

Research Article

OPINION DE FEMMES EN AGE DE PROCREER SUR L'UTILISATION DES METHODES DE CONCEPTION MODERNE EN MILIEU RURAL. CAS DE LA ZONE DE SANTE DE MASUIKA.

* Joseph Kabeya Kangombe

Assistant à l'ISDR-TSHIBASHI, Kananga, Democratic Republic of the Congo.

Received 03rd June 2026; Accepted 04th July 2026; Published online 17th August 2026

RESUME

L'utilisation de méthodes contraceptives moderne demeure un sérieux problème en milieu rural dans notre province en particulier et dans notre pays en général malgré les conséquences graves liées aux grossesses non désirées, précoces, tardives et rapprochées, sans oublier les complications liées à l'interruption volontaire de grossesses, l'objectif de notre étude est d'évaluer l'opinion de femmes en âge de procréer sur les méthodes de contraception moderne en milieu rural. L'échantillon était composé de 151 femmes provenant de 5 aires de santé dans la zone de santé rurale de Masuika, la coutume, la religion et l'opposition de maris ont été notées comme frein majeur à l'utilisation de méthodes contraceptives. La fécondité, les caractères sociodémographiques, la source d'information ainsi que les méthodes et les inconvénients ont été les variables étudiées dans cet article.

Mots-clés: Utilisation, méthode, conception moderne, milieu rural.

INTRODUCTION

Plus de deux décennies après la conférence internationale des nations unie sur la population et le développement (le Caire 1994), qui a mis en avant la nécessité de donner accès aux soins de santé de la reproduction, les progrès ont été très fragmentaires.¹

La conférence de Londres en 2004 a permis d'évaluer la situation; malgré certains succès enregistrés en santé sexuelle et reproduction dans le monde et la diminution de la mortalité maternelle et néonatale très nette dans certains pays, la situation globale ne s'améliore pas et même se dégrade dans certains pays africains en ce qui concerne la santé des mères et des nouveau-nés.²

Plus de 500.000 décès maternels sont enregistré chaque année dans le monde dont 48% surviennent en Afrique (OMS 2016) et près de 1/3 en Asie du sud; dans le pays développé la mortalité maternelle est de 100 fois inférieur que dans les pays en voie de développement avec ratio de mortalité de 12 pour 100.000 naissances vivantes en 2015.³

L'amélioration de la santé maternelle est l'un des objectifs du développement durable (ODD) adoptés par la communauté internationale. Dans l'ODD3 « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien être à tous les âges », la cible 3.1 stipule: « d'ici 2030, faire passer le taux de mortalité maternelle mondial au-dessous de 70 pour 100.000 naissances vivantes ».⁴

Avec un taux de mortalité de plus de 426 décès pour 100.000 naissances vivantes le Congo figure parmi les pays africains ayant un

taux élevé de mortalité maternelle et où la santé maternelle demeure une préoccupation majeure. En effet, aujourd'hui, les congolaises courent un risque de 1/50 de décéder pour de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, le plus souvent du fait de causes évitables.⁵

Il est à noter que dans plusieurs pays d'Afrique et d'ailleurs, l'utilisation faible des services de soins pendant la grossesse, à l'accouchement et durant le post-partum sont des principaux éléments parmi ceux qui déterminent le niveau de mortalité maternelle.

Le Sénégal enregistre un taux de mortalité maternelle le plus élevé, 560 pour 100.000 naissances vivantes, et à Tambacounda le taux de mortalité dans la région a été de plus de 1200 pour 100.000 naissances vivantes.⁶

Depuis les années 80 et l'émergence de la pandémie du sida, de larges campagnes d'informations et de sensibilisation ont été menées concernant les IST et l'utilisation du préservatif. Depuis les années 2000, la contraception est également devenue un des sujets de ces campagnes d'informations.

Dans des nombreuses cultures la femme enceinte est considérée comme une personne fragile, bien que la grossesse soit dans le monde entier vécue comme un événement joyeux, son caractère dangereux devra placer la future mère au centre de l'intérêt de toute action médicale, dans la majorité de cas ce processus pourtant physiologique comporte un sérieux risque de décès et de séquelles pour les femmes.⁷

¹Ministère de la santé publique, planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020) Kinshasa, RDC. 2014. Google scholar.

²Ministère du plan, enquête démographique et de santé rapport préliminaire. Kinshasa RDC. 2014, pub/ Google scholar

³OMS : Mortalité maternelle en 2005. Estimation de l'OMS, UNICEF, UNFPA et de la banque mondiale, Genève, 2008, 46p

⁴Ministère de la santé publique, plan national de développement sanitaire PNDS 2011-2015, Kinshasa, RDC, Google scholar.

⁵Vokaer B. Traité d'obstétrique tome 2. La grossesse pathologique dystocique 2001. Masson (Paris) p. 93-98.

⁶Odu, OO. Barriers to use of modern contraceptives among women in an inner city area of Osogbo metropolis, osun state, Nigeria. 2013; 647-55.

⁷Matungulu C, déterminant de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République démocratique du Congo. 2015; 8688 :1-9.

En Afrique la prévalence contraceptive est estimée à 25% avec le taux le plus élevé en Tunisie avec 75%, suivi du Kenya et le Botswana 30%; le Zimbabwe 45%.^{8,9}

Au Burkina Faso, l'indice de fécondité est élevé, à six enfants par femme, et le taux de prévalence contraceptive est faible, à 16%. Une enquête de l'UNFPA a trouvé que 60% des femmes entre 20 et 24 ans n'ont jamais été scolarisées et 48% des femmes ayant été à l'école primaire ont été mariées avant l'âge de 18ans. Au Niger seulement deux pourcent de femmes mariées utilisent la contraception.¹⁰

La population du Sénégal fait face à de nombreux défis en matière de santé sexuelle et reproductive. Le taux de prévalence contraceptive des femmes est de 13%, et est plus bas encore pour les jeunes femmes mariées, à 5%.^{11,12}

La RDC qui a introduit la planification familiale par le concept de naissance désirable en 1972 s'est engagée ensuite sur la voie de son repositionnement en 2004 et enfin s'est déclarée en faveur de la Planification Familiale lors de la tenue de la conférence internationale de la Planification Familiale tenue à Addis-Abeba en novembre 2013.^{13,14,15}

Selon les enquêtes menées en RDC de 2010, la situation de la planification familiale reste préoccupante. En effet ces rapports montraient qu'en 2010, seulement 5.4% des congolaises en union utilisaient une méthode contraceptive moderne en milieu rural, ce qui est l'un des niveaux les plus faibles en Afrique, avec l'indice synthétique de fécondité qui demeure encore très élevé à 6,6.^{16,17}

Selon l'OMS, l'accès au service de la planification familiale permet de réduire de 30% la mortalité maternelle et réduire de 10% la mortalité infantile. La PF contribue aussi à l'autonomisation des femmes, et à l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base (éducation, santé, nutrition et assainissement).¹⁸

La zone de santé rurale de Masuika est l'une de 26 zones de santé qui compose la province du Kasaï central en République

démocratique du Congo, avec une population totale estimée à 361838 habitants.

L'étude a pour but d'évaluer les opinions des femmes en âge de procréer sur les méthodes de contraception moderne en milieu rural.

METHODOLOGIE

Typed'étude

C'est une étude de cohorte prospective à visée analytique sur l'opinion des femmes en âge de procréer de 15 à 45 ans sur l'utilisation de méthodes de contraception moderne, en milieu rural.

Périodeetlieud'étude

Notre étude s'est déroulée sur une période du 01/01/ au 30 juin 2025 dans la zone de santé rurale de Masuika, l'une des 26 zones de santé de la province du Kasaï central en République Démocratique du Congo.

Critèresd'inclusion

La population d'étude est constituée de femme en âge de procréer (15 à 45 ans) qui habitent dans la zone de santé rurale de Masuika et leurs conjoints ou partenaires, au moment du déroulement de notre étude.

Critèresd'exclusion

Ne pas être apte et disposé à répondre au questionnaire.

L'échantillonnage la population de l'étude

Une seule catégorie de la population constituée de femme en âge de procréer a été sélectionnée par Aire de santé selon un tirage au choix effectué sur base de nombre de la population totale ; cinq Aires de santé ont été retenues dont : Masuika, MualaNtumba, Sambuyi, KalalaDiboko, Tulume, au total 151 femmes ont accepté de participer à l'étude ; toutes étant en âge de procréer.

Récoltededonnées

Nous avons utilisé une fiche codifiée en numérique pour la récolte de données afin de garantir la confidentialité et l'anonymat, l'interview était réalisé grâce à un questionnaire rédigé en tshiluba, dans la majorité de cas notre échantillon était composé des femmes des Aires de santé ciblées, admises en consultation externe ou en salle de travail d'accouchement à la maternité de l'hôpital général de référence de Masuika.

Les variables recherchées étaient, outre les caractéristiquessociodémographiques des femmes, les informations sur la connaissance et l'utilisation des méthodes contraceptives au cours du mois de l'enquête la fécondité, et les méthodes connues des enquêtées, tout ce ceci moyennantun consentement éclairé traduit en langue locale.

⁸Lawn J, donnons la chance à chaque nouveau-né de l'Afrique : données pratiques, soutien pragmatique et de politique pour les soins du nouveau-né en Afrique 2006. Google scholar

⁹Kabengenyi A. Inhibiteurs socioculturels de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes en Ouganda rurale. 2016.

¹⁰ Niger. Plan de développement sanitaire (PDS) 2021-2025, 22 septembre 2022. En ligne.

¹¹Zoungana C. déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako, collection de thèse et mémoires, n°36, Université de Montréal. 1993. 214p.

¹²HAS. Contraception chez les femmes adultes et adolescentes en âge de procréer (hors post-partum et IVG). www.has-santé.fr 28 novembre 2022.

¹³Dhs M. deuxième enquête démographique et de santé (eds-rdc ii 2013-2014). 2014

¹⁴Tilahun T. connaissance de la planification familiale, attitude et pratique chez les couples mariés à jimma zone, Ethiopie. 2015. P. 1-13.

¹⁵Tombo j. et al. Factors that influence contraceptive use amongst women in vangahealth, democratic republic of Congo : 1-7

¹⁶Ouégraogoc, bouvier-colle M, mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi ? gynecolObstetBiolReprod 2002;31 : p.80-89.

¹⁷Moustafa G. connaissance, attitude et pratiques en matière de planification familiale chez les hommes et les femmes mariés dans les zones rurales du Pakistan. 2015.

¹⁸PopulationReferenceBureau.Familyplanninginwestafrica.<http://www.prb.org/publications/Articles/2008/westafricafamily-planing.aspx>. 23 décembre 2022. En ligne.

RESULTAT

Au total 151 femmes en âge de procréer ont été interrogées;

Tableau 1: caractéristiques sociodémographique de femmes enquêtées:

Variables	Effectif =151	Pourcentage
Age		
15-19	18	11.92
20-24	30	19.86
25-29	33	21.85
30-34	14	9.27
35-39	23	15.23
40-44	16	10.59
45-49	17	11.25
Niveau d'étude		
Niveau bas	91	60.26
Niveau élevé	60	39.73
Type de mariage		
Monogamie	90	59.60
Polygamie	61	40.39
Religion		
Chrétienne	88	58.27
Musulmane	63	41.72

Il ressort de ce tableau que la tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée avec 21.85%. L'âge moyen des enquêtées était de 28.5 ans; la majorité de femmes ont un niveau bas d'instruction soit 60.26%. Des femmes mariées en lien monogamie ont représenté 59.60% et la religion dominante était chrétienne 58.27%;

Tableau 2: Répartition des enquêtées en fonction de leurs fécondités

Variables		Effectif=151	Pourcentage
Nombre d'enfants en vie	0-2	40	26.49
	3-4	48	31.78
	5 et plus	43	28.47
Désire d'avoir d'autres enfants	Oui	102	67.54
	Non	49	32.45
Age du dernier enfant	<24mois	81	53.64
	≥24mois	70	46.35
Nombre d'enfants souhaité	0-2	2	1.32
	3-4	15	9.93
	5 et plus	134	88.74

Le nombre moyen d'enfants des enquêtées était de 4 enfants, 67.54 % ont le désir d'avoir encore d'autres enfants dans l'avenir ; la plupart des enquêtées souhaitaient avoir 5 enfants et plus (88.74) ;

Tableau 3: Répartition selon la source d'information, les méthodes contraceptives et les inconvénients connus par les enquêtées :

Variables	Effectif=151	pourcentage
Source d'information		
Formation sanitaire	41	27.15
Relais communautaires	38	25.51
Membres de famille	30	19.86
Voisin	25	16.55

Radio	9	5.96
Dépliants/Affiche	7	4.63
Lecture personnelle	1	0.66
Méthodes les plus connues		
Préservatifs	64	42.38
Ligature de trompes	48	31.78
Implants	34	22.51
Pilules	5	3.31
Inconvénients		
Hémorragie	42	27.78
cancer	38	25.16
obésité/amaigrissement	29	19.20
baisse de plaisir sexuel	21	13.90
stérilité définitive	18	11.92

Les principales sources d'information étaient les formations sanitaires avec 27.15%, les relais communautaires avec 25.51%. Il ressort de ce tableau que le préservatif, la ligature de trompes sont les méthodes les plus connues par les enquêtées ; Les grandes raisons de non utilisation des méthodes de contraception moderne étaient : la peur des effets secondaires, le désir d'avoir d'autres enfants et le manque d'information. Les principaux inconvénients de méthodes contraceptives sont surtout l'hémorragie avec 27.78%, le cancer avec 25.16%.

Tableau 4: Attitude de la communauté sur l'utilisation de méthodes contraceptives

variables		Effectif=151	pourcentage
Opinion de la coutume sur l'utilisation de méthodes contraceptives	Favorable	38	25.16
	Défavorable	72	47.68
	Ne sait pas	41	27.15
La religion	Favorable	43	28.47
	Défavorable	88	58.27
	Ne sait pas	5	3.31
Avis de conjoints	Favorable	58	38.41
	Défavorable	93	61.58

Il ressort de ce tableau que près de la moitié des enquêtées sont soumises à une coutume défavorable à l'utilisation de méthodes contraceptives soit 47.68%. La religion était défavorable dans 58.27%, concernant l'avis du conjoint, 61.58% étaient défavorables à l'utilisation de méthodes contraceptives modernes.

DISCUSSION

La présente étude visait à déterminer l'opinion des femmes en âge de procréer de 15-49 ans face à la contraception ; La tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée, l'âge minimal était de 15 ans et le maximum était de 49 ans ; L'âge médian des femmes enquêtées était de 28,5 ans ; Le niveau d'instruction des femmes enquêtées était bas avec 60.26% Qui ont atteint le niveau primaire, une étude faite dans la zone de santé de Vanga en RDC avait noté aussi un niveau bas d'instruction comme facteur de non utilisation de la planification familiale.

Selon L'EDS l'utilisation de méthodes contraceptives diminue avec le niveau d'instruction elle est de 4% chez les femmes sans instruction contre 19% chez les femmes avec un niveau d'instruction élevé.

Dans notre étude la connaissance de sur les méthodes de contraception de femmes enquêtées était bonne avec 5/10 femmes pouvait citer au moins deux méthodes et 7/10 femmes avaient déjà entendu parler de la planification familiale ; ceci est différent de Naunda et al au Kenya qui avaient trouvé que la moitié (54%) des femmes enquêtées ne connaissaient pas les méthodes de contraception.

Les formations sanitaires sont la principale source d'information(27,15) ce résultat est différent de celui trouvé par Matungulu à Lubumbashi (73.5%) ceci s'expliquerait du fait que les émissions en rapport avec la contraception sont de plus en plus rare sur les medias locaux.

Et Goba Tawn en Ethiopie qui a montré que les medias étaient la source principale sur les méthodes de à longue durée d'action.

La méthode la plus utilisée était le préservatif masculin avec (42.38%) ce résultat correspond à celui de l'EDS 2014 (37.5%). Le préservatif masculin a un avantage dans la prévenance des grossesses non planifiées mais ce n'est pas une méthode de contraception la plus efficace comparativement aux autres méthodes telles que les implants, la pilule, le DIU et les contraceptifs injectables,(16).

Le PNSR recommande les méthodes contraceptives à longue durée d'action les quelles dans la présenteétude sont malheureusement peu utilisées, ce résultat est comparable à celui de Matungulu à Lubumbashi (17.6%) et Kayembe à Kinshasa (43%).

La coutume, la religion ainsi que l'opposition du conjoint sont les principales raisons qui constituent la barrière face à l'utilisation de méthodes de contraception moderne, ces résultats complètent ceux de travaux réalisés au Nigeria par OduOO, qui lui a noté plus le manque d'information et le coût.

CONCLUSION

La présenteétude a été menée dans la province du Kasai-central,spécialement dans la zone de santé de Masuika, dans les Aires de santé de Masuika, Sambuyi, KalalaDiboko, mualaNtumba et Tulumbe ; elle a consisté à déterminer l'opinion de femme en âge de procréer sur la contraception.

Le préservatif masculin était la méthode de contraception la plus connue selon les femmes enquêtées, la principale source d'information sur la planification familiale était le personnel de santé, la majorité des femmes enquêtées étaient des mariées monogamies. Bon nombre d'entre elle était de la religion chrétienne. Le niveau d'instruction primaire a été le plus représenté. La plupart des femmes ont exprimé le souhait d'avoir 5enfants ou plus.

REFERENCES

1. Asiimwe JB. Facteurs associés à l'utilisation de contraceptifs moderne chez les femmes jeunes et âgées en Ouganda. 2014.
2. Burkina Faso. Population pyramid. <http://supplypromises.org/Accessed: 20 September 2021>. Enligne
3. Dhs M. Deuxième enquête démographique et de santé (eds-rdc ii 2013-2014). 2014
4. HAS. Contraception chez la femme adulte et adolescente en âge de procréer (hors post-partum et IVG). www.has-santé.fr 18 septembre 2021.
5. Kabegenyi A. inhibiteurs socioculturels de l'utilisation des techniques contraceptives modernes en Ouganda rurale. 2016
6. Lawn J, donnons sa chance à chaque nouveau-né de l'Afrique: données pratiques, soutien pragmatique et de politiques pour les soins du nouveau-né en Afrique. 2006. Google scholar
7. Matungulu C. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. 2015;8688:1-9.
8. Ministère de la santé publique, plan national de développement sanitaire PNDS 2011-2015, Kinshasa, RDC, Google scholar
9. Ministère de la santé publique, planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle (2014-2020). Kinshasa, RDC. 2014. Google scholar
10. Ministère du plan, enquête démographique et de santé rapport préliminaire. Kinshasa RDC. 2014, pub/ Google scholar
11. Moustafa G. connaissance, attitudes et pratiques en matière de planification familiale chez les hommes et les femmes mariés dans les zones rurales du Pakistan. 2015
12. Niger. PLAN DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE (PDS) 2011-2015, http://www.internationalhealth-partnership.net/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_pages/niger/plandeveloppementsanitaire_2011%20-2015.pdfAccessed:22 septembre 2021. En ligne.
13. Odu, OO. Barriers to use of modern contraceptives among women in an inner city area ofOsogbo metropolis, osun state, Nigeria. 2013; 647-55.
14. OMS : Mortalité maternelle en 2005. Estimation de l'OMS, l'UNICEF, UNFPA et de la banque mondiale, Genève, 2008, 46p
15. Ouédraogo c, bouvier-colle M, Mortalité maternelle en Afrique de l'Ouest : comment, combien et pourquoi ? GynecolObstetBiolReprod 2002.31 :p.80-89.
16. Population Reference Bureau. Family planning in West Africa. <http://www.prb.org/publications/Articles/2008/westafricafamily-planning.aspx>.
17. Tilahun T. connaissances de la planification familiale, attitude et pratique chez les couples mariés à jimma zone, Ethiopie. 2015. P.1-13.
18. Toulou j. Etude synthétique et critique de procèdes de monitoring au cours de l'accouchement et souffrance fœtale 1987(paris) p. 175-163.
19. Tumbo j et al. Factors that influence contraceptive use amongst women in vangahealth, democratic republic of Congo: 1-7
20. Vokaer B. Traité d'obstétrique tome 2. La grossesse pathologique dystocique 2001. Masson (paris) p. 93-98
21. Zoungrana c. déterminants socio-économiques de l'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Bamako (mali), collection de thèse et mémoires, n° 36, Université de Montréal. 1993. 214p.