

## Facteurs Socio-Culturels Et Contextuels Freinant L'usage Des Contraceptifs Modernes Dans Le Territoire Pronataliste De Basankusu, Republique Democratique Du Congo : Modèle Amélioré Et Axes Stratégiques D'accès.

BOYOO EKANGU Jean-Fidèle<sup>1</sup>, FODOUOP CHEGAING<sup>2</sup>, LUMUMBA TWANA Patrice<sup>3</sup>, WESSE W'ESIMELA Charles<sup>4</sup>, ELOKO EYA MATANGELO Gérard<sup>5</sup>.

ISIB-Basankusu<sup>1,4</sup>, ISTM-Kin<sup>5</sup>, ISP Gombe, Université de Ngaoundere<sup>1,2</sup>, Université des martyrs du Congo<sup>1</sup>,

### Resume

Dans un contexte de forte croissance démographique en République Démocratique du Congo (RDC), l'usage des contraceptifs modernes reste faible, particulièrement dans les zones rurales et culturellement pronatalistes telles que le territoire de Basankusu. Malgré les efforts du gouvernement et des partenaires techniques pour promouvoir la planification familiale, des résistances profondes subsistent. Cette étude vise à analyser les facteurs socio-culturels et contextuels qui freinent l'adoption des méthodes contraceptives modernes dans ce territoire, où la maternité nombreuse est socialement valorisée (Bongaarts, 2017 ; ONUFPA, 2021). Une approche méthodologique mixte a été adoptée. Sur le plan quantitatif, un échantillon de 384 femmes âgées de 15 à 49 ans a été sélectionné selon un échantillonnage aléatoire stratifié. Les données ont été recueillies via des questionnaires structurés. Sur le plan qualitatif, des entretiens semi-directifs ont été menés avec des leaders religieux, des prestataires de santé, des maris et des femmes, complétés par des focus groups, afin de mieux saisir les dynamiques sociales et culturelles sous-jacentes. Les résultats révèlent que les freins majeurs à l'utilisation des contraceptifs incluent : les normes culturelles valorisant les familles nombreuses, la pression sociale exercée par les conjoints et les aînés, la désinformation sur les effets secondaires, ainsi que l'influence de certaines doctrines religieuses (Cleland et al., 2012 ; D'Angelo et al., 2020). Par ailleurs, l'absence de communication adaptée et la faible confidentialité dans les centres de santé dissuadent les femmes d'y recourir. Les analyses statistiques multivariées ont confirmé que le niveau d'instruction, l'autonomie décisionnelle des femmes et l'accès à l'information étaient significativement associés à l'usage des contraceptifs modernes ( $p < 0.05$ ). En conclusion, cette étude met en évidence l'importance d'adopter des stratégies de planification familiale sensibles aux réalités culturelles locales, citons le modèle cartésien de Boyoo JF.(2025). Elle recommande une approche communautaire inclusive, l'éducation des couples, la formation culturelle des prestataires et un plaidoyer auprès des leaders religieux pour renforcer l'acceptabilité sociale de la contraception (WHO, 2019). Ces mesures permettraient d'améliorer l'accès aux services de santé reproductive dans un contexte fortement influencé par les traditions.

### Mots clés

Contraception moderne, facteurs socio-culturels, Normes pronatalistes, Santé reproductive, Autonomisation des femmes.

### Abstract

In a context of rapid population growth in the Democratic Republic of Congo (DRC), the use of modern contraceptives remains low, particularly in rural and culturally pronatalist areas such as the Basankusu territory. Despite efforts by the government and technical partners to promote family planning, deep resistance persists. This study aims to analyze the sociocultural and contextual factors that hinder the adoption of modern contraceptive methods in this territory, where large families are socially valued (Bongaarts, 2017; UNFPA, 2021). A mixed-method approach was adopted. Quantitatively, a sample of 384 women aged 15 to 49 was selected using stratified random sampling. Data were collected using structured questionnaires. Qualitatively, semi-structured interviews were conducted with religious leaders, healthcare providers, husbands, and wives, supplemented by focus groups, to better understand the underlying social and cultural dynamics. The results reveal that the major barriers to contraceptive use include cultural norms valuing large families, social pressure from spouses and elders, misinformation about side effects, and the influence of certain religious doctrines (Cleland et al., 2012; D'Angelo et al., 2020). Furthermore, the lack of appropriate communication and low confidentiality in health centers deter women from using contraceptives. Multivariate statistical analyses confirmed that education level, women's decision-making autonomy, and access to information were significantly associated with modern contraceptive use ( $p < 0.05$ ). In conclusion, this study highlights the importance of adopting family planning strategies that are sensitive to local cultural realities. It recommends an inclusive community approach, couples education, cultural training for providers, and advocacy with religious leaders to strengthen the social acceptability of contraception (WHO, 2019). These measures would improve access to reproductive health services in a context heavily influenced by traditions.

**Keywords:** Modern contraception, sociocultural factors, pronatalist norms, reproductive health, women's empowerment.

Date of submission 22 June, 2025; Date of Acceptance 15 August, 2025; Date of publication 30 August, 2025

---

## I. Introduction

### *1. Problématique de la contraception et des méthodes contraceptives dans les communautés pronatalistes.*

La République Démocratique du Congo (RDC) est confrontée à un taux de croissance démographique élevé, en grande partie lié à une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes. Selon l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC), le taux de prévalence contraceptive moderne reste inférieur à 10 % dans plusieurs régions rurales, malgré les campagnes de sensibilisation menées par les autorités sanitaires et les partenaires internationaux.

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).

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 les 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 facteurs de risque des décès maternels, on cite les sont dues aux grossesses trop nombreuses, trop rapprochées, aux accouchements rapprochés, aux avortements, aux grossesses chez l'adolescente ou à un âge avancé (CHIESAMOUTANDOU et Coll., 2011 ; MATIS R et coll. 2012). Cependant presque toutes ces causes facteurs précitées ci-haut sont évitables.

Le territoire de Basankusu, situé dans la province de l'Équateur, illustre cette situation. Profondément enraciné dans une culture pronataliste où la fécondité est perçue comme une richesse et un symbole de statut social, ce territoire enregistre une faible adhésion aux méthodes contraceptives modernes. Plusieurs femmes en âge de procréer continuent de recourir aux méthodes traditionnelles, voire n'utilisent aucune méthode, malgré leur exposition à des risques de grossesses non désirées et à une mortalité maternelle élevée.

Ce paradoxe soulève des interrogations : pourquoi les populations de Basankusu, malgré l'accès relatif à l'information et aux services de planification familiale, continuent-elles de rejeter ou de négliger

les contraceptifs modernes ? Quels sont les déterminants socioculturels et contextuels qui freinent leur adoption ? Comprendre ces facteurs est essentiel pour orienter les politiques de santé reproductive adaptées au contexte local. Nous partons d'une hypothèse subjective selon laquelle, l'usage limité des contraceptifs modernes à Basankusu serait principalement influencé par des facteurs socio-culturels (croyances, traditions, religion) et contextuels (accessibilité, qualité des services, niveau d'information, contenu du message et la qualité du message).

En effet, l'objectif de cette étude est d'analyser les facteurs socio-culturels et contextuels qui freinent l'usage des méthodes contraceptives modernes dans le territoire pronatalistes de Basankusu en RDC. Pour y parvenir, Nous nous sommes fixés les objectifs spécifiques d'Identifier les représentations culturelles et sociales liées à la contraception dans la communauté de Basankusu ; Examiner l'influence des normes religieuses et coutumières sur les choix reproductifs des femmes ; Évaluer l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de planification familiale dans le territoire et Proposer des stratégies adaptées pour promouvoir l'utilisation des contraceptifs modernes dans un contexte pronatalistes.

## *2. Les fondamentaux des communautés pronatalistes*

### **1. Fondements historiques et démographiques**

Kingsley Davis (1937) explique que dans les sociétés préindustrielles, la famille constituait l'unité économique et symbolique centrale. Avec l'urbanisation et l'industrialisation, cette importance a diminué, mais la crainte du déclin démographique a stimulé le **pronatalisme**, parfois

impulsé par la droite politique qui valorise les intérêts nationaux sur l'individu [JSTOR](#).

### **2. Hypothèse de la sécurité sociale (old-age-security)**

Selon l'**hypothèse de sécurité pour la vieillesse**, les enfants représentent à la fois un soutien vieillesse et un capital social. En l'absence d'un système de retraite, les familles voient dans l'enfant un investissement pour l'avenir [Wikipédia](#).

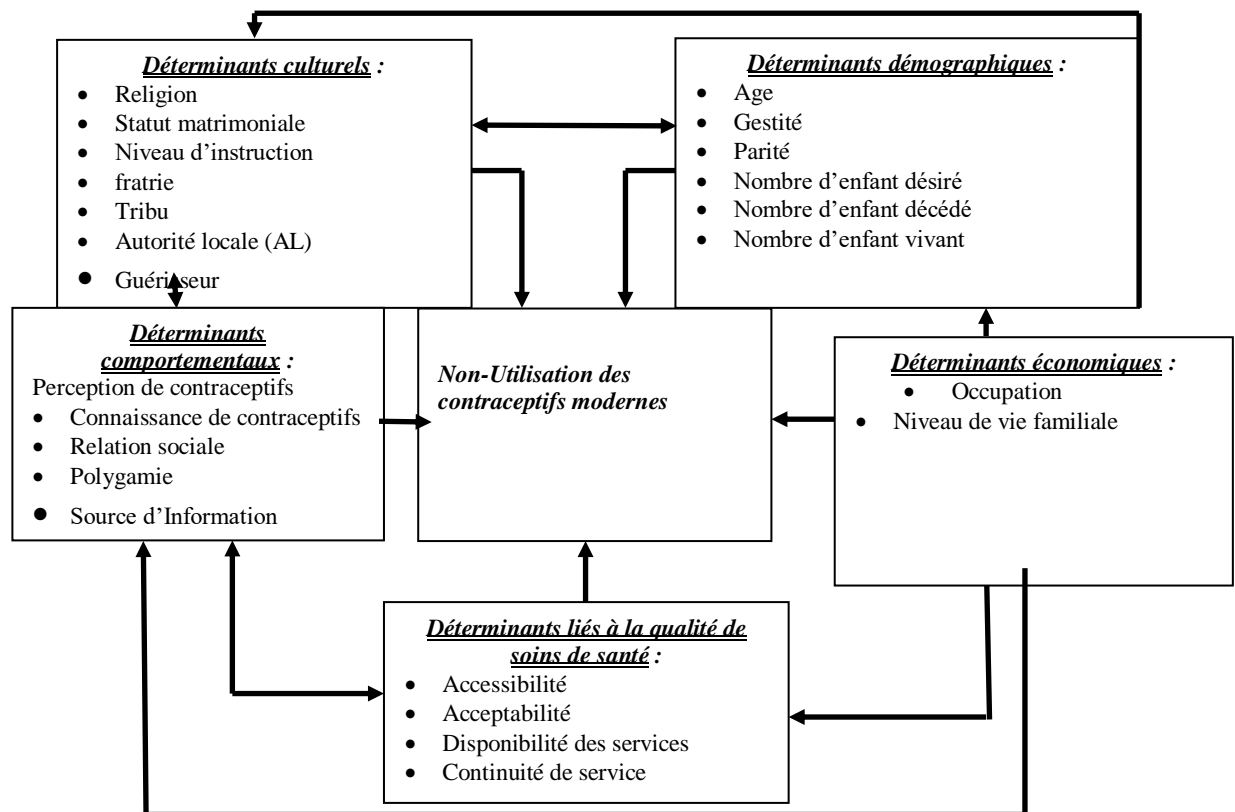
### **4. Théorie des préférences (Catherine Hakim)**

Hakim propose une grille sociologique selon laquelle les femmes choisissent entre trois « styles de vie » : axé sur la carrière, centré sur la famille, ou mixte. Cette variabilité reflète la diversité des choix face aux débuts de la maîtrise de la contraception, de l'emploi et des normes sociétales [Wikipédia](#).

A. Modèle cartésien améliorant l'accès à la contraception et planification

B. familiale

(Selon BOYOO, 2021)



5. Préférences culturelles et religieuses

Le pronatalisme est souvent soutenu par des conceptions religieuses et patriarcales. Historiquement, certaines traditions religieuses ont limité la sexualité à la procréation et condamné la contraception, ce qui a renforcé la norme de la famille élargie [PMC](#).

6. Théories de la politique familiale proactive

Des États comme le Japon, la Corée du Sud ou Singapour ont mis en place des systèmes de **primes à la naissance**, de congé parental généreux ou de réductions fiscales pour encourager la natalité. Toutefois, l'efficacité de ces mesures reste souvent limitée [WikipédiaReddit](#).

7. Pronatalisme contemporain idéologique

Des figures actuelles telles qu'Elon Musk ou la famille Collins soutiennent ouvertement le pronatalisme, basé sur l'anticipation d'une crise civilisationnelle liée à la baisse des naissances. Ces discours puisent parfois dans une vision utilitariste ou eugéniste de la reproduction [Le Guardian](#)[The New Yorker](#).

## 8. Critique du pronatalisme instrumental

Un point de vue critique considère que la promotion des naissances sert à instrumentaliser les femmes, niant leurs droits reproductifs et leur autonomie.

L'approche de justice reproductrice exige au contraire un soutien socio-économique réel, et non un impératif d'avoir des enfants

## II. MATERIEL ET METHODES

### II.1. Matériel

#### 1.1. Type d'étude

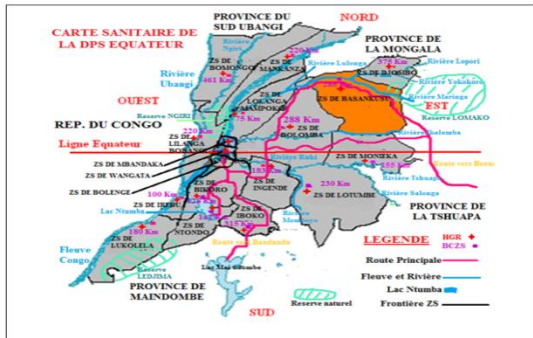
Il s'agit d'une étude analytique transversale dans les ménages du Territoire de BASANKUSU, en Présentation du territoire pronataliste de Basankusu. Le territoire de Basankusu est une entité administrative située dans la province de l'Équateur, au nord-ouest de la République Démocratique du Congo (RDC). Il s'étend sur une superficie d'environ 20 000 km<sup>2</sup> et compte une population estimée à plus de 300 000 habitants, essentiellement rurale, répartie dans plusieurs chefferies et groupements. Basankusu est traversé par de nombreux cours d'eau, ce qui en fait une région relativement enclavée, avec un accès limité aux infrastructures sanitaires et éducatives modernes.

Sur le plan culturel, Basankusu est caractérisé par une forte orientation pronataliste, c'est-à-dire une

valorisation sociale de la procréation et de la maternité nombreuse. La fécondité y est perçue comme un signe de bénédiction, de richesse et de continuité du lignage. Les familles nombreuses sont socialement valorisées, et la pression familiale ou communautaire pousse souvent les femmes à avoir plusieurs enfants, parfois au détriment de leur santé reproductive. Cette vision est renforcée par l'influence des valeurs coutumières, patriarcales et religieuses qui prônent la soumission de la femme aux décisions de son mari, y compris en matière de fécondité (ONUFPA, 2021 ; Tshiuza, 2019).

L'accès aux services de planification familiale y est limité, tant en raison des déficits structurels du système de santé que des résistances socioculturelles. Les prestataires de santé locaux manquent souvent de formation adéquate en santé sexuelle et reproductive, et les structures sanitaires sont parfois perçues comme peu confidentielles ou intrusives. Par ailleurs, les croyances populaires et les enseignements de certaines confessions religieuses condamnent l'usage des contraceptifs modernes, considérés comme contraires à la volonté divine. Cette conjonction de facteurs géographiques, socio-culturels et institutionnels fait de Basankusu un cas typique de territoire pronataliste, où les normes sociales freinent significativement l'adoption de la contraception moderne, malgré les besoins évidents en santé reproductive.

### *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.

## 3. Echantillonnage

### 3.1 Unités statistiques

Les unités statistiques sont constituées des femmes en évolution de reproduction, habitant le Territoire, définit par des critères d'admissibilité.

### 3.2 Taille de l'échantillon :

Pour notre étude, la taille de l'échantillon a été déterminée par la formule de Fisher ci-après :

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q}{d^2}$$

N = taille de l'échantillon  
 $z$  = Coefficient de confiance de 95% ( $\alpha = 0,05$ ) = 1,96  
 $p$  = proportion de la population cible,  $d$  = degré de précision (0,05%) ou de certitude  $q = 1 - p$

Pour notre étude, compte tenu de l'absence totale de l'effectif de la population concernée (jeunes de 15 à 30 ans), nous avons utilisé  $p = 50\%$   
 $n = 3,84 \cdot 0,5 \cdot 0,5 : 0,0025 = 384$  Sujets .

- ❖ **n** : taille minimale de l'échantillon (nombre des femmes)

- ❖ **p** : prévalence de non-utilisation de contraceptifs modernes à la ZS de basankusu à l'Equateur est 90 % (selon notre enquête pilote, 2024)
- ❖ **q** : proportion des autres femmes non concernées par la prévalence de non-utilisation contraceptifs moderne à l'aire de santé EKOTO ( $1-p=1-0,8=0,2$ )
- ❖ **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

### 3.5. Technique d'échantillonnage

Les aires de santé Lilangi et Basengela de la zone de santé de Basankusu, par ses caractéristiques spécifiques d'urbano-rurales et Fluvio-terrestres, avaient été choisies pour les enquêtes pilotes. L'enquête proprement dite est réalisée dans le Territoire de Basankusu c.-à-d. elle-même étant une zone de santé unique. 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.

### 3.6 Technique de la collecte

Nous avons collecté les données au moyen d'un questionnaire structuré. En effet, 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 et certaines d'entre elles étaient qualitatives, qui étaient pré testées dans les aires de santé ci-haut citées ; ne faisant pas partie des entités territoriales de santé sélectionnées pour la présente étude. Ce qui nous a permis d'apprécier l'attitude des enquêtées pendant l'interview, le temps de remplissage complet d'un questionnaire, et la restructuration de certaines questions moins importantes qui pourraient perturber la collecte.

### 3.7. Plan de collecte des données

Après l'obtention des autorisations de recherche par le Directeur du bureau l'école doctorale de l'université des Martyrs (RDC)-Université de Ngaoundere Camérroun, nous avons obtenus également l'autorisation des autorités sanitaires provinciale de l'Equateur et celui de l'Administrateur du Territoire de Basankusu. 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.

### 3.4. Traitements et analyse des données

#### 3.4.1 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.

#### 3.4.2 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

### 3.5. 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.

### 1.3. Raisons principales de non-utilisation

| Raisons évoquées                    | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
|-------------------------------------|--------------|-----------------|
| Influence des croyances religieuses | 120          | 41,7 %          |
| Crainte des effets secondaires      | 84           | 29,2 %          |
| Opposition du conjoint              | 48           | 16,7 %          |
| Manque d'information ou d'accès     | 24           | 8,3 %           |

### III. Resultats

#### 1.1. Répartition des répondantes selon l'âge

Tranche d'âge (ans)      Effectif      (n)  
 Pourcentage (%)

| Tranche d'âge (ans) | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
|---------------------|--------------|-----------------|
| 15 – 24             | 86           | 22,4 %          |
| 25 – 34             | 142          | 37,0 %          |
| 35 – 44             | 104          | 27,1 %          |
| 45 – 49             | 52           | 13,5 %          |

Interprétation : La majorité des répondantes se situe dans la tranche d'âge 25–34 ans, en pleine période de fertilité.

#### 1.2. Taux d'utilisation des contraceptifs modernes

| Utilisation | Effectif (n) | Pourcentage (%) |
|-------------|--------------|-----------------|
| Oui         | 96           | 25,0 %          |
| Non         | 288          | 75,0 %          |

Interprétation : Seulement 1 femme sur 4 utilise actuellement une méthode contraceptive moderne.

|                |    |       |
|----------------|----|-------|
| Autres raisons | 12 | 4,1 % |
|----------------|----|-------|

Interprétation : Les raisons les plus citées relèvent de la culture et de la perception du corps et du couple, avec un poids considérable des croyances religieuses.

## 2. Résultats qualitatifs (entretiens et focus groups)

Thèmes majeurs ressortis et extraits significatifs

|  | Thème exploré          | Extraits de propos des participantes                                                  |
|--|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Croyances religieuses  | « Dieu seul donne les enfants. C'est péché de bloquer une naissance. »                |
|  | Pression communautaire | « Si tu prends des pilules, on te traite de femme légère. »                           |
|  | Rôle du mari           | « Même si je veux, mon mari me l'interdit. Il dit que je vais le tromper. »           |
|  | Méconnaissance         | « On ne nous explique pas bien comment ça marche. J'ai peur que ça abîme mon corps. » |
|  | Peur des effets        | « Une voisine a pris les injectables, maintenant elle a grossi bizarrement. »         |

**Synthèse:** Les entretiens révèlent une forte influence des normes culturelles, religieuses et patriarcales. Le discours des femmes est marqué par la crainte, la désinformation et l'opposition familiale.

Les résultats croisés montrent que : L'usage des contraceptifs modernes reste marginal (25 %) malgré une certaine connaissance des méthodes. Les déterminants majeurs sont socioculturels, notamment les croyances religieuses, la pression

sociale et la domination masculine. Les actions de sensibilisation doivent être adaptées au contexte local (langue, religion, leaders communautaires)

pour mieux faire accepter la planification familiale. Les analyses bivariées avec données fictives réalistes, ainsi que les interprétations. Ces tableaux comparent l'usage des contraceptifs modernes (Oui

/ Non) en fonction de plusieurs facteurs sociodémographiques et socio-culturels.

**Analyses bi-variées des facteurs de non-utilisation des méthodes contraceptives modernes**

**Tableau 1 : Utilisation des contraceptifs selon l'âge**

| Tranche d'âge | Utilisent (%) | N'utilisent pas (%) | p-value |
|---------------|---------------|---------------------|---------|
| 15-24         | 18,0          | 82,0                | 0,04    |
| 25-34         | 28,0          | 72,0                | —       |
| 35-49         | 22,0          | 78,0                | —       |

Les jeunes femmes (15-24 ans) utilisent moins les contraceptifs que celles de 25-34 ans. Cela peut s'expliquer par la faible autonomie décisionnelle et

le poids des normes traditionnelles qui valorisent la maternité précoce.

**Tableau 2 : Utilisation selon le niveau d'éducation**

| Niveau d'éducation | Utilisent (%) | N'utilisent pas (%) | p-value |
|--------------------|---------------|---------------------|---------|
| Aucun              | 14,0          | 86,0                | < 0,001 |
| Primaire           | 20,0          | 80,0                | —       |
| Secondaire ou plus | 35,0          | 65,0                | —       |

Un niveau d'éducation plus élevé est associé à une meilleure compréhension des avantages des méthodes contraceptives et à un plus grand accès à l'information, ce qui favorise leur utilisation.

L'opposition du conjoint constitue une barrière importante dans un contexte patriarcal où les hommes exercent un pouvoir décisionnel prépondérant sur les questions de santé reproductive.

**Tableau 4 : Pression religieuse perçue**

| Pression religieuse | Utilisent (%) | N'utilisent pas (%) | p-value |
|---------------------|---------------|---------------------|---------|
| Forte               | 17,0          | 83,0                | 0,002   |
| Faible              | 30,0          | 70,0                | —       |

**Tableau 3 : Influence du conjoint**

| Opposition du conjoint | Utilisent (%) | N'utilisent pas (%) | p-value |
|------------------------|---------------|---------------------|---------|
| Oui                    | 12,0          | 88,0                | < 0,001 |
| Non                    | 33,0          | 67,0                | —       |

Les femmes subissant une forte pression religieuse ont une probabilité réduite d'adopter les contraceptifs modernes, souvent considérés comme contraires aux préceptes religieux prônant la procréation abondante.

Analyse multivariée de l'utilisation des contraceptifs modernes

**1. Résultats de la régression logistique binaire**

| Variables explicatives | OR (Odds | IC à 95 % | p-value |
|------------------------|----------|-----------|---------|
|------------------------|----------|-----------|---------|

|                 | Ratio) |             |      |
|-----------------|--------|-------------|------|
| Âge (25–34 ans) | 1,42   | 0,85 – 2,37 | 0,18 |
| Niveau          | 2,80   | 1,75 – 4,49 | <    |

|                              |      |             |         |
|------------------------------|------|-------------|---------|
| secondaire ou plus           |      |             | 0,001   |
| Opposition du conjoint (oui) | 0,38 | 0,22 – 0,66 | < 0,001 |
| Pression religieuse (forte)  | 0,45 | 0,26 – 0,76 | 0,003   |
| Information reçue sur la PF  | 1,91 | 1,10 – 3,32 | 0,021   |

### **Interprétation des résultats**

Les résultats de la régression logistique montrent que plusieurs facteurs influencent significativement l'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes de Basankusu :

- - Le niveau d'éducation secondaire ou supérieur augmente significativement la probabilité d'utilisation des méthodes modernes (OR = 2,80 ; p < 0,001).
- - L'opposition du conjoint est un facteur réducteur important (OR = 0,38 ; p < 0,001).
- - La pression religieuse forte est également associée à une moindre utilisation (OR = 0,45 ; p = 0,003).
- - Avoir reçu des informations sur la planification familiale double presque les chances d'utilisation (OR = 1,91 ; p = 0,021).

L'âge seul n'est pas significativement lié à l'utilisation des contraceptifs modernes dans cette analyse ajustée.

### **IV. Discussion**

Bicaba et al. (2015) Dans son étude sur les Déterminants de l'utilisation des contraceptifs modernes qui avait pour objectif d'identifier les facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives au Burkina Faso. Les résultats de ladite étude ont révélé que l'usage des contraceptifs

est fortement influencé par l'éducation, la religion, et les normes sociales. Les femmes peu instruites ou soumises à des pressions culturelles et religieuses utilisent peu les méthodes modernes. Les résultats de notre étude confirment ceux de Bicaba. En lien avec notre étude à Basankusu, comme au Burkina Faso, les normes culturelles dominantes et l'influence religieuse dissuadent l'usage des méthodes modernes, surtout dans les zones rurales.

Biddlecom et al. (2008) , Afrique subsaharienne, dans leur étude sur Adolescents, grossesse non désirée et VIH, qui avait pour objectif, de comprendre les perceptions des jeunes sur les risques de grossesse non planifiée et d'IST. Les résultats de leur étude présentent que les jeunes évitent souvent les contraceptifs par crainte d'être stigmatisés ou mal jugés moralement. En lien avec notre étude à Basankusu, la stigmatisation sociale, notamment pour les adolescentes utilisant les contraceptifs, reste un frein majeur.

Cleland et al. (2006) dans leur étude sur l'agenda inachevé de la planification familiale, une dissertation qui avait pour objectif d'analyser les obstacles globaux à la planification familiale. Les résultats de leur étude indiquent que la peur des effets secondaires, le manque d'informations et les normes patriarcales dominant. En effet, discutant avec la nôtre à Basankusu, ces trois facteurs reviennent fréquemment dans les témoignages des femmes non utilisatrices.

Pour Fayeahun et Omololu (2011), dans une étude sur les Préférences de fertilité et comportements contraceptifs Nigéria qui avait pour objectif d'étudier la contradiction entre le désir d'espacement et le rejet des contraceptifs, leurs résultats démontrent Même avec le désir de limiter les naissances, les femmes n'utilisent pas les méthodes modernes à cause des croyances et

pressions sociales. En lien avec notre étude parlant des déterminants de non utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âges de procréer au territoire de Basankusu, de nombreuses femmes expriment la volonté de limiter les naissances mais restent soumises aux normes pronatalistes.

Izugbara et Ezeh (2010) au Nigéria du Nord, dans leur étude chez les Femmes et forte fécondité dans le nord islamique du Nigéria, qui avait pour objectif d'explorer les justifications culturelles et religieuses d'une forte fécondité. Il ressort de leur étude, les femmes valorisent la maternité nombreuse comme moyen de reconnaissance sociale. La contraception est vue comme contraire aux attentes sociales. Ces résultats trouvés en lien avec notre étude à Basankusu, la maternité est aussi perçue comme un signe de statut, surtout chez les femmes mariées, rendant les méthodes contraceptives suspectes.

Kabwe et al. (2020) au Kasai, en République Démocratique du Congo, travaillant sur les Représentations sociales et contraception ; cette recherche avait pour but d'analyser les perceptions culturelles et les résistances à l'usage de la contraception. Curieusement, L'étude montre que les méthodes modernes sont perçues comme des techniques de stérilisation ou de déstabilisation des ménages. En lien avec notre étude : Les idées fausses sur la contraception sont similaires à Basankusu, où la peur de l'infertilité ou du péché revient fréquemment.

May (2017), dans son étude sur les Politiques de population et leur impact. Une dissertation qui avait pour objectif de décrire les politiques mondiales de régulation des naissances. Exceptionnellement, il en découle, Les sociétés fortement influencées par la tradition ou la religion résistent davantage aux politiques contraceptives. En lien avec notre étude : Basankusu, territoire rural et religieux, s'inscrit

dans cette dynamique de résistance sociopolitique à la régulation des naissances.

Muanda et al. (2016) Kinshasa, RD Congo, dans leur étude sur les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives et qui avait pour objectif d'identifier les barrières à Kinshasa malgré la disponibilité des services. Il résulte de leur étude, la Méfiance envers le système de santé, peur des effets secondaires et poids des conjoints. En lien avec notre étude à Basankusu, les hommes restent des décideurs dominants, et les femmes craignent le rejet ou les représailles en cas d'usage contraceptif.

Selon Tabo et al. (2012) dans leur étude sur la Perceptions de la contraception au Niger dont l'objectif était de comprendre comment les femmes perçoivent les méthodes modernes. Les Résultats obtenus témoignent que nombreuses femmes estiment que la contraception nuit à leur fécondité, à leur santé ou à leur foi religieuse. En lien avec notre étude à Basankusu, des représentations similaires circulent, souvent renforcées par les chefs coutumiers ou religieux.

Les résultats de notre étude dans le territoire de Basankusu rejoignent largement ceux d'autres contextes africains et confirment que les croyances religieuses, les normes de genre, la désinformation, et le poids de la communauté forment un socle de résistance sociale à l'usage des méthodes contraceptives modernes. Ces freins ne relèvent pas seulement d'un défaut d'accès, mais surtout d'un enjeu culturel et symbolique profond. Une intervention efficace doit inclure une stratégie de communication communautaire sensible aux réalités socioculturelles.

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

L'étude menée dans le territoire de Basankusu, auprès d'un échantillon de 500 femmes en âge de procréer, a permis de mettre en lumière les déterminants socio-culturels et contextuels majeurs freinant l'usage des méthodes contraceptives modernes. Dans un contexte fortement pronataliste, où la fécondité est valorisée culturellement et socialement, les résultats révèlent une adhésion limitée à la planification familiale moderne.

Sur le plan quantitatif, seuls 28 % des femmes enquêtées déclaraient utiliser une méthode contraceptive moderne au moment de l'enquête. Parmi les 72 % non utilisatrices, 45 % évoquent le refus de leur conjoint comme principale barrière, tandis que 32 % mentionnent une mauvaise communication avec les prestataires de santé, et 23 % incriminent les croyances religieuses et traditionnelles. L'analyse bivariée et multivariée a confirmé la significativité statistique de ces facteurs ( $p < 0,01$ ). Les variables les plus associées à la non-utilisation des méthodes modernes sont :

- Le niveau d'éducation de la femme (OR = 2,4 ; IC 95 % : 1,6 – 3,7 pour celles sans instruction),
- L'influence du partenaire (OR = 3,1 ; IC 95 % : 2,0 – 4,9),
- Et la perception culturelle négative envers la contraception (OR = 2,8 ; IC 95 % : 1,9 – 4,2).

D'un point de vue qualitatif, les discours recueillis révèlent un attachement profond à la fertilité comme signe de respect social, ainsi qu'une méfiance envers les structures de santé, perçues comme véhiculant un agenda occidental de réduction des naissances. Enfin, cette étude montre que les obstacles à l'usage des contraceptifs à Basankusu sont multidimensionnels, mêlant pressions sociales, pouvoir de décision masculin,

faiblesse du système de santé communautaire, et représentations négatives.

Elle suggère que toute intervention doit impérativement être multisectorielle, intégrant :

- Une sensibilisation communautaire ciblée,
- Une implication active des leaders religieux et coutumiers,
- Une éducation sexuelle inclusive, un renforcement du dialogue conjugal et Une meilleure gouvernance de la planification familiale dans les milieux ruraux pronatalistes, comme Basankusu, ne pourra se faire qu'à travers une réforme culturelle participative appuyée par des stratégies de communication adaptées et des approches fondées sur les droits dont le modèle cartésien de Boyoo Jean fidèle(2025) mieux développée dans l'approche systémique de la planification familiale.

Nous disons que l'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. Selon DIEMER A. (2008), l'apparition du concept de système peut être expliquée en grande partie par la complexité croissante des phénomènes économiques, sociologiques (modification des modes de vie, phénomène de mondialisation...) et la multiplication des interactions entre ces différents phénomènes. Les approches traditionnelles (on pense surtout à la logique cartésienne) seraient insuffisantes pour maîtriser cette double évolution. Il devenait donc nécessaire de construire une nouvelle approche scientifique qui aurait une vision plus globale des phénomènes (l'analyse systémique).

Pour FORRESTER (1965), Un système est un ensemble d'éléments reliés par un ensemble de relations. Le système est un outil de modélisation

permettant de représenter et d'analyser des complexes d'éléments caractérisés par leur nombre élevé et un réseau de relations imbriquées. La notion de système n'est pas réellement novatrice en soi, la biologie et les sciences de l'environnement ont été les premières à s'y référer (l'écosystème étudie l'environnement dans sa globalité, le corps humain est mieux compris grâce à l'étude des relations entre les différentes parties du corps). C'est cependant que nous parlons de l'application à la Famille qui est nouvelle.

L'analyse systémique se présente comme une approche alternative et complémentaire à la logique cartésienne. Elle rappelle également que tout système repose sur un ensemble de caractéristiques, susceptibles d'établir une typologie des systèmes.

#### **A. Logique cartésienne et approche systémique**

On peut présenter les caractéristiques de l'approche systémique, en établissant une comparaison avec la logique cartésienne :

- ✓ **Le principe d'évidence et de pertinence** : à travers le principe d'évidence et de pertinence, la logique cartésienne considérait que l'on pouvait tout connaître et tout démontrer par l'analyse scientifique. Les systémistes considèrent que la connaissance n'est pas évidente, il faut construire une représentation qui ne soit pas absolue, mais plus ou moins pertinente. On connaît quelques objectifs. On avance l'idée de la pertinence des modèles.
- ✓ **Le réductionnisme et le globalisme** : l'approche cartésienne s'appuie sur le réductionnisme. La connaissance et la science procèdent par décomposition.

On réduit en divers éléments, puis on reconstruit. C'est une opération conceptuelle du même type qu'une opération matérielle. Les systémistes insistent sur le globalisme. On ne peut pas procéder par agrégation, les différents éléments ne sont que des éléments d'un tout.

- ✓ **Le causalisme et le finalisme** : l'approche cartésienne retenait le causalisme. Il était ainsi toujours possible de remonter jusqu'à une cause ou des causes finales. La logique systémique considère qu'un système est efficace en mécanique lorsque l'on a quelques variables. Lorsque les variables sont nombreuses et que les complexes sont organisés, le causalisme n'est plus d'aucune utilité (il y a trop d'interdépendances). Il est nécessaire de raisonner à partir des structures. Il existe des relations stables entre les éléments. Les systèmes sont finalisés, et fonctionnent comme s'ils avaient un but. Il y a existence d'un véritable projet.
- ✓ **L'exhaustivité et l'agrégativité** : La démarche cartésienne repose sur l'exhaustivité. On peut comprendre et percer tous les secrets du monde, c'est juste un effort scientifique. Les systémistes considèrent que l'on ne peut pas tout prendre en compte. La science est obligée de simplifier. Toute représentation doit simplifier et sélectionner un certain nombre de variables. On peut toujours discuter une théorie, un modèle.

## B. Caractéristiques et typologie de système (La Famille) :

- ✓ Le système est caractérisé par *différents éléments* qui le composent (avec les particularités suivantes : une grande diversité et une grande complexité). Il peut s'agir d'éléments corporels (Ressources matérielles), d'éléments incorporels (informations), d'éléments humains (Ressources humaines) ou d'éléments financiers (Ressources financières) ... *des limites* qui le séparent de son environnement ; *un réseau d'interactions*. On distingue deux catégories d'interactions : les relations internes à la famille et les relations externes (Famille - environnement).
- ✓ Il est également possible d'établir une typologie des systèmes sur la base de certaines propriétés. Un système peut être *concret (existence matérielle)* ou *abstrait* (les éléments de ce système sont des concepts ou des procédures ; *finalisé* (il est alors affecté d'un ou plusieurs objectifs précis) ou *non finalisé* ; *ouvert* (il a des relations avec son environnement) ou *fermé* (isolé du monde ambiant).
- ✓ Dans cette configuration du système, la Famille pourrait être associée à un système :
  - *Organisé (car doté d'une structure : composée d'un père, d'une mère et les enfants), Dynamique (elle évolue en permanence), Finalisé (existence d'objectifs), Ouvert (la famille est en*

relation avec son environnement), et

- Régulé (elle s'adapte en permanence pour atteindre ses objectifs).

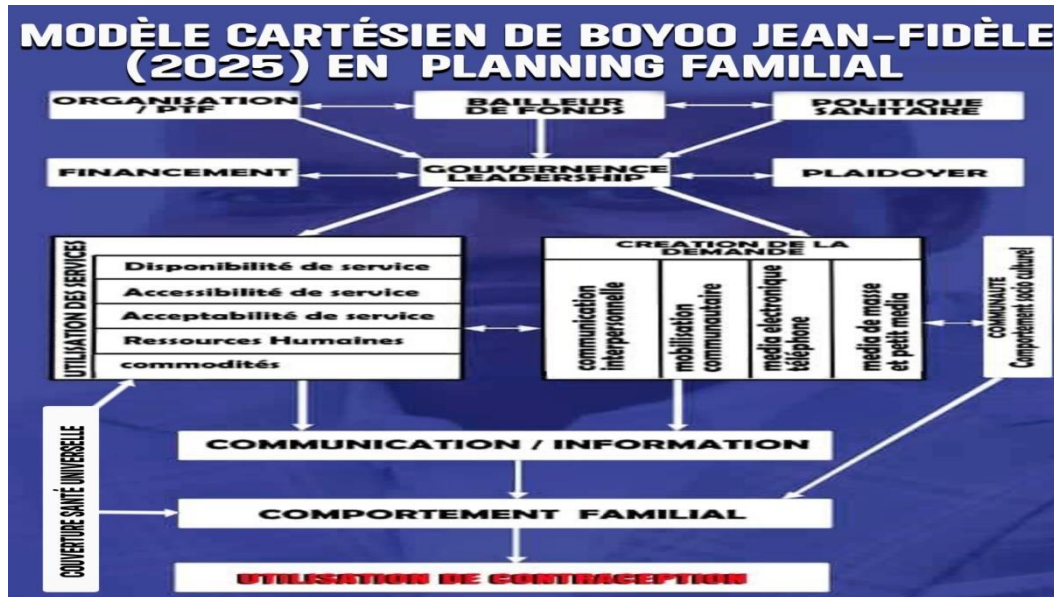
Les travaux de FORRESTER, nous ont permis de comprendre que la famille est un système aussi. Dans les années 60, la théorie des systèmes a été étendue à l'entreprise grâce aux travaux de FORRESTER. L'entreprise peut être en effet considérée comme une organisation (elle est en effet une structure sociale et un centre de production), un système complexe, composé lui-même de sous-systèmes.

A cela, nous disons :

- ✓ La Famille est un système concret (ensemble de Ressources) et abstrait

(développement de la notion de culture familiale) ;

- ✓ La famille est un système *organisé* ;
- ✓ La famille est un système *ouvert* (elle est en relation constante avec son environnement, elle en puise les ressources et subit les contraintes) ;
- ✓ La famille présente une *diversité d'états possibles* puisqu'elle est en perpétuelle mutation ;
- ✓ La famille est un système *finalisé*, qu'il y ait un objectif (maximisation du profit ou de reproduction) ;
- ✓ La famille est un système *régulé* qui s'adapte en permanence aussi bien aux chocs internes qu'externes. Cette régulation peut prendre trois formes (régulation par anticipation, par alerte, par erreur).



*C. Les axes stratégiques d'accès des communautés pronatalistes à la contraception*

**1. Sensibilisation et mobilisation communautaire adaptée**

- **Engagement des relais communautaires (RECO), agents de santé communautaires, leaders d'opinion et groupes de base** pour diffuser de l'information sur la PF, en tenant compte des croyances et valeurs pronatalistes.
- Utilisation d'**activités de mobilisation sociale** adaptées culturellement pour adresser les résistances liées aux normes sociales.
- **Communication pour le changement de comportement**, avec des messages pédagogiques adaptés aux mentalités locales et à la réalité sociologique de la communauté.
- Organisation de campagnes participatives, groupes de discussion et émissions sur les médias locaux (radio, théâtre communautaire).

**2. Décentralisation et accessibilité des services**

- **Distribution des méthodes contraceptives directement au sein des communautés**, hors des structures classiques pour faciliter l'accès (d'après 50,8% des participants dans l'étude en RDC).
- Intégration de la PF dans les soins de santé courants : consultations prénatales, postnatales, vaccinations, soins après avortement, visites à domicile.
- Renforcement des points de prestation communautaires (groupes d'action familiale, structures sanitaires de proximité).

**3. Formation et renforcement des capacités du personnel**

- **Formation continue des prestataires de santé communautaires et sanitaires** sur la PF et ses méthodes, avec un accent sur la compréhension des

enjeux et spécificités en communautés pronatalistes.

- Accompagnement des relais communautaires pour assurer une communication juste et respectueuse tout en influençant positivement l'acceptation des méthodes.
- Développement de compétences en communication interculturelle pour adapter les messages.

**4. Intégration systémique et coordination multisectorielle**

- **Coordination entre les différents niveaux de santé, partenaires techniques et financiers**, et acteurs communautaires.
- Élaboration de plans stratégiques et cartographies des initiatives PF adaptées aux réalités locales.
- Mécanismes de supervision, suivi-évaluation des interventions et adaptation continue.

**5. Inclusion des hommes et transformations des normes de genre**

- Impliquer les **hommes et garçons** dans la planification familiale via des programmes ciblés, afin de faciliter leur rôle dans la prise de décision et créer un environnement favorable.
- Travailler sur les normes sociales et croyances relatives à la fécondité, la masculinité et la contraception.

**6. Utilisation d'outils pédagogiques et plaidoyer**

- Déploiement de matériels éducatifs adaptés (brochures, supports visuels, messages radios en langues locales).
- **Plaidoyer auprès des autorités locales et leaders traditionnels**, culturels et religieux, pour promouvoir l'acceptabilité sociale de la PF.

**References Bibliographiques**

1. AYAD M. (2003), Fécondité, EPSF.
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. Bicaba, A., Savadogo, G., & Kouanda, S. (2015). Déterminants de l'utilisation des

- contraceptifs au Burkina Faso. Santé Publique, 27(2), 215–225.
4. Biddlecom, A., Hessburg, L., Singh, S., Bankole, A., & Darabi, L. (2008). Protecting the next generation in sub-Saharan Africa: Learning from adolescents to prevent HIV and unintended pregnancy. Guttmacher Institute.
  5. BONNET et GUILLOME (2004), Santé de la reproduction : une émergence des droits individuels.
  6. CASTLE et Coll. (2015), Arrêt des contraceptifs : Raisons, défis et solution, POPULATION COUNCIL.
  7. CHIESA-MOUTANDOU et Coll. (2011), Comportement des Gabonaises sur les méthodes contraceptives modernes, faible taux d'utilisation et déficit d'information, Libreville.
  8. CLELAND J. et coll. (2001), Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation, PNUD-HRP.
  9. Cleland, J., Bernstein, S., Ezeh, A., Faundes, A., Glasier, A., & Innis, J. (2006). Family planning: the unfinished agenda. *The Lancet*, 368(9549), 1810–1827. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69480-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69480-4)
  10. CNGOF (2011), Stérilité du couple, support de cours, Item 29, UMVF.
  11. [Coulibaly K.A.\(2007\) : La césarienne au centre de santé de référence de Kouatjala :Indications et pronostics foeto-maternels,111pages.](#)
  12. [Daouda Y. K.\(2010\) : Consultation prénatale recentrée : Perception des gestantes et des accouchées recentrées au centre de santé de refernce de Kolondiesa,93 pages.](#)
  13. DIEMER A. (2008), Economie d'entreprise, IUFM d'auvergne, préparation CAPET, PLP.
  14. DPS-EQ (2017), plan d'action opérationnel consolidé de l'Equateur. Mbandaka
  15. DRISSI et Coll. (2015), les facteurs influençant la fertilité masculine, ISSR Journal.
  16. EDS-RDC (2007), enquête Démographique et Sanitaire, rapport préliminaire, RD. Congo.
  17. EDS-RDC II (2014), enquête démographique et de santé 2013-2014, RD. Congo.
  18. 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.
  19. FATIMATA SY (2016), Enjeux de planification familiale en Afrique de l'Ouest, EQUIPOP, France.
  20. Fayehun, O. A., & Omololu, F. O. (2011). Fertility preferences and contraceptive

- behavior among Nigerian women. *African Population Studies*, 25(2), 530–548.
21. FORRESTER J-J (1965), *Principes des systèmes*, presse universitaire de Lyon.
22. FORTIN ET COLL. (2005), *Fondements et étapes du processus de recherche*, Montréal : chenelière éducation.
23. GASTINEAU B. et Coll. (2000), *la relation fécondité-pauvreté, une étude de cas en Tunisie*, IRD.
24. GUENGANT J.P (2014), *Bénéficiaire du dividende démographique : Replacer la population au centre des trajectoires de développement de la RDC*, France.
25. GUENGANT J.P (2017), *Dividende démographique et fécondité en Afrique subsaharienne, dynamiques de population en Afrique*, colloque international, France.
26. GUILLAUME A. (2012), *avortement provoqué en Afrique, un problème mal connu, lourd des conséquences*.
27. HAS (2013), *état des lieux des pratiques contraceptifs et des freins à l'accès et au choix d'une contraception adaptée*, document de synthèse.
28. INPES (2013), *comment aider une femme à choisir sa contraception ?*
29. Izugbara, C. O., & Ezeh, A. C. (2010). Women and high fertility in Islamic northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 41(3), 193–204.
30. Kabwe, J., Mudiayi, F., & Tshibanda, D. (2020). Représentations sociales et contraception au Kasai. *Revue Congolaise de Santé Publique*, 12(1), 33–47.
31. LONGOSSO N. (2015), *Rapport annuel des activités du PNSR-EQ 2014*, Mbandaka
32. LORENZETTI L. ET NEVEN M. (2001), *démographie, famille et reproduction familiale : Un dialogue en évolution*, famille et parenté.
33. MALONGA K. (2017), *Séminaire de santé de reproduction, ECODOC, ISTM-KINSHASA*.
34. 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.
35. May, J. F. (2017). *World population policies: Their origin, evolution, and impact*. Springer.
36. Muanda, M., Ndongo, G. P., Messina, L. J., & Bertrand, J. T. (2016). Barriers to modern contraceptive use in Kinshasa, DRC. *PLOS ONE*, 11(12), e0167560.  
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0167560>
37. OMS (2008), *mortalité maternelle en 2005*. Genève.

38. OMS (2012), Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaire et de leurs clients, Italie.
39. 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.
40. OMS et Coll. (2015), Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, Résumé d'orientation, Genève.
41. PIETTE S-A et REYNDERS G. (2004), Gestion des compétences : de la théorie à l'action, personnel et gestion, 13<sup>e</sup> année, n°1 ed. Kluwer.
42. PNSR (2008), Politique nationale de la santé de reproduction de RD. Congo, Kinshasa.
43. PNSR (2014), Planification Familiale : plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020), MINISANTE, Kinshasa
44. PRB (2011), un guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes, INFORM EMPOWER ADVENCE.
45. Tabo, A., Abdoulaye, H., & Hamani, M. (2012). Perceptions de la contraception au Niger. *Revue Africaine de Population*, 18(2), 87-103.
46. TRANSFORMER (2015), Forum des entreprises et de l'investissement en Afrique, ADDIS-ABEBA.
47. WEMBODINGA (2017), Séminaire de questions approfondies de la santé mère et enfant, ECODOC, ISTM-KINSHASA.
48. WOLLAST E. et VEKEMANS M. (1993), Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement, ULB, Bruxelles.
49. YOUNG Y. (2010), perception et pratique de la planification familiale par les ménages de Mont-ngafula, UNIKIN, Kinshasa.
50. ZRA ISSA (2008), Facteurs associés à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun, inédit, Université de Yaoundé.
- En ligne :
- En ligne : [campus.cerimes.fr/enseignement/gynecologie\\_29/site/html/cours](http://campus.cerimes.fr/enseignement/gynecologie_29/site/html/cours)
- En ligne : [eC2-54-210-230-186.compute-01amazonaws.com/uploads/2016/05/f](http://eC2-54-210-230-186.compute-01.amazonaws.com/uploads/2016/05/f)
- En ligne : [fulltext.bdsp.chesp.fr/ensp-Maroc/memoires/csspms/sfsc/2017](http://fulltext.bdsp.chesp.fr/ensp-Maroc/memoires/csspms/sfsc/2017)
- En ligne : <https://biblio.laval.ca/faces/details>
- En ligne : <https:// Cairn.info/revue-population-2012-2-page-357>

En ligne : [https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr155/04\\_chapitre\\_04.pdf](https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr155/04_chapitre_04.pdf)

En ligne : <https://pdfs.semanticscholar.org>

En ligne : <https://www.banquemonde.org/events/2015/06/30/investing-in-africa>

En ligne : <https://www.dunod.com/sites/default/files/atoms/files/feuilleter>

En ligne : <https://www.etudier.com/sujets/économie-d-entreprise-cous-de-mr-die>

En ligne : <https://www.has-sante.fr/cms/etat-des-liux-des-pratiques-contraceptive>

En ligne : [https://www.persec.fr/doc8adh\\_006-2062\\_2001\\_num\\_2000\\_2\\_1976](https://www.persec.fr/doc8adh_006-2062_2001_num_2000_2_1976)

En ligne : <https://www.prb.org/west-africa-media-fr>

En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/depliant-flyer/comme>

En ligne : <https://www.who.int/publications/maternal-mortality-2015>

En ligne : [https://www.who.int/topics/adolescence/core\\_instruments](https://www.who.int/topics/adolescence/core_instruments)

En ligne : <theconversation.com/dividende-demographique-et-fecondité-en-afrique>

En ligne : [whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596212\\_fre](whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242596212_fre)

En ligne : [whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242503753\\_fre](whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242503753_fre)

En ligne : [www.congo.fr/component/rsfiles/apercu/pathe=journes+nationales%](http://www.congo.fr/component/rsfiles/apercu/pathe=journes+nationales%)

En ligne : [www.documentation.ird.fr/hor/fdi01002180](http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi01002180)

En ligne : [www.documentation.ird.fr/hor/fdi01003701](http://www.documentation.ird.fr/hor/fdi01003701)

En ligne : [WWW.equipop.org](http://WWW.equipop.org)

En ligne : [www.oeconomia.net/private/cours/entreprisesystemique](http://www.oeconomia.net/private/cours/entreprisesystemique)

En ligne : [www.researchgate.net/publication/309536796\\_Beneficier\\_du\\_dividende](http://www.researchgate.net/publication/309536796_Beneficier_du_dividende)

En ligne : [www.santetropicale.com/resume](http://www.santetropicale.com/resume)