

Entraves A L'usage Des Contraceptifs Modernes Dans Un Environnement Pronataliste, Cas Du Territoire De Basankusu En Rd Congo

BOYOO EKANGU Jean-Fidèle¹, FODOUOP CHEGAING², LUMUMBA TWANA Patrice³, WESSE W'ESIMELA Charles⁴, ELOKO EYA MATANGELO Gérard⁵.

ISIB-Basankusu^{1,4}, ISTM-Kin⁵, ISP Gombe, Université de Ngaoundere^{1,2}, Université des martyrs du Congo¹.

Résumé

Dans la communauté de Basankusu, les normes sociales fortement pronatalistes freinent l'adoption des méthodes contraceptives modernes. Une enquête transversale a été menée auprès de 769 femmes âgées de 15 à 49 ans, les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structurée. L'analyse statistique a combinée des tests descriptifs et une régression logistique binaire pour identifier les déterminants de l'utilisation des contraceptifs. il ressort que la différence est significative entre le niveau d'études des enquêtées et l'effet d'avoir utilisé la méthode contraceptive ($X^2=13,255a$, $ddl=3$ $p=0,0004$ soit $<0,05$). Par contre, il n'existe aucune relation statistique entre l'avantage du planning familial et l'avis du partenaire, ($X^2=1,050a$ $dll=2$ $p=0,592$). La différence est par contre très significative entre l'acceptation de contraceptives et les obstacles rencontrés ($X^2=65,306a$ $dll=12$ $p=0,000$). Les résultats indiquent que la différence s'observe aussi très significativement entre l'accès aux services de planning familial et la distance à effectuer avant d'atteindre le centre de santé ; entre le statut marital et le statut des femmes avec beaucoup d'enfants respectivement ($X^2=45,061a$ $dll=8$ $p=0,000$ et $X^2=42,614$ $dll=12$ $p=0,000$). Les résultats confirment l'influence déterminante du contexte socioculturel et conjugal sur le comportement en matière de santé de reproduction. L'éducation doit s'adapté donc à la culture. L'utilisation des contraceptifs à Basankusu reste freinée par les facteurs socio culturels. L'éducation à la santé doit s'adapté à la culture.

Mots clés : Méthodes contraceptifs, entraves, pronatalistes, sexualité active.

Summary

Background

In the Basankusu community, strongly pronatalist social norms hinder the adoption of modern contraceptive methods. Materials and Methods: A cross-sectional survey was conducted among 769 women aged 15 to 49 years. Data were collected using a structured questionnaire. Statistical analysis combined descriptive tests and binary logistic regression to identify the determinants of contraceptive use. It appears that there is a significant difference between the respondents' level of education and the effect of having used the contraceptive method ($X^2 = 13.255a$, $df = 3$, $p = 0.0004$, or <0.05). However, there is no statistical relationship between the benefit of family planning and the partner's opinion ($X^2 = 1.050a$, $df = 2$, $p = 0.592$). However, the difference is highly significant between contraceptive acceptance and the obstacles encountered ($X^2 = 65.306a$ $dll = 12$ $p = 0.000$). The results indicate that the difference is also highly significant between access to family planning services and the distance to reach the health center; and between marital status and the status of women with many children, respectively ($X^2 = 45.061a$ $dll = 8$ $p = 0.000$ and $X^2 = 42.614$ $dll = 12$ $p = 0.000$). The results confirm the determining influence of the sociocultural and marital context on reproductive health behavior. Education must therefore be adapted to the culture. Contraceptive use in Basankusu remains hampered by sociocultural factors. Health education must be adapted to the culture.

Keywords: Contraceptive methods, constraints, pronatalists, active sexuality.

Date of submission 21 June, 2025; Date of Acceptance 16 August, 2025; Date of publication 30 Aug, 2025

I. Introduction

La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes demeure faible dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, notamment dans les zones rurales et les communautés à forte tradition Pronataliste. Selon des données récentes, seulement environ 13% des femmes en âge de procréer utilisent des contraceptifs modernes dans certaines régions d'Afrique centrale et de l'Ouest, signe d'un besoin non satisfait élevé en planification familiale. L'inadéquation entre les besoins en contraception et l'accès ou la demande réelle de services freine la réduction des grossesses non désirées, des avortements à risque, et limite les impacts positifs sur la santé maternelle et infantile.

Cette situation est exacerbée par des facteurs socioéconomiques et culturels complexes. Dans de nombreuses communautés, notamment celles qualifiées de Pronataliste, avoir un grand nombre d'enfants est perçu non seulement comme une norme sociale, mais aussi comme une source de prestige, de sécurité économique et de continuité familiale. Ces valeurs socioculturelles ancrées influencent profondément les comportements et les décisions en matière de reproduction, créant des barrières significatives à l'adoption des méthodes contraceptives modernes.

Les tabous liés à la sexualité et à la reproduction, les normes de genre, le rôle prédominant des hommes dans les décisions familiales, ainsi que la méfiance ou la peur des effets secondaires des contraceptifs, sont autant d'éléments qui limitent l'accès effectif à la planification familiale. Cela représente un obstacle majeur qui nécessite d'être compris et intégré dans les stratégies de santé publique.

Malgré les efforts notables des gouvernements et des partenaires internationaux, tels que l'élaboration de plans stratégiques nationaux, la mise en place de services de santé reproductive, et le renforcement des capacités des agents de santé sur le terrain, beaucoup reste à faire pour accroître l'utilisation des contraceptifs modernes adaptées aux besoins des femmes.

Ainsi, le contexte sanitaire et socioculturel de l'Afrique subsaharienne, et en particulier de la République démocratique du Congo, appelle à une approche globale, intégrée et contextualisée de la planification familiale. Celle-ci doit prendre en compte simultanément les déterminants biomédicaux, comportementaux, sociaux et culturels, pour répondre de manière efficace aux besoins spécifiques des femmes sexuellement actives, dans un environnement souvent marqué par le Pronataliste.

La République Démocratique du Congo (RDC) fait face à une problématique majeure en matière de santé reproductive, caractérisée par un taux de fécondité élevé, une faible prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, et un contexte socioculturel fortement Pronataliste. Ces éléments combinés influencent directement les comportements reproductifs des femmes sexuellement actives, en particulier dans les zones rurales ou conservatrices comme le territoire de Basankusu dans la province de l'Équateur.

Cette problématique de faible utilisation des contraceptifs modernes au sein des communautés Pronataliste, comme celle de Basankusu dans la province de l'Équateur en République Démocratique du Congo, constitue un défi sanitaire majeur, justifiant la conduite d'études approfondies

pour identifier les freins spécifiques, afin de promouvoir des interventions adaptées qui contribueront à améliorer la santé maternelle et infantile, réduire la mortalité, et participer au développement durable local. Dans le cadre de cette étude, nous nous posons les questions de savoir quels sont les déterminants explicatifs de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes sexuellement actives et les facteurs y relatifs.

Le but de cette étude est d'identifier les entraves associées à la sous-utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes sexuellement actives. Pour y parvenir, nous pensons déterminer les caractéristiques sociodémographiques et culturelles des répondants, Identifier-en les déterminants et évaluer le degré d'association et tirer une conclusion sur base des observations des données observées.

II. Matériel et Methodes

II.1. Matériel

1.1. Type d'étude

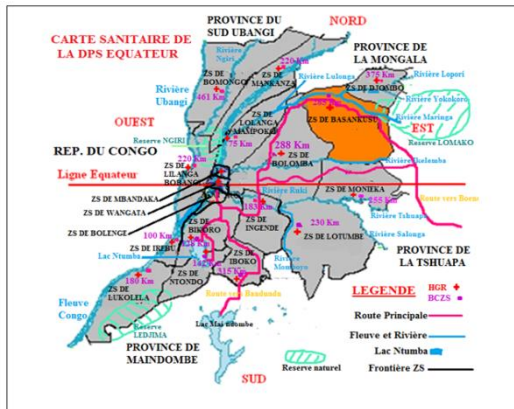
Il s'agit d'une étude analytique transversale dans les ménages du Territoire de BASANKUSU, en Présentation du territoire pronataliste de Basankusu. Le territoire de Basankusu est une entité administrative située dans la province de l'Équateur, au nord-ouest de la République Démocratique du Congo (RDC). Il s'étend sur une superficie d'environ 20 000 km² 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 ; Tshianza, 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'Équateur



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 $p = 50\%$
 $n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}{0,0025} = 384$ Sujets Dans cette étude, nous travaillerons sur 769 enquêtés comme notre échantillon pour les raisons fondamentales

liées à la complexité socioculturelle de la population, la représentativité accrue des sous-groupe, le taux de non réponse anticipé, le renforcement de la puissance statistique dont une taille d'échantillon plus grande permet de réduire la marge d'erreur, la pertinence contextuelle et exigences institutionnelles.

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.

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 remplissages 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.

III. Resultats

Presentation Des Resultas Uni-Varies

TABLEAU N° 1 : Répartition des enquêtées selon leurs caractéristiques socio démographiques (N=769)

VARIABLES	F	%
Tranche d'âge		
15 à 19 ANS	6	8
20 à 24 ANS	192	25
25 à 29 ANS	194	25,2
30 à 34 ANS	210	27,3
35 à 39 ANS	167	21,7
SEXE		
Masculin	316	41,1
Féminin	453	58,9
STATUT MATRIMONIAL		
Célibataire	108	14
marié/union libre	615	80
séparé/Divorcé	18	2,3
veuf (ve)	28	3,6
NIVEAU D'INSTRUCTION		
Aucun	42	5,5
Primaire	156	20,3
Secondaire	291	37,8
Universitaire	280	36,4
PROFESSION		
Agriculteur	72	9,4
Commerçant	186	24,2
Enseignant	161	20,9
Ménagère	300	39
Fonctionnaire	50	6,5
NOMBRE D'ENFANTS VIVANT		
Aucun enfant	262	34,1
1 à 2 enfants	217	28,2
3 à 5 enfants	180	23,4

6 enfants ou plus

110

14,3

Les résultats renseignent que la majorité des enquêtées 210 soit 27,3% était dans la tranche d'âge de 30 à 34 ans, suivi de 25,2% entre 25 à 29ans puis un taux très faible de 8% pour celle de 15 à 19ans. Notons que le sexe féminin était dominant sur le sexe masculin respectivement 58,9% contre 41,1%. De même, les mariés et ceux qui vivaient en union libre représentent 80% suivi des célibataire

soit 14%. S'agissant du niveau d'instruction, 37,8% avait le niveau secondaire, suivi des universitaires soit 76,4% alors que 5,5% était sans niveau. L'étude a connue plus les ménagères soit 39%, suivi de commerçants soit 24,2% avec la majorité des participant soit 34,1% qui n'avait aucun enfants vivant contrairement à 28,2% qui n'avaient que 1 à 2 enfants vivants.

TABLEAU N° 2 : Répartition des enquêtées selon leurs connaissances, perceptions de la planification familiale (N=769)

VARIABLES	F	%
Méthodes contraceptives connues :		
Pullule	429	55,8
Préservatifs	340	44,2
Source d'information :		
Radio ou Télé vision	434	56,4
Personnel de santé	335	43,6
Avantage de planning Familial :		
Prévention des grossesses	174	22,6
Espacement des naissances	317	41,2
Préserver la santé de la mère et enfant	278	36,2
Avoir déjà utilisé la méthode contraceptive :		
Oui	227	36
Non	492	64
Avoir accès au centre de santé de PF :		
Oui	227	36
Non	492	64
Distance avec le centre de santé de PF :		
Inférieur à 1 Km	96	12,5
1 à 2 Km	325	69,6
Supérieur à 5 Km	138	17,9
Avoir parlé du PF avec son partenaire :		
Oui	330	42,9
Non	439	57,1
Avis du partenaire		

Oui	426	55,4
Non	343	44,6
Acceptation des méthodes contraceptives :		
Oui	405	52,7
Non	367	47,3

IL ressort de ces résultats que la méthode contraceptive la plus connue par les enquêtées est l'utilisation de pilules soit 55% suivi d'usage des préservatifs (44,2%). La source de cette information dominante est la radio soit encore la télévision (56,4%) et l'avantage le plus cité est l'espace de naissance 41,2% suivi de la protection de la santé de mère et de l'enfant soit (36,2%).

Nos enquêtées ont dans la majorité nié le fait de parler du planning familial avec leurs partenaires (57,1%) contrairement aux différents avis des partenaires qui affirment positivement le recours à l'usage des méthodes contraceptive soit 55,4%.

De façon globale les méthodes contraceptives sont acceptables par 52,7% contrairement à 47,3% qui ne partagent cet avis.

TABLEAU N° 3 : Répartition des enquêtées selon leurs connaissances, perceptions de la planification familiale (N=769)

VARIABLES	F	%
Position religieuse		
Favorable	645	83,9
Défavorable	124	16,1
statut des femmes avec plusieurs enfants		
Respecté	206	26,8
Fortement valorisé	94	12,2
Normal	126	16,4
Irresponsable	343	44,6
Obstacles Rencontrés :		
Distance	155	20
Coût	244	31,7
Manque des confidents	150	19,5
rupture des stocks	220	28,6
Suggestions :		
Sensibilisation des hommes	375	48,8
Formation de leaders	244	31,7
Implication des religieux	150	19,5

Les résultats de ce tableau renseignent que (83,9%) de nos enquêtés sont favorable pour faire recours

aux confessions religieuses afin d'assurer le respect de planning familial. Par ailleurs, (44,6%) estiment

qu'il est irresponsable à une femme d'avoir plusieurs enfants, contrairement à (26,8%) qui pensent que cela est bon pour être respecté. Plusieurs raisons sont évoquées mettant en suspens l'effectivité de planning familial tel que cité par

(31,7%) qui pensent que le coût ne pas favorable ; Face à ceux qui évoque le problème de la rupture de stock soit (28,6%). A cette effet, la majorité pensent qu'il faut sensibiliser les hommes pour réussir la pratique de planning familial soit (48,8%).

Tableau n° : 4 Analyse bi-varie des quelques variables

	X^2	<i>df</i>	<i>P</i>
Niveau d'étude * Avoir utilisé la méthode contraceptive	13,255a	3	0,004
Avantage de Planning Familial * Avis du partenaire	1,050a	2	0,592
Acceptation de contraceptive * Obstacles rencontrés	65,306a	12	0,000
Accès aux services de PF * Distance au centre de santé	45,061a	8	0,000
Statut marital * statut de femme avec bcp d'enfants	42,614	12	0,000

Au regard des variable croisées ci haut, il ressort que la différence est significative entre le niveau d'études des enquêtées et l'effet d'avoir utilisé la méthode contraceptive ($X^2=13,255a$, $ddl=3$ $p=0,0004$ soit $<0,05$). Par contre, il n'existe aucune relation statistique entre l'avantage du planning familial et l'avis du partenaire, ($X^2=1,050a$ $ddl=2$ $p=0,592$). La différence est par contre très significative entre l'acceptation de contraceptives et

les obstacles rencontrés ($X^2 =65,306a$ $ddl=12$ $p=0,000$). Les résultats indiquent que la différence s'observe aussi très significativement entre l'accès aux services de planning familial et la distance à effectuer avant d'atteindre le centre de santé ; entre le statut marital et le statut des femmes avec beaucoup d'enfants respectivement ($X^2= 45,061a$ $ddl=8$ $p=0,000$ et $X^2=42,614$ $ddl=12$ $p=0,000$).

La régression logistique :

Variabiles explicatives	Bêta (β)	Odds Ratio (OR)	IC à 95 % OR	p-value
Sexe (Homme)	0.45	1.57	[1.10 – 2.26]	0.015
Universitaire	1.10	3.00	[2.00 – 4.48]	<0.001
Nombre d'enfants (≥6)	-0.75	0.47	[0.29 – 0.78]	0.004
Constante	-1.90	—	—	<0.001

Interprétation :

- Les hommes sont 1,57 fois plus susceptibles d'adhérer à l'usage des méthodes contraceptives que les femmes.
- Les universitaires sont 3 fois plus susceptibles d'en utiliser que les non-universitaires, ce qui suggère un rôle clé de l'éducation.
- En revanche, les personnes ayant déjà 6 enfants ou plus sont significativement moins enclines à utiliser une méthode contraceptive, ce qui peut refléter une adhésion culturelle à la natalité élevée.
- Tous les résultats sont significatifs au seuil de 5 %.

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 Fayehun 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.

- La République démocratique du Congo (RDC) se caractérise par un fort attachement culturel à la fécondité élevée, inscrite dans des valeurs traditionnelles et sociales qui valorisent la procréation comme un signe de vitalité, continuité familiale et richesse sociale.
- Ces croyances sont renforcées par des normes sociales où la taille de la famille est un marqueur de statut, d'autant plus que la fécondité prémaritale et hors union tend à être socialement tolérée ou inscrite dans des cadres familiaux étendus.

- Par ailleurs, malgré une urbanisation croissante et des changements économiques, ces normes pronatalistes persistent fortement dans les milieux ruraux et semi-urbains, qui concentrent une part importante de la population.

2. Connaissances et perceptions sur la fécondité et la santé reproductive

- Les études indiquent une connaissance limitée et souvent imprécise des mécanismes de la reproduction, de la contraception et de la santé sexuelle, en particulier dans les couches jeunes et rurales.
- Environ 37 à 43 % des adolescents et des jeunes femmes comprennent les fonctions physiologiques associées à la fécondité (menstruations, grossesse), mais restent vulnérables aux idées reçues et aux tabous liés à la sexualité et à la planification familiale.
- L'usage des contraceptifs modernes demeure faible, souvent limité par des croyances négatives sur les effets secondaires, l'acceptabilité sociale et les obstacles d'accès (coûts, disponibilité, opposition familiale), particulièrement manifestes chez les adolescentes.
- La fécondité précoce reste élevée, avec un âge médian des premiers rapports sexuels vers 15,9 ans, et un taux important de grossesses non désirées chez les jeunes filles.

3. Croyances et normes socioculturelles

- Les croyances traditionnelles et religieuses influencent fortement les perceptions de la fécondité, la procréation étant souvent perçue comme une bénédiction divine et un devoir social.

- Certaines valeurs locales intègrent la procréation comme élément central des relations familiales, influençant notamment le mariage et les alliances sociales.
- La stigmatisation autour de la contraception persiste, notamment en lien avec l'idée qu'elle pourrait nuire à la fertilité future ou encourager les rapports sexuels précoces et non protégés.
- Les croyances locales sur la gestion de la sexualité, la procréation hors mariage ou la contraception sont souvent mêlées à des tabous, compliquant la diffusion d'informations fiables.

4. Obstacles socioéconomiques et d'accès aux services

- L'accès aux services de santé reproductive reste difficile dans de nombreuses régions, particulièrement rurales, en raison de la distance, du coût élevé, des infrastructures sanitaires insuffisantes et du manque de personnel qualifié.
- 61 % des populations rurales vivent à plus de 5 km d'un centre de santé, avec des coûts de transport élevés qui limitent le recours aux soins.
- Des freins socio-culturels, comme la nécessité de l'accord du conjoint (40 %) et l'insatisfaction liée à la qualité des services (confidentialité, accueil), affectent également l'usage des services.
- Enfin, la pauvreté et l'insécurité économique exercent une pression sur les comportements reproductifs, parfois contraignant les jeunes à privilégier la procréation face à des incertitudes socio-économiques ou l'absence d'alternatives.

5. Évolutions entre 2015 et 2025

- Plusieurs programmes de sensibilisation et actions communautaires ont été mis en place pour améliorer la connaissance et l'accès à la planification familiale, notamment chez les adolescentes.
- Le rôle des écoles et des leaders communautaires s'est renforcé dans l'éducation sur la santé sexuelle, mais les progrès restent inégaux et les résistances culturelles persistent surtout en zones rurales.
- Une prise de conscience accrue des risques liés à la fécondité précoce et aux grossesses non désirées se manifeste, poussant vers une plus grande demande d'information et d'accès à des services adaptés.

La mobilisation des acteurs locaux combine désormais une approche participative visant à intégrer les savoirs locaux et les perceptions socioculturelles dans la conception des interventions.

V. Conclusion

L'étude menée dans le territoire de Basankusu, auprès d'un échantillon de 769 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. Par la méthode d'enquête, nous avons obtenus les résultats selon lesquels les données socioculturelles restent les seuls entraves à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. 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.

References Bibliographiques

1. BENOIT VALLET (2017), Stratégie Nationale de la santé sexuelle, agenda 2017-2030, Ministère des affaires sociales et de la santé, République Française, France.
2. Bicaba, A., Savadogo, G., & Kouanda, S. (2015). Déterminants de l'utilisation des contraceptifs au Burkina Faso. Santé Publique, 27(2), 215–225.
3. 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.
4. BONNET et GUILLOME (2004), Santé de la reproduction : une émergence des droits individuels.
5. CASTLE et Coll. (2015), Arrêt des contraceptifs : Raisons, défis et solution, POPULATION COUNCIL.
6. CHIESA-MOUTANDOU et Coll. (2011), Comportement des Gabonaises sur les méthodes contraceptives modernes, faible taux d'utilisation et déficit d'information, Libreville.
7. CLELAND J. et coll. (2001), Interroger les jeunes sur leur sexualité et leur attitude vis-à-vis de la procréation, PNUD-HRP.
8. 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)
9. CNGOF (2011), Stérilité du couple, support de cours, Item 29, UMVF.
10. [Coulibaly K.A.\(2007\) : La césarienne au centre de santé de référence de Kouatiala :Indications et pronostics foeto-maternels,111pages.](#)
11. [Daouda Y. K.\(2010\) : Consultation prénatale recentrée : Perception des gestantes et des accouchées recentrées au centre de santé de refernce de Kolondies,93 pages.](#)
12. DIEMER A. (2008), Economie d'entreprise, IUFM d'auvergne, préparation CAPET, PLP.

13. DPS-EQ (2017), plan d'action opérationnel consolidé de l'Equateur. Mbandaka
14. DRISSI et Coll. (2015), les facteurs influençant la fertilité masculine, ISSR Journal.
15. EDS-RDC (2007), enquête Démographique et Sanitaire, rapport préliminaire, RD. Congo.
16. EDS-RDC II (2014), enquête démographique et de santé 2013-2014, RD. Congo.
17. 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.
18. Izugbara, C. O., & Ezech, A. C. (2010). Women and high fertility in Islamic northern Nigeria. *Studies in Family Planning*, 41(3), 193–204. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2010.00241.x>
19. Kabwe, J., Mudiayi, F., & Tshibanda, D. (2020). Représentations sociales et contraception au Kasai. *Revue Congolaise de Santé Publique*, 12(1), 33–47.
20. LONGOSSO N. (2015), Rapport annuel des activités du PNSR-EQ 2014, Mbandaka.
21. LORENZETTI L. ET NEVEN M. (2001), démographie, famille et reproduction familiale : Un dialogue en évolution, famille et parenté.
22. MALONGA K. (2017), Séminaire de santé de reproduction, ECODOC, ISTM-KINSHASA.
23. 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.
24. May, J. F. (2017). *World population policies: Their origin, evolution, and impact*. Springer.
25. 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>
26. OMS (2008), mortalité maternelle en 2005 Genève.
27. OMS (2012), Guide de la planification familiale à l'usage des agents de santé communautaire et de leurs clients, Italie.
28. 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.
29. OMS et Coll. (2015), Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015, Résumé d'orientation, Genève.
30. PIETTE S-A et REYNDERS G. (2004), Gestion des compétences : de la théorie à l'action, personnel et gestion ,13^e année, n°1 ed.Kluwer.
31. PNSR (2008), Politique nationale de la santé de reproduction de RD. Congo, Kinshasa.
32. PNSR (2014), Planification Familiale : plan stratégique national à vision

- multisectorielle (2014-2020),
MINISANTE, Kinshasa
33. PRB (2011), un guide sur la santé sexuelle et reproductive en Afrique de l'Ouest francophone à l'attention des journalistes, INFORM EMPOWER ADVENCE.
34. Tabo, A., Abdoulaye, H., & Hamani, M. (2012). Perceptions de la contraception au Niger. *Revue Africaine de Population*, 18(2), 87–103.
35. TRANSFORMER (2015), Forum des entreprises et de l'investissement en Afrique, ADDIS-ABEBA.
36. WEMBODINGA (2017), Séminaire de questions approfondies de la santé mère et enfant, ECODOC, ISTM-KINSHASA.
37. WOLLAST E. et VEKEMANS M. (1993), *Pratique et gestion de la planification familiale dans les pays en voie de développement*, ULB, Bruxelles.
38. YOUNG Y. (2010), perception et pratique de la planification familiale par les ménages de Mont-ngafula, UNIKIN, Kinshasa.
39. ZRA ISSA (2008), *Facteurs associées à la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union dans la partie septentrionale du Cameroun*, inédit, Université de Yaoundé.

En ligne : campus.cerimes.fr/enseignement/gynecologie_29/site/html/cours

En ligne : eC2-54-210-230-186.compute-01amazonaws.com/uploads/2016/05/f

En ligne : 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/fr155/04chapitre_04.pdf

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

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

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

En ligne :