

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE DE KINSHASA



FACULTE DE MEDECINE
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE DE KINSHASA
B.P. 11850 KINSHASA I

**ENVIRONNEMENT DE LA PLANIFICATION FAMILIALE
EN REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO :
OBSTACLES LEVIERS A L'UTILISATION DES SERVICES
PAR LES ADOLESCENTS AGES DE 15 A 19 ANS**

MPUNGA MUKENDI Dieudonné

MD, MPH, HE, DEA en Santé Publique

Chef de Travaux

Thèse présentée et soutenue en vue de l'obtention du
Grade de Docteur en Santé Publique

Promoteur : Professeur WEMBODINGA UTSHUDIENYEMA Gilbert

Co-promoteur : Professeur CHENGE MUKALENGE Faustin

- Année Académique 2019-2020 -



IN MEMORIAM

Mon très Cher papa MUKENDI NSHIMBA Nestor,

Qui s'est pleinement investi à mon éducation, ma formation et mon épanouissement, et qui a quitté ce monde des vivants aux premières heures de ma vie professionnelle avant d'avoir goûté au fruit de son investissement.



LISTE DES PROMOTEURS

Professeur Wembodinga Utshudienyema Gilbert, MD, Gyn&Obst, MPH, PhD
Département de Santé Communautaire, Ecole de Santé Publique,
Faculté de Médecine, Université de Kinshasa ;

Professeur Chenge Mukalenge Faustin, MD, Gyn&Obst, MPH, PhD
Ecole de Santé Publique,
Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi ;
Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo
(CCSC)

COMITE D'ENCADREMENT

Professeur Mapatano Mala Ali, MD, MPH, PhD,
Département de Nutrition, Ecole de Santé Publique,
Faculté de Médecine, Université de Kinshasa

DEDICACE

Je dédie ce travail à :

A mon Seigneur & Sauveur JESUS-CHRIST, source de toute vie et de toute bonne œuvre ; à lui soit la gloire pour sa fidélité et son Amour envers nous ;

A mon épouse ABONFWA MUKAMVULA MPUNGA Régine,

Tu as été patiente pendant ma longue période de formation ; ton amour et ton soutien indéfectibles m'ont été d'une grande utilité tout au long du processus de réalisation de cette thèse ;

A mes enfants bien-aimés, MPUNGA MUKENDI Peter, MPUNGA KABUNDA Gemima, MPUNGA VOLO Fortunat et MPUNGA ABONFWA Ketsia,

Pour votre patience devant toutes les privations dont vous avez fait l'objet pendant la réalisation de ce travail ; veuillez trouver dans son aboutissement la preuve que tout travail procure l'abondance ;

A ma mère, mes frères et sœurs.

REMERCIEMENTS

Au moment où nous arrivons à la fin de ce travail, qu'il nous soit permis de remercier de tout cœur toutes les organisations et personnes qui ont aidé au montage de ce projet et à sa matérialisation.

Nous remercions de tout cœur les autorités académiques de l'Université de Kinshasa pour l'organisation de l'école doctorale et pour avoir autorisé la soutenance publique de cette thèse. Nous remercions les autorités académiques de la Faculté de Médecine et l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa pour l'encadrement et l'accompagnement qui nous ont été fournis sans lesquels la finalisation de cette thèse ne serait pas possible.

Nos remerciements s'adressent particulièrement au professeur WEMBODINGA UTSHUDIENYEMA Gilbert, promoteur de cette thèse, pour ses orientations scientifiques de grande valeur, sa totale disponibilité lors des séances de discussion et son soutien tout au long des années ayant conduit à la finalisation de ce travail. Qu'il trouve en quelques mots, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Au professeur CHENGE MUKALENGE Faustin, co-promoteur de cette thèse nous disons merci pour avoir accepté de nous accompagner malgré ses multiples occupations, pour sa disponibilité et les critiques constructives formulées en vue de la finalisation de ce travail.

Au professeur MAPATANO MALA ALI, vous avez des qualités d'un père de famille et vous constituez pour nous un modèle de rigueur scientifique ; la rapidité avec laquelle ce travail a été réalisé est, en grande partie, due à vos conseils, à vos messages de suivi et de rappel chaque fois

que cela vous étiez possible. Veuillez trouver ici nos sincères remerciements et notre profonde reconnaissance.

Au professeur TSHEFU KITOTO Antoinette, Chef de Département de santé communautaire de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) et aux professeurs MAMBU NYANGI MONDO Thérèse, DITEKEMENA DINANGA John, ONYAMBOKO KATUASHI Marie, DIKAMBA MADIYA Nelly et LINA PIRIPIRI, membres du Département de Santé Communautaire de l'ESPK, ce travail que nous terminons ce jour a pris corps au sein de notre Département, le protocole de recherche et les résultats obtenus ont été présentés et discutés en profondeur. En plus, depuis notre inscription au programme de DEA en santé publique en 2016 jusqu'à la finalisation de cette thèse, les réunions mensuelles du Département étaient des moments privilégiés pour régulièrement faire le point sur l'état d'avancement de nos travaux de recherche. Certains d'entre vous ont accepté de relire le manuscrit de notre dissertation doctorale ; veuillez trouver ici, chacun en ce qui le concerne, l'expression de notre profonde reconnaissance.

Nos remerciements s'adressent aux professeurs de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa et de la Faculté de Médecine, particulièrement à ceux qui ont accepté de relire l'entièreté du manuscrit de notre dissertation doctorale, en y apportant leurs commentaires et observations constructives. Il s'agit des professeurs KAYEMBE KALAMBAYI Patrick, LUSAMBA DIKASA Paul-Samson, MBUNGU MWIMBA Roger et LOKOMBA BOLAMBA Vicky.

Nous remercions tous les professeurs de l'Université de Kinshasa et des universités étrangères, notamment l'Université Libre de Bruxelles, Tulane University et Norwich university qui nous ont dispensés des enseignements du troisième cycle nécessaires à la finalisation de cette Thèse.

Nos remerciements très chaleureux s'adressent aux responsables du programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence au Congo (RIPSEC) et à l'ensemble du consortium constitué de l'Ecole de Santé Publique de Lubumbashi (ESP UNILU), de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa (ESP UNIKIN), de l'Ecole Régionale de Santé Publique de Bukavu (ERSP BUKAVU), de l'Institut National de Recherches Biomédicales (INRB), de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers (IMT ANVERS) et de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Rabat (ENSP Rabat). Vous avez accepté de nous octroyer une bourse de recherche et vous n'avez ménagé aucun effort pour nous accompagner techniquement, notamment à travers l'organisation régulière des journées doctorales ; veuillez accepter nos remerciements le plus sincères.

Nos remerciements s'adressent aussi à tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail. Nous pensons ici particulièrement aux enquêteurs, aux responsables des structures et organisations qui ont été visitées, aux enquêtés, aux autorités du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Enseignement Primaire et Secondaire qui ont donné des autorisations afin que ce travail puisse se réaliser.

LISTE DES ABREVIATIONS/ACRONYMES

AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANC	Antenatal Care
ASC	Agent de Santé Communautaire
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CAC	Cellule d'Animation Communautaire
CCT-SS	Comité de Coordination Technique du Secteur Santé
CCSC	Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo
CNPND	Conseil National pour la Promotion du principe des Naissances Désirables
CNP-SS	Comité National de Pilotage du Secteur Santé
CPP-SS	Comité Provincial de Pilotage du Secteur Santé
CS	Centre de Santé
CSU	Couverture Santé Universelle
CTMP	Comité Technique Multisectoriel permanent de la Planification Familiale
cp	Contraceptive Prevalence
CPN	Consultation Périnatale
CPoN	Consultation Post-Natale
CPS	Consultation Préscolaire
COGE	Comité de Gestion de la Zone de santé
COC	Contraceptif Oral Combiné
CODESA	Comité de Développement de l'Aire de Santé
CSR	Centre de Santé de Référence
DBC	Distributeur à Base Communautaire

DC	Distributeur communautaire
DEA	Diplôme d'Etudes Approfondies
DHIS2	District Health Information System 2
DIU	Dispositif contraceptif Intra Utérin
DMPA	Depot-Medroxyprogesterone Acetate
DPS	Division Provinciale de la Santé
DRC	Democratic Republic of the Congo
DSCR2	Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté de deuxième génération
DSFGS	Direction de la Santé de la Famille et des Groupes spécifique
ECZS	Equipe Cadre de la Zone de Santé
EDS	Enquête Démographique et de Santé
ENSP Rabat	Ecole Nationale de Santé Publique de Rabat
ERSPB	Ecole Régionale de Santé Publique de Bukavu
ESP-UNIKIN	Ecole de Santé Publique de l'université de Kinshasa
ESP-UNILU	Ecole de Santé Publique de l'université de Lubumbashi
EVIE	Cours d'Education à la vie
FG	Focus Group
FOSA	Formation Sanitaire
FP	Family Planning
GTT	Groupe Technique de Travail
HF	Health Facilities
HGR	Hôpital Général de Référence
HIP	High Impact Practices in family planning
IMT ANVERS	Institut de Médecine Tropicale d'Anvers

INRB	Institut National de Recherches Biomédicales
IST	Infection Sexuellement Transmissible
IUD	Intra Uterine Device
LARCs	Long-Acting Reversible Contraceptives
LR	Logistic Regression
LMG	Leadership, Management, Governance Project
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée
mcp	Moderne Contraceptive Prevalence
MSP	Ministère de la Santé
MSSS	Ministère de la Santé et des services sociaux du Canada
NC	Niveau Central du Ministère de la Santé
NIH	National Institute for Health
NGO	Non Governmental Organization
ODD	Objectifs de Développement Durable
OAC	Organisation à Assise Communautaire
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PF	Planification Familiale
PMA	Paquet Minimum d'Activités du centre de santé
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNC	Post-Natal Care
PNSS	Programme National de la Santé Scolaire
PNSR	Programme National de la Santé de Reproduction
PNSA	Programme National de la Santé des adolescents
POP	Pilule Orale Progestative
PS	Poste de Santé

PPS	Pilule Progestative Seule
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
ReCo	Relais Communautaire
RIPSEC	Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence au Congo
RDC	République Démocratique du Congo
SSAAJ	Services de Santé Adaptés aux Adolescents et Jeunes
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
SIU	Système Intra Utérin
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SSR	Services de Santé Reproductive
SRMNEA	Santé Reproductive, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent
SONU	Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
TEV	Thrombo-embolie veineuse
tcp	Traditional Contraceptive Prevalence
VBG	Violence Basée sur le Genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
ZD	Zone de Dénombrement
ZS	Zone de Santé

LISTE DES TABLEAUX

Pages

Tableau 2.1. Taux d'échec des contraceptifs chez les adolescents -----	46
Tableau 3.2.1. Nombre de formations sanitaires sélectionnées par type et par province -----	93
Tableau 3.2.1 : Nombre de formations sanitaires ayant rapporté les activités de planification familiale au premier semestre 2017 dans les Zones de santé d'enquête -----	97
Tableau 4.1.1.1. Pourcentage de formations sanitaires disposant de services de planification familiale, tels que définis par l'indice de disponibilité ^a , RDC, 2014 (N = 1555) -----	122
Tableau 4.1.1.2. Qualité des services de planification familiale par caractéristiques des FOSA, RDC, 2014 (N = 513)-----	128
Tableau 4.1.1.3. Nombre de méthodes contraceptives proposées par type de formations sanitaires, RDC, 2014 (N = 513)-----	129
Tableau 4.1.2.1: Répartition des formations sanitaires dotées de méthodes contraceptives par Zone de santé et par l'instance gestionnaire (N = 61)--	159
Tableau 4.1.2.2 : Formations sanitaires offrant les services de planification familiale aux adolescents de 15 à 19 ans et nombre de méthodes contraceptives disponibles -----	160
Tableau 4.1.2.3: Disponibilité et utilisation de la planification familiale par les adolescents de 15 à 19 ans dans les formations sanitaires de Kinshasa et du Kongo central, RDC -----	165
Table 4.1.2.4 : Utilisation du service de planification familiale par les adolescents sur la base de certaines caractéristiques des formations sanitaires -----	167
Tableau 4.1.2.5. Utilisation de la planification familiale par les adolescents ajustée par certaines caractéristiques des services de planification familiale, RDC (N = 61) -----	168

Tableau 4.2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes interviewées à Kinshasa et au Kongo Central, 2018 (N=943)-----	197
Tableau 4.2.1.2 : Utilisation des méthodes contraceptives et besoins non satisfaits de planification familiale parmi les adolescentes de 15-19 ans en RDC, 2018 -----	200
Tableau 4.2.1.3. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des adolescentes-----	207
Tableau 4.2.1.4. Facteurs associés à la faible utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes de Kinshasa et du Kongo central -----	209
Tableau 4.3.1.1 : Caractéristiques démographiques des adolescents ayant participé aux groupes de discussion focalisés-----	236
Tableau 4.3.1.2 : Caractéristiques sociodémographiques des enseignants participants aux interviews semi-structurées -----	237
Tableau 4.3.1.3. Contenu du cours d'éducation à la vie tel qu'élaboré par les enseignants d'une école privée de Kinshasa -----	245
Tableau 4.4.1.1. Liste des lois et autres documents réglementaires sur la planification familiale en vigueur en RDC -----	276
Tableau 4.4.1.2. Recommandations de l'OMS pour garantir le respect des droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services de contraception et analyse comparative de la législation en faveur des adolescents en RDC-----	282

LISTE DES FIGURES

	Pages
Figure 2.1. Droits de l’homme protégeant les droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents -----	30
Figure 2.3 : Éléments constitutifs du système de santé : Objectifs et caractéristiques -----	58
Figure 2.4 : Organisation du système de santé autour de la planification familiale -----	59
Figure 3.1.1. Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants -----	84
Figure 3.1.2 Health Governance Framework -----	86
Figure 3.1.3 cadre conceptuel de gouvernance en santé concernant les SRMNEA au niveau des formations sanitaires et de la communauté -----	87
Figure 3.1.4. Cadre conceptuel de notre étude -----	91
Figure 4.1.1.1. Pourcentage de FOSA offrant des services de planification familiale par province, ventilés par 3 méthodes disponibles et plus, RDC, 2014 (N = 1555) -----	124
Figure 4.1.1.2. Pourcentage de formations sanitaires ayant des méthodes contraceptives spécifiques en stock au moment de l'enquête, RDC, 2014 (N = 1 555 FOSA ^a) -----	125
Figure 4.1.1.3. Pourcentage de FOSA disposant de services de planification familiale répondant aux critères de bonne qualité, par élément et en total, RDC, 2014 (N = 513) -----	126
Figure 4.1.1.4. Pourcentage de FOSA disposant de services de planification familiale de bonne qualité à l'échelle nationale et par province, RDC, 2014 (N = 513) -----	127
Figure 4.1.2.1. Améliorer l'accès et l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents : cadre conceptuel -----	152

Figure 4.1.2.2 : Niveau de convivialité des services de planification familiale dans les formations sanitaires des provinces de Kinshasa et de Kongo Central (N = 61) -----	161
Figure 4.1.2.3 : Méthodes utilisées pour promouvoir la planification familiale dans les formations sanitaires des provinces de Kinshasa et Kongo Central, RDC (N = 61) -----	162
Figure 4.2.1.1. Méthodes contraceptives utilisées par les adolescentes de 15 à 19 ans à Kinshasa et au Kongo Central, 2018 (N=188) -----	201
Figure 4.2.1.2. Raisons avancées par les adolescentes de 15 à 19 ans au moment de l'arrêt de l'utilisation des méthodes contraceptives-----	203
Figure 4.2.1.3. Principales sources d'information en matière de planification familiale pour les adolescentes de Kinshasa et du Kongo central (N= 943) -----	204
Figure 4.2.1.4. Méthodes contraceptives spontanément citées par les adolescentes de Kinshasa et du Kongo central (N=943)-----	205
Figure 4.4.1.1 Organisation du système de santé de la RDC autour de la planification familiale -----	269
Figure 4.4.1.2 Cadre de réglementation des services de planification familiale en RDC -----	271
Figure 4.4.1.3. Disponibilité des directives et prestataires formés en santé sexuelle et reproductive des adolescents au sein des formations sanitaires (N=61) -----	288
Figure 4.4.1.4. Types des documents réglementaires de planification familiale disponibles au sein des formations sanitaires (N=61)-----	289
Figure 5.3.1. Théorie de changement pour améliorer l'utilisation des services et méthodes contraceptives par les adolescents-----	315

TABLE DES MATIERES

	Pages
IN MEMORIAM	III
LISTE DES PROMOTEURS	V
COMITE D'ENCADREMENT	VII
DEDICACE	IX
REMERCIEMENTS	XI
LISTE DES ABREVIATIONS/ACRONYMES	XV
LISTE DES TABLEAUX	XIX
LISTE DES FIGURES	XXI
TABLE DES MATIERES	XXIII
LISTE DES PUBLICATIONS QUI SOUS-TENDENT LA THESE ---	XXVII
RESUME DE LA THESE	XXIX
SUMMARY	XXXIII
CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE	1
1.1. ETAT DE LA QUESTION DE LA SANTÉ REPRODUCTIVE ET DE LA PLANIFICATION FAMILIALE DE L' ADOLESCENT (E).....	3
1.2. PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE.....	6
1.3. QUESTION DE RECHERCHE.....	10
1.4. HYPOTHÈSE DE TRAVAIL.....	10
1.5. BUT ET OBJECTIFS DE TRAVAIL	11
1.5.1. <i>But de ce travail</i>	11
1.5.2. <i>Objectif général</i>	11
1.5.3. <i>Objectifs spécifiques</i>	11
CHAPITRE 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE	19
2.1. CONCEPT « ADOLESCENT » : IMPORTANCE ET PLACE DANS LA COMMUNAUTÉ.....	21
2.2. DIFFÉRENCE ENTRE « ADULTE » ET « ADOLESCENT » : PLUS QU'UN PROBLÈME D'ÂGE.....	22
2.3. PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ DES ADOLESCENTS.....	23
2.4. DROITS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE DES ADOLESCENTS	29

2.5. INTERVENTIONS À FOURNIR DANS LE CADRE DE LA SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE -----	30
2.6. ORGANISATION DU SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE -----	31
2.6.1. <i>Bénéfices de la planification familiale</i> -----	31
2.6.2. <i>Différentes méthodes contraceptives</i> -----	35
2.6.3. <i>Contraception chez les adolescents : niveau d'efficacité et effets secondaires des méthodes</i> -----	45
2.7. APPROCHES UTILISÉES DANS L'OFFRE DES SERVICES ET MÉTHODES DE PLANIFICATION FAMILIALE -----	49
2.7.1. <i>Distribution à base communautaire des contraceptifs</i> -----	49
2.7.2. <i>Offre des contraceptifs à travers les formations sanitaires</i> -----	51
2.8. SERVICES DE SANTÉ ADAPTÉS AUX ADOLESCENTS (SSAA) -----	53
2.8.1. <i>Vision internationale sur les services de santé adaptés aux adolescents</i> -----	53
2.8.2. <i>Caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents selon le ministère de la santé de la RDC</i> -----	55
2.9. RÉGLEMENTATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE -----	57
2.10. OBSTACLES ET LEVIERS À L'UTILISATION DES SERVICES ET MÉTHODES CONTRACEPTIVES PAR LES ADOLESCENTS -----	62
2.10.1. <i>Obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescent(e)s</i> -----	63
2.10.2. <i>Leviers à l'utilisation des services et méthodes contraceptives par les adolescents</i> -----	66
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	70
CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE GENERALE -----	81
3.1. CADRE CONCEPTUEL GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE -----	83
3.2. ÉTUDES RÉALISÉES DANS LE CADRE DE CETTE THÈSE -----	92
3.3. CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES -----	100
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	102
CHAPITRE 4. RESULTATS -----	105
4.1. SECTION 1 : DISPONIBILITÉ, QUALITÉ ET DEGRÉ DE CONVIVIALITÉ DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE ORGANISÉS EN RDC -----	108
4.1.1. <i>Disponibilité et qualité des services de planification familiale en République Démocratique du Congo: fort potentiel d'amélioration</i> -----	109
A. INTRODUCTION -----	114
B. MÉTHODOLOGIE -----	116
C. RÉSULTATS -----	121
D. DISCUSSION -----	129
E. CONCLUSION -----	135

F. RÉFÉRENCES-----	136
4.1.2. <i>Adéquation des services de planification familiale aux besoins des adolescents : résultats d'une étude transversale réalisée dans deux provinces en République Démocratique du Congo</i> -----	141
A. INTRODUCTION -----	146
B. MÉTHODOLOGIE -----	150
C. RÉSULTATS -----	157
D. DISCUSSION -----	169
E. CONCLUSION -----	177
F. RÉFÉRENCES -----	178
4.2. SECTION 2 : FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES ASSOCIÉS À L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES PAR LES ADOLESCENTS -----	183
4.2.1. <i>Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires et utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes en RD Congo : analyse secondaire des données de PMA 2020</i> -----	<i>184</i>
A. INTRODUCTION -----	189
B. MÉTHODOLOGIE -----	192
C. RÉSULTATS -----	196
D. DISCUSSION -----	209
E. CONCLUSION -----	215
F. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	218
4.3. SECTION 3 : CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE -----	227
4.3.1. <i>Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et enseignants sur la contraception : résultats d'une étude organisée en République Démocratique du Congo</i> -----	<i>228</i>
A. INTRODUCTION -----	233
B. MÉTHODOLOGIE -----	235
C. RÉSULTATS -----	239
D. DISCUSSION -----	247
E. CONCLUSION -----	250
F. RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES -----	253
4.4. SECTION 4 : RÉGLEMENTATION DE L'ORGANISATION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE EN FAVEUR DES ADOLESCENTS EN RDC -----	259
4.4.1. <i>Evaluation des politiques, lois et réglementations affectant les besoins contraceptifs des adolescents en République Démocratique du Congo</i> ---	<i>260</i>
A. INTRODUCTION -----	265
B. MÉTHODOLOGIE -----	272
C. RÉSULTATS -----	275
D. DISCUSSION -----	290

E. CONCLUSION -----	294
F. RÉFÉRENCES -----	296
CHAPITRE 5 : DISCUSSION GENERALE -----	305
5.1. OBSTACLES À L'UTILISATION DES SERVICES ET MÉTHODES CONTRACEPTIVES PAR LES ADOLESCENTS -----	307
5.2. LEVIERS À L'UTILISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES ADOLESCENTS -----	313
5.3. THÉORIE DE CHANGEMENT DANS L'UTILISATION DES SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES ADOLESCENTS -----	314
RÉFÉRENCES -----	317
CHAPITRE 6. CONCLUSION GENERALE, RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES -----	321
6.1. CONCLUSION GÉNÉRALE -----	323
6.2. RECOMMANDATIONS -----	324
6.3. PERSPECTIVES -----	324

LISTE DES PUBLICATIONS QUI SOUS-TENDENT LA THESE

1. Mpunga M. D., Lumbayi J-P, Dikamba M. N., Mwembo T. A., Mapatano M. A. Availability and quality of family planning service in DR Congo: High potential Improvement, *Global Health: Science and Practice*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00205>
2. Dieudonné Mpunga Mukendi, Faustin Chenge Mukalenge, Mapatano Mala Ali, Gilbert Wembodinga Utshudienyema. Exploring the Adequacy of Family Planning Services to Adolescents needs: Results of a cross-sectional Study from two settings in the Democratic Republic of the Congo. *Health Educ Public Health* 2018; 2(1): 131 – 141. doi: 10.31488 /heph.111
3. Dieudonné Mukendi Mpunga, Pierre Akilimali, Faustin Mukalenge Chenge, Mala Ali Mapatano, Thérèse Nyangi Mondo Mambu, Gilbert Utshudienyema Wembodinga. Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires et utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes en RD Congo: analyse secondaire des données de PMA 2020. Manuscrit soumis pour publication à la revue Pan African Medical Journal (PAMJ) One Health
4. Dieudonné Mpunga Mukendi, Mambu Nyangi M., Faustin Chenge M., Mala Ali Mapatano, Gilbert Wembodinga U. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception : résultats d'une étude qualitative réalisée en République Démocratique du Congo

Manuscrit soumis pour publication à la revue Pan African Medical Journal (PAMJ) ID : 21678 – 30612020030276

5. Dieudonné Mpunga Mukendi, Eric Mafuta, Fidèle Mbadu, Alain Mboko, Guy-Octave Lutumba, Faustin Chenge, Mala Ali Mapatano, Gilbert Wembodinga. Assessment of policies, laws, and regulations affecting the contraceptive needs of adolescents in the Democratic Republic of the Congo. Manuscrit soumis pour publication à la revue BMC Reproductive Health sous le numéro REPH-D-19-00618

RESUME DE LA THESE

Contexte

La planification familiale (PF) est l'une des stratégies efficaces dans la prévention des grossesses non désirées et de leurs conséquences néfastes pour les adolescentes, les familles et la communauté.

Objectif

Déterminer les facteurs organisationnels, individuels et culturels qui s'érigent en barrières contre l'utilisation des services de PF et des méthodes contraceptives par les adolescents en République Démocratique du Congo (RDC).

Méthodologie

Quatre études transversales et une étude qualitative étaient organisées durant la période allant de 2014 à 2018. Elles sont présentées ici par ordre chronologique. Les deux premières étaient transversales, ayant pour objectif d'évaluer la disponibilité, la qualité et le niveau de convivialité des services de PF. Elles étaient réalisées respectivement sur 1555 formations sanitaires (FOSA) sélectionnées par échantillonnage aléatoire systématique et sur 61 FOSA de quatre zones de santé disposant du service de PF. La troisième étude transversale était réalisée auprès de 943 adolescentes sélectionnées par échantillonnage aléatoire en grappes à deux degrés. Son objectif était de déterminer les facteurs sociodémographiques et sanitaires associés à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes. La quatrième étude visait d'analyser le contenu du cours d'éducation à la vie et les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et enseignants en matière de PF. Cette étude qualitative ciblait

62 adolescents et sept enseignants des écoles secondaires. La cinquième étude transversale visait à déterminer le gap en termes de politique, de mécanismes de gouvernance et de réglementation du fonctionnement des services de PF en faveur des adolescents. Elle s'est déroulée dans 74 structures du Ministère de la santé en charge de la réglementation de la PF. Les interviews structurées et semi-structurées, les focus groups, la revue documentaire et l'observation non participante étaient les techniques de collecte des données utilisées. L'analyse des données a recouru aux méthodes d'analyse des données quantitatives et qualitatives.

Résultats

Environ 33% de FOSA offraient les services de PF dont 20% étaient de haute qualité. La PF était plus disponible dans les hôpitaux qu'aux centres de santé (CS) et postes de santé (PS). Les FOSA urbaines étaient plus susceptibles d'offrir les services de PF de bonne qualité que les FOSA rurales (OR=3,12 ; 95% IC, 1,98 - 4,90 ; $p<0,001$) ; tandis que les FOSA publiques étaient moins susceptibles d'offrir les services de haute qualité que les FOSA privées (OR= 0,59 ; 95% IC, 0,38 - 0,91 ; $p=0,02$). Près de 14% de FOSA disposaient d'au moins 3 méthodes contraceptives différentes, surtout les préservatifs masculins, les pilules contraceptives orales combinées et les injectables. La majorité de FOSA (80%) avec PF offraient ce service aux adolescents. Cependant, peu de méthodes contraceptives étaient proposées aux adolescent(e)s. Environ 11,5% des FOSA étaient jugées très conviviales, 63,9% modérément conviviales et 24,6% faiblement conviviales dans l'offre de la PF aux adolescent(e)s. Les services de PF n'offrant pas une large gamme de méthodes contraceptives (OR=0,030; IC95%; 0,003-0,285; $p=0,002$) et ceux où il y avait la stigmatisation (OR=0,019; 95%IC, 0,001 - 0,265 ; $p=0,003$) étaient moins

susceptibles d'être fréquentés par les adolescent(e)s. Ainsi, l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes était de 19,9% pour l'ensemble des méthodes ; 12,0% pour les méthodes modernes et 8,0% pour les méthodes traditionnelles et les besoins non satisfaits en PF estimés à 18,1%. Les adolescents connaissaient peu de méthodes contraceptives, notamment l'abstinence périodique, les préservatifs masculins et les pilules. Les connaissances des méthodes contraceptives (OR ajusté = 2,495; 95% CI, 1,489 - 4,181; P = 0,001), le statut marital (OR ajusté = 2,490; 95% CI, 1,564 - 3,967; P = 0,000) et la religion (OR ajusté = 3,385; 95% CI, 1,481 - 7,740; P = 0,004) étaient identifiés comme les principaux déterminants de l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes. Cependant, les adolescents et leurs enseignants avaient l'appréhension d'utiliser les méthodes contraceptives modernes, en dehors du préservatif masculin. Par crainte des effets secondaires, leur préférence était pour les méthodes traditionnelles. Bien que la source d'information sur la PF préférée fût l'école, le contenu du cours d'éducation à la vie (EVIE) était estimé pauvre et non uniformisé ; les pairs, les frères, les sœurs et l'internet étaient les sources prépondérantes d'information en PF. Les mères constituaient une importante source d'information pour les filles, les pères étaient moins appréciés par la majorité d'adolescents. Peu de documents réglementaient l'organisation de la PF. Une recommandation de l'OMS sur neuf portant sur les droits des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique était intégrée dans les documents réglementaires nationaux.

Conclusion

Des obstacles au niveau personnel, familial, communautaire et institutionnel empêchent l'utilisation efficace des méthodes contraceptives par les adolescents. Ce travail souligne l'importance de renforcer l'éducation des adolescents en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) et l'extension de services de PF conviviaux aux adolescents.

Mots clés : Adolescents, Disponibilité, Qualité, Réglementation, Education, utilisation, Service de PF

SUMMARY

Context

Family planning (FP) is one of the most effective strategies for preventing unwanted pregnancies and their harmful consequences for adolescents, families and the community.

Objective

Determine the organizational, individual and cultural factors that stand in the way of the use of FP services and contraceptive methods by adolescents in the Democratic Republic of Congo (DRC).

Methods

Four cross-sectional studies and a qualitative study were organized during the period from 2014 to 2018. They are presented here in chronological order. The first and the second studies were cross-sectional, aiming at assessing the availability, quality and level of user-friendliness of FP services. They were carried out respectively on 1,555 health facilities (HFs) selected by systematic random sampling and on 61 HFs with FP service in four health districts. The third cross-sectional study was carried out on 943 adolescent girls selected by random sampling in two-stage clusters. Its objective was to determine the socio-demographic and health factors associated with the use of contraceptive methods by adolescent girls. The fourth study aimed to analyze the content of the life education course (EVIE) and the knowledge, attitudes and practices of adolescents and teachers in the area of FP. This qualitative study targeted 62 adolescents and seven secondary school teachers. The fifth transversal study aimed to determine the gap in terms of policy, mechanisms of

governance and regulation of the functioning of FP services for adolescents. It took place in 74 structures of the Ministry of Health in charge of FP regulation. Structured and semi-structured interviews, focus groups, document review and non-participant observation were the data collection techniques used. Data analysis used both quantitative and qualitative data analysis methods.

Results

About 33% of FOSA offered FP services, of which 20% were of high quality. FP was more available in hospitals than in health centers and health posts. Urban HFs were more likely to provide good quality FP services than rural HFs (OR=3.12; 95% IC, 1.98 – 4.90; $p<.001$). Public HFs were less likely to provide high quality services than private HFs (OR= 0.59; 95% IC, 0.38 – 0.91; $p=0.02$). Almost 14% of HFs had at least 3 different contraceptive methods, mainly male condoms, combined oral contraceptive pills and injectables. The majority of HFs (80%) with FP offered these services to adolescents. However, many contraceptives were offered to adult women than to adolescents. About 11.5% of HFs were found to be very friendly, 63.9% moderately friendly and 24.6% poorly friendly in the provision of FP to adolescents. FP services offering a wide range of contraceptive methods ($p = 0.002$) and those where there was no stigma ($p = 0.003$) were the most frequented by adolescents. Thus, the use of contraceptive methods by adolescents was 19.9% for all methods; 12.0% for modern methods and 8.0% for traditional methods and unmet FP needs estimated at 18.1%. Adolescents had little knowledge of contraceptive methods, including periodic abstinence, male condoms and pills. Knowledge of contraceptive methods (adjusted OR = 2.495; 95% CI, 1.489 - 4.181; $P = 0.001$), marital status (adjusted OR = 2.490; 95% CI,

1.564 - 3.967; $P = 0.000$) and religion (OR adjusted = 3.385; 95% CI, 1.481 - 7.740; $P = 0.004$) were identified as the main determinants of the use of any contraceptive method. Adolescents and their teachers are apprehensive about using modern contraceptive methods, apart from the male condom. For fear of side effects, they had a preference for traditional methods. The preferred source of FP information was the school. However, as the life education course (EVIE) had poor and non-standardized content, peers, brothers, sisters and the internet were the source of FP information for adolescents. While mothers were important sources of information for girls, fathers were not appreciated by the majority of adolescents. Few documents regulate the organization of FP. One out of nine WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health rights was included in national regulatory documents.

Conclusion

Personal, family, community and institutional barriers prevent adolescents from using contraceptive methods effectively. This work highlights the importance of strengthening adolescent education in sexual and reproductive health (SRH) and the extension of adolescents' friendly FP services.

Keywords: Adolescents, Availability, Quality, Regulations, Education, Use, FP Service

CHAPITRE I. INTRODUCTION GENERALE

1.1. Etat de la question de la santé reproductive et de la planification familiale de l'adolescent (e)

Environ 16 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans accouchent chaque année à travers le monde et sont responsables d'environ 11% du total des naissances annuellement enregistrées [1, 2]. La plupart d'adolescentes qui accouchent précocement résident dans les pays à revenu faible et intermédiaire [3]. Parmi ces adolescentes près de 4 millions subissent chaque année des avortements non sécurisés [4]. La proportion des grossesses qui se terminent par un avortement était estimée à 15% en Afrique entre 2010 et 2014. Cette proportion varie entre 12% en Afrique de l'Ouest et 24% en Afrique australe. En Afrique centrale, de l'Est et du Nord, les proportions étaient respectivement, de 13%, 14% et 23% [5].

Les mères adolescentes courent un risque plus élevé d'éclampsie et d'infections du post-partum comparativement aux femmes âgées de 20 à 24 ans. Les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent la deuxième cause de décès chez les adolescentes de 15 à 19 ans dans le monde [4, 6, 7] et cette situation contribue à la persistance de la forte mortalité maternelle et néonatale particulièrement dans les pays à faible revenu d'Afrique Sub-saharienne [8-10]. Les enfants des mères adolescentes ont un risque de mortalité sensiblement plus élevé que ceux de femmes plus âgées [3]. Lorsque le décès ne survient pas, la procréation prématurée chez les adolescentes peut considérablement réduire les chances de réussite sur les plans social et économique [11], en perturbant l'éducation, l'épanouissement social et économique [12].

Les rapports sexuels non protégés avec les adolescentes constituent un facteur de risque non négligeable dans la survenue des grossesses non

désirées et des infections sexuellement transmissibles [13]. Les grossesses non désirées à l'adolescence peuvent faire dérailler les projets d'une vie. La parentalité à l'adolescence s'associe à un niveau de scolarité moins élevé, à un revenu plus faible et à un recours accru aux programmes d'aide sociale [14]. En dehors des coûts personnels, les grossesses non désirées représentent donc un fardeau onéreux pour les services de santé et les services sociaux [15].

Nombreux facteurs favorisent les rapports sexuels non protégés et contribuent à la survenue des grossesses non désirées, et à haut risque chez les adolescentes ; il s'agit notamment (a) du mariage précoce et forcé ; (b) du manque de vision en matière d'éducation, d'emploi et d'autonomie chez certaines adolescentes; (c) du faible niveau de connaissances pouvant aider à prévenir une grossesse non désirée ; (d) de l'incapacité d'obtenir des contraceptifs au moment où le besoin est ressenti; (e) de l'incapacité de refuser les rapports sexuels forcés [16]. Dans plusieurs pays au monde, la législation en matière d'avortement présente des restrictions quant aux conditions requises pour opérer une interruption volontaire de la grossesse. En Afrique, seuls l'Afrique du Sud, la Tunisie, le Mozambique, le Cap-Vert et l'Éthiopie ont réussi à dépénaliser l'avortement. Dans le reste des pays africains, l'avortement volontaire connaît des restrictions à des degrés variables et, dans 11 pays africains, l'interruption volontaire de la grossesse est même strictement interdite [17]. En dehors de certains pays développés, la majorité des pays ne disposent pas de lois pouvant favoriser l'accès des adolescents aux services de santé reproductive tout en préservant leur confidentialité [18]. La législation en faveur de l'avortement n'est pas suffisante en soi, il faudrait qu'elle soit suivie des améliorations notables des systèmes de santé. Ceux-ci doivent être à

mesure d'offrir et de réglementer l'organisation des services d'avortements sécurisés et accessibles, cela demande des ressources humaines de qualité et des ressources matérielles et financières conséquentes.

Une bonne accessibilité et utilisation des services et méthodes de planification familiale (PF), étant un droit fondamental de la personne humaine [15] peut contribuer à prévenir la survenue des grossesses à risque. Lorsque les femmes peuvent choisir de mettre au monde des enfants et du moment d'en avoir, elles ont un meilleur contrôle de leur corps et de leur avenir. La PF est l'une des interventions ayant un meilleur rapport coût-efficacité sur la santé de la mère et de l'enfant [19]. Elle contribue à la réduction du nombre de grossesses non désirées, et, partant contribue à la réduction des avortements non sécurisés et des décès consécutifs [20]. Elle réduit aussi la proportion des grossesses à haut risque, notamment celles survenant chez les adolescentes [21].

En agissant sur la réduction de la natalité, la PF permet aux pays d'accéder à la phase de transition démographique et de tirer le bénéfice de dividende démographique en termes de croissance économique accélérée consécutive de l'évolution de la pyramide des âges [22, 23].

En 2015, 64% des femmes en âge de procréer mariées ou vivant en couples utilisaient n'importe quelle méthode contraceptive à travers le monde. La prévalence contraceptive était faible en Afrique (33%) comparativement aux autres régions. Environ 10% des femmes avaient des besoins non satisfaits en PF [24]. En Afrique, peu de progrès sont signalés en matière d'utilisation de méthodes contraceptives modernes. En effet, entre 2008 et 2014, la proportion des femmes en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive moderne est passée de 23,6% à 27,6% [25]. En

ce qui concerne les adolescentes de 15-19 ans, une tendance à la hausse de la prévalence contraceptive moderne est signalée : estimée à 16% en 2008, celle-ci est passée à 20% en 2014 [26]. Les besoins de contraception non satisfaits demeurent tout de même trop élevés. On estime à 214 millions le nombre de femmes qui souhaitent éviter ou espacer les grossesses mais qui n'utilisent aucune méthode de contraception dans les pays en développement. Les obstacles à l'utilisation de la PF peuvent être : (a) le choix limité des méthodes; (b) l'accès limité à la contraception, en particulier chez les adolescents, les groupes les plus pauvres ou les couples non mariés; (c) la crainte ou l'expérience d'effets secondaires; (d) l'opposition culturelle ou religieuse; (e) la qualité médiocre des services disponibles; (f) les a priori des utilisateurs et des professionnels de santé ; (g) les obstacles fondés sur le sexe. En Afrique, 23,5% des femmes en âge de procréer ont un besoin non satisfait en contraceptifs modernes. En Asie et en Amérique latine, deux régions où la prévalence contraceptive est relativement élevée, les niveaux des besoins non satisfaits sont de 10,9% et 10,4% respectivement [25].

1.2. Problématique de la recherche

La République Démocratique du Congo (RDC) fait partie des pays à plus forte fécondité et, par conséquent, présente l'un des plus forts taux de croissance démographique au monde [27]. Cette situation interpelle, surtout lorsqu'il faut évoquer la question d'insertion des jeunes dans l'activité économique, question clé du développement et de la paix sociale. En RDC, l'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,8 ans pour les filles et 17,6 ans pour les garçons [28]. On estime à 29% la proportion des mariages précoces chez les adolescentes. Près de 25% de femmes et

3% d'hommes de 20-24 ans ont enregistré leur première naissance vivante avant l'âge de 18 ans; le taux de fécondité des adolescentes est estimé à 109 ‰ [29]. Cependant, une bonne partie des grossesses non désirées se terminent par un avortement non sécurisé ; la législation congolaise et certains traités internationaux ratifiés par la RDC imposent des restrictions pour l'avortement sécurisé [30, 31]. A Kinshasa, 6 grossesses sur 10 sont non planifiées et près de la moitié se solde par un avortement provoqué. En 2016, on estimait à 146 700 le nombre des avortements réalisés à Kinshasa, ce qui représente un taux d'avortement de 56 pour 1 000 femmes en âge de procréer, qui est bien plus élevé que le taux régional global en Afrique centrale estimé à 35‰. Dans l'ensemble, un peu plus d'une grossesse sur quatre (26%) se termine par un avortement provoqué [32]. La promotion de l'utilisation des services de planification familiale reste une stratégie importante pour améliorer la santé des adolescentes. Cependant, la prévalence contraceptive moderne chez les femmes en âge de procréer de 8% reste parmi les plus faibles au monde et inférieur au seuil de 20% fixé par la RDC. La situation est davantage préoccupante chez les adolescentes de 15-19 ans où la prévalence contraceptive est de 5%, soit 5,4% pour celles qui vivent en couple et 19,5% pour celles qui sont sexuellement actives et qui ne vivent pas en couple. Sur une proportion de 43,3% des adolescentes désirant utiliser les méthodes contraceptives, seulement 12,2% sont satisfaites. Près de 33% des adolescentes vivant en couple et 56% d'adolescentes qui ne vivent pas en couple ont des besoins non satisfaits en planification familiale [29]. Il est généralement décrit que la proportion des femmes utilisant les méthodes contraceptives modernes augmente de manière importante avec le niveau d'instruction. Les adolescentes qui, en général, ont un niveau d'instruction

relativement bas, disposent d'un niveau de connaissances des méthodes contraceptives modernes nettement faible par rapport aux adultes [28]. En plus ce fait, les normes sociales négatives- faites de barrières culturelles et sociétales, de la stigmatisation, de l'opposition des prestataires- dont l'ampleur et les modes d'action sont peu évalués, pourraient empêcher un accès libre aux services de PF par les adolescentes. Lorsqu'on ajoute la pauvreté qui sévit dans 70% des ménages en RDC [33], ces faits constituent les facteurs de risque des grossesses non désirées. En RDC, peu de choses sont connues sur les connaissances, les attitudes, les pratiques et les préférences des adolescents face aux services de santé reproductive y compris la planification familiale. Le rôle, l'impact et les potentialités de l'école dans l'éducation et l'adoption du comportement sexuel responsable par les adolescents ne sont pas encore bien explorés.

Un des goulots d'étranglement à l'expansion des services de planification familiale est la faible disponibilité des méthodes contraceptives dans les formations sanitaires [34, 35]. Les documents de politique de santé considèrent comme offrant le service de PF, toute formation sanitaire disposant à la fois de ressources humaines qualifiées et d'une gamme variée de méthodes contraceptives- parmi lesquelles au moins une méthode réversible de longue durée d'action [36]. Cependant, aucune évaluation de la disponibilité des contraceptifs dans les formations sanitaires s'appuyant sur ces critères n'était encore effectuée à large échelle au moment de cette étude. En plus, plusieurs études recommandent la mise en place des services de santé conviviaux pour les adolescents, qui peuvent offrir des méthodes et conseils en planification familiale en toute sécurité [6]. Cependant, des études menées dans d'autres pays ont démontré que peu de FOSA rencontrent les critères retenus pour des

services de santé conviviaux [37] et dont la mise en place nécessite souvent un coût [38]. Pour espérer améliorer substantiellement la prévalence contraceptive parmi les adolescentes, les services de santé conviviaux aux adolescents incorporant l'offre de la PF devraient être accessibles et organisés au niveau des centres de santé (CS) qui sont les structures les plus accessibles géographiquement. Au moment de la conception de cette étude, il existait peu d'informations sur l'organisation des services de santé conviviaux aux adolescents en RDC. Quant à ce qui concerne la disponibilité des méthodes contraceptives dans les FOSA qui organisent la PF, des études indiquent une préférence accrue pour les méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action chez les adolescentes. Il était important d'analyser les méthodes contraceptives disponibles et de vérifier la prescription effective des méthodes choisies par les adolescentes qui en désirent. L'expansion substantielle des services de PF aux CS est donc nécessaire, mais pas suffisante. Il est important d'attirer l'attention sur les barrières à l'utilisation des services [39] qui sont souvent évoquées mais peu explorées en ce qui concerne les adolescents.

En RDC, les normes et directives nationales relatives aux interventions de santé intégrées de la mère (dont la FP), du nouveau-né et de l'enfant préconisent la mise en place des services de santé adaptés aux adolescents et jeunes (SSAAJ) et offrant la PF [40]. Pourtant, ces documents de politique sanitaire sont peu vulgarisés et appliqués, ce qui contribue à la dérégulation de l'offre de la PF à l'instar des autres services de santé. Cette dérégulation rend le système de santé congolais inefficace et coûteux [41], accentue les inégalités [42] et conduit à des soins de qualité médiocre, dangereux et néfastes à la santé [43]. Jusqu'à ce jour, aucune

recherche n'était conduite, analysant les aspects de réglementation des services de santé en faveur des adolescents- dont la PF fait partie- en faveur des adolescents en République Démocratique du Congo.

De ce qui précède, l'on se rend compte qu'il existe un déficit en connaissances sur la gestion efficace de la santé reproductive de l'adolescent que ce travail de recherche contribue à combler.

1.3. Question de recherche

Nous appuyant sur les observations sus-évoquées, nous nous sommes posés la question de recherche suivante :

Quels sont les facteurs individuels, environnementaux, systémiques et contextuels qui s'érigent en barrières contre l'utilisation des services de planification familiale et, partant, l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescent(e)s ?

1.4. Hypothèse de travail

L'organisation de ce travail s'est appuyée sur l'hypothèse de travail suivante : « il existerait des facteurs individuels, environnementaux, systémiques et contextuels encore mal connus qui s'érigent en barrières contre l'utilisation des services et des méthodes de planification familiale par les adolescent(e)s. La connaissance de ces facteurs devrait permettre de concevoir des politiques et des stratégies efficaces en vue de l'extension des services de PF adaptés aux besoins des adolescent(e)s, ce qui pourrait améliorer l'utilisation des services de PF par les adolescentes et contribuer à la réduction de l'incidence des grossesses précoces, non désirées et leurs conséquences néfastes »

1.5. But et objectifs de travail

1.5.1. But de ce travail

Le but de ce travail était de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des adolescent(e)s à travers la prévention de la survenue des grossesses précoces et non désirées et de leurs conséquences néfastes sur les adolescentes, les familles et la communauté.

1.5.2. Objectif général

L'objectif général de ce travail était de déterminer les facteurs individuels, environnementaux, systémiques et contextuels qui s'érigent en barrières contre l'utilisation des services de planification familiale et des méthodes contraceptives par les adolescent(e)s en RD Congo.

1.5.3. Objectifs spécifiques

1. Evaluer la disponibilité, la qualité et le niveau de convivialité des services de planification familiale en faveur des adolescents ;
2. Déterminer les facteurs sociodémographiques et sanitaires associés à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes de 15-19 ans ;
3. Analyser le contenu du cours d'éducation à la vie et les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et enseignants en matière de planification familiale ;
4. Déterminer le gap qui existe en termes de politique de santé, de mécanismes de gouvernance et de réglementation du fonctionnement des services de planification familiale en faveur des adolescents.

Références bibliographiques

1. UNFPA. *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy*. New York: UNFPA; 2015.
2. Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. *Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries*. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91: 1114–18. *Every Woman Every Child. The Global Strategy for Women`s, Children`s and Adolescents` Health (2016-2030)*. Geneva: Every Woman Every Child, 2015.
3. Organisation Mondiale de la Santé. *La grossesse chez l`adolescente*. 2018. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>).
4. WHO. *Early marriages, adolescent and young pregnancies*. Sixty-fifth World Health Assembly, A65/13, 2012).
5. Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A et al., *Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends*, *Lancet*, 2016, 388(10041):258–267.
6. OMS. *Services de santé adaptés aux adolescents. Un programme pour le changement*. Organisation mondiale de la Santé Octobre 2002
7. WHO. *Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2015*. Geneva: WHO; 2016.
8. World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations. *Trends in Maternal Mortality:1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division*. Geneva: WHO; 2015. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>. Accessed May 24, 2017.

9. UNICEF, World Health Organization (WHO), World Bank, United Nations. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: Unicef; 2015.
https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf Accessed June 4, 2017.
10. Liu L, Hill K, Oza S, Hogan D, Chu Y., et al. Levels and Causes of Mortality under Age Five Years. In *Disease Control Priorities (third edition): Volume 2, Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, edited by Black R, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. Washington, DC: World Bank. 2016
11. Fariyal Fatma Fikree, Catharine Lane, Callie Simon , Gwyn Hainsworth and Patricia MacDonald. Making good on a call to expand method choice for young people - Turning rhetoric into reality for addressing Sustainable Development Goal Three. *Reproductive Health* (2017) 14:53 DOI 10.1186/s12978-017-0313-6
12. Andrea Nove, Zoë Matthews, Sarah Neal, Alma Virginia Camacho. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health* 2014; 2: e155–164 Published Online January 21, 2014 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(13\)70179-7](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(13)70179-7)
13. Taghizadeh Maghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Int J Pediatr* 2016; 4(2): 1423-38.
14. Thompson G; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. Répondre aux besoins des parents adolescents et de leurs enfants. *Paediatr Child Health* 2016;21(5):273. www.cps.ca/fr/documents/position/parents-adolescents contraception. Consulté le 10 Aout 2019.

15. Fonds des Nations Unies pour la population. *Oui au choix, non au hasard: Planification familiale, droits de la personne et développement*. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2012. viii, 128 pages.
16. World Health Organization. *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*. WHO Guidelines. Geneva, 2011.
17. Center for Reproductive Rights (CRR). *The World's Abortion Laws 2015*, New York: CRR, 2015.
18. Center for Adolescent Health & the Law. *Sexual and reproductive health care for adolescents: legal rights and policy challenges*. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007 Dec;18(3):571-81, viii-ix.
19. Tsui AO, McDonald-Mosley R, Burke AE. *Family planning and the burden of unintended pregnancies*. *Epidemiol Rev* 2010;32:152–174.
20. Michalow J, Chola L, McGee S, et al. *Triple return on investment: the cost and impact of 13 interventions that could prevent stillbirths and save the lives of mothers and babies in South Africa*. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015 Feb 18;15:39.
21. Starbird E, Norton M, Marcus R. *Investing in family planning: key to achieving the Sustainable Development Goals*. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(2):191–120.
22. Jams N. Gribble and Jason Bremner. *Achieving a Demographic Dividend*. Washington: PRB Population Reference Bureau (PRB). Vol. 67, No. 2, 2012. Disponible sur www.prb.org. Consulté le 01 mars 2020
23. Union Africaine. *La planification familiale et le dividende démographique en Afrique*. Note d'orientation pour la Conférence internationale sur la santé maternelle, néonatale et infantile en Afrique. Johannesburg, août 2013

24. United Nations. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. New York, 2015. Disponible sur <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/trendsContraceptiveUse2015Report.pdf>).
25. Organisation mondiale de la santé 2018. Planification familiale/Contraception. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Consulté le 12 août 2019.
26. UNFPA. Universal Access to Reproductive Health: Progress and challenges. New York, 2016.
27. Roland Pourtier. La République Démocratique du Congo face au défi démographique, notes de l'Ifri, septembre 2018.
28. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Accessed May 24, 2017.
29. Institut National de Statistique. Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
30. Union Africaine. Protocole à la charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des femmes. Maputo, juillet 2003. Disponible sur https://www.un.org/fr/africa/osaa/pdf/au/protocol_rights_women_africa_2003_f.pdf
31. Journal Officiel de la République Démocratique du Congo. Code pénal congolais. n° Spécial 30 novembre 2004. Disponible sur <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws>

32. Chae S, Kayembe PK, Philbin J, Mabika C, Bankole A (2017) The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. PLoS ONE 12(10): e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
33. Moumami, Ahmed (2010), Analyse de la pauvreté en République démocratique du Congo, Working Papers Series N° 112, African Development Bank, Tunis, Tunisia.
34. Ministère de la Santé Publique (MSP), Enquête sur la Disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé en République Démocratique du Congo, DSSP/DSNIS, 2014, RDC ;
35. Therese McGinn, Judy Austin, Katherine Anfinson, Ribka Amsalu , Sara E Casey et al.: Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. *Conflict and Health* 2011 5:11.
36. République Démocratique du Congo (RDC). Planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle 2014–2020. Kinshasa: RDC; 2014.
37. Shamagonam James, Pedro T. Pisa, John Imrie , Moira P. Beery, Catherine Martin, Catherine Skosana and Sinead Delany-Moretlwe. Assessment of adolescent and youth friendly services in primary healthcare facilities in two provinces in South Africa. *BMC Health Services Research* (2018) 18:809 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3623-7>
38. Deogan C, Ferguson J, Stenberg K (2012) Resource Needs for Adolescent Friendly Health Services: Estimates for 74 Low- and Middle-Income Countries. PLoS ONE 7(12): e51420. doi:10.1371/journal.pone.0051420.
39. Jeff K Mathe, Kennedy K Kasonia and Andre K Maliro. Barriers to Adoption of Family Planning among Women in Eastern Democratic Republic of Congo. *Afr J Reprod Health* 2011; 15[1]: 69-77
40. Ministère de la santé publique. Normes et directives sur la santé de la mère et de l'enfant. Kinshasa. 2012.

41. Ammar, W. Health system and reform in Lebanon. Beyrouth. Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale, 2003.
42. Macintosh M. Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care. Genève. Réseau de connaissances sur les systèmes de santé, Commission des Déterminants sociaux de la Santé, Organisation mondiale de la Santé, 2007.
43. Organisation Mondiale de la Santé. Les soins de santé primaires : maintenant plus que jamais, Rapport sur la santé dans le monde, 2008.

CHAPITRE 2. REVUE DE LA LITTERATURE

2.1. Concept « Adolescent » : importance et place dans la communauté

L'adolescence est la période de vie située entre l'âge de 10 et 19 ans [1,2]. C'est une phase de croissance et de développement rapide où se produisent de nombreux changements physiques, physiologiques, psychosociaux, cognitifs et comportementaux. Phase de transition entre l'enfance et l'âge adulte, l'adolescence est caractérisée par un rythme de croissance élevé, une augmentation de l'autonomie individuelle, un affermissement de l'identité et de l'estime de soi et une indépendance progressive vis-à-vis des adultes [3]. La première adolescence couvre la période de 10 à 14 ans et la seconde adolescence s'étend sur la période allant de 15 à 19 ans [4]. Les adolescents représentaient 18 % de la population mondiale en 2009 dont environ 90% vivent dans les pays à revenu faible et intermédiaire de l'Asie et de l'Afrique. En Afrique subsaharienne et en Asie du sud, les adolescents représentent plus d'un habitant sur cinq [5]. Selon les projections, d'ici 2050, si les tendances actuelles ne sont pas modifiées, on comptera plus d'adolescents en Afrique subsaharienne que dans toute autre région au monde [6]. A cet âge, les opportunités sont grandes en vue de bâtir une fondation solide pour la bonne santé à l'âge adulte. Les adolescents peuvent être de puissants agents de changement personnel et de développement communautaire lorsqu'on leur accorde une place importante dans les politiques et programmes de santé publique mondiaux [1]. Cependant, ils bénéficient de très peu de soutien [3]. La majorité des adolescents sont exposés à des risques et à des pressions complexes [3,7] ; les motivations qui les conduisent à la prise de ces risques constituent une des préoccupations actuelles des recherches sur les adolescents. Une étude a

montré que les adolescents n'avaient pas de perspective à long terme quant à leurs croyances en matière de prise de risque ; ils ne tiennent pas compte des conséquences de leurs actions ni de leurs résultats futurs [8].

2.2. Différence entre « Adulte » et « Adolescent » : plus qu'un problème d'âge

Dans leur parcours physique, émotionnel et psychologique vers l'âge adulte, les adolescents côtoient des opportunités et des dangers. Ils sont parfois exposés aux informations contradictoires sur la manière de gérer leurs choix, qui peuvent avoir des conséquences de longue portée sur leur santé. Ils ne bénéficient pas du soutien suffisant dont ils ont besoin pour devenir des adultes informés, confiants et compétents. Cependant, en présence des défis, la recherche de solution conduit parfois à des divergences d'approches entre les adultes et les adolescents. Une sorte de « climat suspicieux » ou « de tension latente » règne entre ces deux groupes [9].

Les adultes croient savoir ce qu'il y a de mieux pour les adolescents en s'appuyant sur leur « expérience ». Devant les dilemmes, la plupart prennent le temps de réfléchir avant d'en discuter ; ils pensent aux conséquences des actions à poser. Cependant, les adolescents pensent savoir ce qui est mieux pour eux-mêmes. Devant une situation complexe, souvent ils ne prennent pas le temps de réfléchir, préférant passer immédiatement à l'action ou tout au moins être encouragé à le faire. Les adolescents ne pensent qu'à « maintenant » ; pour eux, l'acte est plus important que ses résultats. Leur joie réside dans l'anticipation et l'action, plus que dans le résultat. Les résultats d'une étude sur les adolescents et

jeunes âgés de 12 à 28 ans augurent tout de même de l'espoir : les adolescents recourent aux parents et aux pairs pour remplir certaines fonctions d'attachement comme la recherche de proximité, du refuge et de la base sécurisée. Cependant, les mères constituent une importante source de sécurité comparativement aux pères et pairs; elles sont systématiquement utilisées comme base sécurisée par les jeunes de tous les âges et de tous les sexes [10].

2.3. Principaux problèmes de santé des adolescents

La plupart d'adolescents sont apparemment en bonne santé. Cet état de santé est le résultat d'interactions entre le développement à l'étape prénatal et de la petite enfance et les modifications biologiques et sociales spécifiques qui accompagnent la puberté, façonnées par les déterminants sociaux, les facteurs de risque et les facteurs de protection qui influent sur l'adoption de comportements liés à la santé [1]. Cependant, on constate encore un nombre important de décès prématurés, de pathologies et de traumatismes qui peuvent entraver leur croissance et leur plein épanouissement. En 2015, on estimait à 1,2 million le nombre d'adolescents décédés, ce qui représente plus de 3000 décès par jour. La majorité de ces décès étaient occasionnés par des causes évitables. Certaines des pressions subies par les adolescentes ou les choix qu'elles font peuvent modifier le cours de leur jeune vie, voire y mettre un terme. Ces résultats constituent des tragédies personnelles pour les jeunes et leurs familles [3]. Ces pertes inacceptables mettent en péril la santé et la prospérité de la société. Des études organisées dans certains pays comme les Etats-Unis indiquent que nombreux adolescents adoptent des

comportements à risque pour leur santé, associés aux principales causes de décès chez les 10-24 ans [11].

Les principaux problèmes de santé des adolescents peuvent se résumer comme suit :

a) Grossesses et accouchements précoces, risque d'avortement provoqué

La grossesse chez les adolescentes reste un problème de santé publique, avec des conséquences médicales, émotionnelles et sociales importantes pour la mère adolescente, son enfant et sa famille. Les grossesses précoces présentent un risque plus élevé d'effets indésirables, notamment d'accouchement prématuré, d'insuffisance pondérale à la naissance et de mortalité néonatale et infantile. En cas de grossesse chez une adolescente, les soins prénatals et postnatals doivent être adaptés aux besoins particuliers de ces jeunes enceintes, car les environnements obstétricaux standards risquent de ne pas le faire [12,13]. Chaque année, un nombre important d'adolescentes victimes des grossesses non désirées ont recours à l'avortement. Comparativement aux adultes, les adolescentes risquent davantage de retarder l'avortement, de recourir à des personnes non qualifiées pour le pratiquer, d'utiliser des méthodes dangereuses et de se présenter tardivement en cas de complications. Elles sont également plus susceptibles de connaître des complications [14]. Une étude effectuée aux USA rapporte que l'avortement qui intervient à l'adolescence est plus susceptible d'entraîner de conséquences néfastes sur le psychisme de l'adolescente (cauchemars post-avortement, troubles antisociaux de la personnalité et paranoïaques, toxicomanie et illusions psychotiques) par rapport à l'adulte [15]. Les stratégies efficaces de prévention de la grossesse chez les adolescentes devraient être multifformes, se focalisant

sur le retardement de l'activité sexuelle, en particulier chez les adolescentes plus jeunes, tout en encourageant l'utilisation cohérente et correcte de méthodes de contraception efficaces pour les adolescentes sexuellement actives ou qui envisagent de l'être [13,16].

b) Infection au VIH/SIDA

Près de 2 millions d'adolescents vivent avec le VIH [17]. Certes le nombre global de décès liés au VIH a diminué de 30% par rapport au niveau record atteint en 2006, mais les estimations laissent supposer que les décès liés au VIH chez les adolescents sont en hausse. Cet accroissement, qui se manifeste surtout en Afrique, pourrait refléter le fait que si davantage d'enfants ayant contracté le VIH via la transmission de la mère à l'enfant survivent, à l'adolescence ils n'obtiennent pas les soins et soutien dont ils ont besoin pour rester en bonne santé. En Afrique subsaharienne, seuls 10% des jeunes du sexe masculin et 15% du sexe féminin de 15 à 24 ans sont informés de leur statut sérologique pour le VIH [18, 19].

c) Autres maladies infectieuses

Les maladies diarrhéiques et les infections des voies respiratoires inférieures figurent parmi les cinq principales causes de décès chez les 10-19 ans. Associées à la méningite, ces affections font partie des 3 principales causes de décès chez les adolescents dans les pays africains à revenu faible ou intermédiaire [3,18, 20].

d) Problèmes de santé mentale

La dépression est la troisième cause de maladie et d'incapacité chez les adolescents et le suicide est une des causes importantes de décès chez les

15-19 ans. La violence, la pauvreté, l'humiliation et la dévalorisation risquent de favoriser l'apparition des problèmes de santé mentale. L'acquisition des aptitudes utiles dans la vie par les enfants et les adolescents et le fait de trouver dans les écoles et les communautés un soutien psychosocial sont à même de favoriser une bonne santé mentale. Les programmes tendant à renforcer les liens entre les adolescents et leur famille sont importants [3,18].

e) Violence

La violence est une cause majeure de décès chez les adolescents plus âgés. La violence interpersonnelle représente 43% de tous les décès masculins des adolescents survenant dans des pays à revenu faible ou intermédiaire de la région des Amériques de l'OMS. Au plan mondial, une jeune fille de moins de 20 ans sur 10 âgées affirme avoir été victime de violence sexuelle. Pour prévenir la violence, on devrait favoriser au début de la vie une relation épanouissante entre parents et enfants, permettre l'acquisition des aptitudes utiles, et réduire l'accès à l'alcool et aux armes à feu. En prodiguant des soins efficaces et empathiques aux adolescentes victimes de la violence et en apportant un appui continu, on les aide à guérir des conséquences physiques et psychologiques [3,18].

f) Consommation de l'alcool et de la drogue

La consommation nocive d'alcool par les adolescents est un sujet de préoccupation majeur dans de nombreux pays. Elle diminue la maîtrise de soi et favorise les comportements à risque, comme les rapports sexuels non protégés ou un comportement dangereux sur la route. Elle représente une des principales causes de traumatismes, de violence et de décès

prématurés. La consommation nocive d'alcool peut aussi déboucher sur des problèmes de santé qui se manifesteront plus tard au cours de la vie et affecter l'espérance de vie. La loi fixant un âge minimum pour l'achat et la consommation d'alcool et réglementant le ciblage publicitaire des boissons alcoolisées auprès des jeunes devra être adoptée et appliquée à travers tous les pays [3,18].

g) Traumatismes

Les traumatismes volontaires et involontaires sont une grande cause de mortalité et d'incapacité chez les adolescents. Ce traumatisme peut-être dû à l'imprudence au volant ou associé à la violence, à l'abus de l'alcool ou de la marijuana [11]. En 2015, environ 115 000 adolescents étaient décédés dans un accident de la route. Les jeunes conducteurs ont besoin de conseils en matière de sécurité routière ; les lois interdisant la conduite sous l'emprise de l'alcool ou de drogues doivent être strictement appliquées. La noyade est aussi une cause importante de décès chez les adolescents – 57 000 adolescents, dont 2/3 de garçons, se sont noyés en 2015. Pour prévenir ces décès, apprendre à nager aux enfants et aux adolescents est une intervention essentielle [3,18].

h) Malnutrition et obésité

Dans les pays en développement, nombreux sont les garçons et les filles qui arrivent dénutris à l'âge de l'adolescence, ce qui les rend plus vulnérables à la maladie et à une mortalité prématurée. À l'opposé, le nombre d'adolescents qui sont en surpoids ou obèses est en augmentation aussi bien dans les pays à revenu intermédiaire qu'à revenu élevé.

i) Activité physique et nutrition

L'anémie ferriprive était la principale cause d'années de vie perdues – décès ou incapacité en 2015. La supplémentation en fer et en acide folique aide à promouvoir la santé des adolescents avant qu'ils ne deviennent parents. L'administration régulière de vermifuges dans les zones où les helminthiases intestinales, telles que l'ankylostomiase sont fréquentes, est recommandée afin d'éviter les carences en micronutriments (y compris en fer). Promouvoir une nourriture saine et habituer les adolescents à pratiquer une activité physique sont les fondements d'une bonne santé à l'âge adulte. Réduire la commercialisation de produits alimentaires ayant une teneur élevée en graisses saturées, en sucres libres ou en sel et favoriser l'accès à une nourriture saine ainsi qu'à l'activité physique ont une importance pour tout un chacun, mais en particulier pour les enfants et les adolescents. Les données des enquêtes indiquent que moins d'un adolescent sur 4 se conforme aux lignes directrices concernant l'activité physique: 60 minutes quotidiennes d'activité modérée à intense [3,18].

j) Consommation de tabac

C'est la plupart du temps à l'adolescence qu'on commence à consommer du tabac. L'interdiction de la vente des produits du tabac aux mineurs et l'augmentation du prix de ces produits moyennant des taxes plus élevées, l'interdiction de la publicité pour le tabac et l'instauration d'un environnement sans tabac sont des mesures cruciales [3]. Au niveau mondial, au moins 1 jeune adolescent (13-15 ans) sur 10 consomme du tabac, et ce chiffre est beaucoup plus élevé dans certains endroits comme aux USA [11]. Toutefois, la consommation de cigarettes semble reculer chez les adolescents de certains pays à revenu élevé [3,18].

2.4. Droits de santé sexuelle et reproductive des adolescents

Les adolescents sont protégés par les droits de la Convention sur les Droits de l'Enfant jusqu'à l'âge de 18 ans. Les droits des jeunes à survivre, à se développer et s'épanouir sont consacrés dans les documents juridiques internationaux [20]. Ces droits sont nombreux : (a) le droit à la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, y compris le droit à la santé reproductive ; (b) le droit à recevoir et répandre des informations et le droit à l'éducation, y compris des informations complètes et correctes sur la santé sexuelle et reproductive ; (c) le droit à la confidentialité et à la vie privée, y compris le droit d'obtenir des services de santé reproductive sans l'accord d'un parent, époux ou tuteur; (d) le droit à la non-réalisation de pratiques traditionnelles préjudiciables, y compris l'excision et le mariage précoce ou forcé ; (e) le droit à la non-réalisation de toutes les formes d'abus physiques et mentaux et de toutes les formes d'exploitation sexuelle, y compris la violence sexuelle, la violence domestique et l'exploitation sexuelle ; (f) le droit à l'égalité et à la non-discrimination, y compris le droit d'accéder aux services de santé reproductive quel que soit l'âge ou la situation familiale et sans l'accord d'un parent, tuteur ou époux [2]. S'appuyant sur la Convention sur les Droits de l'Enfant sus-évoquée, *Ahumada et al.* ont mis au point la figure ci-après :



Figure 2.1. Droits de l'homme protégeant les droits à la santé sexuelle et reproductive des adolescents

Source: Ahumada C & Kowalski-Morten S. A Youth Activist's Guide to Sexual and Reproductive Health. Ottawa: The Youth Coalition. 2006.

2.5. Interventions à fournir dans le cadre de la santé sexuelle et reproductive

Un paquet complet d'interventions de santé sexuelle et reproductive est composé d'une gamme variée d'interventions, comprenant : les services de planification familiale ; les soins prénatals ; l'assistance qualifiée à l'accouchement et soins postnatals ; la gestion des complications et des urgences obstétricales et néonatales ; la prévention de l'avortement et la gestion des complications des avortements non sécurisés ; la prévention et traitement des infections de l'appareil reproducteur et des infections

sexuellement transmissibles y compris le VIH / SIDA ; le diagnostic précoce et le traitement du cancer du sein et du col utérin ; la promotion, l'éducation et le soutien à l'allaitement maternel exclusif ; la prévention et traitement approprié de l'infertilité, l'abolition active de pratiques néfastes telles que l'excision génitale féminine ; l'organisation de la santé sexuelle et reproductive des adolescents ; la prévention et la gestion de la violence basée sur le genre. En raison de ressources humaines, financières et infrastructurelles limitées, de nombreux pays en développement ne proposent qu'un ensemble de services de santé sexuelle et reproductive de base, principalement axés sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, y compris, dans une moindre mesure, la planification familiale [21].

2.6. Organisation du service de planification familiale

2.6.1. Bénéfices de la planification familiale

La planification familiale est un ensemble des techniques, pratiques et produits visant à empêcher la conception en vue d'espacer et/ou de limiter les naissances. Elle permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité [22]. La contraception offre des avantages pour la femme, l'enfant, les familles, la communauté et même le système de santé. Ces avantages sont les suivants :

a) Prévention des risques sanitaires liés à la grossesse chez les femmes

La capacité d'une femme d'espacer et de limiter ses grossesses a des conséquences directes sur sa santé et son bien-être. La planification

familiale permet d'espacer les naissances et donne la possibilité de retarder les grossesses chez les adolescentes car les grossesses précoces sont associées à un risque élevé de morbidité et de décès. Elle permet d'éviter les grossesses non désirées, particulièrement chez les femmes plus âgées pour qui les risques associés à la grossesse sont accrus.

La planification familiale permet aux femmes qui le souhaitent de limiter la taille de leur famille. Les femmes qui ont plus de quatre enfants auraient un risque de mortalité liée à la maternité accru [22]. En réduisant l'incidence des grossesses non désirées, la planification familiale permet de limiter le besoin de recourir aux avortements provoqués.

b) Réduction de la mortalité maternelle et des couts des systèmes de santé

Les femmes ayant des besoins non satisfaits en méthodes contraceptives modernes représentent 84% des grossesses non planifiées (non désirées) dans les pays à ressources limitées. La satisfaction de l'ensemble de ces besoins à travers une couverture contraceptive moderne maximale pourrait réduire de 25% les décès maternels qui en découlent et ainsi sauver la vie de femmes [23]. Selon certaines projections, le niveau d'utilisation des contraceptifs atteint en 2012 devait prévenir 218 millions de grossesses non désirées dans les pays en développement, soit, du même coup 55 millions de naissances non planifiées, 138 millions d'avortements (dont 1/3 pratiqués dans des conditions dangereuses), 25 millions de fausses couches et 118 000 décès maternels [24]. Le coût de la prévention d'une grossesse non planifiée grâce à la contraception moderne est largement inférieur à celui de l'apport de soins pour une grossesse non planifiée. Ainsi, pour chaque dollar supplémentaire consenti aux services de contraception en sus du niveau actuel, le coût des soins associés à la

grossesse diminuerait de 2,20 USD. Répondre pleinement aux besoins de contraception moderne et de soins maternels et néonataux coûterait 53,6 milliards USD par an — 8,56 USD par personne — dans les régions en développement. Investir, de manière combinée, dans les services de contraception et de soins maternels et néonataux conduirait à une économie nette de 6,9 milliards USD par rapport à l'investissement dans les soins de santé maternelle et néonatale seulement [23].

c) Réduction de la mortalité infantile

La planification familiale peut prévenir les grossesses et les naissances trop rapprochées et survenant à un moment inopportun, qui contribuent à des taux de mortalité infantile parmi les plus élevés au monde. Lorsque l'espace inter gènesique est d'au moins deux ans, on assiste à une meilleure survie du nouveau-né et de son aîné immédiat. L'allaitement maternel de longue durée est un instrument d'amélioration de la santé du nourrisson (protection contre certaines pathologies infectieuses telles que la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, la malnutrition, ect.) En plus, lorsque le nombre d'enfants est limité, plus d'attention parentale et de temps est accordé à chaque enfant. Les nourrissons dont les mères décèdent lors de l'accouchement courent également un risque plus élevé de décès et de santé médiocre.

d) Prévention du VIH/sida

La planification familiale réduit le risque de grossesses non désirées parmi les femmes vivant avec le VIH, ce qui permet de diminuer le nombre de bébés infectés et d'orphelins. En outre, les préservatifs masculins et féminins fournissent une protection double à la fois contre les grossesses

non désirées et contre les maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

e) Acquisition de la capacité d'agir et renforcement de l'éducation par la communauté

La planification familiale permet aux populations de faire des choix en toute connaissance de cause en matière de santé sexuelle et génésique. Elle représente pour les femmes une chance d'améliorer leur niveau d'éducation et de participer à la vie publique, y compris dans le cadre d'emplois rémunérés dans des organisations non familiales. La planification familiale procure ainsi les avantages économiques et matériels : le temps des femmes en est modifié ; études et carrière ne dépendent plus des aléas de grossesse. La contraception permet aussi de dissocier la sexualité et la fécondité. Les femmes peuvent avoir des rapports sexuels sans peur de tomber enceinte. Ainsi, hommes et femmes peuvent envisager individuellement leur épanouissement en incluant leur sexualité sans crainte de conception. La promotion de la planification familiale, et la garantie de l'accès aux méthodes de contraception de leur choix pour les femmes et pour les couples, est essentielle si l'on veut assurer le bien-être et l'autonomie des femmes tout en soutenant la santé et le développement des communautés. La PF favorise une meilleure égalité entre les hommes et les femmes ; elle place l'homme et la femme dans un rapport égalitaire et non plus hiérarchique. De plus, le fait d'avoir moins d'enfants permet aux parents d'investir davantage dans chaque enfant. Les enfants qui ont moins de frères et sœurs sont généralement scolarisés plus longtemps que les autres. La planification familiale permet ainsi une parentalité réellement souhaitée pour le couple.

f) Réduction des grossesses précoces chez les adolescentes

L'utilisation des méthodes contraceptives contribue à l'amélioration de la santé des adolescentes. Les adolescentes qui sont enceintes sont davantage susceptibles de donner naissance à des nouveau-nés prématurés ou de faible poids de naissance. Les taux de mortalité néonatale sont plus élevés chez les bébés dont les mères sont des adolescentes. Nombreuses sont les adolescentes qui sont obligées d'abandonner leur scolarité lorsqu'elles tombent enceintes. Cela a des conséquences à long terme sur leur vie en tant qu'individus, mais aussi sur leurs familles et leurs communautés.

g) Ralentissement de la croissance démographique

La planification familiale est essentielle pour ralentir une croissance de la population qui n'est pas viable à long terme et les conséquences négatives qui en résultent pour l'économie, l'environnement et les efforts de développement aux niveaux national et régional. Les pays qui veulent devenir émergents, comme la RDC, devraient faire comme les autres pays émergents qui ont accompagné leur croissance économique d'une transition démographique radicale grâce à la « révolution contraceptive » [25].

2.6.2. Différentes méthodes contraceptives

Il existe de nombreux types de contraception, mais tous ne sont pas adaptés à toutes les situations. La méthode de contrôle des naissances la plus appropriée dépend de la santé globale, de l'âge de l'utilisateur, de la fréquence des activités sexuelles, du nombre de partenaires sexuels, du désir d'avoir des enfants et des antécédents familiaux de certaines

maladies. Les différentes méthodes contraceptives sont reprises dans les lignes qui suivent :

(a) Les méthodes hormonales

- Méthodes hormonales à courte durée d'action

Ces méthodes contraceptives utilisent des hormones pour réguler ou arrêter l'ovulation. Ces hormones peuvent être introduites dans le corps par divers moyens comme les pilules, les injections, les timbres pour la peau, les gels transdermiques, les anneaux vaginaux, la voie intra-utérine et les bâtonnets implantables. Ces méthodes empêchent l'ovulation, épaississent le mucus cervical ou amincissent la muqueuse utérine, ce qui empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule. Les méthodes hormonales à courte durée d'action sont très efficaces si elles sont utilisées à la perfection, mais elles présentent généralement un taux d'échec non négligeable. Parmi celles-ci on distingue :

Les contraceptifs injectables : impliquent l'injection d'un progestatif, le Depo-Provera ou acétate de médroxyprogestérone (DMPA), administré dans le muscle deltoïde ou fessier une fois tous les 3 mois [26]. Cette méthode contraceptive peut entraîner une perte temporaire et réversible de la densité osseuse, en particulier chez les adolescentes. La plupart des clientes utilisant ce contraceptif injectable doivent suivre un régime alimentaire riche en calcium et en vitamine D ou prendre des suppléments de vitamines pendant l'utilisation de ce médicament. Une nouvelle formulation auto-injectable de DMPA en sous-cutané, Sayana® Press, contient moins d'hormones et peut être plus acceptable pour certains utilisateurs.

Les pilules orales à progestatif seul (POP) : la pilule contraceptive est prise par la femme chaque jour, de préférence à la même heure. Les POP peuvent interférer avec l'ovulation ou avec la fonction du sperme. Les POP épaississent le mucus cervical, ce qui empêche les spermatozoïdes de nager dans l'utérus ou d'entrer dans la trompe de Fallope. Les POP modifient les changements cycliques normaux de la muqueuse utérine et peuvent entraîner des saignements imprévus ou des saignements importants. Ces hormones ne semblent pas être associées à un risque accru de formation de caillots sanguins.

- Méthodes hormonales combinées

Ces contraceptifs contiennent un œstrogène synthétique (éthinyloestradiol) et un progestatif. Tous les produits agissent en inhibant l'ovulation et en épaississant le mucus cervical. Les contraceptifs hormonaux combinés peuvent être administrés sous forme de pilules, d'un timbre ou d'un anneau vaginal. Ces méthodes présentent certains risques médicaux, tels que les caillots sanguins, associés à l'œstrogène synthétique contenu dans le produit. Ces risques ne sont pas observés avec les méthodes hormonales à progestatif seul telles que le DMPA, les POP ou les méthodes contraceptives hormonales à longue durée d'action.

Les contraceptifs oraux combinés (COC) : ils contiennent un œstrogène synthétique et un progestatif, qui inhibe l'ovulation. La femme prend une pilule par jour, de préférence à la même heure chaque jour.

Le patch contraceptif : Il s'agit d'un patch en plastique mince qui adhère à la peau et libère des hormones dans la circulation sanguine. Le patch est placé sur le bas de l'abdomen, les fesses, la face externe du bras ou le haut

du corps. Un nouveau patch est appliqué une fois par semaine pendant 3 semaines et aucun patch n'est utilisé la quatrième semaine pour permettre la menstruation [27].

Anneau vaginal : cet anneau est mince, flexible et d'environ 2 pouces de diamètre. Il délivre une combinaison d'éthinylestradiol et d'un progestatif. Il est inséré dans le vagin, où il libère continuellement des hormones pendant 3 semaines. La femme l'enlève à la quatrième semaine et réinsère un nouvel anneau 7 jours plus tard. Les risques associés à cette méthode de contraception sont similaires à ceux des pilules contraceptives orales combinées. Un anneau vaginal peut ne pas être recommandé aux femmes présentant certains problèmes de santé, notamment l'hypertension, des maladies cardiaques ou certains types de cancer [28].

(b) Les méthodes contraceptives à longue durée d'action

- Méthodes intra-utérines

Le dispositif contraceptif intra-utérin (DIU) ou le stérilet est un petit dispositif en forme de T qui est inséré dans l'utérus pour éviter une grossesse. Ce stérilet peut rester en place et fonctionner efficacement pendant plusieurs années. Il peut être retiré ou remplacé en cas de besoin.

Un DIU hormonal libère un progestatif (lévonorgestrel) qui provoque un épaissement du mucus cervical, empêche les spermatozoïdes d'atteindre ou de féconder l'ovule, fluidifie la muqueuse utérine et peut empêcher les ovaires de libérer leurs ovules. **Un DIU en cuivre** empêche les spermatozoïdes d'atteindre l'ovule et de le féconder, et peut empêcher l'œuf de se fixer dans l'utérus. Le taux d'échec d'un stérilet hormonal ou en cuivre est inférieur à 1%; cependant, un petit pourcentage de femmes peut

subir l'expulsion du dispositif et devoir le réinsérer [29]. Certaines recherches suggèrent que les DIU peuvent conserver leur efficacité jusqu'à un an au-delà de la période d'utilisation recommandée [30]. Le DIU au cuivre peut rester dans le corps pendant 10 ans ; il n'est pas recommandé pour les femmes enceintes, celles ayant des infections pelviennes, ou celles ayant eu des perforations utérines lors de précédentes insertions de DIU. Il n'est pas aussi recommandé aux femmes atteintes d'un cancer du col ou du corps de l'utérus, celles atteintes d'un saignement vaginal inexplicable ou souffrant d'une tuberculose pelvienne.

- Les implants

Les implants sont des tiges, de la taille d'une allumette, souple et en plastique qui sont insérées chirurgicalement sous la peau au niveau du bras de la femme par un prestataire qualifié [31]. La tige libère un progestatif et peut rester implantée jusqu'à 5 ans. Plusieurs types d'implants existent sur le marché : Implanon et Nexplanon (libèrent de l'étonogestrel), Jadelle (méthode à deux tiges qui libère du lévonorgestrel), Sino-implant (II) (nouvelle méthode à deux tiges libérant du lévonorgestrel).

(c) La contraception d'urgence

La contraception d'urgence peut être utilisée après un rapport sexuel non protégé ou en cas de rupture d'un préservatif.

- Pilules contraceptives d'urgence

Ce sont des pilules hormonales destinées à être utilisées en cas de rapports sexuels non protégés. Elles sont prises soit en une dose unique, soit en deux doses espacées de 12 heures. Si elles sont prises avant l'ovulation,

ces pilules peuvent retarder ou inhiber l'ovulation pendant au moins 5 jours pour permettre au sperme de devenir inactif. Elles provoquent également un épaissement du mucus cervical et peuvent interférer avec la fonction du sperme. Elles doivent être prises dès que possible après l'exposition au sperme et ne doivent pas être utilisées comme méthode de contraception régulière. Une grossesse peut survenir si les comprimés sont pris après l'ovulation ou si la femme a des relations sexuelles non protégées au cours du même cycle.

- Le Dispositif Intra Utérin (DIU) au cuivre

C'est la méthode de contraception d'urgence la plus efficace. Le matériel peut être inséré dans les 5 jours suivant un rapport sexuel non protégé. Cette méthode est efficace à près de 100% pour prévenir la grossesse et présente l'avantage supplémentaire de fournir une méthode de contraception extrêmement efficace aussi longtemps que le dispositif reste en place. Il y a très peu de contre-indications à l'utilisation du DIU au cuivre et il n'y a pas de problème de poids ou d'obésité associé à l'efficacité de la méthode.

(d) Les méthodes de barrière

Conçues pour empêcher les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus, les méthodes de barrière sont amovibles et peuvent constituer une option pour les femmes qui ne peuvent pas utiliser des méthodes contraceptives hormonales. Les taux d'échec de ces méthodes diffèrent selon la méthode [32]. Les méthodes de barrière qui ne nécessitent pas la visite d'un prestataire des soins sont :

- **Les préservatifs masculins** : gaine mince, généralement en latex ou en polyuréthane, qui recouvre le pénis pour recueillir le sperme et l'empêcher de pénétrer dans le tractus génital de la femme. Les préservatifs en latex ou en polyuréthane réduisent le risque de propagation des infections sexuellement transmissibles (IST). Les préservatifs en cuir d'agneau n'empêchent pas les IST.
- **Les préservatifs féminins** : ce sont des sachets en plastique minces et flexibles dont une partie est insérée dans la cavité vaginale avant le rapport sexuel pour empêcher le sperme de pénétrer dans l'utérus. Ce préservatif réduit aussi le risque des IST.
- **Les éponges contraceptives** : elles sont confectionnées en mousse molles, remplies de spermicide. L'éponge est insérée dans le vagin avant les rapports sexuels [33]. Elle empêche les spermatozoïdes de pénétrer dans l'utérus, et le spermicide tue les spermatozoïdes. Elle doit être laissée en place au moins 6 heures après le rapport sexuel, puis retirée dans les 30 heures suivant le rapport sexuel.
- **Les spermicides** : peuvent être utilisés seuls ou en combinaison avec un diaphragme ou une cape cervicale. L'agent spermicide le plus courant est une substance chimique appelée nonoxynol-9 (N-9), disponible en plusieurs concentrations et formes, y compris la mousse, la gelée, la crème, le suppositoire et le film. Un spermicide doit être inséré dans le vagin, près du col utérin, pas plus de 30 minutes avant le rapport sexuel et laissé en place 6 à 8 heures après le rapport sexuel pour éviter une grossesse. Les spermicides n'empêchent pas la transmission des IST et peuvent provoquer des réactions allergiques ou une vaginite [34].

En dehors de toutes ces méthodes qui ne nécessitent pas la visite d'un prestataire de soins, certaines méthodes de barrière nécessitent la visite d'un prestataire de soins. Il s'agit de:

- **Les diaphragmes** : c'est une cupule peu profonde et flexible en latex ou en caoutchouc souple qui est insérée dans le vagin avant les rapports sexuels, empêchant ainsi les spermatozoïdes d'entrer dans l'utérus. La crème ou la gelée spermicide doit être utilisée avec un diaphragme. Le diaphragme doit rester en place pendant 6 à 8 heures après le rapport sexuel pour éviter une grossesse, mais il doit être retiré dans les 24 heures. Les diaphragmes en latex traditionnels doivent avoir la taille appropriée pour fonctionner correctement, et le prestataire de soins peut déterminer le bon ajustement. Un diaphragme doit être remplacé après 1 ou 2 ans d'utilisation. Les femmes doivent également être mesurées pour un nouveau diaphragme après un accouchement, une opération du pelvis, une perte de poids supérieure à 15 kilos [35]. Les diaphragmes plus récents, tels que Caya®, sont conçus pour la plupart des femmes et ne nécessitent pas d'ajustement médical.
- **Les capes cervicales** : ressemblent aux diaphragmes mais sont plus petites et plus rigides. La cape cervicale est une fine cupule en silicone qui est insérée dans le vagin avant le rapport sexuel pour empêcher le sperme de pénétrer dans l'utérus. Comme avec le diaphragme, la cape cervicale doit être utilisée avec une crème ou une gelée spermicide. Le capuchon doit rester en place pendant 6 à 8 heures après le rapport sexuel pour éviter une grossesse, mais il doit être retiré dans les 48 heures. Les capes cervicales sont de tailles différentes et un professionnel de la santé devra déterminer l'ajustement approprié [36].

Avec des soins appropriés, une cape cervicale peut être utilisée pendant 2 ans avant d'être remplacée [37].

(e) Méthodes de stérilisation

La stérilisation est une forme permanente de contrôle des naissances qui empêche une femme de devenir enceinte ou empêche un homme de libérer les spermatozoïdes. Un prestataire de soins doit être mis à profit pour effectuer la procédure de stérilisation, qui implique généralement une intervention chirurgicale. Ces procédures ne sont généralement pas réversibles.

- **Un implant de stérilisation :** c'est une technique de stérilisation féminine à visée contraceptive. Il s'agit de la stérilisation tubaire par hystéroscopie, une méthode non chirurgicale qui ne nécessite aucune incision tout en permettant de bloquer en permanence la trompe de Fallope. Le principe repose sur la pose d'un micro-implant (de quatre centimètres de long) dans les trompes de Fallope qui provoque leur obstruction par le développement d'une réaction inflammatoire localisée produisant un tissu fibreux qui va obstruer complètement la trompe et ainsi empêcher le contact entre les spermatozoïdes et les ovules. Au bout de 3 mois, des tests sont effectués pour s'assurer que le tissu cicatriciel a complètement bloqué les trompes de Fallope. Une méthode de contraception de secours est utilisée jusqu'à ce que les tests montrent que les tubes sont complètement bloqués. Certaines études mettent en cause l'efficacité et la sécurité de cette méthode suite à des notifications d'effets indésirables sur le plan gynéco-obstétrical ou même des échecs/complications de la méthode. Ces effets sont : les douleurs, allergies ou réactions d'hypersensibilité, troubles intestinaux, troubles

neurosensoriels, anxiété, dépression, pathologies auto-immunes, troubles thyroïdiens, des problèmes oto-rhino-laryngologiques. Suite à cela, la méthode est actuellement en cours d'abandon.

- **La ligature des trompes** : intervention chirurgicale au cours de laquelle un chirurgien, attache ou scelle les trompes de Fallope. Cette procédure bloque le chemin entre les ovaires et l'utérus. Le sperme ne peut pas atteindre l'ovule pour le féconder, et l'ovule ne peut pas atteindre l'utérus [38].
- **La vasectomie** : intervention chirurgicale qui coupe, ferme ou bloque le canal déférent. Cette procédure bloque le passage entre les testicules et l'urètre [39]. Le sperme ne peut pas quitter les testicules pour atteindre l'ovule. Cela peut prendre jusqu'à trois mois pour que la procédure soit pleinement efficace. Une méthode de contraception de secours est utilisée jusqu'à ce que les tests confirment qu'il n'y a pas de spermatozoïdes dans le sperme.

(f) Méthodes naturelles de planification familiale

Les méthodes naturelles sont basées sur les modifications et les symptômes physiologiques naturels du corps pour identifier les phases fertiles et stériles du cycle menstruel d'une femme. Ces méthodes sont préférées par les femmes qui ne souhaitent pas utiliser de méthodes contraceptives artificielles pour des raisons religieuses ou qui, en raison de rumeurs et de mythes, craignent d'autres méthodes. Malheureusement, ces méthodes ne permettent pas d'éviter une grossesse non désirée. Il faut du temps pour les pratiquer et les utiliser correctement, ce qui s'ajoute à leur manque de fiabilité. De plus, ces méthodes ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le virus de

l'immunodéficience humaine (VIH). Leur efficacité peut varier d'un couple à l'autre ; elles sont moins efficaces pour les couples qui ne les observent pas avec soin. Il existe trois grandes catégories de méthodes de planification familiale naturelle :

- **Méthodes de l'abstinence périodique** : ces méthodes peuvent être classifiées en 3 groupes, à savoir : la méthode de rythme (calendrier), la méthode de la température basale du corps et la méthode du mucus cervical (ovulation).
- **Méthode d'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)**
- **Méthode du coït interrompu ou retrait** est une méthode traditionnelle de planification familiale dans laquelle l'homme retire son pénis du vagin de sa partenaire et éjacule à l'extérieur en gardant le sperme éloigné de ses organes génitaux.

L'efficacité de la plupart des méthodes naturelles de planification familiale est assez élevée, variant de 90 à 98% si la méthode est maîtrisée et bien appliquée par le couple. Toutefois, la méthode du coït interrompu reste la moins efficace, à 73%. Le succès de l'utilisation des méthodes naturelles de planification familiale dépend donc largement du niveau d'éducation, des connaissances et pratiques des utilisateurs [40].

2.6.3. Contraception chez les adolescents : niveau d'efficacité et effets secondaires des méthodes

La santé sexuelle et reproductive représente un aspect important des soins de santé complets chez les adolescents. Plusieurs études indiquent que telles qu'on les utilise habituellement, les méthodes contraceptives

réversibles à longue durée d'action sont beaucoup plus efficaces chez les adolescents que les contraceptifs hormonaux [41]. Les résultats de ces observations sont décrits dans le tableau 2.1 qui présente le taux d'échec des méthodes contraceptives individuelles chez les adolescents, lorsque ces méthodes sont utilisées dans des conditions dites « parfaites » (le milieu de recherche) par rapport à des milieux plus « habituels » (la pratique clinique).

Tableau 2.1 : Taux d'échec des contraceptifs chez les adolescents

Méthodes contraceptive	Pourcentage des grossesses non planifiées dans la première année d'utilisation	
	Utilisation habituelle *	Utilisation parfaite †
Absence de méthode	94	94
Retrait	22	4
Préservatif (sans spermicide)		
Féminin	21	5
Masculin	18	2
Diaphragme (et spermicide)	12	6
Contraceptif oral combiné (COC)	9	0,3
Timbre transdermique	9	0,3
Anneau intra vaginal	9	0,3
Pilule de progestatif seul (PPS)	9	0,3
Contraceptif injectable	6	0,2
Contraceptif intra-utérin		
DIU au cuivre	0,8	0,6
SIU à libération de lévonorgestrel	0,2	0,2
Implant sous-cutané	0,05	0,05

*Chez les couples types qui commencent à utiliser une méthode (pas nécessairement pour la première fois), pourcentage qui vivent une grossesse non planifiée pendant la première année s'ils n'arrêtent pas de l'utiliser pour toute autre raison.

†Chez les couples qui commencent à utiliser une méthode (pas nécessairement pour la première fois) et qui l'utilisent parfaitement (de manière à la fois constante et correcte), pourcentage qui vivent une grossesse non planifiée pendant la première année s'ils n'arrêtent pas de l'utiliser pour toute autre raison.

SIU: système intra-utérin; DIU: dispositif intra-utérin

Source : société Canadienne de pédiatrie, 2018

Ces résultats font ressortir un principe clair selon lequel plus la méthode contraceptive dépend de l'utilisateur, plus elle risque d'échouer. De ce point de vu, les méthodes contraceptives sont subdivisées en trois catégories, d'après les taux d'échec croissants liés à une «utilisation habituelle» :

(a) les contraceptifs réversibles à longue durée d'action (DIU au cuivre, système intra-utérin hormonal, implants) agissent de manière continue pendant plusieurs années sans l'intervention des clientes. Ils sont associés au plus faible taux d'échec et représentent les contraceptifs de premier choix pour les adolescentes ;

(b) les contraceptifs hormonaux quotidiens (COC, POP), hebdomadaire (timbre transdermique), mensuelle (anneau vaginal) ou trimestrielle (DMPA) font partie de la deuxième catégorie et dépendent d'une utilisation quotidienne ininterrompue ;

(c) les contraceptifs de la troisième catégorie sont utilisés au moment des relations sexuelles et reposent sur la motivation individuelle au cours de l'action ; ils dépendent de l'habileté technique et du moment de leur utilisation. Il s'agit du préservatif masculin, du préservatif féminin, du diaphragme, de la cape, de l'éponge, du spermicide, du retrait (coït interrompu) et de la sensibilisation à la fécondité.

Cependant, l'utilisation de certains contraceptifs hormonaux expose les adolescentes à l'apparition des effets secondaires :

- En raison du risque accru d'accident vasculaire cérébral (AVC), la migraine avec *aura* est une contre-indication absolue des contraceptifs à base d'œstrogènes (COC, timbre transdermique ou anneau vaginal). Cependant, les bienfaits de la contraception hormonale sont généralement supérieurs aux risques qui s'y associent chez les

adolescentes présentant des migraines sans aura ou d'autres phénomènes neurologiques.

- Il est décrit que 50% de la masse osseuse à l'âge adulte est formée pendant l'adolescence [42]. Le recours à une méthode contraceptive qui peut réduire la minéralisation osseuse chez les femmes de moins de 25 ans peut compromettre leur santé osseuse à long terme. Le DMPA a fait l'objet d'études particulières, car l'état hypooestrogénique qu'il induit est lié à une diminution de la minéralisation osseuse [43] pour laquelle il est nécessaire de prendre des précautions chez les adolescents [44].
- Les contraceptifs à base d'œstrogènes accroissent le risque de thrombose. Cependant, malgré le risque plus élevé de thromboembolie veineuse (TEV) et d'accident vasculaire cérébral (AVC) associé aux COC, au départ le risque de ces événements est faible chez les adolescents de 15 à 19 ans. En effet, la thrombose veineuse est observée dans 4 à 11 cas pour 100 000 adolescents par an [45]; tandis que l'AVC interviendrait dans 3 à 6 cas pour 100 000 adolescents par année [46].
- Les contraceptifs hormonaux sont aussi incriminés dans la prise excessive de poids chez adolescentes. Cependant, si peu de données probantes indiquent une association constante entre l'utilisation de contraceptifs oraux ou transdermiques et la prise de poids [47], des nombreuses études par contre ont montré une association entre la consommation du DMPA et la prise de poids [48]. Il est aussi démontré qu'en présence d'un excès de poids corporel, certains contraceptifs tels que le timbre transdermique risquent de perdre leur efficacité.

2.7. Approches utilisées dans l'offre des services et méthodes de planification familiale

2.7.1. Distribution à base communautaire des contraceptifs

L'approche de distribution communautaire des contraceptifs est mise en place en vue de lever certains goulots d'étranglement à l'accès aux services et méthodes de contraception. Les agents de santé communautaires ou les distributeurs à base communautaire des contraceptifs (DBC) permettent de contourner les barrières géographiques à l'accès aux contraceptifs causées par les pénuries de professionnels de santé ou leur mauvaise répartition dans certains pays en développement [49]. Dans les pays en développement, se pose le problème de mauvaise répartition des ressources humaines qualifiées dont la majorité reste concentré dans les zones urbaines les plus riches [50]; les agents de santé communautaires apparaissent comme une des stratégies les plus efficaces pour faire face aux pénuries de ces ressources humaines, tout en améliorant l'accès et la qualité des soins de santé primaire [51].

Les agents de santé communautaires peuvent réduire les barrières financières à l'accès aux contraceptifs [52]. Les contraintes financières à l'accès aux soins existent même en cas de gratuité des soins décrétee. Ils peuvent aussi réduire les barrières sociales à l'utilisation de la planification familiale, notamment en rendant le service de PF disponible pour les femmes jeunes, célibataires, pauvres, moins instruites et habitant les zones rurales surtout de l'Afrique subsaharienne [49,53]. Les DBC peuvent atteindre les femmes dont la mobilité est limitée par des normes sociales. La distribution à base communautaire des contraceptifs a un impact réel sur l'amélioration de la prévalence contraceptive mais

l'amplitude de l'effet varie selon le contexte et la conception du programme. Les programmes d'agents de santé communautaires réduisent les besoins non satisfaits dans les pays où la population rurale est importante. Certains pays, comme le Bangladesh ou l'Indonésie, disposent de programmes de santé communautaire solides et les agents fournissent une grande partie des méthodes modernes aux membres de leur communauté. Une étude a rapporté que 23 % des utilisateurs de contraceptifs modernes au Bangladesh et 19 % en Indonésie ont cité les agents de santé communautaires comme leur dernière source de moyens de contraception. Dans ces deux pays, les besoins non satisfaits en contraceptifs dans les zones rurales ont sensiblement baissé [54]. Les DBC peuvent donc fournir de façon efficace et sans risque un large éventail de méthodes de contraception tels que les préservatifs, les pilules, les contraceptifs injectables [55-57] et certaines méthodes naturelles telles que la méthode des jours fixes [58], la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) en fournissant des conseils adéquats sur son utilisation et la contraception après l'accouchement [59]. En Éthiopie et au Nigéria, les agents de santé communautaire jouent un rôle majeur dans l'amélioration de l'accès aux implants au sein des communautés [60]. Les agents de santé communautaires encouragent l'utilisation de méthodes contraceptives par le biais de conseils et de référence vers les services compétents. La réussite de l'approche de distribution communautaire des contraceptifs est conditionnée par quelques préalables [49], à savoir :

- a) L'intégration des agents de santé communautaires dans le système local de santé, en définissant clairement les mécanismes de référence et de supervision auxquels ils devront être soumis ;

- b) L'utilisation de la technologie mobile pouvant fournir un lien à moindres coût entre l'agent de santé communautaire et le système de santé et ainsi faciliter l'intégration des systèmes d'informations et de gestion existant ;
- c) La formation des agents de santé communautaires basée sur un programme de formation complet qui inclut une formation incrémentielle, pratique et basée sur les compétences, ainsi que des mécanismes de renforcement des compétences ;
- d) La diversification des méthodes fournies par les agents de santé communautaires. Former et impliquer les agents de santé communautaire (ASC) dans les initiatives de communication pour un changement social et de comportement ;
- e) Le soutien aux agents de santé communautaires en utilisation plusieurs mécanismes de motivation pour conserver les agents de santé communautaires : assurer une reconnaissance visuelle de leurs contributions ; faire participer les communautés à la planification, la surveillance et le soutien des agents de santé communautaires ; recrutement des agents de santé communautaires dans les communautés bénéficiaires etc.

2.7.2. Offre des contraceptifs à travers les formations sanitaires

Toutes les formations sanitaires (FOSA), à savoir les centres de santé (CS), les centres de santé de référence (CSR), les postes de santé (PS), les hôpitaux et les cliniques privées devraient offrir le counseling et la prescription des méthodes contraceptives aux demandeurs. Un des goulots d'étranglement à l'accès aux services de PF dans les FOSA est la faible disponibilité des méthodes contraceptives [61,62]. Selon le plan

stratégique à vision multi sectorielle 2014-20 de la République Démocratique du Congo (RDC) en matière de planification familiale, on considère comme offrant la PF, toute formation sanitaire disposant d'au moins 3 méthodes contraceptives différentes au même moment, parmi lesquelles une ou plusieurs méthodes réversibles à longue durée d'action. Ce critère fait partie des critères de « qualité » de l'offre de ce service [63]. L'offre de la PF fait partie du paquet basique d'activités pour toutes les FOSA. Le service de PF devrait être organisé surtout au niveau des centres de santé qui sont les structures sanitaires les plus accessibles géographiquement et financièrement à la population [64,65]. Au sein des FOSA, des opportunités sont offertes aux prestataires de discuter de la PF avec les clients, notamment à travers la consultation curative, la consultation prénatale (CPN), l'accouchement, les soins post-nataux (CPoN), la consultation préscolaire (CPS). Malheureusement, ces opportunités sont souvent peu exploitées. Cependant, une étude organisée en RDC indique que ce sont plutôt les officines pharmaceutiques privées qui constituent la principale source des contraceptifs [66]. Une expansion substantielle des services de PF aux CS est nécessaire mais pas suffisante. Selon l'initiative mondiale visant à « élargir le choix des contraceptifs pour les adolescents et les jeunes, en incluant une contraception à long terme et réversible », trois actions interdépendantes peuvent améliorer l'accès aux contraceptifs par les adolescents sexuellement actifs: (a) le plaidoyer en vue de la révision des politiques et des lignes directrices en matière de PF; (b) l'amélioration de la qualité et l'accessibilité aux services de PF ; et (c) l'environnement propice : normes sociales et informations complètes sur la santé de la reproduction [67]. Au sein des FOSA, les sages-femmes sont formées pour fournir les méthodes de contraception

localement disponibles et culturellement acceptables ; elles peuvent aussi s'appuyer sur les agents de santé communautaires qualifiés dans la prescription de certaines méthodes de contraception et dans la fourniture de conseil. Pour les méthodes permanentes telles que la stérilisation, les femmes et les hommes doivent être adressés à un clinicien [22]. Selon les résultats d'une étude organisée à l'Est de la RDC, parmi les barrières à l'utilisation des services de planification familiale, on peut citer le faible niveau des connaissances, la peur des effets secondaires des contraceptifs, les considérations religieuses, l'opposition du mari et la faible promotion des méthodes contraceptives [68].

2.8. Services de santé adaptés aux adolescents (SSAA)

2.8.1. Vision internationale sur les services de santé adaptés aux adolescents

L'offre des services de santé adaptés aux adolescents est nécessaire en vue d'améliorer la santé des adolescents. Il est essentiel de mettre l'accent sur les adolescents pour le succès de nombreux programmes de santé publique et l'atteinte des objectifs de santé mondiaux. Les stratégies qui mettent l'accent sur les années d'adolescence - plutôt que de se concentrer uniquement sur des agendas de santé spécifiques - offrent d'importantes opportunités pour améliorer la santé à l'adolescence et plus tard dans la vie [1]. Répondre aux besoins des adolescents est un défi qui va bien au-delà du rôle des seuls services de santé. Le cadre légal, la politique sociale, la sécurité des communautés et les opportunités d'éducation et de récréation ne sont quelques-uns des facteurs de la société qui constituent les clefs du développement des adolescents. Dans le cadre d'une approche intégrée, les services de santé jouent tout de même un rôle important pour aider les

adolescents à rester sains et à achever leur parcours jusqu'à l'âge adulte (prévention des maladies, traitement de ceux qui sont perturbés, atteindre ceux qui sont exposés au risque). Les services de santé doivent faire le lien avec les autres services clefs pour les adolescents, de façon à faire partie d'une structure de prise en charge qui protège les jeunes contre les dangers et les aide à bâtir leurs connaissances, leurs compétences et leur confiance. Cependant, dans de nombreux pays, tel n'est pas le cas ; les services de santé considèrent souvent les adolescents comme un groupe sain qui n'a pas besoin de mesures prioritaires et fournissent de ce fait un sous-ensemble minimal de services pour adultes ou de services pédiatriques non conformes à leurs besoins spécifiques. Nombreux adolescents considèrent ces services de santé comme inappropriés à leurs besoins.

L'une des cibles spécifiques de l'objectif de développement durable relatif à la santé (ODD 3) consiste, d'ici à 2030, à assurer l'accès de tous à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et à veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. Pour y contribuer, un des indicateurs proposés par la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent* est le taux de natalité chez les adolescentes. Un meilleur accès à l'information sur la contraception et les services adaptés pourrait faire baisser le nombre d'adolescentes qui deviennent précocement enceintes. Les lois instaurant l'âge nubile à 18 ans minimum peuvent améliorer cette situation pour autant qu'elles soient appliquées. Les adolescentes enceintes doivent avoir accès à des soins prénatals de qualité [69].

Selon une théorie de changement, pour améliorer l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents, il faut lever les obstacles à l'accès à ces services. Ces obstacles sont notamment l'attitude des prestataires de soins et les normes sociales défavorables, la faible confidentialité, le choix limité des contraceptifs, les coûts excessifs des services et les connaissances limitées concernant la planification familiale. L'incorporation des services conviviaux aux adolescents dans les services existants de planification familiale est considérée comme une pratique à haut impact [70].

Etant donné les multiples obstacles à l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive de qualité, certains pays ont mis en place un système global de surveillance des adolescents. C'est le cas des Etats Unis où un système de surveillance du comportement à risque des jeunes est mis en place. Celui-ci surveille six catégories prioritaires de comportements à risque pour la santé des jeunes et des jeunes adultes: a) les comportements qui contribuent aux blessures non intentionnelles et à la violence; b) l'usage du tabac; c) consommation d'alcool et d'autres drogues; d) les comportements sexuels qui contribuent aux grossesses non désirées et aux maladies sexuellement transmissibles (MST) y compris l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH); e) comportements alimentaires malsains; et f) l'inactivité physique [11].

2.8.2. Caractéristiques des services de santé adaptés aux adolescents selon le ministère de la santé de la RDC

En RDC, les services de santé sont considérés comme étant adaptés aux adolescents et jeunes lorsqu'ils sont accessibles, acceptables, adaptés,

complets, efficaces et performants. Ces types de services de santé nécessitent :

- 1. Des mesures adaptées aux adolescents et jeunes** qui respectent les droits des adolescents ; tiennent compte des besoins spécifiques des différents groupes de population ; ne limitent pas la prestation des services de santé en raison du genre, handicap, l'origine ethnique, religion ou l'âge ; respectent l'anonymat, la confidentialité et encouragent les adolescents à accepter leur propre traitement ; garantissent la gratuité ou l'offre de service au prix abordable pour les adolescents.
- 2. Des procédures adaptées aux adolescents et jeunes** visant à : garantir la simplicité et la confidentialité des services ; limiter la durée de l'attente et accélérer le processus d'orientation des patients vers un autre établissement ; obtenir une consultation avec ou sans rendez-vous.
- 3. Prestataires de soins de santé spécialisés** qui soient techniquement compétents en SSAAJ et offrent les soins promotionnels, préventifs, curatifs et réhabilitation ; possèdent des qualités d'échange et de communication ; sont motivés et soutenus ; ne portent pas de jugement, sont attentifs, fiables et dignes de confiance et accordent suffisamment de temps aux adolescents et jeunes ; agissent dans l'intérêt des adolescents et jeunes; traitent tous les clients avec autant de soin et de respect.
- 4. Un personnel d'appui formé qui soit** compréhensif et prévenant et qui traite chaque adolescent avec autant de soin et de respect ;
- 5. Des structures médicales adaptées aux adolescents** qui offrent un environnement sécurisant dans un lieu accessible ainsi qu'une ambiance agréable ; proposent des horaires d'ouverture pratiques; garantissent le

respect de l'anonymat et évitent la stigmatisation; fournissent des informations et des documents pédagogiques [71].

2.9. Réglementation des services de planification familiale

La réglementation des services de planification familiale se fait dans le contexte général de la réglementation du système de santé dans son ensemble.

Selon l'OMS, le système de santé est composé de toutes les organisations, personnes et activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. Sa mission est d'améliorer la santé et l'équité en matière de santé en répondant aux besoins, en étant équitable sur le plan financier et en utilisant au mieux les ressources disponibles [72]. Les systèmes de santé ont en commun quelques caractéristiques suivantes : ils sont auto-organisés, en constante évolution, constitués d'éléments étroitement liés, régis par des rétroactions, non linéaires, dépendants des facteurs temporels, paradoxaux et réfractaires au changement [73]. La figure 2.3 décrit les principaux éléments d'un système de santé.

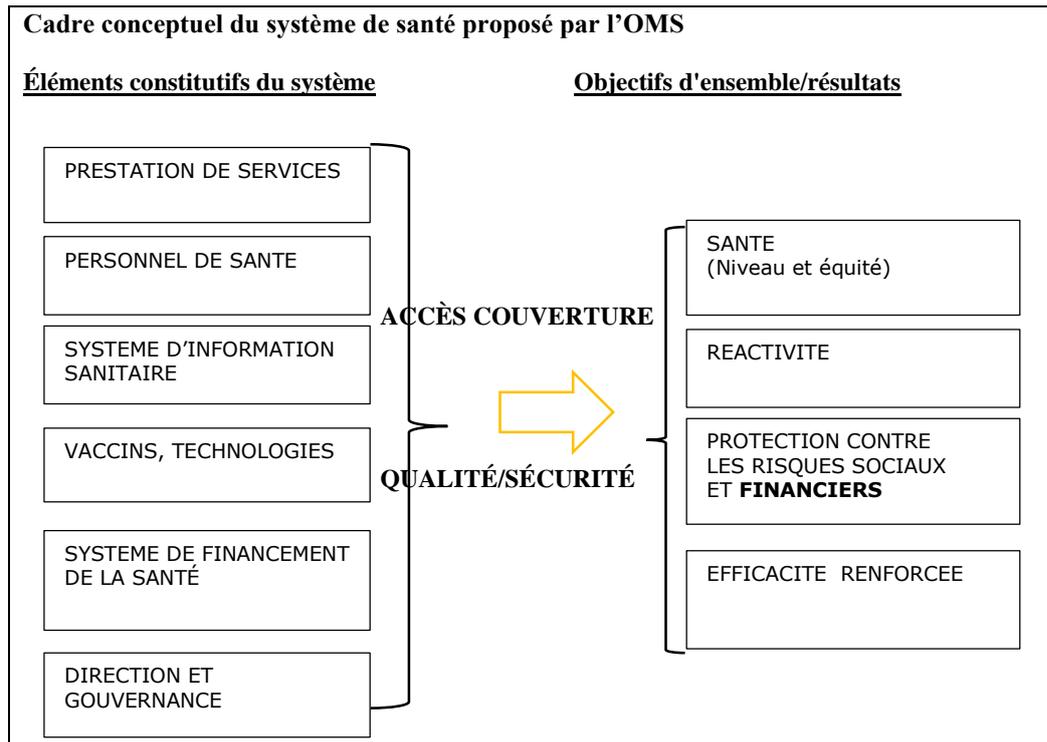


Figure 2.3 : Éléments constitutifs du système de santé : Objectifs et caractéristiques

Source : Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé, 2010

Il est recommandé d'appliquer l'approche systémique pour toute résolution des problèmes enregistrés dans le système de santé [72]. En s'appuyant sur la figure 2.3, l'organisation du système de santé autour de la PF peut-être schématiquement présentée comme suit :

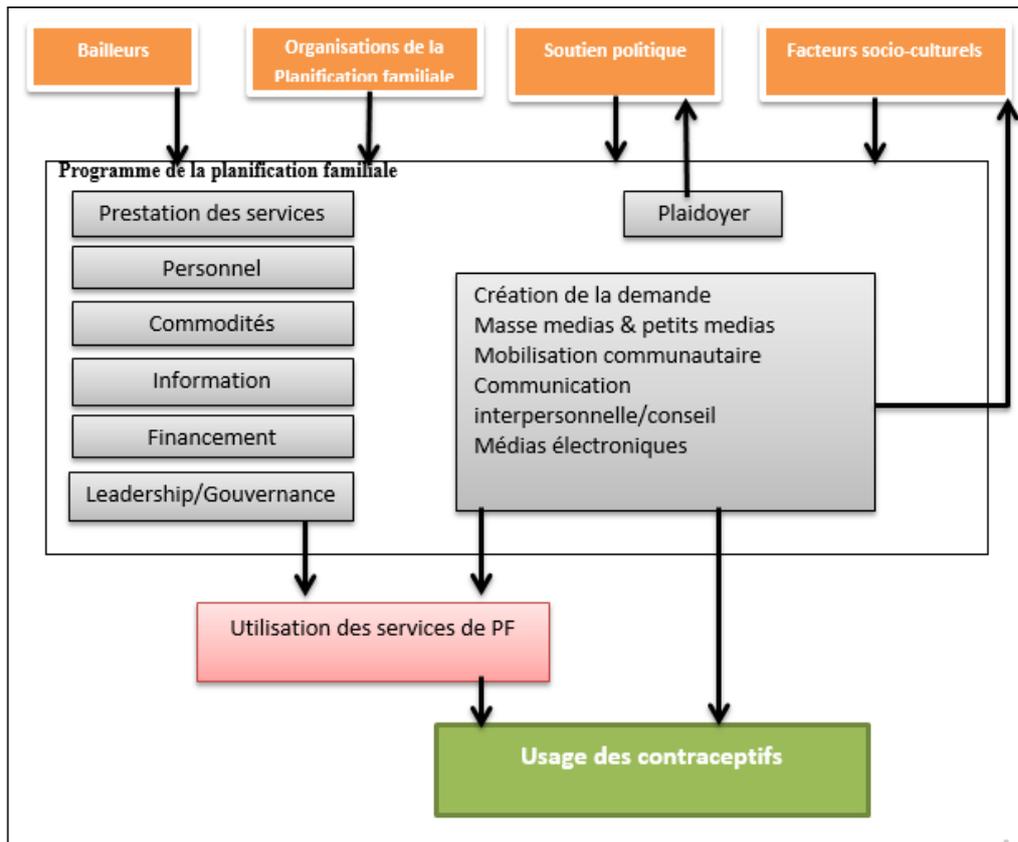


Figure 2.4 : Organisation du système de santé autour de la planification familiale

Source : Planification familiale en RDC. Disponible sur www.planificationfamiliale-rdc.net

La réglementation désigne un ensemble des moyens et des techniques qui permettent de maintenir en équilibre, ou à un niveau souhaité, un système complexe, comme le système de santé, afin d'en assurer un fonctionnement correct. Elle fait référence aux actions collectives de l'Etat, des associations professionnelles et d'autres associations qui s'appliquent à organiser ou à fluidifier le fonctionnement de la filière d'un secteur d'activité [74]. La réglementation du système de santé est un ensemble des mécanismes qui visent à contrôler la distribution, le prix et

la qualité des produits et services de santé sur un marché. Il s'agit de la capacité à produire des règles, qui recouvrent aussi bien le domaine de la règle juridique à différents niveaux (loi, règlement) que de la règle morale ; aussi bien de la norme formelle que de la norme informelle. On distingue trois grands types de régulation : les régulations autonomes produites par les collectifs de base ; les régulations de contrôle émises par les supérieurs hiérarchiques et/ou les responsables politiques, les tenants du pouvoir, et les régulations conjointes qui sont des systèmes institutionnalisés, coopératifs, de combinaison des deux premiers types de régulation [75]. Parmi les acteurs source de la régulation, on note l'Etat, le marché, les professions établies, les syndicats, les usagers, l'opinion publique, les experts. Les instruments utilisés pour produire, légitimer, imposer les règles peuvent être des outils symboliques (intellectuels) ou des outils matériels normatifs (visant directement l'orientation des pratiques) ou systémiques (favorisant l'émergence de certaines normes des conduites) [76].

La gouvernance en santé quant à elle est un concept complexe qui se rapporte à l'ensemble de règles formelles et informelles qui régissent le comportement et attribuent les rôles et les responsabilités aux acteurs du système de santé. Le *stewardship* quant à lui consiste à diriger et à superviser les organisations et les acteurs du système de santé ou d'une organisation sanitaire pour les orienter vers la réalisation des objectifs poursuivis. Cela implique de définir une direction stratégique, d'assurer une bonne réglementation et des outils appropriés, ainsi que de surveiller la responsabilité et la transparence [77]. Parmi les instruments de régulation des services de planification familiale, on peut noter :

a) Les documents normatifs

Le pouvoir normatif est principalement composé du pouvoir législatif (parlement) et du pouvoir réglementaire constitué des autorités exécutives telles que le gouvernement, les municipalités. Parmi les documents normatifs on peut citer les ordonnances, ordonnances-lois, les décrets, les lois, les normes, les directives, les arrêtés et les circulaires. **Les lois** qui peuvent réglementer le fonctionnement du système de santé dans son ensemble ou se focaliser sur un sous-système (le sous-système des ressources humaines, des médicaments et autres intrants spécifiques, du financement de la santé, des prestations des soins, d'information sanitaire et de gouvernance). **Les normes** sont une spécification technique approuvée par un organe/structure reconnu de normalisation. **Les directives** sont des actes, écrits ou oraux, qui permettent à une autorité quelconque de donner à ses subordonnés une indication générale ou de fixer une ligne de conduite [78]. **Un arrêté** est un acte administratif, à portée générale ou individuelle, émanant d'une autorité ministérielle (arrêté ministériel ou interministériel) ou d'une autre autorité administrative (gouverneur de province, municipalité). Signé par un membre du pouvoir exécutif dans le cadre de ses compétences légales, l'arrêté est une décision écrite exécutoire, prise en application d'une loi, d'un décret ou une ordonnance afin d'en fixer les détails d'exécution.

Une circulaire administrative est un document écrit adressé par une autorité administrative (ministre ou chef de service) à ses subordonnés afin de les informer de l'interprétation à adopter d'une législation ou d'une réglementation particulière (décret, arrêté) et de la manière de

l'appliquer concrètement. Une circulaire ne constitue pas, en principe, une décision. C'est une recommandation qui n'a pas de caractère impératif.

b) Structures et institutions normatives

Il s'agit des structures ou institutions jouant un rôle clé dans la mise au point des textes normatifs et/ou dans le suivi de leur utilisation. Ces institutions peuvent être nationales (parlement, gouvernement et administration centrale, les structures de pilotage et de coordination du secteur santé), provinciales (gouvernement et assemblée provinciale, administration provinciale, structure de pilotage du secteur santé en province) ou périphériques (Equipe cadre de la Zone de santé, structure, conseil d'administration, comité de gestion de la Zone de santé).

2.10. Obstacles et leviers à l'utilisation des services et méthodes contraceptives par les adolescents

Le recours à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescent(e)s est influencé par les facteurs individuels, environnementaux, systémiques et contextuels qui entourent les adolescents [79]. Ces facteurs peuvent être classés en deux catégories antagonistes : les facilitateurs et les obstacles.

2.10.1. Obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescent(e)s

Les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents peuvent se trouver aussi bien du côté de la demande que du côté de l'offre. Concernant la demande de la PF, les individus, les familles et les communautés jouent chacun un rôle clé dans la génération de celle-ci. L'offre des services de PF est façonnée par l'orientation politique, l'économie, les politiques sanitaires mises en place, ainsi que par l'accès et la qualité des services. Les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents sont nombreux et peuvent être classés en :

a) Barrières comportementales au niveau individuel

La plupart des adolescentes, comme du reste la majorité des femmes en âge de procréer dans certaines régions du monde, suite aux valeurs socioculturelles intériorisées qu'elles véhiculent souhaitent devenir précocement enceintes.

b) Obstacles émotionnels et interpersonnels

Ces obstacles à l'utilisation des services et méthodes de PF découlent des attitudes et des désirs des partenaires sexuels et des autres membres de la famille concernant la fertilité des filles. Il est souvent souligné l'existence d'un dilemme chez certains parents lorsqu'il s'agit d'encourager les adolescents à faire recours à la contraception en cas de nécessité. Dans certaines cultures, parler de la sexualité en famille avec les adolescents est

considéré comme un tabou, un environnement discriminatoire à l'égard des femmes [80].

c) Normes et pratiques socioculturelles et religieuses défavorables

Ces facteurs ont un impact sur l'utilisation de la contraception dans la mesure où ils attribuent une valeur sociale aux filles par rapport aux garçons. Les contraceptifs, y compris les préservatifs, sont faussement découragés aux adolescents en raison des inquiétudes concernant leur caractère inapproprié chez les adolescentes et des idées fausses sur les effets secondaires. Ainsi, les obstacles à l'accès sont signalés. Des nombreux parents retardent les discussions sur la SSR avec les adolescents jusqu'à leurs débuts sexuels en raison de préoccupations concernant l'encouragement de l'activité sexuelle [81]. Dans la même logique, une étude a rapporté que parents et enseignants n'acceptent pas l'idée de distribuer, à partir des écoles, les préservatifs et d'autres méthodes contraceptives aux adolescents qui en désirent [82]. Les normes socioculturelles consistant en particulier à donner au mari le rôle du principal décideur et le désir de fonder une grande famille comptent parmi les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives dans certaines régions [83].

d) Barrières cognitives et communicationnelles

A la suite au manque de connaissances sur la santé sexuelle et reproductive et la contraception, les barrières cognitives poussent les adolescents et leur entourage à l'adoption des attitudes et pratiques défavorables à la PF. Dans une étude, les participants ont reconnu l'importance de l'achèvement des études féminines et la norme selon

laquelle la grossesse marque généralement la fin de l'éducation d'une fille [81]. Pour ces raisons, l'utilisation des méthodes contraceptives en cas de besoin est plus que nécessaire. Une étude a rapporté que les parents et les enseignants estiment qu'il est difficile pour eux de fournir aux adolescents des informations complètes sur la SSR [82]. La mauvaise communication entre époux, la crainte des effets indésirables et le manque de connaissances sur la PF sont aussi observées chez les femmes adultes en âge de procréer [83].

e) Barrières géographiques

Les barrières géographiques à l'accès aux services de santé en général, ceux de planification familiale en particulier sont fréquentes dans certaines régions du monde. Elles sont particulièrement importantes pour les adolescents vivant en milieux ruraux et ceux dont la mobilité est réduite. Pour parer aux barrières géographiques, plusieurs approches innovantes pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives sont mises en place, parmi lesquelles la distribution communautaire des contraceptifs. Cependant, ces approches présentent plusieurs limitations.

f) Barrières liées au coût de la contraception

Le coût de la contraception peut constituer un obstacle économique pour certains adolescents, particulièrement ceux des ménages de faible niveau socio-économique. Certains pays ont mis en place des stratégies pour rendre accessibles les soins en matière de PF ; cependant, la plupart n'ont pas encore réussi à rendre totalement gratuit l'accès aux services et méthodes contraceptives en faveur des adolescents.

g) Barrières administratives

Les barrières administratives peuvent aussi limiter l'accès des adolescents non mariés aux services contraceptifs

h) Stigmatisation des adolescents

La stigmatisation des adolescents pour leur sexualité et les obstacles liés à la qualité des soins, en particulier les attitudes peu favorables des prestataires de soins constituent des obstacles importants.

2.10.2. Leviers à l'utilisation des services et méthodes contraceptives par les adolescents

Six dimensions clés de l'autonomisation des adolescents devraient être abordées au sein des systèmes de santé lorsqu'on veut faciliter l'utilisation des services de PF par les adolescents.

a) Dimension socioculturelle

Il s'agit de permettre aux filles de prendre leurs propres décisions en matière de reproduction, ce qui nécessite de procéder à des changements socioculturels fondamentaux. Les stéréotypes sexistes qui animent le mariage des enfants, la dot et la violence domestique devraient être éliminés. Cependant, les résultats des actions sur la dimension socioculturelle de la PF sont longs à venir. Il faut souligner la valeur économique et sociale de l'investissement dans l'autonomisation des filles, notamment en faisant retarder la première naissance des filles et en les maintenant à l'école. Organiser les activités de communication visant à changer les attitudes et les comportements des communautés sont essentielles. Le soutien des dirigeants communautaires aux services

d'information et d'éducation des adolescents en SSR favorise la légitimité de la prestation de SSR pour les jeunes [80].

b) Dimension éducative

Pour que les filles et les femmes soient perçues comme des acteurs au-delà de leurs capacités de reproduction, elles ont besoin d'une éducation au niveau secondaire et d'un accès aux opportunités économiques. Devant les difficultés qu'ont les parents et les enseignants pour apporter aux adolescents une information complète en SSR, une étude a suggéré que l'information et les services de SSR soient fournis aux adolescents à partir des écoles par les agents de santé et des psychologues [82]. Une autre étude suggère l'utilisation des agents de santé communautaires (ASC) pour offrir des services de SSR aux adolescents. Ils ont la facilité de travailler avec plusieurs acteurs communautaires (enseignants, chefs politiques, traditionnels et religieux) et de dispenser une éducation et des services de SSR dans les FOSA, les écoles, les domiciles et les espaces communautaires ; ainsi, la sensibilité du sujet étant réduite, l'acceptabilité de la PF peut s'améliorer [80].

c) Relations interpersonnelles

Les filles doivent avoir une voix dans leurs relations interpersonnelles, avec un espace pour se faire entendre dans leurs familles et la communauté. Le soutien des décideurs communautaires aux actions d'autonomisation des adolescentes organisées par les agents de santé communautaires (ASC) peut légitimer la prestation de SSR pour les adolescents. Les facteurs limitant l'acceptabilité des ASC incluent le tabou de discuter des problèmes de sexualité, un environnement discriminatoire

à l'égard des femmes et les difficultés à effectuer des visites à domicile [80].

Une étude indique que l'approbation de la SSR des adolescents par les parents et d'autres gardiens de la communauté a un impact positif sur la prise en charge en SSR et les résultats biologiques qui en découlent [84].

d) Dimension juridique

La vulgarisation des droits des filles qui doivent bénéficier d'une protection juridique complète ; la promulgation et la mise en œuvre de lois et de politiques exigeant la fourniture d'une éducation sexuelle et de services de contraception aux adolescents sont susceptibles de contribuer à l'amélioration de la santé des adolescentes [85]. La mise en place de "l'approche d'autonomisation" qui vise à donner aux jeunes - en particulier aux filles et aux autres jeunes marginalisés - le droit de se considérer eux-mêmes et les autres comme des membres égaux dans leurs relations, capables de protéger leur propre santé et capables de s'engager en tant que participants actifs dans la société contribue à stimuler la demande des services de SSR [86].

d) Les pratiques

Les filles doivent être dotées de connaissances pratiques - en commençant par une éducation sexuelle en milieu scolaire adaptée à l'âge à la fin de l'école primaire - et en incluant un accès complet aux informations sur la PF et une contraception abordable dans la communauté. L'éducation sexuelle devrait être dispensée aux adolescents aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements scolaires [85].

e) Services de santé de reproduction conviviaux aux besoins des adolescents

L'organisation des services de santé sexuelle et reproductive adaptés aux besoins des adolescents et intégrés dans les autres services de santé est reconnue actuellement comme une des approches pour améliorer la demande des services de PF [85]. Une étude montre que les approches qui combinent la formation des agents de santé, l'adaptation des installations sanitaires aux standards des adolescents et une large diffusion de l'information via la communauté, les écoles et les médias étaient plus propices d'être fréquenté par les adolescents [84].

Références bibliographiques

1. Susan M Sawyer, Rima A Afifi, Linda H Bearinger, Sarah-Jayne Blakemore, Bruce Dick, Alex C Ezeh, George C Patton. Adolescence: a foundation for future health. *Lancet* 2012; 379: 1630–40. DOI:10.1016/S0140-6736(12)60072-5.
2. Save the children, UNFPA. Boîte à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents en situations de crise humanitaire. Document accompagnant le Manuel de terrain inter organisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire. 2009
3. OMS. Services de santé adaptés aux adolescents. Un programme pour le changement. Organisation mondiale de la Santé Octobre 2002
4. Unicef. Situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence l'âge de tous les possibles. Disponible sur https://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_FR_02092011.pdf. Consulté le 12 août 2019
5. UNFPA, PRB, Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne : Possibilités et Enjeux. 2012.
6. World Health Organization. Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. WHO Guidelines. Geneva, 2011.
7. Neslihan G,ney Karaman Figen Cok. Adolescent risk-taking: comparison between adolescents' and adults' opinion. *Paidéia*, 2007, 17(38), 357-364
8. Baizerman, M. (1994). Adolescents and Adults: why working together seems impossible. *The Child Care worker*. Vol.12 No.8 pp. 6-8

9. Dorothy Markiewicz, Heather Lawford, Anna Beth Doyle and Natalie Haggart. Developmental Differences in Adolescents' and Young Adults' Use of Mothers, Fathers, Best Friends, and Romantic Partners to Fulfill Attachment Needs. *J Youth Adolescence* (2006) 35: 121. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9014-5>
DOI <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9014-5>
10. Eaton DK, Kann L, Kinchen S, Shanklin S, Flint KH, Hawkins J, Harris WA, Lowry R, McManus T, Chyen D, Whittle L, Lim C, Wechsler H; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Youth risk behavior surveillance - United States, 2011. *MMWR Surveill Summ.* 2012 Jun 8; 61(4):1-162.
11. Black AY, Fleming NA, Rome ES. Pregnancy in adolescents. *Adolesc Med State Art Rev.* 2012 Apr;23(1):123-38, xi.
12. Lavin C, Cox JE. Teen pregnancy prevention: current perspectives. *Curr Opin Pediatr.* 2012 Aug;24(4):462-9. doi: 10.1097/MOP.0b013e3283555bee
13. Olukoya AA, Kaya A, Ferguson BJ, AbouZahr C. Unsafe abortion in adolescents. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001 Nov;75(2):137-47.
14. Campbell NB, Franco K, Jurs S. Abortion in adolescence. *Adolescence.* 1988 Winter;23(92):813-23.
15. Yang Z, Gaydos LM. Reasons for and challenges of recent increases in teen birth rates: a study of family planning service policies and demographic changes at the state level. *J Adolesc Health.* 2010 Jun;46(6):517-24. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.03.021.
16. Taghizadeh Maghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Int J Pediatr* 2016; 4(2): 1423-38.
17. Unicef. HIV and AIDS in adolescents. Unicef data. 2019 disponible sur <https://data.unicef.org/topic/adolescents/hiv-aids/> ; consulté le 16 mars 2020

18. OMS. Adolescents: risques sanitaires et solutions. 2018.
19. Smrite Naswa, Y.S. Marfatia. Adolescent HIV/AIDS: issues and challenges. *India J. Sex Transm. Dis AIDS*. 2010 Jan-Jun; 31(1):1-10. Doi:10.4103/2589-0557.68993
20. Katherine Williams, Charlotte Warren, and Ian Askew. Planning and Implementing an Essential Package of Sexual and Reproductive Health Services. Guidance for Integrating Family Planning and STI/RTI with other Reproductive Health and Primary Health Services. UNFPA and Population Council. 2010.
21. Organisation mondiale de la santé 2018. Planification familiale/Contraception. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Consulté le 12 aout 2019.
22. Guttmacher Institute. Vue d'ensemble: Investir dans la contraception et la santé maternelle et néonatale. Fiche d'information, 2017. Disponible sur <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/adding-it-up-contraception-mnh-2017-fr.pdf>. Consulté de 12 aout 2019.
23. Susheela Singh et Jacqueline E. Darroch., Guttmacher Institute OMS, UNFPA, Une vue d'ensemble: coûts et avantages des services de contraception—Évaluations pour 2012, juin 2012. Disponible sur https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/aiu-2012-estimates-fr_0.pdf. Consulté le 12 aout 2019.
24. Roland Pourtier. La République Démocratique du Congo face au défi démographique, notes de l'Ifri, septembre 2018.
25. National Center for Biotechnology Information. (2010). Medroxyprogesterone injection. Retrieved February 23, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMHT0011058/>.

26. U.S. Food and Drug Administration. (2015). Birth control: Medicines to help you. Retrieved February 17, 2016, from <http://www.fda.gov/forconsumers/byaudience/forwomen/freepublications/ucm313215.htm>.
27. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2013: Adapted from the World Health Organization Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2nd Edition. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(RR05), 1–46. Retrieved September 12, 2016, from <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6205a1.htm>.
28. U.S. Food and Drug Administration. (2015). Birth control: Medicines to help you. Retrieved February 17, 2016, from <http://www.fda.gov/forconsumers/byaudience/forwomen/freepublications/ucm313215.htm>.
29. Williams, D. D. (2015). IUD, implant contraception effective beyond FDA-approved use. Retrieved June 20, 2016, from <https://source.wustl.edu/2015/02/iud-implant-contraception-effective-beyond-fdaapproved-use>.
30. U.S. Food and Drug Administration. (2015). Birth control: Medicines to help you. Retrieved February 17, 2016, from <http://www.fda.gov/forconsumers/byaudience/forwomen/freepublications/ucm313215.htm>.
31. Trussell, J. (2011). Contraceptive failure in the United States. *Contraception*, 83(5), 397–404. Retrieved September 12, 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21477680>.
32. Mayer Laboratories, Inc. (2012). *Product details*. Retrieved June 4, 2012, from <http://www.todaysponge.com/about.html>.

33. American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). *Barrier methods of contraception*. Retrieved February 23, 2016, from <https://www.acog.org/~media/For%20Patients/faq022.pdf?dmc=1&ts=20120604T212254575>.
34. Allen, R. E. (2004). Diaphragm fitting. *American Family Physician*, 69(1), 97–100.
35. U.S. Food and Drug Administration. (2015). *Birth control: Medicines to help you*. Retrieved February 17, 2016, from <http://www.fda.gov/forconsumers/byaudience/forwomen/freepublications/ucm313215.htm>.
36. Planned Parenthood Federation of America, Inc. (2014). *Birth control*. Retrieved February 23, 2016, from <http://www.plannedparenthood.org/health-topics/birth-control-4211.htm>.
37. National Library of Medicine, MedlinePlus. (2013). *Tubal ligation*. Retrieved February 23, 2016, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/tubaligation.html>.
38. National Library of Medicine, MedlinePlus. (2016). *Vasectomy*. Retrieved February 23, 2016, from <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/ency/article/002995.htm>.
39. OMS. Département de santé et recherche en matière de reproduction, Johns Hopkins Ecole de santé publique Bloomberg. Centre pour les programmes de communication Projet INFO. & Agence des Etats-Unis pour le développement international. Bureau de santé globale. Office de la Population et de la Santé Reproductive. (2011). *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier : mise à jour 2011 : directives factuelles mises au point dans le cadre d'une collaboration mondiale*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97943>.

40. Giuseppina Di Meglio, Colleen Crowther, Joanne Simms; Canadian Paediatric Society, Comité de la santé de l'adolescent. La contraception chez les adolescents canadiens. Document des principes. Société canadienne de pédiatrie. septembre 2018. Disponible sur <https://www.cps.ca/fr/documents/position/contraception>. Consulté le 08/08/2019.
41. Lu PW, Briody JN, Ogle GD et coll. Bone mineral density of total body, spine, and femoral neck in children and young adults: A cross-sectional and longitudinal study. *J Bone Miner Res* 1994;9(9):1451–8.
42. Cromer BA, Bonny AE, Stager M et coll. Bone mineral density in adolescent females using injectable or oral contraceptives: A 24-month prospective study. *Fertil Steril* 2008;90(6):2060–7.
43. Black A; comité spécial sur l'AMPR de la SOGC. Consensus canadien sur la contraception – Mise à jour sur l'acétate de médroxyprogestérone-retard (AMPR). *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(4):309–13.
44. Lidegaard Ø, Nielsen LH, Skovlund CW, Skjeldestad FE, Løkkegaard E. Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001–9. *BMJ* 2011;343:d6423.
45. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med* 2012;366(24):2257–66.
46. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: Effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev* 2014(1):CD003987.
47. Pfizer Canada Inc. Monographie et renseignements destinés aux patients: Depo-Provera (rév. le 13 février 2018). https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00044208.PDF (consulté le 10 août 2019).

48. Pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale. Agents de santé communautaires : apporter les services de planification familiale là où vit et travaille la population Washington (DC) : USAID ; 2015. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/community-health-workers/> consulté le 13 août 2019.
49. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO; 2006. Available from: <http://www.who.int/whr/2006/en/>
50. Liu A, Sullivan S, Khan M, Sachs S, Singh P. Community health workers in global health: scale and scalability. *Mt Sinai J Med.* 2011;78(3):419-435.
51. Simba D, Schuemer C, Forrester K, Hiza M. Reaching the poor through community-based distributors of contraceptives: experiences from Muheza district, Tanzania. *Tanzan J Health Res.* 2011;13(1):1-7.
52. Marie Stopes International (MSI). Monitoring and evaluation of task-sharing of Depo-Provera to community health workers in Sierra Leone. London: MSI; 2015.
53. Prata N, Vahidnia F, Potts M, Dries-Daffner I. Revisiting community-based distribution programs: are they still needed? *Contraception.* 2005;72(6):402-407.
54. Perry HB, Zulliger R, Rogers MM. Community health workers in low-, middle-, and high-income countries: an overview of their history, recent evolution, and current effectiveness. *Annu Rev Public Health.* 2014;35:399-421. Available from: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182354>;
55. Abdul-Hadi RA, Abass MM, Aiyenigba BO, Oseni LO, Odafe S, Chabikuli ON, et al. The effectiveness of community based distribution of injectable contraceptives using community health extension workers in Gombe State, Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health.* 2013;17(2):80-88.;

56. World Health Organization; US Agency for International Development; Family Health International (FHI). Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives: conclusions from a technical consultation. Research Triangle Park (NC): FHI; 2010. Available from: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADS867.pdf,
57. Georgetown University, Institute for Reproductive Health (IRH). A powerful framework for women: introducing the Standard Days Method to Muslim couples in Kinshasa. Washington (DC): Georgetown University, IRH; 2011. Available from: <http://irh.org/resource-library/a-powerful-framework-for-women-introducing-the-standard-days-method-to-muslim-couples-in-kinshasa/>
58. Sebastian MP, Khan ME, Kumari K, Idnani R. Increasing postpartum contraception in rural India: evaluation of a community-based behavior change communication intervention. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2012;38(2):68-77. Available from: <http://dx.doi.org/10.1363/3806812>.
59. Charyeva Z, Oguntunde O, Orobaton N, Otolorin E, Inuwa F, Alalade O, et al. Task shifting provision of contraceptive implants to community health extension workers: results of operations research in northern Nigeria. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(3):382-394. Available from: <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-15-00129>).
60. Ministère de la Santé Publique (MSP), Enquête sur la Disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé en République Démocratique du Congo, DSSP/DSNIS, 2014, RDC ; A CHANGER
61. Therese McGinn, Judy Austin, Katherine Anfinson , Ribka Amsalu , Sara E Casey et al.: Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries. *Conflict and Health* 2011 5:11.
62. République Démocratique du Congo (RDC). Planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle 2014–2020. Kinshasa: RDC; 2014.

63. Ministère de la Santé. Stratégie de renforcement du système de santé. 2ème édition. RDC. Mars 2010 ;
64. Ministère de la Santé. Normes d'organisation des Zones de santé. RDC, 2006, pp 11-27
65. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. 66. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Accessed May 24, 2017.
66. Jeff K Mathe, Kennedy K Kasonia and Andre K Maliro. Barriers to Adoption of Family Planning among Women in Eastern Democratic Republic of Congo. *Afr J Reprod Health* 2011; 15[1]: 69-77.
67. Bonface Ombaba Osano &, Fred Were, Shanaaz Mathews. Mortality among 5-17 year old children in Kenya. *Pan African Medical Journal*. 2017; doi:10.11604/pamj.2017.27.121.10727
68. Pratiques à haut impact (PHI) en termes de planification familiale. Services de contraception adaptés aux adolescents : intégration d'éléments adaptés aux adolescents aux services de contraception existants. Washington (DC): USAID; 2015. Disponible sur: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services/>.
69. RDC, Ministère de la santé. Livret d'informations utiles sur les services de sante adaptés aux besoins des adolescents et jeunes à l'usage des prestataires des soins de santé. Programme National de Santé de l'Adolescent, 2019
70. World Health Organization. Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes: WHO's Framework for Action. Genève, OMS, 2007.

71. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. OMS, 2009.
72. Michel Mougeot. Régulation du système de santé. Rapport. La Documentation française. Paris, 1999 - ISBN: 2-11-004164-1
73. Reynaud Jean-Daniel. Les régulations dans les organisations : régulation de contrôle et régulation autonome. In: Revue française de sociologie, 1988, 29-1. Travail : d'autres jalons. Etudes réunies et présentées par Jean-René Tréanton. pp. 5-18; http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1988_num_29_1_2475.
74. Pierre Lascoumes, Louis Simard, “ L'action publique au prisme de ses instruments ”, Revue française de science politique 1/2011 (Vol. 61), p. 5-22 URL: www.cairn.info/revue-francaise-de-science-politique-2011-1-page-5.htm. DOI : 10.3917/rfsp.611.0005
75. Tanya Caulfield, Krishna Hort. Governance and stewardship in mixed health systems in low- and middleincome countries. Working Paper series. Health Policy and Health Finance Knowledge Hubs. The Nossal Institute for Global Health at the University of Melbourne, Australia. Number 24, Décembre 2012
76. Dictionnaire La TOUPIE. Consulté sur <http://www.toupie.org/> en date du 19 janvier 2017
77. Overseas Development Institute, Save the children. Charting the future. Empowering girls to prevent early pregnancy. July 2012. Disponible sur <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7724.pdf>. Consulté le 10 mars 2020.
78. Zulu JM1, Kinsman J2, Hurtig AK2, Michelo C3, George A4, Schneider H. Integrating community health assistant-driven sexual and reproductive health services in the community health system in Nyimba district in Zambia: mapping key actors, points of integration, and conditions shaping the process. *Reprod Health*. 2019 Aug 13;16(1):122. doi: 10.1186/s12978-019-0788-4.

79. Kristin Nash, Gabrielle O'Malley, Elizabeth Geoffroy, Ellen Schell, Alice Bvumbwe & Donna M. Denno. "Our girls need to see a path to the future" -- perspectives on sexual and reproductive health information among adolescent girls, guardians, and initiation counselors in Mulanje district, Malawi. *Reproductive Health* (2019) 16:8 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0661-x>.
80. Tabong PT, Maya ET, Adda-Balinia T, Kusi-Appouh D, Birungi H, Tabsoba P, Adongo PB. Acceptability and stakeholders perspectives on feasibility of using trained psychologists and health workers to deliver school-based sexual and reproductive health services to adolescents in urban Accra, Ghana. *Reprod Health*. 2018 Jul 5;15(1):122. doi: 10.1186/s12978-018-0564-x.
81. Mbadu Fidèle Muanda, Gahungu Parfait Ndongo, Lauren J. Messina & Jane T. Bertrand (2017) Barriers to modern contraceptive use in rural areas in DRC, *Culture, Health & Sexuality*, 19:9, 1011-1023, DOI: 10.1080/13691058.2017.1286690
82. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1 Suppl):S22-41. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.09.012.
83. Venkatraman Chandra-Mouli, Donna R McCarraher, Sharon J Phillips, Nancy E Williamson and Gwyn Hainsworth. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health* 2014, 11:1 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/1>.
84. Haberland N, Rogow D. Sexuality education: emerging trends in evidence and practice. *J Adolesc Health*. 2015 Jan;56(1 Suppl):S15-21. doi: 10.1016/j.jadohealth.2014.08.013

CHAPITRE 3 : METHODOLOGIE GENERALE

3.1. Cadre conceptuel général de l'étude

L'analyse de l'environnement de la planification familiale en faveur des adolescents peut faire recours à plusieurs cadres de référence dépendant des aspects qu'on veut le plus approfondir. En ce qui concerne notre travail, nous avons fait recours à 3 cadres de référence.

a) Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants

Ce cadre est présenté à travers la figure 3.1.1 qui schématise les principaux déterminants de la santé. La liste des déterminants de la santé est composée de 12 éléments principaux : le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisation, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement social, l'environnement physique, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe et la culture. Plus une personne possède de « déterminants » positifs, meilleures sont ses chances d'être en bonne santé [1-3].

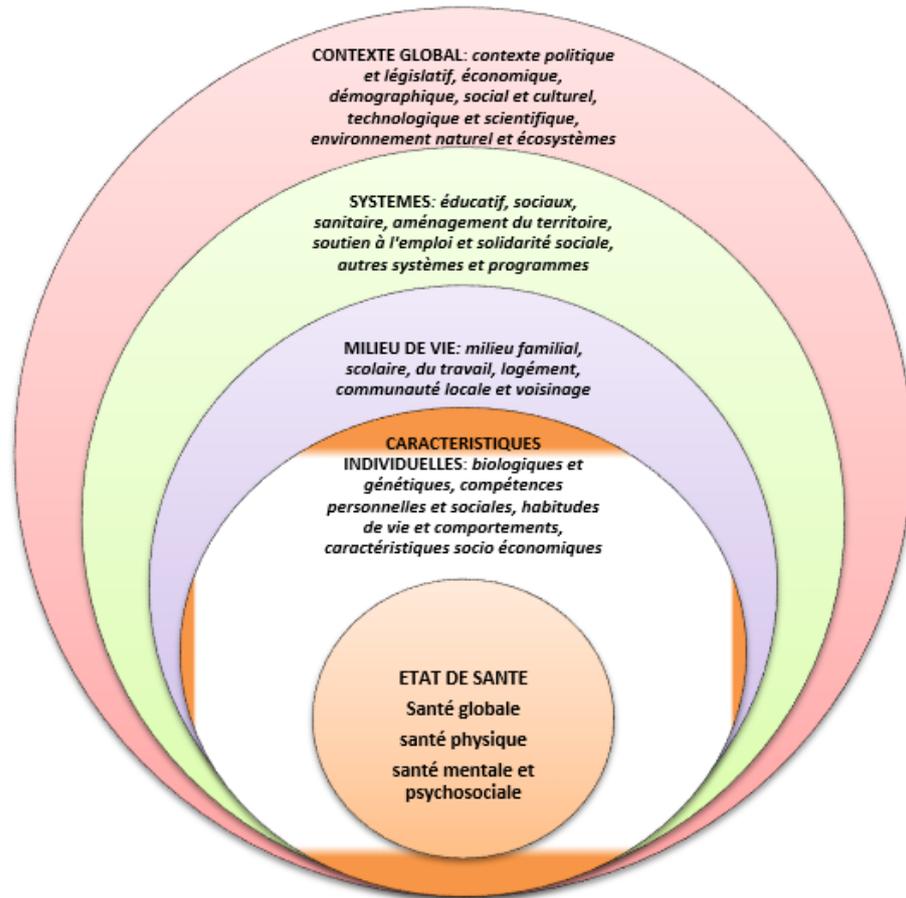


Figure 3.1.1. Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants

Source: Direction Générale de la santé publique du Canada, 2009

S'inspirant de ce cadre conceptuel, certains chercheurs ont émis des propositions sur les déterminants de la santé chez les adolescents qui sont les suivants : (a) le statut socioéconomique de l'adolescent/de sa famille ; (b) la structure et le soutien de la famille ; (c) le soutien social ; (d) l'accès aux services de santé et utilisation de ceux-ci ; (e) le développement sain de l'enfant ; (f) l'éducation et l'emploi ; (g) le sexe ; (h) l'environnement physique ; (i) les pratiques de santé personnelle et les

habiletés d'adaptation ; (j) la biologie et patrimoine génétique ; (k) la culture [4-6]. En ce qui concerne le présent travail, nous avons décidé de nous intéresser aux déterminants suivants, découlant de ce cadre conceptuel: la structure et le soutien de la famille, le soutien social, l'éducation et l'alphabetisation, et l'accès et utilisation des services de santé.

b) Cadre de référence sur la gouvernance en santé de Brinkerhoff et Bossert

Les problèmes de gouvernance en santé peuvent avoir un retentissement sur l'accès et l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents. Selon Brinkerhoff et Bossert, la gouvernance en santé est la résultante de l'équilibre entre trois maillons d'une même chaîne tel que proposé à travers le cadre de référence repris dans la figure 3.1.2 [7] :

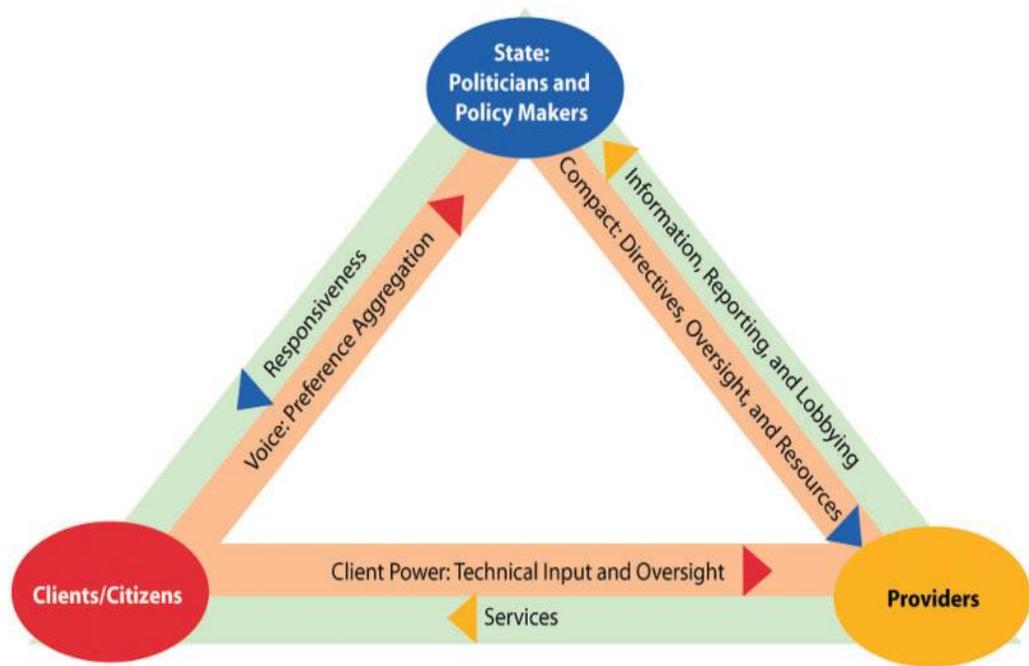


Figure 3.1.2 Health Governance Framework

Source: Brinkerhoff and Bossert (2008)

D'après les éléments de ce triangle, **les adolescent(e)s** expriment leurs préférences et leurs besoins aux décideurs politiques auxquels ces derniers devraient répondre favorablement; notamment en agissant sur **les prestataires sanitaires** pour qu'ils fournissent les services de PF aux adolescent(e)s ; les adolescent(e)s et la communauté à leur tour exercent une influence sur les services de santé à travers les appuis techniques et le contrôle ; **les décideurs politiques** édictent les normes et les directives, octroient les ressources **aux prestataires** et organisent leur suivi (supervision) tandis que **les prestataires** rendent compte, produisent les rapports d'activités et font le plaidoyer/lobbying auprès des décideurs.

c) Feuille de route de gouvernance pour la planification familiale et la santé sexuelle et procréative dans le monde

Selon cette feuille de route proposée à travers « The Leadership, Management, and Governance (LMG) Project » de l'USAID, la gouvernance en santé aux échelles le plus basses du système de santé, à savoir dans les FOSA et de la communauté devrait prendre en compte les éléments repris dans la figure 3.1.3.

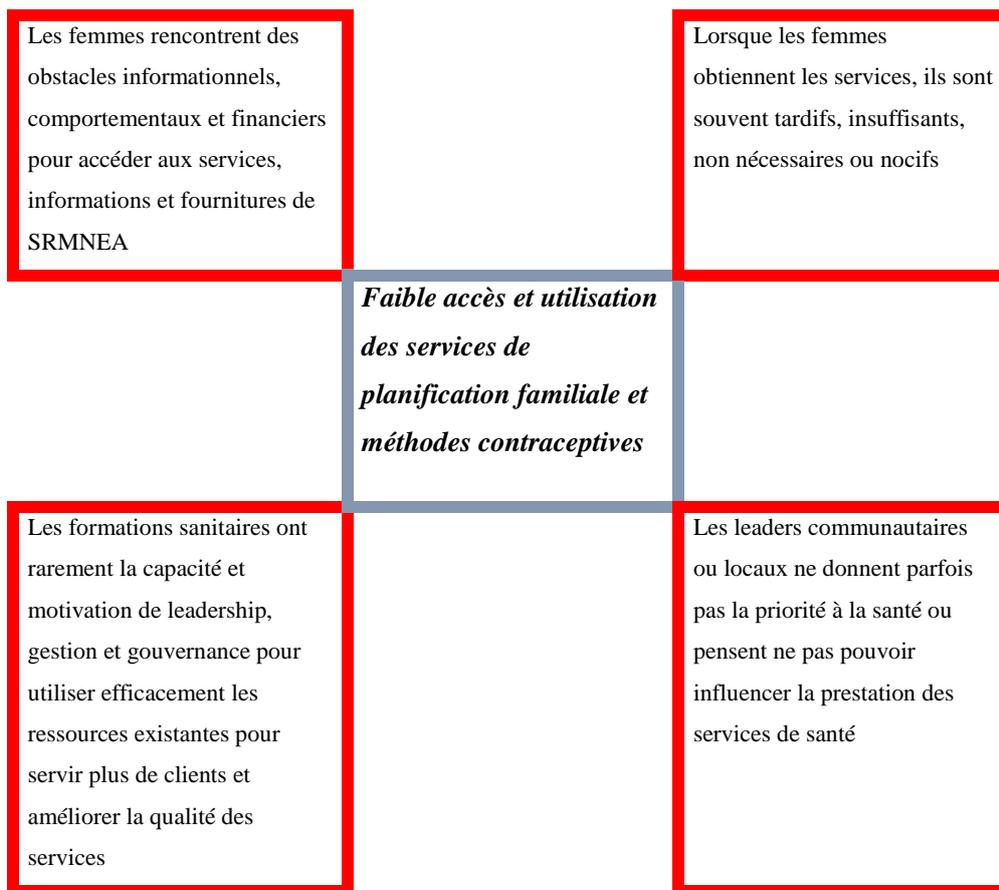


Figure 3.1.3 cadre conceptuel de gouvernance en santé concernant les SRMNEA au niveau des formations sanitaires et de la communauté

Source: *The Leadership, Management, and Governance (LMG) Project*

Ainsi, d'après ce cadre conceptuel, plusieurs facteurs entravent l'accès et l'utilisation des services de PF et des méthodes contraceptives. Ces facteurs peuvent être classés en facteurs institutionnels (incapacité des FOSA à offrir des services de PF de qualité, services tardifs ou insuffisants) ; en facteurs personnels liés à la femme (faible niveau d'information, obstacles informationnels et comportementaux en matière de PF, obstacles financiers pour accéder aux services) ; et en facteurs communautaires (implication insuffisante des leaders communautaires ou locaux qui ne donnent parfois pas la priorité à la santé).

Nous inspirant de ces cadres conceptuels, nous proposons le cadre de référence de notre étude repris dans la figure 3.4 qui s'appuie sur les éléments ci-après :

1) Facteurs contextuels

Il s'agit de la capacité de réglementation des systèmes éducatif et sanitaire par les décideurs politiques. Les gestionnaires du système de santé à tous les niveaux sont responsables de la réglementation de l'offre de la planification familiale et du suivi de l'implémentation des politiques adoptées. Ils mettent au point les lois, les normes et directives, les fiches techniques et autres textes réglementaires pour le fonctionnement harmonieux des services de santé. Les responsables du système éducatif réglementent/donnent un contenu au cours d'éducation à la vie dispensé dans les classes des écoles secondaires de la RDC. A travers ce cours, l'enseignant est censé apporter aux adolescents des informations nécessaires à l'amélioration de leurs connaissances et attitudes face à la santé sexuelle et reproductive. Les deux groupes de gestionnaires sont aussi responsables du suivi de l'utilisation des instruments et autres

matériels mis en place en vue d'améliorer l'utilisation de la planification familiale.

2) Facteurs liés aux systèmes éducatif et sanitaire

La qualité du contenu du cours d'éducation à la vie (EVIE), la qualité de la communication entre enseignants et élèves, l'inspection du cours d'EVIE, l'accessibilité géographique et financière des services et méthodes de PF, la mise en place des innovations en matière d'offre de la PF (Distribution communautaire des contraceptifs) sont autant de facteurs qui ont l'influence à la fois sur la demande et l'offre des services et méthodes de PF.

3) Facteurs liés aux prestataires de la planification familiale

Les prestataires des soins en PF peuvent être des services publics ou privés, des formations sanitaires, des officines pharmaceutiques, des ONG, des distributeurs communautaires des contraceptifs, ect. Ils diffèrent en fonction de leur appartenance et de leur finalité. En ce qui concerne les services de PF, leurs caractéristiques tiennent compte de la gamme des méthodes contraceptives offertes, du degré de convivialité, de la confidentialité, du coût, de la formation des prestataires en santé sexuelle et reproductive des adolescents, des connaissances et attitudes des prestataires vis-à-vis de la demande de service par les adolescents, des normes sociales, de l'accessibilité géographique, ect.

4) Facteurs liés aux adolescents

Il s'agit des caractéristiques individuelles des adolescents telles que les compétences personnelles et sociales, le niveau d'éducation, le statut marital, le désir de maternité, les habitudes de vie et comportements

sexuels, les caractéristiques socioéconomiques, les connaissances, attitudes, pratiques & croyances face à la PF, le degré d'autonomie des adolescents dans la prise des décisions, leurs capacités financières et tout autre caractéristique qui peut influencer le recours à l'utilisation des services de planification familiale.

5) Facteurs environnementaux liés au milieu de vie de l'adolescent :
milieu familial, milieu scolaire, communauté locale et voisinage

Les caractéristiques de l'entourage familial des adolescents telles que le niveau d'instruction des tuteurs, leurs connaissances, attitude et opinion face à la PF, la communication sur la PF et la SSR en famille, la communication sur la SSR à l'école, les normes sociales sur la PF et la SSR des adolescents peuvent aussi avoir une influence sur le recours aux services de PF par les adolescents. En outre, la fréquentation scolaire de l'adolescent ainsi que l'entourage (voisins et connaissances du quartier) ont aussi de l'influence sur les connaissances et même l'adoption de certains comportements par les adolescents.

L'interaction entre les différents facteurs sus évoqués résulterait d'une part dans l'offre (organisation) des services de PF de qualité et d'autre part, en la stimulation de la demande de service de PF par les adolescents. Ces deux résultats auront pour finalité « **un meilleur accès et utilisation des services et méthodes de planification familiale par les adolescents** »

Le cadre conceptuel de notre étude est ainsi présenté dans la figure 3.1.4 ci-dessous.

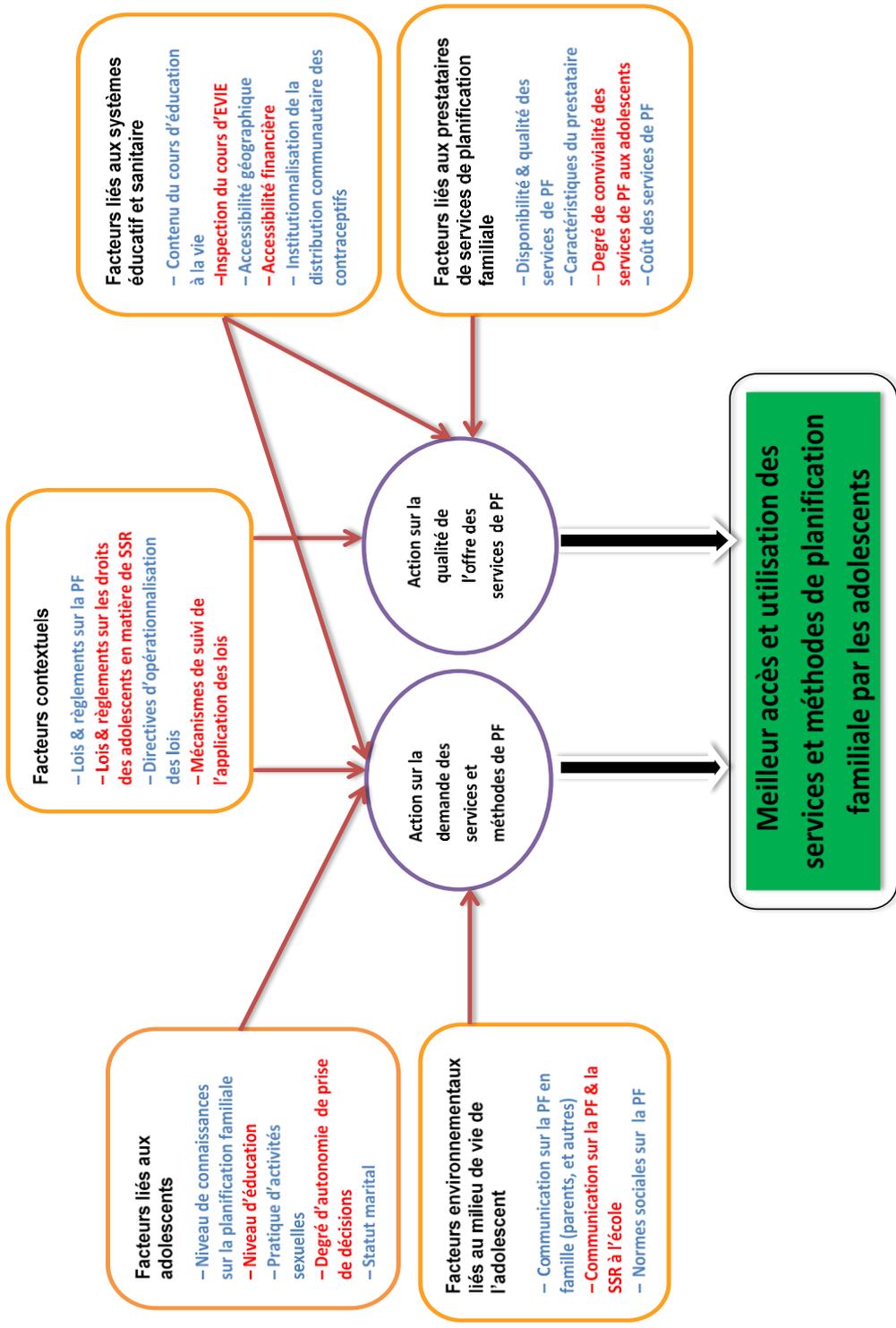


Figure 3.1.4. Cadre conceptuel de notre étude

3.2. Etudes réalisées dans le cadre de cette thèse

En tenant compte du cadre de référence sus-évoqué et des objectifs spécifiques que nous sommes fixés, nous avons organisé une série de cinq études interconnectées entre elles, chacune étant destinée à répondre à un aspect spécifique du cadre conceptuel correspondant à un objectif spécifique. Chaque étude réalisée a fait recours à une méthodologie particulière de collecte des données en fonction de la question de recherche.

Etude 1. Disponibilité et qualité des services de planification familiale en République Démocratique du Congo: haut potentiel d'amélioration

Il s'agissait d'une étude transversale analytique que nous avons conduite dans les FOSA enregistrées sur le répertoire national disponible au niveau du Ministère de la santé de la RDC. Les unités statistiques étaient constituées de quatre types de FOSA individualisées dans le système de santé congolais et classifiées en fonction du paquet d'interventions qu'elles offrent: les hôpitaux, les centres de santé de référence (CSR), les centres de santé (CS) et les postes de santé (PS) [8]. Pour faire partie de la base de sondage, les FOSA devaient avoir fourni leurs rapports d'activités durant les six mois ayant précédé l'étude. Dans cette étude, chaque province était considérée comme une strate. Ainsi, la taille d'échantillon était calculée pour chaque type de FOSA en utilisant la formule suivante :

$$n = [(z^2 * p * q) + ME^2] / [ME^2 + z^2 * p * q / N]$$

A travers cette formule, n = taille de l'échantillon ; Z_{α} = Coefficient de confiance, pour un seuil de confiance de 95%, est égal à 1,96 ; p = proportion de la population cible ayant la caractéristique étudiée estimée à

0,5 ; q = proportion de la population cible n'ayant pas la caractéristique étudiée estimée aussi à 0,5 ; ME= Degré de précision absolue voulu (l'écart d'imprécision accepté était de 0,15) ; N = nombre total des formations sanitaires inscrites sur la liste nationale dans chacune des provinces. L'échantillon ainsi calculé était ensuite réajusté pour prendre en compte la possibilité de non réponse. Le tableau 3.2.1 indique le nombre des FOSA sélectionnées par types et par provinces :

Tableau 3.2.1. Nombre de formations sanitaires sélectionnées par type et par province

Provinces	Strates	Hôpitaux	Centres Santé de Référence	Centres Santé	Postes santé	Total
Kinshasa	Nombre de FOSA	40	19	884	25	968
	Echantillon ajusté	40	18	67	22	147
Kongo Central	Nombre de FOSA	51	60	393	879	1383
	Echantillon ajusté	47	32	43	42	164
Bandundu	Nombre de FOSA	61	39	1069	1048	2217
	Echantillon ajusté	38	25	38	42	143
Equateur	Nombre de FOSA	72	7	1185	155	1419
	Echantillon ajusté	33	6	39	37	115
Province Orientale	Nombre de FOSA	70	26	1278	1107	2481
	Echantillon ajusté	44	26	43	38	151

Sud Kivu	Nombre de FOSA	47	20	615	89	771
	Echantillon ajusté	45	19	44	29	137
Maniema	Nombre de FOSA	18	13	271	309	611
	Echantillon ajusté	18	13	38	38	107
Nord Kivu	Nombre de FOSA	42	66	482	56	646
	Echantillon ajusté	42	38	38	31	149
Katanga	Nombre de FOSA	70	33	1246	269	1618
	Echantillon ajusté	48	33	52	30	163
Kasaï Occidental	Nombre de FOSA	42	8	1122	594	1766
	Echantillon ajusté	42	8	49	40	139
Kasaï Oriental	Nombre de FOSA	48	74	1068	928	2118
	Echantillon ajusté	40	29	50	34	153
RDC	Nombre de FOSA	561	365	9613	5459	15998
	Echantillon ajusté	437	247	501	383	1568

A l'intérieur de chaque strate, les FOSA étaient sélectionnées par la technique d'échantillonnage aléatoire systématique utilisant un pas de sondage. Deux variables dépendantes étaient mesurées, à savoir la *disponibilité* et la *qualité des services de planification familiale*. Le calcul de la disponibilité des services de PF était réalisé en s'appuyant sur la méthodologie utilisée par l'OMS dans les enquêtes sur la disponibilité et la réactivité des services de santé [9]. Par contre, la qualité des services de PF était mesurée en s'appuyant sur la méthodologie proposée par Donabedian [10]. Au total quatre types de variables indépendantes étaient retenus : *le type de FOSA, le milieu de localisation de la FOSA, l'instance gestionnaire de la FOSA et la province d'appartenance*. Les données étaient collectées par interview des responsables de services de PF, par l'observation directe et par la revue documentaire. Le test de Khi carré de Pearson et les rapports des cotes (Odds Ratio) étaient utilisés pour tester l'association entre chaque variable dépendante et les variables indépendantes, en utilisant le seuil de signification $\sigma=0,05$.

Cette étude ayant renseigné sur la disponibilité des services de PF, la qualité de ces services et les différentes méthodes de PF offertes à toute la communauté en général, nous devons savoir ce qui en était de la fourniture des services de PF aux adolescents en mettant un accent sur le niveau de convivialité de ceux-ci. C'est ainsi que nous avons organisé la deuxième étude.

Etude 2. Adéquation des services de planification familiale aux besoins des adolescents: résultats d'une étude transversale organisée dans deux provinces de la République Démocratique du Congo

Il s'agissait d'une étude transversale de type analytique organisée uniquement dans les FOSA disposant du service de PF. Les unités statistiques étaient constituées des FOSA, tous types confondus (hôpitaux, CSR, CS et PS). Les FOSA d'enquête étaient identifiées par les critères suivants : (a) être intégré au système national d'information sanitaire (SNIS); (b) avoir rapporté les activités de PF au cours du premier semestre 2017 ; (c) être localisé dans les Zones de santé (ZS) d'étude, à savoir les ZS de Lemba, Kisenso, Matete et Gombe Matadi (d) et avoir accepté de participer à l'étude.

Dans la première étude, nous avons rapporté une disponibilité des services de PF estimée à 38% dans la ville de Kinshasa et 28% dans la province du Kongo Central. Nous appuyant sur ces résultats, nous avons utilisé la formule suivante pour calculer la taille d'échantillon des FOSA à enquêter, en vue de trouver la proportion des services de PF conviviaux pour les adolescents :

$$n = [(z^2 * p * q) + ME^2] / [ME^2 + z^2 * p * q / N]$$

A travers cette formule : n = taille de l'échantillon ; Z_{α} = Coefficient de confiance, pour un seuil de confiance de 95%, est égal à 1,96 ; p = proportion des FOSA offrant la FP, soit 0,38 pour Kinshasa & 0,28 pour le Kongo Central ; q = proportion des FOSA n'offrant pas la PF, soit 0,62 pour Kinshasa et 0,72 pour le Kongo Central ; ME = Degré de précision absolue voulu (l'écart d'imprécision accepté était de 0,15) ; N = nombre total des FOSA offrant la FP à Kinshasa et au Kongo Central. Le nombre total de FOSA offrant la FP au premier semestre 2017 dans ces deux

provinces était trouvé à travers la plateforme DHIS2_RDC. Selon les informations recueillies sur cette plateforme, au total 61 FOSA avaient rapporté les activités de PF pendant cette période dans les 4 Zones de santé retenue [11]. Ainsi, au lieu de calculer la taille d'échantillon, nous avons décidé de retenir toutes ces FOSA dans notre échantillon. Leur répartition par ZS est reprise dans le tableau ci-après :

Tableau 3.2.1 : Nombre de formations sanitaires ayant rapporté les activités de planification familiale au premier semestre 2017 dans les Zones de santé d'enquête

N°	Zones de santé	Nbre de FOSA		Total
		Hôpitaux	Centres de santé	
1	Lemba	4	8	12
2	Kisenso	5	14	19
3	Gombe Matadi	1	14	15
4	Matete	5	10	15
Total pour les 4 ZS		15	46	61

Source : DIHS2_RDC, consulté le 05/10/2017

La variable dépendante était la «*disponibilité du service de PF adapté aux adolescents*». Elle était mesurée en combinant cinq variables indépendantes : *disponibilité d'une gamme variée des méthodes contraceptives ; confidentialité du local de la PF ; effectivité des mesures de promotion de la PF dans la FOSA ; modalité financière d'accès au service de PF et attitude des prestataires face à la demande de PF par les adolescents*. Les données étaient collectées par revue documentaire, interview des responsables du service de PF et par observation directe. Le test de Khi-carré et la régression logistique étaient utilisés pour mesurer l'association entre la variable et les variables explicatives. Cette étude

ayant évalué la disponibilité et la convivialité des services de PF par rapport aux besoins des adolescents, il était important de mesurer le niveau d'utilisation de ces services par les adolescents et surtout de dégager les obstacles éventuels, au niveau individuel, qui empêcheraient l'utilisation de ces services.

Etude 3. Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires et utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes en RD Congo : analyse secondaire des données de PMA 2020

Il s'agissait d'une étude transversale de type analytique. Elle s'est appuyée sur les données collectées en octobre et novembre 2018 dans le cadre du projet Performance Monitoring and Accountability (PMA2020) [12]. L'étude s'est déroulée auprès des adolescentes de 15 à 19 ans habitant dans les ménages des provinces de Kinshasa et du Kongo Central. Une variable dépendante binaire "utilisation des méthodes contraceptives (uc)" était calculée comme la proportion des femmes de 15 à 19 ans utilisant au moment de l'étude au moins une méthode contraceptive. Les besoins non satisfaits en PF étaient aussi calculés. Les variables indépendantes étaient le niveau d'études, le statut marital, la province de résidence, la religion, le nombre d'enfants, les connaissances des méthodes contraceptives et le revenu du ménage de l'adolescente. Les tests de Khi carré de Pearson et la régression logistique étaient effectués pour analyser les interactions entre les variables au seuil de signification alpha de 0,05.

Etude 4. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception : résultats d'une étude qualitative réalisée en RD Congo

L'étude qualitative avait pour visée d'expliquer certains résultats obtenus à l'étude précédente, notamment en analysant les connaissances des adolescents et des enseignants face à la PF et les implications sur le programme de formation des élèves en RD Congo. Les données étaient collectées auprès de 62 adolescents de 15 à 19 ans, regroupés en six groupes de discussion focalisés (FG), et sept interviews semi-structurées avec les enseignants des écoles de Kinshasa et du Kongo central. Quatre FG des adolescents scolarisés et deux FG des adolescents non scolarisés étaient organisés sur base d'un guide d'entretien. Les thématiques abordées ont porté sur les connaissances des méthodes et services de PF, les sources d'informations en SSR; les pratiques en matière de sexualité et de PF; les attitudes, perception et préférence en matière de contraception ; le rôle de l'école, des tuteurs et des organisations communautaires dans l'éducation sexuelle des adolescents. Les données ont été analysées suivant l'approche thématique, inductive en utilisant le logiciel Atlas Ti.

Etude 5. Evaluation des politiques, lois et réglementations affectant les besoins contraceptifs des adolescents en RD Congo

Le principal objectif de cette étude était de déterminer le gap existant dans le domaine des textes normatifs et réglementaires qui organisent et facilitent l'accès aux services de planification familiale et l'utilisation de la contraception par les adolescents. Il s'agissait d'une étude transversale menée d'avril à juillet 2018 dans 74 structures, dont 13 structures des niveaux central, provincial et périphérique du Ministère de la santé

identifiées par échantillonnage de convenance, et 61 FOSA offrant la PF sélectionnées par échantillonnage aléatoire simple. Toutes les structures étaient impliquées dans l'organisation des activités de PF. Les données étaient collectées à travers les interviews structurées et la revue documentaire. Les variables d'intérêt étaient les types des documents réglementaires, leur disponibilité dans les structures et le contenu de chaque document. L'analyse de documents réglementaires était effectuée sur base d'une grille confectionnée en fonction des recommandations de l'OMS pour garantir le respect des droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services en matière de PF [13].

3.3. Considérations éthiques

Le protocole de recherche était examiné et approuvé par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) sous le numéro d'approbation ESP/CE/027/2018. Avant de commencer la collecte des données, l'équipe de recherche a suivi avec succès le cours sur l'éthique dans la recherche impliquant les sujets humains organisé en ligne par le National Institutes of Health (NIH). Etant donné que l'âge de la majorité est fixé à 18 ans en RDC, la collecte des données auprès des adolescents de 15 à 19 ans a nécessité les précautions suivantes :

- (a) Un consentement éclairé écrit était administré aux adolescents âgés de 18 à 19 ans. Ce document décrivait l'importance de l'étude, ses bénéfices, les droits des participants, la possibilité de refuser de participer à l'étude.
- (b) Un assentiment était signé par les adolescents n'ayant pas atteint l'âge de la majorité. Ce document reprenait les mêmes éléments sus-évoqués pour expliquer à l'adolescent l'intérêt de l'étude et ses droits. En plus de cet assentiment, nous avons pris la précaution de faire signer un

consentement éclairé au tuteur de chaque adolescent. Ainsi, la collecte des données ne pouvait intervenir que lorsque ce double consentement était obtenu. Nous avons aussi obtenu les autorisations des autorités sanitaires et scolaires avant la collecte des données. Toutes les données étaient collectées, traitées et vulgarisées anonymement.

Références bibliographiques

1. Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, résultat d'une réflexion commune. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Mars 2010 <http://intranetreseau.rtss.qc.ca>
2. Mouvement Acadien des Communautés en Santé. Promotion de la santé 2007. Disponible sur www.macsnb.ca.
3. Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Canada, Canada. La santé et ses déterminants. Mieux comprendre pour mieux agir. Québec, 2012. Disponible sur www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications
4. Canadian Mental Health Association Ontario, & Wellesley Institute. Promoting Mental Health and Well-Being. May 2009. Rapport disponible sur https://ontario.cmha.ca/wp-content/uploads/2009/05/Healthy-Communities-Literature-Review-may-19_09.pdf
5. Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C., & Barnekow, V. (2010). Social determinants of health and well-being among young people: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf
6. Youthrive. (2012). Vita-Jeunesse : Pour que les communautés deviennent des endroits où les jeunes s'épanouissent! Retrieved from: http://youthrive.ca/sites/hcrm.ophea.net/files/FR/Vita_jeunesse_2012.pdf

7. Derick W Brinkerhoff and Thomas J Bossert. Health governance: principal-agent linkages and health system strengthening. *Health Policy and Planning* 2014;29:685–693 doi:10.1093/heapol/czs132
8. Ministère de la santé de la RDC. Stratégie de renforcement du système de santé. 2ème édition, 2010
9. OMS. Mesurer la disponibilité et la capacité opérationnelle des services (SARA): Un outil d'évaluation des établissements de santé. Genève: Manuel de référence. Version 2.2; 2015.
10. Donabedian. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Fam Pract* 1979, 9, N°2: 227–284.
11. Ministère de la santé, Système National d'Information Sanitaire. District Health Information System 2 Plateforme. Disponible sur <https://dev.snisdrc.com>
12. Tulane University School of Public Health, University of Kinshasa School of Public Health and The Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) Survey Round 7, PMA2018/DRC-R7 (Kinshasa & Kongo Central). 2018. Kinshasa, DRC and Baltimore, Maryland, USA.
13. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. World Health Organization; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua=1.

CHAPITRE 4. RESULTATS

A travers ce chapitre, nous présentons les résultats obtenus au cours de ce travail de thèse sous-forme des articles tels qu'ils ont été publiés ou qu'ils seront publiés dans les revues scientifiques. Cependant, ces résultats sont regroupés en quatre sections suivantes :

a) Section 1 : Disponibilité, qualité et degré de convivialité des services de planification familiale par rapport aux besoins des adolescents

Cette section reprend les résultats de deux études correspondant à deux articles scientifiques. La première étude évalue la disponibilité et la qualité des services de PF en RDC. La deuxième étude analyse le degré de convivialité des services organisés de PF par rapport aux besoins des adolescents.

b) Section 2 : Facteurs sociodémographiques et sanitaires associés à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents

Cette section reprend les résultats d'une étude qui a été organisée auprès des adolescentes de 15 à 19 ans des provinces de Kinshasa et du Kongo central. En plus du fait que cette étude a calculé la prévalence contraceptive dans la tranche d'âge de 15-19 ans, elle a aussi permis d'identifier les facteurs sociodémographiques et sanitaires influençant l'utilisation de la contraception.

c) Section 3 : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale

Cette section résume les résultats obtenus de l'analyse des connaissances des adolescents et enseignants sur la PF. Elle contient aussi les résultats sur les sources d'information des adolescents en matière de santé sexuelle, parmi lesquelles se trouve l'école. La section se termine ainsi en analysant le contenu du cours d'éducation à la vie,

comme une des principales sources d'information en matière de SSR pour les adolescents.

d) Section 4 : Réglementation de l'organisation de la planification familiale en faveur des adolescents

Cette section rapporte les résultats de l'analyse des politiques, des lois, des réglementations et des mécanismes de gouvernance existant dans le domaine de la PF en faveur des adolescents. Elle relève ensuite les gaps à combler dans l'optique d'améliorer l'organisation des services de PF pour le bien des adolescents.

4.1. Section 1 : Disponibilité, qualité et degré de convivialité des services de planification familiale organisés en RDC

Selon les résultats présentés à travers les deux études qui constituent cette section, quelques FOSA enquêtées offraient des services de PF de qualité, en particulier les FOSA urbaines, privées et situées au niveau supérieur dans la pyramide sanitaire. Si 1/3 d'entre elles offraient des services de PF, seulement 20% des services offerts répondaient aux critères fondamentaux de qualité. Les préservatifs, les contraceptifs oraux et les contraceptifs injectables étaient les produits les plus disponibles, alors que les méthodes permanentes à longue durée d'action et la contraception d'urgence étaient moins disponibles. La majorité de services de PF sont peu conviviaux aux besoins des adolescents. Ainsi, l'utilisation des services de PF était associée à la disponibilité d'une large gamme des méthodes contraceptives et l'absence de stigmatisation de la part des prestataires de soins. Répondre aux besoins non satisfaits élevés de PF en RDC appelle à une expansion substantielle des services.

4.1.1. Disponibilité et qualité des services de planification familiale en République Démocratique du Congo: fort potentiel d'amélioration

Dieudonné Mpunga¹, JP Lumbayi², Nelly Dikamba¹, Albert Mwembo³, Mala Ali Mapatano¹, Gilbert Wembodinga¹

1. Kinshasa School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo (DRC). **2.** Ministry of Public Health, Kinshasa, DRC. **3.** Lubumbashi School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Lubumbashi, Lubumbashi, DRC.

Ce manuscrit a été publié à la revue scientifique Global Health Science and Practices en juin 2017, DOI : 10.9745/GHSP-D-16-00205.

Abstract**Objective**

We aimed to determine the availability and quality of family planning services within health facilities throughout the Democratic Republic of the Congo (DRC).

Methods

Data were collected for the cross-sectional study from April 2014 to June 2014 by the Ministry of Public Health. A total of 1,568 health facilities that reported data to the National Health Information System were selected by multistage random sampling in the 11 provinces of the DRC existing at that time. Data were collected through interviews, document review, and direct observation. Two dependent variables were measured: availability of family planning services (consisting of a room for services, staff assigned to family planning, and evidence of client use of family planning) and quality of family planning services (assessed as “high” if the facility had at least 1 trained staff member, family planning service delivery guidelines, at least 3 types of methods, and a sphygmomanometer, or “low” if the facility did not meet any of these 4 criteria). Pearson’s chi-square test and odds ratios (ORs) were used to test for significant associations, using the alpha significance level of .05.

Results

We successfully surveyed 1,555 facilities (99.2%) of those included in the sample. One in every 3 facilities (33%) offered family planning services as assessed by the index of availability, of which 20% met all 4 criteria for providing high-quality services. Availability was greatest at the highest level of the health system (hospitals) and decreased incrementally with

each health system level, with disparities between provinces and urban and rural areas. Facilities in urban areas were more likely than in rural areas to meet the standard for high-quality services (OR=3.12; 95% IC, 1.98 – 4.90; $p<.001$). Public facilities were less likely than private facilities to have high-quality services (OR= 0.59; 95% IC, 0.38 – 0.91; $p=.02$). Among all 1,555 facilities surveyed, 14% had at least 3 types of methods available at the time of the survey; the most widely available methods were male condoms, combined oral contraceptive pills, and progestin-only injectable contraceptives.

Conclusion

Availability and quality of family planning services in health facilities in the DRC remain low, with inequitable distribution of services throughout the country. To improve access to and use of family planning, efforts should focus on improving availability and quality at lower health system levels and in rural areas where the majority of the population lives.

Résumé

Objectif

Déterminer la disponibilité et la qualité des services de PF dans les FOSA de la République Démocratique du Congo (RDC).

Méthodologie

Une étude transversale analytique était organisée d'avril 2014 à juin 2014 en RDC. Au total, 1568 FOSA ayant transmis des données au système national d'information sanitaire (SNIS) ont été sélectionnées par échantillonnage aléatoire à plusieurs degrés dans les 11 provinces de la RDC. Les données ont été recueillies par le biais d'interviews structurées, d'une revue documentaire et d'une observation directe. Deux variables dépendantes ont été mesurées: *la disponibilité des services de PF* (consistant en la présence d'un local abritant ces services, l'existence du personnel soignant affecté à la PF et la preuve de l'utilisation de la PF par les clients) et *la qualité des services de PF* (jugée «élevée» si au moins un membre du personnel était qualifié, des directives de prestation de services de PF existaient, au moins 3 types de méthodes et un tensiomètre étaient disponibles, ou «faible» si la FOSA ne répondait à au moins un de ces 4 critères). Le test du khi-carré de Pearson et les rapports de cotes (OR) ont été utilisés pour tester les associations significatives, en utilisant un seuil de signification alpha de 0,05.

Résultats

Nous avons enquêté avec succès 1555 FOSA (99,2%) parmi celles incluses dans l'échantillon. Un FOSA sur trois (33%) offrait des services de PF selon l'indice de disponibilité, dont 20% répondaient aux 4 critères pour fournir des services de haute qualité. La disponibilité de la PF était

plus élevée dans les hôpitaux et diminuait progressivement au fur et à mesure qu'on s'approchait des postes de santé (PS), avec des disparités entre les provinces et les zones urbaines et rurales. Les FOSA des zones urbaines étaient plus susceptibles que celles des zones rurales de rencontrer les critères de haute qualité (OR=3,12 ; 95% IC, 1,98 - 4,90 ; $p < 0,001$). Les FOSA publiques étaient moins susceptibles que les FOSA privées d'offrir les services de haute qualité (OR= 0,59 ; 95% IC, 0,38 - 0,91 ; $p = 0,02$). Parmi les 1555 FOSA interviewées, 14% disposaient d'au moins 3 types de méthodes au moment de l'enquête ; les méthodes les plus répandues étaient les préservatifs masculins, les pilules contraceptives orales combinées et les contraceptifs injectables à progestatif seul.

Conclusion

La disponibilité et la qualité des services de PF dans les FOSA de la RDC restent faibles, avec une répartition inéquitable des services dans tout le pays. Pour améliorer l'accès et l'utilisation des services de PF, les efforts doivent porter sur l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des services dans les structures de soins au bas de la pyramide sanitaire et dans les zones rurales où vit la majorité de la population.

A. Introduction

La mortalité maternelle et infantile reste élevée dans le monde, en particulier dans les pays à faible revenu [1-3]. En République démocratique du Congo (RDC), en 2014, la mortalité maternelle était estimée à 846 décès pour 100 000 naissances vivantes et la mortalité néonatale à 28 pour 1 000 naissances vivantes [4]. Environ 18% des décès de femmes dans le monde sont dus à des causes évitables liées à la grossesse et à l'accouchement, notamment les hémorragies du post-partum, les troubles hypertensifs, l'avortement et la septicémie [1, 5-10]. Les trois quarts de ces décès pourraient être évités si les centres de santé (CS) et les hôpitaux fournissaient un ensemble de services de soins maternels de haute qualité [11, 12]. Les facteurs de risque de mortalité maternelle et périnatale sont étroitement liés, les premières 24 heures de la vie d'un nouveau-né étant celles dans lesquelles le risque de décès néonatal est le plus élevé [13,14].

La planification familiale (PF) est l'une des interventions les plus rentables pour améliorer les résultats pour la santé de la mère et de l'enfant [15-17]; elle contribue à réduire le nombre de grossesses non désirées, réduisant ainsi le nombre d'avortements à risque et de décès dus à cette cause. La PF réduit également la proportion de grossesses considérées à haut risque, c'est-à-dire les grossesses qui se produisent trop tôt ou trop tard par rapport à l'âge de la mère, celles qui sont trop rapprochées les unes des autres ou celles qui sont trop nombreuses. En aidant les femmes à retarder et espacer leurs grossesses, la PF contribue également à assurer des résultats nutritionnels sains pour la mère et l'enfant [18]. Sensibiliser les femmes à la PF pendant les soins prénatals et à l'accouchement ; fournir une contraception du post-partum pendant les

visites préscolaires lors des séances de vaccination de l'enfant font partie des stratégies qui améliorent l'utilisation de la PF [19, 20].

Le taux de prévalence contraceptive moderne en RDC reste faible, à 8%, avec d'importantes disparités entre les provinces. L'indice synthétique de fécondité est élevé, estimé à 6,6 enfants par femme [4]. Les grossesses précoces chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans demeurent également élevées, avec 13 grossesses pour 1 000 filles. Environ 27% d'adolescentes étaient déjà enceintes ou avaient déjà accouché au moment de l'étude [4, 23].

L'utilisation de la PF est fortement liée à la fois à sa disponibilité et à sa qualité [24]. Dans des recherches antérieures menées en Afrique et en Asie, la qualité des services de PF tend à être meilleure dans les FOSA privées comparativement aux FOSA publiques, et les bénéficiaires ont tendance à être plus satisfaits de la qualité des services fournis à travers les FOSA privées contrairement aux services publics [24-26]. La qualité de la PF est fortement influencée par la disponibilité de ressources humaines qualifiées, du matériel adéquat et d'équipement [27].

Selon l'enquête démographique et de santé (EDS) 2013-2014 menée en RDC, les besoins non satisfaits en matière de PF étaient estimés à 27,7% chez les femmes en union et à 43,0% chez celles qui n'étaient pas en union mais étaient sexuellement actives. Ces chiffres élevés des besoins non satisfaits sont dus en partie à l'accès limité à des services de PF de qualité dans le pays [4]. La RDC fait face à des défis majeurs pour répondre aux besoins de sa population en matière de PF, notamment la grande superficie de son territoire, qui correspond à la taille de l'Europe occidentale, et la mauvaise gestion de la chaîne d'approvisionnement, qui entrave

considérablement la fourniture des services de tout genre. Le Plan stratégique national multisectoriel de planification familiale 2014-2020 a pour objectif d'établir des services de PF dans les 516 zones de santé (ZS) du pays d'ici 2020, cependant à ce jour, les services de PF sont disponibles dans moins de la moitié de ces ZS [28]. En outre, la fourniture de services de PF, y compris une gamme de méthodes de contraception, fait partie du paquet minimum d'activités (PMA) pour tous les types de FOSA en RDC [21, 22].

À ce jour, aucune étude n'a été menée au niveau national sur la disponibilité et la qualité des services de PF en RDC - un exploit logistique majeur compte tenu de l'étendue physique et de la médiocrité des infrastructures de transport du pays. L'objectif de cette étude était de déterminer la disponibilité des services de PF dans les FOSA de la RDC et d'évaluer leur qualité.

B. Méthodologie

La collecte de données pour cette étude transversale était effectuée d'avril 2014 à juin 2014 par le Ministère de la Santé Publique avec le soutien technique et financier de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et en collaboration avec l'École de santé publique de Kinshasa (ESPK) [29]. Le système de santé en RDC comprend 4 types de FOSA:

- Les hôpitaux (y compris les hôpitaux nationaux et provinciaux, les hôpitaux des ZS et les hôpitaux secondaires)
- Les centres de santé de référence (CSR)
- Les centres de santé
- Les postes de santé

Pour être éligible à cette étude, la FOSA devait figurer sur la liste des structures sanitaires du Ministère de la santé publique et avoir fourni des données au SNIS au cours des 6 mois ayant précédé l'étude, comme une indication qu'elle était fonctionnelle. Avant de sélectionner les structures sanitaires à enquêter, l'équipe de recherche a examiné la liste des FOSA avec les responsables sanitaires de chaque province et a utilisé ces informations pour mettre à jour la liste fournie par les autorités du ministère de la santé. Seules les FOSA fonctionnelles ont été incluses dans la base de sondage. Chaque province était considérée comme une strate, avec 4 sous strates correspondant aux 4 types de FOSA sus-évoqués. Étant donné que la proportion de FOSA fournissant des services de PF en RDC n'est pas connue, la taille de l'échantillon de l'étude était calculée en considérant une proportion (p) de 0,5 des FOSA présentant cette caractéristique d'intérêt. La taille de l'échantillon a été calculée pour chacun des 4 sous strates et la sélection des FOSA dans la sous strate était effectuée par échantillonnage aléatoire systématique en utilisant un pas de sondage après avoir organisé toutes les FOSA dans l'ordre croissant en fonction de leur numéro d'identification national. Cette procédure a donné un échantillon de 1568 FOSA. Des détails supplémentaires sur les procédures d'échantillonnage sont fournis dans le rapport complet de l'enquête.

Compte tenu de la vaste étendue géographique de la RDC et des difficultés logistiques liées à la collecte de données, l'équipe de recherche a divisé le pays en 38 pools correspondant aux grands centres urbains. L'équipe a contacté les responsables provinciaux de la santé pour déterminer les moyens d'accès à chaque structure sélectionnée et les ressources nécessaires pour l'atteindre.

Variables dépendante et indépendantes

À partir des données collectées, 2 variables dépendantes ont été créées: l'indice de disponibilité des services de PF et l'indice de qualité des services de PF. Ces indices ont été calculés en modifiant les outils proposés par l'OMS pour mesurer la préparation et la disponibilité des services [30].

L'indice de disponibilité était basé sur 3 critères. La FOSA devait répondre à ces trois critères pour être considérée comme étant une FOSA offrant les services de PF :

1. **Infrastructure** : existence d'une salle dans laquelle les services de PF (et les autres) sont fournis, garantissant le respect de la confidentialité et de la vie privée des clients ;
2. **Personnel** : existence d'un personnel de santé affecté aux services de PF ;
3. **Utilisation des services** : preuve de la fréquentation des services de PF par les clients, basée sur des statistiques de service (au moins un client répertorié comme ayant obtenu des services de PF au cours des 6 mois précédant l'enquête).

L'indice de qualité s'appuie sur le modèle de qualité des soins médicaux établi par Donabedian [31]. Selon ce modèle, la qualité des soins est jugée sous trois aspects : la structure des soins en termes d'intrants, de matériel, du personnel, du financement et de la structure organisationnelle ; les processus utilisés pour dispenser les soins (c.-à-d. les normes de soins); et les résultats. L'indice de qualité utilisé dans cette étude était basé sur 4 éléments :

1. Présence d'au moins 1 membre du personnel formé à la PF au cours des 2 années précédant l'enquête ;
2. Existence de directives concernant la prestation de services de PF (manuel d'instructions ou de normes imprimé) ;
3. Disponibilité d'au moins 3 types de méthodes contraceptives le jour de l'enquête (en particulier les 3 méthodes les plus largement utilisées par les clients, d'après les données de l'EDS 2013-2014, c.à.d. les préservatifs masculins, les pilules contraceptives orales combinées, et contraceptifs injectables) ;
4. Disponibilité d'un tensiomètre pour mesurer la pression artérielle, ce qui est souhaitable lors de la prescription de certaines méthodes de contraception.

Ces éléments portaient principalement sur la première dimension de la qualité des soins telle que définie par Donabedian, axée sur la structure des soins. La deuxième dimension de Donabedian, les normes de soins, a été prise en compte dans notre index en observant l'existence de directives de prestation de services de PF. Étant donné que les éléments inclus dans notre indice comprenaient une mesure modeste de la qualité, seules les FOSA répondant aux quatre critères ont été classées dans la catégorie «qualité élevée». Si un ou plusieurs de ces critères n'étaient pas remplis, la qualité des soins était jugée «médiocre». Les variables indépendantes comprenaient l'instance gestionnaire de la FOSA (publique ou privée), sa localisation (urbaine ou rurale), le type de FOSA (hôpital, CSR, CS ou PS) et la province. Avant de procéder à des analyses statistiques, toutes les FOSA non étatiques étaient regroupées sous le label "privé", quelle qu'en soit la nature (privée à but lucratif ou non, FOSA gérées par l'église, etc.).

Avant 2015, la RDC comptait 11 provinces. En 2015, les provinces ont été subdivisées pour un total de 26 provinces. Cette analyse est basée sur les 11 provinces existantes au moment de la collecte des données.

Collecte et analyse des données

Dans chacun de 38 pools, 2 prestataires de soins évoluant dans les FOSA non sélectionnées pour l'étude étaient recrutés et formés par des superviseurs venus de Kinshasa en tant qu'enquêteurs pour l'étude. Ils ont visité toutes les FOSA sélectionnées dans le pool et ont collecté les données au moyen d'interviews structurées avec des gestionnaires des FOSA et les responsables des services de PF. Le premier intervieweur posait des questions et enregistrait les réponses sur un formulaire papier tandis que le deuxième intervieweur simultanément enregistrait les informations sur un formulaire électronique à l'aide d'un ordinateur portable. Une fois l'entrevue terminée, les 2 intervieweurs résolvaient les divergences entre les deux formulaires. Les enquêteurs ont également examiné les documents et directement observé l'aspect de la FOSA (par exemple, compter les produits contraceptifs en stock, analyser les registres d'utilisation de contraceptifs, la disponibilité des directives de prestation de services et l'apparence de la salle de consultation). Les superviseurs ont revisité 10% de FOSA pour valider les données. Les données ont été saisies en utilisant CSPro 5.0, en utilisant une double entrée pour le contrôle de la qualité. Toutes les données ont été pondérées par strate avant les analyses. Les données ont ensuite été exportées vers Microsoft Excel 2010 pour produire des graphiques. SPSS Statistics version 21.0 et WINPEPI version 11.54 ont été utilisés pour l'analyse et pour tester les différentes associations. Les indices de disponibilité de la PF et de la qualité des services ont été calculés sous-forme de proportion de toutes les

FOSA. Le test du khi-carré de Pearson ou le test exact de Fisher (selon le cas) ont été utilisés pour tester l'association de différentes variables. Les rapports de cotes (OR) ont permis de mesurer la taille de l'effet d'associations spécifiques. Toutes les hypothèses ont été testées en utilisant le niveau de signification alpha de 0,05.

Considérations éthiques

L'étude était examinée et approuvée par le comité national d'éthique. L'équipe de recherche a obtenu les autorisations des autorités sanitaires nationales et provinciales avant l'enquête. Les données ont été collectées anonymement, après avoir obtenu le consentement éclairé des participants.

C. Résultats

Au total, 1555 FOSA sur les 1568 incluses dans l'échantillon (99,2%) ont été enquêtées avec succès dans les 11 anciennes provinces de la RDC. Les 13 FOSA pour lesquelles les données n'ont pas été collectées ont été extrêmement difficiles d'accès, certains nécessitant l'utilisation d'un canoë motorisé.

Disponibilité des services de planification familiale

Sur les 1555 FOSA enquêtées, 33,0% offraient les services de PF, comme l'indique l'indice de disponibilité (disponibilité d'un local pour la fourniture de services de PF, existence du personnel affecté à ce service et preuve de l'utilisation du service par les clients à partir des statistiques).

Tableau 4.1.1.1. Pourcentage de formations sanitaires disposant de services de planification familiale, tels que définis par l'indice de disponibilité^a, RDC, 2014 (N = 1555)

Variables	Nbre FOSA	Offre de la PF ^a (n, %)		OR (95% IC)	Probabilité
		Oui	Non		
Total	1555	513 (33,0)	1042 (67,0)	-	-
Type					
Hôpitaux	433	230 (53,1)	203 (46,9)		<0,001
Centres de santé de référence	244	94 (38,5)	150 (61,5)		
Centres de santé	498	155 (31,1)	343 (68,9)		
Postes de santé	380	34 (8,9)	346 (91,1)		
Instance gestionnaire				1,10 (0,89 - 1,37)	0,37
Publique	872	296 (33,9)	576 (66,1)		
Privée	683	217 (31,8)	466 (68,2)		
Localisation				1,35 (1,06 - 1,72)	0,016
Urbaine	367	140 (38,1)	227 (61,9)		
Rurale	1188	373 (31,4)	815 (68,6)		

^a Index de disponibilité: (1) disponibilité d'une salle pour la fourniture de services de planification familiale; (2) existence de personnel affecté aux services de planification familiale; et (3) la preuve que les clients ont utilisé les services de planification familiale à partir de statistiques sur les services.

Les hôpitaux étaient plus susceptibles de proposer les services de PF (53,1%) que les CSR (38,5%), les CS (31,1%) ou les PS (8,9%) et ceci de façon statistiquement significative ($p < 0,001$). La disponibilité de la PF était également nettement plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales (OR= 1,35 ; 95% IC, 1,06 - 1,72 ; $p = 0,02$). En revanche, il n'y avait pas de relation entre la disponibilité de la PF et le fait que la FOSA évoluait dans le secteur public ou privé (OR=1,10 ; 95% IC, 0,89 - 1,37 ; $p = 0,37$).

Comme le montre la figure 4.1.1.1., la disponibilité des services de PF était inégalement répartie à travers le pays. Les provinces ayant les pourcentages les plus élevés sont le Sud-Kivu (81%) et le Nord-Kivu (60%), contrairement à la province Orientale (15%), au Bandundu (18%), à l'Équateur (21%) et au Kongo Central (28%) où la PF était moins disponible. Cette figure indique aussi que le pourcentage des FOSA au niveau national et dans chaque province ayant au moins trois méthodes contraceptives disponibles (ce qui indique la disponibilité d'un plus grand choix) était faible par rapport à celles ayant moins de trois méthodes. Au niveau national, parmi les 33% des structures sanitaires dotées de services de PF, la majorité disposaient de moins de 3 méthodes (19%), tandis que 14% disposaient de 3 méthodes contraceptives ou plus. Le Sud-Kivu et le Nord-Kivu ont présenté le pourcentage le plus élevé de FOSA ayant au moins 3 méthodes contraceptives, à la différence du Bandundu, de l'Équateur et de la Province Orientale (avec 5% de FOSA ou moins disposant de 3 méthodes ou plus).

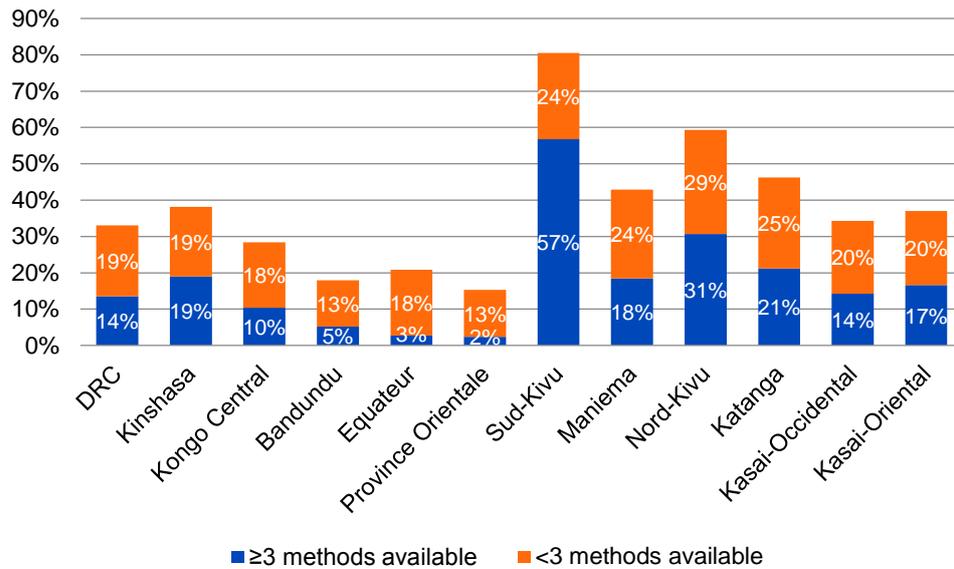


Figure 4.1.1.1. Pourcentage de FOSA offrant des services de planification familiale par province, ventilés par 3 méthodes disponibles et plus, RDC, 2014 (N = 1555)

La disponibilité relative de différentes méthodes contraceptives est clairement illustrée à la figure 4.1.1.2. Sur un total de 1555 FOSA enquêtées, les trois méthodes les plus couramment disponibles étaient les préservatifs (28%), les contraceptifs oraux combinés (23%) et les contraceptifs injectables (19%). D'autres méthodes disponibles dans moins de 10% des FOSA étaient le dispositif intra-utérin (DIU), la contraception d'urgence et la stérilisation féminine et masculine. La disponibilité de méthodes spécifiques était plus élevée dans les structures sanitaires privées que dans les structures publiques pour les implants, les DIU, la contraception d'urgence et la stérilisation féminine, mais elle n'était pas très différente pour les autres méthodes (données non présentées).

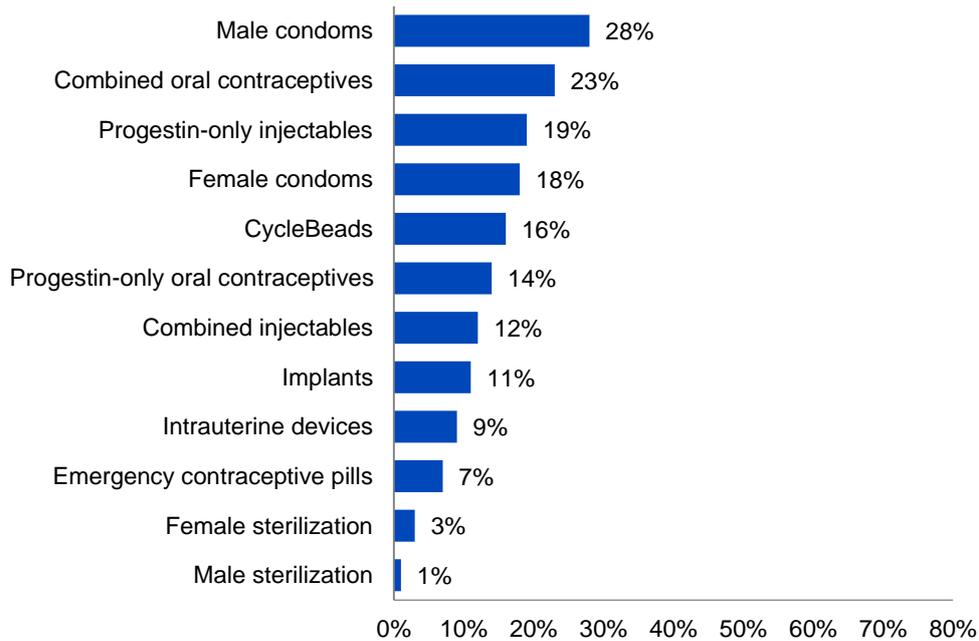


Figure 4.1.1.2. Pourcentage de formations sanitaires ayant des méthodes contraceptives spécifiques en stock au moment de l'enquête, RDC, 2014 (N = 1 555 FOSA^a)

^a Les données sont basées sur l'échantillon complet de 1555 FOSA enquêtées, et non sur le sous-ensemble pour lequel des services de PF étaient disponibles, tels que définis par l'indice de disponibilité.

Qualité des services de PF parmi les 513 FOSA disposant de services de PF

Dans cette analyse, nous avons développé un indice de qualité basé sur 4 éléments pour les 513 FOSA proposant des services de PF. Comme le montre la figure 4.1.1.3, un peu plus de la moitié de ces structures sanitaires avaient des directives de prestation de services (53%) et du personnel formé en PF (51%). La grande majorité (85%) avaient un tensiomètre en bon état et environ 65% avaient au minimum des

préservatifs masculins, des pilules contraceptives orales combinées et des contraceptifs injectables. Cependant, seulement une FOSA sur 5 (20%) remplissait les 4 critères de qualité et satisfaisait donc à la norme de bonne qualité des services de PF.

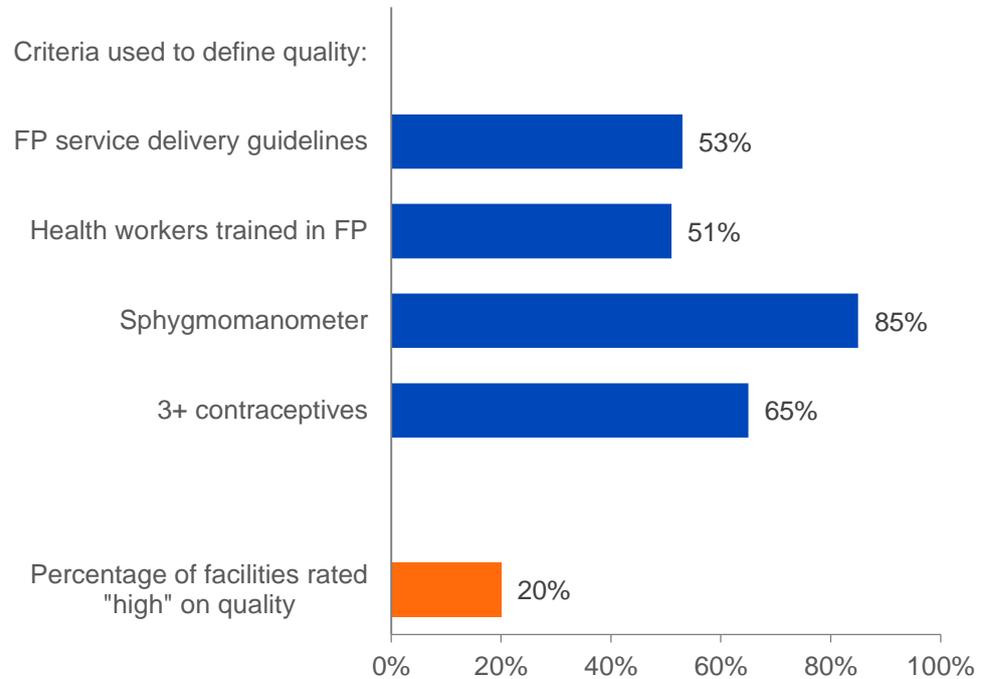


Figure 4.1.1.3. Pourcentage de FOSA disposant de services de planification familiale répondant aux critères de bonne qualité, par élément et en total, RDC, 2014 (N = 513)

Les résultats sur la qualité de la PF montrent des différences marquées d'une province à l'autre (figure 4.1.1.4). Les FOSA affichant les pourcentages les plus élevés de l'offre de PF de haute qualité se trouvent à Kinshasa (44,0%), au Sud-Kivu (40,0%), au Nord-Kivu (29,0%) et au Kasai Occidental (28,0%). En revanche, dans les provinces restantes, 17% de FOSA ou moins ont été jugées de haute qualité dans l'offre de la PF.

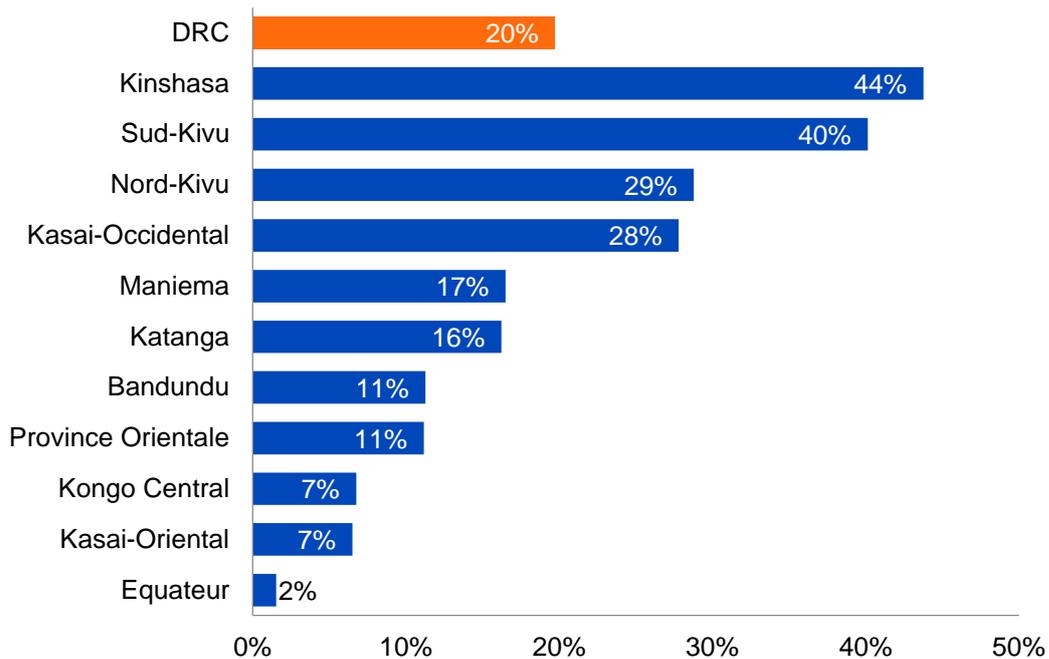


Figure 4.1.1.4. Pourcentage de FOSA disposant de services de planification familiale de bonne qualité à l'échelle nationale et par province, RDC, 2014 (N = 513)

^a Les FOSA étaient considérées comme fournissant des services de PF de haute qualité s'elles répondaient aux 4 critères de l'indice de qualité: (1) la disponibilité d'au moins un membre du personnel formé en PF au cours des deux années précédentes; (2) l'existence de directives de prestation de services de PF; (3) la disponibilité, au minimum, de préservatifs masculins, de pilules contraceptives orales combinées et de contraceptifs injectables; et (4) la disponibilité d'un tensiomètre.

D'après les résultats du tableau 4.1.1.2, le pourcentage de structures de soins considérées comme offrant des services de PF de haute qualité était nettement plus élevé en milieu urbain (35,1%) qu'en milieu rural (14,8%). Les FOSA du milieu urbain étaient trois fois plus susceptibles d'offrir les services de PF de haute qualité que celles du milieu rural (OR=3,12 ; 95% IC, 1,98 - 4,90 ; $p < 0,001$). Cependant, les FOSA publiques étaient moins susceptibles d'offrir les services de PF de qualité par rapport aux FOSA

privées (OR= 0,59 ; 95% IC, 0,38 - 0,91 ; p=0,02). Enfin, la qualité de l'offre de la PF était la plus élevée dans les hôpitaux (27,5%) que dans les CSR (18,1%), les CS (14,8%) et les PS (0%). Cette différence était statistiquement significative (p<0,001).

Tableau 4.1.1.2. Qualité des services de planification familiale par caractéristiques des FOSA, RDC, 2014 (N = 513)

Variables	Qualité des services de PF		OR (95% IC)	Valeur P
	Elevée (n,%)	Faible (n,%)		
Types			-	<0,001
Hôpitaux	63 (27,5)	166 (72,5)		
Centres de santé de référence	17 (18,1)	77 (81,9)		
Centres de santé	23 (14,8)	132 (85,2)		
Postes de santé	0 (0,0)	35 (100,0)		
Instance gestionnaire			0,59 (0,38 - 0,91)	0,02
Publique	48 (16,4)	245 (83,6)		
Privée	55 (25,0)	165 (75,0)		
Localisation			3,12 (1,98 - 4,90)	<0,001
Urbaine	47 (35,1)	87 (64,9)		
Rurale	56 (14,8)	323 (85,2)		
RDC	103 (20,1)	410 (79,9)		

Le nombre de méthodes disponibles dans les services de PF est important car il sert d'indicateur du choix que les clients ont à faire (plus il y en, mieux ça vaut). Les 513 structures disposant de services de PF disposaient d'un nombre moyen de méthodes 3,0 (Tableau 4.1.1.3). Ce nombre était plus élevé dans les CSR (4,9) et les hôpitaux nationaux ou provinciaux (4,7) que dans les CS ou les PS (1,6).

Tableau 4.1.1.3. Nombre de méthodes contraceptives proposées par type de formations sanitaires, RDC, 2014 (N = 513)

Nbre des methods contraceptives	Types de formations sanitaires (%)*			
	Hôpitaux nationaux et provinciaux (n=10)	HGR et CSR (n=217)	CS et PS (=286)	Toutes les FOSA (N=513)
0	30,0	34,8	67,9	53,4
1-2	20,0	4,6	6,3	5,7
3-4	0,0	5,4	8,8	7,3
≥5	50,0	55,2	17,1	33,6
Nombre moyen	4,7	4,9	1,6	3,0

* En RDC, les hôpitaux sont classés en 3 catégories : les hôpitaux nationaux, provinciaux et des hôpitaux généraux de référence (hôpitaux des ZS)

D. Discussion

Cette étude a montré le manque criant de l'offre des services de PF de qualité en RDC. Les services de PF étaient disponibles dans seulement une FOSA sur trois. Et parmi ces FOSA, seulement une sur 5 ont été jugées comme offrant des services «de haute qualité». Ces résultats confirment ceux trouvés en 2012 par le biais de la cartographie des parties prenantes en santé maternelle, néonatale et infantile, qui a également révélé que les services de PF n'étaient disponibles que dans environ un tiers des structures sanitaires [32].

Les besoins non satisfaits en matière de PF en RDC sont élevés chez les femmes en union et les femmes sexuellement actives qui ne sont pas en union [4, 33]. La faible disponibilité et la qualité des services de PF relevée dans cette étude mettent en évidence la nécessité pour le pays

d'améliorer la disponibilité et l'accès aux services afin de mieux répondre à la demande de PF.

En outre, nous avons constaté que les services de PF sont plus disponibles dans les hôpitaux que dans les CS, dans les zones urbaines que dans les zones rurales de la RDC. Ces différences pourraient expliquer la persistance d'une faible prévalence de la contraception moderne de 8% dans le pays, avec des disparités importantes entre les zones urbaines (15%) et rurales (5%) et entre les provinces [4, 32]. En RDC, la majorité de la population vit dans des zones rurales où les soins de santé sont principalement fournis par les CS. Dans cette étude, la majorité des provinces qui comptaient un pourcentage plus élevé de FOSA dotées de services de PF (Sud-Kivu, Nord-Kivu, Katanga, Maniema, Kinshasa et Kasai-Oriental) font partie de celles qui comptent un grand nombre de zones urbaines ou des villes.

Le Plan stratégique national multisectoriel pour la PF 2014-2020 en RDC définit la qualité des services de PF comme «élevée» lorsqu'un établissement de soins compte au moins un personnel formé en PF et fournit une gamme variée de méthodes de contraception, comprenant au moins 3 types différents de méthodes contraceptives dont une méthode à longue durée d'action, une méthode à action courte et une méthode naturelle [28]. En examinant spécifiquement le nombre de méthodes disponibles, nous avons constaté que 14% des FOSA enquêtées dans notre étude utilisaient au moins 3 types différents de méthodes de contraception; bien que le minimum de 3 méthodes requises dans notre étude soient toutes des méthodes à courte durée d'action (préservatifs, pilules et produits injectables), cette définition est conforme aux normes proposées par le Programme national de santé de la reproduction [34]. Peu de FOSA

disposent d'une gamme variée des méthodes contraceptives ; cependant, bien que ce chiffre soit encore faible, il semble néanmoins que des progrès aient été accomplis au cours des deux dernières années, le pourcentage des FOSA proposant au moins trois types de méthodes contraceptives passant de 6% dans l'étude de cartographie de 2012 [32] à 14% dans notre étude.

Les préservatifs masculins, les pilules contraceptives orales combinées et les contraceptifs injectables progestatifs étaient les méthodes les plus disponibles dans les FOSA de notre étude; ces résultats sont similaires à ceux trouvés dans l'étude sur la cartographie des parties prenantes de 2012 ainsi que par Utoo et col. au Nigéria [32, 35]. Nous pensons que la prédominance des préservatifs mise en évidence dans ces études pourrait être due à leur utilisation dans d'autres programmes tels que le programme de lutte contre l'infection à VIH et les programmes de contrôle des infections sexuellement transmissibles. En revanche, d'autres études récentes ont révélé la grande popularité des contraceptifs réversibles à action prolongée dans plusieurs pays d'Afrique et d'Asie. Par exemple, Jesse Rattan et col., faisant état d'une initiative visant à accroître la disponibilité, la qualité et l'utilisation de contraceptifs dans les zones touchées par la crise au Tchad et en RDC, ont constaté une augmentation spectaculaire et soutenue de l'utilisation des implants et des DIU; ces méthodes sont devenues parmi les méthodes les plus utilisées dans les deux pays [36]. De même, Munroe et col., utilisant des données de programmes de franchise social dans 17 pays d'Afrique et d'Asie (la RDC non comprise), ont montré que la majorité des clients choisissaient les méthodes réversibles à longue durée d'action [37]. Rattan et ses collègues ont décrit la prédominance de l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action dans un projet d'intervention basé à l'Est de la RDC

lors de la dernière crise humanitaire ; ce contexte explique probablement la différence entre la bonne disponibilité des méthodes contraceptives à longue durée d'action dans cette étude à l'opposé de leur faible disponibilité constatée dans notre étude. Dans notre étude, un plus grand pourcentage de structures sanitaires privées, contrairement aux structures publiques, ont proposé des méthodes contraceptives de longue durée d'action. Les FOSA privées fournissent donc une part importante des services de PF en RDC, d'autant plus que les femmes en âge de procréer qui sont sexuellement actives préfèrent de plus en plus les contraceptifs de longue durée d'action, par rapport aux méthodes à action courte. Pour atteindre l'objectif de 19% de la prévalence contraceptive moderne énoncé dans le Plan stratégique national multisectoriel de planification familiale 2014-2020 [28], le gouvernement devrait renforcer le partenariat avec les prestataires privés, en dépit du fait que les structures sanitaires privées sont réparties de manière inéquitable entre les zones urbaines et urbaines [38].

Nous avons également montré que les FOSA situées en milieu urbain étaient plus susceptibles que celles situées en milieu rurales de respecter les normes de qualité, tout comme les FOSA privées lorsqu'on les compare aux FOSA publiques. La qualité de la PF se détériorait lorsqu'on progressait dans la pyramide sanitaire, en allant des hôpitaux vers les PS. Ces résultats sont cohérents avec ceux de l'étude multicentrique de Hutchinson et col. au Ghana, au Kenya et en Tanzanie, qui ont montré que la qualité de la PF proposée par les prestataires privés était meilleure que celle proposée par les prestataires publics [25], en particulier lorsque l'on comparait les FOSA de premier contact. Les utilisateurs des structures de soins privées ont apprécié les temps d'attente courts et la rareté des

ruptures de stocks d'intrants [24, 25]. Ces résultats corroborent la conclusion selon laquelle les services de santé sous la responsabilité directe des administrations publiques posent souvent des problèmes de mauvaise gestion des ressources.

Kayembe et col. ont indiqué en 2015 que la capacité des FOSA de Kinshasa, la capitale de la RDC, à fournir des services de PF de qualité s'était améliorée entre 2012 et 2013, les cliniques offrant des services de PF de meilleure qualité que les hôpitaux et les CS [39]. Le nombre d'années d'exploitation et le nombre de méthodes disponibles étaient liés à ces améliorations. Peu de cliniques sont intégrées dans le SNIS de la RDC, ce qui a eu pour effet la réduction du nombre des cliniques incorporées dans notre échantillon. D'après nos chiffres, nous avons constaté que seulement 44% des FOSA de Kinshasa respectaient la norme de qualité, contre 68% des cliniques dans le rapport Kayembe. La différence est probablement due aux différences dans la manière dont la qualité a été mesurée entre les 2 études et la différence dans les approches d'échantillonnage utilisées.

La faible disponibilité et la qualité de la PF sont parmi les principales raisons de la faible prévalence de la contraception en RDC, mais pas les seules. La demande de PF parmi la population doit également être prise en compte. Par exemple, la majorité de la population en RDC est influencée par des chefs religieux dont certains s'opposent souvent à la PF. En outre, dans les pays en développement en général et en RDC en particulier, de nombreuses personnes ont un point de vue «pro nataliste» et hésitent donc à recourir à la PF. Pour améliorer l'accès à la PF et son utilisation, les responsables de la santé doivent prendre en compte les considérations à la fois d'offre et de demande.

Forces et limites de l'étude

Cette étude est la première à évaluer les progrès accomplis pour améliorer l'accès et la qualité des services de PF à l'échelle nationale en RDC. En outre, elle était méthodologiquement plus solide que la cartographie des parties prenantes précédente de 2012 en raison de la technique d'échantillonnage utilisée, qui impliquait une stratification par province et par type de FOSA, ce qui a entraîné une plus grande représentativité de tous les types de FOSA. En outre, l'un des points forts de cette étude réside dans le fait qu'elle a utilisé une stratégie d'échantillonnage systématique et collecté des données représentant l'ensemble du pays, en dépit de difficultés importantes dans ce contexte.

La collecte de données pour cette étude a couvert environ 10% des FOSA intégrées au SNIS de la RDC. La principale limitation tient au fait que l'échantillonnage excluait les structures de soins non intégrées au SNIS, ce qui aurait pu entraîner un biais de sélection, conduisant à une surestimation de la disponibilité et de la qualité des services de PF. Cependant, nous pensons que les FOSA qui ne sont pas intégrées au SNIS reçoivent moins de soutien et que, par conséquent, la disponibilité et la qualité des services de PF risquent d'y être médiocres. D'autre part, nous n'avons pas pris en compte certaines pratiques, telles que l'utilisation de hangars pour la fourniture de services de PF (un site extérieur avec seulement un toit), dans le calcul de l'indice de disponibilité des services de PF car la confidentialité et la vie privée des clients serait difficile, voire impossible, dans ces circonstances. De plus, les pharmacies - la principale source de contraception dans les études EDS 2007 et 2013-2014 - ont été exclues de cette étude. Ces faits peuvent avoir entraîné une sous-estimation de la disponibilité des services de PF. Enfin, la mesure de la

qualité était basée sur la disponibilité des pilules, des préservatifs et des contraceptifs injectables, car ils étaient les méthodes les plus largement rapportées. Cependant, d'autres études de ce type incorporent n'importe quel type de méthodes contraceptives modernes, pas seulement les trois que nous avons considéré dans cette étude.

E. Conclusion

La disponibilité et la qualité des services de PF en RDC restent faibles. Les services de PF sont répartis de manière inéquitable dans tout le pays, avec une meilleure disponibilité dans les zones urbaines que dans les zones rurales et des différences importantes entre les provinces concernant la disponibilité de la PF. Bien que des efforts aient été faits pour améliorer la disponibilité des services de PF dans certaines zones rurales, étant donné le grand nombre de ZS rurales pour lesquelles il n'existe toujours pas d'interventions de PF, les services sont plus disponibles dans les zones urbaines que dans les zones rurales où la population vit. Les FOSA privées sont susceptibles de fournir des services de PF de meilleure qualité que les FOSA publiques. Les autorités sanitaires devraient œuvrer au renforcement du partenariat public-privé afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins de PF.

F. Références

1. World Health Organization (WHO) et al. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008. Geneva: WHO, 2010.
2. World Health Organization. Unicef, UNFPA. Maternal mortality in 1995: estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA. Geneva, 2001: pages 1-56
3. World Bank. World Development report: Investing in health. Washington, DC. 2007
4. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville (MD): ICF International; 2014. Co-published by MPSMRM and MSP. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>
5. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet*. 2006;367(9516):1066-1074. Medline doi:10.1016/S0140-6736(06)68397-9
6. Clark SL, Belfort MA, Dildy GA, Herbst MA, Meyers JA, Hankins GD. Maternal death in the 21st century: causes, prevention, and relationship to cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(1):36.e1-36.e5, discussion 91-92, e7-e11. Medline doi:10.1016/j.ajog.2008.03.007
7. Christiansen, Lydia R. MD; Collins, Kim A. MD. Pregnancy-Associated Deaths: A 15-Year Retrospective Study and Overall Review of Maternal Pathophysiology. *American Journal of Forensic Medicine & Pathology*: March 2006 - Volume 27 - Issue 1 - pp 11-19
doi: 10.1097/01.paf.0000203154.50648.33
8. Boerma JT. Maternal mortality in sub-Saharan Africa: levels, causes and interventions. *Ann IFORD*. 1988;12(1):49-68 Medline.

9. Stokoe U. Determinants of maternal mortality in the developing world. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 1991;31(1):8-16. Medline doi:10.1111/j.1479-828X.1991.tb02754.x
10. Koblinsky MA, Tinker A, Daly P. Programming for Safe Motherhood: a guide to action. *Health Policy Plan.* 1994;9(3):252-266. Medline doi:10.1093/heapol/9.3.252
11. Richard F, Witter S, De Brouwere V. Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources. *Studies in Health Services Organisation and Policy*, 25. 2008, ITGPress, Antwerp, Belgium.
12. Bhutta ZA, Darmstadt GL, Hasan BS, Haws RA. Community-based interventions for improving perinatal and neonatal health outcomes in developing countries: a review of the evidence. *Pediatrics.* 2005;115(2)(Supplement 2):519-617. Medline doi:10.1542/peds.2004-1441
13. Fond des Nations Unies pour les Populations. Etat de la population mondiale en 2005. Rapport annuel, pp 1-108.
14. Prual A, de Bernis L. D. Ould El Joud. Rôle potentiel de la consultation prénatale dans la lutte contre la mortalité maternelle et la mortalité néonatale en Afrique subsaharienne. *Gynecol Obstet. Biol Reprod.* 2002;31:90-99. Doi : JGYN-02-2002-31-1-0368-2315-101019-ART14
15. Julia Michalow, Lumbwe Chola, Shelley McGee, Aviva Tugendhaft, Robert Pattinson, Kate Kerber and Karen Hofman. Triple return on investment: the cost and impact of 13 interventions that could prevent stillbirths and save the lives of mothers and babies in South Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:39 DOI 10.1186/s12884-015-0456-916.

16. Gorette Amaral, Diana Greene Foster, M. Antonia Biggs, Carolyn Bradner Jasik, Signy Judd, and Claire D. Brindis. Public Savings from the Prevention of Unintended Pregnancy: A Cost Analysis of Family Planning Services in California. *Health Services Research* 42:5.October 2007. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00702.xd.
17. Amy O. Tsui, Raegan McDonald-Mosley, and Anne E. Burke. Family Planning and the Burden of Unintended Pregnancies. *Epidemiol Rev* 2010;32:152–174. DOI: 10.1093/epirev/mxq012 Advance Access publication: June 22, 2010
18. Starbird E, Norton M, Marcus R. Investing in family planning: key to achieving the Sustainable Development Goals. *Glob Health Sci Pract*. 2016;4(2):191-120. Medline. CrossRef
19. Achyut P, Mishra A, Montana L, Sengupta R, Calhoun LM, Nanda P. Integration of family planning with maternal health services: an opportunity to increase postpartum modern contraceptive use in urban Uttar Pradesh, India. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2016;42(2):107-115. Medline doi:10.1136/jfprhc-2015-101271
20. Lisa S. Dulli, Marga Eichleay, Kate Rademacher, Steve Sortijas. The ophile Nsengiyumvab: Meeting Postpartum Women’s Family Planning Needs through Integrated Family Planning and Immunization Services: Results of a Cluster-Randomized Controlled Trial in Rwanda. *Glob Health Sci Pract* 10.9745/GHSP-D-15-00291, 2016
21. Ministère de la Santé. Stratégie de renforcement du système de santé. 2ème édition. RDC. Mars 2010
22. Ministère de la Santé. Normes d’organisation des Zones de santé. RDC, 2006, pp 11-27
23. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med*. 1994;38(8):1091-1110. Medline doi:10.1016/0277-9536(94)90226-7

24. Hong R, Montana L, Mishra V. Family planning services quality as a determinant of use of IUD in Egypt. *BMC Health Serv Res.* 2006;6(1):79. Medline doi:10.1186/1472-6963-6-79
25. Hutchinson PL, Do M, Agha S. Measuring client satisfaction and the quality of family planning services: A comparative analysis of public and private health facilities in Tanzania, Kenya and Ghana. *BMC Health Serv Res.* 2011;11(1):203. Medline doi:10.1186/1472-6963-11-203
26. Shah NM, Wang W, Bishai DM. Comparing private sector family planning services to government and NGO services in Ethiopia and Pakistan: how do social franchises compare across quality, equity and cost? *Health Policy Plan.* 2011;26(Suppl. 1):i63-i71. Medline doi:10.1093/heapol/czr027
27. Fikru Tafese, Mirkuzie Woldie, Berhane Megerssa. Quality of family planning services in primary health centers of Jimma zone, southwest Ethiopia. *Ethiop J Health Sci.* Vol. 23, No. 3 November 2013
28. République Démocratique du Congo. Planification familiale : Plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020. Kinshasa. Janvier 2014
29. Ministère de la Santé Publique (MSP), Enquête l'Enquête sur la Disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé en République Démocratique du Congo, DSSP/DSNIS, 2014, RDC.
30. World Health Organization. Service Availability and Readiness Assessment (SARA). An annual monitoring system for service delivery. Reference Manual. Geneva, 2015. WHO/HIS/HSI/2014.5 Rev.1
31. Donabedian A. The quality of medical care: a concept in search of a definition. *J Fam Pract.* 1979;9(2):227-284. Medline
32. Ministère de la Santé Publique. Cartographie des interventions et intervenants de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant y compris la planification familiale en RD Congo. Kinshasa. 2012

33. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2007. Rockville (MD): ICF International; 2007. Co-published by MPSMRM and MSP.
34. Ministère de la Santé Publique. Normes et directives sur la planification familiale. Kinshasa. 2012
35. Utoo BT, Mutahir TJ, Utoo PM. Knowledge, attitude and practice of family planning methods among women attending antenatal clinic in Jos, North-central Nigeria. *Niger J Med.* 2010;19(2):214-218. Medline doi:10.4314/njm.v19i2.56524
36. Jesse Rattan, Elizabeth Noznesky, Dora Ward Curry, Christine Galavotti et all. Rapid Contraceptive Uptake and Changing Method Mix With High Use of Long-Acting Reversible Contraceptives in Crisis-Affected Populations in Chad and the Democratic Republic of the Congo. *Global Health: Science and Practice* 2016 | Volume 4 | Supplement 2
37. Erik Munroe, Brendan Hayes, Julia Tafta. Private-sector Social Franchising to Accelerate Family Planning Access, Choice, and Quality: Results From Marie Stopes International, *Global Health.Science and Practice.* 2015 | Volume 3 | Number 2
38. République Démocratique du Congo, Ministère de la Santé. Stratégie de renforcement du système de santé. 2ème édition. Kinshasa, 2010
39. Patrick Kayembe, Saleh Babazadeh, Nelly Dikamba at all. Family Planning Supply Environment in Kinshasa, DRC: Survey Findings and Their Value in Advancing Family Planning Programming. *Global Health: Science and Practice.* 2015 | Volume 3 | Number 4.

4.1.2. Adéquation des services de planification familiale aux besoins des adolescents : résultats d'une étude transversale réalisée dans deux provinces en République Démocratique du Congo

Dieudonné Mpunga Mukendi¹, Faustin Chenge Mukalenge², Mapatano Mala Ali¹, Gilbert Wembodinga Utshudienyema¹

1. Kinshasa School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo (DRC). **2.** Lubumbashi School of Public Health, Faculty of Medicine, University of Lubumbashi, Lubumbashi, DRC.

Ce manuscrit a été publié en décembre 2018 dans la revue scientifique **Health Education and Public Health – Online ISSN: 2631 – 8377 ; DOI: 10.31488 /heph.111**

Abstract**Objective**

The aim of this paper was to assess the adequacy of family planning (FP) services to adolescents' needs in the DRC.

Methods

A cross-sectional study was conducted in 61 health facilities (HFs) providing the FP. The data were collected by interview with managers, direct observation, and document review. The dependent variable was "Uptake of FP by adolescents aged 15-19", a dichotomous variable assessed "1" when the FP was used by at least one adolescent and "0" when no adolescent used the FP during the study period. Independent variables were: wide range of contraceptives methods; audio and visual privacy of FP room; community support (or promotion of FP); FP free or subsidized and No stigmatization (nonjudgmental service provision). The index of availability of adolescent-friendly FP services was calculated; Pearson's chi-square and Odd Ratio were used to test all associations and the logistic regression helped to measure the effect size of specific associations. All hypotheses were verified using the alpha significance level of .05.

Results

About 80.3% of HFs offered FP to adolescents. Most of the contraceptives were offered to adults than to adolescents. Of all facilities, 11.5% were assessed "high friendly", 63.9% as "moderate friendly" and 24.6% as "low friendly" in FP. Overall, uptake of FP by adolescents was reported in 68.9% HFs. However, FP services were less likely to be used by adolescents where there was stigma (OR = 0.019; 95% CI, 0.001 - 0.265;

$p = 0.003$). Likewise, the absence of a diverse range of contraceptive methods made the HFs unlikely to be used by adolescents (OR = 0.030; 95% CI; 0.003-0.285; $p = 0.002$).

Conclusion

Several FP services remain inaccessible to adolescents. The majority of HFs do not meet the criteria needed to provide friendly FP to adolescents. To improve the uptake of FP among adolescents, health authorities need to take into account all elements considered important by teenagers.

Key words: Adolescents, Friendly, Family Planning, Services, DRC

Résumé

Objectif

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'adéquation des services de planification familiale (PF) aux besoins des adolescents en République Démocratique du Congo (RDC).

Méthodologie

Une étude transversale a été menée dans 61 FOSA fournissant les services de PF. Les données étaient recueillies à travers les interviews avec les responsables des structures enquêtées, par l'observation directe et la revue documentaire. La variable dépendante était "*l'utilisation des services de PF par les adolescentes de 15 à 19 ans*", une variable dichotomique prenant la valeur « 1 » lorsque la PF était utilisée par au moins un(e) adolescent(e) et « 0 » quand aucun(e) adolescent(e) n'a utilisé le service pendant la période de l'étude. Les variables indépendantes étaient: gamme de méthodes contraceptives disponibles ; confidentialité/intimité audio et visuelle du service de PF; soutien de la communauté (ou promotion des services de PF); gratuité/subventionnement des soins de PF et absence de stigmatisation de la part des prestataires. L'indice de disponibilité de services de PF adaptés aux adolescents a été calculé. Le test de chi-carré de Pearson et le rapport des cotes (ORs) étaient utilisés pour tester toutes les associations ; la régression logistique a permis de mesurer la force de certaines associations. Toutes les hypothèses ont été vérifiées en utilisant le niveau de signification alpha de 0,05.

Résultats

Environ 80,3% des FOSA offraient les services de PF aux adolescent(e)s. La plupart des contraceptifs disponibles au moment de l'étude étaient plus

proposés aux adultes qu'aux adolescent(e)s. Sur l'ensemble des FOSA, 11,5% ont été jugées «très conviviaux», 63,9%, «modérément conviviaux» et 24,6%, «faiblement conviviaux» dans l'organisation de la PF au bénéfice des adolescent(e)s. Globalement, l'utilisation de la PF par les adolescent(e)s était signalée dans 68,9% des FOSA. Cependant les services de PF où il existait la stigmatisation étaient moins susceptibles d'être utilisés par les adolescents (OR = 0,019; 95%IC, 0,001 - 0,265 ; p=0,003). De même, l'absence d'une gamme variée des méthodes contraceptives rendait les FOSA peu susceptibles d'être utilisés par les adolescents (OR = 0,030; IC95%; 0,003-0,285; p = 0,002).

Conclusion

La majorité des services de PF restent inaccessibles aux adolescent(e)s. En plus, ces services ne répondent pas aux critères de convivialité nécessaires pour en faciliter l'accès et l'utilisation par les adolescent(e)s. Pour améliorer l'utilisation de la PF par les adolescent(e)s, les autorités sanitaires doivent prendre en compte tous les éléments jugés importants par les adolescent(e)s.

Mots clés: Adolescents, Planification familiale, Services, Conviviaux, RDC

A. Introduction

L'avortement non sécurisé est une cause importante, mais évitable, de morbidité et de mortalité maternelles dans le monde, et plus répandue chez les adolescentes dans les pays en développement [1]. Un nombre considérable d'adolescents dans le monde, en particulier dans les pays à faible revenu, subissent les effets pervers de la sexualité précoce et non protégée, tels que les infections sexuellement transmissibles (IST), les grossesses non désirées, les avortements non médicalisés, la morbidité et la mortalité liée à la grossesse, ainsi que ses conséquences sociales et ses coûts économiques [2]. Une récente étude a montré que la santé sexuelle des adolescents peut être recentrée sur trois éléments interdépendants: la reconnaissance des droits sexuels des adolescents, l'éducation et le conseil en matière de sexualité et la fourniture de services confidentiels de haute qualité. Cependant, la fourniture de soins de santé sexuelle et reproductive appropriés aux adolescents reste encore problématique dans certains pays [3].

La PF est l'une des interventions à fort impact pour améliorer les résultats en matière de santé chez les femmes en âge de procréer. La mise en œuvre d'approches novatrices en matière de PF a contribué à l'amélioration du taux de prévalence contraceptive moderne et à la diminution des besoins non satisfaits en PF dans le monde [4]. La mise en œuvre des approches et interventions novatrices auprès des adolescents peut considérablement augmenter l'utilisation des contraceptifs dans ce groupe. Parmi ces approches, on peut citer le renforcement de l'appui communautaire à la fourniture de contraceptifs aux adolescents, la promulgation et l'application des lois et des politiques proposant aux adolescents une éducation à la sexualité et l'utilisation des services de PF, la fourniture de

l'éducation sur la sexualité à l'intérieur et à l'extérieur des écoles, l'adaptation des services de PF aux besoins des adolescents; l'intégration des services contraceptifs dans d'autres services de santé, la fourniture des moyens de contraception par le biais de divers points de vente [5]. Cependant, peu d'avancement est enregistré dans l'accès et l'utilisation des services de PF par les adolescents pour plusieurs raisons [6]. L'extension des interventions correctement mises en œuvre dans le domaine de PF en faveur des adolescents contribue à la prévention des risques de santé liés à la grossesse, à la réduction de la mortalité infantile, à la prévention du VIH / SIDA, à l'amélioration de la capacité d'agir et au renforcement de l'éducation ; à la réduction du nombre de grossesses précoces, au ralentissement de la croissance démographique, à la réduction de la nombre de décès chez les jeunes mères et les nouveau-nés [7, 8]. Une étude a souligné l'accès limité des femmes en âge de procréer à une large gamme de méthodes contraceptives, comme les contraceptifs injectables et les contraceptifs réversibles à action prolongée, dans les FOSA publiques et privées des pays à revenu faible ou intermédiaire. Une telle situation a pour conséquence qu'un nombre important de femmes qui ont l'intention d'utiliser un moyen de contraception n'utilisent pas leurs méthodes de contraception préférées [9]. Pour prévenir les grossesses non désirées chez les adolescentes, une attention particulière devrait être accordée aux éléments spéciaux, tels que le désir de recourir à la contraception, la disponibilité de méthodes contraceptives désirées par les adolescentes, la possibilité d'obtenir une méthode contraceptive de son choix et de l'utiliser.

L'amélioration de la disponibilité des méthodes contraceptives n'entraîne pas automatiquement l'augmentation de leur utilisation et la réduction du

nombre d'avortements parmi les adolescentes [3]. Hormis la disponibilité des contraceptifs, le niveau de connaissances des méthodes contraceptives est encore limité chez les femmes de 15 à 49 ans et chez les adolescents en particulier [5, 8]. Selon une théorie du changement élaborée en 2015, pour être conviviaux en faveur des adolescents, les services de PF devraient répondre à certains critères: prestation de services sans stigmatisation, respect de l'intimité audiovisuelle des adolescents, proposition d'une large gamme de méthodes contraceptives, offre des services gratuits ou fortement subventionnés et soutien communautaire [10]. Malheureusement, les adolescents dans la majorité des pays à faible revenu sont confrontés à certains obstacles pour accéder aux services de PF et aux contraceptifs, principalement en raison de la faible disponibilité de services de haute qualité, à la stigmatisation [11] et aux barrières financières. Pour résoudre ce problème, deux approches étaient utilisées pour offrir les soins de PF ; soit l'offre des soins de PF dans les services de santé destinés aux adolescents et jeunes ; soit l'organisation des services de contraception dans une pièce séparée ou dans un coin dédié aux adolescents au sein des FOSA existantes. Des effets mixtes comme résultats de ces approches innovantes ont été observés [12]. La mise à l'échelle de ces approches était difficile pour certains pays, en particulier en raison de la complexité des programmes et des systèmes de santé et des besoins en ressources, menaçant leur viabilité à long terme [13]. Une revue systématique a permis de mettre en évidence des domaines considérés comme importants par les adolescents lorsqu'ils recherchent les soins en PF. Il s'agit de l'accessibilité géographique et financière aux soins de santé, de l'attitude du personnel soignant et ses compétences médicales, de la communication, des soins axés sur des lignes directrices claires, de

l'environnement adapté à l'âge, de la participation de l'adolescent aux soins, des résultats pour la santé [14] et du respect de la vie privée [13]. De tous ces aspects, celui qui a été souligné comme plus important est le fait que les agents de santé soient gentilles et respectueux, sachant parler et valoriser les adolescents quand ils recherchent des informations [14, 15].

En RDC, la fécondité précoce est encore élevée, estimée à 138 ‰ parmi les adolescentes de 15 à 19 ans. La prévalence contraceptive moderne est faible à l'échelle nationale, aussi bien chez les adolescentes (5,0%) que chez toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (8,1%) [16]. Une étude menée en 2017 au niveau national a indiqué une faible disponibilité des services de PF (33,0%) et leur répartition non équitable entre les zones rurales et urbaines. Les préservatifs masculins et féminins, les contraceptifs oraux combinés et les contraceptifs injectables étaient les contraceptifs les plus disponibles. Les contraceptifs réversibles à longue durée d'action étaient peu disponibles [17]. Les services de PF sont peu utilisés suite aux obstacles allant des adolescents aux prestataires de soins. L'un de ces obstacles est l'accès financier limité aux soins de santé suite à l'exigence du paiement direct. La plupart des services de santé dont la PF, sont payants aussi bien pour les adultes et que pour les adolescents. Cependant, plusieurs actions pour améliorer l'utilisation des services de PF ont été menées, notamment le soutien du gouvernement aux activités de PF, le renforcement de l'appui communautaire, la distribution communautaire des contraceptifs et l'intensification de la sensibilisation. A ce jour, aucune étude n'a analysé le degré de convivialité des services existants de PF aux besoins des adolescents, aspect qui peut aider à

informer les décideurs. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'adéquation des services de PF aux besoins des adolescents en RDC.

B. Méthodologie

Cadre d'étude

Cette étude était mise en œuvre au niveau opérationnel du système de santé de la RDC, représenté par la zone de santé (ZS). La ZS en RDC couvre une population moyenne de 150.000 habitants et comprend deux types de FOSA obligatoires, les centres de santé (CS) et l'hôpital général de référence (HGR) qui fournissent un paquet de soins bien définis. Toutes les FOSA sont conçues pour fournir des services de santé génésique, dont les soins prénatals (CPN), les accouchements, les soins postnatals (CPoN), la PF, les soins post-avortement, etc. [18]. Au niveau local, plusieurs approches sont utilisées pour offrir la PF, y compris les approches s'appuyant sur les FOSA, la distribution à base communautaire, la stratégie de marketing social utilisant des pharmacies privées, etc. La Stratégie de Renforcement du Système de Santé (SRSS) préconise d'améliorer la prestation des soins et services de santé au sein des CS et des hôpitaux. Une ZS est considérée comme offrant la PF lorsqu'il existe au moins 5 FOSA offrant un service de PF fonctionnel (trois critères: disponibilité d'au moins trois méthodes différentes de PF dont au moins une méthode réversible à action prolongée; personnel formé en PF; disponibilité et utilisation de normes et de directives sur la PF) [19]. Les défis persistants dans la prestation de services de santé génésique se traduisent par une faible prévalence contraceptive moderne, une forte proportion de grossesses non désirées et un taux de fécondité élevé [16].

Conception de l'étude

Une étude transversale était menée de janvier à mars 2018 dans 61 FOSA de la ZS de Gombe Matadi, située dans la province de Kongo Central, et dans trois ZS urbaines de la ville province de Kinshasa (Kisenso, Lemba et Matete). Toutes les FOSA enquêtées offraient les services de PF, selon les rapports de l'année 2017 postés à travers la plate-forme DHIS2 du système national d'information sanitaire (SNIS). Dans chaque FOSA, les données étaient collectées par des interviews avec les gestionnaires des FOSA, l'observation directe et la revue documentaire. Sur base du document des normes d'organisation des ZS, deux groupes de FOSA étaient identifiés, en fonction de leur plateau technique: **le groupe «d'hôpitaux»** constitué de l'HGR de la ZS, des hôpitaux secondaires, des centres de santé de référence (CSR) et de tout autre FOSA à plateau technique élevé ; et **le groupe «des centres de santé»** comprenait toutes les FOSA offrant les activités du paquet minimum d'activités (PMA) des CS [20].

Afin d'identifier les éléments clés pour décider de la «convivialité» des services de PF pour les adolescents, l'équipe de recherche s'est appuyée sur la théorie du changement développée en 2015 par High-Impact Practices in Family Planning (HIPs) [10]. Selon cette théorie du changement, cinq obstacles clés empêchent l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents. Il s'agit de la stigmatisation de la part des prestataires de soins, du manque de confidentialité, du choix limité de méthodes contraceptives, du coût élevé pour accéder aux services de PF et des connaissances limitées des clients. Nous basant sur cette théorie, nous avons développé le modèle conceptuel de l'étude présenté dans la figure 4.1.2.1

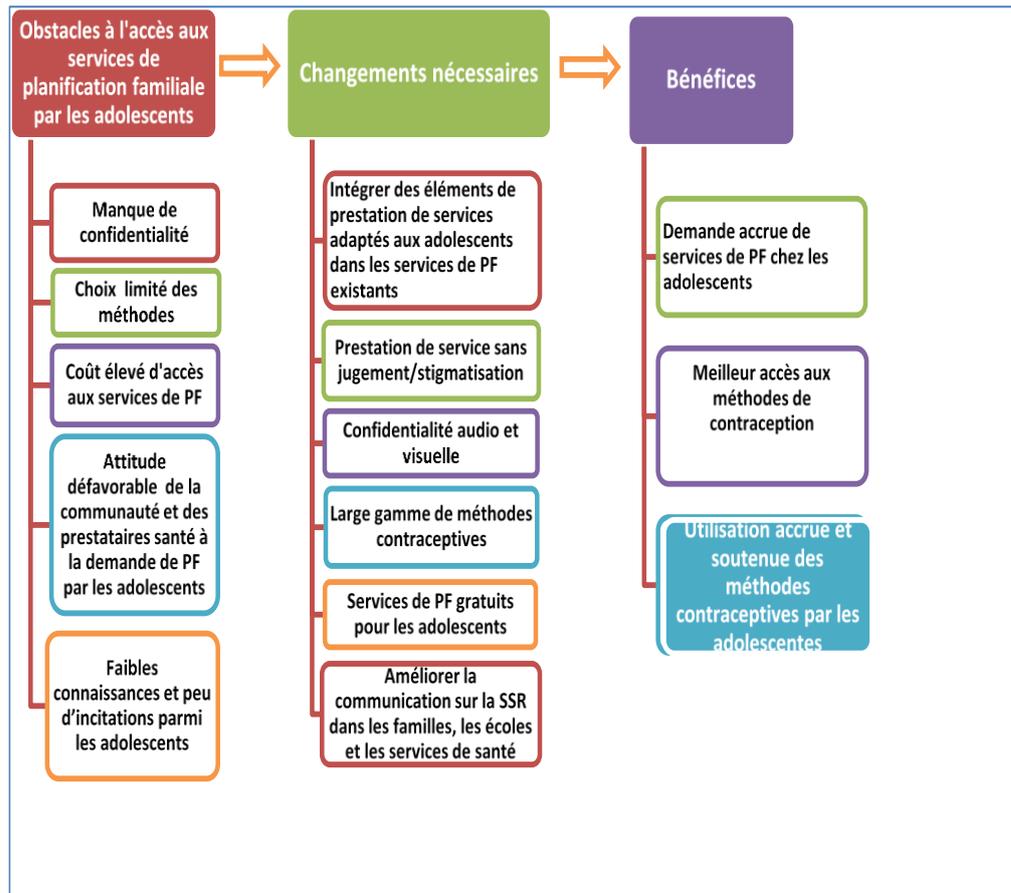


Figure 4.1.2.1. Améliorer l'accès et l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents : cadre conceptuel

Source: les auteurs, en modifiant le modèle de High-Impact Practices in Family Planning (HIP) [10].

Variables dépendante et indépendantes

Variable dépendante

En supposant que seuls les services de PF adaptés aux besoins des adolescents sont utilisés par ceux-ci, notre variable dépendante était «*utilisation du service de PF par les adolescents*». Pour la mesurer dans chaque FOSA, nous avons recouru à l'analyse des registres de PF pour la période allant de juillet à septembre 2017 à la recherche de l'utilisation du service par les adolescent(e)s de 15 à 19 ans. L'utilisation du service de PF était cotée «1» lorsque ce service était utilisé par au moins un(e) adolescent(e) de 15 à 19 ans ; elle était par contre cotée «0» lorsque le service de PF n'était pas utilisé par les adolescents de 15 à 19 ans pendant cette période.

Variables indépendantes

Cinq variables indépendantes dichotomiques étaient utilisées : gamme des méthodes contraceptives disponibles; confidentialité audio et visuelle du service de PF; promotion de la PF; gratuité/subventionnement des services de PF; non stigmatisation.

(1) Large gamme de méthodes contraceptives : si la FOSA disposait d'au moins trois méthodes contraceptives modernes au moment de l'enquête, y compris des méthodes réversibles à action prolongée, la FOSA était cotée «1», ce qui signifie qu'il y a avait la disponibilité d'un nombre important de contraceptifs dans la FOSA. Par contre, chaque structure sanitaire disposant de moins de trois méthodes contraceptives modernes était cotée «0». Dans cette étude, les méthodes contraceptives modernes comprenaient des méthodes

naturelles et artificielles, telles que les pilules (pilules contraceptives orales combinées et pilules contraceptives progestatives), le dispositif contraceptif intra-utérin (DIU), les injectables (injectables progestatifs seuls et injectables combinés), les implants, préservatifs masculins et féminins, pilules contraceptives d'urgence, le collier du cycle, la stérilisation féminine et masculine.

- (2) **Intimité audio et visuelle de la salle de PF:** lorsque la salle de consultation offrait des conditions d'intimité à la fois auditives et visuelles, la structure sanitaire était classée "1"; en revanche, si l'un de ces critères manquait, cette variable était cotée "0".
- (3) **Soutien communautaire (ou la promotion de la FP):** dans cette étude, le soutien communautaire a été recherché à travers l'existence d'une distribution communautaire de contraceptifs dans la zone géographique de la FOSA. Cette approche innovante est conçue pour réduire l'impact des normes sociales et améliorer l'adoption de la PF par les adolescents. Lorsque la structure sanitaire a travaillé avec au moins un distributeur communautaire de contraceptifs, la FOSA était cotée «1»; par contre, lorsqu'il y avait pas de distribution communautaire de contraceptifs, la FOSA était cotée «0»
- (4) **Gratuité/subventionnement des services de PF:** pour améliorer l'accès et l'utilisation du service de PF par les adolescents, la barrière financière doit être levée. Si l'accès à la PF était gratuit ou largement subventionné au sein de la FOSA visitée, celle-ci était cotée «1»; par contre, la structure sanitaire était classée «0» lorsque la PF n'était pas gratuite (c.à.d non subventionnée) pour les adolescents.

(5) **Non stigmatisation (service sans jugement):** la stigmatisation des adolescents lors de la demande des services de PF était évaluée à travers l'examen de l'attitude et opinion des prestataires de soins envers la demande d'information et des méthodes de PF par les adolescents. Pour évaluer cette attitude, nous demandions si le répondant pouvait prescrire inconditionnellement n'importe quelle méthode contraceptive aux adolescents sur leur demande. Ensuite, les intervieweurs confrontaient la réponse obtenue au faciès/attitude de l'interviewé. Lorsqu'une absence de stigmatisation de la part du prestataire de soins était noté, la FOSA était cotée «1»; par contre en cas d'attitude de jugement ou de méfiance de la part du prestataire, la FOSA était cotée «0».

Collecte et analyse des données

La collecte des données était organisée par une équipe d'enquêteurs recrutés parmi les médecins et infirmières des FOSA non sélectionnées pour l'étude. Ils étaient formés par l'investigateur principal, puis ont collecté les données dans les FOSA à travers des entretiens structurés (avec les responsables des FOSA et les responsables des services de PF), une observation directe et une revue des documents. Grâce à cette procédure, les données suivantes ont été collectées: informations générales sur la FOSA, intégration d'éléments de prestation de services adaptés aux adolescents dans les services de PF existants, équipement essentiel et hygiène dans la salle de consultation de PF, disponibilité de méthodes de PF, accessibilité financière aux services de PF par les adolescents, niveau de soutien communautaire (promotion de la PF), attitude des prestataires face à la demande des services de PF par les adolescents. Les enquêteurs ont extrait les données des registres de PF et ont directement observé les

conditions de travail dans les FOSA en mettant l'accent sur les 5 variables indépendantes (comptage des produits contraceptifs en stock, évaluation de la confidentialité audio et visuelle de la salle de PF, évaluation de l'attitude du prestataire envers le demande de PF par les adolescents, observation des matériels de sensibilisation en PF, ect.). Pour mesurer la variable dépendante, nous avons analysé les registres de contraception et compté le nombre de clientes âgées de 15 à 19 ans ayant bénéficié des méthodes de PF du mois de juillet au mois de septembre 2017. Cette approche a également été utilisée pour vérifier la disponibilité et l'utilisation des directives de prestation de services de PF. Environ 10% des FOSA ont été revisitées par le superviseur pour valider les données collectées par les enquêteurs.

Les données ont été saisies à l'aide de CS Pro 7.0, en utilisant une double entrée pour le contrôle de la qualité. Elles ont ensuite été exportées vers SPSS Statistics version 21 et WINPEPI version 11.54 pour les analyses statistiques et les tests des associations. Microsoft Excel 2010 a été utilisé pour produire des graphiques et des tableaux. Nous avons calculé la proportion des FOSA dans lesquelles des éléments de prestation de services adaptés aux adolescents ont été intégrés aux services existants; les FOSA qui avaient au moins trois méthodes contraceptives différentes et celles avec la salle de PF préservant l'intimité visuelle et auditive. Nous avons également calculé la proportion des structures sanitaires dont les services de PF étaient gratuits ou subventionnés; celles où la promotion de la PF était effective et celles dont l'attitude des prestataires était sans stigmatisation. Un indice de disponibilité des services de PF adaptés aux adolescents était calculé. Pour estimer cet indice, une échelle de mesure a été développée, en combinant les cinq variables indépendantes. Le niveau

de disponibilité des services de PF adaptés aux adolescents était considéré comme «élevé» lorsque chacune de 5 variables indépendantes était cotée «1» au sein de la FOSA; il était considéré comme «modéré» lorsque 3 à 4 variables indépendantes étaient cotées «1» au sein de la FOSA; et il était considérée comme «faible» lorsqu'au plus deux variables indépendantes étaient cotées «1» dans la FOSA. Le test du chi carré de Pearson et le rapport des cotes ont été utilisés pour tester l'association de différentes variables. La régression logistique (LR) a permis d'identifier les variables explicatives de l'utilisation des services de PF par les adolescents. Toutes les hypothèses ont été testées en utilisant le niveau de signification alpha de 0,05.

Considérations éthiques

L'étude était examinée et approuvée par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa sous le numéro d'enregistrement ESP/CE/027/2018. L'équipe de recherche a suivi avec succès une formation en ligne sur « la protection des sujets humains participant à la recherche » organisée par le National Institute for Health (NIH). Nous avons obtenu les autorisations des autorités sanitaires nationales, provinciales et locales avant la collecte des données. Les données ont été collectées de manière anonyme, après avoir obtenu le consentement éclairé verbal de tous les participants.

C. Résultats

Au total, 61 FOSA étaient enquêtées avec succès parmi lesquelles 19 (31,1%) provenaient de la ZS de Kisenso, 15 (24,6%) de la ZS de Matete, 15 (24,6%) de la ZS de Gombe Matadi et 12 (19,6%) de la ZS de Lemba. La plupart de FOSA (42,6%) étaient étatiques, 34,4% étaient gérées par

des organisations à but non lucratif ou par les églises et 22,9% appartenaient aux gestionnaires privés à but lucratif. Les CS (82,0%) étaient les FOSA les plus nombreuses. Toutes les structures sanitaires offraient des services de PF au moment de l'enquête. Cependant, 49 (80,3%) fournissaient les services de PF aux adolescents. De l'ensemble des services de PF offerts aux adolescent(e)s, 29 (47,5%) étaient organisés dans les mêmes locaux aussi bien pour les adultes que pour les adolescents tandis que dans 20 FOSA (32,8%) les locaux abritant le service de PF étaient aussi utilisés par d'autres services de santé.

Selon les résultats du tableau 4.1.2.1, sur l'ensemble des FOSA visitées, 46 (75,4%) offraient au moins trois méthodes contraceptives différentes au moment de l'étude, dont toutes les FOSA de la ZS de Lemba (100%), 14 sur 15 (93,3%) FOSA de la ZS de Matete et 15 sur 17 (89,5%) FOSA de Kisenso. La ZS rurale de Gombe Matadi était la moins servie avec 3 sur 15 FOSA (20,0%) offrant au moins trois méthodes contraceptives différentes. En revanche, 92,9% des structures sanitaires privées à but lucratif, 90,5% de FOSA à but non lucratif / confessionnelles et 53,8% des FOSA publiques disposaient d'au moins trois méthodes contraceptives. Le tableau 4.1.2.1 montre également que 90,9% d'hôpitaux et 72,0% des CS offraient au moins trois méthodes contraceptives différentes.

Tableau 4.1.2.1: Répartition des formations sanitaires dotées de méthodes contraceptives par Zone de santé et par l'instance gestionnaire (N = 61)

	Nb. des méthodes contraceptives	
	1 – 2 (N=15 ;%)	≥ 3 (N=46 ;%)
Types de formations sanitaires		
Hôpitaux	1 (9,1)	10 (90,9)
Centres de santé	14 (28,0)	36 (72,0)
Instance gestionnaire		
Gouvernement	12 (46,2)	14 (53,8)
Organisations confessionnelles	2 (9,5)	19 (90,5)
Privé	1 (7,1)	13 (92,9)
Zones de santé		
Gombe Matadi	12 (80,0)	3 (20,0)
Kisenso	2 (10,5)	17 (89,5)
Lemba	0 (0,0)	12 (100,0)
Matete	1 (6,7)	14 (93,3)

Comme le montre le tableau 4.1.2.2, 49 des 61 FOSA (80,3%) ont offert des services de PF aux adolescents âgés de 15 à 19 ans. Environ 20,0% des FOSA organisant la PF n'offrent donc pas ce service aux adolescents non accompagnés. Dans l'ensemble des FOSA le nombre de méthodes contraceptives offertes aux femmes adultes était plus élevé que celui offert aux adolescents. La discrimination entre les adultes et les adolescents concernant l'accès à un grand nombre de contraceptifs était significativement importante pour 7 des 16 méthodes contraceptives modernes analysées: préservatifs masculins (<0,001), implants (0,047), pilules contraceptives d'urgence (<0,001), dispositifs intra-utérins (0,006), contraceptifs oraux progestatifs (0,046), stérilisation féminine (<0,001) et stérilisation masculine (0,012). Aucune différence n'a été trouvée pour le reste des méthodes contraceptives entre les adultes et les adolescents.

Tableau 4.1.2.2 : Formations sanitaires offrant les services de planification familiale aux adolescents de 15 à 19 ans et nombre de méthodes contraceptives disponibles

Variables	Nbre des FOSA offrant les méthodes (N = 61)				Probabilité
	Aux femmes adultes (Nb., %)		Aux adolescents (Nb., %)		
Offrent les méthodes contraceptives	61	100,0	49	80,3	< 0,001
Types de méthodes de planification familiale					
Préservatifs masculins	61	100,0	49	80,3	< 0,001
Implants	48	78,7	38	62,3	0,047
Méthode d'allaitement maternel et aménorrhée	44	72,1	0	0,0	-
Contraceptifs oraux combinés	43	70,5	35	57,4	0,131
Préservatifs féminins	42	68,9	38	62,3	0,446
Pillule contraceptive d'urgence	40	65,6	19	31,1	< 0,001
Progestatifs injectables	39	63,9	35	57,4	0,459
Dispositif contraceptif intra-utérin (DIU)	36	59,0	21	34,4	0,006
Pilule progestative	34	55,7	23	37,7	0,046
Collier du cycle	27	44,3	33	54,1	0,277
Contraceptifs injectables combinés	23	37,7	18	29,5	0,338
Méthode de deux jours (mucus cervical)	23	37,7	14	23,0	0,076
Méthode de température basale	18	29,5	17	27,9	0,841
Stérilisation féminine	15	24,6	NA	-	-
Méthode symptom-thermique	13	21,3	10	16,4	0,487
Stérilisation masculine	6	9,8	NA	-	-

La figure 4.1.2.2 présente les résultats par rapport aux éléments de convivialité des services de PF recherchés dans les FOSA. Parmi les 5 principaux éléments des services de PF adaptés aux adolescents, le plus répandu était la promotion de la PF (93,4%), suivie par la disponibilité d'au moins 3 méthodes contraceptives (73,8%) et la confidentialité audiovisuelle de la salle de PF (70,5%). En revanche, la non stigmatisation des adolescents (50,8%) et la gratuité/subvention des services de PF (44,3%) étaient les éléments les moins répandus. Parmi tous les services de PF qui

étaient visités, 7 (11,5%) ont été évalués comme «services hautement conviviaux», 39 (63,9%) comme «services modérément conviviaux» et 15 (24,6%) comme «services faiblement conviviaux» en faveur des adolescents. Notons que 7 sur 61 FOSA visitées ont réuni en même temps les 5 éléments de convivialité; le reste des FOSA ont réuni entre 1 à 4 éléments de convivialité.

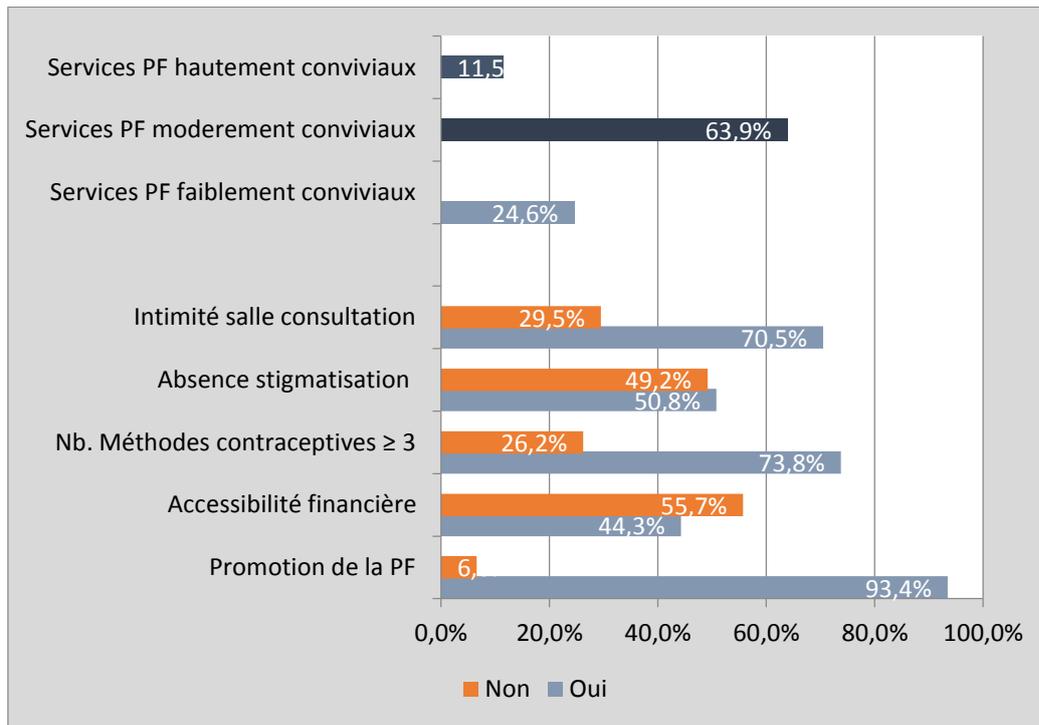


Figure 4.1.2.2 : Niveau de convivialité des services de planification familiale dans les formations sanitaires des provinces de Kinshasa et de Kongo Central (N = 61)

La figure 4.1.2.3 décrit les moyens utilisés par les prestataires pour promouvoir les services de PF. Au-delà de sa disponibilité, l'utilisation de la PF dépend de la manière dont son marketing est effectué. Les principaux moyens utilisés pour faire connaître la PF aux utilisateurs

étaient les suivants : les soins prénatals (CPN), la sensibilisation dans les églises, au moment de l'accouchement, lors des visites à domicile, durant les soins curatifs et les soins post-avortement, à travers les affiches et dépliants, la sensibilisation dans les écoles et les médias. Parmi ces moyens, les plus utilisés par les prestataires étaient la CPN (96,7%) et la sensibilisation dans les églises (93,4%). Les affiches et les dépliants (27,8%), les visites à l'école (11,5%) et les médias (3,3%) étaient les méthodes les moins utilisées.

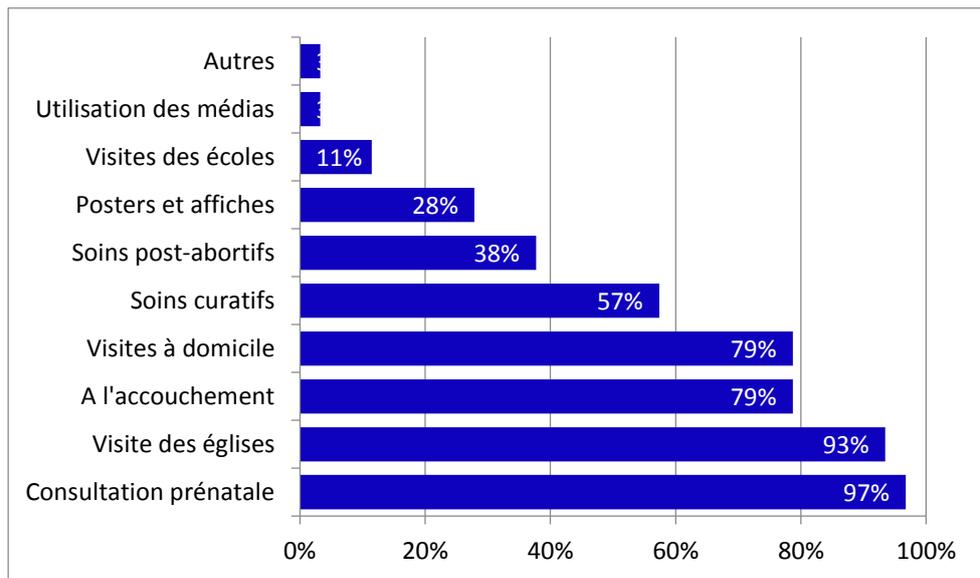


Figure 4.1.2.3 : Méthodes utilisées pour promouvoir la planification familiale dans les formations sanitaires des provinces de Kinshasa et Kongo Central, RDC (N = 61)

Le tableau 4.1.2.3 est axé sur la disponibilité et l'utilisation des méthodes de PF par les adolescents âgés de 15 à 19 ans dans les FOSA visitées, selon certaines variables, telles que les types de FOSA, sa localisation, l'instance gestionnaire, le statut de formation des prestataires en PF et SSR des adolescents. Dans l'ensemble, l'utilisation de la PF par les adolescents

a été signalée dans 42 des 61 FOSA (68,9%). Une différence statistiquement significative était trouvée dans la disponibilité des services de PF en fonction de la localisation de la FOSA. En effet, les FOSA urbaines offraient plus de services de PF que les FOSA rurales (OR= 30,46; 95% IC, 3,69 – 251,68; $p < 0,001$). En se référant à l'instance gestionnaire, le service de PF était plus disponible dans les FOSA gérées par les organisations à but non lucratif (ou les confessions religieuses), suivi par le secteur privé à but lucratif et par le secteur public ($P = 0,0003$). En se basant sur la formation des prestataires de soins en santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescents, une différence dans l'offre de la PF était aussi signalée entre les FOSA: les FOSA ayant les prestataires formés en SSR des adolescents offraient les services de PF aux adolescents, contrairement aux FOSA n'ayant pas de prestataires formés en SSR des adolescents (OR= 17,37; 95% IC, 1,04 – 289,93; $p = 0,007$). Par contre, aucune différence significative n'était notée dans la disponibilité des services de PF entre les hôpitaux et les CS ($P = 0,148$). De même, en se basant sur le statut de formation des prestataires en PF, aucune différence n'était trouvée entre les FOSA ayant des prestataires formés et celles n'en ayant pas (OR=1,87; 95% IC, 0,57 – 6,57; $p=0,335$). Le tableau 4.1.2.3 montre aussi une association entre l'utilisation des services de PF par les adolescents et la localisation des FOSA (OR=4,29 ; 95% IC, 1,39 – 13,24; $p = 0,010$) et l'instance de gestion ($P < 0,001$). En revanche, aucune association significative n'a été trouvée entre l'utilisation de la PF par les adolescents et les types de FOSA (OR=3,81 ; 95% IC, 0,80 – 18,05 ; $p= 0,089$), le statut de formation des prestataires en PF (OR=1,48 ; 95% IC, 0,51 – 4,32 ; $p= 0,478$) et la formation sur la SSR des adolescents (OR=2,31 ; 95% IC, 0,67 – 7,96; $p= 0,189$). Enfin, les

résultats sur ce tableau indiquent globalement que chaque fois que le service de PF était organisé dans une FOSA, celui-ci était utilisé par des adolescents.

Tableau 4.1.2.3: Disponibilité et utilisation de la planification familiale par les adolescents de 15 à 19 ans dans les formations sanitaires de Kinshasa et du Kongo central, RDC

Variables	Disponibilité de la PF pour adolescents (N=61)				Utilisation PF par adolescents (N=61)					
	Oui (Nb, %)	Non (Nb, %)	Probabilité	OR	IC, 95%	Oui (Nb, %)	Non (Nb, %)	Probabilité	OR	IC, 95%
Types des formations sanitaires										
Hôpitaux	14 (22,9)	1 (1,6)	0,148	4,4	0,35 – 34,92	13 (21,3)	2 (3,3)	0,089	3,81	0,80 – 18,05
Centres de santé	35 (57,4)	11 (18,0)				29 (47,5)	17 (27,9)			
Localisation des FOSA										
Urbaine	36 (59,0)	1 (1,6)	< 0,001	30,46	3,69 – 251,68	30 (49,2)	7 (11,5)	0,010	4,29	1,39 – 13,24
Rurale	13 (21,3)	11 (18,0)				12 (19,7)	12 (19,7)			
Instance gestionnaire										
Gouvernement	15 (26,6)	11 (18,0)	< 0,001	-	-	12 (19,7)	14 (22,9)	< 0,001	-	-
Privé non lucrative/Confessionnel	21 (34,4)	0 (0,0)				20 (32,8)	1 (1,6)			
Privés à but lucratif	13 (31,3)	1 (1,6)				10 (16,4)	4 (6,6)			
Formation en planification familiale										
Oui	28 (45,9)	5 (8,2)	0,335	1,87	0,57 – 6,57	24 (39,3)	9 (14,8)	0,478	1,48	0,51 – 4,32
Non	21 (34,4)	7 (11,5)				18 (29,5)	10 (16,4)			
Formation en SSR des adolescents										
Oui	20 (32,8)	0 (0,0)	0,007	17,37	1,04 – 289,93	16 (26,2)	4 (6,6)	0,189	2,31	0,67 – 7,96
Non	29 (47,5)	12 (19,5)				26 (42,6)	15 (24,6)			
Toutes les FOSA	49 (80,3)	12 (19,7)				42 (68,9)	19 (31,1)			

Le tableau 4.1.2.4 présente les principaux résultats obtenus en analysant la variable «utilisation du service de PF par les adolescents» aux 5 variables indépendantes de l'étude. De 5 variables indépendantes testées, les résultats montrent que le recours à la PF était significativement associé à trois variables: confidentialité audio et visuelle de la salle PF (OR= 16,03; 95% IC, 4,30 – 59,77; $p < 0,001$) la non stigmatisation (OR=45,00; 95% IC, 5,58 – 362,87; $p < 0,001$) et la disponibilité d'une large gamme de méthodes contraceptives (OR=28,17; 95% IC, 6,39 – 124,13; $p < 0,001$). Lorsque le service de PF était offert sans stigmatisation, il avait une probabilité 45 fois plus élevée d'être utilisé que lorsqu'il y avait la stigmatisation. De la même manière, les FOSA dont les services de PF disposaient d'un large éventail de méthodes contraceptives étaient 28 fois plus susceptibles d'être utilisés par des adolescents. Lorsque la salle PF garantissait la confidentialité audio et visuelle, le service PF était 16 fois plus susceptible d'être utilisé que lorsque la confidentialité n'était pas garantie. Des facteurs tels que la promotion de la PF ($P = 0,074$) et la gratuité ou subventionnement du service de PF ($P = 0,783$) n'influencent pas l'utilisation du service de PF par les adolescents.

Table 4.1.2.4 : Utilisation du service de planification familiale par les adolescents sur la base de certaines caractéristiques des formations sanitaires

Variables	Utilisation de la PF par les adolescents (N = 61)		OR	IC, 95%	Probabilité
	Oui (Nb., %)	Non (Nb., %)			
Promotion de la PF			0,72	[0,09 – 5,54]	0,074
Oui	39 (68,4)	18 (31,6)			
Non	3 (75,0)	1 (25,0)			
Confidentialité audiovisuelle			16,03	[4,30 – 59,77]	<0,001
Oui	37 (86,0)	6 (14,0)			
Non	5 (27,8)	13 (72,2)			
Non stigmatisation			45,00	[5,58 – 362,87]	<0,001
Oui	30 (98,8)	1 (3,2)			
Non	12 (40,0)	18 (60,0)			
Gamme variée des méthodes			28,17	[6,39 – 124,13]	<0,001
Oui	39 (86,7)	6 (13,3)			
Non	3 (18,8)	13 (81,3)			
Gratuité/subventionnement de la PF			0,61	[0,21 – 1,79]	0,783
Oui	17 (63,0)	10 (37,0)			
Non	25 (73,5)	9 (26,5)			

En ce qui concerne les ressources financières nécessaires pour accéder aux services de PF, une moyenne de 43 FOSA CI95% [23 - 57] offrait des services de PF gratuits, incorporant à la fois l'obtention des conseils et des méthodes contraceptives. De toutes les méthodes contraceptives analysées, les préservatifs masculins et féminins étaient gratuits dans toutes les FOSA. Le reste des méthodes contraceptives étaient proposées à des prix allant de 0,5 USD à 137,5 USD dans les FOSA où le service de PF était lucratif. Parmi les méthodes les plus chères, la stérilisation masculine coûtait 137,5 USD et la stérilisation féminine coûtait 71,6 USD. Toutes les autres méthodes coûtaient 3,7 \$ US ou moins. **(Données non présentées).**

Le tableau 4.1.2.5 résume les résultats de la régression logistique dont le modèle a pris en compte la variable dépendante « utilisation de la PF par les adolescents » et les variables indépendantes susmentionnées. Chacune de ces variables avec pour modalité de réponse '1' lorsque la caractéristique recherchée était présente et '0' lorsque la caractéristique recherchée n'était pas présente. Contrairement aux résultats fournis dans le tableau 4.1.2.4 où trois variables indépendantes étaient individuellement associées à l'utilisation de la PF par les adolescents, ce tableau indique que seulement deux variables indépendantes étaient significativement associées à la variable dépendante. L'utilisation de la PF par les adolescents était significativement influencée par la disponibilité d'une « large gamme de méthodes contraceptives » ($p = 0,002$) et la « l'absence de stigmatisation » ($p = 0,003$). L'existence de la stigmatisation au sein de la FOSA a eu un effet négatif sur l'adoption de la PF par les adolescents ($OR = 0,019$; $95\%IC, 0,001 - 0,265$; $p=0,003$). Ces résultats montrent aussi que lorsque les méthodes contraceptives faisaient défaut dans les FOSA, l'utilisation du service de PF par les adolescents diminuait ($OR = 0,030$; $IC95\% ; 0,003-0,285$; $p = 0,002$).

Tableau 4.1.2.5. Utilisation de la planification familiale par les adolescents ajustée par certaines caractéristiques des services de planification familiale, RDC (N = 61)

Variables	B	Std. Error	Sig.	OR	95% CI
[Large gamme des contraceptifs = 1]	-3,498	1.144	.002	.030	[0.003 - 0.285]
[Non stigmatisation = 1]	-3,956	1.341	.003	.019	[0.001 - 0.265]
Constant	4,632	1.347	.001	102.753	

D. Discussion

Les principaux résultats de cette étude ont montré que seulement 8 sur 10 services de PF étaient proposés aux adolescents âgés de 15 à 19 ans. Alors que la plupart des services de PF des adolescents sont été intégrés dans les services de PF existants, seul un service de PF sur dix a été jugé hautement convivial pour les adolescents. L'utilisation de la PF par les adolescents était significativement associée à la disponibilité d'une large gamme de méthodes contraceptives et à l'absence de stigmatisation. Cette étude a mis en évidence la stigmatisation et la discrimination qui existent entre les adultes et les adolescents pour accéder à une large gamme de méthodes contraceptives les plus populaires.

L'offre de la planification familiale reste insignifiante pour les adultes et les adolescents en RDC

En RDC, des études récentes indiquent que moins de la moitié (40,0%) des FOSA organisent les services de PF. Cette situation rend cette intervention inaccessible à une grande partie de la population [21]. Malgré le fait que les ZS visitées dans cette étude ont plusieurs FOSA qui offrent la PF, il est signalé la persistance de la faible couverture des services de PF à travers le pays. En référence aux documents de politique de santé, est considérée comme offrant la PF toute ZS disposant d'au moins 5 FOSA qui fournissent les activités de la PF. Chaque FOSA doit proposer au moins trois méthodes contraceptives différentes, dont au moins une méthode réversible à longue durée d'action [19]. La disponibilité des services de PF dans les secteurs public et privé reste faible en RDC, malgré le fait que certains progrès aient été observés de 2014 à 2017 [17, 21]. L'augmentation du nombre des FOSA offrant la PF semble

s'accompagner de l'augmentation du nombre de méthodes contraceptives et de leur utilisation uniquement dans les villes. Dans la province de Kinshasa par exemple, le taux de prévalence contraceptive moderne chez les femmes mariées est passé de 18,5% à 26,7% [21]. Cependant, nous avons montré à travers cette étude la faible disponibilité de méthodes contraceptives au sein des FOSA de la ZS rurale de Gombe Matadi. Ces résultats sont cohérents avec les résultats d'autres études, qui ont également mis en évidence les problèmes d'équité dans la distribution de services de PF de qualité entre les régions urbaines et rurales [17]. Peu d'accent est mis sur la répartition équilibrée des services de PF entre les zones rurales et urbaines; les milieux urbains sont souvent privilégiés, alors que dans les pays à faible revenu, la majorité de la population vit en milieu rural.

La faible disponibilité des services de PF est plus accentuée chez les adolescents comme le montre cette étude: une FOSA sur 5 parmi celles qui organisent les services de PF ne fournissent pas ce service aux adolescents. En outre, dans les structures qui souhaitent dispenser la PF aux adolescents, une bonne partie de contraceptifs préférés, tels que les préservatifs masculins, les implants, les pilules contraceptives d'urgence et le dispositif intra-utérin, n'est pas accordée aux adolescents, principalement en raison des fausses idées sur la PF de la part des prestataires. Ce résultat est conforme aux résultats d'une récente étude menée en Angola, qui a également montré un accès limité à un large gamme de méthodes contraceptives, en particulier les contraceptifs injectables et les contraceptifs réversibles à longue durée d'action dans les structures sanitaires publiques et privées [8]. Ces faits, associés à la faible connaissance de la contraception peuvent contribuer à la persistante de la

faible prévalence contraceptive moderne dans certains pays africains à faible revenu.

Selon les résultats d'une récente étude menée en RDC, la mise en œuvre de la PF reste confrontée à de formidables défis, parmi lesquels on peut citer: une situation politique incertaine, des normes culturelles favorisant une fécondité élevée, des problèmes logistiques dans un vaste pays avec des infrastructures pauvres et une faible capacité de la population à payer pour les services de contraception [21]. Alors que le nombre d'études axées sur la disponibilité et la distribution des services de PF augmente, on savait peu de choses sur la proportion de services de PF conviviaux aux adolescents en RDC. Plaider pour la révision des politiques et des lignes directrices; l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité à une gamme variée des méthodes ; une action sur les normes sociales et la fourniture des informations complètes sur la santé génésique sont considérées comme essentielles pour garantir l'accès pour tous les adolescents sexuellement actifs à la contraception [22].

Les services de planification familiale existants ne sont pas adaptés aux besoins des adolescents

Les données des recherches indiquent que les adolescents utilisent les services de santé adaptés à leurs besoins [2]. L'analyse de l'organisation des services de santé génésique dans un pays africain a mis en évidence le manque de services de PF adaptés aux adolescents, principalement en raison du manque de formation du personnel sur les aspects adaptés aux adolescents et du manque d'espace qui leur est dédié [11]. Une étude a montré que les prestataires de services de santé ne disposaient pas de compétences suffisantes pour fournir des conseils et la communication

interpersonnelle aux adolescents qui sont à la recherche du service de PF [23]. Les structures de santé ne semblent pas défendre le droit des adolescents à accéder aux services de PF de manière indépendante ; des cas de violation de la confidentialité ont été signalés [11]. Ces barrières s'ajoutent aux autres goulots d'étranglement mentionnés dans cette étude et contribuent à maintenir la faible utilisation de la PF par les adolescents. Le développement durable des services de contraception adaptés aux adolescents doit poursuivre simultanément leur expansion et leur institutionnalisation. Le plaidoyer complété par un renforcement intensif des capacités peut contribuer à l'institutionnalisation de services de contraception adaptés aux adolescents à travers les documents de politique nationale de santé, qui encourageraient l'adaptation des services existants aux besoins des adolescents [13].

Nous avons montré à travers cette étude qu'une FOSA sur 10 était évaluée comme étant hautement conviviale pour les adolescents, en répondant à tous les critères analysés. Dans un grand nombre des FOSA en RDC, certains obstacles empêchent les adolescents d'utiliser les services. Un tel résultat peut expliquer en grande partie pourquoi les services de PF sont moins fréquentés par les adolescentes non mariées dont le taux de prévalence contraceptive moderne reste faible [16, 24]. La faible proportion de services de PF hautement conviviaux mentionnée dans cette étude est principalement due à la faible accessibilité des services, à la stigmatisation et au manque d'intimité ou de confidentialité en milieu de soins.

Il est reconnu que les obstacles financiers à l'accès aux services de santé constituent un goulot d'étranglement majeur dans l'utilisation de la PF chez les adolescents qu'ils soient des pays à revenu élevé ou ceux à revenu

faible [25]. D'après nos résultats, la majorité des méthodes contraceptives étaient facturées, bien que dans la plupart de cas le montant n'excédait pas 4 \$. Cependant, ce montant est élevé pour la majorité d'adolescents qui devront recourir à leur tuteur pour ce faire. La dépendance financière des adolescents vis-à-vis de leurs tuteurs (parents et autres) pourrait entraver leur autonomie et la décision de recourir aux services de PF en cas de besoin. En RDC, les contraceptifs sont subventionnés, principalement par des ONG internationales et dans une moindre mesure par les pouvoirs publics. Cette action bénéfique pourrait améliorer l'utilisation de la PF par les adolescents si des mécanismes efficaces de suivi et de contrôle des prestataires étaient appliqués. Il est possible que certains contraceptifs actuellement commercialisés soient en fait totalement subventionnés.

La confidentialité audio et visuelle fait partie des éléments qui reflètent la qualité des soins; les adolescents comme les adultes tiennent au respect de leur intimité dans les services de santé [23]. Cependant, si pour garantir la confidentialité, les prestataires de soins en PF ont proposé des services de SSR aux adolescents selon plusieurs approches, il est actuellement recommandé d'intégrer les éléments de confort dans les services de santé existants. Une récente étude a montré que nombreuses autres stratégies utilisées pour améliorer l'accès des adolescents aux services de PF, et principalement axées sur la confidentialité audio et visuelle, étaient inefficaces [26]. Il s'agit notamment des centres des jeunes où même certaines activités récréatives sont souvent organisées. L'utilisation des centres des jeunes n'entraînerait pas une augmentation de l'utilisation des soins de SSR parmi les adolescents [27]. Au-delà de toutes ces barrières, les adolescents attachent une grande importance à la disponibilité d'une large gamme de méthodes contraceptives et à l'absence de stigmatisation

dans les FOSA, minimisant ainsi la faible confidentialité audio et visuelle du local de PF, courante en milieu rural.

Les normes socioculturelles et les tabous autour de l'éducation sexuelle des adolescents constituent les facteurs importants qui empêchent les adolescents d'accéder aux services de santé. Ils contribuent à la peur et à la honte, aux attitudes de stigmatisation des prestataires et à la désapprobation des parents et des leaders communautaires [23]. Selon nos résultats, la moitié des prestataires de soins stigmatisent les adolescents qui recherchent les soins en PF. Cependant, ces résultats contrastent avec le nombre élevé des sessions de mise à niveau en PF que les agents de santé ont reçues et dans lesquelles ils sont censés être formés sur les approches spécifiques pour fournir des soins en PF aux adolescents. La stigmatisation est un véritable obstacle à l'utilisation de la PF. Dans le contexte de la RDC, la stigmatisation s'explique en partie par la persistance de normes sociales défavorables à la demande des services de PF surtout par les adolescents, comme cela est mis en évidence dans d'autres études [21, 23]. La nécessité de tenir compte des normes socioculturelles et des connaissances et attitudes de la communauté a également été soulignée [23].

On ne fait pas davantage pour améliorer l'accès à la planification familiale et son utilisation par les adolescents

Afin d'améliorer l'accès à la PF et la prévalence contraceptive en RDC, le ministère de la santé a mis en place des initiatives prometteuses, telles que le marketing social des contraceptifs subventionnés, suivant les approches traditionnelles (à travers les FOSA) et non traditionnelles (comme la distribution communautaire); et le renforcement des services dans les

FOSA gérées par l'armée. La PF est également institutionnalisée dans les écoles d'infirmières où les élèves font la distribution communautaire des contraceptifs. Si ces initiatives ont entraîné des progrès significatifs et l'amélioration du taux de prévalence contraceptive moderne au niveau national [21], elles semblent peu efficaces chez les adolescentes car n'entraînant pas encore une amélioration soutenue du taux de prévalence contraceptive dans cette catégorie de population. Pour produire des résultats chez les adolescents, les gestionnaires de programmes devraient veiller pour que les actions efficaces au niveau des connaissances soient bien mises en œuvre; cela pourrait inciter les adolescents à demander les services de PF. Les prestataires de soins ont une attitude conservatrice devant les adolescents, ils déclarent être déchirés entre leurs sentiments personnels, les valeurs et croyances culturelles et religieuses et le souhait de respecter le droit des jeunes à accéder et obtenir les contraceptifs [23].

La promotion de la PF est importante pour accroître son utilisation par les femmes âgées de 15 à 49 ans. Dans cette étude, nous avons montré que les prestataires encouragent la PF, principalement à la CPN, en sensibilisant dans les églises, à travers les visites à domicile et pendant l'accouchement. Cependant, la plupart de ces stratégies ciblent les adultes. Ces méthodes peuvent être inefficaces lorsqu'il s'agit d'améliorer l'utilisation de la PF chez les adolescents. Dans ce cas, des méthodes ciblant les adolescents, telles que la sensibilisation dans les écoles et les clubs de jeunes, peuvent être nécessaires. Malheureusement, nous avons constaté que la sensibilisation des adolescents dans les écoles et les médias était la méthode la moins utilisée par les agents de santé. Dans ce contexte, le défi consiste à recourir aux prestataires de soins pour des activités de sensibilisation en dehors des FOSA, particulièrement dans les écoles. Les

FOSA qui n'ont pas de prestataires formés à la SSR des adolescents étaient susceptibles de moins offrir les services de PF aux adolescents. Il est possible d'améliorer la SSR des adolescents avec des coûts relativement faibles, si les services d'éducation sexuelle et de santé sexuelle sont fournis. Chaque année, de nouveaux groupes de jeunes mûrissent, nécessitant de nouveaux efforts [3].

Les problèmes de connaissance des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer sont mieux connus pour avoir des effets négatifs sur la fréquentation des services de PF [23]. Bien que cette étude ne se soit pas concentrée sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des adolescents en matière de PF, les résultats obtenus en croisant le recours des adolescents à la PF et la disponibilité de celle-ci montrent que chaque fois que le service de PF convivial était organisé, il était fréquenté par des adolescents. Il est possible qu'une proportion importante d'adolescents de 15 à 19 ans n'utilise pas leur méthode préférée parmi les méthodes qu'elles connaissent, comme l'ont démontré Nieto-Andrade et al. [6]

Forces et limites de l'étude

Cette étude a le mérite de s'intéresser aux éléments de confort et de qualité, qui peuvent influencer l'utilisation des services de santé en général et ceux de PF en particulier. Les critères utilisés dans cette étude pour juger de la convivialité des services de PF peuvent aussi être appliqués aux adultes souhaitant utiliser les méthodes contraceptives. Cependant, cette étude a certaines limites: elle n'a traité que de l'offre, sans analyser profondément la demande des services, notamment en interrogeant les adolescents et les chefs de famille pour recueillir des informations sur leur

niveau de connaissances, d'attitudes, de pratiques et de préférences en matière de PF.

E. Conclusion

La PF reste une intervention importante pour la santé des adolescents. Outre le fait que le service de PF est organisé dans peu des FOSA, certains services disponibles ne sont pas accessibles aux adolescents. La majorité des services de PF ne répondent pas aux besoins exprimés par les adolescents. Au-delà des actions à mener sur la connaissance des méthodes contraceptives, leur acceptabilité et leur utilisation par les adolescents, un plaidoyer devrait être organisé avec les responsables sanitaires pour rendre les services de PF disponibles et accessibles.

Perspectives

L'un des principaux obstacles à l'utilisation des services de PF est le faible niveau des connaissances et peu d'incitations des adolescents». Il est nécessaire de mener une autre étude visant à mesurer les connaissances des adolescents en matière de SSR et PF dans le contexte de la RDC.

F. Références

1. Warriner IK and Shah IH, eds., Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action, New York: Guttmacher Institute, 2006.
2. Denno DM, Hoopes AJ, Chandra-Mouli V. Effective strategies to provide adolescent sexual and reproductive health services and to increase demand and community support. *J Adol Health*. 2015;56(Suppl 1):S22-S41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012>.
3. Apter Dan. Adolescent contraception in.” Sultan C (ed): *Pediatric and Adolescent Gynecology. Evidence-Based Clinical Practice*. 2nd, revised and extended edition. Endocr Dev. Basel, Karger, 2012, vol 22, pp 287–301 <https://doi.org/10.1159/000326704>
4. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013; 381: 1642-52. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62204-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62204-1)
5. Justine N Bukenya, Edgar Mulogo, Simon Peter S Kibira, Christine Muhumuza, and Lynn M Atuyambe). Health facilities’ readiness to provide friendly reproductive health services to young people aged 10-24 years in Wakiso district, Uganda. *Glob J Reprod Med*. 2017 September; 2(3): [doi:10.19080/GJORM.2017.02.555588](https://doi.org/10.19080/GJORM.2017.02.555588).
6. Julia Michalow, Lumbwe Chola, Shelley McGee, Aviva Tugendhaft, Robert Pattinson et al. Triple return on investment: the cost and impact of 13 interventions that could prevent stillbirths and save the lives of mothers and babies in South Africa. *BMC Pregnancy and Childbirth* (2015) 15:39 DOI 10.1186/s12884-015-0456-9)

WHO

7. Benjamin Nieto-Andrade, Eva Fidel, Rebecca Simmons, Dana Sievers, Anya Fedorova, Suzanne Bell, Karen Weidert, Ndola Prata. Women's Limited Choice and Availability of Modern Contraception at Retail Outlets and Public-Sector Facilities in Luanda, Angola, 2012–2015. *Glob Health Sci Pract.* February 2017. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00304>
8. Guiella Georges, Turke Shani, Coulibaly Hamadou, Scott Radloff, Choi Yoonjoung. Rapid Uptake of the Subcutaneous Injectable in Burkina Faso: Evidence From PMA2020 Cross-Sectional Surveys. *Global Health: Science and Practice* 2018. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00260>
9. Venkatraman Chandra-Mouli, Donna R McCarraher, Sharon J Phillips, Nancy E Williamson and Gwyn Hainsworth. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers, and access. *Reproductive Health* 2014, 11:1 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/1>
10. High-Impact Practices in Family Planning (HIPs). Adolescent-friendly contraceptive services: mainstreaming adolescent-friendly elements into existing contraceptive services. Washington (DC): USAID; 2015. Available from: <https://www.fphighimpactpractices.org/briefs/adolescent-friendly-contraceptive-services>
11. Rebecca Sally Geary, Francesc Xavier Gómez-Olivé, Kathleen Kahn, Stephen Tollman and Shane Anthony Norris. Barriers to and facilitators of the provision of a youth-friendly health services programme in rural South Africa. *BMC Health Services Research* 2014, 14:259 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/14/259>
12. Donna M. Denno, Andrea J. Hoopes, Venkatraman Chandra-Mouli. Effective Strategies to Provide Adolescent Sexual and Reproductive Health Services and to Increase Demand and Community Support. *Journal of Adolescent Health* 56 (2015) S22eS41. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.012>

13. Gwyn Hainsworth, MEd, Danielle Marie Claire Engel, MA, Callie Simon, Minal Rahimtoola, MA, and Laura Jane Ghiron. Scale-up of Adolescent Contraceptive Services: Lessons From a 5-Country Comparative Analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr* Volume 66, Supplement 2, July 1, 2014
14. Ambresin Anne-Emmanuelle , Kristina Bennett, George C. Patton, Lena A. Sanci, Susan M. Sawyer. Assessment of Youth-Friendly Health Care: A Systematic Review of Indicators Drawn From Young People's Perspectives. *Journal of Adolescent Health*. 2013. Volume 52, Issue 6, 670 – 681
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2012.12.014>)
15. Rebecca S. Geary, Emily L. Webb, Lynda Clarke, and Shane A. Norris. Evaluating youth-friendly health services: young people’s perspectives from a simulated client study in urban South Africa. *Glob Health Action*. 2015; 8: 10.3402/gha.v8.26080.
16. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en Oeuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville (MD): ICF International; 2014. Co-published by MPSMRM and MSP. Available from: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>
17. Dieudonné Mpunga, JP Lumbayi, Nelly Dikamba, Albert Mwembo, Mala Ali Mapatano, Gilbert Wembodinga. 2017. “Availability and quality of family planning service in the Democratic Republic of the Congo: High Potential for Improvement”. *Global Health: Science and Practice*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00205>
18. République Démocratique du Congo (RDC). Stratégie de Renforcement du Système de Santé. Ministère de la Santé Publique.2006
Available from: http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/2_StrategieDeRenforcementDuSystemeDeSante_SRSS_Juin2006.pdf.

19. République Démocratique du Congo (RDC). Planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle 2014–2020. Kinshasa: RDC; 2014.
20. République Démocratique du Congo (RDC). Normes d'organisation des Zones de santé. Ministère de la Santé, 2006.
21. Dieudonné Kwete, Arsene Binanga, Thibaut Mukaba, Théophile Nemuandjare, Muanda Fidele Mbadu, Marie-Thérèse Kyungu, Perri Sutton, Jane T Bertrand. Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6(1):40-54. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00346>
22. Pamela M Godia, Joyce M Olenja, Joyce A Lavussa, Deborah Quinney, Jan J Hofman and Nynke van den Broek. Sexual reproductive health service provision to young people in Kenya; health service providers' experiences. *BMC Health Services Research* 2013, 13:476 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/476>
23. Elissa C Kennedy, Siula Bulu, Jennifer Harris, David Humphreys, Jayline Malverus and Natalie J Gray. "Be kind to young people so they feel at home": a qualitative study of adolescents' and service providers' perceptions of youth-friendly sexual and reproductive health services in Vanuatu. *BMC Health Services Research* 2013, 13:455 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/455>
24. Andre Tylee, Dagmar M Haller, Tanya Graham, Rachel Churchill, Lena A Sancu. Youth-friendly primary-care services: how are we doing and what more needs to be done?. *Lancet* 2007; 369: 1565–73 Published Online March 27, 2007 DOI:10.1016/S0140-6736(07)60371-7 See Online/Comment DOI:10.1016/S0140-6736(07)60374-2
25. Godia PM, Olenja JM, Hofman JJ, van den Broek N. Young people's perception of sexual and reproductive health services in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 2014 Apr 15;14:172. doi: 10.1186/1472-6963-14-172.

26. Moazzam Ali,^a Madeline Farron,^b Thandassery Ramachandran Dilip,^c Rachel Folza. Assessment of Family Planning Service Availability and Readiness in 10 African Countries. *Global Health: Science and Practice* 2018. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00041>
27. Fariyal Fatma Fikree, Catharine Lane, Callie Simon, Gwyn Hainsworth and Patricia MacDonald. Making good on a call to expand method choice for young people - Turning rhetoric into reality for addressing Sustainable Development Goal Three. *Reproductive Health* (2017) 14:53 DOI 10.1186/s12978-017-0313-6.

4.2. Section 2 : Facteurs sociodémographiques et sanitaires associés à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents

Cette section reprend les résultats d'une étude transversale qui était organisée auprès des adolescentes de 15 à 19 ans résidant dans les provinces de Kinshasa et du Kongo central. Les résultats de cette étude ont montré que la prévalence contraceptive au sein du groupe des adolescentes était de 19,9% en ce qui concerne l'ensemble des méthodes, de 12% pour les méthodes modernes et de 8% pour les méthodes traditionnelles. Les besoins de planification familiale non satisfaits étaient estimés à 18,1%. Le niveau de connaissances des méthodes contraceptives, le statut marital et la religion étaient les principaux facteurs influençant l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes.

4.2.1. Caractéristiques sociodémographiques et sanitaires et utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes en RD Congo : analyse secondaire des données de PMA 2020

Dieudonné Mukendi Mpunga^{1,*}, Pierre Akilimali¹, Faustin Mukalenge Chenge², Mala Ali Mapatano¹, Thérèse Nyangi Mondo Mambu¹, Gilbert Utshudienyema Wembodinga¹

Affiliations des auteurs

1. Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa B.P. 11850 Kinshasa I, République Démocratique du Congo; 2. Ecole de Santé Publique de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi

Manuscrit soumis pour publication à la revue Pan African Medical Journal

Abstract

We aimed to identify the determinants of the low use of contraceptive methods among adolescents aged 15 to 19 in the Democratic Republic of the Congo (DRC).

Methods

A secondary analysis was carried out on data from the Performance, Monitoring and Accountability (PMA 2020) project, round 7. This cross-sectional study was conducted among women of reproductive age, selected by random sampling in two-stage clusters in the provinces of Kinshasa and Kongo Central. Data were analyzed on Stata version 14. The use of contraceptive methods was measured as a proportion. Pearson's chi-square test and logistic regression, using an alpha significance level of 0.05, analyzed the relationship between the use of contraceptive methods and independent variables such as education, marital status, province of residence, religion, number of children, knowledge of contraceptive methods and household income.

Results

A total of 943 adolescents girls aged 15 to 19 were interviewed. The use of contraceptive methods was 19.9% for all methods and 12.0% for modern methods. No significant differences were found between the provinces. However, the use of traditional contraceptive methods was 8.0% for all provinces, 12.7% in Kinshasa and 4.7% in Kongo central; a significant difference was found between provinces ($p = 0.000$). Unmet family planning needs were estimated at 18.1% for all provinces, 11.2% in Kinshasa compared to 22.9% in Kongo Central; the difference between these provinces was statistically significant ($p = 0.000$). Knowledge of

contraceptive methods (AOR = 2,495; 95% CI, 1,489 - 4,181; P = 0,001), adolescent marital status (AOR = 2,490; 95% CI, 1,564 - 3,967; P = 0,000) and religion (AOR = 3,385; 95% CI, 1,481 - 7,740; P = 0,004) are the factors that influence the use of any contraceptive method by adolescents.

Conclusion

The progress made in the use of contraceptive methods is not yet sufficient. A significant proportion of adolescent girls use traditional contraceptive methods, against a background of low knowledge of contraceptive methods. In order to effectively improve the use of contraceptive services, correct information and comprehensive FP services should be provided to adolescents.

Keywords : Determinants, Utilization, Contraception, Adolescent girls

Résumé

Notre objectif était d'identifier les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives parmi les adolescentes de 15 à 19 ans en République Démocratique du Congo (RDC).

Méthodologie

Une analyse secondaire était effectuée sur les données du projet PMA 2020 round 7 collectées en 2018. Il s'agit d'une étude transversale conduite auprès des femmes en âge de procréer, sélectionnées par échantillonnage aléatoire en grappes à deux degrés dans les provinces de Kinshasa et du Kongo Central. Les données étaient analysées sur Stata version 14. L'utilisation des méthodes contraceptives était mesurée comme une proportion. Le test de Khi carré de Pearson et la régression logistique ont permis d'analyser la relation entre l'utilisation des méthodes contraceptives et les variables indépendantes telles que niveau d'études, statut marital, province de résidence, religion, nombre d'enfants, connaissance des méthodes contraceptives et revenu du ménage. Le seuil de signification alpha de 0,05 était utilisé.

Résultats

Au total 943 adolescentes de 15 à 19 ans étaient interviewées. L'utilisation des méthodes contraceptives était de 19,9% pour toutes les méthodes ; 12,0% pour les méthodes modernes. Aucune différence significative n'était décelée entre les provinces. L'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles était de 8,0%, soit 12,7% à Kinshasa et 4,7% au Kongo central ; cette différence était significative ($p=0,000$). Les besoins non satisfaits de PF étaient estimés à 18,1%, à raison de 11,2% à Kinshasa contre 22,9% au Kongo Central. La différence entre les deux

provinces était statistiquement significative ($p=0,000$). Les connaissances des méthodes contraceptives (AOR = 2,495; 95% CI, 1,489 - 4,181; P = 0,001), le statut marital de l'adolescente (AOR = 2,490; 95% CI, 1,564 - 3,967; P = 0,000) et la religion (AOR = 3,385; 95% CI, 1,481 - 7,740; P = 0,004) sont les facteurs qui influent sur l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes.

Conclusion

Les progrès réalisés dans l'utilisation des méthodes contraceptives ne sont pas encore suffisants. Une proportion importante d'adolescentes utilise les méthodes contraceptives traditionnelles, dans un contexte de faible niveau des connaissances sur les méthodes contraceptives. En vue d'améliorer efficacement l'utilisation des services de contraception, une information correcte et des services complets de PF devraient être fournies aux adolescents en RDC.

Mots clés : Déterminants, Utilisation, Contraception, Adolescents

A. Introduction

Près de la moitié des grossesses des adolescentes de 15 à 19 ans vivant dans les pays en développement ne sont pas désirées [1]. La grossesse à l'adolescence peut avoir des répercussions négatives sur la vie physique, affective et socioéconomique des adolescentes, de leurs parents, de leur famille et de la communauté entière [2, 3]. Le faible niveau socioéconomique, la structure familiale perturbée, le faible niveau d'éducation et d'aspiration semblent systématiquement associés à ces grossesses non désirées [4-7]. En plus, le faible niveau d'instruction de la mère, la consommation d'alcool, les faibles performances scolaires, la fréquence plus élevée des rapports sexuels et l'âge plus bas au début des rapports sexuels semblent aussi être directement liés à la survenue des grossesses non désirées chez les adolescentes [8]. En région africaine, une grossesse non désirée sur deux se termine souvent par un avortement peu sécurisé [1, 9]. Cette situation impose un fardeau considérable aux économies et aux systèmes de santé des pays à faible revenu [5-7, 10]. Dans nombreux pays en voie de développement, la proportion d'adolescentes utilisant des méthodes contraceptives a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies. La prévalence contraceptive semble avoir augmenté plus rapidement chez les adolescentes que chez les femmes plus âgées [11,12]. Au sein du groupe d'adolescentes, la prévalence contraceptive est élevée chez celles qui sont célibataires (37,0%) et celles qui sont mariées ayant au moins un enfant (30,0%) ; par contre la prévalence contraceptive est faible (5,2%) chez les adolescentes mariées qui n'ont pas encore d'enfants [13]. Cependant, une faible satisfaction de la demande en méthodes contraceptives modernes (12,6%) est signalée parmi les adolescentes mariées sans enfants vivant en

Afrique de l'Ouest et du Centre. Dans 12 pays, parmi lesquels se trouve la RDC, le niveau de satisfaction de la demande en méthodes contraceptives modernes est inférieur à 10% au sein du même groupe d'adolescentes [13]. Le nombre d'adolescentes ayant des besoins non satisfaits en contraception moderne est élevé, estimé à 23 millions au monde en 2016 [1, 14]. Les besoins non satisfaits de PF demeurent élevés chez les adolescents (23%) que chez femmes de 30 à 34 ans où ils sont estimés à 15% [3]. Une étude indique qu'en répondant aux besoins non satisfaits de contraception moderne des adolescentes de 15 à 19 ans, on réduirait les grossesses non désirées de 6,0 millions par an ; ce qui signifierait éviter 2,1 millions de naissances non planifiées, 3,2 millions d'avortements et 5 600 décès maternels [9]. L'utilisation des méthodes contraceptives est en augmentation en région africaine, mais les taux d'interruption restent élevés [15]. L'adhérence des adolescentes aux méthodes contraceptives est faible. Une proportion importante cesse d'utiliser les contraceptifs dans la première année ou connaît un échec contraceptif [11]. Les contraceptifs les plus utilisés actuellement sont les injectables et les implants ; mais le succès actuel de la FP est dû à l'élargissement de la gamme des méthodes, à la promotion et la prescription de méthodes contraceptives en post-partum, au recours aux distributeurs communautaires [15], à l'amélioration de l'engagement des états en faveur de la PF et à la multiplication des initiatives en faveur de la PF [16]. Malheureusement, au-delà de l'amélioration de la disponibilité des méthodes contraceptives, un nombre important d'adolescents restent confrontés à des obstacles majeurs pour accéder à la PF: les lois et les politiques restreignent l'accès aux services ; les adolescentes sont mal à l'aise de fréquenter les cliniques de PF, même celles conçues pour être adaptées aux jeunes [3].

La plupart d'adolescentes ont un pouvoir limité pour négocier l'utilisation des contraceptifs [3] ; leur niveau des connaissances en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR) est faible. Certains ont peu conscience des risques sanitaires qu'ils courent en affichant des comportements à risque [17]. Une proportion importante commence les relations sexuelles trop tôt dans le contexte de faible recours aux contraceptifs et d'importants besoins non satisfaits en contraception [18]. Les faibles connaissances résultent en un accès limité à l'information, une cause importante du faible accès aux méthodes contraceptives efficaces surtout chez les adolescentes non mariées [19]. Le manque d'éducation et des ressources et la résidence en milieu rural réduisent la capacité d'accéder à l'information et aux services de santé. Les adolescentes non scolarisées sont plus vulnérables suite aux choix moins éclairés qu'ils effectuent [3]. Les parents, les agents de santé et les enseignants sont reconnus comme étant des sources fiables d'informations en SSR par les adolescents. Cependant, la majorité d'adolescents recourent aux pairs, aux membres de famille, aux médias et même à la pornographie pour s'informer [19]. Cela résulte en un accès limité à l'information et aux services de PF de qualité comparativement aux femmes adultes [18]. Les interventions combinant les activités de création de la demande et la fourniture de services conviviaux de PF peuvent potentiellement augmenter l'utilisation de contraceptifs par les adolescents [6,20]. Elles peuvent lever des goulots d'étranglement tels que l'environnement juridique peu favorable [21], la faible extension des services de contraception [22], la stigmatisation des adolescents par les prestataires de soins et le faible subventionnement des services contraceptifs [23].

En RDC, toute personne âgée de moins de 18 ans est un mineur, placé sous l'autorité du tuteur pour tout ce qui concerne le gouvernement de leur personne [24]. Cependant sur le plan sanitaire, plus de la moitié d'adolescents deviennent sexuellement actifs à l'âge de 17 ans. En 2014, la prévalence contraceptive moderne était de 5% parmi les adolescentes et les besoins non satisfaits en contraception élevés [25]. En 2016, l'incidence des grossesses non planifiées chez les femmes de 15 à 49 ans à Kinshasa était estimée à au moins six grossesses sur 10 ; la majorité se terminant par un avortement non sécurisé. Le taux d'avortement était de 56 pour 1 000 femmes en âge de procréer [26]. Pour améliorer l'accès aux méthodes contraceptives par les adolescentes, des initiatives sont en cours : la distribution communautaire des contraceptifs par les élèves des écoles médicales [27], la distribution communautaire du DMPA sous cutané [28], l'extension de la gamme des méthodes contraceptives dans la communauté [29]. Toute fois ces stratégies ne semblent avoir que peu d'impact sur l'amélioration l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes. Notre objectif était d'identifier les déterminants de la faible prévalence contraceptive chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans en RDC.

B. Méthodologie

Nous avons fait une analyse secondaire des données du 7^{ème} round du projet Performance Monitoring and Accountability (PMA2020) collectées en 2018 dans les provinces de Kinshasa et du Kongo Central [30]. Il s'agit d'une enquête organisée auprès de 3.536 ménages, dont 1.854 à Kinshasa et 1682 au Kongo Central. Un plan de sondage en grappes à deux degrés était utilisé pour sélectionner un d'échantillon représentatif de 58 zones de

dénombrement (ZD) à Kinshasa et 52 ZD au Kongo central, en utilisant les probabilités de sélection proportionnelles à la taille. L'échantillonnage des ZD et le dénombrement des ménages étaient effectués avant le début de la collecte des données. Dans chaque ZD, 33 ménages étaient sélectionnés par échantillonnage aléatoire et toutes les femmes en âge de procréer (15-49 ans) étaient interviewées, après avoir donné leur consentement éclairé.

Les données étaient collectées par les enquêtrices recrutées parmi les femmes adultes habitant à proximité et formées sur la collecte des données en utilisant les téléphones mobiles équipés du logiciel ODK. Les données collectées étaient validées par un superviseur avant d'être centralisées dans un serveur. Elles étaient nettoyées, pondérées puis analysées en utilisant le logiciel Stata version 14. Les autres détails sur la méthodologie peuvent être consultés sur le site <https://www.pmadata.org/data/survey-methodology>

Variables dépendante et indépendantes

La variable dépendante "*Utilisation des méthodes contraceptives*" était mesurée pour toutes les méthodes contraceptives (**uc**), pour les méthodes modernes (**muc**) et pour les méthodes traditionnelles (**tuc**) avec deux modalités de réponses : 0 (=non) lorsque l'interviewée n'avait utilisé aucune méthode contraceptive et 1 (=oui) lorsqu'elle avait utilisé au moins une méthode contraceptive. Nous avons classé les méthodes contraceptives en cinq groupes : (1) *les méthodes contraceptives artificielles à courte durée d'action (MCACDA)* : préservatifs masculins et féminins, spermicides, diaphragme vaginal contraceptif, cape cervical, pilules orales progestatives (POP), contraceptifs oraux combinés (COC),

depo provera et dérivés (DMPA, SAYANA PRESS), pilule d'urgence, anneau vaginal et éponge contraceptive ; (2) *les méthodes contraceptives naturelles à courte durée d'action (MCNCDA)*: méthode de la température basale, méthode du mucus cervical/ovulation, méthode d'allaitement maternel et aménorrhée (MAMA) ; (3) *les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action (MCRLDA)*: patch contraceptive, dispositif contraceptif intra-utérin (DIU), implants; (4) *les méthodes chirurgicales ou méthodes permanentes (MP)*: ligature tubaire et vasectomie; (5) *les méthodes contraceptives traditionnelles (MT)*: méthodes d'abstinence périodique telles que la méthode de rythme (ou calendrier) et la méthode du coït interrompu (ou retrait). Cette classification des méthodes contraceptives était inspirée de celle proposée par l'OMS [31]. L'utilisation des méthodes contraceptives était calculée sous-forme de la proportion d'adolescentes de 15-19 ans utilisant, au moment de l'étude, au moins une méthode contraceptive. Etaient incluses dans le groupe d'utilisatrices actuelles des méthodes contraceptives : (1) les femmes ayant utilisé la contraception d'urgence au cours de 12 mois ayant précédé cette étude ; (2) et celles appliquant la méthode d'allaitement maternel et aménorrhée à visée de contraception, moins de six mois après l'accouchement et avant le retour des règles. Nous avons aussi mesuré les besoins non satisfaits en PF qui représentent la proportion des femmes de 15-19 ans sexuellement actives qui désiraient espacer ou limiter les naissances mais qui n'utilisaient aucune méthode contraceptive. Sept variables indépendantes étaient retenues :

- 1) **Niveau d'instruction** : élevé (=1) si l'adolescentes avait atteint le niveau d'étude secondaire et plus ; faible (=0) quand elle n'avait pas franchi l'école primaire ;

- 2) **Statut marital** : 1 (=mariée/vivant en couple) et 0 (=célibataire) ;
- 3) **Province de résidence** : 1 (= Kinshasa) et 0 (= Kongo Central) ;
- 4) **Religion** : (=1) lorsque l'adolescente ne fréquentait aucune église ; (=0) lorsque l'adolescente fréquentait une quelconque église ;
- 5) **Nombre d'enfants** : 1 (≥ 1 un enfant) et 0 (= pas d'enfants) ;
- 6) **Connaissance des méthodes de PF** : bonne (=1) lorsque l'adolescente connaissait au moins 80% des méthodes contraceptives analysées et mauvaise (=0) lorsqu'elle connaissait moins de 80% des méthodes contraceptives ;
- 7) **Revenu du ménage** : 1 (= ménages du 3^{ème} au 5^{ème} quintile de richesse) et 0 (=ménages du 1^{er} et 2^{ème} quintile de richesse)

Analyse statistiques

Les données étaient pondérées avant les analyses. Les variables quantitatives étaient résumées sous-forme de moyennes/médianes avec les écarts-types (ou l'espace interquartile) selon le cas; les variables qualitatives étaient résumées sous-forme de proportions avec les intervalles de confiance. Les analyses bi variées étaient effectuées à l'aide du test de Khi carré de Pearson pour mesurer l'association entre l'utilisation des méthodes contraceptives et les variables indépendantes prise individuellement. La régression logistique était effectuée ensuite en relation la variable dépendante "**utilisation des méthodes contraceptives**" et les variables indépendantes regroupées dans un modèle statistique. Toutes les analyses étaient effectuées en utilisant un seuil de signification alpha de 0,05.

Les enquêtes PMA 2020 ont reçu l'approbation des comités d'éthique de l'école de santé publique de l'université Johns Hopkins, de l'Université de Tulane et de l'Université de Kinshasa. Le protocole de recherche pour effectuer les analyses secondaire des données PMA 2020 était examiné et approuvé par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) sous le numéro d'approbation ESP/CE/027/2018. Toutes les données étaient collectées et traitées anonymement.

C. Résultats

Le taux des réponses des ménages était de 95,3% pour la province de Kinshasa et de 98,5% pour la province du Kongo Central. Les interviews étaient achevées auprès de 943 adolescentes de 15 à 19 ans. L'âge moyen des interviewées était de $16,97 \pm 1,44$ ans ; 72,7% des répondantes étaient d'un niveau d'étude secondaire ; 84,0% étaient célibataires/jamais mariées ; 66,4% vivaient chez leurs parents, et 84,4% n'avaient pas encore accouché. Environ un tiers des participants (24,9%) appartenaient aux ménages du quintile de bien économique le plus élevé alors de 15,0% faisaient partie des ménages du quintile de possession des biens économiques le plus bas. Tableau 4.2.1.1

Tableau 4.2.1.1. Caractéristiques sociodémographiques des adolescentes interviewées à Kinshasa et au Kongo Central, 2018 (N=943)

Variables	Kinshasa (N=385)	Kongo Central (N=558)	RD Congo (N= 943)
Age moyen (en années)	16,93±1,41	16,99±1,47	16,97±1,44
Groupes d'âge (années)			
15 - 17	232 (60,4)	319 (57,1)	551 (58,3)
18 - 19	152 (39,6)	240 (42,9)	392 (41,6)
Taille moyenne des ménages	7,62±3,11	6,06±2,51	6,69±2,87
Niveau d'études			
Sans instruction	1 (0,3)	31 (5,5)	32 (3,4)
Primaire	49 (12,8)	148 (26,5)	197 (20,9)
Secondaire	310 (80,7)	376 (67,3)	686 (72,7)
Supérieur	24 (6,2)	4 (0,7)	28 (2,9)
Statut marital			
Marié/ vie en couple	34 (8,8)	107 (19,2)	141 (14,9)
Divorcée	0 (0,0)	10 (1,8)	10 (1,1)
Jamais marié/Célibataire	351 (91,2)	440 (79,0)	791 (84,0)
Relation avec le chef de ménage			
Epouse	9 (2,3)	59 (10,6)	68 (7,2)
Fille	231 (60,0)	395 (70,8)	626 (66,4)
Belle-fille	10 (2,6)	25 (4,5)	35 (3,7)
Petite fille	64 (16,6)	32 (5,7)	96 (10,2)
Frère/sœur	29 (7,5)	10 (1,8)	39 (4,1)
Autres	42 (10,9)	37 (6,6)	79 (8,4)
A déjà accouché			
Non	356 (92,5)	440 (78,8)	796 (84,4)
Oui	29 (7,5)	118 (21,1)	147 (15,6)
Nombre d'accouchements par adolescentes			

0	359 (93,2)	449 (80,3)	808 (85,6)
1	23 (6,0)	95 (17,0)	118 (12,5)
2	3 (0,8)	15 (2,7)	18 (1,9)
Religion du chef de ménage			
Pas de religion	9 (2,3)	20 (3,6)	29 (3,1)
Catholique	92 (23,9)	187 (33,4)	279 (29,6)
Protestant	29(7,6)	152 (27,2)	181 (19,2)
Kimbanguiste	17 (4,4)	39 (6,9)	56 (5,9)
Musulman	9 (2,3)	7 (1,3)	16 (1,7)
Eglise de réveil	174 (45,3)	64 (11,4)	238 (25,2)
Armée du salut	2 (0,5)	24 (4,3)	26 (2,7)
Bundu dia kongo	1 (0,3)	25 (4,5)	26 (2,7)
Autres	51 (13,3)	41 (7,3)	92 (9,7)
Quintiles de bien-être économique			
Le plus bas	63 (16,4)	79 (14,1)	142 (15,0)
Second	76 (19,7)	85 (15,2)	161 (17,1)
Moyen	103 (26,7)	101 (18,1)	204 (21,6)
Quatrième	70 (18,2)	132 (23,6)	202 (21,4)
Le plus élevé	73 (18,9)	162 (29,0)	235 (24,9)

L'utilisation de toutes les méthodes contraceptives (uc), des méthodes contraceptives modernes (muc) et des méthodes contraceptives traditionnelles (tuc) étaient calculées pour les interviewées des provinces de Kinshasa et du Kongo Central et pour l'ensemble.

L'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes était estimée à 188 adolescentes à l'échelle de la RDC (soit 19,9%), ce qui représente 87 adolescentes à Kinshasa (22,6%) et 101 adolescentes (18,1%) au Kongo central ; aucune différence n'a été décelée entre les deux provinces d'étude ($p=0,089$).

Concernant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, les proportions d'utilisation de 9,9% et 13,4% étaient signalées respectivement à Kinshasa et au Kongo central, ce qui représente une proportion d'utilisation des méthodes contraceptives modernes de 12,0% pour l'ensemble des provinces. Aucune différence significative n'était signalée entre les provinces ($p=0,100$). Environ 8,0% d'adolescentes interviewées utilisaient les méthodes contraceptives traditionnelles à l'échelle de deux provinces. Cependant, à Kinshasa, l'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles était estimée à 12,7% contre 4,7% au Kongo central ; une différence statistiquement significative entre les provinces était trouvée concernant l'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles ($p=0,000$).

L'analyse des besoins non satisfaits de planification familiale a indiqué que 171 adolescentes (18,1%) avaient des besoins de planification familiale non satisfaits. Les besoins non satisfaits étaient estimés à 11,2% à Kinshasa contre 22,9% au Kongo Central et la différence entre les deux provinces était statistiquement significative ($p=0,000$). Tableau 4.2.1.2.

Tableau 4.2.1.2 : Utilisation des méthodes contraceptives et besoins non satisfaits de planification familiale parmi les adolescentes de 15-19 ans en RDC, 2018

Variables	RDC (N [*] =943)	Kinshasa (N [*] =385)	Kongo Central (N [*] =558)	Probabilité
Utilisation de toutes les méthodes contraceptives				
Oui	188 (19,9%)	87 (22,6%)	101 (18,1%)	0,089
Non	755 (80,1%)	298 (77,4%)	457 (81,9%)	
Utilisation des méthodes contraceptives modernes				
Oui	113 (12,0%)	38 (9,9%)	75 (13,4%)	0,100
Non	830 (88,0%)	347 (90,1%)	483 (86,6%)	
Utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles				
Oui	75 (8,0%)	49 (12,7%)	26 (4,7%)	0,000**
Non	868 (92,0%)	336 (87,3%)	532 (95,3%)	
Besoins non satisfaits en planification familiale				
Oui	171 (18,1%)	43 (11,2%)	128 (22,9%)	0,000**
Non	772 (81,9%)	342 (88,8%)	430 (77,1%)	

* L'échantillon du départ a été pondéré pour corriger les erreurs d'échantillonnage

** cette probabilité traduit une différence statistiquement significative entre les variables des lignes et celles des colonnes

Sur l'ensemble des méthodes contraceptives utilisées par les adolescentes, 61,0% étaient des méthodes modernes alors que 39,0% étaient des méthodes traditionnelles. Cependant, certaines adolescentes utilisaient à la fois plus d'une méthode contraceptive de quelque nature que ce soit. Ainsi, de l'ensemble des méthodes contraceptives, le préservatif masculin était la méthode contraceptive moderne la plus utilisée par les adolescentes (34,0%), suivi des pilules contraceptives (12,0%). Les méthodes contraceptives réversibles de longue durée d'action étaient utilisées, respectivement par 9,0% d'adolescentes pour les implants et 1,0% pour le DIU. Une bonne partie d'adolescentes utilisaient certaines méthodes contraceptives naturelles comme premier choix ; il s'agit des méthodes de rythme (32,0%) et des méthodes traditionnelles comme le coït interrompu (13,0%). Figure 4.2.1.1

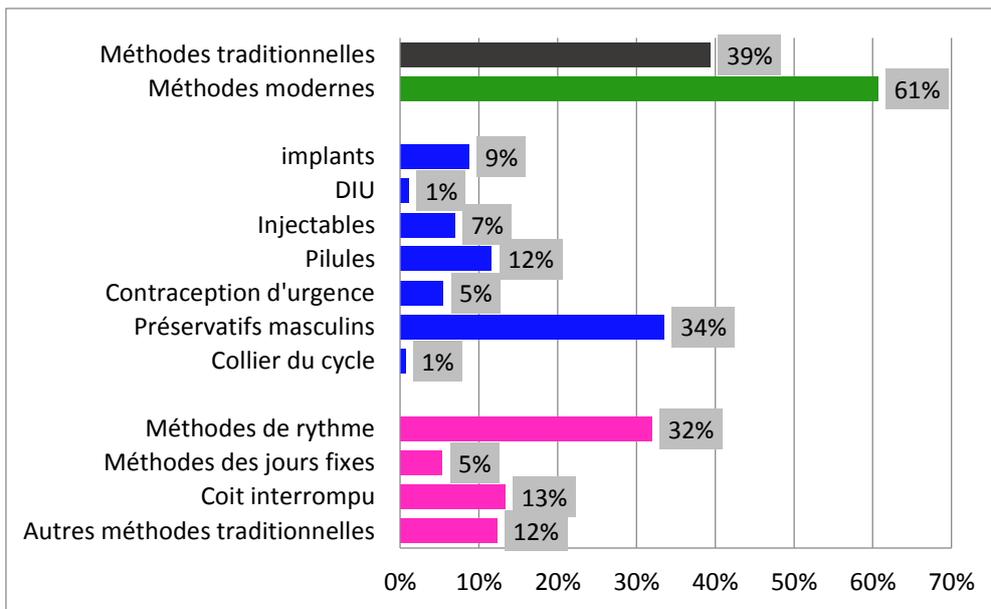


Figure 4.2.1.1. Méthodes contraceptives utilisées par les adolescentes de 15 à 19 ans à Kinshasa et au Kongo Central, 2018 (N=188)

La continuité de la prise des contraceptifs sur une période de temps relativement longue est nécessaire pour maintenir les avantages procurés par la contraception. Au moment de cette étude, 31 (16,5%) adolescentes qui utilisaient n'importe quelle méthode contraceptive avaient cessé leur utilisation pour la majorité (54,8%) au cours de la première année et pour le reste (45,2%) avant la 5^{ème} année (**données non montrées**).

Plusieurs facteurs peuvent être associés à l'interruption de l'utilisation régulière des méthodes contraceptives par les femmes en âge de procréer. Parmi les adolescentes ayant interrompu la prise régulière des contraceptifs, la majorité (42,0%) ont avancé comme raison des rapports sexuels peu fréquents, suivi du début de grossesse (23,0%), du coût élevé des contraceptifs (10,0%) et du désir de grossesse (10,0%). Cependant, peu d'adolescentes ont avancé les raisons liées à l'accessibilité des méthodes (6,0%), aux effets secondaires (6,0%) et au refus du partenaire (3,0%). Figure 4.2.1.2.

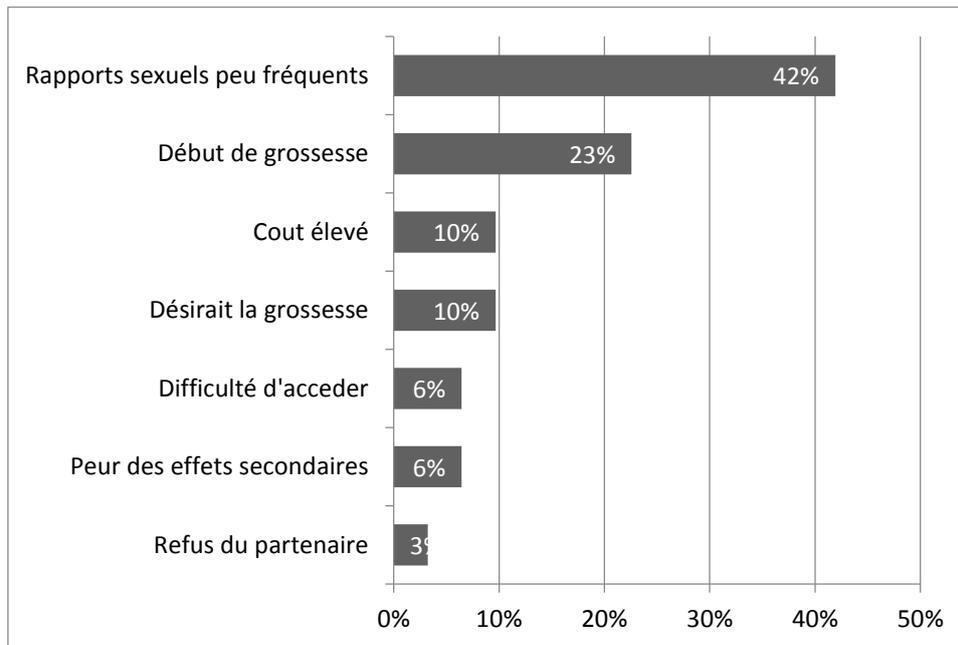


Figure 4.2.1.2. Raisons avancées par les adolescentes de 15 à 19 ans au moment de l'arrêt de l'utilisation des méthodes contraceptives

Quant aux sources des méthodes contraceptives pour les adolescentes, la principale était les officines pharmaceutiques (44%), suivie des formations sanitaires (42%). Les autres sources étaient faiblement utilisées ; il s'agit des distributeurs communautaires, des professionnels de santé et des membres des familles (**données non montrées**). L'acceptabilité et l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes nécessitent que ces dernières aient l'information complète et correcte sur chaque méthode contraceptive offerte. Nous avons trouvé que moins d'un-tiers d'interviewées étaient informées de la PF à travers les mass-médias (télévision, radio, magazine), à travers la visite à la FOSA ou même par l'utilisation des messages sms. Environ une adolescente sur quatre (26%) était informée sur la PF à travers la télévision, une sur cinq (20%) par la

radio et une sur six (16%) à travers les formations sanitaires. Figure 4.2.1.3

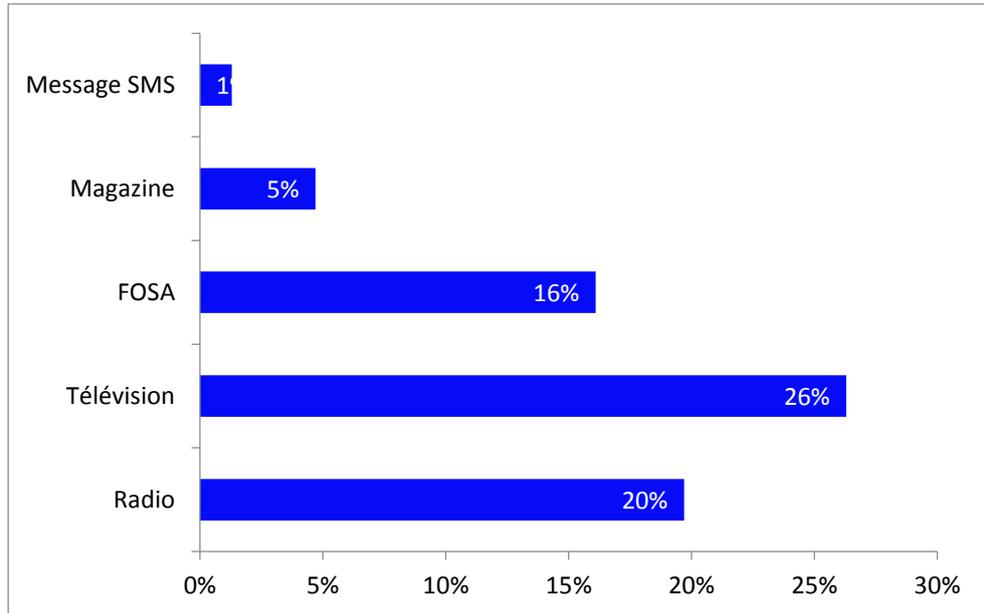


Figure 4.2.1.3. Principales sources d'information en matière de planification familiale pour les adolescentes de Kinshasa et du Kongo central (N= 943)

De toutes les méthodes contraceptives, le plus citées par les adolescentes interviewées étaient le préservatif masculin (86%), suivi des méthodes de rythme (65%), des injectables (60%), des implants (53%), des pilules puis des préservatifs féminins (50%). Les autres méthodes contraceptives étaient citées par les adolescentes dans un peu moins de la moitié de cas. Figure 4.2.1.4.

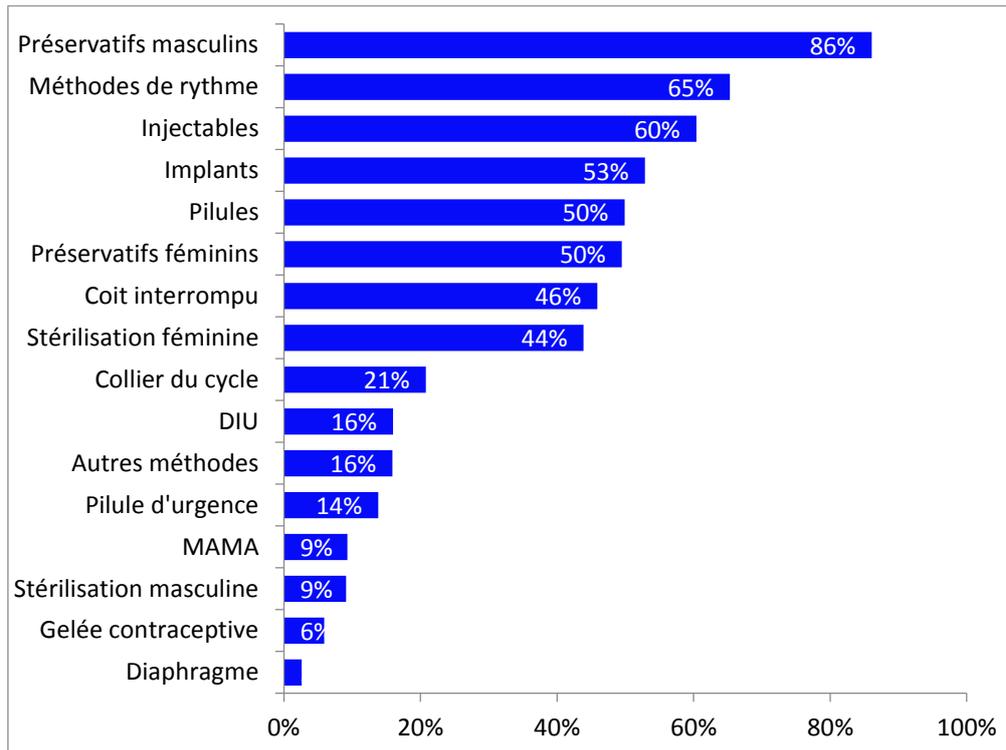


Figure 4.2.1.4. Méthodes contraceptives spontanément citées par les adolescentes de Kinshasa et du Kongo central (N=943)

L'utilisation de certaines méthodes contraceptives par les adolescentes est influencée par leurs caractéristiques sociodémographiques. Selon nos résultats, l'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles était associée aux connaissances des méthodes contraceptives ($P=0,006$) et à leur province de résidence ($0,000$). Cependant, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes était associée aux connaissances des méthodes contraceptives ($P=0,000$), au statut marital de l'adolescente ($P=0,000$), à la religion ($P=0,005$), au nombre d'enfants ($P=0,008$) et au quintile des richesses ($P=0,04$). Les facteurs comme les connaissances des méthodes contraceptives ($0,000$), le statut marital ($0,000$), la religion ($0,014$) et le nombre d'enfants ($0,035$) étaient associés à l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes. De tous les

facteurs testés (variables indépendantes), un seul était associé à la fois à l'utilisation des méthodes contraceptives moderne et traditionnelle parmi les adolescentes ; il s'agit des connaissances/information des adolescentes sur les méthodes contraceptives. Tableau 4.2.1.3.

Tableau 4.2.1.3. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques des adolescentes

Variables	Toutes les méthodes contraceptives			Méthodes contraceptives modernes			Méthodes contraceptives traditionnelles		
	Non (n, %)	Oui (n, %)	Probabilité	Non (n, %)	Oui (n, %)	Probabilité	Non (n, %)	Oui (n, %)	Probabilité
Connaissance des méthodes de PF (N=939)			0,000*			0,000*			0,006*
Mauvaise	702 (93,5)	156 (83,0)		763 (92,5)	94 (82,5)		796 (92,0)	62 (82,7)	
Bonne	49 (6,5)	32 (17,0)		62 (7,5)	20 (17,5)		69 (8,0)	13 (17,3)	
Niveau d'études (N=943)			0,107			0,550			0,095
Faible	191 (25,3)	37 (19,7)		203 (24,5)	25 (21,9)		216 (24,9)	12 (16,2)	
Elevé	564 (74,7)	151 (80,3)		626 (75,5)	89 (78,1)		652 (75,1)	62 (83,8)	
Statut marital (N=942)			0,000*			0,000*			0,258
Célibataire/veuve/divorcée	646 (85,7)	137 (72,9)		704 (85,0)	78 (69,0)		724 (83,5)	58 (78,4)	
Mariée/vie en couple	108 (14,3)	51 (27,1)		124 (15,0)	35 (31,0)		143 (16,5)	16 (21,6)	
Religion (N=943)			0,014*			0,005*			1,000
Non	18 (2,4)	11 (5,9)		20 (2,4)	9 (7,9)		26 (3,0)	2 (2,7)	
Oui	737 (97,6)	177 (94,1)		809 (97,6)	105 (92,1)		842 (97,0)	72 (97,3)	
A déjà accouché (N=943)			0,035*			0,008*			0,883
Non	649 (86,0)	150 (79,8)		713 (85,9)	87 (76,3)		736 (84,7)	64 (85,3)	
Oui	106 (14,0)	38 (20,2)		117 (14,1)	27 (23,7)		133 (15,3)	11 (14,7)	
Revenu des ménages (N=943)			0,152			0,04*			0,741
Faible	250 (33,1)	52 (27,7)		276 (33,3)	27 (23,7)		277 (31,9)	25 (33,8)	
Elevé	505 (66,9)	136 (72,3)		554 (66,7)	87 (76,3)		591 (68,1)	49 (66,2)	
Provinces (N=943)			0,890			0,100			0,000*
Kongo Central	457 (60,5)	101 (53,7)		483 (58,3)	75 (66,4)		533 (61,3)	26 (34,7)	
Kinshasa	298 (39,5)	87 (46,3)		346 (41,7)	38 (33,6)		336 (38,7)	49 (65,3)	

La régression logistique était utilisée pour mesurer la relation entre l'« *utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive* » et le groupe des variables indépendantes suivantes : connaissance des méthodes contraceptives, niveau d'études, statut marital, religion, statut d'accouchement, quintiles de richesse et province de résidence. Après ajustement des données, nous avons noté que trois variables étaient associées à l'utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes. Il s'agit des connaissances des méthodes contraceptives ($P=0,001$), du statut marital ($P=0,000$) et de la religion ($P=0,004$). Une mauvaise connaissance des méthodes contraceptives augmente de 2,5 la probabilité de ne pas les utiliser (AOR = 2,495; 95% CI, 1,489 - 4,181; $P = 0,001$). Les célibataires, veuves et divorcées avaient, en ce qui les concerne, une probabilité 1,5 plus élevée de ne pas utiliser les services et méthodes de planification familiale comparativement aux adolescentes mariées/vivant en couple (AOR = 2,490; 95% CI, 1,564 - 3,967; $P = 0,000$). De même, le fait de fréquenter l'église augmentait de 3,5 fois la probabilité de ne pas utiliser les méthodes contraceptives comparativement au fait de ne pas fréquenter l'église (AOR = 3,385; 95% CI, 1,481 - 7,740; $P = 0,004$). **Tableau 4.2.1.4.**

Tableau 4.2.1.4. Facteurs associés à la faible utilisation de n'importe quelle méthode contraceptive par les adolescentes de Kinshasa et du Kongo central

Facteurs	Nbre/N (%)	OR brut (95% IC)	Probabilité	OR Ajusté (95% IC)	Probabilité
Connaissance des méthodes					
Mauvaise	763/857 (89,0%)	3,016 (1,900 - 4,787)	0,000	2,495 (1,489 - 4,181)	0,001*
Bonne	62/82 (75,6%)	-	-	-	-
Niveau d'études					
Faible	203/228 (89,0%)	1,471 (0,912 - 2,373)	0,113	1,555 (1,000 - 2,420)	0,05
Elevé	626/715 (87,6%)	-	-	-	-
Statut marital					
Célibataire/veuve/divorcée	704/782 (90,0%)	1,846 (1,101 - 3,094)	0,02	2,490 (1,564 - 3,967)	0,000*
Mariée/vie en couple	124/159 (78,0%)	-	-	-	-
Religion					
Croyante	809/914 (88,5%)	2,614 (1,138 - 6,005)	0,024	3,385 (1,481 - 7,740)	0,004*
Non croyante	20/29 (69,0%)	-	-	-	-
Statut d'accouchement					
Pas encore accouché	713/800 (89,1%)	1,261 (0,753 - 2,113)	0,377	0,997 (0,595 - 1,670)	0,99
Déjà accouché	117/144 (81,3%)	-	-	-	-
Quintiles de richesse					
Premier et deuxième	276/303 (91,1%)	0,902 (0,620 - 1,310)	0,587	1,231 (0,840 - 1,804)	0,287
3 ^{ème} au 5 ^{ème}	554/641 (86,4%)	-	-	-	-
Provinces					
Kongo central	483/558 (86,6%)	0,978 (692 - 1,384)	0,901	1,287 (0,896 - 1,846)	0,172
Kinshasa	346/384 (90,1%)	-	-	-	-

D. Discussion

Les résultats de cette étude suggèrent une amélioration de l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes de 15 à 19 ans depuis les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé organisée en 2013 [25] et au premier plan stratégique de planification familiale de la RDC [32]. Cette augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes est aussi confirmée par d'autres études, notamment l'enquête MICS-6 de la RDC [33] qui a rapporté une proportion d'utilisation de

n'importe quelle méthode contraceptive de 15,9% parmi les adolescentes en union et de 35,9% parmi celles sexuellement actives qui ne sont pas en union. Cependant, comme on peut le lire à travers les résultats des études récentes, l'amélioration de l'utilisation des méthodes contraceptives est plus accentuée dans la tranche d'âge de 20-49 ans que dans la tranche d'âge d'adolescentes ; il se pose donc un problème d'équité [30, 33]. A travers cette étude, nous avons montré que trois facteurs influencent l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes ; il s'agit du niveau des connaissances des méthodes contraceptives, du statut marital et de la religion de l'adolescente. Bien qu'en nette augmentation, la proportion d'adolescentes utilisant les méthodes contraceptives modernes (12,0%) reste faible par rapport à la moyenne africaine. Cependant, elle est la traduction des efforts considérables fournis par la RDC dans l'approvisionnement en contraceptifs et dans l'organisation et la vulgarisation des services de PF. Le plan stratégique national multisectoriel de PF 2014-2020 avait fixé l'objectif de 20% de prévalence contraceptive moderne au sein du groupe des femmes de 15 à 49 ans à l'horizon 2020 [32]; avec les résultats trouvés de notre étude, nous pensons que cet objectif pourra être atteint, pour l'ensemble des femmes de 15 à 49 ans, avant l'échéance fixé. Ces progrès sont dus à l'amélioration progressive de l'offre de la PF à travers les formations sanitaires [27] et à la mise sur pied des approches innovantes [28, 29]. Entre 2013 et 2019, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes s'est moins améliorée dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans, soit de 5 à 11,9%. Ces résultats contrastent avec ceux trouvés par Kennedy et al. [11] et Munakampe et al. [12] qui ont rapporté plus de progrès dans

l'utilisation des contraceptifs par les adolescentes contrairement au groupe des femmes de 20 à 49 ans.

Les préservatifs masculins constituent à la fois la méthode contraceptive la plus connue et la plus utilisée par les adolescentes, suivi des méthodes de rythme. Ces résultats corroborent ceux trouvés au cours de l'enquête EDS 2013 sus-évoquée [25].

En dehors du préservatif masculin utilisé par 3 sur 10 adolescentes, les méthodes naturelles demeurent encore populaires parmi les adolescentes. Ainsi, la méthode de rythme est utilisée par 3 sur 10 adolescentes et, au total, une proportion de 7,9% d'adolescentes utilise les méthodes contraceptives traditionnelles contre 12,0% qui utilisent les méthodes modernes. Plusieurs études indiquent que l'efficacité de la plupart des méthodes naturelles de PF reste assez élevée, variant de 90 à 98% si la méthode est maîtrisée et bien appliquée par le couple [34-36]. Cependant, la méthode du coït interrompu reste la moins efficace. Le succès de l'utilisation des méthodes naturelles de PF dépend largement du niveau d'éducation, des connaissances et pratiques des utilisateurs [37]. Ces faits nécessitent que les adolescentes bénéficient des programmes d'éducation sexuelle performants afin de prévenir la survenue des grossesses non désirées consécutives à l'échec des méthodes de PF choisies.

La faible prévalence contraceptive et d'importants besoins non satisfaits en PF sont des facteurs contributifs à la survenue des grossesses précoces et non désirées parmi les adolescentes, qui se terminent souvent par des avortements provoqués en région africaine [38]. Contrairement au rapport produit par l'UNFPA [3], notre étude a montré que les besoins non satisfaits en contraception moderne demeurent encore faibles parmi les

adolescentes comparativement aux femmes adultes et ce, dans un contexte de forte fécondité [25] et des grossesses non désirées [26]. Cette situation nécessite un travail de sensibilisation et le renforcement des programmes d'éducation sexuelle des adolescents.

Les adolescents représentent près d'un cinquième de la population mondiale. D'ici 2050, les projections indiquent qu'on devrait compter plus d'adolescents en Afrique subsaharienne que dans toute autre région au monde [39]. Si les actions efficaces ne sont pas mises en place pour améliorer la santé des adolescents, l'avenir de l'humanité risque d'être compromis. Les besoins non satisfaits de contraception et le niveau d'efficacité des méthodes de contraception utilisées par la femme sont des déterminants phares des grossesses non désirées [40]. Nos résultats indiquent une baisse sensible des besoins non satisfaits en PF parmi les adolescentes (18,1%) en se référant au seuil de 30% de 2013 [25]. Cependant, les adolescentes résidant en milieu rural (au Kongo central) ont des besoins non satisfaits plus élevés (22,9%) que celles qui résident à Kinshasa (11,2%). Ces résultats suggèrent probablement un problème d'équité dans la répartition des services de santé en général, ceux de PF en particulier déjà souligné par Mpunga et al [22]. Les femmes ayant des besoins non satisfaits en PF évoquent les relations sexuelles peu fréquentes, le fait de ne pas être marié et les effets secondaires des méthodes contraceptives comme facteurs décourageant l'utilisation de la contraception moderne selon Gilda et al. [41]. Ces observations sont conformes aux résultats trouvés dans notre étude. Selon les résultats d'une étude réalisée à l'Est de la RDC, les obstacles à l'adoption de la PF étaient à la fois liés à l'offre et à la demande, y compris des idées fausses sur certaines méthodes modernes de contraception de la part des prestataires,

des utilisatrices et des autres membres de la communauté [42]. Agnès et al. [43] ont indiqué que dans les régions où il y a libéralisation de la pratique d'avortement, les taux d'avortements relativement bas sont signalés ; cela s'explique probablement par l'existence de programmes d'éducation sexuelle et de PF performants. L'incidence de l'avortement est élevée dans les pays aux lois restrictives, où la culture de prévention et l'accès à la contraception sont moins développés.

Les connaissances limitées en matière de SSR chez les adolescents constituent une cause importante de la réduction de l'accès et de l'utilisation des services de PF, surtout chez les adolescentes non mariées [19]. Nos résultats indiquent que moins d'une adolescente sur 10 avait des bonnes connaissances sur les méthodes de PF et que seulement une adolescente sur 4 était informée sur les méthodes contraceptives à partir des médias. Ces résultats sont aussi confirmés par deux études qui signalent qu'en plus du manque d'information sur la contraception, le manque d'accès à une source d'approvisionnement en contraceptifs [41] et le coût élevé des contraceptifs [41, 44] constituent les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives et contribuent à la faible prévalence contraceptive. Un travail important doit donc être effectué pour améliorer le niveau des connaissances des adolescentes sur la PF et leur enlever certaines fausses idées sur le service de PF et certaines méthodes contraceptives, communes aux adolescentes et aux jeunes femmes, même celles habitant dans les pays développés [45]. Les parents, les agents de santé, les enseignants [19] et les pairs éducateurs [46] constituent des sources fiables d'informations pour les adolescentes. Cependant, la majorité d'adolescents reçoivent plutôt les informations sur la SSR de leurs pairs, des autres membres de la famille et surtout à l'internet.

Munakampe et al. proposent la mise en place des interventions axées sur la participation des parents et des enseignants afin de transmettre des messages sains aux adolescents [19]. Les écoles sont une source importante d'information mais sous-utilisée [46]. Le contrôle parental discrimine davantage le comportement sexuel des adolescents contrairement à la communication sur la sexualité avec les autres membres de la famille [47]. La communication parentale ouverte sur les questions de sexualité en famille et l'éducation sexuelle complète à l'école émergent parmi les facteurs de protection des adolescentes contre la survenue des grossesses précoces et non désirées. Ces facteurs identifiés par J. K. Krugu et al. devraient être la cible des programmes d'intervention aux niveaux individuel, interpersonnel, scolaire et communautaire [48].

Au niveau des prestataires de soins, l'attitude hostile ou critique, la longue durée d'attente des adolescents, la durée insuffisante des consultations, le paquet insuffisant des services offerts et le manque de confidentialité dissuaderont les adolescents d'avoir accès aux SSR indépendamment de leur sexe, âge, classe, religion, lieu de résidence, groupe ethnique, niveau de scolarité des parents ou niveau de revenu [49]. Les programmes de planification familiale aujourd'hui sont de plus en plus basés sur la fourniture des méthodes contraceptives hormonales, mettant de côté certaines méthodes comme les méthodes naturelles et d'autres qualifiées de « méthodes traditionnelles », pourtant encore préférées par certaines adolescentes. Une revue systématique a indiqué que l'attitude non professionnelle des professionnels de santé et le manque de services de santé procréative adaptés aux jeunes empêchent les adolescents d'avoir accès aux services de santé sexuelle et procréative dans les pays en développement. Il est recommandé que des services de santé procréative

adaptés aux jeunes soient fournis pour qu'ils soient plus largement utilisés par les adolescents [50]. Selon Sneha et al [51], la volonté et la capacité des adolescentes d'utiliser les méthodes et les services de PF sont souvent négativement affectées par les influences interpersonnelles (les pairs, les partenaires et les parents); les influences communautaires (normes sociales) et les influences macro-sociales impliquant notamment la religion.

Forces de notre étude

Cette étude a la force d'avoir couvert un échantillon représentatif d'adolescentes de 15 à 19 ans dont la sélection était faite de manière aléatoire. Les données ont été pondérées avant les analyses.

E. Conclusion

Cette étude a montré une amélioration de l'utilisation des méthodes contraceptive aussi bien modernes que traditionnelles parmi les adolescentes de 15-19 ans. Une importante proportion d'adolescentes utilise les méthodes contraceptives traditionnelles, surtout en milieu urbain. Les sources d'informations classiques (les médias) ne sont plus utilisées par les adolescentes pour s'informer sur la SSR et PF. Les besoins non satisfaits en PF enregistrent une baisse progressive, mais restent cependant élevés surtout en milieu rural. L'utilisation des méthodes contraceptives est influencée par le niveau des connaissances des adolescentes. En vue d'améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives au sein du groupe d'adolescentes, des programmes bien étoffés d'information et de formation des adolescentes en PF devraient être mis en place et les prestataires de soins mis à niveau.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Qu'est ce qui est connu sur ce sujet

Inclure au maximum 3 points sur ce qui est connu à propos de ce sujet:

- La planification familiale constitue un moyen efficace pour lutter contre les grossesses non désirées qui peuvent survenir chez les femmes de 15 à 49 ans ;
- L'accent est actuellement mis surtout sur la promotion de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes « médicamenteux » ou hormonales et moins sur les méthodes naturelles ;
- Le préservatif masculin est la méthode contraceptive moderne la plus utilisée mais de manière irrégulière par les adolescents.

Qu'est-ce que votre étude apporte de nouveau

Inclure au maximum 3 points clés sur ce que votre étude apporte de nouveau :

- Une bonne partie d'adolescentes utilisent les méthodes contraceptives naturelles, surtout celles résidant en milieu urbain ;
- Les connaissances des méthodes contraceptives, le statut marital de l'adolescente et la religion sont associés à l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes ;

Contributions des auteurs

DM a conçu le protocole de recherche, PA, TM, MAM, FC et GW l'ont validé; DM analysé les données existantes du projet PMA, et produit le manuscrit de l'article, tous les auteurs ont lit et validé le manuscrit.

Remerciements

Nous remercions les responsables du projet PMA 2020 pour avoir accepté de rendre disponibles les données utilisées pour cette étude. Nous remercions les responsables du projet de Renforcement Institutionnel pour les Politiques de Santé basées sur les Evidences au Congo (RIPSEC) qui ont accepté de financer la publication de cet article.

F. Références bibliographiques

1. Darroch, J.E., V. Woog, A. Bankole, and L.S. Ashford. 2016. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting Contraceptive Needs of Adolescents. New York: Guttmacher Institute.
https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf, accessed 26 June 2017.
2. Frappier J-Y, Kaufman M, Baltzer F et coll. Sex and sexual health: A survey of Canadian youth and mothers. *Paediatr Child Health* 2008;13(1):25–30. ; Hoffman SD, Maynard RA, éd. Kids having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. Washington, D.C.:Urban Insitute Press, 2008.
3. UNFPA. Facing the facts. Adolescent girls and contraception. 2015. Available at https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Adolescent_brochure.pdf
4. Mari Imamura , Janet Tucker, Phil Hannaford, Miguel Oliveira da Silva, Margaret Astin, Laura Wyness, Kitty W. M. Bloemenkamp, Albrecht Jahn, Helle Karro, Jørn Olsen, Marleen Temmerman, on behalf of the REPROSTAT 2 group. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, Vol. 17, No. 6, 630–636. doi:10.1093/eurpub/ckm014 Advance Access published on March 25, 2007
5. Undie, C., H. Birungi, G. Odwe, and F. Obare. 2015. Expanding Access to Secondary School Education for Teenage Mothers in Kenya: A Baseline Study Report. STEP UP Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducTeenMothersKenya.pdf, accessed 26 June 2017.

6. Gottschalk LB, Ortayli. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base. *Contraception*. 2014; 90(3):211–25. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.017.
7. Birungi, H., C. Undie, I. Mackenzie, A. Katahoire, F. Obare, and P. Machawira. 2015. Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in sub-Saharan Africa. STEP UP and UNESCO Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council and UNESCO. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducSectorResp.pdf, accessed 26 June 2017.
8. O.V.Panova, A.M.Kulikov, A.Berchtold, J.C.Suris. Factors Associated with Unwanted Pregnancy among Adolescents in Russia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, Volume 29, Issue 5, October 2016, available: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.04.004>
9. Darroch, J.E., S. Audam, and V. Woog. 2016. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting the Contraceptive Needs of Adolescents. Supplementary Data Tables. New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_downloads/adolescent_adding_it_up_2016_supplementary_data_tables.xlsx, accessed 26 June, 2018
10. Human Reproduction Programme (HRP), WHO, STEP UP, Population Council, UKaid. Family Planning Evidence brief _ Reducing early and unintended pregnancies among adolescents. WHO/RHR/17.10 Rev.1, 2018
11. By Ann K. Blanc, Amy O. Tsui, Trevor N. Croft and Jamie L. Trevitt. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2009, 35(2):63–71. DOI: 10.1363/ipsrh.35.063.09 .

12. Mardieh L. Dennis, Emma Radovich, Kerry L. M. Wong, Onikepe Owolabi, Francesca L. Cavallaro, Michael T. Mbizvo, Agnes Binagwaho, Peter Waiswa, Caroline A. Lynch and Lenka Benova. Pathways to increased coverage: an analysis of time trends in contraceptive need and use among adolescents and young women in Kenya, Rwanda, Tanzania, and Uganda. *Reproductive Health* (2017) 14:130 DOI 10.1186/s12978-017-0393-3
13. Carolina de Vargas Nunes Coll, Fernanda Ewerling, Franciele Hellwig & Aluísio Jardim Dornellas de Barros. Contraception in adolescence: the influence of parity and marital status on contraceptive use in 73 low-and middle-income countries. *Reproductive Health* (2019) 16:21 <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0686-9>
14. Julianne Deitch & Lindsay Stark (2019) Adolescent demand for contraception and family planning services in low- and middle-income countries: A systematic review, *Global Public Health*, 14:9, 1316-1334, DOI: 10.1080/17441692.2019.1583264
15. Amy O. Tsui, Win Brown and Qingfeng Li. Contraceptive Practice in Sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev.* 2017 May ; 43(Suppl Suppl 1): 166–191. doi:10.1111/padr.12051.
16. Saifuddin Ahmed, Yoonjoung Choi, Jose G Rimon, Souleymane Alzouma, Peter Gichangi. Trends in contraceptive prevalence rates in sub-Saharan Africa since the 2012 London Summit on Family Planning: results from repeated cross-sectional surveys. *Lancet Glob Health* 2019; 7: e904–11 Published Online May 17, 2019 [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30200-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30200-1)
17. Taghizadeh Maghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Int J Pediatr* 2016; 4(2): 1423-38.

18. Elissa Kennedy, Natalie Gray, Peter Azzopardi and Mick Creati. Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. *Reproductive Health* 2011, 8:11 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/11>
19. Margarate Nzala Munakampe, Joseph Mumba Zulu and Charles Michelo. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Services Research* (2018) 18:909 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3722-5>
20. Hindin, M.J., A. M. Kalamar, T. A. Thompson, and U.D. Upadhyay. 2016. “Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle-income countries: A systematic review of the published and gray literature,” *Journal of Adolescent Health* 59(suppl. 3): S8–S15. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.021.
21. UNFPA. Review of Adolescent and Youth Policies, Strategies and Laws in Selected Countries in West Africa, 2017. https://wcaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_WAfrica_Youth_ENG_20170726%20%281%29_0.pdf
22. Mpunga M. D., Lumbayi J-P, Dikamba M. N., Mwembo T. A., Mapatano M. A. Availability and quality of family planning service in DR Congo: High potential Improvement, *Global Health: Science and Practice*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00205>
23. Dieudonné Mpunga Mukendi, Faustin Chenge Mukalenge, Mapatano Mala Ali, Gilbert Wembodinga Utshudienyema. Exploring the Adequacy of Family Planning Services to Adolescents needs: Results of a cross-sectional Study from two settings in the Democratic Republic of the Congo. *Health Educ Public Health* 2018; 2(1): 131 – 141. doi: 10.31488 /heph.111
24. Journal officiel de la RDC. Loi N° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi N°87-010 du 1er Aout 1987 portant Code de la famille.

25. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Accessed May 24, 2017.
26. Sophia Chae, Patrick K. Kayembe, Jesse Philbin, Crispin Mabika, Akinrinola Bankole. The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. *PLoS ONE* 12(10): e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
27. Dieudonné Kwete, Arsene Binanga, Thibaut Mukaba, Théophile Nemuandjare, Muanda Fidele Mbadu, Marie-Thérèse Kyungu, Perri Sutton, Jane T Bertrand. Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Family planning in the Democratic Republic of the Congo: encouraging momentum, formidable challenges. Glob Health Sci Pract.* 2018;6(1):40-54. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00346>
28. Albert Mwembo , Rebecca Emel, Tesky Koba, Jacqueline Bapura Sankoko, Aben Ngay, Rianne Gay, Jane T. Bertrand. Acceptability of the distribution of DMPA-SC by community health workers among acceptors in the rural province of Lualaba in the Democratic Republic of the Congo: a pilot study. *Contraception* 98 (2018) 454–459. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2018.08.004>

29. Julie H. Hernandez, Pierre Z. Akilimali, Mbadu Fidèle Muanda, Annie L. Glover, Jane T. Bertrand. Evolution of a Large-Scale Community-Based Contraceptive Distribution Program in Kinshasa, DRC Based on Process Evaluation. Evolution of a large-scale community-based contraceptive distribution program in Kinshasa, DRC based on process evaluation. *Glob Health Sci Pract.* 2018;6(4):657-667. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00205>
30. Tulane University School of Public Health, University of Kinshasa School of Public Health and The Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health at The Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Performance Monitoring and Accountability 2020 (PMA2020) Survey Round 7, PMA2018/DRC-R7 (Kinshasa & Kongo Central). 2018. Kinshasa, DRC and Baltimore, Maryland, USA.
31. OMS. Planification familiale/Contraception. Fact-sheets. Février 2018. Disponible sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
32. République Démocratique du Congo (RDC). Planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle 2014–2020. Kinshasa: RDC; 2014.
33. INS, Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
34. P. Frank-Herrmann, J. Heil, C. Gnoth, E. Toledo, S. Baur, C. Pyper, E. Jenetzky, T. Strowitzki, G. Freundl. The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Human Reproduction*, Volume 22, Issue 5, May 2007, Pages 1310–1319, <https://doi.org/10.1093/humrep/dem003>

35. Indian Council of Medical Research Task Force on Natural Family Planning. Field trial of Billings Ovulation Method of natural family planning. *Contraception*. 53,2, P69-74, 1996. DOI:[https://doi.org/10.1016/0010-7824\(95\)00269-3](https://doi.org/10.1016/0010-7824(95)00269-3)
36. Ronald H. Gray, Robert T. Kambic, Claude A. Lanctot, Mary C. Martin, Roselind Wesley and Richard Cremins. Evaluation of natural family planning programmes in Liberia and Zambia. *Journal of Biosocial Science*. Volume 25, Issue 2, April 1993 ; pp. 249-258; DOI: http://login.research4life.org/tacsgr1doi_org/10.1017/S0021932000020538
37. OMS. Département de santé et recherche en matière de reproduction, Johns Hopkins Ecole de santé publique Bloomberg. Centre pour les programmes de communication Projet INFO. & Agence des Etats-Unis pour le développement international. Bureau de santé globale. Office de la Population et de la Santé Reproductive. (2011). *Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier : mise à jour 2011 : directives factuelles mises au point dans le cadre d'une collaboration mondiale*. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97943>.
38. Gilda Sedgh, Jonathan Bearak, Susheela Singh, Akinrinola Bankole, Anna Popinchalk, Bela Ganatra, Clémentine Rossier, Caitlin Gerdts, Özge Tunçalp, Brooke Ronald Johnson Jr, Heidi Bart Johnston, and Leontine Alkema. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016 July 16; 388(10041): 258–267. doi:10.1016/S0140-6736(16)30380-4.
39. UNFPA, PRB, *Rapport sur le statut des adolescents et des jeunes en Afrique Subsaharienne : Possibilités et Enjeux*. 2012.

40. Gilda Sedgh, Rubina Hussain. Reasons for Contraceptive Nonuse among Women Having Unmet Need for Contraception in Developing Countries. *Studies in family planning J.* June 2014 <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2014.00382.x>.
41. Gilda Sedgh, Lori S. Ashford and Rubina Hussain. *Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method*, New York: Guttmacher Institute, 2016, <http://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developingcountries>.
42. Ho LS, Wheeler E. Using program data to improve access to family planning and enhance the method mix in conflict-affected areas of the Democratic Republic of the Congo. *Glob Health Sci Pract.* 2018;6(1):161-177. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00365>
43. Agnès Guillaume et Clémentine Rossier. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population-F*, 73 (2), 2018, 225-322 DOI : 10.3917/popu.1802.0225
44. Caitlin PARKS, and Jeffrey F. PEIPERT. Eliminating Health Disparities in Unintended Pregnancy with Long-Acting Reversible Contraception (LARC). *Am J Obstet Gynecol.* 2016 June ; 214(6): 681–688. doi:10.1016/j.ajog.2016.02.017.
45. Jennie Yoost. Understanding benefits and addressing misperceptions and barriers to intrauterine device access among populations in the United States. *Patient Preference and Adherence* 2014;8 947–957. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S45710>
46. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health.* 2014 Jul 30;14:770. doi: 10.1186/1471-2458-14-770.

47. Yode, M. and LeGrand, T. (2014) Association Between Family Environment and Sexual Behaviour of Adolescents in Burkina Faso. *Advances in Reproductive Sciences*, 2, 33-45. <http://dx.doi.org/10.4236/arsci.2014.22005>
48. J. K. Krugu, F. E. F. Mevissen, A. Prinsen and R. A. C. Ruiter. Who's that girl? A qualitative analysis of adolescent girls' views on factors associated with teenage pregnancies in Bolgatanga, Ghana. *Reproductive Health* (2016) 13:39 DOI 10.1186/s12978-016-0161-9
49. Onokerhoraye, A.G. and Dudu, J.E. (2017) Perception of Adolescents on the Attitudes of Providers on Their Access and Use of Reproductive Health Services in Delta State, Nigeria. *Health*, 9, 88-105. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2017.91007>
50. Chilinda, I., Hourahane, G., Pindani, M., Chitsulo, C. and Maluwa, A. (2014) Attitude of Health Care Providers towards Adolescent Sexual and Reproductive Health Services in Developing Countries: A Systematic Review. *Health*, 6, 1706-1713. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2014.614203>
51. Sneha Challa, Abubakar Manu, Emmanuel Morhe, Vanessa K. Dalton, Dana Loll, Jessica Dozier, Melissa K. Zochowski, Andrew Boakye, Richard Adanu, and Kelli Stidham Hall. Multiple levels of social influence on adolescent sexual and reproductive health decision-making and behaviors in Ghana. *Women Health*. 2018 April; 58(4): 434-450. doi:10.1080/03630242.2017.1306607.

4.3. Section 3 : Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale

Cette troisième section résume les résultats de l'étude CAP organisée auprès des adolescents et des enseignants des écoles secondaires des provinces de Kinshasa et du Congo Central. Les résultats ont indiqué un faible niveau de connaissances sur la PF. Les adolescents et les enseignants ont une préférence pour les méthodes contraceptives traditionnelles. L'école est la source d'information préférée par les adolescents en matière de PF mais l'analyse du cours d'éducation à la vie a montré que son contenu était non standardisé et pauvre en ce qui concerne la planification familiale.

4.3.1. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et enseignants sur la contraception : résultats d'une étude organisée en République Démocratique du Congo

Dieudonné Mukendi Mpunga^{1,*}, Faustin Mukalenge Chenge², Mala Ali Mapatano¹, Thérèse Nyangi Mondo Mambu¹, Gilbert Utshudienyema Wembodinga¹

Affiliations des auteurs

1. Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa B.P. 11850 Kinshasa I, République Démocratique du Congo ; 2. Ecole de Santé Publique de Lubumbashi, Faculté de Médecine, Université de Lubumbashi

Ce manuscrit est soumis pour publication à la revue Pan African Medical Journal (PAMJ) sous le numéro ID : 21678 - 30612020030276

Abstract**Introduction**

We aimed to analyze the knowledge, attitudes and practices of adolescents and teachers on family planning (FP).

Methods

A qualitative study was conducted in 2018 with seven teachers and 62 adolescents aged 15-19, schooled and out of school. Data were collected through six focus groups (FG) of adolescents and seven semi-structured interviews with teachers from the provinces of Kinshasa and Kongo Central. The Atlas Ti software was used to analyze data using the inductive approach.

Results

Periodic abstinence, male condoms and pills were cited as contraceptive methods. Adolescents and teachers are apprehensive about using artificial contraceptive methods outside of the irregularly use of male condom. Girls especially prefer natural contraceptive methods, fearing side effects, such as the risk of infertility. Almost all adolescents want to be informed on sexual and reproductive health (SRH) and FP in school; however, they consider the content of the life education course (EVIE) insufficient and criticize the teachers' lack of openness. The main sources of information for adolescents are peers, siblings and the internet. Mothers are an important source of information for girls, unlike fathers considered to be indifferent or even frightening by adolescents.

Conclusion

Knowledge of FP is weak. Misconceptions about contraception lead to the use of ineffective practices to prevent unwanted pregnancies. To improve knowledge, a teacher training program should be developed and the content of the EVIE course formalized and regulated.

Keywords: Adolescents, knowledge, attitudes, practices, family planning

Résumé

Introduction

Notre objectif était d'analyser les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants sur la planification familiale (PF).

Méthodes

Une étude était conduite en 2018 auprès de sept enseignants et 62 adolescents de 15-19 ans, scolarisés et non scolarisés. Les données étaient collectées à travers six focus groups (FG) des adolescents et sept interviews semi-structurées des enseignants des provinces de Kinshasa et du Kongo Central. Elles étaient analysées à l'aide du logiciel Atlas Ti suivant l'approche inductive.

Résultats

L'abstinence périodique, les préservatifs masculins et les pilules étaient cités comme méthodes contraceptives. Les adolescents et les enseignants ont de l'appréhension pour utiliser les méthodes contraceptives artificielles en dehors du préservatif masculin dont l'utilisation est irrégulière. Les filles préfèrent les méthodes naturelles par crainte des effets secondaires. La majorité d'adolescents souhaitent être informé sur la PF à l'école ; cependant, ils estiment insuffisant le contenu du cours d'éducation à la vie (EVIE) et fustigent le manque d'ouverture des enseignants. Les principales sources d'informations sont les pairs, les frères, les sœurs et l'internet. Les mères sont une source importante d'information pour les filles contrairement aux pères moins appréciés par les adolescents.

Conclusion

Les connaissances sur la PF sont faibles. Les idées fausses sur la contraception entraînent le recours aux pratiques peu efficaces pour prévenir les grossesses non désirées. Pour améliorer ces connaissances, un programme de formation des enseignants devrait être élaboré ; le contenu du cours d'EVIE formalisé et réglementé par les responsables de l'éducation nationale.

Mots clés : Adolescents, connaissances, attitudes, pratiques, planification familiale

A. Introduction

L'Afrique subsaharienne porte le plus lourd fardeau des avortements non sécurisés chez les jeunes du monde, un quart survenant entre 15 et 19 ans [1]. Dans les pays aux programmes d'éducation sexuelle et de PF performants, l'incidence de l'avortement est faible, à l'inverse des pays aux lois restrictives, où la culture de prévention et l'accès à la contraception sont moins développés [2]. Une proportion importante d'adolescents devient sexuellement active trop tôt, dans un contexte de faible utilisation de la contraception et d'importants besoins non satisfaits [3]. En Afrique centrale, le manque d'information sur la contraception, le manque d'accès à une source d'approvisionnement et le coût élevé des contraceptifs sont causes des besoins non satisfaits élevés [4]. Les adolescents ont peu conscience des risques sanitaires qu'ils courent en affichant des comportements à risque [5].

L'utilisation des méthodes contraceptives est en augmentation en région africaine, mais les taux d'interruption restent aussi élevés [6]. Les adolescentes ont un accès faible et une faible adhérence aux méthodes contraceptives comparativement aux femmes adultes [7]. Le faible accès aux services de SSR peut résulter en l'utilisation des méthodes dangereuses et d'avortement [1]. Le faible niveau d'éducation, la structure familiale perturbée, le faible niveau de revenu [8-10] et les connaissances limitées en matière de SSR sont causes de la survenue des grossesses non désirées chez les adolescentes [1], dont l'accès à l'information et aux services de PF sont limités. Les adolescents non scolarisés sont particulièrement vulnérables, faisant des choix moins éclairés [11], aggravés en cas de faible niveau d'instruction des mères [12]. Dans certains pays, les programmes d'éducation des adolescents portent sur les

infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH. D'importantes lacunes sont identifiées concernant la prévention de la grossesse, l'utilisation du préservatif, la puberté et la sexualité [13]. Les parents, les agents de santé et les enseignants sont reconnus comme sources fiables d'informations [1]. En pratique, les adolescents s'informent auprès des pairs [1, 13] et des membres de famille ; les filles se confient à leur tante, cousines, camarades et même à la pornographie [1]. Il est démontré que le contrôle parental discriminait davantage le comportement sexuel des adolescents par rapport à la communication sur la sexualité avec les membres de la famille [14]. Les écoles sont une source importante d'information mais sous-utilisée [13]. Il existe une controverse quant à la place qu'occupent les médias dans l'éducation sexuelle des adolescents [13,15]. Le pouvoir de négocier l'utilisation des contraceptifs est limité pour les adolescentes, même celles qui vivent en couple [11]. Les interventions axées sur la participation des parents, des enseignants [1, 16] et des enfants, dispensées à l'école au début de l'adolescence peuvent avoir des effets durables sur la réduction des comportements de violence et des relations sexuelles avant l'âge de 18 ans [16]. Les interventions dans le domaine des connaissances peuvent résulter en la création de la demande et l'augmentation de l'utilisation des méthodes contraceptives par les adolescents [3,9], en agissant sur les pratiques ambivalentes et contradictoires qu'ont certains adolescents concernant l'utilisation de contraceptifs [17].

En RDC, un début précoce des activités sexuelles est signalé parmi les adolescents [18, 19], qui tiennent à la confidentialité lors des sessions d'éducation sexuelle [20]. Les adolescentes, malgré qu'elles craignent une grossesse, disposent des connaissances limitées sur la contraception [21].

Les obstacles à l'utilisation de la contraception sont la mauvaise communication entre conjoints, les normes socioculturelles défavorables, la peur des effets secondaires et le manque de connaissances sur la PF [22]. Les services d'éducation nationale constituent un meilleur moyen éducatif. La majorité d'adolescents fréquentent l'école même si une bonne partie n'est pas scolarisée pour des raisons diverses. Les adolescents de 15 à 19 ans ayant un parcours scolaire normal se retrouvent entre les classes de 3^{ème} secondaires et la 2^{ème} année des études universitaires. L'éducation des adolescents en SSR est assurée par le cours d'EVIE, dispensé de la première à la sixième année des humanités et dont le contenu n'est pas clairement défini. L'objectif de cette étude était d'analyser les connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants sur la PF.

B. Méthodologie

Il s'agissait d'une étude qualitative organisée dans la commune de Lemba, à Kinshasa et dans le secteur de Gombe Matadi, province du Kongo Central. Les données étaient collectées par six groupes de discussion (FG) des adolescents de 15 à 19 ans, scolarisés et non scolarisés et sept interviews semi-structurées des enseignants du cours d'EVIE.

Sélection des adolescents et des enseignants

Les adolescents scolarisés étaient identifiés à partir de quatre écoles secondaires sélectionnées par échantillonnage de convenance, à raison de deux écoles à Kinshasa et deux écoles à Gombe Matadi. Nous avons collecté les données auprès des élèves de 3^{ème}, 4^{ème} et 5^{ème} secondaire sélectionnés par boule de neige. Les adolescents non scolarisés étaient identifiés par la technique de boule de neige à partir d'un adolescent non

scolarisé de chaque sexe, identifié à partir de l'école, église, associations locales ou d'un informateur. Les caractéristiques sociodémographiques de 62 adolescents interviewés sont reprises dans le Tableau 4.3.1.1

Tableau 4.3.1.1 : Caractéristiques démographiques des adolescents ayant participé aux groupes de discussion focalisés

	Gombe Matadi		Lemba	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Nbre de focus groups	1	1	2	2
Nbre des participants	12	12	24	14
Groupes d'âge (années)	15 – 19	15 - 17	15 - 19	15 -18
Statut éducatif				
3 ^{ème} humanité	3	0	0	0
4 ^{ème} humanité	5	12	11	14
5 ^{ème} humanité	4	0	0	0
Non scolarisés	0	0	13	0
Religion				
Eglise de réveil	8	8	9	3
Catholique	0	2	6	4
Protestante	0	0	2	4
Autre	4	2	5	3
Aucune	0	0	2	0
Tuteur				
Deux parents	6	7	15	8
Un des parents	2	3	4	2
Autres	4	2	5	4

Dans le tableau 4.3.1.2, nous reprenons les caractéristiques sociodémographiques des enseignants soumis aux interviews dans les écoles visitées.

Tableau 4.3.1.2 : Caractéristiques sociodémographiques des enseignants participants aux interviews semi-structurées

N°	Statut marital	Niveau d'éducation	Ancienneté	Nbre des cours assurés	Nombre d'écoles de prestation
1	Marié	Gradué histoire et sciences sociales	16 ans	2	2
2	Marié	Gradué architecture	1 an	2	1
3	Divorcé	Gradué sciences sociales	9 ans	2	1
4	Célibataire	Etudiant ISP	2 ans	2	1
5	Célibataire	Licencié Economie	5 ans	4	3
6	Marié	Licencié Droit	2 ans	3	1
7	Marié	Gradué biologie-chimie	20 ans	2	1

Techniques et Procédures de collecte des données

Quatre FG des adolescents scolarisés (deux à Lemba et deux à Gombe Matadi) et deux FG des adolescents non scolarisés (à Kinshasa) étaient organisés. Les FG étaient homogènes, de 7 à 12 adolescents regroupés selon leur statut éducatif, le sexe et le milieu de résidence. Les adolescents étaient interviewés au sortir de l'école, pour une durée n'excédant pas deux heures. Les conversations étaient enregistrées sur le dictaphone. Les enseignants étaient interviewés pendant les heures où ils étaient disponibles, pour une durée de 01h30.

Guide des interviews

Les thématiques ont porté sur les connaissances des méthodes de PF, les sources d'informations en SSR; les pratiques; les attitudes et préférence en matière de contraception ; le rôle de l'école et des tuteurs dans l'éducation sexuelle des adolescents.

Contrôle de qualité et analyse des données

Les données étaient progressivement analysées à l'aide du logiciel Atlas Ti suivant l'approche inductive. Pour s'assurer de la qualité, le modérateur du FG faisait chaque fois la synthèse avant de passer au thème suivant. A partir des thèmes retenus, nous avons sélectionné des codes ouverts et axiaux. La première partie du processus analytique a consisté à fractionner les données, suivi de l'analyse pour les différences et les similitudes ; les concepts similaires étaient étiquetés du même nom. Chaque concept était ensuite défini en termes d'un ensemble de propriétés et de dimensions discrètes pour ajouter de la clarté et de la compréhension. La deuxième partie du processus analytique a traité de la différenciation entre les codes ouverts et axiaux. Les codes ouverts consistaient à mettre en évidence ce qui avait été rapporté plusieurs fois, ainsi que des aspects du comportement pris pour acquis. Avec les codes axiaux, il était possible de créer des nouveaux sous-thèmes en regroupant des phrases et des mots. En utilisant le codage axial, nous avons pu indiquer la manière dont les connexions sont établies entre catégories et sous-catégories ainsi créées. Les thèmes apparaissant dans la section des résultats sont issus de codes ouverts et axiaux. Les résultats ainsi obtenus étaient validés avec les élèves d'une école de la commune de Lemba.

Considérations éthiques

Le protocole de l'étude était approuvé par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa sous le numéro ESP/CE/027/2018. Tous les participants avaient donné un consentement éclairé. L'étude était autorisée par les responsables des écoles. La diffusion des résultats se fait en utilisant les initiales des noms fictifs.

C. Résultats

Ces résultats qui couvrent trois thèmes pourraient expliquer les obstacles aux initiatives d'amélioration de l'utilisation de la contraception.

Connaissances et sources d'information sur la contraception

La quasi-totalité d'adolescents connaissent les risques d'une sexualité non protégée. Ils évoquent le risque de grossesse non désirée et des infections sexuellement transmissibles (IST) comme le VIH-Sida. Quant aux moyens de prévention des risques des grossesses non désirées, les adolescents citent l'abstinence périodique et les préservatifs masculins. Cependant, les adolescents sexuellement inactifs, scolarisés et non scolarisés, avaient une opinion défavorable à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Un adolescent a déclaré ceci :

“On peut utiliser les préservatifs et d'autres médicaments dont la publicité passe à la télévision pour se protéger contre la survenue des grossesses non désirées mais moi je crois que tout ceci est déconseillé aussi bien pour les garçons que pour les filles, les préservatifs peuvent entraîner la maladie de la prostate, il faut seulement s'abstenir” (TM, 16 ans, FG 5).

Une partie importante d'interviewés pensent que c'est mieux de s'abstenir des relations sexuelles à l'adolescence et d'attendre l'âge adulte ou le

mariage pour pratiquer la sexualité. Une adolescente s'est confiée en disant ceci :

‘‘Un mineur est encore irresponsable, il ne sait pas comment se protéger ni comment se prendre en charge en cas de problème; il faut bien se garder et s'abstenir des rapports sexuels’’ (JK, participante 2, FG 2).

Les adolescents sexuellement actifs étaient favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives naturelles pour prévenir les grossesses non désirées. Une adolescente a déclaré ce qui suit :

‘‘Il faut que la fille sache comment calculer ses périodes d'ovulation, ceci protège mieux que les médicaments et les préservatifs qui peuvent rendre stérile la femme’’ (MN, 18 ans, FG 1)

Certains interviewés donnent l'impression que l'abstinence sexuelle était une imposition de l'entourage ou de la société, ce qui se traduit indirectement à travers les raisons superflues, avancées par les adolescents pour justifier l'abstinence. L'âge majeur est considéré par un nombre important d'adolescents comme facteur de protection contre les risques dus aux rapports sexuels non protégés. Les adolescents lient l'âge à la responsabilité des actes posés et leurs conséquences sur le plan sanitaire.

Une adolescente scolarisée s'est confiée en ces termes :

‘‘Pour moi, on n'interdit pas aux jeunes d'avoir des rapports sexuels mais on nous demande d'attendre l'âge de 18 ans pour le faire ; il y a peu de risque lorsqu'un adolescent pratique la sexualité à partir de 18 ans. Les filles qui ont les rapports sexuels à 15-16 ans ce n'est pas bon, il faut seulement attendre 18 ans car avant cet âge quand la fille va tomber enceinte, le garçon auteur de la grossesse est irresponsable, il va pousser à avorter et cela pose problèmes’’ (NA, 16 ans, FG 3)

Les méthodes contraceptives, même le plus courantes, sont peu connues de la majorité d'enseignants. La majorité ont cité la méthode d'abstinence périodique et les préservatifs. Les méthodes d'auto-observation, le coït interrompu, le stérilet, les spermicides, les pilules et implants étaient citées par moins d'un interviewé sur trois.

Quant aux sources d'informations en matière de SSR, celles-ci diffèrent selon qu'il s'agit des garçons ou des filles. La plupart des garçons citent l'école, les amis et les médias (internet) comme principales sources d'information en matière de SSR; les filles ajoutent leurs mères, leurs grandes sœurs, leurs amies parmi les sources d'information. La majorité d'adolescents ont déclaré ne pas se confier à leurs pères lorsqu'ils ont besoins d'informations en matière de SSR. Certains se sont butés à une attitude négative de la part de ces derniers. Une adolescente de 17 ans a déclaré ceci :

“Une voisine est tombée enceinte ; quand j’ai posé la question à notre papa de savoir comment une jeune fille peut-elle se protéger des grossesses non désirées, papa m’a dit : pourquoi tu veux savoir, pour aller pratiquer?” (BK, 4^{ème} scientifique)

Pour les enseignants, les principales sources d'information des adolescents en matière de SSR sont le téléphone, l'internet, l'école, éducation diffuse, les médias et les films. Les enseignants sont conscients que le cours d'EVIE ne rencontre pas certaines préoccupations soulevées en classe par les élèves. Un enseignant a déclaré ceci :

“L'école ne suffit pas aujourd'hui pour informer les adolescents en matière de PF, c'est surtout la rue, l'éducation de la rue qui influe sur le comportement des adolescents” (Enseignant 7, 20 ans d'ancienneté). Et

un autre d'ajouter: *“le cours d'EVIE n'influence pas beaucoup les adolescents aujourd'hui; c'est plutôt l'éducation diffuse qui a plus d'influence sur les adolescents ; l'école donne le cours d'EVIE mais les enfants sont plus informés par le medias, les collègues, et les autres personnes surtout en ce qui concerne les problèmes non abordés pendant le cours; à l'école on est limité mais à la cité c'est plus”*. (**Enseignant 4, 2 ans d'expérience**).

L'école est la source d'information préférée par les adolescents, suivi des parents ; les prestataires de soins sont préférés surtout par les adolescents non scolarisés. Pour les élèves de 4^{ème} et 5^{ème} des humanités, le cours d'EVIE ne répond pas à certaines préoccupations en matière de SSR ; certains enseignants refusent de répondre à leurs questionnements.

Attitudes et pratiques face à la contraception

Les adolescents et enseignants interviewés ne sont pas favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives, en dehors des méthodes naturelles comme l'abstinence périodique. Un enseignant a déclaré ce qui suit :

“Je ne pense pas qu'un adolescent de 15, 16, 17 ans puisse utiliser une méthode de PF, ils utilisent parfois les condoms pour éviter de mettre au monde” (**Enseignant N°5, Kinshasa**)

Ils n'ont pas l'intention d'utiliser les méthodes contraceptives modernes dans le futur ni de les conseiller aux membres de leur famille. Un participant a déclaré:

“Moi personnellement j'utilise la méthode naturelle en calculant la date de menstruation de mon épouse, je n'utilise pas d'autres méthodes comme

les préservatifs ; à la maison, j'insiste sur l'abstinence, je refuse que les enfants utilisent les préservatifs, sinon ils vont avoir le gout de faire la sexualité ; moi leur papa si je vis jusqu'à cet âge c'est parce que je me suis bien conduit dans ma vie, je n'ai jamais eu à faire les rapports sexuels n'importe comment, depuis que j'ai étudié à l'université j'avais la décision d'avoir une seule femme dans ma vie'' (Enseignant N°7, Kinshasa)

L'utilisation des méthodes contraceptives est liée aux connaissances et attitudes vis-à-vis de ces méthodes. Un enseignant a déclaré ce qui suit à la question de savoir quelles sont les méthodes contraceptives qu'il connaissait :

''Je connais l'abstinence; je n'ai pas d'idée sur les restes des méthodes; je suis célibataire et je m'abstiens des rapports sexuels; moi personnellement je n'ai jamais utilisé les méthodes contraceptives; ces méthodes c'est pour les mariés, ceux qui vivent en couple'' (Enseignant N°5)

Contenu du cours d'éducation à la vie (EVIE)

Le ministère d'éducation nationale a la charge d'élaborer le programme du cours d'EVIE. Dans la totalité d'écoles visitées, le programme officiel de ce cours n'a pas été trouvé. Un programme local de formation est élaboré par chaque enseignant en tenant compte de ses connaissances. Un enseignant du Kongo central a déclaré :

''Je n'ai pas de programme officiel du cours, ce que je donne, j'ai fait des recherches ; au niveau de l'école on n'a pas ce programme. Dans d'autres écoles, je crois qu'il y a un programme officiel de formation, car cela dépend d'une école à une autre; normalement il y a un programme dans tous les cours. Un cours ne peut pas être donné sans avoir un programme,

c'est sûr qu'il doit y avoir un programme. Le ministère doit avoir un programme, pour que toutes les écoles puissent les matières et chaque école peut ajouter quelque chose et non demander à chaque école de former un programme'' (Enseignant N°4). Au cours des échanges avec les enseignants et les élèves, des programmes variés du cours d'EVIE étaient trouvés en fonction des écoles et du niveau. Ce cours est donné de la 1^{ère} à la 6^{ème} année dans la majorité d'écoles ; dans d'autres écoles, il se donne à partir de la 3^{ème} année. **Tableau 4.3.1.3**

Tableau 4.3.1.3. Contenu du cours d'éducation à la vie tel qu'élaboré par les enseignants d'une école privée de Kinshasa

Classes de 1 ^{ère} et 2 ^{ème}	Classes de 3 ^{ème} et 4 ^{ème}	Classes de 5 ^{ème} et 6 ^{ème}
On parle beaucoup sur l'introduction générale; on parle de comment aborder une relation amicale pour que cette relation amicale ne puisse pas se transformer en relation amoureuse ; on leur donne les conséquences des relations amoureuses (grossesse); comment on peut nettoyer le corps	On montre tout ce qui se passe dans la vie de l'enfant, il doit connaître le sexe, quelles sont les conséquences, à quel âge on peut tomber enceinte, comment éviter les infections et comment on peut se conduire; comment se préserver surtout pour les filles pour ne pas être beaucoup plus attirante parce qu'elles cherchent leur visibilité surtout à travers leur aspect morphologique	On commence par l'introduction générale, la virginité, la chasteté, le mariage, le divorce, l'importance du cours éducation à la vie; la responsabilité d'un élève face à sa survie
Durée du cours : 45 minutes par semaine et 30 heures pour l'année	Durée du cours : 45 minutes par semaine et 30 heures pour l'année	Durée du cours : une heure par semaine et 35 heures par an

Le contenu du cours d'EVIE selon les adolescents comprend les avortements, la virginité, la chasteté, le VIH Sida, le risque d'accouchement précoce, la sexualité responsable, le mariage. Il s'agit des notions superficielles sur la prévention des grossesses non désirées. La contraception n'est pas expressément abordée en dehors du chapitre sur la chasteté. Certains enseignants trouvent dangereux d'enseigner les notions de PF aux élèves selon leurs déclarations:

‘Enseigner la PF est un problème sérieux, il y a des élèves qui connaissent déjà les garçons ou les filles ; d'autres ne sont pas encore arrivés à ce stade-là, il faut les apprendre à éviter le sexe, l'abstinence

physique, parce que même si on utilise les préservatifs ça peut se rompre et la grossesse peut intervenir. Même l'utilisation des médicaments, moi je ne suis pas d'accord avec ça; moi quand je suis entré à l'université pour étudier, on me disait que toutes les filles sont malades, même si on utilise le préservatif ça peut se rompre et vous attraperez la maladie''. **(Enseignant 6, 2 ans d'expérience).** Le cours d'EVIE ne bénéficie ni des visites d'inspection du ministère de l'éducation national ni de celles des conseillers pédagogiques des écoles. Un enseignant a déclaré :

''Jusque-là pour le cours d'EVIE, je n'ai pas encore reçu la visite des inspecteurs scolaires depuis que je suis là il y a plus de 20 ans, mais pour les autres cours comme la biologie, la microbiologie, les sciences oui les inspecteurs viennent, ils ont l'horaire'' **(Enseignant N°7, Kinshasa).**

Un autre enseignant a déclaré :

'' Je n'ai pas encore reçu la visite des conseillers scolaires, peut être chez les autres professeurs mais moi, pas encore dans le cadre de ce cours mais pour les autres cours ils entrent ; dans le cadre de cours d'EVIE parfois ils regardent dehors en jetant un coup d'œil mais entrer dans la salle pour assister comme visite officielle, non '' **(Enseignant N°6).**

D. Discussion

Les adolescents et les enseignants disposent des faibles connaissances et des idées fausses sur la contraception. Ces résultats indiquent la probable faible vulgarisation de la PF parmi les adolescents et les enseignants. Les idées fausses sur la contraception ne sont pas le seul apanage des adolescents ; Lara et al. [23] dans une étude réalisée à l'Est de la RDC, ont souligné les idées fausses sur certaines méthodes modernes de contraception de la part des prestataires, des utilisatrices et des membres de la communauté. Yoost et al. [24] ont rapporté que même dans les pays développés, les idées fausses persistent concernant l'utilisation du stérilet, particulièrement parmi les jeunes et les femmes nullipares. En dehors de ces observations, l'attitude critique des prestataires de soins et le manque de confidentialité peuvent dissuader l'utilisation de la contraception par les adolescents [25]. Un des obstacles à la prise des contraceptifs par les adolescents est le faible niveau éducation [26] et des connaissances limitées en SSR qui parfois entraînent le recours aux méthodes peu efficaces et même dangereuses de PF [1]. Ces observations sont conformes à celles que nous avons trouvées ; les adolescents scolarisés ne reçoivent pas les informations susceptibles de moduler leur attitude envers la PF. La plupart d'adolescents interviewés ont conscience de l'exposition au risque de grossesse non désirée en cas de sexualité peu contrôlée. Cependant, ce fait contraste avec leur intention négative vis-à-vis des contraceptifs. C'est probablement pour cette raison que, dans un contexte de faible niveau des connaissances sur la contraception, ils préfèrent s'abstenir de tout rapport sexuel ou d'utiliser les préservatifs. Cette prise de conscience est moindre comparativement aux résultats de Krugu et al. pour qui les filles qui parlaient de la sexualité avec leur mère

et recevaient l'éducation sur l'utilisation de préservatifs à l'école avaient une attitude favorable face aux préservatifs [27]. Cependant, comme cela est aussi indiqué dans notre étude, la plupart d'adolescents ont une attitude négative en vers les autres méthodes de PF [27, 28] et utilisent de manière incohérente ou inconstante les préservatifs [29]. Des déterminants sociaux multi-niveaux tels que les influences interpersonnelles (pairs, partenaires et parents), communautaires (normes sociales) et macro-sociales (la religion, les enseignements sur les rapports sexuels avant le mariage et l'accès limité aux soins de qualité) conditionnent l'utilisation de la PF par les adolescents [28]. La majorité d'adolescents que nous avons interviewé étaient des religions chrétiennes, se confiant à l'entourage (mères, pairs) pour les questions de sexualité. Les adolescents ont la préférence pour leurs parents et l'école pour tout besoin de conseils sur la SSR. L'attitude négative des pères est un obstacle à l'accès à la bonne information. Une communication parentale ouverte sur les questions de sexualité à la maison, une éducation sexuelle complète à l'école et la bonne perception du risque encouru en cas de non utilisation de la contraception constituent des facteurs de protection dans les efforts de prévention des grossesses chez les adolescentes [27]. En cas d'insuffisance d'informations sur la SSR en famille, l'école peut combler ce gap si les enseignements sont coordonnés et suivis par les responsables de l'éducation nationale. Malheureusement, l'école ne fournit pas assez d'informations sur la PF ; les connaissances des enseignants sont faibles, le programme officiel du cours d'EVIE n'est pas disponible dans les écoles et les inspecteurs n'en suivent pas le déroulement. Ces observations poussent à croire que peu d'importance est accordée à l'éducation sexuelle et reproductive des adolescents, pourtant, les conséquences d'une sexualité précoce et non

protégée, comme les IST, les grossesses non désirées et les avortements comptent parmi les causes d'absentéisme voire d'arrêt d'études à cet âge [30-32]. La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) de 1994 avait recommandé de fournir une éducation sexuelle et de soutenir un enseignement et des services de SSR adaptés aux jeunes pour améliorer leurs connaissances en matière de SSR [33]. Cette recommandation n'est pas suivie en RDC. Il est démontré que des liens étroits entre les adolescents et les parents, entre les adolescents et la famille et les liens perçus avec l'école protégeaient les adolescents contre les comportements à risque pour la santé. Une observation indique que l'attente de la réussite scolaire par les parents était associée à des comportements à risque moins élevés pour la santé ; de même, la désapprobation parentale pour les débuts sexuels précoces était associée à un âge tardif de début des rapports sexuels [34]. Les adolescentes et les enseignants ont exprimé leur intention d'utiliser les méthodes contraceptives naturelles, connues pour les taux d'échecs élevés en cas de mauvaise utilisation. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'efficacité de la plupart des méthodes naturelles de PF reste assez élevée, variant de 90 à 98% si la méthode est maîtrisée et bien appliquée par le couple, la méthode du coït interrompu étant la moins efficace, à 73%. Le succès de l'application des méthodes naturelles dépend largement du niveau d'éducation, des connaissances et pratiques des utilisateurs [35]. Le faible niveau d'éducation et le faible niveau des connaissances sur les méthodes de PF que nous avons trouvé ne garantissent pas une utilisation optimale des méthodes naturelles, bien que préférées par les adolescents. La survenue des grossesses à risque, les naissances non désirées ou les avortements provoqués consécutifs signalés actuellement en RDC peuvent

s'expliquer à la suite des observations susmentionnées [18]. Les nombreuses lacunes sur les connaissances de la contraception soulignent le besoin de trouver la meilleure façon de concevoir des interventions efficaces pour adolescents et sur la meilleure manière de les mettre en œuvre [33]. Une des pistes de solution est l'amélioration des connaissances des enseignants en PF et la mise à jour des programmes de formation des adolescents.

Cette étude était conduite dans deux provinces, peu représentatif de l'ensemble de la RDC. Une de ses forces est qu'elle s'est déroulée à Kinshasa, capitale de la RDC et sièges de l'administration centrale. Les résultats ont été validés avec les interviewés et une des sous-divisions provinciales en charge de l'éducation.

E. Conclusion

Cette étude a montré que les connaissances des adolescents et des enseignants sont faibles en matière de PF. Les idées fausses sur la contraception entraînent le recours aux pratiques peu efficaces dans la prévention des grossesses non désirées. En dehors du fait que l'école et les parents sont de loin préférés comme sources d'informations en PF, le contenu du cours d'EVIE n'est pas consistant. En vue d'améliorer les connaissances en PF, un programme de formation des enseignants devrait être élaboré ; le contenu du cours d'EVIE formalisé et réglementé par les responsables de l'éducation nationale.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Qu'est ce qui est connu sur ce sujet

Inclure au maximum 3 points sur ce qui est connu à propos de ce sujet :

- Certains adolescents sont victimes des grossesses non désirées et à risque qui entravent leur vie et celle de leur entourage
- Les adolescents utilisent moins les méthodes contraceptives comparativement aux adultes
- Le préservatif masculin est la méthode contraceptive moderne la plus utilisée mais de manière irrégulière par les adolescents.

Qu'est-ce que votre étude apporte de nouveau

Inclure au maximum 3 points clés sur ce que votre étude apporte de nouveau :

- Les connaissances des enseignants du cours d'éducation à la vie sur les méthodes contraceptives sont aussi faibles que celles des adolescents
- Les enseignants et les adolescents ont des "idées fausses" sur les effets secondaires de la PF. Ils ont une préférence pour les méthodes naturelles de PF
- Le pauvre contenu du cours d'éducation à la vie est une occasion ratée pour améliorer le niveau des connaissances des adolescents sur la santé sexuelle et reproductive et la planification familiale

Contributions des auteurs

DM a conçu le protocole de recherche, TM, MAM, FC et GW l'ont validé; DM a collecté et analysé les données, et produit le manuscrit de l'article, tous les auteurs ont lu et validé le manuscrit.

Remerciements

Nous remercions les responsables du projet de Renforcement Institutionnel pour les Politiques de Santé basées sur les Evidences au Congo (RIPSEC) pour avoir accepté de financé la collecte des données et la publication de cette étude.

F. Références bibliographiques

1. Margarate Nzala Munakampe, Joseph Mumba Zulu and Charles Michelo. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Services Research*. 2018 ; 18:909 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3722-5>
2. Agnès Guillaume et Clémentine Rossier. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population-F*.2018; 73 (2), 225-322 DOI : 10.3917/popu.1802.0225
3. Elissa Kennedy, Natalie Gray, Peter Azzopardi and Mick Creati. Adolescent fertility and family planning in East Asia and the Pacific: a review of DHS reports. *Reproductive Health*. 2011; 8:11 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/8/1/11>
4. Gilda Sedgh, Lori S. Ashford and Rubina Hussain. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women's Reasons for Not Using a Method, New York: Guttmacher Institute. 2016; <http://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developingcountries>.
5. Taghizadeh Maghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Int J Pediatr*. 2016; 4(2): 1423-38.
6. Amy O. Tsui, Win Brown and Qingfeng Li. Contraceptive Practice in Sub-Saharan Africa. *Popul Dev Rev*. 2017; 43(Suppl Suppl 1): 166–191. doi:10.1111/padr.12051.

7. By Ann K. Blanc, Amy O. Tsui, Trevor N. Croft and Jamie L. Trevitt. Patterns and Trends in Adolescents' Contraceptive Use and Discontinuation in Developing Countries and Comparisons with Adult Women. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2009; 35(2):63–71. DOI: 10.1363/ipsrh.35.063.09 .
8. Undie, C., H. Birungi, G. Odwe, and F. Obare. Expanding Access to Secondary School Education for Teenage Mothers in Kenya: A Baseline Study Report. STEP UP Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council. 2015; https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducTeenMothersKenya.pdf, accessed 26 June 2017.
9. Gottschalk LB, Ortayli. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base. *Contraception*. 2014; 90(3):211–25. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.017.
10. Birungi, H., C. Undie, I. Mackenzie, A. Katahoire, F. Obare, and P. Machawira. Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in sub-Saharan Africa. STEP UP and UNESCO Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council and UNESCO. 2015; [https:// www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducSectorResp.pdf](https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducSectorResp.pdf), accessed 26 July 2019.
11. UNFPA. Facing the facts. Adolescent girls and contraception. 2015. Available at https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA_Adolescent_brochure.pdf

12. O.V.Panova, A.M.Kulikov, A.Berchtold, J.C.Suris. Factors Associated with Unwanted Pregnancy among Adolescents in Russia. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*. 2016; [29](#) (5), available: <https://doi.org/10.1016/j.jpag.2016.04.004>
13. Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health*. 2014; 30;14:770. doi: 10.1186/1471-2458-14-770.
14. Yode, M. and LeGrand, T. Association Between Family Environment and Sexual Behaviour of Adolescents in Burkina Faso. *Advances in Reproductive Sciences*. 2014; 2, 33-45. <http://dx.doi.org/10.4236/arsci.2014.22005>
15. Yu J. Teenage sexual attitudes and behaviour in China: a literature review. *Health Soc Care Community*. 2012;Nov;20(6):561-82.doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01054.x. Epub 2012 Mar 9.
16. J. David Hawkins; Richard F. Catalano; Rick Kosterman ; Robert Abbott ; Karl G. Hill. Preventing Adolescent Health-Risk behaviors by Strengthening Protection During Childhood. *Arch Pediatr Adolesc. Med*. 1999;153 :226-234
17. Rehana Capurchande, Gily Coene, Ingrid Schockaert, Manuel Macia and Herman Meulemans. "It is challenging... oh, nobody likes it!": a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception. *BMC Women's Health*. 2016; 16:48 DOI 10.1186/s12905-016-0326-2
18. Sophia Chae, Patrick K. Kayembe, Jesse Philbin, Crispin Mabika, Akinrinola Bankole. The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *PLoS ONE*. 2016; 12(10): e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>

19. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International. 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Accessed May 24, 2017.
20. Gabriel Nsakala Vodiena, Yves Coppieters, Bruno Dimonfu Lapika, Patrick Kayembe Kalambayi, Dominique Gomis, Danielle Piette, « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », Santé Publique. 2012 ; 5 (Vol. 24), p. 403-415. DOI 10.3917/spub.125.0403
21. Fidèle Mbadu Muanda, Ndongo Parfait Gahungu, Francine Wood and Jane T. Bertrand. Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. *Reproductive Health*. 2018; 15:74 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0517-4>
22. Mbadu Fidèle Muanda, Gahungu Parfait Ndongo, Lauren J. Messina & Jane T. Bertrand. Barriers to modern contraceptive use in rural areas in DRC, *Culture, Health & Sexuality*. 2017; 19:9, 1011-1023, DOI: 10.1080/13691058.2017.1286690
23. Lara S Ho, Erin Wheeler. Using program data to improve access to family planning and enhance the method mix in conflict-affected areas of the Democratic Republic of the Congo. *Glob Health Sci Pract*. 2018;6(1):161-177. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-17-00365>
24. Jennie Yoost. Understanding benefits and addressing misperceptions and barriers to intrauterine device access among populations in the United States. *Patient Preference and Adherence*. 2014; 8 947–957. <http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S45710>

25. Onokerhoraye, A.G. and Dudu, J.E. Perception of Adolescents on the Attitudes of Providers on Their Access and Use of Reproductive Health Services in Delta State, Nigeria. *Health*. 2014; 9, 88-105. <http://dx.doi.org/10.4236/health.2017.91007>
26. Caitlin PARKS, and Jeffrey F. PEIPERT. Eliminating Health Disparities in Unintended Pregnancy with Long-Acting Reversible Contraception (LARC). *Am J Obstet Gynecol*. 2016; 214(6): 681–688. doi:10.1016/j.ajog.2016.02.017.
27. J. K. Krugu, F. E. F. Mevissen, A. Prinsen and R. A. C. Ruiter. Who's that girl? A qualitative analysis of adolescent girls' views on factors associated with teenage pregnancies in Bolgatanga, Ghana. *Reproductive Health*. 2016; 13:39 DOI 10.1186/s12978-016-0161-9
28. Sneha Challa, Abubakar Manu, Emmanuel Morhe, Vanessa K. Dalton, Dana Loll, Jessica Dozier, Melissa K. Zochowski, Andrew Boakye, Richard Adanu, and Kelli Stidham Hall. Multiple levels of social influence on adolescent sexual and reproductive health decision-making and behaviors in Ghana. *Women Health*. 2018; 58(4): 434–450. doi:10.1080/03630242.2017.1306607.
29. Brian Unis, Inger Johansson, Christina Sällström. Rural High School Students' Sexual Behavior and Self-Esteem. *Open Journal of Nursing*. 2015; 5, 24-35. <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2015.51004>
30. D. Mark Anderson and Claus C. Pörtner. High School Dropouts and Sexually Transmitted Infections. *South Econ J*. 2014; 81(1): 113–134. doi: 10.4284/0038-4038-2012.195
31. Molly Rosenberg, Audrey Pettifor, William C Miller, Harsha Thirumurthy, Michael Emch, Sulaimon A Afolabi, Kathleen Kahn, Mark Collinson, and Stephen Tollman. Relationship between school dropout and teen pregnancy among rural South African young women. *Int J Epidemiol*. 2015; 44(3): 928–936. doi: 10.1093/ije/dyv007

32. Colin Campbell. The socioeconomic consequences of dropping out of high school: Evidence from an analysis of siblings. *Social Science Research*. 2015;51, 108-118. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2014.12.011>
33. Venkatraman Chandra-Mouli, Joar Svanemyr, Avni Amin, Helga Fogstad, Lale Say, Françoise Girard, and Marleen Temmerman. Twenty Years After International Conference on Population and Development: Where Are We With Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights? *Journal of Adolescent Health* 56. 2015; S1eS6. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.015>
34. Michael D. Resnick; Peter S. Bearman; Robert Wm. Blum; Karl E. Bauman; Kathleen M. Harris et al. Protecting Adolescents From Harm : Findings From the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA*. 1997;278(10):823-832. doi:10.1001/jama.1997.03550100049038
35. OMS. Département de santé et recherche en matière de reproduction, Johns Hopkins Ecole de santé publique Bloomberg. Centre pour les programmes de communication Projet INFO. & Agence des Etats-Unis pour le développement international. Bureau de santé globale. Office de la Population et de la Santé Reproductive. (2011). Planification familiale: un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier: mise à jour 2011: directives factuelles mises au point dans le cadre d'une collaboration mondiale. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/97943>].

4.4. Section 4 : Réglementation de l'organisation de la planification familiale en faveur des adolescents en RDC

Dans cette quatrième section, nous rapportons les résultats obtenus de l'analyse des politiques, des lois, des réglementations et des mécanismes de gouvernance concernant l'organisation de la PF en faveur des adolescents en RDC. D'après cette étude, il existe la loi portant organisation de la santé publique qui réglemente l'organisation de la PF en RDC. Cependant, cette loi à l'instar des autres documents réglementaires n'est pas encore opérationnalisée. Plusieurs recommandations formulées pour préserver les droits des adolescents d'accéder et d'utiliser les services de SSR ne sont pas intégrées dans les nationaux.

4.4.1. Evaluation des politiques, lois et réglementations affectant les besoins contraceptifs des adolescents en République Démocratique du Congo

Dieudonné Mpunga Mukendi^{1,*}, Eric Mafuta¹, Fidèle Mbadu Muanda², Alain Mboko Iyeti³, Mapatano Mala Ali¹, Gilbert Wembodinga¹

Affiliation des auteurs

- 1.** Ecole de Santé Publique de Kinshasa, Université de Kinshasa P.O.11850, Kinshasa 1, République Démocratique du Congo;
- 2.** Programme National de la Santé des Adolescents, Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo;
- 3.** Direction d'Etudes et Planification, Ministère de la Santé, République Démocratique du Congo;
- 4.** Faculté de droit, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo;
- 5.** Ecole de Santé Publique de Lubumbashi, Université de Lubumbashi

Ce manuscrit est soumis pour publication à la revue BMC Reproductive Health avec le numéro REPH-D-19-00618

Abstract**Background**

Poor regulation is a barrier to adolescents accessing family planning (FP) services. The aim of this study was to assess policies, laws, and regulations according to the contraceptive needs of adolescents in the Democratic Republic of the Congo (DRC).

Methods

A cross-sectional study was conducted in 2018 in 71 structures, including 13 administrative structures identified by convenience sampling and 61 randomly selected health facilities (HFs) offering FP. Data were collected through structured interviews of the structures' managers and document reviews. The main variables were the types of regulatory documents, their availability, and their content. FP policy documents were analyzed on the basis of WHO recommendations on the sexual and reproductive health rights of adolescents. Thus, the level of integration of these recommendations in national policy documents was determined. This study was approved by the ethics committee of the School of Public Health of Kinshasa (number ESP/CE/027/2018).

Results

Laws, policies, guidelines, and strategic documents regulate FP services, of which the law establishing the fundamental principles related to the organization of public health, the law on the implementation of the rights of women and parity, the law on the family code, the Second Generation Growth and Poverty Reduction Strategy Document, the national health development plan and the multi-sector strategic plan for FP promote FP. Operational instructions are not finalized for most of these laws and

policies. Few documents regulate contraceptive services for adolescents and are seldom available at PF delivery points. One in nine WHO recommendations and 5 of 24 sub-recommendations included in FP policy documents target especially adolescent needs.

Conclusion

Regulation of FP services remains problematic in the DRC. The WHO's recommendations on adolescent sexual and reproductive health rights are not yet sufficiently integrated into health policy documents. Adolescents do not have a legal basis guaranteeing secure access and unrestricted use of contraceptive services. The Ministry of Health should put in place evidence-based regulations to improve access to adolescent contraceptive services.

Keywords : policies, family planning, adolescents

Résumé

La faible réglementation de la planification familiale (PF) est une barrière dans l'accès aux services de contraception, surtout pour les adolescents. Notre objectif était d'évaluer les politiques, les lois et les réglementations en vigueur sur les services de PF en faveur des adolescents en République Démocratique du Congo (RDC).

Méthodologie

Une étude transversale était menée en 2018 dans 71 structures dont 13 structures administratives, identifiées par échantillonnage raisonné et 61 formations sanitaires, offrant la PF et sélectionnées de manière aléatoire simple. Les données étaient collectées à travers les interviews structurées et la revue documentaire à partir des archives des structures et les sites web officiels. Les variables d'intérêt étaient les types des documents réglementaires, leur disponibilité et leur contenu. Tous les documents étaient analysés sur base des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en matière des droits en santé sexuelle et reproductive des adolescents ; le niveau d'intégration de ces recommandations était déterminé. Cette étude était approuvée par le comité d'éthique de l'Ecole de santé Publique de Kinshasa (N° ESP/CE/027/2018).

Résultats

Des lois, politiques, normes, directives et des documents stratégiques réglementent l'organisation de la PF. Parmi ces documents, il y a la loi fixant les principes fondamentaux à l'organisation de la santé publique, la loi portant modalités d'application des droits de la femme et de la parité, le code de la famille, le document de la stratégie de croissance et de

réduction de la pauvreté de 2^{ème} génération, le plan national de développement sanitaire et le plan stratégique multisectoriel pour la PF qui font la promotion de la PF. Les instructions opérationnelles ne sont pas finalisées pour la plupart des lois et documents réglementaires. Peu de documents réglementent les services de contraception pour les adolescents et sont rarement disponibles aux points de livraison de la PF. Une recommandation de l'OMS sur neuf et 5 des 24 sous-recommandations incluses dans les documents réglementaires de la PF ciblent particulièrement les besoins des adolescents.

Conclusion

La réglementation des services de PF demeure problématique en RDC. Les recommandations de l'OMS ne sont pas suffisamment intégrées dans les documents de politique sanitaire. Les adolescents ne disposent pas d'une base juridique garantissant un accès sécurisé et une utilisation sans contrainte des services contraceptifs. Pour espérer améliorer l'accès à la PF, le ministère de santé devrait mettre en place une réglementation basée sur des évidences.

Mots clés : réglementation, planification familiale, adolescents

A. Introduction

L'adolescence est une phase de la vie comprise entre l'âge de 10 et 19 ans caractérisée par des transformations physiques, biologiques et psychologiques et le changement du comportement sexuel [1]. A cette période apparaissent certains comportements à risque et des besoins spécifiques [2], parmi lesquels les besoins de santé sexuelle et reproductive (SSR) [3]. L'offre des services de planification familiale, une des neuf composantes de la santé de reproduction, est une importante option pour réduire l'incidence des grossesses précoces et non désirées ainsi que les avortements provoqués qui sont fréquents parmi les adolescentes [4,5]. Des nombreuses adolescentes à travers le monde ont des besoins non satisfaits en planification familiale [6]. La demande et l'offre de ces services aux adolescentes sont influencées par des facteurs contextuels, situationnels, structurels, culturels et environnementaux [7]. Les interventions qui combinent les activités de création de la demande et la fourniture de services conviviaux peuvent potentiellement augmenter l'utilisation de contraceptifs parmi les adolescentes [8,9], surtout si des options politiques sont levées. La politique de santé est la capacité, pour un groupe, de s'entendre sur les questions et les objectifs de santé prioritaires qu'il faut aborder et l'orientation à suivre pour atteindre lesdits objectifs [10]. Dans le processus de formulation de la politique de santé, une attitude réflexive et participative est conseillée, impliquant les personnes marginalisées et cibles des décisions à prendre [11]. L'analyse de la politique de santé nécessite un processus participatif et rationnel permettant de discuter des moyens d'atteindre les objectifs stratégiques et de les évaluer [7]. Des options politiques en santé peuvent être coulées sous forme des lois (ou législation primaire) ou sous-forme de décisions

prises par le pouvoir exécutif (décret, arrêté), des actions, des réglementations. Ces décisions peuvent aussi être incorporées dans les plans, programmes, projets ou budgets des administrations. [12].

En RDC, les besoins non satisfaits en PF chez les adolescentes représentent 30% [13]. En vue de réduire l'incidence encore élevée des grossesses non désirées et des avortements provoqués [4], le gouvernement a pris un engagement politique d'étendre la couverture du pays en service de planification familiale [14]. Les leaders politiques reconnaissent l'impact de la planification familiale sur l'amélioration de la santé communautaire et le développement économique. Pour ce faire, des initiatives sont multipliées, notamment le partage d'expériences avec les pays ayant des bonnes couvertures contraceptives modernes et le développement du plan stratégique national 2014-2020 en matière de planification familiale [15]. La politique sanitaire en matière de planification familiale est portée par des nombreux documents, notamment la politique nationale de la santé de reproduction [16], la loi fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique [17], le plan national de développement sanitaire (PNDS) [18], le plan national multi sectoriel de planification familiale [19] pour ne citer que ceux-ci. L'engagement politique en faveur de la planification familiale s'est matérialisé à travers l'extension de l'offre des services et des méthodes de planification familiale [15, 20], l'amélioration de la prévalence contraceptive moderne accompagnée de la diminution des besoins non satisfaits en contraception [13, 21]. Cependant, les dernières données disponibles indiquent que l'accès et l'utilisation des services de contraception par les adolescentes est encore à ses débuts mais en train de se consolider. En effet, en 2009, il y avait à peine 20 zones de santé dans

lesquelles les activités de la santé des adolescents étaient organisées ; actuellement, 180 zones de santé offrent aux adolescents des services de santé adaptés à leurs besoins [22]. En dehors des barrières comme le faible niveau des connaissances [23, 24] et les mauvaises informations (rumeurs) et les mythes sur la contraception [25], les préjugés des prestataires devant la demande des services par les adolescentes [26, 27] et la persistance des barrières financières [28], une récente étude a montré que les services de santé offerts aux adolescents sont peu conviviaux [29]. L'organisation des services de planification familiale en faveur des adolescentes implique plus d'un programme de santé [22, 30]. Il est montré que la fragmentation des programmes de santé des adolescents est aussi un déterminant du faible progrès en matière de santé des adolescents [31]. La réglementation de l'accès et de l'utilisation des services contraceptifs par les adolescentes peut-être assurée par des lois et des arrêtés ministériels abordant des aspects pratiques. En France, l'accès à la contraception d'urgence par les adolescentes est garanti à travers les documents légaux garantissant la prescription dans le secret, gratuitement, à travers les infirmeries des écoles et l'annulation de l'exigence d'une ordonnance médicale préalable [32]. Une dérogation au principe de l'autorité parentale est approuvée, ce qui permet au mineur de se faire soigner sans le consentement de ses parents [33].

En vue de permettre aux pays d'avoir une base factuelle de formulation et d'évaluation de la politique santé en matière de contraception, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis au point des recommandations pour garantir le respect des droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services en matière de contraception [34] et des directives pour la prévention de la grossesse précoce et des troubles de

la reproduction chez les adolescents des pays en développement [35]. Les lois, les politiques et les normes sanitaires peuvent contribuer à améliorer l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents si le processus de formulation est participatif, sous la responsabilité des programmes de santé [36, 37]. En RDC, aucune étude n'a évalué la législation, la réglementation et la normalisation des services de planification familiale ni dégagé ses effets sur les besoins non satisfaits en contraception. Il n'y a pas d'analyse systématisée du contenu des lois et d'autres documents réglementaires en vigueur au regard des besoins en planification familiale des adolescents. L'objectif de cette étude était d'analyser la conformité des documents normatifs et réglementaires de la contraception aux principes des droits de santé sexuelle et reproductive des adolescents proposés par l'OMS.

Description du contexte de l'étude

La prise en compte des besoins en PF des adolescents est assurée par quatre services centraux du ministère de la santé (MSP) qui ciblent chacun un aspect spécifique. La Direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques (DSFGS) coordonne la finalisation des *normes et des directives* en matière de SSR et de PF qui implique les autres services publics et les partenaires sectoriels. Le programme national de la santé de reproduction (PNSR) prépare *les documents stratégiques et techniques* nécessaires à l'organisation de l'offre de la planification familiale et à la stimulation de la demande des services [30] ; le programme national de la santé des adolescents (PNSA) élabore les directives, les normes et les stratégies pour la promotion et le développement de la santé de l'adolescent [22] ; le programme national de la santé scolaire (PNSS)

prépare les documents stratégiques et techniques qui organisent la médecine scolaire et l'éducation sanitaire des adolescents (Figure 4.4.1.1).

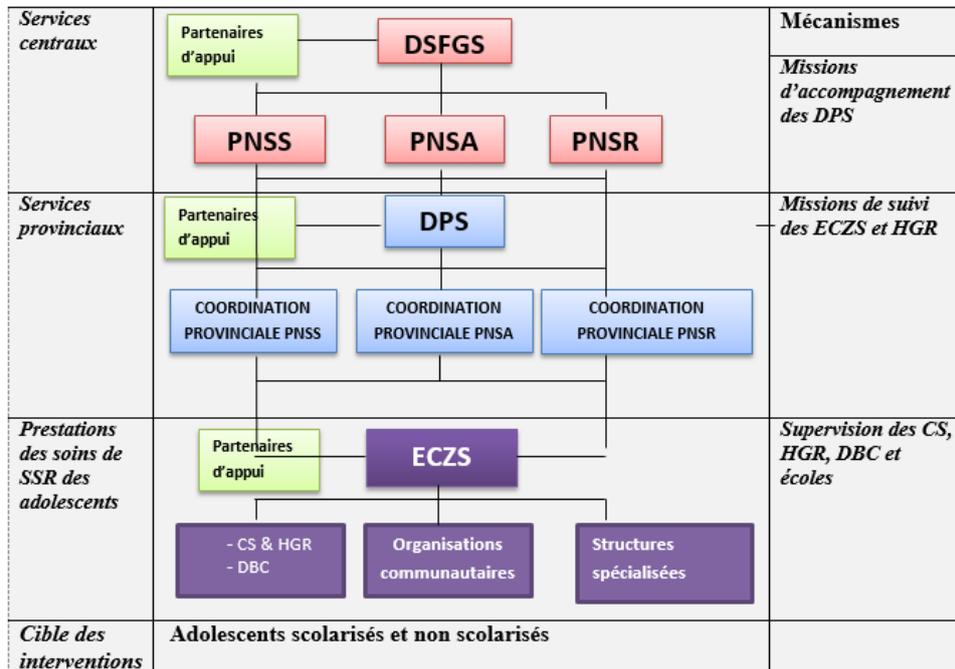


Figure 4.4.1.1 Organisation du système de santé de la RDC autour de la planification familiale

Source : Les auteurs inspirés par les documents du Ministère de la santé

Légende :

SSR : santé sexuelle et reproductive ; DSFGS : Direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques ;

PNSR : programme national de la santé de reproduction ; PNSA : programme national de la santé des adolescents ; PNSS : programme national de la santé scolaire ; DPS : Division provinciale de la santé ;

ECZS : équipe cadre de la Zone de santé ; HGR : hôpital général de référence ; CS : centre de santé ; DBC : distributeurs communautaires des contraceptifs

La DSFGS, le PNSR, le PNSA et le PNSS accompagnent techniquement la DPS et les coordinations provinciales du PNSR, du PNSA et du PNSS. La coordination des activités de PF s'organise dans le cadre général de coordination du secteur santé. A l'échelle nationale, les partenaires de la PF sont coordonnés par la *task force de la santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et le comité technique multi sectoriel permanent/PF (CTMP)*. Ces structures valident techniquement les documents normatifs et techniques avant leur adoption par le comité de coordination technique du secteur santé (CCT-SS). En province, le groupe technique de travail (GTT) prestations et le comité provincial de pilotage du secteur santé (CPP-SS) ont la charge de préparer et valider les instructions opérationnelles, sur base des documents normatifs et réglementaires validés par les structures du niveau central. Au niveau périphérique, les visites de supervision et les réunions de monitoring permettent de coordonner les actions de planification familiale. Cependant, la finalisation des lois et des édits implique les administrations au niveau central ou provincial, le gouvernement et le parlement (Figure 4.4.1.2).

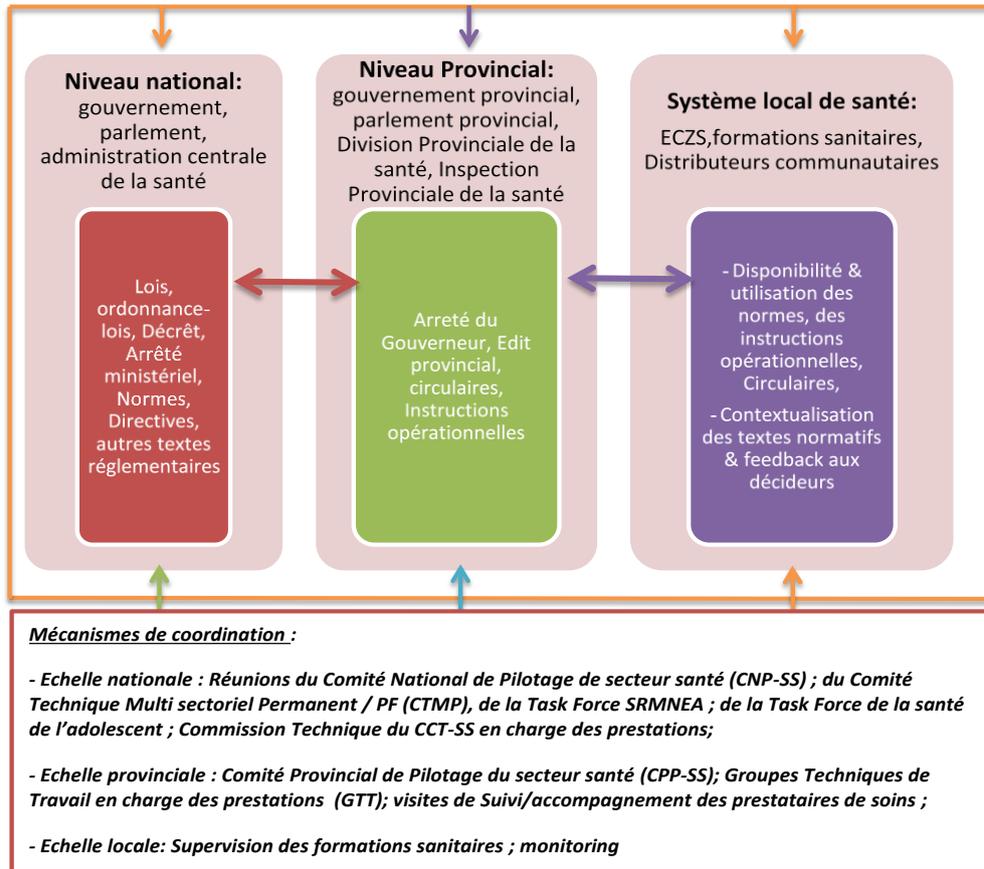


Figure 4.4.1.2 Cadre de réglementation des services de planification familiale en RDC

B. Méthodologie

Type d'étude

Une étude transversale était menée d'avril à juillet 2018 dans 71 structures dont 13 structures administratives des niveaux central, provincial et périphérique du ministère de la santé, identifiées par échantillonnage de convenance et 61 formations sanitaires (FOSA) offrant la planification familiale (PF) sélectionnées par échantillonnage aléatoire simple.

Sélection des structures enquêtées

Toutes les structures visitées étaient impliquées dans l'organisation des activités de planification familiale. Il s'agit des services centraux du MSP tels que le PNSR, le PNSA, le PNSS et la DSFGS et des services provinciaux tels que les Divisions Provinciales de la Santé (DPS) du Kongo Central et de Kinshasa et les Coordinations Provinciales du PNSR correspondantes sélectionnées par échantillonnage de convenance pour des raisons de proximité. Au niveau périphérique, les Equipes Cadre (ECZS) des ZS de Matete, Lemba, Kisenso et Gombe Matadi et 61 formations sanitaires, dont 11 hôpitaux et 50 centres de santé étaient identifiées de manière aléatoire simple.

Techniques et procédures de collecte des données

Les données étaient collectées à travers les interviews structurées des responsables des organisations visitées et la revue documentaire. La revue des documents réglementaires et normatifs sur la planification familiale était effectuée à travers les archives des structures et à travers les sites web officiels comme www.leganet.cd/Jo, www.minisanterdc.cd et www.planificationfamiliale-rdc.net. Les variables d'intérêt étaient les types

des documents réglementaires, leur disponibilité dans les structures et le contenu de chaque document. Les documents recherchés étaient les lois, les décrets, les arrêtés ministériels, les plans stratégiques, les normes et directives, les circulaires, les instructions opérationnelles, les fiches techniques et d'autres documents sur la planification familiale jugés importants. Les interviews structurées à l'aide d'un questionnaire ont permis de collecter les données sur la disponibilité documents réglementaires au sein des formations sanitaires.

Contrôle de qualité et Analyse des données

La collecte des données était effectuée par une équipe d'enquêteurs formés. Les données recueillies par des interviews étaient vérifiées avant leur saisie sur le logiciel CS Pro 7.0, puis exportées sur Microsoft Excel 2010 pour produire des graphiques. L'analyse des données a consisté au calcul des proportions, comme la proportion des FOSA disposant des documents normatifs et réglementaires sur la PF ; la proportion des FOSA disposant du personnel formé en PF.

Cadre d'analyse des documents de politique de santé

Plusieurs cadres d'analyse des politiques de santé existent actuellement. Cependant, ceux-ci diffèrent les uns des autres suivant le contenu examiné : certains mettent l'accent sur le processus de formulation de la politique sanitaire (analyse des parties prenantes), d'autres mettent l'accent sur le contenu de la politique, d'autres encore se focalisent uniquement sur les résultats [7]. Le cadre d'analyse de la politique de santé mis au point par Walt et Gilson [38] prend en compte quatre éléments critiques : il s'agit des acteurs, du contenu de la politique, des facteurs contextuels et du processus. Pour analyser les documents

réglementaires recueillis à l'issue de la revue documentaire, nous nous sommes appuyés sur une grille confectionnée sur base des recommandations de l'OMS pour garantir le respect des droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services en matière de planification familiale [34]. Il s'agit d'un document constitué de neuf recommandations et vingt et quatre sous-recommandations sur les services de planification familiale pour les adolescentes. Ainsi, chaque document a été examiné par rapport à chaque recommandation et tenant compte du fait qu'il ciblait les adolescents ou les adultes. A l'issue de l'examen de la concordance des documents réglementaires aux recommandations de l'OMS, sept catégories de réponses étaient créées. Le document était classé dans la catégorie une à cinq en tenant compte du niveau de conformité de son contenu aux recommandations sus-évoquées. Les deux dernières catégories ont analysé la disponibilité de ces instructions dans les formations sanitaires. Les sept catégories retenues étaient les suivantes.

A. *Des directives normatives spécifiques aux adolescents* sont présentes et en accord avec les sous-recommandations de l'OMS;

B. *Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents*, sont présentes et en accord avec les sous-recommandations de l'OMS;

C. *Des orientations normatives* sur les sous-recommandations de l'OMS ne sont pas présentes;

D. *Des directives normatives spécifiques aux adolescents* sont présentes mais ne sont pas en accord avec les sous-recommandations de l'OMS;

E. *Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents*, sont présentes mais ne sont pas en accord avec les sous-recommandations de l'OMS;

F. *Des directives normatives spécifiques aux adolescents* sont disponibles aux points de prestation de planification familiale

G. *Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents* sont disponibles aux points de prestation de planification familiale.

A la fin de la revue documentaire, les citations importantes tirées des différents documents et qui cadrent avec l'objet de l'étude ont été retenues à titre d'illustration.

Considérations éthiques

La présente étude fait partie d'une série des recherches conduites pour analyser l'environnement de la planification familiale en faveur des adolescentes de 15 à 19 ans en RDC. Le protocole de recherche était examiné et approuvé par le comité d'éthique de l'École de Santé Publique de Kinshasa (ESPK) sous le numéro d'approbation ESP/CE/027/2018. Avant de la conduire, nous avons obtenu les autorisations des autorités sanitaires nationales, provinciales et locales.

C. Résultats

Nous avons collecté les données dans toutes les structures administratives et les formations sanitaires initialement identifiées.

a) Législation et réglementation de la planification familiale en RDC

Nous avons trouvé que plusieurs documents règlementent la santé sexuelle et reproductive en général, les services de planification familiale en particulier. Ces documents sont des lois, des actes réglementaires comme les décrets et les arrêtés ministériels, des documents politiques,

stratégiques, des normes et directives qui réglementent l'organisation et/ou l'accès aux services de planification familiale (**Tableau 4.4.1.1**).

Tableau 4.4.1.1. Liste des lois et autres documents réglementaires sur la planification familiale en vigueur en RDC

N°	<i>Documents des lois, des politiques et des directives analysés au cours de la revue documentaire</i>	<i>Types des documents</i>	<i>Date de publication</i>	<i>Sources</i>	<i>Destinataires*</i>	<i>Disponibilité instructions opérationnelles</i>
I.	Les lois sur les adolescents & la planification familiale					
1.1	Constitution de la RDC de 2006 (Articles 13 & 14)	Loi	Février 2006	Président de la République	Tous	Non
1.2	Code Pénal congolais, Décret du 30 janvier 1940 tel que modifié et complété à ce jour Mis à jour au 30 novembre 2004	Ordonnance-Loi	Novembre 2004	Président de la République	Tous	Non
1.3	Ordonnance n°73/089 instituant le Conseil National pour la promotion du principe des naissances Désirables (CNPND)	Ordonnance	le 14 février 1973	Président de la République	Secrétariat Général à la Santé	Oui
1.4	Loi N°18/035 du 13 Décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique	Loi	Décembre 2018	Parlement	Tous	Non
1.5	Loi n° 15/013 du 1 ^{er} août 2015 portant modalités d'application des droits de la femme et de la parité	Loi	Aout 2015	Parlement	Tous	Non
1.6	Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant	Loi	Janvier 2009	Parlement	Tous	Non
1.7	LOI n° 16/008 du 15 juillet 2016 modifiant et complétant la loi n°87-010 du 1 ^{er} Aout 1987 portant Code de la famille	Loi	Aout 1987	Parlement	Tous	Non
1.8	Les lois sur les violences sexuelles (loi n°06/018 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le décret du 30 janvier 1940 portant code pénal congolais loi n° 06/019 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le décret du 06 aout 1959 portant code de procédure pénale congolais)	Loi	Juillet 2006	Parlement	Tous	Non
1.9	Recueil d'arguments : Loi sur la santé de la reproduction	Plaidoyer	Juin 2015	CTMP-PF	Parlement	
1.10	Arrêté ministériel	Arrêté	2015	Ministère de	Structures du	Oui

	N°015/ME/MIN.FP/2017 portant agrément provisoire du Cadre et des structures organiques du Secrétariat Général à la Santé	ministériel		la Fonction Publique	niveau central & provincial	
II.	Documents de politique sanitaire nationale					
2.1	Politique nationale de la santé de reproduction	Politique	Juillet 2008	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau central & provincial	Non
2.2	Politique nationale de la santé des adolescents et des jeunes	Politique	Novembre 2007	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau central & provincial	Non
2.3	7 milliards d'actions	Plaidoyer	Juillet 2011	UNFPA-RDC	Tous	
2.4	Arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/S/AJ/KIZ/009/2001 portant création du Programme National de la Santé de Reproduction	Arrêté ministériel	Décembre 2001	Ministre de la Santé	Secrétariat Général à la Santé	Oui
III.	Documents stratégiques					
3.1	Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté de seconde génération (DSCR2)	stratégie	Mai 2011	Gouvernement	Tous	Non
3.2	Stratégie de Renforcement du Système de Santé 2 ^{ème} génération	stratégie	Mars 2011	Gouvernement	Tous	Oui
3.3	Plan national de développement sanitaire 2016-2020	stratégie	Mars 2016	Gouvernement	Tous	Oui
3.4	Plan stratégique national à vision multisectorielle de la planification familiale 2014-2020	stratégie	Janvier 2014	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau central & provincial	Non
3.5	Plan stratégique national de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes 2016-20	stratégie	Mars 2016	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau central & provincial	Non
3.6	Plan stratégique pour la sécurité des produits de la santé de reproduction 2008-2012	stratégie	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau central	Non
3.7	Plan stratégique SRMNEA	stratégie	Février 2019	Secrétariat Général à la santé	Tous	Non
3.8	Cartographie des systèmes d'approvisionnement et de distribution des médicaments et autres produits de santé en RDC	stratégie	Juin 2009	PNAME	Structures du niveau central & provincial	Non
3.9	Revue du programme de la santé de reproduction	évaluation	Juillet 2017	PNSR	Structures du niveau central & provincial	Non
IV.	Documents normatifs et réglementaires sur la PF					
4.1	Conférence nationale pour le repositionnement de la PF en RDC : rapport final	Plaidoyer	Décembre 2009	CTMP-PF	Structures du niveau central	Non

4.2	Livret d'informations utiles sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes	Directive	Mai 2019	PNSA	Prestataires de soins	Non
4.3	Livret sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes pour les prestataires des services de santé communautaires : pairs éducateurs et mentors	Directive	Aout 2017	PNSA	Pairs éducateurs et mentors	Non
4.4	Normes des interventions de santé adaptées aux adolescents et jeunes	Normes	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.5	Normes des interventions de planification familiale	Normes	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.6	Normes de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en RDC	Normes	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.7	Guide du vulgarisateur de documents des normes et directives de la zone de santé relatives aux interventions intégrées de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant en République Démocratique du Congo	Guide	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau central & provincial	Non
4.8	Normes et Directives d'utilisation du préservatif féminin	Normes	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.9	Guide d'utilisation du préservatif féminin	Guide	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.10	Normes des interventions à base communautaire pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	Normes	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.11	Recueil des messages sur la planification familiale	Directives	2012	Secrétariat Général à la santé	Structures du niveau provincial & ZS	Non
4.12	Fiche technique de prise en charge médicale en planification familiale	Directives	2012	PNSR	Prestataires de soins	Oui

Abréviations : CTMP-PF : Comité Technique Multisectoriel Permanent de planification familiale ; PNSA : Programme National de la Santé des Adolescents ; PNSR : Programme National de la Santé de Reproduction ; ZS : Zone de santé ; PNAME : Programme National d'Approvisionnement en Médicaments.

La plupart des documents normatifs en cours d'utilisation dans le secteur santé étaient mis au point à partir de l'année 2012 ; la majorité de ces documents sont destinés aux responsables sanitaires nationaux et provinciaux. Peu de documents sont spécifiques à l'organisation de la planification familiale pour les adolescentes. Certains documents abordent les aspects généraux de l'organisation du service de planification familiale. Cependant, la plupart ne sont pas adaptés/destinés aux prestataires de soins en planification familiale. De tous ces documents, 7 (20%) sont traduits en instructions opérationnelles pour les prestataires de soins.

Le Décret du 30 janvier 1940 portant Code Pénal congolais tel que modifié et complété à ce jour, mis à jour au 30 novembre 2004 interdit la contraception en stipulant ce qui suit: « *quiconque aura exposé ou distribué des objets spécialement destinés à empêcher la conception et aura fait de la réclame pour en favoriser la vente ; quiconque aura, dans un but de lucre, favorisé les passions d'autrui en exposant, vendant ou distribuant des écrits imprimés ou non qui divulguent des moyens d'empêcher la conception, et en préconisant l'emploi ou en fournissant les indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ; quiconque aura, en vue du commerce ou de la distribution, fabriqué, fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution ou annoncé par un moyen quelconque de publicité les écrits visés dans l'alinéa précédent, sera puni d'une servitude pénale de huit jours à un an et d'une amende de vingt-cinq à mille zaires ou d'une de ces peines seulement »(Article 178 du code pénal congolais, livre II)[39]. Les lois n° 06/018 du 20 juillet 2006 [40] et n° 15/022 du 31 décembre 2015*

[41] modifiant et complétant le Décret du 30 janvier 1940 sus-évoqué n'ont pas modifié la formulation de l'article 178 du livre II. En même temps, l'ordonnance présidentielle n°73/089, a institué en 1973 le Conseil National pour la promotion du principe des naissances Désirables (CNPND) avec pour mission de vulgariser et d'organiser les activités de planification familiale [42]. La loi N°18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique [17] abonde dans le même sens en énonçant ce qui suit : « *Toute personne en âge de procréer peut bénéficier, après avoir été éclairé, d'une méthode de contraception réversible ou irréversible sur consentement libre. En cas de contraception irréversible, le consentement est écrit, après avis de trois médecins et du psychiatre* » (article 81 de la loi N°18/035). Cette loi a abrogé toutes les dispositions antérieures qui interdisaient l'organisation de la planification familiale. Le document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté de deuxième génération (DSCR2) de la RDC [14] renforce cette option en faveur de la planification familiale en ces termes : « *Dans le domaine démographique et compte tenu de son importance sur la santé maternelle et néonatale, la redynamisation de la planification familiale fait partie des priorités du Gouvernement..... Les priorités du Gouvernement se résument comme suit : (i) augmenter le taux de couverture des services de planification familiale ; (ii) mettre en place un plan intégré de communication sur la planification familiale ; (iii) approvisionner régulièrement les services de planification familiale en intrants ; (iv) faire le plaidoyer pour la révision des dispositions juridiques défavorables à la planification familiale ; (v) impliquer la communauté dans le processus de redynamisation de la planification familiale* » (DSCR2. 2015).

En ce qui concerne les droits des adolescents de moins de 18 ans, la loi n° 09/001 portant protection de l'enfant [43] indique ce qui suit : « *Tout enfant capable de discernement a le droit d'exprimer son opinion sur toute question l'intéressant ses opinions étant dûment prises en considération, eu égard à son âge et à son degré de maturité* » ; et « *Tout enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible, ...* » (Article 7 & 21, Loi n° 09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant). Au terme de cette loi, l'enfant de moins de 18 ans est placé sous l'autorité parentale pour ce qui concerne sa santé.

Le niveau d'atteinte des recommandations de l'OMS en matière des droits d'accéder à l'information et aux services de planification familiale était évalué à travers l'analyse du contenu des documents réglementaires du tableau précédent (**Tableau 4.4.1.2**).

Tableau 4.4.1.2. Recommandations de l’OMS pour garantir le respect des droits de l’homme dans la fourniture d’informations et de services de contraception et analyse comparative de la législation en faveur des adolescents en RDC

	Recommandations et sous-recommandations de l’OMS	Catégories						
		A	B	C	D	E	F	G
I.	Non-discrimination lors de la fourniture d’informations et de services en matière de contraception	Totalemment intégré						
1.1	Recommander que l’accès à des informations et des services complets en matière de contraception soit garanti à tous de façon égale et volontaire, sans discrimination, coercition ou violence (sur la base d’un choix individuel).	X						
1.2	Recommander que les lois et politiques soutiennent les programmes visant à assurer que des informations et des services complets en matière de contraception soient fournis à toutes les couches de la population. Une attention particulière devrait être accordée aux populations défavorisées et marginalisées dans leur accès à ces services.	X						
II.	Offre d’informations et de services en matière de contraception	Non intégré						
2.1	Recommander l’intégration des produits, fournitures et matériels de contraception, couvrant toute la gamme des méthodes existantes, y compris la contraception d’urgence, dans la chaîne d’approvisionnement en médicaments essentiels afin d’accroître l’offre. Investir si nécessaire dans le renforcement de la chaîne d’approvisionnement pour aider à garantir l’offre.			X				
III.	Accessibilité de l’information et de services en matière de contraception	Partiellement intégré						
3.1	Recommander de dispenser des programmes d’éducation sexuelle complets et scientifiquement exacts, à l’école et en dehors de celle-ci, comprenant des informations sur l’utilisation et l’acquisition de la contraception.	X						
3.2	Recommander d’éliminer les obstacles financiers au recours à la contraception par les populations marginalisées, y compris les adolescents et les pauvres, et rendre les contraceptifs abordables pour tous.		X					
3.3	Recommander des interventions visant à améliorer l’accès à une information et à des services complets en matière de contraception pour les utilisateurs et des utilisateurs potentiels qui ont difficilement accès aux services (habitants des campagnes, pauvres des villes, adolescents, par exemple). Des informations et des services sur l’avortement sécurisé devraient être dispensés conformément aux directives existantes de l’OMS (Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l’intention des systèmes de santé – 2e édition).				X			

3.4	Recommander que des efforts particuliers soient faits pour fournir des informations et des services complets en matière de contraception aux populations déplacées, aux populations en situation de crise, ainsi qu'aux victimes de violences sexuelles, qui ont particulièrement besoin d'avoir accès à une contraception d'urgence.	X						
3.5	Recommander que des informations et des services en matière de contraception soient proposés dans le cadre des services de santé sexuelle et génésique à l'occasion du dépistage du VIH et du traitement et des soins connexes dispensés en milieu médicalisé.			X				
3.6	Recommander qu'une information et des services complets en matière de contraception soient dispensés à l'occasion des soins prénatals et post-partum.		X					
3.7	Recommander que des informations et des services complets en matière de contraception soient systématiquement intégrés aux soins lors de l'avortement et après celui-ci.			X				
3.8	Recommander que des services périphériques mobiles soient utilisés pour améliorer l'accès à l'information et aux services en matière de contraception pour les populations confrontées à des obstacles géographiques.			X				
3.9	Recommander d'éliminer l'exigence de l'autorisation d'un tiers, y compris l'autorisation du conjoint pour les personnes/femmes qui ont accès à l'information et aux services en matière de contraception et connexes.		X					
3.10	Recommander la fourniture de services de santé sexuelle et génésique, y compris des informations et des services en matière de contraception, aux adolescents sans exiger obligatoirement l'autorisation des parents ou tuteurs/la notification à ceux-ci, pour répondre aux besoins des adolescents en éducation et en services			X				
IV.	Acceptabilité de l'information et des services en matière de contraception	Non intégrée						
4.1	Recommander des interventions d'éducation et de conseil sexo spécifiques sur la planification familiale et les contraceptifs reposant sur des informations exactes et comportant l'acquisition de compétences (communication et négociation, par exemple) et adaptées aux besoins particuliers des communautés et des individus.		X					
4.2	Recommander que des services de suivi pour la prise en charge des effets secondaires des contraceptifs soient considérés prioritairement comme un élément essentiel de tous les services de contraception. Recommander qu'en cas de non-disponibilité de méthodes sur place, une orientation-recours appropriée soit proposée et disponible.			X				
V.	Qualité de l'information et des services en matière de contraception	Non intégrée						
5.1	Recommander que des processus d'assurance de la qualité, y compris s'agissant des normes médicales de soins et des retours d'information des clients, soient systématiquement intégrés aux programmes de contraception.			X				
5.2	Recommander que la fourniture d'une contraception réversible à long terme soit assortie de services de pose et de retrait, et de conseils sur les effets secondaires, et cela au			X				

	même endroit.								
5.3	Recommander une formation permanente reposant sur les compétences ainsi que l'encadrement du personnel des soins de santé chargé de dispenser l'éducation, l'information et les services en matière de contraception. La formation reposant sur les compétences devrait être assurée conformément aux directives existantes de l'OMS.			X					
VI.	Prise de décisions éclairée	Partiellement intégrée							
6.1	Recommander l'offre d'une information, d'une éducation et de conseils complets fondés sur des données probantes pour permettre un choix en toute connaissance de cause.	X						X	X
6.2	Recommander que chaque personne soit assurée d'avoir la possibilité de faire un choix en connaissance de cause concernant l'utilisation d'un moyen de contraception moderne (y compris parmi une série de méthodes d'urgence, à court terme, à long terme et définitives), sans discrimination.		X					X	X
VII.	Protection de la vie privée et confidentialité	Non intégrée							
7.1	Recommander que la vie privée des personnes soit respectée dans le cadre de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception, et notamment la confidentialité des données médicales et autres données personnelles.		X						
VIII	Participation	Non intégrée							
8.1	Recommander que les communautés, et en particulier les personnes directement concernées, aient la possibilité de participer effectivement à tous les aspects de la conception, de la mise en œuvre et du suivi des politiques et des programmes de contraception.			X					
IX.	Responsabilisation	Non intégrée							
9.1	Recommander que des dispositifs de responsabilisation soient mis en place et soient accessibles lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception, y compris un suivi et une évaluation et des dispositifs de recours et réparation, au niveau individuel comme à celui du système.			X					
9.2	Recommander une évaluation et un suivi de tous les programmes pour assurer la meilleure qualité de services et le respect des droits de l'homme. Recommander que, là où le financement est fondé sur les résultats, un système de contrôle soit mis en place, y compris la vérification de l'absence de coercition et de la protection des droits de l'homme. Dans ce cas, des recherches devraient être conduites pour évaluer l'efficacité du système et son impact sur les clients en termes d'accroissement de l'offre de contraceptifs.			X					

Légende

- A. Des directives normatives spécifiques aux adolescents sont présentes et en accord avec les sous-recommandations de l’OMS;*
- B. Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents, sont présentes et en accord avec les sous-recommandations de l’OMS;*
- C. Des orientations normatives sur les sous-recommandations de l’OMS ne sont pas présentes;*
- D. Des directives normatives spécifiques aux adolescents sont présentes mais ne sont pas en accord avec les sous-recommandations de l’OMS;*
- E. Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents, sont présentes mais ne sont pas en accord avec les sous-recommandations de l’OMS;*
- F. Des directives normatives spécifiques aux adolescents sont disponibles aux points de prestation de planification familiale. G. Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents sont disponibles aux points de prestation de planification familiale ;*
- G. Des directives normatives pour la population en général, mais pertinentes pour les adolescents sont disponibles aux points de prestation de planification familiale.*

Sur 9 recommandations de l’OMS sur le droit d’accès à l’information et aux services de planification familiale pour les adolescentes, une est totalement intégrée dans les documents réglementaires, deux sont partiellement intégrées et six ne sont pas encore intégrées.

Recommandation sur la non-discrimination

Cette recommandation est pleinement intégrée dans les documents de politique nationale. La constitution de la RDC stipule à l'article 14 que *"Les pouvoirs publics doivent assurer l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et assurer la protection et la promotion de leurs droits."* Loi n ° 15/013 du 1er août 2015, relative à la mise en œuvre des droits des femmes et de la parité en son article 12 stipule: *"L'État élabore une politique qui encourage, par des incitations, la construction, à partir de fonds publics ou privés, de centres d'information, de formation, de promotion et de défense des droits des*

femmes et des jeunes filles dans chaque village, groupement, chefferie, secteur, district, commune et ville". La non-discrimination dans la fourniture d'informations et de services de PF donne de la garantie aux hommes et aux femmes comme le reflète l'article 82 de la loi n °18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique: « Pour les personnes légalement mariées, le consentement des deux époux à la méthode contraceptive est requis. En cas de désaccord entre les époux sur la méthode contraceptive à utiliser, la volonté du conjoint concerné prime».

Accessibilité des informations et des services contraceptifs

Cette recommandation est partiellement intégrée. Deux sous-recommandations (3.1 et 3.4) sont incluses dans les documents de politique nationale de santé, en particulier le Plan stratégique national pour la santé et le bien-être des adolescents et des jeunes 2016-20 [45] et les lois sur la violence sexuelle. Les sous-recommandations 3.2, 3.6 et 3.9 ne sont intégrées dans les documents de politique que dans les aspects concernant les femmes adultes.

Prise de décision éclairée

Cette recommandation est partiellement intégrée; une de ses deux sous-recommandations (sous-recommandation 6.1) est intégrée dans la loi n ° 15/013 portant sur la mise en œuvre des droits des femmes et de la parité, article 12 [46].

La plupart des documents de politique qui ont incorporé ces recommandations de l'OMS ne sont pas disponibles dans les formations sanitaires. Cependant, six recommandations (disponibilité des informations et des services de contraception; acceptabilité des

informations et des services de contraception; qualité des informations et des services de contraception; prise de décision éclairée; vie privée et confidentialité et participation et responsabilité) ne sont pas encore intégrées dans les documents de politique nationale pour le bénéfice des adolescents. Ainsi, sur les 24 sous-recommandations de l'OMS, 5 sont incluses dans les documents réglementaires avec un accent particulier sur les adolescents (21%), 6 sont intégrées mais ne ciblent pas spécifiquement les adolescents (25%), et 12 ne sont pas intégrées (50%). Une sous-recommandation intégrée sur 24 (4%) est incompatible avec l'OMS; il s'agit de la sous-recommandation 3.3 sur l'avortement sécurisé.

Les documents réglementaires, tels que le plan stratégique de planification familiale, le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté, le plan stratégique de santé de la reproduction, de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, les normes pour les interventions de PF et les normes d'intervention à base communautaire pour la mère, le nouveau-né, et la santé des enfants visent également à améliorer la prestation des services de PF. Cependant, ils ne contiennent pas d'actions clairement destinées à améliorer l'accès et l'utilisation de la PF par les adolescents. De tous ces documents, le livret d'information utile sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et des jeunes et les normes des interventions de santé adaptées aux adolescents et aux jeunes sont plus informatifs sur la PF pour le personnel soignant, les adolescents et les jeunes. Ils décrivent les critères requis pour qu'un service de santé soit considéré comme "convivial" pour les adolescents et les jeunes.

b) Disponibilité des documents réglementaires de planification familiale dans les formations sanitaires

Les figures 3 et 4 décrivent la disponibilité des documents de PF réglementaires et normatifs dans les HF. Vingt-cinq pour cent des établissements avaient des directives pour la santé sexuelle des adolescents, dans 17% des prestataires de soins de santé ont été formés à la SSR des adolescents, à 13% ils ont été formés à la PF pour les adolescents et à 13% ils ont été formés à la fois à la SSR et à la PF des adolescents (Figure 4.4.1.3).

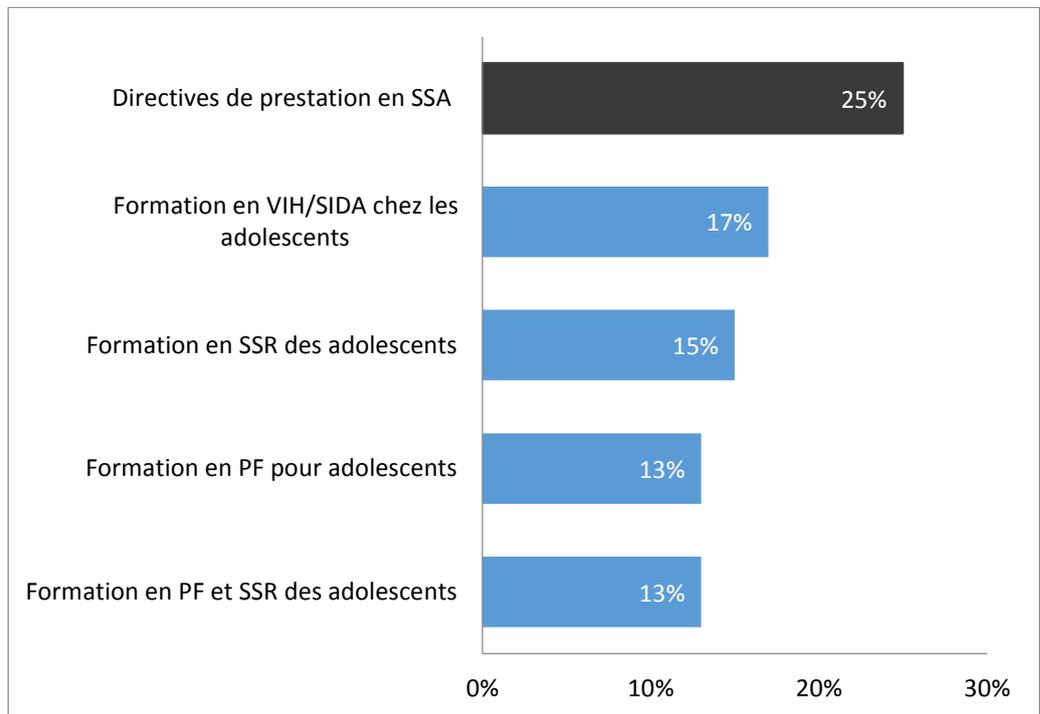


Figure 4.4.1.3. Disponibilité des directives et prestataires formés en santé sexuelle et reproductive des adolescents au sein des formations sanitaires (N=61)

Légende. SSA : santé sexuelle des adolescents ; SSRA : santé sexuelle et reproductive ; FP : planification familiale ; Directives de planification familiale et celles de la SSR: cfr le tableau 2

Quatre types de documents normatifs et réglementaires sur la PF pour les adolescents étaient disponibles auprès des prestataires, y compris les livrets de messages de PF, les circulaires et instructions sur la PF, les normes d'intervention en santé maternelle et infantile à base communautaire et le plan stratégique de PF. Vingt pourcent des FOSA disposaient des fiches techniques sur la PF et 51% avaient du matériel pour l'éducation à la SSR (figure 4.4.1.4).

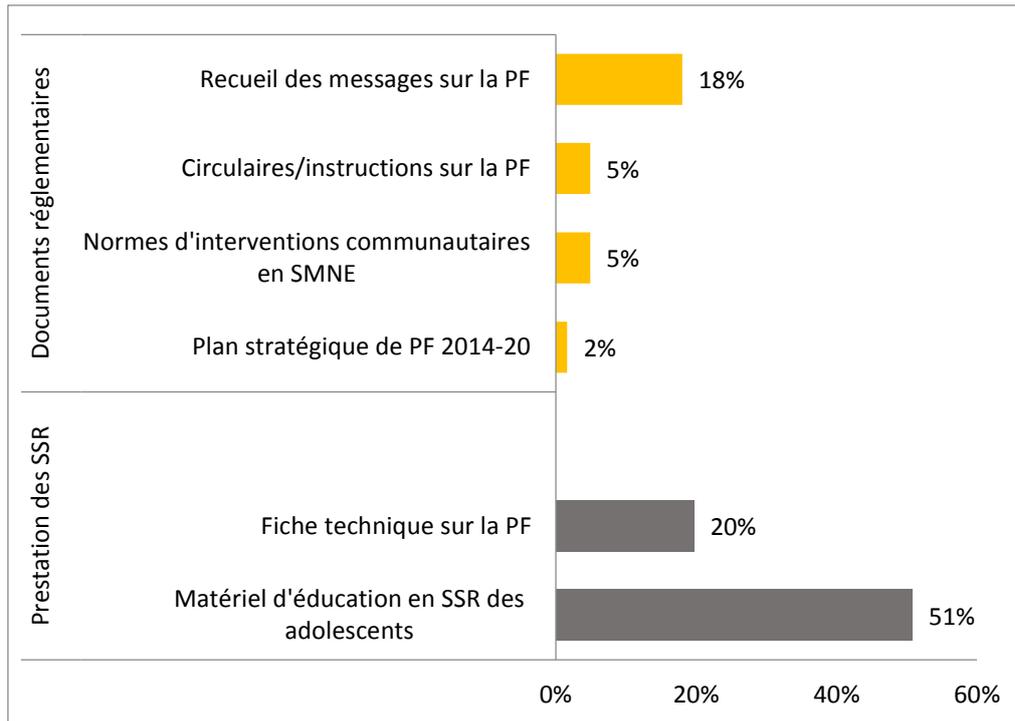


Figure 4.4.1.4. Types des documents réglementaires de planification familiale disponibles au sein des formations sanitaires (N=61)

D. Discussion

Les résultats de cette étude ont montré que 34 documents réglementaires, dont les lois, les politiques, les normes, les directives et les documents stratégiques organisent la PF en RDC. Cependant, peu de ces documents réglementent l'organisation de la planification familiale, particulièrement en ce qui concerne les adolescentes. La quasi-totalité de ces documents réglementaires ne sont pas disponibles dans les formations sanitaires. L'évaluation de leur contenu, au regard des recommandations de l'OMS sur les droits aux services et méthodes de planification familiale en faveur des adolescents, a indiqué que seules 4 de 24 sous-recommandations de l'OMS sont pris en compte dans les documents réglementaires en vigueur.

L'organisation de la santé publique en RDC est réglementée par la loi-cadre de la santé promulguée en 2018 et qui constitue une de deux lois retenues dans la constitution pour le secteur santé. Aucune des 17 mesures d'application prévues dans cette loi n'est encore finalisée, cet état des choses montre que cette loi-cadre n'est pas encore appliquée. Ce constat est aussi fait à travers le plan national de développement sanitaire de la RDC qui, au-delà des faits observés, lie la faible réglementation du secteur santé au dysfonctionnement des structures en charge de la régulation [18].

Nos analyses indiquent que les documents réglementaires sur la PF en vigueur en RDC contiennent certaines incohérences quant à l'organisation de la planification familiale et au droit des adolescentes d'accéder aux méthodes contraceptives de leur choix en particulier. En effet, il coexiste des dispositions de lois interdisant l'organisation de la planification familiale_ cas du code pénal en vigueur [39] _et des lois et autres documents réglementaires qui s'inscrivent clairement dans la promotion

de ce service [17, 19, 46]. Le code pénal congolais mis au point depuis l'année 1940 a bénéficié des plusieurs amendements depuis lors mais l'article 178 du livre II qui interdit la planification familiale est resté inchangé [40, 41]. En ce qui concerne les adolescents, les lois en vigueur ne sont pas expressives quant à leur droit d'accéder aux services et informations sur la santé sexuelle et reproductive en général, à la planification familiale en particulier. La loi fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique décrit le droit pour toute personne en âge de procréer de bénéficier d'une méthode de contraception de son choix certes; mais elle ne définit pas clairement qui peut être considérée comme femme en âge de procréer [17]. En santé publique c'est la tranche d'âge de 15 à 49 ans qui est considérée alors que la loi portant protection de l'enfant fixe l'âge de la majorité à 18 ans [43]. Il n'existe donc pas de fondement juridique pouvant justifier la demande des services de PF par les adolescentes ni la prescription des contraceptifs aux adolescentes non accompagnées qui consultent les prestataires de soins. Les adolescentes ayant atteint l'âge de la majorité bénéficient, en ce qui concerne l'accès au service de planification familiale, des avantages octroyés par les lois et les autres documents normatifs et réglementaires en vigueur [17, 19, 46]. Cependant, en dehors du fait que la loi donne aux mineurs la possibilité d'exprimer leur opinion, elle les oblige à se soumettre à l'autorité parentale en ce qui concerne la satisfaction de leurs besoins en santé [43].

La majorité d'instructions mises au point par les services régulateurs du niveau central visent à réglementer et à faire la promotion des méthodes contraceptives modernes, jugées plus efficaces que les méthodes dites traditionnelles [17, 19]. Cependant, en dehors du plan stratégique de la

santé et du bien-être des adolescents et jeunes [22], peu d'accent est mis sur les méthodes traditionnelles et l'éducation des adolescents en santé sexuelle et reproductive. Pourtant, des études indiquent que les adolescentes ont des besoins non satisfaits en méthodes contraceptives, aussi bien modernes que traditionnelles. L'EDS 2013/2014 situe le niveau des besoins non satisfaits en PF chez les adolescents à 30% en RDC. Il y a des adolescentes qui utilisent les méthodes traditionnelles ; celles qui sont à l'école reçoivent une éducation sexuelle, ce qui est rare en famille, car le sexe est considéré comme tabou [24, 25]. Les adolescents constituent une tranche importante de la population mondiale. Au vu du rôle important qu'ils sont appelés à jouer, leur meilleur état de santé constitue actuellement une des priorités mondiales inscrites dans les objectifs mondiaux de développement durable (ODD) [47]. Les recommandations de l'OMS sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescents [3] entrent dans le cadre de la mise en œuvre des ODD. Selon nos résultats, une recommandation sur neuf et 4 sous-recommandations de l'OMS sur 24 sont intégrées dans les documents réglementaires. En RDC, il n'y a pratiquement pas de réglementation de l'accès aux services de PF par les adolescentes non accompagnées ; sur le subventionnement des services de PF en faveur des adolescentes (accès gratuit aux adolescentes), sur la confidentialité des services, et sur les autres aspects importants. La réglementation dans le domaine de PF est encore à un état embryonnaire. Le régulateur ne dispose pas de suffisamment de pouvoir de réglementation comme cela se remarque dans certains pays qui ont mis en place des politiques spécifiques pour promouvoir ou interdire la prescription aux adolescentes de certains contraceptifs spécifiques en fonction des évidences [48]. Certaines politiques mises en place en

matière de PF en RDC ne s'appuient sur aucune évidence générée par des études robustes. Des approches innovantes mises en place à travers certains financements s'arrêtent souvent avec la fin des projets qui les soutiennent. Peu d'efforts sont conjugués pour associer les prestataires de soins et les adolescents eux-mêmes dans la formulation des politiques de santé qui, par ailleurs, sont peu évaluées, contrairement à d'autres pays à travers le monde [49]. Face à l'extension actuelle des services de contraception, il est important d'améliorer la réglementation de la circulation et de la prescription de certains contraceptifs en RDC.

Un autre fait observé est la multiplicité des structures qui ciblent la santé des adolescents et la complexité de leur coordination. La DSFGS, le PNSR, le PNSA, le PNSS et les partenaires techniques sont des structures qui travaillent sur les adolescents. On note aussi une multiplicité des structures de coordination fait de la Task force SRMNEA, le Comité Technique Multi sectoriel Permanent de la planification familiale (CTMP), de la Task Force de la santé des adolescents, la commission technique du CCT-SS en charge des prestations et les autres structures du niveau provincial. Les actions dans le domaine de la contraception des adolescentes paraissent donc fragmentaires, étant donné les mandats et missions des différentes structures. Ces observations sont conformes à celles trouvées dans une étude en Inde qui avait souligné les problèmes de coordination de l'action sanitaire autour de l'adolescent [31].

Certaines récentes études ont montré que les activités de PF ne sont pas systématiquement organisées au sein des formations sanitaires en RDC [15, 20], en même temps, quelques FOSA ne veillent pas à fournir les services qui répondent aux besoins des adolescents [29]. Cette situation pourrait être due à l'indisponibilité des instructions sur la PF au sein des

FOSA comme nous l'avons montré à travers nos résultats : en dehors du matériel d'éducation en SSR des adolescents, moins de 20% de FOSA disposent des recueils de messages et des instructions opérationnelles sur la PF en faveur des adolescents. Cette situation pourrait s'expliquer par la faible supervision qui elle-même s'explique par l'insuffisance des moyens au niveau des structures normatives. Il est connu que la supervision est un moyen pour améliorer la qualité des prestations [50].

Pendant longtemps, il n'existait à travers le monde aucun système organisé pour régir et surveiller les besoins sociaux des adolescents. En 2013, le comité des droits de l'enfant a publié des lignes directrices sur les droits des enfants et des adolescents. Les directives sur l'obligation des Etats de reconnaître les spécificités sanitaires et les besoins de développement et les droits des adolescents et des jeunes ont ainsi été finalisées [2]. En 2014, l'OMS a publié les recommandations sus évoquées pour garantir le respect des droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services de contraception [34]. Cependant, les normes sociales négatives font persister encore des écarts en RDC où une étude a souligné que les adolescents réclament l'éducation sexuelle de la part du personnel médical, des leaders religieux et des enseignants en qui ils ont confiance pour des raisons de confidentialité [51]. La RDC a l'obligation de mettre en place des politiques qui rencontrent ces différentes directives si elle veut améliorer la situation sanitaire des adolescents.

E. Conclusion

La réglementation et la normalisation des services de planification familiale demeurent problématiques en RDC. Les adolescents ne disposent pas d'une base juridique garantissant un accès sécurisé et l'utilisation sans

contrainte des services de contraception. L'intégration des recommandations de l'OMS sur les droits en santé sexuelle et reproductive des adolescents est encore insuffisante. A ce tableau s'ajoute la faible coordination des acteurs variés dans le domaine de planification familiale et le faible accompagnement des prestataires par les structures compétentes. Pour espérer améliorer l'accès et l'utilisation des services et des méthodes contraceptives par les adolescentes, le Ministère de santé publique de la RDC devrait travailler pour la mise en place, le suivi et l'évaluation d'une réglementation basée sur des évidences.

Perspective

En perspective, il est nécessaire d'analyser le processus de formulation des lois et politiques sur la PF en RDC et d'analyser le degré d'implication des adolescents et des prestataires de soins.

F. Références

1. OMS. Programme d'Orientation sur la santé des Adolescents destiné aux prestataires de santé. Département de la santé et du développement de l'Enfant et de l'Adolescent, 2005.
2. Taghizadeh Maghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Int J Pediatr* 2016; 4(2): 1423-38.
3. WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
4. Sophia Chae, Patrick K. Kayembe, Jesse Philbin, Crispin Mabika, Akinrinola Bankole. The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. *PLoS ONE* 12(10): e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
5. Hoffman SD, Maynard RA, éd. Kids having Kids: Economic Costs and Social Consequences of Teen Pregnancy. Washington, D.C.:Urban Institute Press, 2008.
6. Darroch, J.E., V. Woog, A. Bankole, and L.S. Ashford. 2016. Adding It Up: Costs and Benefits of Meeting Contraceptive Needs of Adolescents. New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adding-it-up-adolescents-report.pdf, accessed 26 June 2017.
7. T. Collins. Health policy analysis: a simple tool for policy makers. *Public Health* (2005) 119, 192–196. DOI: 10.1016/j.puhe.2004.03.006.
8. Gottschalk LB, Ortayli. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base. *Contraception*. 2014; 90(3):211–25. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.017.

9. Hindin, M.J., A. M. Kalamar, T. A. Thompson, and U.D. Upadhyay. 2016. "Interventions to prevent unintended and repeat pregnancy among young people in low and middle-income countries: A systematic review of the published and gray literature," *Journal of Adolescent Health* 59(suppl. 3): S8–S15. doi:10.1016/j.jadohealth.2016.04.021.
10. Lucy Gilson. Health Policy and Systems Research, A Methodology Reader. Alliance for Health Policy and Systems Research and World Health Organization. 2012. Disponible sur https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_reader.pdf
11. Clive Parkinson and Mike White. Inequalities, the arts and public health: Towards an international conversation. *Arts Health*. 2013 August 12; 5(3): 177–189. doi:10.1080/17533015.2013.826260
12. Clarke D. Chapter 10. Law, regulation and strategizing for health. In: Schmetts G, Rajan D, Kadandale S, editors. *Strategizing national health in the 21st century: a handbook*. Geneva: World Health Organization; 2016.
13. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014. <https://dhsprogram.Com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Accessed May 24, 2017.
14. Ministère du plan. Document de Stratégie de Croissance et de Réduction de la Pauvreté – DSCR 2. République Démocratique du Congo, 2011
15. Mukaba T, Binanga A, Fohl S, Bertrand JT. Family planning policy environment in the Democratic Republic of the Congo: levers of positive change and prospects for sustainability. *Glob Health Sci Pract*. 2015;3(2):163-173. <http://dx.doi.org/10.9745/GHSP-D-14-00244>.

16. Ministère de la santé de la République Démocratique du Congo. Politique nationale de la santé de reproduction. Kinshasa. Juillet 2008. Disponible sur <http://planificationfamiliale-rdc.net/documentation-sur-la-rdc-documents-officiel.php>
17. République Démocratique du Congo. Loi N°18/035 du 13 décembre 2018 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique. Journal officiel de la République Démocratique du Congo, 2018. Disponible sur <http://acct-rdc.org/wp-content/uploads/2019/02/LOI-CADRE-ORGANISATION-DE-LA-SANTE-PUBLIQUE.pdf>
18. République Démocratique du Congo. Plan national de développement sanitaire 2019-22 : vers la couverture sanitaire universelle. Novembre 2018
19. République Démocratique du Congo. Planification familiale : Plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020. Kinshasa. Janvier 2014
20. Mpunga M. D., Lumbayi J-P, Dikamba M. N., Mwembo T. A., Mapatano M. A. Availability and quality of family planning service in DR Congo: High potential Improvement, Global Health: Science and Practice. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00205>
21. Ministère du Plan et Macro International. 2008. Enquête Démographique et de Santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, U.S.A. : Ministère du Plan et Macro International. Disponible sur <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR208/FR208.pdf>
22. Fidèle Mbadu Muanda, Ndongo Parfait Gahungu, Francine Wood and Jane T. Bertrand. Attitudes toward sexual and reproductive health among adolescents and young people in urban and rural DR Congo. Reproductive Health (2018) 15:74 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0517-4>
23. Shah C. J., Solanki V, Mehta H.B. Attitudes Of Adolescent Girls Towards Contraceptive Methods. AMJ 2011, 4, 1, 43- 48. Doi <http://dx.doi.org/10.4066/AMJ.2011.499>

24. Rehana Capurchande, Gily Coene, Ingrid Schockaert, Manuel Macia and Herman Meulemans. "It is challenging... oh, nobody likes it!": a qualitative study exploring Mozambican adolescents and young adults' experiences with contraception. *BMC Women's Health* (2016) 16:48 DOI 10.1186/s12905-016-0326-2
25. ST Tshitenge, K Nlisi, V Setlhare and R Ogundipe. Knowledge, attitudes and practice of healthcare providers regarding contraceptive use in adolescence in Mahalapye, Botswana. *South African Family Practice* 2018; 60(6):181–186 <https://doi.org/10.1080/20786190.2018.1501239>
26. Mesfin Tilahun, Bezatu Mengistie, Gudina Egata and Ayalu A Reda. Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. *Reproductive Health* 2012, 9:19 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/9/1/19>
Doi: 10.1186/1742-4755-9-19
27. Muanda M, Gahungu Ndongo P, Taub LD, Bertrand JT (2016) Barriers to Modern Contraceptive Use in Kinshasa, DRC. *PLoS ONE* 11 (12): e0167560. doi:10.1371/journal.pone.0167560
28. Dieudonné Mpunga Mukendi, Faustin Chenge Mukalenge, Mapatano Mala Ali, Gilbert Wembodinga Utshudienyema. Exploring the Adequacy of Family Planning Services to Adolescents needs: Results of a cross-sectional Study from two settings in the Democratic Republic of the Congo. *Health Educ Public Health* 2018; 2(1): 131 – 141. doi: 10.31488 /heph.111
29. C. Sivagurunathan, R. Umadevi, R. Rama, S. Gopalakrishnan. Adolescent Health: Present Status and Its Related Programmes in India. Are We in the Right Direction? *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2015 Mar, Vol-9(3): LE01-LE06. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11199.5649. Disponible sur www.jcdr.net

30. Pr Florence Taboulet. La contraception d'urgence chez les mineures. Une offre illimitée en manque d'évaluation. *Médecine & Droit* 2018 (2018) 31–38. <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2018.02.002>
31. François Vialla, Magali Faure, Éric Martinez, Rodolphe Bourret, Jean-Philippe Vauthier. Mineur et secret médical – Le secret sur son état de santé demandé par le mineur à l'égard de ses parents : de la reconnaissance d'un droit à sa mise en œuvre concrète. *Médecine & Droit* 2015 (2015) 79–89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.meddro.2015.04.001>
32. Kathya Cordova-Pozo, Sarah Borg, Andrea J. Hoopes, Alma Virginia Camacho-Hubner, Fanny Corrales-Ríos, Adriane Salinas-Bomfim and Venkatraman Chandra-Mouli. How do national contraception laws and policies address the contraceptive needs of adolescents in Paraguay? *Reproductive Health* (2017) 14:88 DOI 10.1186/s12978-017-0344-z
33. Junice L. D. Melgar, Alfredo R. Melgar, Mario Philip R. Festin, Andrea J. Hoopes and Venkatraman Chandra-Mouli. Assessment of country policies affecting reproductive health for adolescents in the Philippines. *Reproductive Health* (2018) 15:205 <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0638-9>
34. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. World Health Organization; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.pdf?ua=1.
35. Guidelines on preventing early pregnancy and poor Reproductive Health outcomes among adolescents in developing countries. World Health Organization; 2011. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9789241502214/en/>.
36. Journal officiel de la RDC. Arrêté ministériel N°1250/CAB/MIN/S/AJ/VKIZ/009/2001 du 9 décembre 2001 portant création et organisation du programme national de la santé de la reproduction du Ministère de la Santé publique

37. RDC. Programme National de la Santé des Adolescents de la République Démocratique du Congo. Plan stratégique national de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes 2016-2020. Mars 2016.
38. Walt, G. and Gilson, L. Reforming the health sector in developing countries: The central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*. 1994, 9 : 353–370
39. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Code pénal congolais. Décret du 30 janvier 1940 tel que modifié et complété à ce jour Mis à jour au 30 novembre 2004. Journal Officiel n° Spécial 30 novembre 2004. Disponible sur <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/fr/cd/cd004fr.pdf>. Consulté le 20 septembre 2019
40. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Loi n° 06/018 du 20 juillet 2006 modifiant et complétant le Décret du 30 janvier 1940 portant Code pénal congolais. Consulté le 20 septembre 2019. Disponible sur <http://leganet.cd/Legislation/DroitPenal/Loi.06.018.20.07.3006.htm>
41. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Loi n° 15/022 du 31 décembre 2015 modifiant et complétant le Décret du 30 janvier 1940 portant Code penal. Consulté le 22 septembre 2019. Disponible sur <https://leganet.cd/Legislation/DroitPenal/Loi.15.022.31.12.2015.html>.
42. République Démocratique du Congo. Comité Technique Multisectoriel Permanent (CTMP/PF). Loi sur la santé de reproduction en République Démocratique du Congo. Recueil d'arguments. Juin 2015. Consulté le 28 mai 2019. Disponible sur <http://planificationfamiliale-rdc.net/media/Recueil%20darguments%20Loi%20SR.pdf>
43. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Loi N°09/001 du 10 janvier 2009 portant protection de l'enfant. Consulté le 30 juin 2019.

Disponible

sur

<http://www.leganet.cd/Legislation/JO/2009/L.09.001.10.01.09.htm>

44. Programme National de la santé de reproduction & UNFPA. Rapport d'évaluation du Plan stratégique de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction 2008-2012 de la République Démocratique du Congo. RDC, Octobre 2011. Consulté le 22 juin 2019. Disponible sur http://planificationfamiliale-rdc.net/docs/12_RapportDEvaluationDuPlanStrategiqueDeSecurisationDesProduitsDeSanteDeLaReproduction_2008_2012_DeLaRepubliqueDemocratiqueduCongo.pdf
45. Programme National de la Santé des Adolescents. Plan stratégique national de la santé et du bien-être des adolescents et jeunes 2016-20. RDC, mars 2016. Consulté le 20 août 2019. Disponible sur https://www.prb.org/wp-content/uploads/2018/05/Plan-Strate%CC%81gique-National-de-la-Sante%CC%81-et-du-Bien-Etre-des-Adolescents-et-des-Jeunes-2016-2020.RDC_.pdf
46. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Loi n° 15/013 du 1^{er} août 2015 portant modalités d'application des droits de la femme et de la parité. Consulté le 15 juillet 2019. Disponible sur <https://leganet.cd/Legislation/Droit%20Public/DH/Loi.15.013.01.08.html>.
47. Journal officiel de la République Démocratique du Congo. Code de la famille de la République Démocratique du Congo. Consulté le 25 septembre 2019. Disponible sur <https://www.leganet.cd/Legislation/Code%20de%20la%20famille/CDF.2017.pdf>

48. Organisation Mondiale de la Santé. 2015 – 2030 : Les 17 objectifs de développement durable.2015 disponible sur http://www.anfiide.com/Documents/documents-utiles/17_ODD_169_cibles.pdf
49. Giuseppina Di Meglio, Colleen Crowther, Joanne Simms; Canadian Paediatric Society, Comité de la santé de l'adolescent. La contraception chez les adolescents canadiens. DOCUMENT DE PRINCIPES. Société canadienne de pédiatrie. 2018. Disponible sur <https://www.cps.ca/fr/documents/position/contraception>
50. François Vialla, Magali Faure, Éric Martinez, Rodolphe Bourret, Jean-Philippe Vauthier. Mineur et secret médical – Le secret sur son état de santé demandé par le mineur à l'égard de ses parents : de la reconnaissance d'un droit à sa mise en œuvre concrète. *Médecine & Droit* 2015 (2015) 79–89. <http://dx.doi.org/10.1016/j.meddro.2015.04.001>
51. Xavier Bosch-Capblanch, Sajil Liaqat, Paul Garner. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane database of systematic reviews*, September 2011. DOI 22.10.1002/14651858.cd006413.pub2
52. Gabriel Nsakala Vodiena, Yves Coppieters, Bruno Dimonfu Lapika, Patrick Kayembe Kalambayi, Dominique Gomis, Danielle Piette, « Perception des adolescents et jeunes en matière de santé sexuelle et reproductive, République Démocratique du Congo », *Santé Publique* 2012/5 (Vol. 24), p. 403-415. DOI 10.3917/spub.125.0403.

CHAPITRE 5 : DISCUSSION GENERALE

Tout au long de ce travail, nous avons montré qu'il existe des obstacles à la demande, à l'accès et à l'utilisation des services de contraception par les adolescents ainsi que certains leviers pour améliorer l'organisation de ces services.

5.1. Obstacles à l'utilisation des services et méthodes contraceptives par les adolescents

Nous avons montré dans ce travail que la faible disponibilité et la faible qualité de services de PF étaient le premier groupe des goulots d'étranglement à l'utilisation des services de PF par les adolescents. En effet, l'offre des services et des méthodes de PF était insuffisante à l'échelle nationale (33%), de faible qualité (20%) et mal répartie entre les milieux rural et urbain, entre les secteurs publique et privé. Nous avons aussi montré que les FOSA ne disposent pas d'une gamme variée des méthodes contraceptives. Peu d'accent est mis sur les méthodes naturelles de PF alors que celles-ci sont désirées par une proportion non négligeable d'adolescents et qu'elles ne nécessitent pas des ressources importantes pour les implémenter. La disponibilité des services de PF que nous avons trouvé dans notre étude (33%) représente un peu moins de la moitié de celle trouvée dans l'étude sur l'Evaluation des prestations des services de soins de santé (EPSS) publiée en 2019 [1]. Cette différence peut s'expliquer par certaines observations : nos données étaient collectées plusieurs années avant l'enquête EPSS. Dans l'entre-temps, la RDC a implémenté son premier plan stratégique national à vision multi sectoriel de planification familiale 2014-20 [2]. En plus, la différence des approches méthodologiques peut aussi expliquer la différence dans les résultats obtenus : dans notre échantillon, nous avons incorporé 4 types de FOSA

(y compris les postes de santé), en tenant compte de leur poids proportionnel. L'étude de l'EPSS par contre a exclu les PS de l'échantillon. Cependant, nous savons que les PS sont facultatifs et qu'ils sont peu équipés en matériel de PF et disposent de moins de ressources humaines formées en PF. Au-delà de ces explications, signalons tout de même qu'une amélioration de l'offre des services de PF en RDC était récemment signalée [3].

Bien que la situation de l'offre s'améliore à l'échelle de la RDC, signalons qu'il se pose encore le problème d'équité et de la qualité de services offerts. En effet, les services existants sont plus concentrés en milieu urbain et peu accessibles aux adolescents. En effet, nous avons relevé un deuxième groupe d'obstacles à l'utilisation des services de PF par les adolescents. Il s'agit de la faible organisation des services de PF conviviaux aux besoins des adolescents. Certaines FOSA n'offrent pas les services de PF aux adolescents (non accompagnés). Et même dans les FOSA qui acceptent d'offrir ce service aux adolescents, il existe une discrimination dans l'offre de certaines méthodes contraceptives. La stigmatisation de la part des prestataires de soins constitue un véritable frein à la demande et à l'utilisation des services de contraception par les adolescents [4]. Une étude a rapporté qu'un environnement social non stigmatisant, un meilleur accès aux contraceptifs et une meilleure information relative à leur utilisation sont autant d'éléments essentiels à la prévention des grossesses non désirées et à la prévention de la propagation du VIH et d'autres IST [5]. Nous avons démontré que les services de PF fréquentés par les adolescents étaient ceux qui proposaient une large gamme de méthodes contraceptives et où il n'y avait pas de stigmatisation de la part des prestataires. Selon Hall et al. [6], les scores de stigmatisation

en SSR sont plus élevés chez les filles ayant des antécédents de grossesse non désirée. Cependant, l'âge plus avancé, un niveau de scolarité plus élevé et une expérience sur la sexualité étaient associés à des scores de stigmatisation bas. Les scores plus élevés de stigmatisation en SSR sont inversement associés à l'utilisation de contraceptifs modernes [7]. Les prestataires de soins sont la principale source de stigmatisation des adolescents. A la lumière de ce qui se passe dans certains pays africains attachés aux normes sociales défavorables à l'utilisation de la PF par les adolescents, Ahanonu [8] dans une étude réalisée au Nigéria et Tilahun et al. [9] dans une étude réalisée en Ethiopie ont rapporté que pour les prestataires de soins, l'offre des contraceptifs aux adolescents non mariés favorisait la promiscuité sexuelle ; les adolescents non mariés devraient être invités à s'abstenir de relations sexuelles. Les services de PF conviviaux répondent aux besoins des adolescents, devraient les attirer et favorisent la continuité des soins [10]. L'OMS a proposé cinq dimensions clés qui devraient être reflétées dans les services de santé pour qu'ils soient adaptés aux jeunes : équitable, accessible, acceptable, approprié et efficace [11]. Cependant, les services de PF organisés en RDC sont peu équitables, peu accessibles aussi bien géographiquement que financièrement, peu acceptables et inappropriés. La formation des prestataires en SSR et PF, avec accent sur les aspects conviviaux aux adolescents, pourrait favoriser l'adoption d'une attitude positive de la part des prestataires de soins. Pour optimiser l'utilisation des services de PF par les adolescents, il faudrait inclure des soins accessibles, complets et multidisciplinaires en s'assurant qu'ils sont fournis en toute confiance par un personnel non stigmatisant, ayant de bonnes compétences en matière de conseil et de communication [12].

Ces différents obstacles devraient avoir entraîné la faible augmentation de la prévalence contraceptive au sein du groupe des adolescents, lorsqu'on le compare au groupe des femmes adultes. En effet, nous avons montré dans ce travail que bien qu'une notable augmentation de la prévalence contraceptive parmi les adolescents soit notée lorsqu'on se réfère aux résultats de l'enquête EDS 2013-14 [13], cette augmentation est faible comparativement à celle enregistrée dans le groupe des femmes adultes, ce qui rend ces résultats différents des tendances observées dans d'autres pays. Ces performances mitigées contrastent avec l'extension importante des stratégies d'offre des méthodes contraceptives aux femmes de 15 – 49 ans. Nous avons trouvé que les méthodes contraceptives modernes sont plus utilisées par les adolescents en milieu rural, où cependant les besoins non satisfaits restent élevés alors que les méthodes naturelles sont plus utilisées en milieu urbain. Ces tendances peuvent s'expliquer par le niveau de scolarité/ les connaissances sur la FP qui seraient faibles en milieu rural poussant les adolescentes à plus utiliser les méthodes qui ne recourent pas à certaines connaissances. Les adolescentes ayant un niveau d'éducation élevé ont tendance à utiliser les méthodes contraceptives naturelles. Nous avons trouvé dans une étude que le préservatif masculin et les méthodes de rythme sont les méthodes contraceptives les plus utilisées par les adolescentes. Cependant, même si d'autres études ont rapporté la préférence des adolescents pour les préservatifs masculins, elles ont aussi montré que l'utilisation du préservatif était irrégulière au sein des adolescentes. Cette observation renforce le résultat qui montre qu'une proportion importante d'adolescentes recourt aux méthodes naturelles de contraception qu'elles ne savent pas correctement utiliser. Selon nos résultats, les médias sont peu utilisés par les adolescentes pour s'informer

sur la PF. Des sources d'information peu fiables sont utilisées, ce qui pourrait expliquer la persistance des grossesses non désirées chez les adolescentes sexuellement actives. Etant donné que l'utilisation des méthodes de PF est diversement influencée par les connaissances des méthodes contraceptives, le niveau d'études, le statut marital et la religion de l'adolescente, une des études que nous avons organisées pour explorer les connaissances des adolescents a confirmé cette tendance : les adolescents, comme les enseignants ont des faibles connaissances sur les méthodes contraceptives. En effet, les adolescents ne connaissaient que les préservatifs masculins, l'abstinence et les pilules comme méthodes contraceptives. Ils ont de l'appréhension pour utiliser les méthodes artificielles de contraception, préférant recourir aux méthodes naturelles. Une étude a rapporté que les interventions de santé qui agissent sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en PF étaient à même d'améliorer les connaissances et les attitudes que le comportement des adolescents. Par contre, les interventions ayant un impact sur le comportement étaient plus susceptibles de changer le comportement en matière de contraception que le comportement sexuel [14]. Les sources principales d'information préférées par les adolescents sont l'école et les parents. Bien que suivis par plusieurs adolescents, les médias ne constituent pas une source préférée d'information. Cette étude a souligné la nécessité de former les enseignants sur les méthodes de PF, la nécessité de mettre en place des interventions les associant aux parents et la nécessité de réviser le cours d'EVIE. Au minimum, les adolescents devraient bénéficier d'une information sur la SSR et d'une éducation à cet égard qui soient médicalement exactes, complètes et adaptées à leur niveau. L'éducation complète à la sexualité peut accroître les

comportements propices à la protection de la santé sexuelle [5]. Dans ce contexte, il est important de renforcer la réglementation en matière de PF. Cependant, nous avons démontré dans la dernière étude que l'environnement légal de la PF en RDC est peu favorable aux adolescents et cela constitue un goulot d'étranglement majeur. La plupart des lois et documents stratégiques ne sont pas opérationnalisés et sont peu disponibles dans les FOSA. L'OMS a formulé des recommandations pour garantir le respect des droits des adolescents dans la fourniture d'informations et services en matière de PF de qualité mais celles-ci ne sont pas encore suffisamment intégrées dans les documents normatifs de la PF en RDC. Il convient de lever l'obligation de soumettre l'accès aux services de SSR des adolescents à l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur, ainsi que de réduire les obstacles financiers à la pratique contraceptive. Les services doivent être équitables, accessibles, acceptables, appropriés et efficaces pour tous les adolescents, y compris ceux qui sont défavorisés [5].

Tout au long de ce travail, nous avons montré que les déterminants sociaux multi-niveaux, structurels et organisationnels influencent l'utilisation des services et des méthodes contraceptives par les adolescents. Parmi ces déterminants il y a les influences interpersonnelles (les pairs, les partenaires et les parents), des influences communautaires (normes sociales), les influences macro sociales telles que la religion, les enseignements sur les rapports sexuels avant le mariage, le manque d'éducation sexuelle complète et l'accès limité aux soins de qualité [15]. Il y a aussi l'influence exercée par la réglementation et la régulation des services de PF.

5.2. Leviers à l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents

Si on veut améliorer l'utilisation des services de PF par les adolescents, on devrait les *organiser et les rendre géographiquement et financièrement accessibles, ce qui constitue le premier levier*. Nos résultats démontrent un apport considérable des prestataires privés dans l'offre des services de PF de qualité. Des publications concordantes indiquent qu'en RDC, 4 sur 10 formations sanitaires (FOSA) sont privées confessionnelles, privées à but lucratif ou privées sans but lucratif [1, 16]. Les structures sanitaires privées constituent un atout majeur sur lequel les responsables sanitaires devraient s'appuyer en vue de l'extension de la couverture en services de PF. Dans les pays qui aspirent à mettre en place la couverture santé universelle (CSU), la PF devrait faire partie des interventions à incorporer dans les paquets de soins, au vue de ses effets bénéfiques sur la santé de la mère et de l'enfant et les Objectifs de Développement Durable (ODD). L'intégration des services de soins privés devient une nécessité [17-19]. Etendre les services de PF aux prestataires privés, particulièrement en milieu rural pourrait contribuer à améliorer la couverture géographique en services de PF et la qualité de ceux-ci [17]. Les approches innovantes, dont la distribution communautaire (DC) des contraceptifs, ont permis d'améliorer la disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des méthodes contraceptives [20]. Il n'y a pas encore suffisamment d'études qui montrent les évidences en ce qui concerne l'impact de la distribution communautaire des contraceptifs sur les adolescents non mariés. Les effets induits par la DC des contraceptifs financée dans le cadre des projets semblent transitoires, tendant à disparaître au fil du temps [21]. Toutefois, la DC des contraceptifs reste nécessaire pour répondre aux besoins en

contraception des communautés rurales et des quartiers urbains isolés. Pour sa pérennisation, cette approche devrait être intégrée à d'autres programmes de sensibilisation pour la santé [22]. Rattacher les programmes de DC des contraceptifs aux FOSA de leur rayon d'action aurait l'avantage de faciliter la supervision de la DC et le suivi clinique des clients bénéficiaires, ce qui, au fond renforce la pérennisation de la contraception.

Pour améliorer l'utilisation des services de PF par les adolescents, il pourrait être nécessaire de former les prestataires de soins sur la SSR des adolescents et la non stigmatisation. Un autre levier est l'amélioration des connaissances des adolescents sur les méthodes contraceptives.

5.3. Théorie de changement dans l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents

Pour arriver à améliorer la santé sexuelle et reproductive des adolescents, des actions sur les obstacles et les facteurs facilitateurs sont nécessaires. Ainsi, nous proposons la théorie de changement suivante dont l'application pourrait avoir un impact positif (figure 5.3.1).

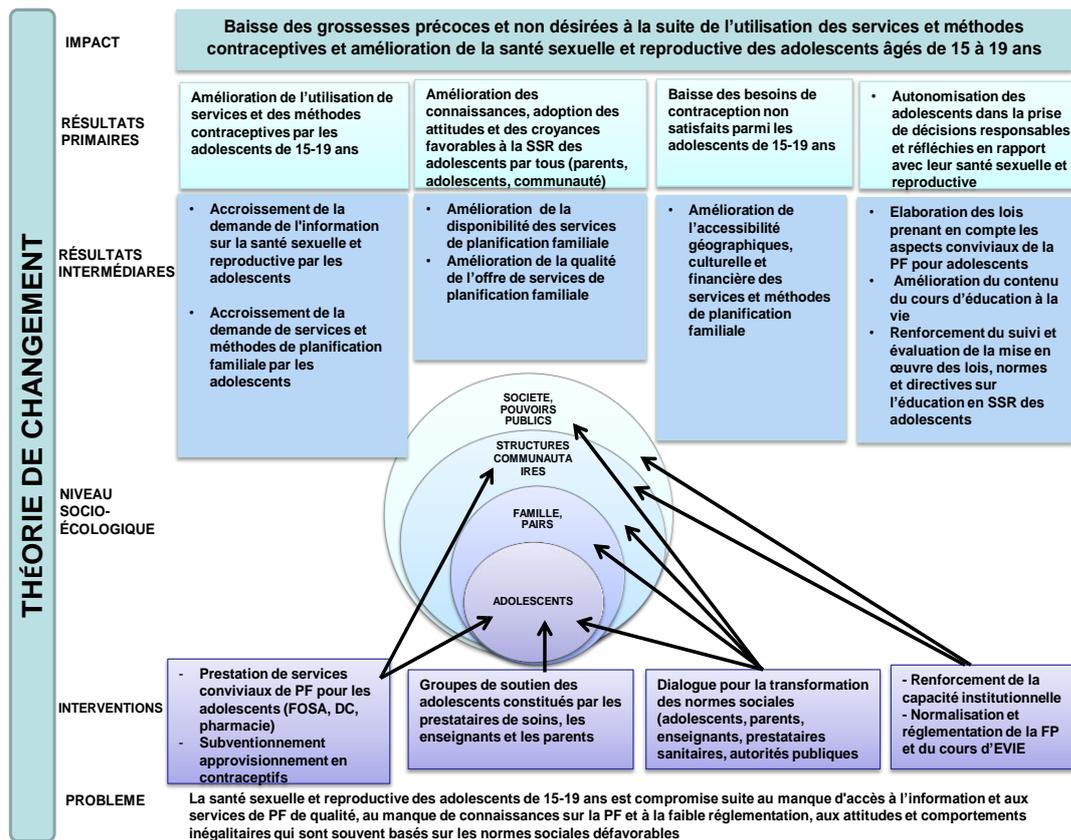


Figure 5.3.1. Théorie de changement pour améliorer l'utilisation des services et méthodes contraceptives par les adolescents

Selon cette théorie, la SSR de certains adolescents est compromise actuellement suite au manque d'accès à l'information et aux services de PF de qualité, au manque de connaissances sur la PF et à la faible réglementation, aux attitudes et comportements inégalitaires qui sont souvent basés sur les normes sociales défavorables. Pour adresser ce problème aux multiples facettes, plusieurs interventions devraient être mises en place, notamment des interventions qui portent sur la fourniture des services de planification familiale conviviaux aux besoins des adolescents, le subventionnement des contraceptifs en vue de rendre leur

cout accessible ; la mise en place des groupes de soutien des adolescents constitués des prestataires, des enseignants et des parents, l'instauration d'un dialogue communautaire destiné à transformer les normes sociales défavorables à la SSR des adolescents et le renforcement des capacités institutionnelles en vue de la normalisation de l'organisation de la PF et des programmes d'éducation sexuelle des adolescents. Lorsque ces interventions seront implémentées, cela pourra avoir pour résultats intermédiaires suivants : accroissement de la demande de l'information sur la SSR par les adolescents ; accroissement de la demande de services et méthodes de PF par les adolescents ; amélioration de la disponibilité des services de PF ; amélioration de la qualité de l'offre de services de PF ; amélioration de l'accessibilité géographique, culturelle et financière des services et méthodes de PF ; élaboration des lois prenant en compte les aspects conviviaux de la PF pour adolescents ; amélioration du contenu du cours d'EVIE ; renforcement du suivi et évaluation de la mise en œuvre des lois, normes et directives sur l'éducation en SSR des adolescents. Ainsi, quatre résultats primaires peuvent être obtenus : amélioration de l'utilisation de services et des méthodes contraceptives au sein du groupe d'adolescents de 15-19 ans ; amélioration des connaissances, adoption des attitudes et des croyances favorables à la SSR des adolescents par tous (parents, adolescents, communauté) ; baisse des besoins de contraception non satisfaits parmi les adolescents de 15-19 ans ; autonomisation des adolescents dans la prise de décisions responsables et réfléchies en rapport avec leur SSR. L'impact ultime de ces interventions sera la baisse des grossesses précoces et non désirées et l'amélioration de la SSR des adolescents âgés de 15 à 19 ans.

Références

1. Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK) [République Démocratique du Congo] et ICF. 2019. République Démocratique du Congo: Evaluation des Prestations des Services de soins de Santé (EPSS RDC) 2017-2018. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ESPK et ICF.
2. République Démocratique du Congo. Planification familiale : Plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020. Kinshasa. Janvier 2014
3. Kwete D, Binanga A, Mukaba T, et al. Family Planning in the Democratic Republic of the Congo: Encouraging Momentum, Formidable Challenges. *Glob Health Sci Pract.* 2018;6(1):40-54.
4. Adam Silumbwe, Theresa Nkole, Margarate Nzala Munakampe, Cecilia Milford, Joanna Paula Cordero, Yolandie Kriel, Joseph Mumba Zulu, and Petrus S. Steyn. Community and health systems barriers and enablers to family planning and contraceptive services provision and use in Kabwe District, Zambia. *BMC Health Serv Res.* 2018; 18: 390. Published online 2018 May 31. doi: 10.1186/s12913-018-3136-4
5. Guttmacher institute. Besoin et recours des adolescentes aux services de santé sexuelle et reproductive dans les pays en développement. Fiche d'information. 2015 Disponible sur https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fb-adolescent-srhs-need-developing-countries-fr_0.pdf

6. Hall KS, Morhe E, Manu A, Harris LH, Ela E, Loll D, et al. (2018) Factors associated with sexual and reproductive health stigma among adolescent girls in Ghana. *PLoS ONE* 13(4): e0195163. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0195163>
7. Barbara A. Cromer, Maureen McCarthy. Family Planning Services in Adolescent Pregnancy Prevention: The Views of Key Informants In Four Countries. *Family Planning Perspectives*, 1999, 31(6):287–293
8. Ezihe Loretta Ahanonu. Attitudes of Healthcare Providers towards Providing Contraceptives for Unmarried Adolescents in Ibadan, Nigeria. *Journal of Family and Reproductive Health*. Vol. 8, No. 1, March 2014
9. Tilahun M, Mengistie B, Egata G, Reda AA. Health workers' attitudes toward sexual and reproductive health services for unmarried adolescents in Ethiopia. *Reprod Health*. 2012 Sep 3;9:19. doi: 10.1186/1742-4755-9-19.
10. Gina Desideri. Characteristics of Youth-Friendly Health Care Services. <https://www.healthyteenetwork.org/blog/characteristics-youth-friendly-health-care-services/> October 8, 2014
11. OMS. Quality Assessment Guidebook. A guide to assessing health services for adolescent clients. World Health Organization 2009
12. Kelli Stidham Hall, Abubakar Manu, Emmanuel Morhe, Lisa H. Harris, Dana Loll et al. Development and Validation of a Scale to Measure Adolescent Sexual and Reproductive Health Stigma: Results From Young Women in Ghana. *J Sex Res*. 2018 January; 55(1): 60–72. doi:10.1080/00224499.2017.1292493.

13. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013–2014. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Consulté le 24 mai 2017.
14. International Center for Research on Women (ICRW). Adolescents and Family Planning: What the Evidence Shows. Disponible sur <https://www.icrw.org/wp-content/uploads/2016/10/140701-ICRW-Family-Planning-Rpt-Web.pdf>
15. Sneha Challa, Abubakar Manu, Emmanuel Morhe, Vanessa K. Dalton, Dana Loll, Jessica Dozier, Melissa K. Zochowski, Andrew Boakye, Richard Adanu, and Kelli Stidham Hall. Multiple levels of social influence on adolescent sexual and reproductive health decision-making and behaviors in Ghana. *Women Health*. 2018 April; 58(4): 434–450. doi:10.1080/03630242.2017.1306607.
16. République Démocratique du Congo, Ministère de la santé. Plan National de Développement Sanitaire recadré pour la période 2019-2022 :
Vers la couverture sanitaire universelle. Novembre 2018.
Disponible sur <https://www.nationalplanningcycles.org/democratic-republic-of-congo>. Consulté le 20 juin 2019
17. Holtz, Jeanna et Intissar Sarker. 2018. L'intégration de la planification familiale dans les initiatives de couverture sanitaire universelle. Briefing. Bethesda, MD : Le projet Renforcement des résultats de santé par le secteur privé, Abt Associates.

18. Unicef, OMS. Les Objectifs de Développement Durable. 2015 ; disponible sur https://www.unicef.fr/sites/default/files/fiche_thematique_odd.pdf
19. Countdown to 2015 for maternal, newborn and child survival. Family planning as a critical component of sustainable global development. *Glob Health Action*. 2015,8:29978; <http://dx.doi.org/10.3402/gha.vB.29978>
20. Brooks, M.I., Johns, N.E., Quinn, A.K. et al. Can community health workers increase modern contraceptive use among young married women? A cross-sectional study in rural Niger. *Reprod Health* 16, 38 (2019). <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0701-1>
21. Genna S, Fantahun M, Berhane Y. Sustainability of community based family planning services: experience from rural Ethiopia. *Ethiop Med J*. 2006 Jan;44(1):1-8.
22. Ndola Prata, Farnaz Vahidnia, Malcolm Potts, Ingrid Dries-Daffner. Revisiting community-based distribution programs: are they still needed? *Contraception* Volume 72, Issue 6, December 2005, Pages 402-40

**CHAPITRE 6. CONCLUSION GENERALE,
RECOMMANDATIONS ET PERSPECTIVES**

6.1. Conclusion générale

L'objectif général de cette thèse était de déterminer les facteurs organisationnels, individuels et culturels qui s'érigent en barrières contre l'utilisation des services de planification familiale et des méthodes contraceptives modernes par les adolescents en RD Congo. Les résultats obtenus indiquent que l'environnement de la PF reste peu favorable pour les adolescents de 15 à 19 ans en RDC. Parmi les barrières à l'utilisation des services de PF, nous avons trouvé la faible disponibilité des services de PF et des méthodes contraceptives de qualité, la faible organisation des services de PF conviviaux, le faible niveau des connaissances des adolescents sur la PF et la faible réglementation des services de PF. Pour apporter le changement aux observations ainsi effectuées, nous avons élaboré une théorie de changement dont la finalité ou l'impact est l'amélioration de l'état de SSR des adolescents en agissant sur les facteurs individuels au niveau des adolescents (les connaissances, attitudes, pratiques et préférences en matière de PF), sur les facteurs interpersonnels (influence des parents, des pairs, des enseignants) et les facteurs communautaires (organisation et réglementation des services de PF, programmes conjoints d'éducation des adolescents en SSR associant écoles et parents). A l'issue de ce travail, quelques recommandations ont ainsi été formulées à l'endroit des personnes et institutions impliquées dans l'éducation des adolescents.

6.2. Recommandations

1. Au Ministère de la Santé Publique

- a) A l'heure où le pays se prépare à mettre en place la couverture santé universelle, incorporer la planification familiale dans le paquet des soins à subventionner ;
- b) Former les prestataires de planification familiale et les enseignants du cours d'EVIE sur la SSR conviviaux aux adolescents y compris la planification familiale ;
- c) Mettre en place un programme de sensibilisation et d'éducation des adolescents et parents sur la SSR ;

2. Au ministère de l'enseignement primaire et secondaire

- a) Actualiser le programme national du cours d'EVIE en collaboration avec les experts en santé publique ;
- b) Assurer le suivi et l'inspection du déroulement des enseignements du cours d'EVIE.

6.3. Perspectives

Les résultats de cette thèse ouvrent la porte aux perspectives suivantes :

- a) Evaluer l'acceptabilité, la qualité, la durabilité et l'impact des approches de distribution communautaire des contraceptifs au sein du groupe des adolescents ;
- b) Analyser les connaissances des distributeurs communautaires concernant l'utilisation des services contraceptifs par les adolescents de 15 à 19 ans ;
- c) Implémenter la théorie de changement ainsi élaborée sur l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents.