

Faculté de santé publique

**Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes
contraceptives chez les femmes de 15-49 ans en
République démocratique du Congo**

Mémoire réalisé par
Louise Lofungola Kazadi

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée
Option : Approche communautaire des politiques et programmes de
santé et Personne âgée et gériatrie

Faculté de santé publique

**Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes
contraceptives chez les femmes de 15-49 ans en
République démocratique du Congo**

Mémoire réalisé par
Louise Lofungola Kazadi

Promoteur
Walter Hesbeen

Année académique 2020-2021
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée
**Option : Approche communautaire des politiques et programmes de
santé et Personne âgée et gériatrie**

Table des matières

TABLE DES MATIERES	I
REMERCIEMENTS	III
PLAGIAT	IV
RESUME	V
LISTE D'ABREVIATIONS	VI
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES TABLEAUX	IX
INTRODUCTION GENERALE	1
1 – INTERET DU SUJET	2
2 – PROBLEMATIQUE	3
3 – QUESTION DE RECHERCHE.....	6
4 – OBJECTIFS	7
4-1 Objectif général.....	7
4-2 Objectifs spécifiques.....	7
5 – HYPOTHESES	7
6 – CADRE CONCEPTUEL.....	8
CHAPITRE I – GENERALITES	9
1 – ASPECTS DEFINITIONNELS	9
2 – METHODES CONTRACEPTIVES	9
2.1 - Méthodes traditionnelles	10
2.2 – Méthodes modernes	15
3 - CRITERES FONDAMENTAUX DU CHOIX DE LA CONTRACEPTION	23
3.1 - L'efficacité.....	23
3.2 - L'innocuité	24
3.3 – La réversibilité	24
3.4 - L'acceptabilité	24
CHAPITRE II – MATERIEL ET METHODE.....	25
1 – CADRE DE L'ETUDE	25
1.1 – Situation géographique	25
1.2 – Contexte politique et sécuritaire.....	26
1.3 – Contextes sociodémographique et culturel.....	28
1.4 – Contexte économique	29
1.5 – Contexte sanitaire.....	31
1.5.1 – La place de la médecine traditionnelle	33
2 – DESIGN DE L'ETUDE	36
2.1 – Base de sondage.....	36
2.2 – Sources des données	36
3 – CRITERES D'INCLUSION	37
4 – VARIABLES ETUDIEES.....	37
4.1. – Variable dépendante.....	37
4.2 – Variables indépendantes.....	38
5 – ANALYSE STATISTIQUE	39
6 – CONSIDERATIONS ETHIQUES.....	40
CHAPITRE III – RESULTATS	41

1 – CARACTERISTIQUES DES FEMMES A L’AGE DE PROCREER	41
2 – PREVALENCE DE L’UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES EN FONCTION DE DIFFERENTES CATEGORIES.....	48
3 – LES FACTEURS ASSOCIES A LA NON-UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES	51
3.1 – <i>Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives par la régression univariée</i>	51
3.2 – <i>Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives par la régression multivariée</i>	52
CHAPITRE IV – DISCUSSION	54
RECOMMANDATIONS.....	57
CONCLUSION.....	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61

Remerciements

Au terme de ce cursus académique, qu'il me soit permis d'exprimer ma profonde gratitude aux personnes qui m'ont aidée dans la réalisation de ce mémoire.

En premier lieu, je remercie infiniment le professeur Walter Hesbeen. En tant que Promoteur de mémoire, il m'a guidée tout au long de ce travail et m'a aidée à trouver des solutions pour avancer.

Je remercie aussi les autorités académiques et administratives, ainsi que le corps enseignant de l'Université catholique de Louvain, pour m'avoir fourni des ressources nécessaires à la réussite de mon cycle de Master 120 en sciences de la santé publique.

Enfin, j'exprime un remerciement collectif aux nombreux membres de ma famille et amis, que ces minces lignes n'ont pas permis de sortir de l'anonymat, pour la contribution de chacun à la construction de ce modeste édifice dont, ensemble, ils sont personnellement les bâtisseurs.

Plagiat

« Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain. » (UCL, WFSP 2298).

Résumé

Introduction : La RDC se caractérise par un faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives, bien qu'elle soit parmi les pays ayant des taux très élevés de mortalité maternelle et infantile. L'objectif de notre étude est de déterminer les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans en République démocratique du Congo.

Méthodes : Nous avons utilisé les données transversales obtenues à partir de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) 2013-2014 faite en République démographique du Congo. C'est la dernière enquête réalisée à ce jour dans ce pays. Nous avons utilisé des statistiques descriptives pour résumer les données et les résultats ont été présentés comme des proportions (%). Nous avons mené des analyses bivariées (chi-deux) pour déterminer les associations entre l'utilisation des contraceptifs et chacune des variables indépendantes. On a estimé les odds ratio (OR) brutes et ajustées et leurs intervalles de confiance de 95 % (IC95%). Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS, et la signification statistique a été fixée à une valeur P inférieure à 0,05. **Résultats :** La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives était de 18%. Il en ressort que ce sont les méthodes traditionnelles qui sont les plus utilisées que les méthodes modernes. **Conclusion :** La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives est faible par rapport à la prévalence de la non-utilisation. L'étude a révélé les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives. Elle a également souligné la nécessité de promouvoir les facteurs favorisant l'utilisation actuelle des contraceptifs modernes et de s'attaquer, par le biais de politiques, de programmes et d'interventions, aux facteurs qui entraînent une faible prévalence de l'utilisation des contraceptifs.

Mots-clés : Planification familiale, contraception, sexualité, mortalité materno-infantile, médecine traditionnelle.

Liste d'abréviations

ADF ou ADF-Nalu : Allied Democratic Forces

AGNU : Assemblée générale des Nations Unies

AS : Aire de santé

COFAM : Coordination française pour l'allaitement maternel

CS : Centre de santé

DIU : Dispositifs intra-utérins

DIU-Cu : Dispositif intra-utérin au cuivre

ECZ : Équipe cadre de zone de santé

EDS (DHS) : Enquête démographique et sanitaire

EVRAS : éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle

FDLR : Forces démocratiques de libération du Rwanda

FP : Planification familiale

FP2020 : Family Planning 2020

HGR : Hôpital général de référence

HGRK : Hôpital général de référence de Kinshasa

IC : Intervalle de confiance

ICF : International Classification of Functioning

IM : Injection musculaire

INS : Institut national des statistiques

ISC : Injection sous cutanée

IST : Infections sexuellement transmissibles

Km : Kilomètre

LH : Hormone lutéinisante

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MCM : Méthodes contraceptives modernes

MCZ : Médecin chef de zone

MONUC : Mission de paix d'organisation des Nations Unies au Congo

MST : Maladies sexuellement transmissibles

OMD : objectifs du Millénaire pour le développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONG : Organisations non gouvernementales
ONU : Organisation des Nations Unies
OR : Odds ratio
PCA : Paquet complémentaire d'activités
PF : Planification familiale
PIB : Produit intérieur brut
PMA : Paquet minimum d'activités
PNSR : Programme national de santé de la reproduction
RDC : République démocratique du Congo
SIU : Stérilet intra-utérin
SPSS : Statistical Package for Social Science
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine
ZS : Zone de santé

Liste des figures

Figure 1 Source d'approvisionnement de méthodes contraceptives	44
Figure 2 Raisons de non-utilisation des méthodes contraceptives	45
Figure 3 Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives	46
Figure 4 Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les provinces de la RDC	46
Figure 5 Source d'information sur le planning familial	47
Figure 6 Méthodes contraceptives utilisées.....	47

Liste des tableaux

Tableau 1 Prédicteurs potentiels de la non-utilisation des méthodes contraceptives	38
Tableau 2(suite) : Prédicteurs potentiels de la non-utilisation des méthodes contraceptives	39
Tableau 3 : Caractéristiques de femmes à l'âge de procréer.....	42
Tableau 4 (suite) : Caractéristiques de femmes à l'âge de procréer.....	43
Tableau 5 Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives en fonction de différentes catégories	50
Tableau 6 (suite) : Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives en fonction de différentes catégories.....	51
Tableau 7 Facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives	53
Tableau 8(suite) : Facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives.....	54

Introduction générale

La natalité n'est pas mauvaise en soi ; c'est même une recommandation divine. Dieu, après avoir créé Adam et Ève, les bénit et leur dit : « Soyez féconds et devenez nombreux ; remplissez la terre [...] » (Genèse 1 : 28). Depuis, la plupart des femmes aspirent, à un moment donné de leur existence, à accomplir cette recommandation (Dembelé, 2009). Cependant, la natalité non désirée peut occasionner des problèmes de santé publique, en particulier dans les pays à faible revenu (Institute) . Les grossesses trop précoces, trop tardives, trop nombreuses et trop rapprochées sont souvent responsables de la mortalité infantile et maternelle et peuvent entraîner des problèmes économiques, des problèmes d'avortements clandestins – dans les milieux où l'avortement est interdit –, le problème d'enfants abandonnés, etc. (Lawn J, 2006). C'est ainsi que le problème de santé maternelle et infantile est devenu un enjeu mondial intéressant toute la communauté internationale.

Plusieurs initiatives internationales ont vu le jour à cet égard, et on se limitera à celles des deux dernières décennies. D'abord, en 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté les « objectifs du Millénaire pour le développement » (OMD) (ONU, 2000). Ratifiés par près de 190 pays, les OMD représentent un élan international sans précédent (ONU, 2000). Ils visaient à atteindre huit objectifs de développement définis collectivement et quantifiables pour un terme qui devrait échoir en 2015 (ONU, 2000). Parmi ces objectifs, l'un prévoyait de réduire de deux tiers le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, entre 1990 et 2015 ; tandis que l'autre visait la réduction du taux de mortalité maternelle de trois quarts pour la même période (ONU, 2000). Pour appuyer ces objectifs, le Secrétaire général des Nations Unies présentait, en 2010, la « Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant » (Ki-moon, 2010).

Depuis l'expiration des objectifs du Millénaire en 2015, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté un ambitieux et vaste Programme de développement durable à l'horizon 2030 (AGNU, 2015), dans lequel elle inscrit la mortalité infantile et maternelle au nombre des progrès à réaliser, sous l'objectif 3 intitulé « Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Selon les prévisions de ce programme, la communauté internationale devrait faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2030, et devrait éliminer les décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, en ramenant la mortalité néonatale à 12 pour 1 000 naissances vivantes au plus et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à 25 pour 1 000 naissances

vivantes au plus (AGNU, 2015). Dans la foulée, le Secrétaire général des Nations Unies a actualisé sa Stratégie en 2015, pour l'adapter au nouvel agenda des Nations Unies. Désormais intitulée « Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) », cet outil est plus ambitieux que sa mouture initiale, dans la mesure où il inclut les adolescents au cœur de tous ses objectifs (Ki-moon, 2015). Sur le plan opérationnel, aussi bien le Programme de développement durable à l'horizon 2030, que la nouvelle Stratégie du Secrétaire général sont soutenus notamment par « Family Planning 2020 » (FP, 2020), un partenariat mondial né du Sommet de Londres 2012 sur la planification familiale (Summit, 2012). FP travaille « avec des gouvernements, la société civile, des organisations multilatérales, des donateurs, le secteur privé et la communauté de recherche et développement pour permettre à des millions de femmes supplémentaires d'utiliser des contraceptifs, où qu'elles vivent » (FP, 2020). Son objectif « *est d'assurer l'accès universel aux services et aux droits de santé sexuelle et reproductive d'ici 2030, comme indiqué dans les objectifs 3 et 5 de développement durable* » (FP, 2020). « *Chaque année, FP2020 publie un rapport d'avancement annuel. Les progrès sont évalués au moyen des indicateurs clés de FP2020 qui sont basés sur un cadre de résultats conçu pour mesurer les aspects de l'environnement propices à la planification familiale, le processus de prestation de services, la production de ces services, les résultats attendus et l'impact de l'utilisation de la contraception. Ensemble, ces indicateurs interdépendants fournissent une base pour le suivi des progrès de la planification familiale dans les 69 pays cibles de FP2020* » (FP, 2020). Le rapport de l'année 2019-2020 a été publié le 26 janvier 2021.

Ces initiatives internationales sont souvent couplées des initiatives nationales ou locales et leur point commun consiste à mettre l'accent sur la contraception comme composante majeure de la planification familiale (FP) (Ahmed SM & Zayed, 2013).

1 – Intérêt du sujet

Le choix de la présente étude a été opéré sur la base des expériences personnelles. Née en République démocratique du Congo (RDC) où j'ai également grandi et terminé mes études primaires, secondaires et une partie de ma formation universitaire, mes rapports avec les sujets ayant trait à la sexualité ont été complexes. Dans les milieux africains en général et congolais en particulier, on n'ose pas parler de la sexualité sur la place publique : c'est un sujet tabou ! Les croyances populaires répugnent toute discussion entre les parents ou les personnes âgées et les enfants ou les jeunes au sujet de la sexualité. À l'école primaire et secondaire, on n'en parle pas non plus. Je n'ai pu découvrir les premiers enseignements sur la sexualité qu'à l'Université,

dans le cadre de mes études de médecine. Il y a cependant fort à parier que les personnes qui optent pour des études autres que celles ayant trait au domaine de la santé ont raté cette opportunité. Ce déficit d'information affecte ainsi les jeunes jusqu'à leur âge adulte. N'eût été l'influence des médias, les jeunes auraient pu croire que la sexualité et ce qui l'entoure ne concernent que les personnes vivant en couple. Mais comme on le sait, la plupart de ces canaux d'information ne sont pas toujours réellement informatifs ; ils se prennent souvent mal en la matière. Les conséquences sont alors dramatiques.

À l'inverse, dans d'autres pays, en particulier ceux du Nord, on a réussi à briser le tabou de la sexualité. En Belgique par exemple, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) occupe une place importante dans la vie des jeunes. Dans la Fédération Wallonie-Bruxelles par exemple, on s'y attache avec attention depuis juillet 2012. Il est demandé aux écoles de mettre dans leurs programmes des animations qui sensibilisent les élèves sur les problèmes de grossesse, de contraceptions et d'IST mais aussi sur des thématiques aussi vastes et nombreuses des choses de l'amour, qu'elles soient physiques, affectives ou émotionnelles. Il en est de même au Canada, en dépit de disproportions importantes selon les provinces (Action Canada, 2019). Cette prise en charge précoce des aspects de la sexualité permet d'anticiper les conséquences dramatiques inhérentes aux habitudes sexuelles irresponsables.

C'est ce déphasage entre les réalités vécues en RDC et ce que je découvre dans les milieux occidentaux qui est à la base des réflexions qui ont conduit au choix du thème de ce mémoire. La sexualité est toutefois un sujet vaste qu'il est impossible de traiter dans sa globalité, dans le cadre limité du présent mémoire. Dès lors, ce dernier se limite à aborder la problématique des barrières qui impactent négativement sur l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes à l'âge de procréer.

2 – Problématique

Selon les estimations mondiales, 600 000 femmes meurent chaque année, de causes liées à la grossesse et 75 000 meurent des suites d'avortements à risque (Kayongo, 2013). Environ 200 000 de ces décès maternels sont imputables à l'échec ou au manque de services de contraception (Kayongo, 2013).

En 2015, 64 % des femmes en âge de procréer dans le monde utilisaient une forme quelconque de contraception, mais l'usage était beaucoup plus faible dans les pays à faible revenu (40 %)

(Cahill, et al., 2018). La même année, 57 % des femmes en âge de procréer ont utilisé une méthode moderne de planification familiale qui représentait 90 % des contraceptifs (Cahill, et al., 2018). En 2017, le taux moderne de prévalence de la contraception chez les femmes en âge de procréer était de 46 %, tandis que les besoins non satisfaits de méthodes modernes étaient de 22 %, avec moins de 1 % de la croissance de l'utilisation moderne de contraceptifs en Asie depuis 2012 (Cahill, et al., 2018). La demande satisfaite des méthodes modernes était de 68 % en 2017 (Cahill, et al., 2018). D'après les données publiées par l'OMS pour l'année 2019 (OMS, 2020), elles sont 1,1 milliard à avoir besoin de planification familiale sur 1,9 milliard de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dans le monde (OMS, 2020). Parmi celles-ci, 842 millions utilisent des méthodes de contraception, et 270 millions n'ont pas accès à la contraception dont elles ont besoin (OMS, 2020). La Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies révèle par ailleurs, dans une étude visant 185 pays, que la proportion de femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) utilisant des méthodes modernes de planification familiale était de 75,7 % à l'échelle mondiale en 2019, alors que moins de la moitié des besoins en planification familiale étaient satisfaits en Afrique centrale et en Afrique de l'Ouest (Kantorová, Wheldon, Ueffing, & Dasgupta, 2020). Chez les femmes ne vivant pas en couple, la proportion du besoin de planification familiale satisfaite par des méthodes modernes était estimée à 75,4 % à l'échelle mondiale en 2019, en augmentation par rapport à 68,6 % en 2000. Toutefois, cette proportion est restée faible en Afrique centrale (48,1 %), en Afrique de l'Ouest (58,1 %) et en Afrique de l'Est (63,0 %), bien qu'elle ait augmenté depuis 2000 de plus de 10 % dans ces trois sous-régions (Kantorová, Wheldon, Ueffing, & Dasgupta, 2020).

Ces données montrent que l'utilisation des contraceptifs a globalement augmenté à l'échelle mondiale. Cependant, ces résultats encourageants ne doivent pas occulter les profondes disparités qui existent entre les régions du monde (WHO, 2015). Les études montrent que l'utilisation des contraceptifs a augmenté dans de nombreuses régions du monde, principalement en Asie et en Amérique latine, mais elle est constamment faible en Afrique subsaharienne (WHO, 2015). Par exemple, à l'échelle mondiale, l'utilisation de la contraception moderne a légèrement augmenté entre 1990 et 2014, passant de 54% à 57,4 % (WHO, 2015). Toutefois, elle n'a augmenté que de 23,6 % à 27,6 % en Afrique subsaharienne, entre 2008 et 2014 (WHO, 2015). Le Rapport 2020 de Family Planning 2020 note néanmoins une augmentation d'environ 8 % de la prévalence de la contraception moderne en Afrique subsaharienne depuis 2012 (FP, 2020). Toutefois, seuls le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, l'Éthiopie, la Guinée-Bissau, le Liberia, le Malawi, le Mozambique, le Sénégal, la Sierra Leone et l'Ouganda sont cités comme de bons exemples sur

cette période (FP, 2020). La RDC ne figure pas sur cette liste, bien que le même Rapport la classe parmi les 13 pays d'Afrique subsaharienne dans lesquels le nombre d'utilisateurs de contraceptifs modernes a doublé sur la même période (FP, 2020).

Le cas de la RDC est donc très préoccupant. Ce pays se caractérise par un faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes, bien qu'il soit parmi les pays ayant des taux très élevés de mortalité maternelle et infantile (Ahmed, Li, Liu, & Tsui, 2012). Environ 20 % des femmes congolaises déclarent avoir jamais utilisé une méthode moderne contre seulement 6 % qui déclarent l'utiliser, ce qui se traduit par l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde (Kidman, Palermo, & Bertrand, 2015). Le programme national de santé de la reproduction (PNSR) en RDC montre que jamais autant de femmes et de jeunes filles n'avaient eu accès à la planification familiale jusqu'à maintenant. Selon ce programme, seulement près de 8% des femmes vivant en couple et en âge de procréer ont accès à la contraception, ce qui représente une très faible couverture (PNSR, 2017). De surcroît, les méthodes de contraception couramment utilisées en RDC n'ont pas évolué vers des méthodes modernes et les plus efficaces, comme les implants et les injectables (Kantorová, Wheldon, Ueffing, & Dasgupta, 2020). Alors qu'à l'échelle mondiale, l'utilisation des méthodes traditionnelles n'est plus courante, avec une faible proportion de 1,6 % en 2019 (Kantorová, Wheldon, Ueffing, & Dasgupta, 2020), la RDC fait exception avec la prévalence la plus élevée de ces méthodes, soit un taux de 11,5 % à elle seule, contre un taux de 5,4 % pour l'Afrique centrale en général (Kantorová, Wheldon, Ueffing, & Dasgupta, 2020). Bien plus, la RDC est citée comme l'un de rares pays où la majorité de femmes recourent au préservatif masculin comme principale méthode de contraception (République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique, 2014).

L'indice synthétique de fécondité se chiffre à 6,6 enfants par femme au niveau national, dont 5,4 enfants dans le milieu urbain (République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique, 2014). Exagérément élevés, ces chiffres montrent l'absence du contrôle de la fécondité, ce qui a une incidence sur le ratio de mortalité maternelle, celle-ci étant estimée à 543 pour 100 000 naissances (République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique, 2014). Une femme sur 29 court ainsi le risque de décéder pour cause maternelle pendant les âges de procréation.

Les chiffres sur la mortalité infantile sont, quant à eux, évalués à 58 décès pour 1 000 naissances vivantes, le risque de mortalité juvénile s'étant établi à 49 % (République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique, 2014). « *Quant aux composantes de la mortalité infantile, elles se situent à 28 % pour la mortalité néonatale et à 30 % pour la mortalité post-néonatale. Globalement, le risque de mortalité infanto-juvénile, c'est-à-dire le risque de décès avant l'âge de cinq ans, est de 104 %. En d'autres termes, en RDC, environ un enfant sur dix meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans* » (République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique, 2014). On enregistre donc encore des morts qu'il serait facile d'éviter.

3 – Question de recherche

Eu égard à ce qui précède, la présente étude cherche à savoir pourquoi la RDC n'a enregistré que peu de progrès dans le domaine de la contraception ? Quels sont les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans en République démocratique du Congo ? Les études antérieures n'ont pas encore permis de trouver des réponses satisfaisantes à ce questionnement. Il existe, certes, des écrits en la matière, mais leur cadre d'analyse est géographiquement limité. Par exemple, une étude a analysé les « Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République démocratique du Congo » (Matungulu Matungulu, et al., 2015). Une autre s'est penchée sur l'« Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République démocratique du Congo : prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi » (Mukengeshayi Ntambue, et al., 2017). Des études similaires ont par ailleurs été menées notamment dans les zones de santé de Kadutu (Kulondwa, et al., 2018) et de Gombe (Katoka Fuanda, 2016-2017). Mais comme on s'en aperçoit, ces études sont ciblées et ne couvrent que quelques zones de santé seulement. Elles ne permettent donc pas de peindre un tableau complet des facteurs globaux liés à la non-utilisation des méthodes contraceptives, dans un pays comme République démocratique du Congo qui, comme on le verra plus loin, est un gigantesque pays à dimension continentale.

4 – Objectifs

4-1 Objectif général

Contribuer à l'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer en RDC.

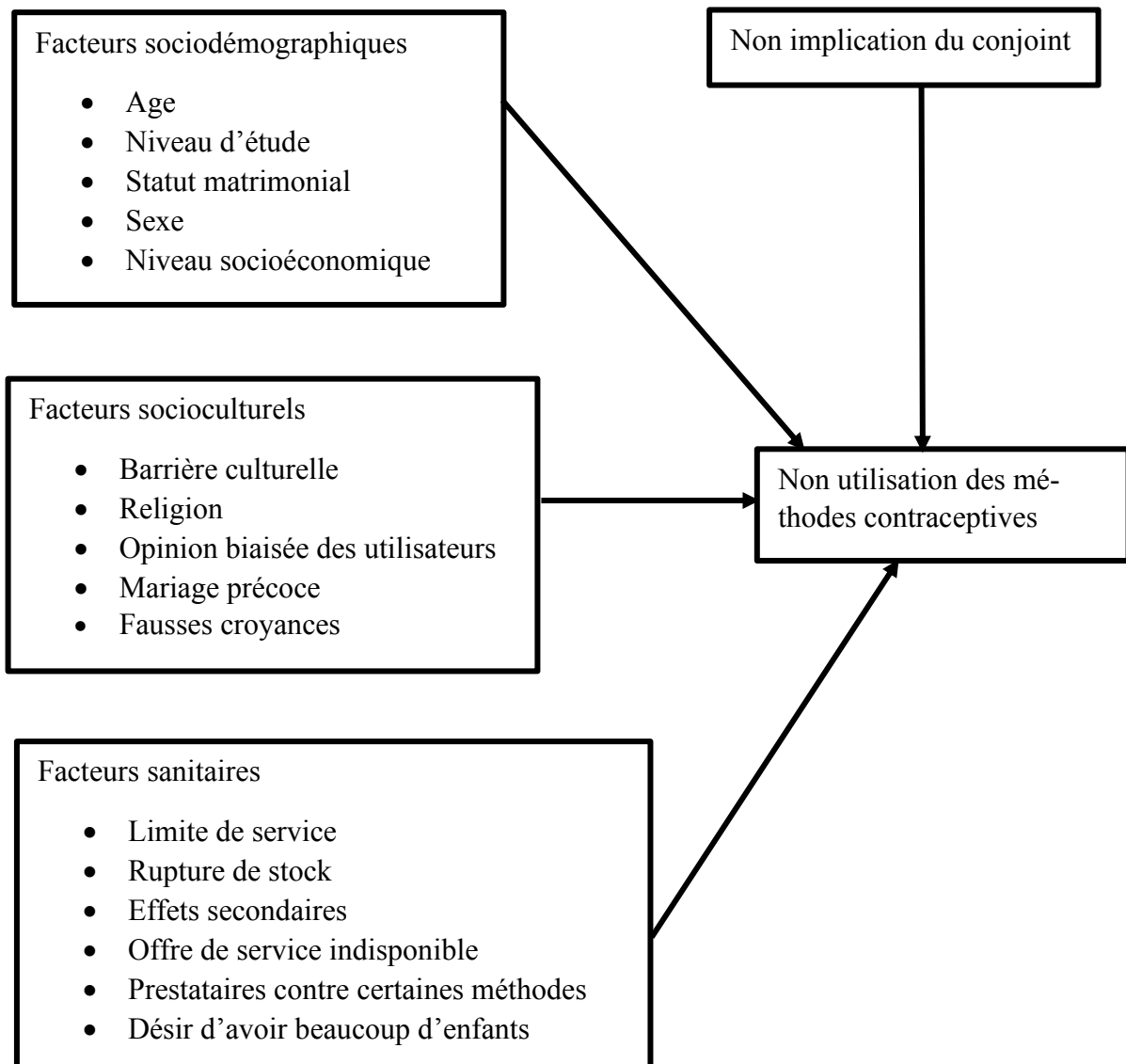
4-2 Objectifs spécifiques

- Déterminer les caractéristiques des femmes de 15-49 ans ;
- Identifier les différentes raisons de la non-utilisation des méthodes contraceptives ;
- Analyser l'association entre les facteurs sociodémographiques et la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer ;
- Analyser l'association entre les facteurs socioéconomiques et la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer ;
- Analyser l'association entre les facteurs socioculturels et la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer ;
- Apporter une contribution théorique pour améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives en RDC.

5 – Hypothèses

- Les facteurs sociodémographiques sont associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans ;
- Les facteurs socioéconomiques sont associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans ;
- Les facteurs socioculturels sont associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans.

6 – Cadre conceptuel



Chapitre I – Généralités

1 – Aspects définitionnels

La contraception est définie, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), comme l'« utilisations d'agents, de dispositifs, de méthodes ou de procédures pour diminuer la probabilité de conception ou l'éviter » (WHO, s.d.). Selon Larousse, la contraception est « une méthode visant à éviter, de façon réversible et temporaire, la fécondation d'un ovule par un spermatozoïde ou, s'il y a fécondation, la nidation de l'œuf fécondé » (Larousse, s.d.). En d'autres termes, la contraception est l'ensemble des procédés ou moyens mis en œuvre par un couple ou individu, pour rendre un rapport sexuel non fécondant, afin de contrôler la venue au monde de l'enfant.

Comme l'ont relevé Ahmed *et al*, l'utilisation des méthodes contraceptives pourrait empêcher environ 104 000 décès maternels chaque année, soit une réduction de 29 % (Ahmed, Li, Liu, & Tsui, 2012) ; car elle diminue la fertilité, ce qui entraîne une diminution du risque obstétrical principalement en réduisant les grossesses non désirées chez les femmes à parité élevée (Cleland, Conde-Agudelo, Peterson, Ross, & Tsui, 2012). La contraception est donc l'un des facteurs déterminants immédiats de la fertilité (Kayongo, 2013), qui renforce les droits des populations à choisir le nombre d'enfants qu'elles souhaitent avoir et à déterminer l'espacement des naissances (OMS, 2020). Certaines méthodes contraceptives permettent par ailleurs d'éviter le VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (OMS, 2020). La contraception pourrait également réduire la mortalité juvénile de près de 10 %, si elle est disponible à tous ceux qui en ont besoin (Osotimehim, 2012). L'OMS relève par ailleurs que la contraception offre tout un éventail d'avantages potentiels dans d'autres domaines que la santé (OMS, 2020). Elle offre des possibilités élargies d'éducation et d'autonomisation des femmes, de la croissance durable de la population et du développement économique des pays et, surtout, favorise un suivi médical régulier permettant d'être attentif à la santé de la femme, voire de la famille (Kavanaugh & Anderson, 2013).

2 – Méthodes contraceptives

Selon Cahill N *et al*, il y a les méthodes modernes et les méthodes traditionnelles de contraception (Cahill, et al., 2018). Hubacher et Trussell définissent la méthode contraceptive moderne comme « un produit ou une procédure médicale qui interfère avec la reproduction par des

actes de rapports sexuels » (Hubacher & Trussell, 2015). Les méthodes qui ne relèvent pas de cette définition peuvent alternativement être étiquetées comme des méthodes non modernes et donc traditionnelles ou naturelles (Hubacher & Trussell, 2015). Ces dernières comprennent notamment la méthode du retrait (coït interrompu), les méthodes d'auto-observation et l'abstinence (Cahill, et al., 2018). Ces méthodes contraceptives traditionnelles ou naturelles ont généralement pour seul effet positif l'espacement des naissances (Evina & Ngoy, 2001). Elles semblent largement inefficaces du point de vue de la santé maternelle et infantile, mais surtout de la maîtrise de la fécondité, idée très forte de la planification familiale (Youbi, 2001). Elles sont dès lors les plus sujettes à la discontinuation et cèdent de plus en plus le pas aux méthodes modernes de contraception (Youbi, 2001). Ces dernières comprennent notamment la stérilisation féminine et masculine, les pilules hormonales orales, le dispositif intra-utérin, les préservatifs masculins et féminins, les injectables, l'implant, les méthodes de barrière vaginale, la méthode des jours normaux, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle et la contraception d'urgence (Cahill, et al., 2018).

Ces différentes méthodes peuvent être regroupées en méthodes à long terme et à court terme. Les méthodes à long terme comprennent les dispositifs intra-utérins et les implants qui visent à limiter la procréation, ainsi que la stérilisation qui vise à l'éviter ; tandis que celles à court terme sont souvent les pilules, les préservatifs, les spermicides et les injectables (Ghana Health Services, 2014).

2.1 - Méthodes traditionnelles

Le retrait ou coït interrompu

Par cette méthode, l'homme s'efforce d'éviter que le sperme pénètre dans le vagin de la femme, pour empêcher la fécondation (OMS, 2020). Elle consiste à retirer le pénis du vagin et à l'éloigner de la vulve avant l'éjaculation. Ainsi, le sperme n'est pas en contact avec le vagin, et aucun spermatozoïde ne peut parvenir jusqu'à l'ovule (OMS, 2015).

➤ Avantages

- Utilisable quand on n'a pas d'autres méthodes à disposition ;
- Moindre coût ;
- Ne fait appel à aucun produit chimique ;

- N'a aucune incidence sur l'allaitement et elle est utilisable en toutes circonstances comme méthode principale ou comme méthode de secours (Hôpitaux Robert Schuman, s.d.).

➤ **Inconvénients**

- Méthode contraignante ;
- Frustration chez les deux partenaires ;
- Pas de protection contre les maladies sexuellement transmissibles (MST)
- Taux d'échec important de l'ordre de 22% (à cause de la difficulté à contrôler l'éjaculation et par la présence de spermatozoïdes dans le liquide pré-séminal) (Hôpitaux Robert Schuman, s.d.).

Les méthodes d'auto-observation et l'abstinence

Les tests d'ovulation

Les tests d'ovulation sont des tests urinaires permettant à une femme de détecter sa date d'ovulation, sur la base de variations hormonales du cycle menstruel féminin. Ils détectent dans l'urine la présence d'une hormone, la LH, qui est plus importante dans le sang de la femme environ 2 jours avant l'ovulation. Cette date est estimée à 14 jours après le début des règles, mais peut varier selon les femmes. Lorsque le test apparaît positif, on pourrait considérer que l'ovulation aura lieu 36 heures après. Déterminer sa date d'ovulation permet donc d'identifier la fenêtre de fécondation, et de programmer les rapports sexuels à un moment où il n'existe plus de risque de fécondation (Passeport santé, s.d.).

➤ **Avantages**

- Utilisation simple ;
- Permettent de connaître la date d'ovulation 24 à 48 heures à l'avance – et donc de programmer les rapports sexuels en conséquence (Passeport santé, s.d.).

➤ **Inconvénient**

- Cette méthode peut se révéler chère à long terme car les tests urinaires nécessitent l'achat fréquent de bandelettes ou de bâtonnets (Passeport santé, s.d.).

 Courbes de températures (méthode de la courbe thermique)

Cette méthode consiste pour une femme, à relever sa température chaque matin, au réveil et avant le lever du 1^{er} jour du cycle (c'est-à-dire du 1^{er} jour des règles) jusqu'au 1^{er} jour du cycle suivant, afin de permettre de déterminer le jour de l'ovulation. Tout au long d'un cycle normal, la température de la femme se présente comme suit : « *durant la phase folliculaire, elle est inférieure à 37°C et varie peu. Juste avant l'ovulation, la température chute : elle est au point le plus bas du cycle. Puis, elle remonte, au-dessus de 37°C. Elle se maintient à ce niveau pendant la durée de la phase lutéale (12-14 jours). Ainsi un rapport sexuel ayant eu lieu après la hausse de la température (donc 24 heures après l'ovulation) ne peut a priori pas être fécond* » (Le Journal des femmes, s.d.).

➤ **Avantages**

- Pas d'instrument nécessaire, à part un thermomètre ;
- Fiabilité assez bonne (indice de Pearl de 1 pour la variante stricte et de 3 pour la variante étendue) ;
- Pas de prise de contraceptifs chimiques ;
- Bien combinable avec les méthodes de barrière (Le Journal des femmes, s.d.).

➤ **Inconvénients**

- Nécessité de noter les mesures pendant une longue période ;
- L'évolution de la température doit être claire et les cycles doivent être assez réguliers ;
- Erreurs possibles lors de la mesure de la température (maladies fébriles, rythme de vie irrégulier, manque de sommeil, etc) ;
- Aucun rapport sexuel pendant la première moitié du cycle (avant l'ovulation et jusqu'à l'augmentation de la température) (Le Journal des femmes, s.d.).

Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

« *L'allaitement maternel fréquent empêche temporairement la libération d'hormones naturelles qui causent l'ovulation* » (COFAM, 2016). « *La Méthode de l'aménorrhée lactationnelle dite MAMA ou Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée est une méthode de contraception basée sur la sécrétion de prolactine déclenchée par la succion du mamelon. La prolactine, hormone sécrétée par l'antéhypophyse, supprime l'ovulation et empêche les grossesses* » (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012). La méthode MAMA est efficace si les 6 conditions suivantes sont respectées :

- Allaitement maternel exclusif ;
- Aménorrhée depuis l'accouchement (absence de retour de couches) ;
- Moins de 6 mois après l'accouchement ;
- Au moins 6 tétées par 24 h ;
- Tétées espacées de moins de 6 h ;
- Tétées longues (15 à 20 min) (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012).

➤ **Avantages**

- Facile à utiliser ;
- Sans effets secondaires ;
- Commence dès le début du post-partum ;
- Aucun médicament ni aucune fourniture ne sont nécessaires ;
- Ne coûte rien ;
- On peut interrompre la MAMA soi-même et n'importe quand ;
- N'interfère pas avec les rapports sexuels ;
- Immunise et protège l'enfant de manière passive contre les maladies infectieuses, et renforce l'affection entre la mère et l'enfant ;
- Se fonde sur des pratiques culturelles et religieuses établies.

➤ **Inconvénients**

- N'offre pas de protection contre les IST, le VIH et d'autres maladies transmissibles ;
- S'applique seulement aux femmes qui allaitent ;

- Le rythme de l'allaitement peut être difficile à maintenir ;
- La durée de la méthode est limitée.

Méthode Billings

Elle permet à la femme, par l'observance de la glaire cervicale sécrétée par le col de l'utérus, de connaître sa période de fécondité (Serfaty, 2011). *« A l'approche de l'ovulation, la glaire cervicale se modifie et sa sécrétion augmente pour atteindre son maximum avant l'ovulation. Elle devient abondante, fluide, transparente, filante (comme du blanc d'œuf) et provoque un écoulement vaginal caractéristique, que l'on appelle couramment « pertes blanches », c'est-à-dire la glaire la plus fertile servant de lubrifiant mais aussi l'exportation des spermatozoïdes dans l'utérus. Tout rapport sexuel doit être évité à partir de ce moment-là, jusqu'à 3 jours après le changement de texture ou disparition de la glaire »* (Hôpitaux Robert Schuman, s.d.).

➤ **Avantages**

- Adaptée à des cycles irréguliers ;
- Permet à la femme d'apprendre à bien connaître son corps ;
- Peut être utilisée en *post-partum*, pendant l'allaitement, après la prise de la pilule, mais également en pré-ménopause ;
- Peu coûteuse.

➤ **Inconvénients**

- Moins d'efficacité ;
- Exige une abstinence prolongée ;
- Nécessite une certaine expérience pour déterminer le degré de mucus cervical ;
- L'observation et le prélèvement de la glaire peut paraître ennuyeux chez certaines femmes ;
- Méthode très contraignante car la femme doit à tout moment s'auto observer.

Méthode Ogino-Knauss

Cette méthode est nommée en référence à deux médecins. Il y a d'abord le docteur japonais Ogino qui, en 1924, a découvert que la femme ovulait en général une fois par cycle menstruel. A cet égard, il a estimé que la période ovulatoire s'étend du 12^e au 16^e jour après le début des

règles ; et que la période de fécondité s'étend du 8^e au 17^e jour après le début des règles, compte tenu de la durée de survie de l'ovocyte et des spermatozoïdes (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012). Cette découverte a permis au gynécologue autrichien Herman Knauss, de mettre au point une stratégie de contraception, qui consiste à déterminer la période de fertilité, afin d'éviter d'avoir des rapports sexuels pendant cette période (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012).

➤ **Avantage**

- Elle augmente la connaissance du fonctionnement du corps féminin.

➤ **Inconvénients**

- Cette méthode ne prend pas en compte la difficulté de ne pas avoir des relations sexuelles quand on le souhaite ;
- Elle ne convient pas en cas de cycle irrégulier et sa fiabilité est loin d'être satisfaisante.

2.2 – Méthodes modernes

Méthodes locales et barrière

Les méthodes de barrière font appel à une barrière mécanique ou chimique pour empêcher le sperme de traverser le col utérin et d'atteindre l'utérus et les trompes de Fallope; elles permettent ainsi de prévenir la fécondation d'un ovule. Certaines méthodes de barrière confèrent également une protection contre les infections transmissibles sexuellement (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012).

Le préservatif féminin

Le préservatif féminin est une gaine en polyuréthane ou en nitrile, fermée à une extrémité de manière à couvrir le col de l'utérus et ouverte à l'autre de manière à tapisser le vagin. Il présente un anneau interne flexible qui est glissé à l'intérieur du vagin. Une fois appliqué, il tapisse la paroi vaginale et empêche la mise en contact du sperme et du vagin. L'anneau externe, fixé à la gaine, se trouve à l'extrémité ouverte du préservatif et repose au niveau de l'orifice vulvaire. La face interne est tapissée d'un lubrifiant à base de silicone (Hassoun, 2018).

➤ **Avantages**

- Les femmes peuvent le mettre en place de façon autonome ;
- Son insertion ne nécessite pas la présence d'un pénis en érection ;
- Son utilisation est sûre pour ceux qui présentent une sensibilité au latex et il peut être utilisé avec des lubrifiants à base d'huile, à condition que le lubrifiant soit posé à l'intérieur du préservatif féminin, pas à l'extérieur car cela aurait pour effet de le faire glisser hors du vagin ;
- Offre une double protection, prévention de la grossesse non désirée mais aussi de la majorité des IST et du VIH ;
- Les hommes pourraient le trouver plus confortable et moins constrictif que les condoms masculins ;
- Les anneaux interne et externe pourraient rendre les relations sexuelles plus agréables pour l'homme ou les deux partenaires en accroissant la stimulation (Gallo, Kilbourne-Brook, & Coffey, 2012).

➤ **Inconvénients**

- Le glissement : le condom féminin glisse entièrement hors du vagin au cours de la relation sexuelle ;
- La pénétration erronée : au cours de la pénétration vaginale, le pénis s'insère entre le condom féminin et la paroi vaginale ;
- L'invagination : l'anneau externe du condom féminin est partiellement ou entièrement enfoncé dans le vagin au cours de la relation sexuelle ;
- Sa manipulation délicate et les bruissements produits lors des rapports sexuels peuvent être ressentis comme une gêne par certains couples ;
- Les coûts sont relativement élevés (Beksinska, Smit, Joanis, Usher-Patel, & Potter, 2010).

Le préservatif masculin

C'est une gaine qui couvre le pénis pendant le rapport sexuel et qui agit comme une barrière afin d'empêcher le sperme de pénétrer dans le vagin. Son efficacité est démontrée s'il est utilisé correctement en suivant les règles. Il existe des préservatifs en latex, polyuréthane, polysoprène,

silicone ou peau d'agneau. Il en existe en différentes tailles, textures, parfums avec ou sans réservoir (Hassoun, 2018).

➤ **Avantages**

- Le préservatif masculin offre une double protection, prévention de la grossesse non prévue mais aussi de la majorité des IST et du VIH ;
- Il présente une efficacité élevée comparée aux autres méthodes barrières, à condition de respecter des règles rigoureuses d'utilisation pour la mise en place ;
- Moindre coût (OMS, 2015).

➤ **Inconvénients**

- Baisse de la sensibilité au cours de la relation sexuelle ;
- Difficultés quant à la mise en place et au retrait du condom ;
- Détérioration potentielle du condom pendant l'entreposage ou dans le cadre d'une exposition à des lubrifiants à base d'huile (Uyen Hoa Lam, et al., 2014) ;
- Problèmes techniques associés à son utilisation (fuite, glissement, bris passant inaperçus). Ces problèmes sont plus courants lorsque les hommes ne prennent pas le temps de bien dérouler le condom sur leur pénis ou ne le font pas avec la rigueur requise (Crosby, Graham, Yarber, & Sanders, 2010).

Le diaphragme

Le diaphragme est une coupelle souple en silicone montée sur une base circulaire à ressort. Il est positionné entre le cul de sac vaginal postérieur et en avant, la fossette formée par la symphyse pubienne. Il couvre le col de l'utérus et bloque l'entrée des spermatozoïdes. Pour une meilleure efficacité, il doit toujours être utilisé en association avec les spermicides (Hassoun, 2018).

➤ **Avantages**

- Il se nettoie après chaque utilisation, et donc utilisable plusieurs fois ;
- Peut-être posé au moment du rapport sexuel, voire même jusqu'à deux heures avant le rapport sexuel ;

➤ **Inconvénients**

- Il est délivré uniquement sur prescription médicale ;
- La 1^{ère} pose est faite par un personnel qualifié (médecin ou une sage-femme) ;
- Son utilisation augmenterait la survenue d'infections urinaires ;
- Il doit être laissé en place au moins 6 heures après le dernier rapport ;
- Une modification de poids de plus ou moins 5 kg nécessite de reprendre une nouvelle mesure pour le diaphragme ;
- Il ne protège pas des IST et du VIH (Hassoun, 2018).

Les spermicides

Les spermicides sont des produits destinés à détruire ou à rendre inactifs les spermatozoïdes quand ils montent dans la filière génitale. Ils sont vendus sous différentes formes : crème, gel, éponge, ovules, mousse... (Le Figaro.fr).

➤ **Avantages**

- Ils sont vendus en vente libre et ne nécessitent pas la prescription médicale ;
- Ils n'interfèrent pas avec le système hormonal et restent sous le contrôle de l'utilisatrice ;
- Ils peuvent également servir de lubrifiants vaginaux lors des rapports sexuels ;
- Ils ne sont pas irritants pour la paroi du vagin, sauf en cas d'usage fréquent (Le Figaro.fr).

➤ **Inconvénients**

- Les spermicides sont coûteux ;
- Ils affectent la spontanéité des relations sexuelles ;
- Leur efficacité est limitée dans le temps (Le Figaro.fr).

La cape cervicale

La cape cervicale est une cupule en silicone qui est placée au fond du vagin et se positionne au niveau du col de l'utérus. Elle est maintenue en place par un effet de ventouse. Pour une

meilleure efficacité, il est recommandé d'utiliser les capes cervicales et les diaphragmes en association avec les crèmes spermicides (Trussell, 2011).

➤ **Avantages**

- Elle peut être lavée à l'eau et au savon puis séchée et remise dans la boîte ;
- Elle est réutilisable plusieurs fois.

➤ **Inconvénients**

- Le choix de la taille est évalué par le médecin ou la sage-femme ;
- Doit être laissée en place pendant 6 heures après le rapport sexuel et retirée au plus tard dans les 48 heures qui suivent le rapport.

 Les contraceptifs hormonaux

- **Contraception oestroprogestative**

Le contraceptif oestroprogestatif inhibe l'ovulation au niveau de l'axe hypothalamo-hypophysaire, modifie la glaire cervicale qui devient imperméable à la migration des spermatozoïdes, et modifie l'endomètre qui devient impropre à la nidation. On distingue la contraception hormonale oestroprogestative transdermique (patch transdermique), la contraception hormonale oestroprogestative vaginale (anneau vaginal), et la contraception hormonale oestroprogestative orale (pilule) (Haute Autorité de la santé de la France, 2017).

➤ **Avantages**

- Régularisation du cycle ;
- Diminution de l'abondance du flux menstruel ;
- Diminution du syndrome prémenstruel ;
- Diminution des dysménorrhées.

➤ **Inconvénients**

- Entraîne une augmentation du risque d'événement thromboembolique veineux, d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral (accident vasculaire cérébral) et d'accident ischémique transitoire ;
- Risque de cancer du col utérus ;
- Augmentation possible du risque de cancer sein.

- **La contraception progestative**

C'est la contraception qui ne contient que de la progestérone. On distingue la minipilule, l'injection IM ou SC et l'implant (Le Journal des femmes, s.d.).

➤ **Avantages**

- Réduit l'importance et la durée des saignements ;
- Diminue la douleur pendant les règles.

➤ **Inconvénients**

- Réveille les problèmes d'acné ;
- Favorise une prise de poids chez certaines femmes prédisposées ;
- Entraîne des troubles des règles (saignement entre les règles, règles irrégulières, absence des règles).

- **Contraception d'urgence**

La contraception d'urgence désigne les méthodes contraceptives qu'une femme peut utiliser pour prévenir la survenue d'une grossesse non prévue après un rapport non ou mal protégé ; elle permet ainsi de réduire le risque de grossesse non planifiée (Delphine & Nathalie, 2018). La contraception d'urgence est utilisée en cas de rapports sexuels non protégés, craintes d'un échec possible de la contraception, usage incorrect ou l'oubli des contraceptifs et agression sexuelle ou viol en l'absence de couverture contraceptive.

➤ **Avantage**

- Efficace à 95 % si vous la prenez dans les 24 heures.

➤ Inconvénients

- La pilule du lendemain n'assure pas une protection optimale ;
- Perturbation des règles, retardées ou avancées, et des saignements.

✚ Les dispositifs intra utérins

Il s'agit de dispositifs insérés dans la cavité utérine par un médecin ou une sage-femme. Ils assurent une contraception sur plusieurs années (5 à 10 ans en fonction des modèles). Deux types de dispositifs intra-utérins sont disponibles :

1. les DIU au cuivre dont le principe actif est le cuivre. Ce dernier a un effet toxique sur les spermatozoïdes, empêchant la fécondation et l'implantation de l'œuf. Il peut être laissé en place entre 5 et 10 ans.
2. les SIU hormonaux dont le principe actif est le lévonorgestrel. Ce dispositif hormonal contient une hormone progestative qui diffuse essentiellement localement, rendant la glaire cervicale au niveau du col de l'utérus imperméable aux spermatozoïdes. Par ailleurs, il réduit l'épaisseur de l'endomètre, empêchant ainsi la nidation. La progestérone est libérée très progressivement pendant 3 ou 5 ans, selon le modèle (Haute Autorité de la santé de la France, 2017).

➤ Avantage

- Il s'agit d'une méthode contraceptive de 1^{ère} intention, considérée comme très efficace, de longue durée d'action et pour laquelle aucun risque de cancer ni de risque cardiovasculaire n'est établi.

➤ Inconvénients

- Les DIU n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH ;
- Les jeunes utilisatrices de DIU-Cu pourraient être plus exposées à une expulsion du dispositif que les utilisatrices plus âgées de DIU-Cu (OMS, 2015) ;
- Les risques d'infections sexuellement transmissibles dus au comportement sexuel des classes d'âge plus jeunes, avec notamment des risques de salpingites pouvant être responsables de stérilité tubaire (OMS, 2011).

La stérilisation à visée contraceptive

La stérilisation est la suppression délibérée et réfléchie de la fécondité sans atteinte des autres fonctions sexuelles ou endocriniennes (Haute Autorité de la santé de la France, 2017). Elle ne doit être envisagée qu'en l'absence, présente et future, de désir d'enfant car elle est le type de méthode contraceptive dite définitive (Haute Autorité de la santé de la France, 2017). On distingue :

- La stérilisation féminine : qui consiste à prévenir l'arrivée de la grossesse en occluant les trompes de Fallope (qui permettent d'acheminer l'ovule de l'ovaire à l'utérus) par différentes techniques (soit par la cœlioscopie, la laparotomie ou la culdoscopie), ce qui empêche les spermatozoïdes de rencontrer l'ovule et de le féconder (Haute Autorité de la santé de la France, 2017).

- La stérilisation masculine : qui consiste à bloquer les canaux déférents (par vasectomie). Ces canaux ont comme fonction d'acheminer les spermatozoïdes à partir des testicules. L'éjaculat (sperme) ne contient donc plus de spermatozoïdes et l'ovule produit par la femme ne peut pas être fécondé pour débiter une grossesse (Brichart & Bruyère, 2010).

➤ **Avantages**

- Action contraceptive immédiate ;
- Méthode contraceptive très sûre.

➤ **Inconvénients**

- Cet acte chirurgical ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé et après une consultation auprès d'un médecin, et est le plus souvent réalisé sous anesthésie locale (chez l'homme), générale (chez la femme) ;
- Des douleurs postopératoires ;
- Hémorragies et hématomes, infections et douleurs scrotales chroniques (chez l'homme) ;
- Dans le cas de la cœlioscopie, la complication principale est la perforation vasculaire et, lorsque l'électrocoagulation est utilisée, la brûlure des organes du voisinage et notamment de l'intestin. Dans le cas de la mini laparotomie, les complications sont essentiellement des hématomes, des infections de la cicatrice ou des voies génitales hautes, des hémorragies

intrapéritonéales et des accidents d'anesthésie chez la femme (Haute Autorité de la santé de la France, 2017) ;

- Risque de regret potentiel en cas de désir d'enfant car décision quasi définitive, un retour en arrière étant impossible ou très compliqué.

3 - Critères fondamentaux du choix de la contraception

Le choix des différentes méthodes contraceptives est généralement régi par 4 critères, à savoir : l'efficacité, l'innocuité, la réversibilité et l'acceptabilité (OUZZAHRA, 2008).

3.1 - L'efficacité

« L'efficacité des méthodes est mesurée par le nombre de grossesses pour 100 femmes utilisant la méthode chaque année. Les méthodes sont classées en fonction de leur efficacité moyennant l'utilisation habituelle comme suit : très efficace (0-0,9 grossesse pour 100 femmes) ; efficace (1-9 grossesses pour 100 femmes) ; modérément efficace (10-19 grossesses pour 100 femmes) ; moins efficace (20 grossesses ou plus pour 100 femmes) » (OMS, 2020). On mesure cette efficacité par l'Indice de Pearl (IP) (OUZZAHRA, 2008).

$$IP = \frac{\text{Nombre de grossesses non voulues} \times 1200}{\text{Nombre de mois d'exposition à la grossesse}}$$

Cet indice se calcule en divisant le nombre moyen de grossesses par le nombre de mois d'utilisation de la méthode contraceptive et en multipliant le tout par 1200. Le résultat est donc un pourcentage compris entre 0 (aucune grossesse accidentelle utilisant la méthode pendant un an) et 100 (toutes les femmes de l'étude ont eu une grossesse la première année d'utilisation de la méthode contraceptive) (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012). Par exemple, un indice de 1% veut dire qu'en moyenne, pour 100 femmes qui utilisent de façon adéquate une méthode de contraception donnée pendant 12 mois, une femme devient quand même enceinte. En conséquence, une méthode contraceptive présentant un indice de Pearl élevé n'est pas efficace. La méthode n'est fiable que si l'indice de Pearl est inférieur à 1 % (OUZZAHRA, 2008).

3.2 - *L'innocuité*

La méthode contraceptive ne doit pas exposer la femme à des risques nocifs supérieurs au bénéfice attendu (Haute Autorité de la santé de la France, 2017). L'innocuité de la méthode (inoffensivité pour l'organisme) doit avoir été établie et doit s'appliquer à chacune des personnes utilisant la méthode contraceptive en tenant compte de ses antécédents médicaux et doit être poursuivie même après l'arrêt de la contraception au moyen d'une surveillance attentive des femmes (Haute Autorité de la santé de la France, 2017). Il n'existe pas de risque 0, mais les incidents doivent être tolérables et peu fréquents. Avant toute prescription contraceptive, un interrogatoire et un examen clinique minutieux par le prestataire de soins doivent être réalisés afin de rechercher des éventuelles contre-indications au type de contraceptif envisagé. Chaque année, une réévaluation du contraceptif utilisé est nécessaire pour s'assurer d'une bonne tolérance et de l'innocuité de ce dernier (Université Médicale Virtuelle Francophone, 2011-2012).

3.3 – *La réversibilité*

La contraception vise à diminuer la probabilité de conception ou l'éviter, elle n'a pas pour but d'impacter définitivement la fertilité de la femme après l'arrêt des méthodes contraceptives, à l'exception de la stérilisation à visée contraceptive (Your Life).

3.4 - *L'acceptabilité*

Le gage de la bonne efficacité des méthodes contraceptives repose sur l'adhésion des utilisatrices. Inutile dès lors d'imposer à une utilisatrice une méthode contraceptive à laquelle elle ne montre aucun enthousiasme. À cet effet, une bonne politique contraceptive doit intégrer les dimensions morales et religieuses des utilisatrices, leurs habitudes sexuelles, le profil de chaque individu et son niveau de compréhension (Mack, et al., 2019). Aussi, un accès rapide et abordable à des informations et à des services de santé de qualité en matière de contraception, ainsi qu'un suivi régulier des utilisatrices, augmentent les chances d'adhésion et d'acceptabilité de l'utilisation des contraceptifs (Mack, et al., 2019).

Chapitre II – Matériel et méthode

1 – Cadre de l'étude



Source : <https://mingenre-rdc.org/structures-2/>

1.1 – Situation géographique

La République démocratique du Congo est un gigantesque pays de l'Afrique centrale, avec une superficie de 2 345 409 Km² (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). À la suite du découpage territorial intervenu en 2015, la RDC est désormais subdivisée en 26 provinces et 225 territoires et communes (Ministère de la santé de la RDC, 2016). Plus vaste pays d'Afrique subsaharienne avec une superficie équivalente à celle de l'Europe de l'Ouest, la RDC partage 9.165 kilomètres de frontière avec 9 pays limitrophes (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). Elle est limitée au nord par la République Centrafricaine et le Soudan du Sud ; à l'Ouest par la République du Congo et l'Enclave angolaise de KABINDA ; à l'Est par

l'Ouganda, le Burundi, le Rwanda et la Tanzanie ; au Sud par la Zambie et l'Angola (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

Le pays est situé à cheval sur l'Equateur avec un climat équatorial chaud, humide au centre et tropical au Sud et au Nord. La moitié de la végétation est incluse en grande partie dans les forêts. Ainsi, six des onze provinces de la RDC ont une forte proportion de zones forestières de l'ordre de 40 à 70 pour cent. L'autre moitié proche des tropiques est dominée par la savane (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

« Le relief de la RDC est diversifié. Au centre du pays, se trouve une cuvette qui occupe 48 % de sa superficie et dont l'altitude moyenne est de 350 m. Cette cuvette est couverte par la forêt équatoriale, avec de nombreuses étendues marécageuses. Autour de la cuvette s'étale une série de plateaux étagés qui s'étendent jusque dans les pays frontaliers, à l'exception de la partie orientale où les plateaux se terminent par des montagnes » notamment dans la province du Congo central et dans les parties situées à l'est du pays (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). La pluviométrie et surtout la température s'abaissent au fur et à mesure qu'on s'approche du relief montagneux de l'Est (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Influencés par le relief, le climat et l'hydrographie, le sous-sol et le sol offrent également des potentialités minières et agricoles importantes et variées (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

1.2 – Contexte politique et sécuritaire

Ancienne colonie belge, la République démocratique du Congo a été durement éprouvée par une dictature longue de 32 ans, entre 1965 et 1997. La fin de la dictature a toutefois été ponctuée par une situation politique incertaine et des conflits armés à répétition. Ces conflits armés sont essentiellement alimentés par ses voisins, dont l'Ouganda, le Rwanda et Burundi. Pour se défendre contre l'agression extérieure, la RDC a dû recourir à l'intervention militaire de nombreux autres États, dont l'Angola, la Namibie et le Zimbabwe, dans ce qu'il convient d'appeler la guerre des Grands lacs (Marin, 2016) ou la Première Guerre mondiale africaine (Bourdillon, 2017). Mais les conflits armés au Congo ont également pour origine les conflits communautaires qui perdurent en particulier à l'Est du pays depuis le début des années 1960 (Diatezwa,

2020) et la soif, pour certains groupes, d'accaparer les richesses naturelles du pays, en particulier les mines. Le génocide commis au Rwanda en 1994 a été un autre facteur déstabilisateur de la situation sécuritaire en RDC, par l'afflux de réfugiés qu'il avait occasionné, parmi lesquels les combattants armés, en particulier les Forces démocratiques de libération du Rwanda (FDLR) (Onana, 2009). Dans l'ensemble, ces événements ont entraîné, outre les pertes en vies humaines, une insécurité généralisée, d'innombrables déplacés de guerre parmi la population, un exode rural sans précédent, d'énormes pertes matérielles, mais surtout, l'affaiblissement de l'autorité de l'État.

Les différents protagonistes ont signé un accord global – Accord de Lusaka – censé mettre fin aux hostilités, mais la paix qui en résulta fut fragile et n'empêcha pas la RDC de tendre vers l'implosion. Celle-ci ne fut évitée que de justesse, grâce aux efforts de l'Organisation des Nations Unies (ONU). Cette dernière déploya le MONUC (Mission de paix d'organisation des Nations Unies au Congo) dont l'appellation et le mandat changèrent au fil du temps, en fonctions de l'évolution de la situation sur le terrain. Au départ, cette mission comprenait plus de 17 000 hommes (Conseil de sécurité de l'ONU, 1999).

Il faut attendre l'an 2006, pour que le pays amorce un virage vers les institutions démocratiques, grâce à l'organisation de premières élections multipartites, depuis l'indépendance du pays, le 30 juin 1960. Depuis, le pays a tenu d'autres élections, les dernières en date étant celles du 30 décembre 2018, ayant porté Félix Tshisekedi Tshilombo à la tête de l'État.

Mais en dépit de ces évolutions notables et de la présence massive de la force onusienne jusqu'à ce jour, la RDC n'a pas connu de paix désirée et elle présente le visage d'un paysage gravement tourmenté et ensanglanté. Dans la région du Kivu (Est du pays), frontalière avec le Rwanda, l'insécurité est toujours galopante, la force onusienne s'étant révélée incapable de maîtriser les nombreuses milices et groupes à l'origine des conflits multiformes. En Ituri, région frontalière avec l'Ouganda et le Soudan du sud, l'actualité est dominée par la montée en puissance des Allied Democratic Forces (ADF ou ADF-Nalu), en français « Forces démocratiques alliées », regroupées autour d'un groupe armé d'opposition au président ougandais, Yoweri Museveni. En réalité cependant, ce groupe armé s'identifie désormais comme une organisation terroriste liée à l'État islamique (Tilouine & Zerrouky, 2019). Il sème la désolation et ses attaques répétées contre les populations civiles font la une des médias nationaux et internationaux. Dans la région méridionale du Katanga, les Maï-Maï et les groupes sécessionnistes troublent la quiétude

publique au quotidien, sous la barbe des Forces armées congolaises et onusiennes, impuissantes. Tel est le portrait succinct de la situation politique et sécuritaire actuelle en RDC.

1.3 – Contextes sociodémographique et culturel

Il n'est pas aisé d'aborder le contexte sociodémographique de la RDC, tant ce pays n'organise pas de recensement scientifique régulier de sa population. Depuis son indépendance, la RDC n'a connu qu'un seul recensement scientifique : il faut remonter en 1984 (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). A cette époque, la population congolaise était estimée à 30,7 millions d'habitants. Depuis lors, pendant bientôt de 40 ans, *« les chiffres de population utilisés proviennent des projections établies par l'Institut National de la Statistique (INS) à partir des données de ce recensement scientifique. Ainsi, en 2012, la population totale de la RDC était estimée à 77,8 millions d'habitants, avec un taux de croissance moyen de 3,4 %. Le pays reste sous-peuplé avec seulement 24 habitants au kilomètre carré. Cependant, la ville province de Kinshasa se caractérise par une très forte densité, avec 577 habitants au kilomètre carré »* (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Les données de l'unique recensement scientifique de la Population de 1984 indiquaient *« qu'environ 70 % de la population congolaise vivaient en milieu rural contre près de 30 % en milieu urbain. Mais avec les multiples mouvements de population occasionnés par les conflits armés de ces dernières années, la proportion de la population vivant en milieu urbain devrait avoir augmenté »* (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

D'après les projections de l'EDS 2013-2014, la population de la RDC se caractérise par son extrême jeunesse, la proportion de personnes de moins de 20 ans étant estimée à 61 % de la population totale du pays dont 52 % ont moins de 15 ans (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). La population d'âge économiquement actif (20-64 ans), c'est-à-dire les adultes qui doivent prendre en charge à la fois des enfants et des vieillards, représente 40 % de la population totale, soit 38,8 % chez les hommes et 41,2 % chez les femmes (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

La RDC est par ailleurs une mosaïque culturelle et linguistique, avec quelques 40 ethnies et plus de 400 tribus (Bibliothèque virtuelle de la RDC). Le Français est la langue officielle de ce pays, mais quatre autres langues nationales sont parlées : le lingala, parlé majoritairement à Kinshasa et au Nord-Est, tend à s'imposer de fait comme langue dominante ; le Swahili (à l'est), le Tshiluba (au centre sud) et le kikongo (à l'Ouest) (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

L'Atlas sociologique mondial chiffre la population de la RDC à 95 784 millions d'habitants en 2019, classant ce pays au quatrième rang de pays les plus peuplés d'Afrique, après le Nigéria, l'Ethiopie et l'Egypte (L'Atlas sociologique mondial, 2017) (PopulationData.net, 2019).

Dans l'indice de développement humain 2020, la RDC se classe au 175^e rang sur 189 pays (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). Son indice de capital humain *« s'établit à 0,37, en dessous de la moyenne des pays d'Afrique subsaharienne qui se situe à 0,40. Cela signifie qu'un enfant né en RDC aujourd'hui ne réalisera à l'âge adulte que 37 % du potentiel productif qu'il aurait pu atteindre s'il avait bénéficié d'une scolarisation complète et de conditions de santé optimales durant ses premières années de vie. En moyenne, un enfant congolais bénéficie de 9,1 années de scolarisation, ce qui correspond toutefois à seulement 4,5 années de scolarité corrigées en fonction des acquis (estimations de 2020). En outre, 43 % des enfants de RDC souffrent de malnutrition »* (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021).

1.4 – Contexte économique

La RDC est dotée de ressources naturelles exceptionnelles et variées. *« Outre sa richesse en minerais (cobalt et cuivre notamment), le pays dispose d'un grand potentiel hydroélectrique, de vastes terres arables, d'une formidable biodiversité et abrite la deuxième plus grande forêt tropicale au monde »* (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). Cependant, la RDC est comptée parmi les mauvais élèves de la gouvernance économique. Le pays se classe au 183^e rang sur 190 pays dans le rapport *Doing Business* 2020, et les principaux indicateurs de gouvernance restent médiocres (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021).

Après une période de prospérité héritée de la colonisation jusqu'au début des années 1970, l'économie congolaise a traversé de longues décennies de crise profonde et multiforme (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère

de la santé publique de la RDC, 2014). Les mauvais choix économiques des années 70 ont entraîné une croissance négative et une forte baisse de la production, une instabilité monétaire et un endettement considérable (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Depuis, la RDC ne s'en est toujours pas remise.

Bien que le pays ait engagé des réformes pour assainir les finances publiques et améliorer la gouvernance économique, l'économie congolaise reste l'une de moins performantes, le pays se situant au troisième rang mondial pour le nombre de pauvres (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). La situation s'est encore aggravée à la suite de la pandémie de Covid-19. Après une croissance qui atteignait 4,4 % en 2019, l'économie congolaise a chuté à 0,8 % en 2020, selon les estimations de la Banque mondiale (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021).

Par ailleurs, le principal moteur de la croissance, l'industrie minière, a connu des contre-coups à la suite de la baisse des prix des matières premières sur le marché mondial. DESK.ECO estime qu'à la suite de la baisse de prix des matières premières, la contribution du Ministère des Mines au budget 2020 a été réduite de 14,94 % (DESK ECO, 2019). Après avoir progressé de 6,9 % en 2019, ce secteur a chuté à 1 % en 2020 (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). Les « autres secteurs économiques se sont contractés de 1,6 % (alors qu'ils avaient progressé de 5,7 % en 2019) à la suite des restrictions de déplacement liées à la pandémie, des freins à l'activité commerciale et de la limitation des dépenses publiques. La consommation privée et les investissements publics ont reculé respectivement de 1 % et 10,2 % en 2020 » (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). Entre-temps, le gouvernement a dû engager d'importantes dépenses pour faire face à la pandémie, *« alors même que les recettes ont diminué en raison de la baisse de l'activité économique et du recours prolongé à des mesures d'allègement fiscal »*. Cette situation a entraîné une aggravation du déficit budgétaire qui a atteint 1,9 % en 2020 ; tandis que le *« déficit du compte courant s'est creusé pour atteindre 4 % du produit intérieur brut (PIB) et n'a été que partiellement financé par des entrées de capitaux, ce qui a entraîné une baisse des réserves de change »* (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021).

Avec le recul des recettes des produits miniers, les secteurs agricoles et extractifs constituent les principaux piliers de l'activité économique du pays, représentant 45,1 % et 43,9 % du PIB en 2018 et 2019, respectivement. Mais malgré l'importance de l'agriculture dans le PIB, la

production demeure essentiellement artisanale et 75 % de la population souffrent d'insécurité alimentaire (Kibala Kuma, 2020).

Selon les estimations, 73 % de la population congolaise, soit 60 millions de personnes, vivaient avec moins de 1,90 dollar par jour en 2018 (niveau fixé comme seuil de pauvreté international). Ainsi, « *près d'une personne sur six en situation d'extrême pauvreté en Afrique subsaharienne vit en RDC* » (La Banque mondiale en République démocratique du Congo, 2021). L'ampleur de la pauvreté varie toutefois considérablement d'une région à une autre, selon qu'on réside en milieu urbain ou rural, et en fonction des groupes socioprofessionnels (les travailleurs indépendants et les apprentis sont les plus pauvres avec un taux de 77 %, suivis des manœuvres, des employés et ouvriers semi qualifiés avec 66 % ; et on compte plus de 40 % de pauvres parmi les cadres de direction et de collaboration) ; ainsi que selon les groupes sociodémographiques (la pauvreté frappe surtout les ménages où l'âge du chef est compris entre 30 et 65 ans (plus de 70 % de pauvres) (Kibala Kuma, 2020). L'extrême pauvreté se concentre dans les régions du nord-ouest et des Kasai (elle pourrait s'être accrue avec l'extension des conflits à de nouvelles régions comme les Kasai, et les déplacements importants de population occasionnés). Considérant les provinces, les plus pauvres sont : Kinshasa, Sud-Kivu, Kwilu, Lomami, Haut-Katanga et Nord-Kivu (Kibala Kuma, 2020).

1.5 – Contexte sanitaire

À son accession à l'indépendance, la RDC a hérité de structures sanitaires très grande qualité et convoitées sur le continent africain. Un système de santé basé essentiellement sur des hôpitaux et dispensaires, appuyés par des équipes mobiles de lutte contre les grandes endémies (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). L'Hôpital général de référence de Kinshasa (HGRK) par exemple, fut pendant longtemps une vitrine sanitaire dont la réputation et le prestige dépassaient largement les frontières nationales. De nombreux ressortissants étrangers allaient s'y faire soigner.

Mais le tableau que nous avons peint précédemment sur la situation notamment politique et économique, n'a pas épargné le système sanitaire du pays (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Il n'est pas excessif de dire que le système congolais de santé actuel est dysfonctionnel.

Sur le plan organisationnel, le système congolais de la santé repose sur trois niveaux, sous la coupole administrative du Ministère de la Santé. Il y a le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

➤ **Le niveau central**

Le niveau central est constitué du Cabinet du Ministre et du Secrétariat Général avec les Directions centrales, les Programmes Spécialisés, l'Inspection Générale de la Santé Publique et les hôpitaux et autres structures à vocation nationale. L'autorité centrale jouit du pouvoir normatif et joue le rôle de régulation de prestation de soins tertiaires. C'est elle qui définit les politiques, les stratégies, les normes et les directives nationales ; et assure le suivi de leur mise en exécution dans les provinces. Il va également sans dire qu'elle joue aussi le rôle de mobilisation et de redistribution des ressources (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). En pleine réforme administrative, le nouveau cadre organique du niveau central prévoit de passer de 13 à 7 Directions, lesquelles fonctionneront toujours sous l'autorité du Ministre de la Santé Publique (Ministère de la santé de la RDC, 2016).

➤ **Le niveau intermédiaire**

Il comprend 26 inspections provinciales de la santé, conformément à la Constitution du pays. Il est composé du Ministre Provincial en charge de la Santé, d'une Division Provinciale de la Santé, d'une Inspection Provinciale de la Santé, de l'hôpital provincial et des autres structures sanitaires à vocation provinciale. Ce niveau assure le rôle d'encadrement technique, et fait le suivi et la traduction des directives, stratégies, politiques, sous forme d'instructions et de fiches techniques pour faciliter la mise en œuvre des actions au niveau des Zones de Santé. Il assure la gestion et l'administration des services sanitaires provinciaux. Il a aussi la mission d'offrir les soins de santé de référence secondaires à travers l'Hôpital Provincial. Il assure par ailleurs l'inspection et contrôle des établissements des soins, pharmaceutiques et de science de la santé (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

➤ **Le niveau opérationnel : la Zone de Santé (ZS)**

Le niveau périphérique comprend 516 ZS avec 393 Hôpitaux Généraux de Référence et 8.504 aires de santé (AS) planifiées, dont 8.266 disposent d'un Centre de Santé. Ce niveau a pour mission la mise en œuvre de la stratégie des soins de santé primaires (Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

Une ZS est un espace géographiquement limité et couvrant une population théorique de 100.000 à 150.000 habitants, avec un hôpital général de référence (HGR), offrant un paquet complémentaire d'activités (PCA). Elle est subdivisée en aires de santé (AS) qui, à travers un centre de santé (CS), couvrent environ 5.000 à 10.000 habitants, pour l'offre du paquet minimum d'activités (PMA) (Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

La ZS est gérée par une équipe cadre de zone de santé (ECZ), elle-même dirigée par un médecin chef de zone (MCZ). L'ECZ assure le pilotage du développement de la ZS en tant que système intégré qui offre des soins de santé de qualité, globaux, continus et intégrés. L'Aire de Santé (AS) est en principe couverte par le Centre de Santé. Ce dernier est une structure déconcentrée de l'Hôpital Général de Référence qui a entre autres missions de veiller à la qualité des soins dispensés sous forme de PMA à travers la formation et la supervision des prestataires (Ministère du Plan et Suivi de la mise en œuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

1.5.1 – La place de la médecine traditionnelle

En RDC, les structures sanitaires modernes coexistent avec ce qu'on appelle généralement la médecine traditionnelle. Celle-ci est définie par l'OMS comme « *l'ensemble de connaissances et pratiques, explicables ou non, pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer l'absence de santé en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération* » (OMS, 1978).

En Afrique et en RDC en particulier, la médecine traditionnelle est généralement pratiquée par le tradipraticien, que Joseph Manzambi *et al* définissent comme « *toute personne reconnue par sa collectivité comme compétente pour dispenser des soins de santé, grâce à l'emploi des substances végétales, animales ou minérales et d'autres méthodes basées sur le fondement socio-culturel et religieux aussi bien que sur les connaissances, comportements et croyances liés à la*

santé et à l'étiologie des maladies et invalidités prévalentes dans la collectivité » (Manzambi Kuwekita, Mbadu Kivuidi, Bruyère, & Reginster, 2015). « *L'appellation 'tradipraticien' inclut également les accoucheuses traditionnelles, les herboristes et les tradithérapeutes* » (Juvet Lowé Gnintedem, 2018).

L'importance de la médecine traditionnelle s'inscrit dans le contexte de l'imaginaire collectif prédominant en Afrique et en RDC en particulier. Dans la culture traditionnelle africaine en général et congolaise en particulier, la maladie est généralement considérée comme un « mal » résultant de l'acharnement diabolique des autres contre soi (Manzambi Kuwekita & Reginster, Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement. Le cas de la République Démocratique du Congo, 2013). C'est pourquoi la maladie et l'acte thérapeutique sont incrustés dans un contexte capable d'influencer les individus (Manzambi Kuwekita & Reginster, Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement. Le cas de la République Démocratique du Congo, 2013). Dans ce contexte, la médecine moderne ou « importée » est envisagée comme inefficace, car elle ignore les aspects de la spiritualité. D'où le réflexe habituel de nombreux africains à se tourner vers le tradipraticien qui est considéré comme le dépositaire du savoir ancestral qu'il a pour mission de répandre dans la société (Juvet Lowé Gnintedem, 2018). Le tradipraticien ne suit donc aucune formation médicale quelconque, mais reçoit le pouvoir de guérison par des procédés mystiques hérités des parents ou reçus en songe. Il tire sa légitimité du sentiment qu'a la société de passer par son intermédiation utile pour obtenir l'opinion des ancêtres (Juvet Lowé Gnintedem, 2018).

Chaque tradipraticien possède une certaine spécialisation, mais tous se complètent. L'un possède un remède contre telle maladie, un autre en a contre une autre maladie, etc., de sorte que leur expertise commune peut compenser des soins modernes. Ils prétendent ainsi être en mesure de soigner la quasi-totalité des ennuis « *de santé de la communauté, qu'il s'agisse de maladies infectieuses, traumatiques, gastro-entérologiques, oto-rhino-laryngologiques, gynécologiques, dermatologiques, broncho-pulmonaires et hormonales* » (Manzambi Kuwekita, Mbadu Kivuidi, Bruyère, & Reginster, 2015). Leur offre de santé consiste essentiellement dans l'administration des plantes médicinales, utilisées entièrement ou en partie (feuille, tige, racine, écorce, fruit...), des poudres et des liquides. À ce titre, le tradipraticien est un acteur de santé publique, dans le contexte africain et congolais. L'OMS a d'ailleurs relevé que 80 % de la population africaine a recours à la médecine traditionnelle pour répondre à leurs besoins en matière de soins (Juvet Lowé Gnintedem, 2018). Il est même fréquent, dans le contexte africain et

congolais, que les praticiens de la biomédecine réorientent les patients vers les tradipraticiens, pour un certain nombre de maladies telles le *mbasu* (une maladie apparentée à l'ulcère de Burili), la sinusite, les maladies mentales, etc (Manzambi Kuwekita, Mbadu Kivuidi, Bruyère, & Reginster, 2015).

En RDC, la médecine traditionnelle fut exercée librement depuis son existence (Manzambi Kuwekita, Mbadu Kivuidi, Bruyère, & Reginster, 2015). Cependant, depuis 2002, elle est régie par l'Arrêté n° 1250/CAB/MIN/S/CS/KIZ/62/2002 du 25/10/2002 du ministère de la santé publique, lequel dispose notamment que :

« Tout tradipraticien qui demande et accepte de collaborer ou développer un partenariat avec la Médecine moderne et le monde scientifique a droit au respect de ses droits intellectuels, à une rétribution sur ses recettes traditionnelles, à l'information et à la formation. Le tradipraticien peut, dans ce cas et après demande écrite, négociation et signature d'une Convention de Collaboration ou de Partenariat avec ou par l'intermédiaire du Comité de Médecine Traditionnelle de son ressort, exercer ou prêter ses services dans un établissement de santé moderne. Avant d'exercer en dehors du milieu rural, le tradipraticien doit payer les documents suivants : Attestation d'enregistrement de Tradipraticien, Certificat d'Enregistrement de Tradipraticien, Attestation d'affiliation à une Association des tradipraticiens, Licence de l'Art de Guérir Traditionnel, Autorisation d'Ouverture de Centre de Soins de Médecine Traditionnelle, seul endroit de pratique de la médecine traditionnelle. Ces documents sont délivrés et régulièrement renouvelés dans les conditions et par les autorités compétentes » (Ministère de la Santé Publique, 2002).

Il résulte de cet arrêté que le tradipraticien congolais est autorisé à exercer presque librement au village, tandis qu'en ville, il lui est exigé de détenir certaines autorisations administratives délivrées et régulièrement renouvelées dans les conditions et par les autorités compétentes (Ministère de la Santé Publique, 2002).

La forte prévalence de la médecine traditionnelle a un effet déterminant sur la représentation négative de la contraception au sein de la population. Car, la préoccupation traditionnelle des tradipraticiens est de combattre l'infertilité, non pas de l'arrêter ou la décourager. Dans l'imaginaire collectif des africains, les enfants sont une richesse immense et la procréation est l'une des priorités pour lesquelles les personnes vivent en couple. Les femmes qui ne donnent pas naissance sont mal perçues et courent fréquemment le risque de se faire répudier. Les méthodes qui empêchent, arrêtent ou évitent la procréation sont dès lors mal perçues. Les tradipraticiens

s'opposent ainsi aux méthodes contraceptives, en faisant notamment prévaloir que ces méthodes n'étaient pas utilisées par leurs ancêtres et que c'est une invention de la culture occidentale pour transmettre des maladies et l'infertilité aux nouvelles générations africaines. Ils avancent ainsi par exemple que les injections et les pilules contraceptives seraient la principale cause de cancer et de malformations des enfants, qu'elles rendraient les femmes stériles et leur créeraient des complications pour les accouchements subséquents, etc.

La stratégie de la planification familiale est donc aux antipodes de la médecine traditionnelle, dont les connaissances permettent de guérir l'infertilité, non pas d'arrêter la fécondation ne serait-ce que temporairement, au risque de créer des effets pervers non désirés.

2 – Design de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale analytique utilisant des données provenant de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) 2013-2014. Les données ont été collectées dans toutes les provinces de la RDC auprès d'un échantillon représentatif des femmes en âge de procréer (15-49 ans).

2.1 – Base de sondage

Il s'agit du recensement général de 1984. Le recensement administratif a partiellement actualisé les données, le plus récent ayant été réalisé dans le cadre des élections présidentielles et législatives de 2011. La base de sondage est la même que celle utilisée par les enquêtes en grappes à indicateurs multiples de 2010 menées par l'institut national des statistiques (INS) et l'enquête 1-2-3 en 2012 (emploi, secteur informel et consommation des ménages).

2.2 – Sources des données

Nous avons utilisé dans cette étude des données publiques obtenues à partir de l'enquête démographique et sanitaire de la RDC (EDS) 2013-2014 (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Les données ont été collectées du 13 août au 12 septembre 2013 à Kinshasa et du 20 novembre 2013 au 7 février 2014 dans toute la République. L'enquête auprès des ménages s'est appuyée sur une technique d'échantillonnage en grappes à deux degrés. Premièrement, 540 grappes ont été définies dans chacune de 26 provinces (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Deuxièmement, un

village a été sélectionné au hasard dans chacune des provinces. Les ménages ont été sélectionnés sur la base du fait qu'une femme y vivant était en âge de procréer, en utilisant une approche de parcours aléatoire jusqu'à ce que la taille d'échantillon souhaitée soit atteinte dans chaque village (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014). Plus précisément, les enquêteurs ont commencé leur sélection en lançant une bouteille dans un endroit choisi au hasard dans le village, puis ils ont interrogé les ménages dans la direction indiquée, jusqu'à atteindre la taille d'échantillon souhaitée. L'échantillon total comprenait 18716 ménages. Au sein d'un ménage, des informations ont été recueillies sur le profil socio-démographique et économique global du ménage ainsi que sur les schémas de maladie individuels, le comportement de recherche de soins de santé et les dépenses correspondantes. Il a été demandé aux femmes fertiles et non enceintes si elles avaient utilisé une méthode contraceptive moderne au cours des six derniers mois pour retarder ou limiter l'accouchement (Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC, 2014).

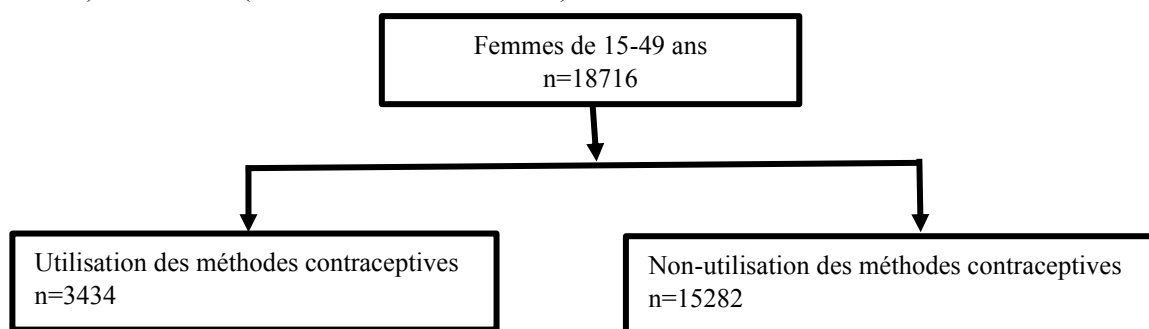
3 – Critères d'inclusion

La présente étude vise les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) vivant en RDC, quel que soit leur statut matrimonial.

4 – Variables étudiées

4.1. – Variable dépendante

Notre variable d'intérêt est l'utilisation actuelle de méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer. On a demandé aux femmes si elles utilisaient actuellement une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Dans cette étude, les réponses : « pas de méthode, méthode moderne ou méthode traditionnelle » à la question de l'utilisation des contraceptifs ont été dichotomisées et mesurées comme « oui » (utilisation des méthodes modernes ou traditionnelles) et « non » (aucune méthode utilisée).



Flow-chart

4.2 – Variables indépendantes

Le choix des variables indépendantes a été fait sur base des informations tirées de la littérature pertinente sur le sujet, et sur la disponibilité de ces variables dans la base de données. Sur cette base, les covariables suivantes ont été jugées appropriées et traitées comme des caractéristiques de la femme, du ménage, de l'utilisation des services de santé et de la communauté.

Tableau 1 Prédicteurs potentiels de la non-utilisation des méthodes contraceptives

Libellé	Description	Catégorie	Codage
Age	Âge actuel en année révolue classée en 7 catégories	15-19	1
		20-24	2
		25-29	3
		30-34	4
		35-39	5
		40-44	6
		45-49	7
Statut matrimonial	État matrimonial de la répondante (femme)	Célibataire	1
		Mariée	2
		Union libre	3
		Veuve	4
		Divorcée	5
		Ne vit pas ensemble	6
Niveau socioéconomique	Quintile de bien-être économique du ménage mesuré par rapport à la possession de certains biens matériels (électricité, radio, télévision, téléphone, réfrigérateur ou congélateur, groupe électrogène ou générateur, réchaud ou cuisinière, chaise, lit, lampe, four, houe, machine à coudre, vélo, toilettes)	Plus pauvre	1
		Pauvre	2
		Moyen	3
		Riche	4
		Plus riche	5
Lieu de résidence	Type de lieu de résidence	Urbain	1
		Rural	2
Niveau d'étude	Niveau de scolarité le plus élevé atteint par la répondante	Non scolarisée	1
		Primaire	2
		secondaire	3
		supérieur	4
Parité	Nombre d'enfants accouchés par une femme	≤ 3	1
		4 – 6	2
		≥ 7	3

Tableau 2(suite) : Prédicteurs potentiels de la non-utilisation des méthodes contraceptives

Libellé	Description	Catégorie	Codage
Littératie	Mesure l'écart entre l'intelligibilité du système de santé et les compétences de la femme	Impossible de lire	1
		Capable de lire de partie d'une phrase	2
		Capable de lire une phrase entière	3
		Pas de carte de la langue requise	4
		Aveugle ou malvoyante	5
Grossesse désirée	L'enfant a été voulu au moment de la grossesse	Oui	1
		Non	2
Visite prénatale	Nombre des visites prénatales pendant la grossesse	0	1
		1	2
		2	3
		3	4
		≥ 4	5
Demande de l'autorisation du partenaire	Demande de l'autorisation à son partenaire pour aller dans un service de PF	Oui	1
		Non	2
Problème d'argent pour se rendre au P.F	Problème d'argent déclaré par la femme pour aller au PF	Oui	1
		Non	2
Inaccessibilité géographique	Distance à parcourir pour se rendre à l'établissement de santé le plus proche est de moins de 5 Km	Oui	1
		Non	2
Visité par un agent du PF ces 12 derniers mois	Visité dans son domicile par un agent du PF ces 12 derniers mois	Oui	1
		Non	2
A visité un établissement de santé ces 12 derniers mois	La femme s'est rendue dans un établissement de santé ces 12 derniers mois pour avoir des informations sur le PF	Oui	1
		Non	2

5 – Analyse statistique

Premièrement, nous avons nettoyé les données et recodé certaines de variables en fonction de l'objectif de cette étude. Des statistiques descriptives ont été utilisées pour résumer les données et les résultats ont été présentés comme des proportions (%). Des analyses bivariées (chi-deux) ont été menées pour déterminer les associations entre l'utilisation des contraceptifs et chacune des variables indépendantes. Les variables qui avaient une association avec l'utilisation des contraceptifs à P-valeur $\leq 0,25$ sur la régression logistique binaire ont été analysées plus en détail à l'aide de régression logistique multivariée pour identifier les prédicteurs de l'utilisation

des contraceptifs. On a estimé les odds ratio (OR) brutes et ajustées et leurs intervalles de confiance de 95 % (IC95 %). Pour s'ajuster au regroupement, toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide d'analyses d'échantillons complexes du paquet statistique pour les sciences sociales (SPSS, version IBM 27), et la signification statistique a été fixée à une P-valeur inférieure à 0,05. Aucune variable n'avait un problème de multi colinéarité.

6 – Considérations éthiques

L'autorisation d'utiliser les données de l'enquête démographique et de santé de la République Démocratique du Congo 2013-2014 a été accordée par ICF et elle est annexée au présent travail.

Les données DHS n'ont été utilisées qu'à des fins d'analyses statistiques et uniquement pour notre étude. Toutes les données ont été traitées de manière confidentielle et les répondants des ménages ou des individus interrogés dans l'enquête n'ont pas été identifiés.

Chapitre III – Résultats

1 – Caractéristiques des femmes à l'âge de procréer

Les caractéristiques de base des répondants ont été analysées dans l'ensemble de l'échantillon et nous avons considéré que les valeurs manquantes avaient peu d'influence sur les résultats. L'âge moyen de femmes était de 29 ans avec une déviation standard de 7 ans. Les femmes mariées représentaient 66,2 %, les pauvres représentaient 26,6 %, celles qui habitaient dans les milieux ruraux représentaient 70,4%, les femmes qui avaient un niveau d'éducation primaire représentaient 45,1 % et 43,1 % de femmes avaient accouché de 3 enfants, au plus. 48,3 % de femmes étaient incapables de lire même un mot. 73,3 % de femmes désiraient un enfant. 27,6 % de femmes avaient suivi tous les 4 rendez-vous du service prénatal. 64,4 % de femmes devaient demander une autorisation à leur partenaire pour se rendre au service de planning familial. 74,7 % avaient des difficultés financières pour se rendre dans un service de planning familial. 53,5 % n'avaient pas un problème d'accessibilité géographique. 92,9 % n'avaient pas été visitées par un agent de la santé les 12 derniers mois. 52,4 % de femmes avaient visité un établissement de santé les 12 derniers mois.

Tableau 3 : Caractéristiques de femmes à l'âge de procréer

Variables	Résultats
Age	
Moyenne $\pm$ D.S	29 $\pm$ 7
Médiane	28
Min – Max	15 - 49
Statut matrimonial	
Célibataire	786 (4,2)
Mariée	12394 (66,2)
Union libre	3999 (21 ,4)
Veuve	271 (1,4)
Divorcée	281 (1,5)
Ne vit pas ensemble	985 (5,3)
Niveau sociodémographique	
Plus pauvre	4987 (26,6)
Pauvre	4189 (22, 4)
Moyen	3923 (21, 0)
Riche	3229 (17,0)
Plus riche	2388 (12,8)
Lieu de résidence	
Urbain	5504 (29,4)
Rural	13212 (70,4)
Niveau d'étude	
Non scolarisée	3933 (21,0)
Primaire	8446 (45,1)
Secondaire	6106 (32,6)
Supérieur	231 (1,2)
Parité	
≤ 3	8060 (43,1)
4 – 6	6792 (36,3)
≥ 7	3864 (20 ,6)
Littéracie	
Impossible de lire	9041 (48,3)
Capable de lire de partie d'une phrase	2042 (10,9)
Capable de lire une phrase entière	7543 (40,3)
Pas de carte de la langue requise	47 (0,3)
Aveugle ou malvoyante	18 (0,1)
Manquant	25 (0,1)
Grossesse désirée	
Oui	13724 (73,3)
Non	4992 (26,7)
Visite prénatale	
0	1438 (7,7)
1	433 (2,3)
2	1375 (7,3)
3	2883 (15,4)
≥ 4	5164 (27,6)

Tableau 4 (suite) : Caractéristiques de femmes à l'âge de procréer

Variables	Résultats
Demande de l'autorisation au partenaire	
Oui	6615 (35, 4)
Non	12083 (64, 6)
Manquant	18
Problème d'argent pour se rendre au P.F	
Oui	13975 (74,7)
Non	4729 (25,3)
Manquant	12
Inaccessibilité géographique	
Oui	8685 (46,5)
Non	10017 (53,5)
Manquant	14
Visité par un agent du PF ces 12 derniers mois	
Non	17880 (92,9)
Oui	1333 (7,1)
Manquant	3
A visité un établissement de santé ces 12 derniers mois	
Non	9811 (52,4)
Oui	8900 (47,6)
Manquant	5

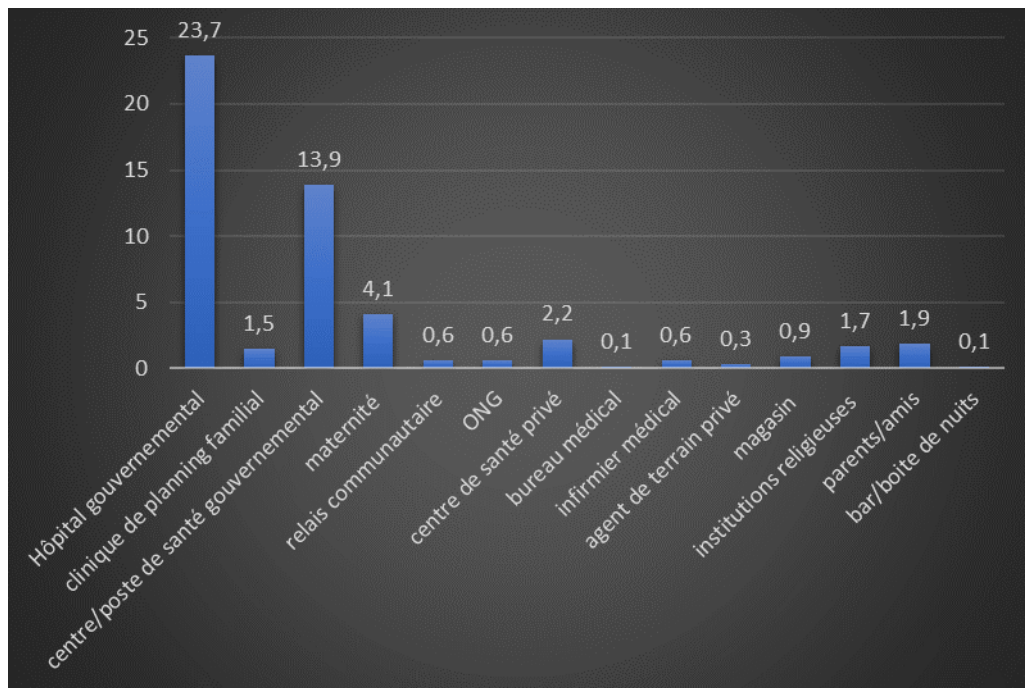


Figure 1 Source d'approvisionnement de méthodes contraceptives

Ce graphique montre que 23,7 % de femmes se procuraient les méthodes contraceptives dans les hôpitaux gouvernementaux, 13,9 % dans les centres ou postes de santé gouvernementaux et seulement 0,1 % se les procuraient dans les bars ou boites de nuit.

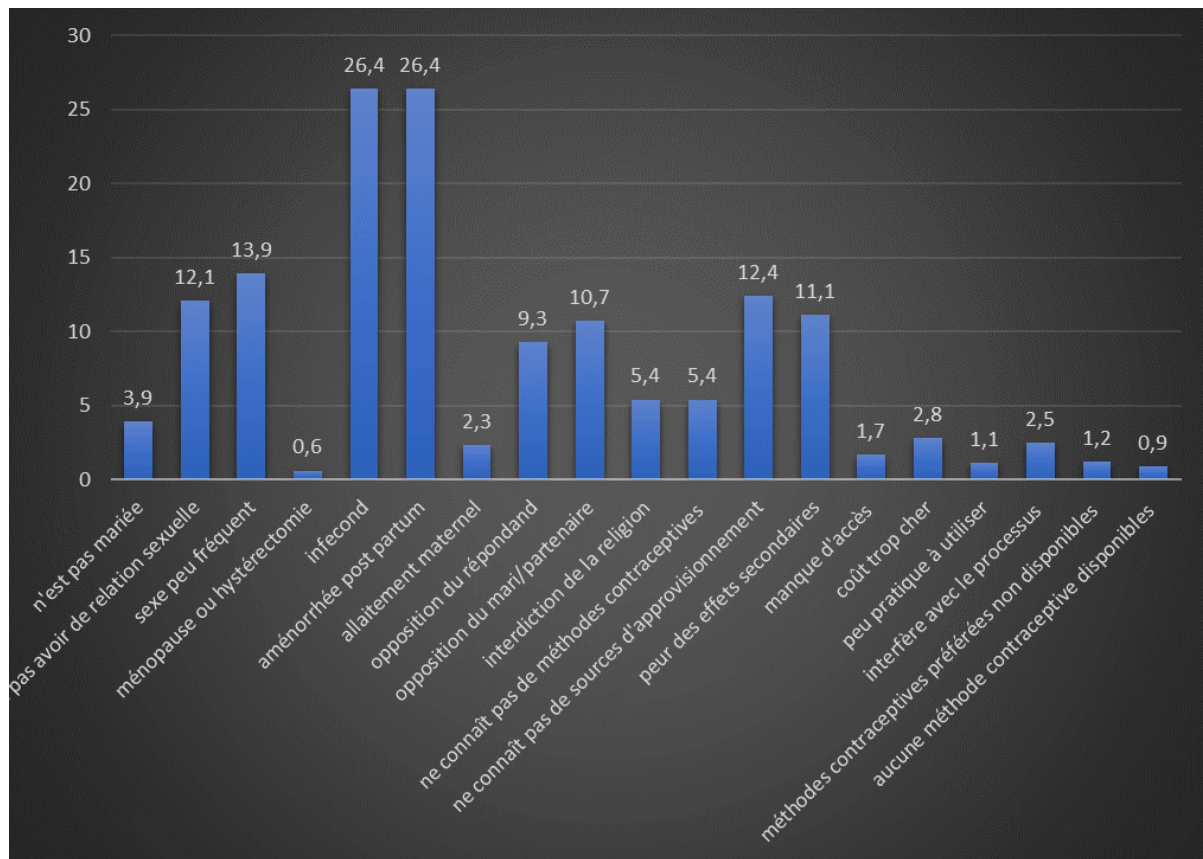


Figure 2 Raisons de non-utilisation des méthodes contraceptives

Parmi les raisons avancées par les femmes qui n'utilisaient pas de méthodes contraceptives, 26,4 % évoquaient le fait qu'elles étaient soit infécondes, soit en période d'aménorrhée *post partum*. 13,9 % n'utilisaient pas de méthodes contraceptives car elles avaient des relations sexuelles peu fréquentes. 12,4 % n'en utilisaient pas car elles ne connaissaient pas de sources d'approvisionnement, tandis que 12,1 % ne les utilisaient pas car elles ne faisaient pas de rapport sexuel.

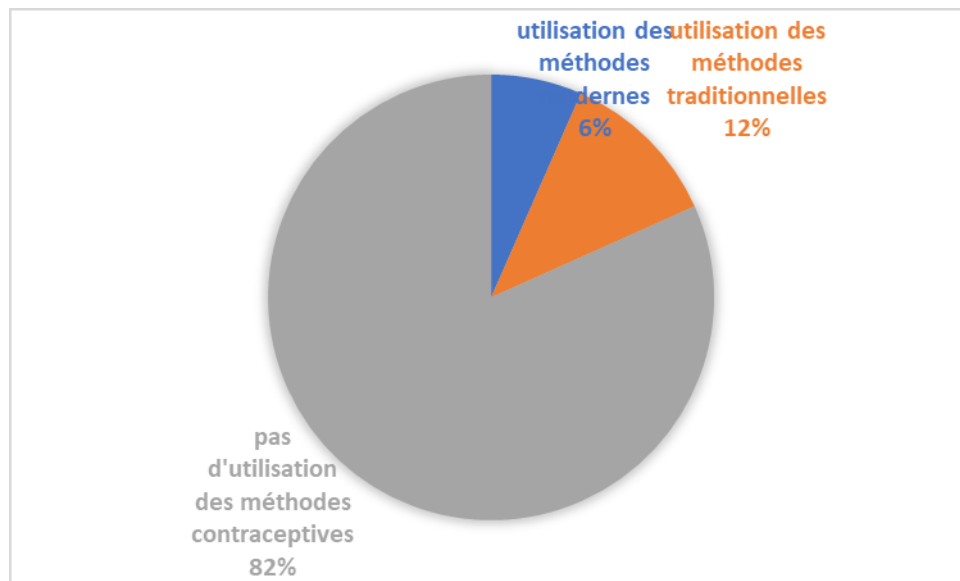


Figure 3 Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives

La prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives modernes étaient de 6% et celle de méthodes traditionnelles était de 12 %.

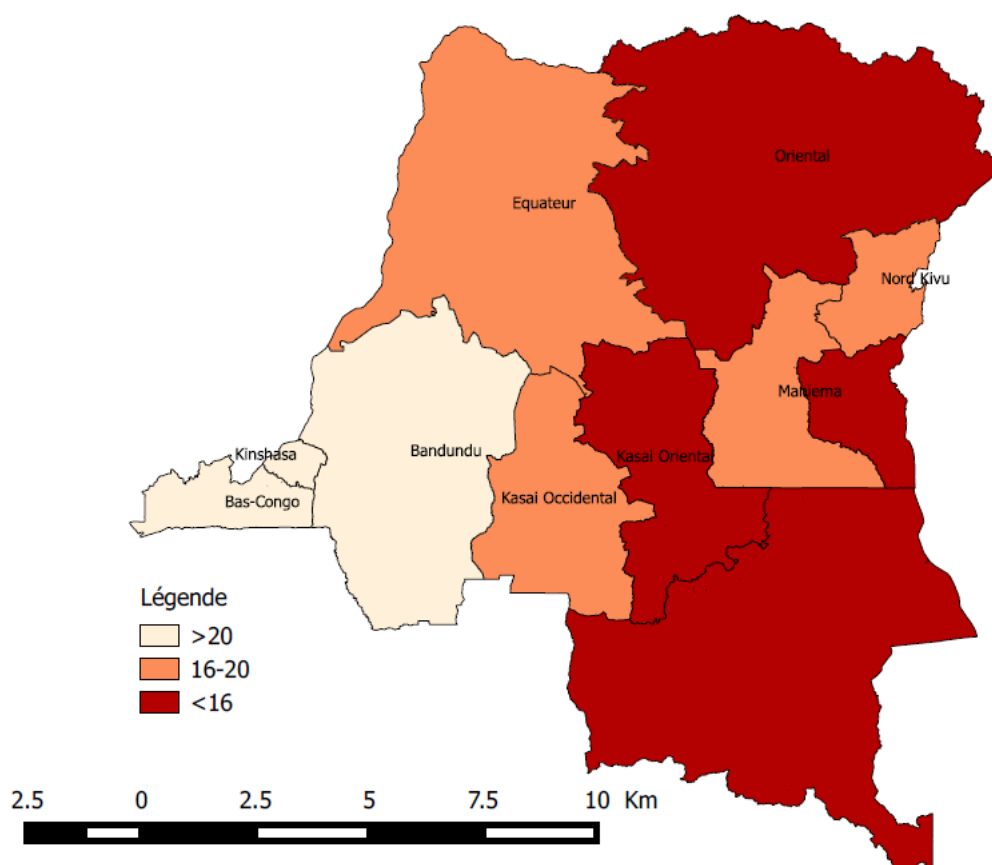


Figure 4 Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives dans les provinces de la RDC

En RDC, on constate que la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives est très faible (<16 %) dans la province orientale, dans le Maniema, au Katanga et au Kasai oriental et elle est de plus de 20 % à Kinshasa, dans le Bas-Congo et dans le Bandundu.

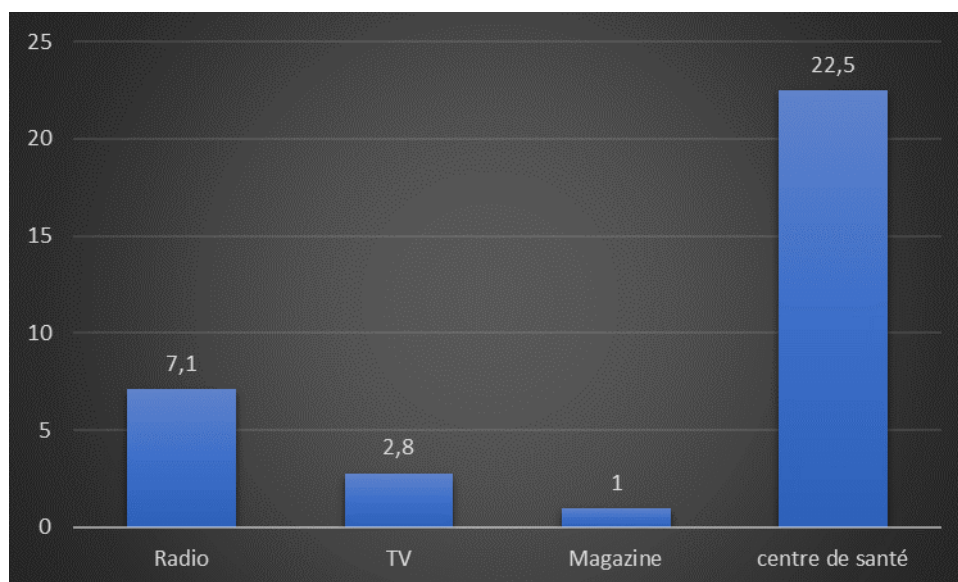


Figure 5 Source d'information sur le planning familial

Parmi toutes les sources d'information sur la santé en RDC, 22,5 % de femmes avaient été informées sur le planning familial au centre de santé ; 7,1 % par la radio ; 2,8 % par la télévision et 1,0 % seulement par les magazines.

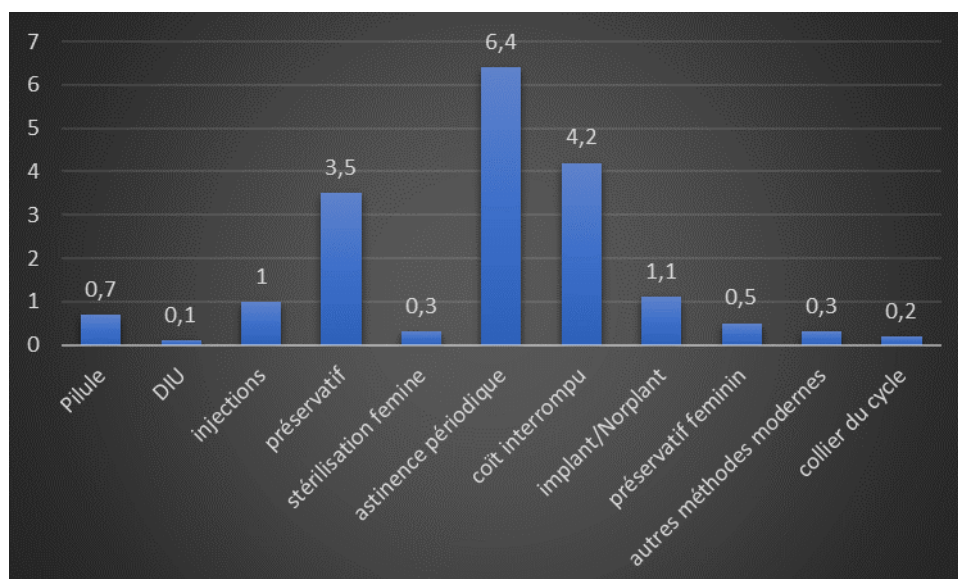


Figure 6 Méthodes contraceptives utilisées

Concernant les méthodes contraceptives, il ressort que ce sont les méthodes traditionnelles qui sont les plus utilisées que les méthodes modernes. 6,4 % de femmes utilisaient l'abstinence périodique ; 4,3 % utilisaient le coït interrompu et seulement 3,5 % utilisaient les préservatifs.

2 – Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives en fonction de différentes catégories

Le Tableau 3 ci-dessous montre que l'âge moyen diffère de manière statistiquement significative entre les femmes qui utilisaient les méthodes contraceptives et celles qui n'en utilisaient pas ($p < 0,05$). La différence de proportion du statut matrimonial est également statistiquement significative entre les utilisatrices méthodes contraceptives et les non-utilisatrices ($p < 0,05$). Le niveau d'éducation est également statistiquement différent entre les utilisateurs de méthodes contraceptives et les non-utilisateurs ($p < 0,05$).

La proportion du niveau socioéconomique n'est pas la même chez les utilisatrices de méthodes contraceptives et chez les non-utilisatrices ($p < 0,05$). Les femmes habitant dans les milieux urbains utilisaient plus les méthodes contraceptives que celles habitant dans les milieux ruraux ($p < 0,05$).

Concernant la littéracie, les femmes incapables de lire même un mot utilisaient moins les méthodes contraceptives (11,9 %) que celles qui étaient capables de faire la lecture (26,4 %) ($p < 0,05$).

Parmi les femmes qui désiraient avoir une grossesse, la majorité (83,2 %) n'utilisait pas de méthodes contraceptives, comparativement à celles qui ne désiraient pas avoir une grossesse (77,5 %) ($p < 0,05$).

89 % de femmes qui ne se sont jamais rendues à la consultation prénatale n'utilisaient pas de méthodes contraceptives, tandis que celles qui se sont rendues au moins 4 fois (77,9 %) les utilisaient ($p < 0,05$).

83,0 % de femmes qui demandaient l'autorisation à leur partenaire pour aller dans un service de planning familial n'utilisaient pas de méthodes contraceptives, contrairement à celles qui ne demandaient pas l'autorisation (80,9 %) ($p < 0,05$).

La proportion de femmes qui n'utilisaient pas les méthodes contraceptives par manque de moyens financiers (83,8%) diffère de celles qui en disposaient (75,3 %). ($p < 0,05$).

85,1 % de femmes n'utilisaient pas les méthodes contraceptives car la distance entre leur domicile et l'établissement de santé était de plus de 5 km, comparativement à celles dont la distance était de moins de 5 km (75,3 %) ($p<0,05$).

82,3 % de femmes qui n'ont pas été visitées les 12 derniers mois n'utilisaient pas les méthodes contraceptives, tandis que celles qui étaient visitées par un agent de la santé sur la même période les avait utilisées (73,0 %) ($p<0,05$).

82,4 % de femmes qui n'avaient pas visité un établissement de santé n'utilisaient pas les méthodes contraceptives, à la différence de celles qui avaient visité un tel établissement (80,9 %) ($p<0,05$).

Tableau 5 Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives en fonction de différentes catégories

Variables	Utilisation des méthodes contra-		P - valeur
	Oui n = 3434(18,3)	Non n = 15285(81,7)	
Age	29,35±6,85	29,03±6,97	0,012
Statut matrimonial			<0,001
Célibataire	165(21,0)	621(79,0)	
Mariée	2212(17,8)	10182(82,2)	
Union libre	828(20,7)	3171(79,3)	
Veuve	57(10,3)	495(89,7)	
Divorcée	172(17,5)	813(82,5)	
Niveau socioéconomique			<0,001
Plus pauvre	610(12,2)	4377(87,8)	
Pauvre	620(14,8)	3569(85,2)	
Moyen	639(16,3)	3284(83,7)	
Riche	669(20,7)	2560(79,3)	
Plus riche	896(35,5)	1492(62,5)	
Lieu de résidence			<0,001
Urbain	1565(28,4)	3939(71,6)	
Rural	1869(14,1)	11343(85,9)	
Niveau d'étude			<0,001
Non scolarisée	390(9,9)	3543(90,1)	
Primaire	1250(14,8)	7196(85,2)	
Secondaire	1672(27,4)	4434(72,6)	
Supérieur	122(52,8)	109(47,2)	
Parité			0,033
≤ 3	1547(19,2)	6513(80,8)	
4 – 6	1207(17,8)	5585(82,2)	
≥ 7	680(17,6)	3184(82,4)	
Littéracie			<0,001
Impossible de lire	1084(11,9)	8022(88,1)	
Capable de lire de partie d'une phrase	357(17,5)	1685(82,5)	
Capable de lire une phrase entière	1990(26,4)	5553(73,6)	
Grossesse désirée			<0,001
Oui	2300(16,8)	11424(83,2)	
Non	1134(22,7)	3859(77,5)	
Visite prénatale			<0,001
0	150(10,4)	1288(89,6)	
1	54(12,5)	379(87,5)	
2	217(15,8)	1158(84,2)	
3	572(19,8)	2311(80,2)	
≥ 4	1141(22,1)	4023(77,9)	
Demande de l'autorisation au partenaire			<0,001
Oui	1126(17,0)	5489(83,0)	
Non	2308(19,1)	9775(80,9)	

Tableau 6 (suite) : Prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives en fonction de différentes catégories

Variables	Utilisation des méthodes contra-		P - valeur
	Oui n = 3434(18,3)	Non n = 15285(81,7)	
Problème d'argent pour se rendre au P.F			<0,001
Oui	2267(16,2)	11708(83,8)	
Non	1167(24,7)	3562(75,3)	
Inaccessibilité géographique			<0,001
Oui	1290(14,9)	7395(85,1)	
Non	1167(24,7)	3562(75,3)	
Visité par un agent du PF ces 12 derniers mois			<0,001
Non	3074(17,7)	14306(82,3)	
Oui	360(27,0)	973(73,0)	
A visité un établissement de santé ces 12 derniers mois			0,004
Non	1725(17,6)	8086(82,4)	
Oui	1709(19,2)	7191(80,9)	

3 – Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives

3.1 – Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives par la régression univariée

Dans l'analyse univariée, ci-après les facteurs qui ont été associés de façon indépendante à la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer : les mariées [OR : 1,22 ; (IC95% : 1,02-1,46)], les veuves [OR : 2,31 ; (IC95% : 1,67-3,19)], les plus pauvres [OR : 4,31 ; (IC95% : 3,83-4,85)], les pauvres [OR : 3,46 ; (IC95% : 3,07-3,89)], classe moyenne [OR : 3,09 ; (IC95% : 2,74-3,48)], les riches [OR : 2,30 ; (2,04-2,59)], les milieux ruraux [OR : 2,41 ; (IC95% : 2,23-2,60)], les non scolarisées [OR : 10,17 ; (IC95% : 7,69-13,44)], niveau d'éducation primaire [OR : 6,44 ; (4,94-8,40)], niveau d'éducation secondaire [OR : 2,17 ; (IC95% : 2,17-3,87)], entre 4 à 6 enfants accouchés par femme [OR : 1,10 ; (IC95% : 1,01-1,20)], avoir accouché de 7 enfants ou plus [OR : 1,11 ; (IC95% : 1,01-1,23)], grossesse désirée [OR : 1,46 ; (IC95% : 1,35-1,58)], aucune visite prénatale [OR : 2,43 ; (IC95% : 2,03-2,92)], une visite prénatale [OR : 1,99 ; (IC95% : 1,49-2,67)], deux visites prénatales [OR : 1,51 ; (IC95% : 1,29-1,78)], trois visites prénatales [OR : 1,15 ; (IC95% : 1,02-1,28)], demande d'autorisation à son partenaire pour se rendre au service de PF [OR : 1,15 ; (IC95% : 1,06-1,25)], manque de moyens financiers pour se rendre au PF [OR : 1,69 ; (IC95% : 1,56-1,83)], inaccessibilité géographique [OR : 1,56 ; (IC95% : 1,45-1,68)] ; non visitée par un

agent de PF les 12 derniers mois [OR : 1,72 ; (IC95% : 1,52-1,96)], n'a pas visité un établissement de santé les 12 derniers mois [OR : 1,11 ; (IC95% : 1,04-1,20)].

3.2 – Les facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives par la régression multivariée

Après ajustement, les facteurs qui sont restés associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives étaient les suivants : veuve, plus pauvre, pauvre, classe moyenne, riche, milieu rural, non scolarisée, niveau d'éducation primaire, niveau d'éducation secondaire, grossesse désirée, aucune visite prénatale, manque de moyens financiers pour accéder au PF, non visitée par un agent PF les 12 derniers mois. Par contre, les facteurs suivants ont perdu leur association avec la non-utilisation des méthodes contraceptives : mariée, entre 4-6 enfants accouchés par femme, 7 enfants et plus accouchés par femme, incapable de lire même un mot, capable de lire une partie d'une phrase, une visite prénatale, deux visites prénatales, trois visites prénatales, demande d'autorisation à son partenaire pour se rendre au PF, inaccessibilité géographique, n'a pas visité un établissement de santé les 12 derniers mois.

Tableau 7 Facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée
	OR(IC95%)	P-valeur	
Age	0,99(0,98-1,00)	0,012	0,98(0,97-0,99)
Statut matrimonial		<0,001	
Célibataire	1		1
Mariée	1,22(1,02-1,46)		0,95(0,76-1,18)
Union libre	1,02(0,84-1,23)		0,80(0,64-1,00)
Veuve	2,31(1,67-3,19)		1,64(1,11-2,42)
Divorcée	1,26(0,99-1,59)		1,09(0,64-1,44)
Niveau socioéconomique		<0,001	
Plus pauvre	4,31(3,83-4,85)		1,77(1,44-2,17)
Pauvre	3,46(3,07-3,89)		1,59(1,29-1,95)
Moyen	3,09(2,74-3,48)		1,54(1,27-1,87)
Riche	2,30(2,04-2,59)		1,57(1,33-1,86)
Plus riche	1		1
Lieu de résidence		<0,001	
Urbain	1		1
Rural	2,41(2,23-2,60)		1,33(1,16-1,54)
Niveau d'étude		<0,001	
Non scolarisée	10,17(7,69-13,44)		3,61(2,35-5,56)
Primaire	6,44(4,94-8,40)		2,66(1,79-3,94)
Secondaire	2,17(2,28-3,87)		1,72(1,23-2,40)
Supérieur	1		1
Parité		0,033	
≤ 3	1		1
4 – 6	1,10(1,01-1,20)		1,00(0,87-1,15)
≥ 7	1,11(1,01-1,23)		1,02(0,83-1,25)
Littéracie		<0,001	
Impossible de lire	2,65(2,44-2,89)		1,16(0,92-1,46)
Capable de lire de partie d'une phrase	1,69(1,49-1,92)		0,91(0,70-1,17)
Capable de lire une phrase entière	1		1
Grossesse désirée		<0,001	
Oui	1,46(1,35-1,58)		1,32(1,19-1,47)
Non	1		1
Visite prénatale		<0,001	
0	2,43(2,03-2,92)		1,50(1,24-1,81)
1	1,99(1,49-2,67)		1,33(0,98-1,80)
2	1,51(1,29-1,78)		1,14(0,97-1,35)
3	1,15(1,02-1,28)		1
≥ 4	1		
Demande de l'autorisation au partenaire		<0,001	
Oui	1,15(1,06-1,25)		0,95(0,86-1,08)
Non	1		1
Problème d'argent pour se rendre au P.F		<0,001	
Oui	1,69(1,56-1,83)		1,25(1,11-1,41)
Non			1

Tableau 8(suite) : Facteurs associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives

Variables	Analyse univariée		Analyse multivariée
	OR(IC95%)	P-valeur	
Inaccessibilité géographique		<0,001	
Oui	1,56(1,45-1,68)		1,08(0,97-1,22)
Non	1		1
Visité par un agent du PF ces 12 derniers mois		<0,001	
Non	1,72(1,52-1,96)		1,49(1,25-1,77)
Oui	1		1
A visité un établissement de santé ces 12 derniers mois		0,004	
Non	1,11(1,04-1,20)		0,96(0,87-1,06)
Oui	1		

Chapitre IV – Discussion

Le libre choix des filles et des femmes à contrôler leur fécondité et à décider de l'opportunité d'avoir des enfants et de leur nombre, est le fondement de l'autonomisation des femmes, de l'égalité des sexes et du progrès pour tous. C'est dans cette perspective que la présente étude visait à évaluer la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives et des facteurs associés à la non-utilisation de ces méthodes.

La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives était de 18 %. Ce résultat est inférieur à celui rapporté dans d'autres pays, comme ceux de l'Amérique latine, où la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a atteint des pourcentages éloquentes, de l'ordre de 79,4 % et 76,2 % (au Brésil et en Colombie, respectivement) (Gomez Ponce de Leon, Ewerling, Silveira, Sanhueza, & Moazzam, 2019). Plusieurs barrières permettent d'expliquer ce faible taux d'utilisation des méthodes contraceptives. Il y a d'abord les barrières d'accès aux soins (Brierley, Suarez, Arora, & Graham, 2014). Par exemple, les préservatifs masculins ne sont pas aussi facilement accessibles. Quant aux contraceptifs féminins, la présente étude a révélé une préférence pour les méthodes traditionnelles : 6,4 % de femmes utilisent l'abstinence périodique ; 4,2 % utilisent le coït interrompu et seulement 3,5 % utilisent les préservatifs. En dehors de préservatifs, les méthodes contraceptives modernes utilisées par les femmes sont essentiellement les méthodes hormonales à courte durée d'action telles que les injections et les comprimés (Fenta & Gebremichael, 2021). Pourtant, il a été démontré que les techniques réversibles à action prolongée telles que les DIU et les implants ainsi que les techniques permanentes, sont plus efficaces dans la prévention de la grossesse (OMS, 2007).

Ensuite, certains mythes et barrières sociaux et culturels peuvent expliquer la faible utilisation des méthodes contraceptives (O'Donnell, 2007). Par exemple, l'étude montre une tendance forte des femmes veuves à ne pas utiliser les méthodes contraceptives, en comparaison avec les femmes mariées. Ce résultat est cohérent avec des études dans d'autres pays, qui montrent des tendances croissantes de non-utilisation des contraceptifs chez les femmes non mariées (Bellizzi, Ali, & Cleland, 2019). Cette tendance pourrait s'expliquer par le faible niveau d'éducation en matière de santé reproductive parmi les femmes non mariées (Bellizzi, Ali, & Cleland, 2019), et pourrait être à la base de taux élevés d'avortements clandestins notamment chez les adolescentes qui ne désirent pas avoir une grossesse (Mendoza & Subiría, 2013). Le désir d'avoir un enfant est donc un autre facteur qui est associé à la non-utilisation des contraceptifs. Cette réalité correspond avec les croyances dominantes en Afrique où le désir d'avoir des enfants est la priorité de la vie en couple, voire la finalité de la vie humaine. Ainsi, comme on l'a noté dans une étude consacrée à l'Éthiopie, le désir de fécondation est un prédicteur important de l'utilisation des contraceptifs (Gizaw & Regassa, 2011). Les femmes qui veulent accoucher de plusieurs enfants sont les plus associées à la non-utilisation des contraceptifs, par comparaison avec celles qui veulent accoucher de moins d'enfants. L'âge et le niveau d'instruction influent également sur l'utilisation ou non des méthodes contraceptives. Les jeunes sont de plus en plus mieux instruits que les personnes plus âgées, car les ressources éducatives s'améliorent avec le temps, en particulier dans les pays en développement. De plus, les jeunes générations utilisent davantage les médias sociaux et peuvent avoir un meilleur accès à la PF que l'ancienne génération. Les générations plus âgées sont par ailleurs fortement influencées par la religion et la culture et se montrent méfiantes à l'égard de méthodes contraceptives, en particulier celles qui sont modernes.

Enfin, les inégalités économiques sont un autre frein au recours à des méthodes contraceptives modernes. L'indice de richesse est donc un prédicteur important de l'utilisation des contraceptifs. Les familles pauvres sont susceptibles de ne pas utiliser des contraceptifs modernes, contrairement aux familles ayant des conditions socio-économiques supérieures, ces dernières étant plus susceptibles d'y avoir accès (Getnet Abate & Abera Tareke, 2019). De plus, les familles économiquement aisées ont plus accès aux médias et sont plus susceptibles d'être mieux sensibilisées au sujet de l'utilisation des contraceptifs modernes (Haerawati, 2019). Il a en effet été constaté que le niveau d'exposition médiatique avait une association positive avec l'utilisation des contraceptifs (Getnet Abate & Abera Tareke, 2019).

Pour tout dire, les différentes variables sociodémographiques tel le niveau d'éducation, l'importance des revenus, le désir de procréation et l'accessibilité des soins, peuvent indirectement affecter l'utilisation des contraceptifs.

De plus, les disparités importantes existent selon les réalités locales propres à chaque province. Les provinces de Kinshasa (la capitale nationale), du Bas-Congo et du Bandundu concentrent à elles seules plus de 20 % de l'utilisation des méthodes contraceptives ; tandis qu'une proportion faible (<16 %) est observée dans la province orientale, dans le Maniema, au Katanga et au Kasai oriental. Les réalités locales propres à chaque province peuvent expliquer ces aspérités. Dans certaines provinces, le niveau d'éducation de la population est trop bas et il y a même des villages entiers qui n'ont pas encore d'écoles (INS, 2019). Or, le niveau d'éducation de la population est souvent un facteur essentiel qui contribue à l'utilisation des méthodes contraceptives. Par ailleurs le niveau socioéconomique est très inégalitaire entre les provinces (Ministère du Plan. Agence Nationale pour la Promotion des Investissements , 2019). Les méthodes contraceptives n'étant pas gratuites en RDC, nombreuses sont les personnes qui ne peuvent se les procurer, tant elles manquent même du minimum vital. Enfin, il faut pointer le problème de l'accessibilité géographique. Dans certaines provinces, il faut parcourir plusieurs villages, voire des kilomètres entiers, pour trouver un centre de santé. Les populations de ces provinces peuvent donc difficilement avoir accès aux programmes de PF.

Limites de l'étude

La présente analyse a été faite en fonction uniquement des données de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) 2013-2014. Les résultats auxquels on est arrivé pourraient dès lors ne plus être représentatifs de la réalité vécue actuellement ; ils pourraient avoir évolué entre-temps. Cependant, nous ne disposons pas d'autre cadre de référence crédible et transversal, permettant d'analyser la problématique étudiée à l'échelle nationale congolaise. L'EDS 2013-2014 reste la dernière enquête réalisée à ce jour dans ce pays. Il est également probable que, dans leur réponse aux questions de l'EDS sur l'utilisation des contraceptifs, les personnes interrogées aient pu manifester certains préjugés.

L'autre limite a trait à la question de la médecine traditionnelle. Cet aspect est une composante oubliée de L'EDS 2013-2014, mais nous pensons que les tradipraticiens exercent une certaine influence sur la prévalence d'utilisation ou non de méthodes contraceptives en RDC. Nous aurions voulu creuser un peu plus cet aspect, mais une telle démarche nécessitait une descente sur

le terrain, en l'absence de toute documentation permettant de nous renseigner sur la thérapeutique et l'évaluation des résultats des soins prodigués par ces guérisseurs. Hélas ! les contraintes liées à la Covid-19 ne nous ont pas permis d'effectuer une descente sur le terrain. Les quelques échanges que nous avons eus au téléphone avec les pratiquants de la médecine traditionnelle ne sont pas suffisants pour en déduire des enseignements généraux. La présente étude a donc donné priorité aux données qui sont représentatives de l'échelle nationale, et qui permettent une généralisation des résultats.

Recommandations

Nous ne saurions manquer l'occasion que nous offre la présente étude, pour dresser un certain nombre de recommandations qui pourraient être exploitées par les parties prenantes des programmes de PF, afin de favoriser le recours aux méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer (15-49 ans) en République démocratique du Congo. Nos recommandations s'adressent d'abord **aux décideurs politiques**, à qui nous suggérons notamment de :

- Investir dans la formation du personnel qualifié, en particulier les médecins, les sages-femmes, les maïeuticiens, etc. Il nous semble qu'à l'heure actuelle, ce personnel est en nombre insuffisant, au regard de l'étendue de la RDC, un pays à dimension continentale ;
- Veiller à une répartition territoriale et géographique équitable du personnel de la PF. À ce jour, les acteurs de la PF œuvrent essentiellement dans les milieux urbains, alors que la grande majorité de la population congolaise vit dans les milieux ruraux, dominés par l'influence de la médecine traditionnelle dont la stratégie est, comme il a été dit précédemment, aux antipodes de la PF. Il faut par ailleurs couvrir ces zones rurales de centres de santé accessibles à tous et dotés de moyens nécessaires pour assurer un meilleur service ;
- Adopter une stratégie de PF efficace axée sur l'éducation de la jeunesse comme cible principale. Lorsque les personnes sont bien informées dès leur jeunesse, les habitudes acquises resteront ancrées dans leur mentalité jusqu'à l'âge adulte. Il est en effet difficile d'improviser une nouvelle culture à des personnes âgées, longtemps influencées par la vision pronataliste. À cet égard, le meilleur moyen est d'intégrer les cours d'éducation sexuelle et de PF dans les programmes scolaires ;
- Assurer la gratuité des méthodes contraceptives modernes, pour que tous les utilisateurs y accèdent. Les personnes ayant un niveau de vie faible ont plus tendance à ne pas utiliser les

méthodes contraceptives modernes, parce qu'elles n'ont pas assez de moyens pour se les procurer, comparativement aux personnes qui ont un niveau de vie élevé ;

- Construire des structures de santé dans les milieux ruraux, afin de permettre à la population rurale d'avoir un accès facile aux méthodes contraceptives ;
- Établir des passerelles entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle et impliquer les tradipraticiens dans le processus de planning familial, en les encourageant éventuellement à réorienter les personnes en quête de contraceptifs vers les structures sanitaires modernes ;
- Renforcer et promouvoir les débats en matière de planification familiale au niveau de médias pour éveiller la conscience d'une plus large proportion de la population sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes ;
- Impliquer les leaders d'opinion dans la sensibilisation sur le planning familial, afin qu'ils mobilisent la population sexuellement active sur les moyens d'éviter les grossesses non désirées ;
- Encourager les hommes à s'impliquer dans la recherche de méthodes contraceptives au profit de leurs partenaires de sexe féminin. Le besoin d'impliquer les hommes dans les campagnes d'information et de sensibilisation est un aspect le plus souvent négligé de la PF.

Ensuite, nous recommandons **aux professionnels de la santé**, de :

- Informer les utilisateurs de façon exhaustive, claire, simple et complète sur la fiabilité de chaque méthode contraceptive et sur l'existence de différents moyens de se les procurer ;
- Accompagner les utilisateurs dans le choix de la méthode contraceptive, tout en leur expliquant les avantages et les inconvénients de chaque méthode.

Aux ONG, Leaders religieux et traditionnels, associations de bien-être familial, personnel de la santé, etc., nous recommandons également de :

- Briser le tabou de la sexualité dans leurs milieux et sphères d'activités ou d'influence respectifs, pour favoriser ou améliorer les connaissances sur la sexualité en général et la planification familiale en particulier ;

- Promouvoir, au sein de la population, les bienfaits de la planification familiale sur la santé des femmes et celle des enfants, ainsi que sur le développement économique et social de la nation.

Enfin, nous recommandons **aux utilisateurs et au public en général** de faire de la PF et de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, une préoccupation collective.

Conclusion

Cette recherche visait à étudier les facteurs prédictifs de la non-utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes en âge de procréer. Elle a révélé notamment que les facteurs suivants étaient associés à la non-utilisation des méthodes contraceptives : les mythes culturels et sociaux, la pauvreté, le statut matrimonial, le niveau d'éducation ou d'instruction, le désir de concevoir, l'absence de visites prénatales, l'inaccessibilité géographique des services de PF, le défaut d'avoir consulté un agent de la PF au cours de 12 derniers mois. La recherche a par ailleurs souligné la nécessité de promouvoir les facteurs qui favorisent l'utilisation des contraceptifs modernes et de s'attaquer aux facteurs qui en entraînent une faible prévalence d'utilisation. À cet égard, il a été notamment recommandé d'inclure l'éducation sexuelle dans les programmes scolaires ; de briser le mythe de la sexualité dans les milieux familiaux, culturels et religieux ; de disponibiliser les services de PF dans les milieux ruraux ; d'impliquer suffisamment les hommes dans la quête des stratégies de la PF ; et de créer des passerelles entre les pratiquants de la médecine moderne et les tradipraticiens, afin de promouvoir une stratégie globale de la santé de la reproduction qui promeut les approches d'une sexualité responsable.

Bibliographie

- Action Canada. (2019). *L'état de l'éducation à la sexualité au Canada/SexEdSaveLives*. Récupéré sur <https://www.actioncanadashr.org/fr/ressources/rapports-et-analyses/2019-09-24-letat-de-leducation-la-sexualite-au-canada>
- AGNU. (2015). *Transformer notre monde : Programme de développement durable à l'horizon 2030, Résolution 70/1*.
- Ahmed SM, & Zayed, G. (2013). Nouvelles avancées dans les méthodes contraceptives uniques. *Journal des sciences pharmaceutiques et biologiques*, 1(3), 1-10.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A. O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *PubMed*, 380, 111-25.
- Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., Usher-Patel, M., & Potter, W. (2010). Female condom technology: new products and regulatory issues. *an international reproductive health journal*, 83(4), 285-390.
- Bellizzi, S., Ali, M. M., & Cleland, J. (2019). Long-Term Trends in Reproductive Behavior Among Young Women in Four Countries, 1995-2009. *J Adolesc Health*, 201-210.
- Bibliothèque virtuelle de la RDC. (s.d.). Les ethnies. Récupéré sur https://www.congovirtuel.com/ethnies_rdc.php
- Bourdillon, Y. (2017, Mars 16). Le Congo au cœur de la « guerre mondiale africaine » oubliée ». *Les Echos*.
- Brichart, N., & Bruyère, F. (2010). *Vasectomie. Encycl Méd Chir Urologie*. Elsevier Masson.
- Brierley, C. K., Suarez, N., Arora, G., & Graham, D. (2014). Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote Amazonian Peru. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 90(1), 180-183.
- Cahill, N., Sonneveldt, E., Stover, J., Weinberger, M., Williamson, J., Wei, C., & et al. (2018). Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative. *The Lancet*, 391, 870-882.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 379, 149-56.
- COFAM. (2016). *La contraception pendant l'allaitement. Recommandations de bonnes pratiques de la Cofam*. Consulté le Avril 14, 2021, sur https://www.coordination-allaitement.org/images/contraception_et_allaitement_20_nov.doc.pdf
- Conseil de sécurité de l'ONU. (1999, Novembre 30). Résolution 1279 .
- Crosby, R., Graham, C., Yarber, W., & Sanders, S. (2010). Problems with condoms may be reduced for men taking ample time to apply them. *PubMed*, 66-70.
- Delphine, R., & Nathalie, L. (2018). L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 2018, pp. 590-595.
- Dembele, M. (2009). *Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas*, . Bamako.

- DESK ECO. (2019, Août 08). Consulté le 04 20, 2021, sur <https://deskeco.com/rdc-suite-a-la-baisse-de-prix-des-matieres-premieres-la-contribution-du-ministere-des-mines-au-budget-2020-reduit-de-1494>
- Diatezwa, B. (2020, Octobre 14). Colonisation et origine des conflits ayant entraîné la haine et plusieurs massacres des tutsi . *Médiapart*.
- Evina, A., & Ngoy, K. (2001). L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ?, In Les transitions démographiques des pays du Sud, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique. (F. Gendreau, & M. Poupard, Éd.s.) p. 259.
- EVRAS. (s.d.). Récupéré sur <https://www.evras.be>
- Fenta, S. M., & Gebremichael, S. G. (2021). Predictors of modern contraceptive usage among sexually active rural women in Ethiopia: A multi-level analysis. *Archives of Public Health*.
- FP. (2020). Récupéré sur www.familyplanning2020.org/
- Gallo, M., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *PubMed*, 18-26.
- Getnet Abate, M., & Abera Tareke, A. (2019). Individual and community level associates of contraceptive use in Ethiopia: a multilevel mixed effects analysis. *Archives of Public Health*.
- Ghana Health Services. (2014). *Report*. Consulté le avril 12, 2021, sur https://www.ghanahealthservice.org/downloads/Ghana_Health_Service_2014_Annual_Report.pdf
- Gizaw, A., & Regassa, N. (2011). Family planning service utilization in Mojo town, Ethiopia: A population based study. *Journal of Geography and Regional Planning*, 4(6), 355-363.
- Gomez Ponce de Leon, R., Ewerling, F. S., Silveira, M. F., Sanhueza, A., & Moazzam, A. (2019). Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet*, 227-235.
- Haerawati, I. (2019). Factors Affecting the Use of Contraceptive in Indonesia: Analysis from the National. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 117-123.
- Hassoun, D. (2018). Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. *PubMed*, 873-882.
- Haute Autorité de la santé de la France. (2017). *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*. Consulté le 04 16, 2021, sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles#:~:text=Le%20document%20de%20synth%C3%A8se%20%C2%AB%20M%C3%A9thodes,action%2C%20les%20indications%2C%20les%20populations
- Hôpitaux Robert Schuman. (s.d.). Consulté le Avril 13, 2021, sur Acteur de ma santé: <https://acteurdemasante.lu/fr/sante-bien-etre-de-la-femme/contraceptions-naturelles-quest-ce-quun-coit-interrompu/>

- Hubacher, D., & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods. *PubMed*, 220.
- INS. (2019). *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, Résumés statistiques : résultats clés de l'enquête*. Kinshasa.
- Institute, G. (s.d.). *Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels*. Récupéré sur https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_2-02.pdf.
- Juvet Lowé Gnintedem, P. (2018, Décembre 6). Le tradipraticien, acteur marginalisé de la santé publique en Afrique francophone. *Le Monde*.
- Kantorová, V., Wheldon, M., Ueffing, P., & Dasgupta, A. N. (2020). Estimating progress towards meeting femmes's con-traceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med*, 11.
- Katoka Fuanda, M.-J. (2016-2017). Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer : cas de la zone de santé de Gombe Matadi. Consulté le Avril 15, 2021, sur <https://ripsec.org/wp-content/uploads/2019/03/M%C3%A9moire-ESP-UNIKIN-d%C3%A9terminants-de-la-faible-utilisation-des-m%C3%A9thodes-contraceptives...-MARIE-JEANNE.pdf>
- Kavanaugh, M., & Anderson, R. (2013). *Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers*. New York: Guttmacher Institute.
- Kayongo, B. (2013). *Utilisation de la contraception moderne chez les jeunes (15 à 24 ans au niveau communau-taire dans le district de Busia, Ouganda*.
- Kibala Kuma, J. (2020). Pauvreté et chômage en République Démocratique du Congo : état des lieux, analyses et perspectives . *Centre de Recherches Economiques et Quantitatives (CREQ)*, 6-7.
- Kidman, R., Palermo, T., & Bertrand, J. (2015). Intimate partner violence, modern contraceptive use and conflict in the Democratic Republic of the Congo, *Social Science & Medicine*, 2015, 133 :. *PubMed*, 133, 2-10.
- Ki-moon, B. (2010). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*.
- Ki-moon, B. (2015). Récupéré sur https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf
- Kulondwa, M., Byamungu, A., Bagendabanga, A., Katumbi, A., Mulashi, B., & Mujiriro, W. (2018). Problématique de la non-utilisation de la contraception moderne à Bukavu : cas de la zone de santé de Kadutu (Sud-Kivu, RDCongo). *Annales des Sciences et des Sciences Appliquées*, 4, 270-297.
- La Banque mondiale en République démocratique du Congo. (2021). *Vue d'ensemble*.
- Larousse. (s.d.). Consulté le avril 12, 2021, sur Disponible sur le site : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
- L'Atlas sociologique mondial. (2017). *Classement des Etats d'Afrique par population totale*. Consulté le 04 18, 2021, sur <https://atlasocio.com/classements/demographie/population/classement-etats-par-population-afrique.php>

- Lawn J, K. (2006). Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : données pratiques, Soutien Programmatique et de Politiques pour les soins du nouveau-né En Afrique. *Google Scholar*.
- Le Figaro.fr. (s.d.). Les spermicides. *Le Figaro*. Consulté le 04 16, 2021, sur <https://sante.lefigaro.fr/sante/femme/spermicides/avantages-inconvenients>
- Le Journal des femmes. (s.d.). *Santé*. Consulté le Avril 14, 2021, sur <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2514921-courbe-de-temperature-ovulation/>
- Mack, N., Crawford, T., Guise, J.-M., Chen, M., Grey, T., Feldblum, P., . . . Gallo, M. (2019, Avril 23). Méthodes visant à améliorer l'utilisation de la contraception hormonale. Récupéré sur https://www.cochrane.org/fr/CD004317/FERTILREG_methodes-visant-ameliorer-lutilisation-de-la-contraception-hormonale
- Manzambi Kuwekita, J., & Reginster, J.-Y. (2013). *Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement. Le cas de la République Démocratique du Congo*. Liège: Éditions du Céfal.
- Manzambi Kuwekita, J., Mbadu Kivuidi, V., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2015). Le tradipraticien est un acteur incontournable dans l'offre des soins de santé en territoire périurbain : équilibre entre légitimité et illégalité ? In Territoires périurbains. Développement, enjeux et perspectives dans les pays du Sud . (J. Bogaert, & J.-M. Halleux, Éd.s.)
- Marin, C. (2016, Février). Deux décennies de guerre dans la région des grands lacs. *Le Monde diplomatique*.
- Matungulu Matungulu, C., Ilunga Kandolo, S., Ntambwe Mukengeshayi, A., Musao Nkola, A., Ilunga Mpoyi, D., Katanga Mumba, S., & al, e. (2015). Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J*.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. Perú. med. exp. salud publica*, 30(3).
- Ministère de la santé de la RDC. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*.
- Ministère de la Santé Publique. (2002). *Arrêté n°1250/CAB/MIN/S/CJ/KIZ/62/2002 du 25/10/2002 portant organisation de l'exercice de la médecine traditionnelle*.
- Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé 2013-2014*.
- Ministère du Plan. Agence Nationale pour la Promotion des Investissements . (2019). *Situation économique et sociale de la RDC*. Consulté le Avril 22, 2021, sur <https://www.investindrc.cd/fr/Situation-economique-et-sociale-de-la-RDC>
- Mukengeshayi Ntambue, A., Ngalula Tshiala, R., Kaj Malonga, F., Mpoyi Ilunga, T., Mulumba Kamonayi, J., & al, e. (2017). Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan Afr Med J* .

- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica*.
- OMS. (1978). *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*. Genève. Récupéré sur http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40997/WHO_TRS_622_fre.pdf;jsessionid=01381FA54E31411AC3EC0571F815BA6C?sequence=1
- OMS. (2007). *Statistiques sanitaires mondiales*. Genève.
- OMS. (2011). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition. Guide essentiel OMS de planification familiale*. Genève. Récupéré sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789>
- OMS. (2015). *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, cinquième édition*. Consulté le avril 13, 2021, sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157_fre.pdf?sequence=1
- OMS. (2020, juin 22). Consulté le avril 12, 2021, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2020). *Planification familiale/Contraception*. Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2020, Juin). *planification familiale/contraception. Juin 2020. Disponible sur le site :.* Consulté le avril 13, 2021, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Onana, C. (2009). *Ces tueurs Tutsis au cœur de la tragédie congolaise*. Paris: Duboiris.
- ONU. (2000). Récupéré sur <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/>
- Osotimehim, B. (2012). Family planning saves lives, yet investments falter. *The Lancet*.
- OUZZAHRA, J. (2008). Les médicaments et les dispositifs médicaux au service de la contraception (Situation au Maroc). Rabat. Consulté le Avril 16, 2021, sur <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/14423/P0912008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Passeport santé. (s.d.). Consulté le Avril 13, 2021, sur <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=test-ovulation>
- PNSR. (2017).
- PopulationData.net. (2019). *Atlas des populations et pays du monde*.
- République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la mortalité et Ministère de la santé publique. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014)*.
- Serfaty, D. (2011). *La contraception*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Summit, L. (2012). *Sommet de Londres sur le planning familial*. Récupéré sur https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/About_the_London_Summit_on_FP_-_Summary_Document_-_FR.pdf
- (s.d.). *The arc of progress 2019–2020*.

- Tilouine, J., & Zerrouky, M. (2019, Avril 19). L'Etat islamique revendique sa première attaque en République démocratique du Congo. *Le Monde*.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *An International Reproductive health Journal*, 83(5), 397–404.
- Université Médicale Virtuelle Francophone. (2011-2012). Régulation des naissances. Consulté le Avril 15, 2021, sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/cours.pdf
- Uyen Hoa Lam, J., Rebolj, M., Dugué, P.-A., Bonde, J., Von Euler-Chelpin, M., & Lynge, E. (2014). Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *PubMed*, 38-50.
- WHO. (s.d.). Consulté le avril 12, 2021, sur https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1
- WHO. (2015). *State of inequality – Reproductive, maternal, newborn and child health*. Geneva.
- Youbi, A. E. (2001). Niveau, structure et raison de la discontinuation de la contraception au Maroc, In Les transitions démographiques des pays du Sud, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique. (F. Gendreau, & M. Poupard, Éd.s.) p. 315.
- Your Life. (s.d.). Contraceptifs à action prolongée réversible. Récupéré sur <https://www.your-life.com/fr/methodes-contraceptives/contraception-a-action-prolongee-reversible>
- Action Canada. (2019). *L'état de l'éducation à la sexualité au Canada/SexEdSaveLives*. Récupéré sur <https://www.actioncanadashr.org/fr/ressources/rapports-et-analyses/2019-09-24-letat-de-leducation-la-sexualite-au-canada>
- AGNU. (2015). *Transformer notre monde : Programme de développement durable à l'horizon 2030, Résolution 70/1*.
- Ahmed SM, & Zayed, G. (2013). Nouvelles avancées dans les méthodes contraceptives uniques. *Journal des sciences pharmaceutiques et biologiques*, 1(3), 1-10.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A. O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *PubMed*, 380, 111-25.
- Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., Usher-Patel, M., & Potter, W. (2010). Female condom technology: new products and regulatory issues. *an international reproductive health journal*, 83(4), 285-390.
- Bellizzi, S., Ali, M. M., & Cleland, J. (2019). Long-Term Trends in Reproductive Behavior Among Young Women in Four Countries, 1995-2009. *J Adolesc Health*, 201-210.
- Bibliothèque virtuelle de la RDC. (s.d.). Les ethnies. Récupéré sur https://www.congovirtuel.com/ethnies_rdc.php
- Bourdillon, Y. (2017, Mars 16). Le Congo au cœur de la « guerre mondiale africaine » oubliée ». *Les Echos*.
- Brichart, N., & Bruyère, F. (2010). *Vasectomie. Encycl Méd Chir Urologie*. Elsevier Masson.

- Brierley, C. K., Suarez, N., Arora, G., & Graham, D. (2014). Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote Amazonian Peru. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 90(1), 180-183.
- Cahill, N., Sonneveldt, E., Stover, J., Weinberger, M., Williamson, J., Wei, C., & et al. (2018). Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative. *The Lancet*, 391, 870-882.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 379, 149-56.
- COFAM. (2016). *La contraception pendant l'allaitement. Recommandations de bonnes pratiques de la Cofam*. Consulté le Avril 14, 2021, sur https://www.coordination-allaitement.org/images/contraception_et_allaitement_20_nov.doc.pdf
- Conseil de sécurité de l'ONU. (1999, Novembre 30). Résolution 1279 .
- Crosby, R., Graham, C., Yarber, W., & Sanders, S. (2010). Problems with condoms may be reduced for men taking ample time to apply them. *PubMed*, 66-70.
- Delphine, R., & Nathalie, L. (2018). L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2018, pp. 590-595.
- Dembele, M. (2009). *Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas*, . Bamako.
- DESK ECO. (2019, Août 08). Consulté le 04 20, 2021, sur <https://deskeco.com/rdc-suite-a-la-baisse-de-prix-des-matieres-premieres-la-contribution-du-ministere-des-mines-au-budget-2020-reduit-de-1494>
- Diatezwa, B. (2020, Octobre 14). Colonisation et origine des conflits ayant entraîné la haine et plusieurs massacres des tutsi . *Médiapart*.
- Evina, A., & Ngoy, K. (2001). L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ?, In Les transitions démographiques des pays du Sud, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique. (F. Gendreau, & M. Poupard, Éd.) p. 259.
- EVRAS. (s.d.). Récupéré sur <https://www.evras.be>
- Fenta, S. M., & Gebremichael, S. G. (2021). Predictors of modern contraceptive usage among sexually active rural women in Ethiopia: A multi-level analysis. *Archives of Public Health*.
- FP. (2020). Récupéré sur www.familyplanning2020.org/
- Gallo, M., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *PubMed*, 18-26.
- Getnet Abate, M., & Abera Tareke, A. (2019). Individual and community level associates of contraceptive use in Ethiopia: a multilevel mixed effects analysis. *Archives of Public Health* .

- Ghana Health Services. (2014). *Report*. Consulté le avril 12, 2021, sur https://www.ghanahealthservice.org/downloads/Ghana_Health_Service_2014_Annual_Report.pdf
- Gizaw, A., & Regassa, N. (2011). Family planning service utilization in Mojo town, Ethiopia: A population based study. *Journal of Geography and Regional Planning*, 4(6), 355-363.
- Gomez Ponce de Leon, R., Ewerling, F. S., Silveira, M. F., Sanhueza, A., & Moazzam, A. (2019). Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet*, 227-235.
- Haerawati, I. (2019). Factors Affecting the Use of Contraceptive in Indonesia: Analysis from the National. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 117-123.
- Hassoun, D. (2018). Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. *PubMed*, 873-882.
- Haute Autorité de la santé de la France. (2017). *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*. Consulté le 04 16, 2021, sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles#:~:text=Le%20document%20de%20synth%C3%A8se%20%C2%AB%20M%C3%A9thodes,action%2C%20les%20indications%2C%20les%20populations
- Hôpitaux Robert Schuman. (s.d.). Consulté le Avril 13, 2021, sur Acteur de ma santé: <https://acteurdemasante.lu/fr/sante-bien-etre-de-la-femme/contraceptions-naturelles-quest-ce-quun-coit-interrompu/>
- Hubacher, D., & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods. *PubMed*, 220.
- INS. (2019). *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, Résumés statistiques : résultats clés de l'enquête*. Kinshasa.
- Institute, G. (s.d.). *Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels*. Récupéré sur https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_2-02.pdf.
- Juvet Lowé Gnintedem, P. (2018, Décembre 6). Le tradipraticien, acteur marginalisé de la santé publique en Afrique francophone. *Le Monde*.
- Kantorová, V., Wheldon, M., Ueffing, P., & Dasgupta, A. N. (2020). Estimating progress towards meeting femmes's con-traceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med*, 11.
- Katoka Fuanda, M.-J. (2016-2017). Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer : cas de la zone de santé de Gombe Matadi. Consulté le Avril 15, 2021, sur <https://ripsec.org/wp-content/uploads/2019/03/M%C3%A9moire-ESP-UNIKIN-d%C3%A9terminants-de-la-faible-utilisation-des-m%C3%A9thodes-contraceptives...-MARIE-JEANNE.pdf>
- Kavanaugh, M., & Anderson, R. (2013). *Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers*. New York: Guttmacher Institute.

- Kayongo, B. (2013). *Utilisation de la contraception moderne chez les jeunes (15 à 24 ans au niveau communautaire dans le district de Busia, Ouganda*.
- Kibala Kuma, J. (2020). Pauvreté et chômage en République Démocratique du Congo : état des lieux, analyses et perspectives . *Centre de Recherches Economiques et Quantitatives (CREQ)*, 6-7.
- Kidman, R., Palermo, T., & Bertrand, J. (2015). Intimate partner violence, modern contraceptive use and conflict in the Democratic Republic of the Congo, *Social Science & Medicine*, 2015, 133 : *PubMed*, 133, 2-10.
- Ki-moon, B. (2010). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*.
- Ki-moon, B. (2015). Récupéré sur https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf
- Kulondwa, M., Byamungu, A., Bagendabanga, A., Katumbi, A., Mulashi, B., & Mujiriro, W. (2018). Problématique de la non-utilisation de la contraception moderne à Bukavu : cas de la zone de santé de Kadutu (Sud-Kivu, RDCongo). *Annales des Sciences et des Sciences Appliquées*, 4, 270-297.
- La Banque mondiale en République démocratique du Congo. (2021). *Vue d'ensemble*.
- Larousse. (s.d.). Consulté le avril 12, 2021, sur Disponible sur le site : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>
- L'Atlas sociologique mondial. (2017). *Classement des Etats d'Afrique par population totale*. Consulté le 04 18, 2021, sur <https://atlasocio.com/classements/demographie/population/classement-etats-par-population-afrique.php>
- Lawn J, K. (2006). Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : données pratiques, Soutien Programmatique et de Politiques pour les soins du nouveau-né En Afrique. *Google Scholar*.
- Le Figaro.fr. (s.d.). Les spermicides. *Le Figaro*. Consulté le 04 16, 2021, sur <https://sante.lefigaro.fr/sante/femme/spermicides/avantages-inconvenients>
- Le Journal des femmes. (s.d.). *Santé*. Consulté le Avril 14, 2021, sur <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2514921-courbe-de-temperature-ovulation/>
- Mack, N., Crawford, T., Guise, J.-M., Chen, M., Grey, T., Feldblum, P., . . . Gallo, M. (2019, Avril 23). Méthodes visant à améliorer l'utilisation de la contraception hormonale. Récupéré sur https://www.cochrane.org/fr/CD004317/FERTILREG_methodes-visant-ameliorer-lutilisation-de-la-contraception-hormonale
- Manzambi Kuwekita, J., & Reginster, J.-Y. (2013). *Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement. Le cas de la République Démocratique du Congo*. Liège: Éditions du Céfal.
- Manzambi Kuwekita, J., Mbadu Kivuidi, V., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2015). Le tradipraticien est un acteur incontournable dans l'offre des soins de santé en territoire périurbain : équilibre entre légitimité et illégalité ? In *Territoires périurbains*.

- Développement, enjeux et perspectives dans les pays du Sud . (J. Bogaert, & J.-M. Halleux, Éd.s.)
- Marin, C. (2016, Février). Deux décennies de guerre dans la région des grands lacs. *Le Monde diplomatique*.
- Matungulu Matungulu, C., Ilunga Kandolo, S., Ntambwe Mukengeshayi, A., Musao Nkola, A., Ilunga Mpoyi, D., Katanga Mumba, S., & al, e. (2015). Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J*.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. Perú. med. exp. salud publica*, 30(3).
- Ministère de la santé de la RDC. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*.
- Ministère de la Santé Publique. (2002). *Arrêté n°1250/CAB/MIN/S/CJ/KIZ/62/2002 du 25/10/2002 portant organisation de l'exercice de la médecine traditionnelle*.
- Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé 2013-2014*.
- Ministère du Plan. Agence Nationale pour la Promotion des Investissements . (2019). *Situation économique et sociale de la RDC*. Consulté le Avril 22, 2021, sur <https://www.investindrc.cd/fr/Situation-economique-et-sociale-de-la-RDC>
- Mukengeshayi Ntambue, A., Ngalula Tshiala, R., Kaj Malonga, F., Mpoyi Ilunga, T., Mulumba Kamonayi, J., & al, e. (2017). Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan Afr Med J* .
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica*.
- OMS. (1978). *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*. Genève. Récupéré sur http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40997/WHO_TRS_622_fre.pdf;jsessionid=01381FA54E31411AC3EC0571F815BA6C?sequence=1
- OMS. (2007). *Statistiques sanitaires mondiales* . Genève.
- OMS. (2011). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition. Guide essentiel OMS de planification familiale*. Genève. Récupéré sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789>
- OMS. (2015). *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives , cinquième édition*. Consulté le avril 13, 2021, sur <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157-fre.pdf?sequence=1>
- OMS. (2020, juin 22). Consulté le avril 12, 2021, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2020). *Planification familiale/Contraception* . Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

- OMS. (2020, Juin). *planification familiale/contraception. Juin 2020. Disponible sur le site :*
Consulté le avril 13, 2021, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Onana, C. (2009). *Ces tueurs Tutsis au cœur de la tragédie congolaise*. Paris: Duboiris.
- ONU. (2000). Récupéré sur <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/>
- Osotimehim, B. (2012). Family planning saves lives, yet investments falter. *The Lancet*.
- OUZZAHRA, J. (2008). Les médicaments et les dispositifs médicaux au service de la contraception (Situation au Maroc). Rabat. Consulté le Avril 16, 2021, sur <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/14423/P0912008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Passeport santé. (s.d.). Consulté le Avril 13, 2021, sur <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=test-ovulation>
- PNSR. (2017).
- PopulationData.net. (2019). *Atlas des populations et pays du monde*.
- République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la mortalité et Ministère de la santé publique. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014)*.
- Serfaty, D. (2011). *La contraception*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Summit, L. (2012). *Sommet de Londres sur le planning familial*. Récupéré sur https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/About_the_London_Summit_on_FP_-_Summary_Document_-_FR.pdf
- (s.d.). *The arc of progress 2019–2020*.
- Tilouine, J., & Zerrouky, M. (2019, Avril 19). L'Etat islamique revendique sa première attaque en République démocratique du Congo. *Le Monde*.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *An International Reproductive health Journal*, 83(5), 397–404.
- Université Médicale Virtuelle Francophone. (2011-2012). Régulation des naissances. Consulté le Avril 15, 2021, sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/cours.pdf
- Uyen Hoa Lam, J., Rebolj, M., Dugué, P.-A., Bonde, J., Von Euler-Chelpin, M., & Lynge, E. (2014). Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *PubMed*, 38-50.
- WHO. (s.d.). Consulté le avril 12, 2021, sur https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1
- WHO. (2015). *State of inequality – Reproductive, maternal, newborn and child health*. Geneva.
- Youbi, A. E. (2001). Niveau, structure et raison de la discontinuation de la contraception au Maroc, In Les transitions démographiques des pays du Sud, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique. (F. Gendreau, & M. Poupard, Éd.) p. 315.

- Your Life. (s.d.). Contraceptifs à action prolongée réversible. Récupéré sur <https://www.your-life.com/fr/methodes-contraceptives/contraception-a-action-prolongee-reversible>
- Action Canada. (2019). *L'état de l'éducation à la sexualité au Canada/SexEdSaveLives*. Récupéré sur <https://www.actioncanadashr.org/fr/ressources/rapports-et-analyses/2019-09-24-letat-de-leducation-la-sexualite-au-canada>
- AGNU. (2015). *Transformer notre monde : Programme de développement durable à l'horizon 2030, Résolution 70/1*.
- Ahmed SM, & Zayed, G. (2013). Nouvelles avancées dans les méthodes contraceptives uniques. *Journal des sciences pharmaceutiques et biologiques*, 1(3), 1-10.
- Ahmed, S., Li, Q., Liu, L., & Tsui, A. O. (2012). Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *PubMed*, 380, 111-25.
- Beksinska, M., Smit, J., Joanis, C., Usher-Patel, M., & Potter, W. (2010). Female condom technology: new products and regulatory issues. *an international reproductive health journal*, 83(4), 285-390.
- Bellizzi, S., Ali, M. M., & Cleland, J. (2019). Long-Term Trends in Reproductive Behavior Among Young Women in Four Countries, 1995-2009. *J Adolesc Health*, 201-210.
- Bibliothèque virtuelle de la RDC. (s.d.). Les ethnies. Récupéré sur https://www.congovirtuel.com/ethnies_rdc.php
- Bourdillon, Y. (2017, Mars 16). Le Congo au cœur de la « guerre mondiale africaine » oubliée ». *Les Echos*.
- Brichart, N., & Bruyère, F. (2010). *Vasectomie. Encycl Méd Chir Urologie*. Elsevier Masson.
- Brierley, C. K., Suarez, N., Arora, G., & Graham, D. (2014). Healthcare access and health beliefs of the indigenous peoples in remote Amazonian Peru. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 90(1), 180-183.
- Cahill, N., Sonneveldt, E., Stover, J., Weinberger, M., Williamson, J., Wei, C., & et al. (2018). Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative. *The Lancet*, 391, 870-882.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J., & Tsui, A. (2012). Contraception and health. *The Lancet*, 379, 149-56.
- COFAM. (2016). *La contraception pendant l'allaitement. Recommandations de bonnes pratiques de la Cofam*. Consulté le Avril 14, 2021, sur https://www.coordination-allaitement.org/images/contraception_et_allaitement_20_nov.doc.pdf
- Conseil de sécurité de l'ONU. (1999, Novembre 30). Résolution 1279 .
- Crosby, R., Graham, C., Yarber, W., & Sanders, S. (2010). Problems with condoms may be reduced for men taking ample time to apply them. *PubMed*, 66-70.
- Delphine, R., & Nathalie, L. (2018). L'utilisation de la contraception d'urgence en France métropolitaine en 2016 : niveau et déterminants. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 2018, pp. 590-595.

- Dembele, M. (2009). *Problématique de la planification familiale en commune V du district de Bamako à propos de 199 cas*, . Bamako.
- DESK ECO. (2019, Août 08). Consulté le 04 20, 2021, sur <https://deskeco.com/rdc-suite-a-la-baisse-de-prix-des-matieres-premieres-la-contribution-du-ministere-des-mines-au-budget-2020-reduit-de-1494>
- Diatezwa, B. (2020, Octobre 14). Colonisation et origine des conflits ayant entraîné la haine et plusieurs massacres des tutsi . *Médiapart*.
- Evina, A., & Ngoy, K. (2001). L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ?, In Les transitions démographiques des pays du Sud, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique. (F. Gendreau, & M. Poupard, Édts.) p. 259.
- EVRAAS. (s.d.). Récupéré sur <https://www.evras.be>
- Fenta, S. M., & Gebremichael, S. G. (2021). Predictors of modern contraceptive usage among sexually active rural women in Ethiopia: A multi-level analysis. *Archives of Public Health*.
- FP. (2020). Récupéré sur www.familyplanning2020.org/
- Gallo, M., Kilbourne-Brook, M., & Coffey, P. (2012). A review of the effectiveness and acceptability of the female condom for dual protection. *PubMed*, 18-26.
- Getnet Abate, M., & Abera Tareke, A. (2019). Individual and community level associates of contraceptive use in Ethiopia: a multilevel mixed effects analysis. *Archives of Public Health* .
- Ghana Health Services. (2014). *Report*. Consulté le avril 12, 2021, sur https://www.ghanahealthservice.org/downloads/Ghana_Health_Service_2014_Annual_Report.pdf
- Gizaw, A., & Regassa, N. (2011). Family planning service utilization in Mojo town, Ethiopia: A population based study. *Journal of Geography and Regional Planning*, 4(6), 355-363.
- Gomez Ponce de Leon, R., Ewerling, F. S., Silveira, M. F., Sanhueza, A., & Moazzam, A. (2019). Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *The Lancet*, 227-235.
- Haerawati, I. (2019). Factors Affecting the Use of Contraceptive in Indonesia: Analysis from the National. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 117-123.
- Hassoun, D. (2018). Natural Family Planning methods and Barrier: CNGOF Contraception Guidelines. *PubMed*, 873-882.
- Haute Autorité de la santé de la France. (2017). *Méthodes contraceptives : Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles*. Consulté le 04 16, 2021, sur https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369314/fr/methodes-contraceptives-focus-sur-les-methodes-les-plus-efficaces-disponibles#:~:text=Le%20document%20de%20synth%C3%A8se%20%C2%AB%20M%C3%A9thodes,action%2C%20les%20indications%2C%20les%20populations

- Hôpitaux Robert Schuman. (s.d.). Consulté le Avril 13, 2021, sur Acteur de ma santé: <https://acteurdemasante.lu/fr/sante-bien-etre-de-la-femme/contraceptions-naturelles-quest-ce-quun-coit-interrompu/>
- Hubacher, D., & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods. *PubMed*, 220.
- INS. (2019). *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, Résumés statistiques : résultats clés de l'enquête*. Kinshasa.
- Institute, G. (s.d.). *Family Planning Can Reduce High Infant Mortality Levels*. Récupéré sur https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/ib_2-02.pdf.
- Juvet Lowé Gnintedem, P. (2018, Décembre 6). Le tradipraticien, acteur marginalisé de la santé publique en Afrique francophone. *Le Monde*.
- Kantorová, V., Wheldon, M., Ueffing, P., & Dasgupta, A. N. (2020). Estimating progress towards meeting femmes's con-traceptive needs in 185 countries: A Bayesian hierarchical modelling study. *PLoS Med*, 11.
- Katoka Fuanda, M.-J. (2016-2017). Déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer : cas de la zone de santé de Gombe Matadi. Consulté le Avril 15, 2021, sur <https://ripsec.org/wp-content/uploads/2019/03/M%C3%A9moire-ESP-UNIKIN-d%C3%A9terminants-de-la-faible-utilisation-des-m%C3%A9thodes-contraceptives...-MARIE-JEANNE.pdf>
- Kavanaugh, M., & Anderson, R. (2013). *Contraception and Beyond: The Health Benefits of Services Provided at Family Planning Centers*. New York: Guttmacher Institute.
- Kayongo, B. (2013). *Utilisation de la contraception moderne chez les jeunes (15 à 24 ans au niveau communau-taire dans le district de Busia, Ouganda*.
- Kibala Kuma, J. (2020). Pauvreté et chômage en République Démocratique du Congo : état des lieux, analyses et perspectives . *Centre de Recherches Economiques et Quantitatives (CREQ)*, 6-7.
- Kidman, R., Palermo, T., & Bertrand, J. (2015). Intimate partner violence, modern contraceptive use and conflict in the Democratic Republic of the Congo, *Social Science & Medicine*, 2015, 133 : *PubMed*, 133, 2-10.
- Ki-moon, B. (2010). *Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant*.
- Ki-moon, B. (2015). Récupéré sur https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf
- Kulondwa, M., Byamungu, A., Bagendabanga, A., Katumbi, A., Mulashi, B., & Mujiriro, W. (2018). Problématique de la non-utilisation de la contraception moderne à Bukavu : cas de la zone de santé de Kadutu (Sud-Kivu, RDCongo). *Annales des Sciences et des Sciences Appliquées*, 4, 270-297.
- La Banque mondiale en République démocratique du Congo. (2021). *Vue d'ensemble*.
- Larousse. (s.d.). Consulté le avril 12, 2021, sur Disponible sur le site : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contraception/18642>

- L'Atlas sociologique mondial. (2017). *Classement des Etats d'Afrique par population totale*. Consulté le 04 18, 2021, sur <https://atlasocio.com/classements/demographie/population/classement-etats-par-population-afrique.php>
- Lawn J, K. (2006). Donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : données pratiques, Soutien Programmatique et de Politiques pour les soins du nouveau-né En Afrique. *Google Scholar*.
- Le Figaro.fr. (s.d.). Les spermicides. *Le Figaro*. Consulté le 04 16, 2021, sur <https://sante.lefigaro.fr/sante/femme/spermicides/avantages-inconvenients>
- Le Journal des femmes. (s.d.). *Santé*. Consulté le Avril 14, 2021, sur <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-sexo-gyneco/2514921-courbe-de-temperature-ovulation/>
- Mack, N., Crawford, T., Guise, J.-M., Chen, M., Grey, T., Feldblum, P., . . . Gallo, M. (2019, Avril 23). Méthodes visant à améliorer l'utilisation de la contraception hormonale. Récupéré sur https://www.cochrane.org/fr/CD004317/FERTILREG_methodes-visant-ameliorer-lutilisation-de-la-contraception-hormonale
- Manzambi Kuwekita, J., & Reginster, J.-Y. (2013). *Perception et Comportement de recours aux soins de santé dans les Pays en Voie de Développement. Le cas de la République Démocratique du Congo*. Liège: Éditions du Céfal.
- Manzambi Kuwekita, J., Mbadu Kivuidi, V., Bruyère, O., & Reginster, J.-Y. (2015). Le tradipraticien est un acteur incontournable dans l'offre des soins de santé en territoire périurbain : équilibre entre légitimité et illégalité ? In Territoires périurbains. Développement, enjeux et perspectives dans les pays du Sud . (J. Bogaert, & J.-M. Halleux, Éd.)
- Marin, C. (2016, Février). Deux décennies de guerre dans la région des grands lacs. *Le Monde diplomatique*.
- Matungulu Matungulu, C., Ilunga Kandolo, S., Ntambwe Mukengeshayi, A., Musao Nkola, A., Ilunga Mpoyi, D., Katanga Mumba, S., & al, e. (2015). Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J*.
- Mendoza, W., & Subiría, G. (2013). El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Rev. Perú. med. exp. salud publica*, 30(3).
- Ministère de la santé de la RDC. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*.
- Ministère de la Santé Publique. (2002). *Arrêté n°1250/CAB/MIN/S/CJ/KIZ/62/2002 du 25/10/2002 portant organisation de l'exercice de la médecine traditionnelle*.
- Ministère du Plan et Suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la santé publique de la RDC. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé 2013-2014*.
- Ministère du Plan. Agence Nationale pour la Promotion des Investissements . (2019). *Situation économique et sociale de la RDC*. Consulté le Avril 22, 2021, sur <https://www.investindrc.cd/fr/Situation-economique-et-sociale-de-la-RDC>

- Mukengeshayi Ntambue, A., Ngalula Tshiala, R., Kaj Malonga, F., Mpoyi Ilunga, T., Mulumba Kamonayi, J., & al, e. (2017). Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan Afr Med J.* .
- O'Donnell, O. (2007). Access to health care in developing countries: breaking down demand side barriers. *Cad Saude Publica*.
- OMS. (1978). *Promotion et développement de la médecine traditionnelle. Rapport d'une réunion de l'OMS*. Genève. Récupéré sur http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/40997/WHO_TRS_622_fre.pdf;jsessionid=01381FA54E31411AC3EC0571F815BA6C?sequence=1
- OMS. (2007). *Statistiques sanitaires mondiales* . Genève.
- OMS. (2011). *Critères de recevabilité pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives, 4e édition. Guide essentiel OMS de planification familiale*. Genève. Récupéré sur <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789>
- OMS. (2015). *Critères de recevabilité médicale pour l'adoption et l'utilisation continue de méthodes contraceptives , cinquième édition*. Consulté le avril 13, 2021, sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249591/9789242549157_fre.pdf?sequence=1
- OMS. (2020, juin 22). Consulté le avril 12, 2021, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2020). *Planification familiale/Contraception* . Récupéré sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- OMS. (2020, Juin). *planification familiale/contraception. Juin 2020. Disponible sur le site :*. Consulté le avril 13, 2021, sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Onana, C. (2009). *Ces tueurs Tutsis au cœur de la tragédie congolaise*. Paris: Duboiris.
- ONU. (2000). Récupéré sur <https://www.un.org/fr/millenniumgoals/>
- Osotimehim, B. (2012). Family planning saves lives, yet investments falter. *The Lancet*.
- OUZZAHRA, J. (2008). Les médicaments et les dispositifs médicaux au service de la contraception (Situation au Maroc). Rabat. Consulté le Avril 16, 2021, sur <http://ao.um5.ac.ma/xmlui/bitstream/handle/123456789/14423/P0912008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Passeport santé. (s.d.). Consulté le Avril 13, 2021, sur <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=test-ovulation>
- PNSR. (2017).
- PopulationData.net. (2019). *Atlas des populations et pays du monde*.
- République démocratique du Congo, Ministère du Plan et suivi de la mise en œuvre de la révolution de la mo-dernité et Ministère de la santé publique. (2014). *Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014)*.
- Serfaty, D. (2011). *La contraception* . Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

- Summit, L. (2012). *Sommet de Londres sur le planning familial*. Récupéré sur https://www.familyplanning2020.org/sites/default/files/About_the_London_Summit_on_FP_-_Summary_Document_-_FR.pdf
- (s.d.). *The arc of progress 2019–2020*.
- Tilouine, J., & Zerrouky, M. (2019, Avril 19). L'Etat islamique revendique sa première attaque en République démocratique du Congo. *Le Monde*.
- Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *An International Reproductive health Journal*, 83(5), 397–404.
- Université Médicale Virtuelle Francophone. (2011-2012). Régulation des naissances. Consulté le Avril 15, 2021, sur http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-gynecologie/regulation_naissances/site/html/cours.pdf
- Uyen Hoa Lam, J., Rebolj, M., Dugué, P.-A., Bonde, J., Von Euler-Chelpin, M., & Lynge, E. (2014). Condom use in prevention of Human Papillomavirus infections and cervical neoplasia: systematic review of longitudinal studies. *PubMed*, 38-50.
- WHO. (s.d.). Consulté le avril 12, 2021, sur https://www.who.int/health-topics/contraception#tab=tab_1
- WHO. (2015). *State of inequality – Reproductive, maternal, newborn and child health*. Geneva.
- Youbi, A. E. (2001). Niveau, structure et raison de la discontinuation de la contraception au Maroc, In Les transitions démographiques des pays du Sud, AUPELF-UREF, Actualité Scientifique. (F. Gendreau, & M. Poupard, Éd.s.) p. 315.
- Your Life. (s.d.). Contraceptifs à action prolongée réversible. Récupéré sur <https://www.your-life.com/fr/methodes-contraceptives/contraception-a-action-prolongee-reversible>

