs	39	80			
	injections	22	22			
	stérilet	2	8			
	implants	12	29			
	méthode naturelle	1	7			
importance de l'utilité de la planification familiale	espacer les naissances	25	63	7,445a	4	0,114
	réduire la taille de la	16	33			

	famille					
	protège la sante de la mère et enfant	18	27			
	ne sais pas	45	125			
	Autres	15	17			
favorable à l'utilisation de la planification familiale	Oui	9	39	11,685a	2	0,003
	Non	97	170			
	sans opinion	13	56			
est-ce que la planification familiale est bien acceptée à la communauté	Oui	19	89	37,939a	2	0,000
	Non	5	52			
	moyennement	95	124			

Il ressort de ce tableau croisé, les variables associés à la non utilisation des méthodes de planification familiale chez les pros natalistes. après analyse, une association largement significative au test de chi<sup>2</sup> à la non utilisation de la Planification familiale s'est lié à l'effet de faire beaucoup d'enfants est une richesse, de ne pas avoir les connaissances et

d'accepté moyennement la Planification familiale, ( $p < 0,000$ ) DTS; par ailleurs le nombre idéal des enfants, la connaissance sur les méthodes de planification familiale, n'était associée à l'utilisation des méthodes de pf, le test de chi<sup>2</sup> est largement non significatif avec  $p > 0,05$ .

**Tableau 9 : Relation entre la connaissance et l'Utilisation des méthodes de pf chez les pronatalistes.**

variables	Modalités	utilisation des méthodes de pf		valeur chi <sup>2</sup>	ddl	p<0,05
		oui 119	non 265			
influence des leaders sur l'opinion sur la PF	Oui	19	89	37,939a	2	0,000
	Non	5	52			
	je ne sais pas	95	124			
Accès aux services	gratuite de MC Modernes	34	43	49,947a	3	0,000
	Réduire le coût de service de PF	57	65			
	distribuer a la communauté	20	55			
	réduire la distance du lieu	8	102			

	d'approvisionnement					
que faudrait-il faire pour faciliter l'accès aux services	gratuite de mcm	42	145	21,135a	2	0,000
	Réduire le coût de service de pf	57	65			
	distribuer a la communauté	20	55			
causes de non utilisation	peur des effets secondaires	6	29	14,837a	4	0,005
	Conjoint pas d'accord	88	182			
	Religion	21	33			
	manque d'info	2	21			
	Accès difficile aux services	2	0			
seriez-vous prêt(e) à discuter avec un agent de santé de ces méthodes	Oui	43	135	9,379a	2	0,009
	Non	19	22			
	peut être	57	108			
quelles sources d'information vous inspirent le plus de confiance ?	leaders religieux	2	15	17,831a	5	0,003
	chef traditionnels	17	22			
	agents de sante	97	194			
	Medias	0	9			
	réseaux sociaux	1	21			
	membre de famille	2	4			
quel est le meilleur moyen de sensibiliser votre communauté	causerie éducatives	3	31	20,987a	4	0,000
	témoignage d'une amie	24	35			
	message religieux adapte	2	26			
	Sensibilisation à la radio	23	58			
	autres	67	115			

Les données de ce tableau démontrent les variables statistiquement très significatives et associées à la non utilisations des méthodes de PF par les pro-nataliste, respectivement  $p < 0,05$ .

**Tableau 10:Rrelation entre les recommandations communautaires et l'utilisation des méthodes de pf.**

Variables	modalités	utilisation des méthodes	valeur	ddl	$p < 0,05$
-----------	-----------	--------------------------	--------	-----	------------

		de pf		chi2		
		oui 119	non 265			
que faudrait-il faire pour améliorer l'acceptation de la pf dans votre communauté	formation de reco	12	68	12,951a	2	0,002
	implication des religieux	17	24			
	sensibilisation de la population	90	173			
que faudrait-il faire pour faciliter l'accès aux services	gratuite de mcm	72	71	39,933a	2	0,000
	reduire le coût de service de pf	9	37			
	distribuer a la communautee	38	157			
le message reçus, respectait-il les valeurs traditionnelles de votre communauté	oui	11	56	8,058a	1	0,005
	non	108	209			
il est possible d'enseigner la pf sans contrainte	oui	111	246	,025a	1	0,874
	non	8	19			

De ce tableau croisé entre les recommandations des enquêtés sur l'utilisation de service de la planification familiale, une association largement significative au test de Chi2 de Pearson à la non utilisation s'est montrée sur les variables suivantes :

Ce qu'il faudra faire pour amélioration de l'acceptation de la PF dans la communauté avec un [Khi2 :12,951a, ddl : 2, p<0,002] DS ;

Ce qu'il faudra faire pour faciliter l'accès aux services de PF, test positif dont [Khi2 :39,933a, ddl : 2, p<0,000] DTS ;

Le non-respect de message reçu sur les valeurs traditionnelles des coutumes de la communauté : [Khi2 :8,058a, ddl : 1, p<0,005] DS ;

Par contre la possibilité d'enseignement sur la planification familiale, n'était associée à l'utilisation des méthodes de PF, le test de Chi2 est largement non significatif avec p>0,874.

#### **IV.DISCUSSION**

Parlant des Informations Sociodémographiques des répondantes :Il ressort de notre étude ce qui suit : la tranche d'âge fréquente de notre étude était de 40 – 49 ans soit 27,3%, suivi de la tranche de 30 – 39 ans soit 25,3%. Le sexe féminin était majoritaire soit 58,9%. Le marié(e) était représentatif à 79,9%, le niveau d'éducation secondaire était à 37,8%. Les femmes désiraient avoir 6 -7 enfants soit 39,1% et la majorité des enquêtés étaient les employé à 34,1%.Les résultats de notre étude confirment ceux trouvés par SENKER B.(2023) dans son étude sur l'acceptabilité de la planification familiale chez les couples de la zone de santé de Ngaba qui a trouvé que 80% n'acceptent pas les méthodes contraceptives et n'utilisent presque pas (14%) par peur des effets secondaires.

Parlant des Connaissances, Perceptions et Croyances des populations pronatalistes sur la fécondité et la planification familiale, De ce tableau résulte, 44,8% des enquêtés qui disent que le nombre idéal d'enfants dans une famille doit être de 5 ou plus alors que 55,7% des enquêtés ont dit que faire beaucoup d'enfants est une richesse ou un devoir dans leur culture. De l'information sur la

Il ressort de notre dissertation, 64,1% de nos enquêtées n'avaient de connaissance sur les méthodes de la Planification familiale, la méthode la plus connue était le préservatif soit 31%. 44,3% des enquêtées n'ont pas des connaissances sur l'importance de la planification familiale. Nous notons que 69,5% ne sont pas favorables à l'utilisation des méthodes de PF, et la cause de non utilisation était à 33,3% de la peur des effets secondaires. Les résultats de notre étude corroborent avec ceux trouvés par BARUME, 2014 Qui, dans son étude, Dans l'ensemble, la majorité de ses enquêtées (87%) ont répondu qu'elles ont déjà entendu parler de la planification familiale. Seulement 13% ont dit qu'elles n'ont pas encore eu l'information sur la planification familiale. Les enquêtées affirment avoir reçu l'information lors des causeries éducatives animées par les prestataires des soins où 59% ont affirmé l'avoir reçu lors de la CPN et d'autres séances de CPS. 37% ont reçu l'information par des messages radiodiffusés. Par contre, d'autres ont entendu cela à travers leurs amies (4%). Selon nos recherches, notre cible est informée sur les méthodes contraceptives, mais certaines d'entre-elles ne les appliquent pas par crainte des effets secondaires, par ignorance de certaines méthodes efficaces pour prévenir une grossesse. D'autres contraintes sont liées à la religion.

Au sujet de l'acceptabilité de la planification familiale par les femmes en âge de procréer des

planification familiale, 56,5% reconnaissent avoir entendu parler de la planification familiale contre 43,5%. La pensée des répondantes sur la

planification familiale, 41,1% d'entre elles disent que c'est contraire à leur culture/religion.

communautés pronatalistes.

Par rapport à l'accès aux services de PF, 31,8% des enquêtés pensaient qu'il faut réduire le coût de service. 69% d'enquêtés n'utilisent pas les méthodes de PF contre 31% et la cause de non utilisation était plus le refus du conjoint soit 70,3%. 46,4% des enquêtes acceptaient discuté avec un

agent de santé sur la méthode choisie. Les résultats de notre étude, s'écartent de ceux du rapport de Save the Children, (2019) ayant pour titre l'acceptabilité et l'accessibilité des méthodes de la planification familiale du post-partum dans des établissements de santé dans onze formations sanitaires de six districts au Mali qui offre des perspectives bien que piétinantes pour la RDC en matière de planification familiale en post-partum. Nos résultats confirment ceux trouvés par le rapport de l'UNFPA/RDC, 2019 qui met en évidence une prévalence contraceptive moderne de 8% en 2014 et s'écartent des données de Robert, 2012. Les femmes mariées qui utilisaient la contraception : méthodes modernes étaient de 63% ; dont parmi elles : pilules 8%, le dispositif intra-utérin (DIU) 14%, l'injection des produits contraceptifs 4%, préservatif 6%, stérilisation masculine 4%, stérilisation féminine ou ligature des trompes 21% et autres méthodes modernes 1%. Pour les méthodes traditionnelles, l'abstinence périodique était de 3% des cas et le coït interrompu 4% (ROBERT, W RHINEHART, 2012).

En ce qui concerne la relation entre caractéristiques sociodémographiques et l'utilisation des méthodes de PF chez les pronatalistes.

Il résulte de notre étude, les variables non associées à l'utilisation de méthodes de planification familiale, après le test statistique de Chi2 qui révèle à p-value > 0,05. Ce qui signifie que l'Age, le sexe, le Statut matrimonial, le niveau d'étude, le nombre d'enfants et la profession, n'ont pas d'influence sur l'utilisation des méthodes de planification familiale. Partant de ces analyses, 68,5% des enquêtées pensent que pour améliorer l'acceptabilité de la PF, il faut la sensibilisation de la population par les RECO, Pour faciliter l'accès aux services 50,8% des enquêtées pensent que distribuer les méthodes de PF dans la communauté facilitera l'accès aux services de PF. En ce qui

concerne le message éducationnel sur la PF, 91,7% ont dit non et 92,7% n'étaient pas sûrs de la qualité de message diffusé.

Relation entre la Perceptions, la croyance sur la fécondité et l'utilisation des méthodes de PF chez les pronatalistes.

Il ressort de ce tableau croisé, les variables associées à la non utilisation des méthodes de planification familiale chez les pronatalistes. après analyse, une association largement significative au test de chi2 à la non utilisation de la Planification familiale s'est liée à l'effet de faire beaucoup d'enfants est une richesse, de ne pas avoir les connaissances et d'accepté moyennement la Planification familiale, ( $p < 0,000$ ) DTS; par ailleurs le nombre idéal des enfants, la connaissance sur les méthodes de planification familiale, n'était associée à l'utilisation des méthodes de pf, le test de chi2 est largement non significatif avec  $p > 0,05$ .

Observant les résultats de l'étude de breakthrough action (2023) sur RDC : Planification familiale, un sujet tabou pour plusieurs ménages (partenaire du PNSR/RDC). Une étude financée par l'USAID, menée dans les provinces du Sankuru, du Kasai Central et du Lualaba, elle a révélé que les normes sociales empêchent l'implication des hommes dans la prise de décision en matière de planification familiale, rendant ainsi ce sujet presque un tabou dans cette communauté. Deux années plus tard, nous sommes venus avec presque le même sujet et la même thématique, malgré les recommandations faites par la première étude, la nôtre confirme également que les normes sociales sont des facteurs associés à la non utilisation des méthodes contraceptives dans des communautés pronatalistes.

Relation entre la connaissance et l'Utilisation des méthodes de pf chez les pronatalistes.

Les recommandations des enquêtes sur l'utilisation de service de la planification familiale, une association largement significative au test de Chi2 de Pearson à la non utilisation s'est montrée sur les variables suivantes : Ce qu'il faudra faire pour améliorer de l'acceptation de la PF dans la communauté avec un [Khi2 :12,951a, ddl : 2, p<0,002] DS ; Ce qu'il faudra faire pour faciliter l'accès aux services de PF, test positif dont [Khi2 :39,933a, ddl : 2, p<0,000] DTS ; Le non-respect de message reçu sur les valeurs traditionnelles des coutumes de la communauté : [Khi2 :8,058a, ddl : 1, p<0,005] DS ; Par contre la possibilité d'enseignement sur la planification familiale, n'était associée à l'utilisation des méthodes de PF, le test de Chi2 est largement non significatif avec p>0,874.

La planification familiale constitue un droit fondamental des personnes. De plus, la planification familiale en général et l'espacement des naissances en particulier sont des stratégies permettant l'amélioration de l'état de santé de la population (FOUQUET E., 2014). En effet, elle contribue à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et à celle du nombre des grossesses non désirées qui peuvent mener aux avortements induits ; dont les complications causent 15% des décès maternels. Et, à ce titre la communication efficace, de qualité et adaptée aux cultures des communautés pronatalistes leur permettent d'y accéder délibérément en respectant les normes culturelles.

#### IV. CONCLUSION

Au terme de cette dissertation, Sa problématique tournait sur la question de savoir comment peut-on remédier à la problématique de faible utilisation des Méthodes de Contraception modernes par les femmes en évolution de reproduction c-à-d sexuellement actives dans des communautés

Pronatalistes. Le But poursuivi est de Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile afin de garantir une démographie harmonieuse au développement des Communautés Pronatalistes tout en améliorant la qualité de service de planification familiale. A l'issue de cette étude, nous avons trouvés que approche systémique de la planification familiale est une approche qui tient compte de la communauté tout en considérant l'histoire de la famille pour la reproduction des générations et influençant le comportement de la personne dans la communauté. Donc le type du message, qualité de message, le porteur du message et le contenu ont une influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives visant la protection de la santé maternelle et infantile.

#### REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AYAD M. (2003), Fécondité, EPSF.

BARIGEREKA L.(2022) :connaissances, attitudes et pratiques des femmes en âge de procréation sur la planification familiale dans la zone de santé de rutshuru. (cas de l'aire de santé de rutshuru (du 1er janvier 2022 au 31 mai 2022),Art,2022.

BENOIT V. (2017), Stratégie Nationale de la santé sexuelle, agenda 2017-2030, Ministère des affaires sociales et de la santé, République Française, France.

BONNET et GUILLOME (2004), Santé de la reproduction : une émergence des droits individuels.

FORRESTER J-J (1965), Principes des systèmes, presse universitaire de Lyon.

FORTIN et al. (2005), Fondements et étapes du processus de recherche, Montréal : chènevière éducation.

GASTINEAU B. et Coll. (2000), la relation fécondité-pauvreté, une étude de cas en Tunisie, IRD.

GUENGANT J.P (2014), Bénéficiaire du dividende démographique : Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la RDC, France.

GUENGANT J.P (2017), Dividende démographique et fécondité en Afrique subsaharienne, dynamiques de population en Afrique, colloque international, France.

INPES (2013), comment aider une femme à choisir sa contraception ?

LONGOSSO N. (2015), Rapport annuel des activités du PNSR-EQ 2014, Mbandaka.

LORENZETTI L. ET NEVEN M. (2001), démographie, famille et reproduction familiale : Un dialogue en évolution, famille et parenté.

MALONGA K. (2017), Séminaire de santé de reproduction, ECODOC, ISTM-KINSHASA.

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.

PNSR (2008), Politique nationale de la santé de reproduction de RD. Congo, Kinshasa.

PNSR (2014), Planification Familiale : plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020), MINISANTE, Kinshasa

PRB (2011), un guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes, INFORM EMPOWER ADVENCE.

TRANSFORMER (2015), Forum des entreprises et de l'investissement en Afrique, ADDIS-ABEBA.

WEMBODINGA (2017), Séminaire de questions approfondies de la santé mère et enfant, ECODOC, ISTM-KINSHASA.

WOLLAST E. et VEKEMANS M. (1993), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, ULB, Bruxelles.

YOU DI Y. (2010), perception et pratique de la planification familiale par les ménages de Mont-ngafula, UNIKIN, Kinshasa.

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.