



REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
UNIVERSITE DE KINSHASA
FACULTE DE MEDECINE
ECOLE DE SANTE PUBLIQUE



**DETERMINANTS DE LA FAIBLE UTILISATION DES
METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES CHEZ LES
FEMMES EN AGE DE PROCREER
CAS DE LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI**

KATOKA FUANDA Marie-Jeanne, MD

Mémoire présenté et défendu en vue de l'obtention du
diplôme de Spécialiste en Santé Publique

Directeur : Prof. Dr Emile OKITOLONDA WEMAKOY

ANNEE ACADEMIQUE 2016-2017

Table des matières

Liste des abreviations	ii
Liste des tableaux	iii
Liste des figures.....	iv
Dédicace	v
Remerciements	vi
Résumé	viii
I. Introduction	1
I.1. Enoncé du problème	1
I.2. Revue de la littérature.....	4
I.3. Modèle conceptuel	9
I.4. But et objectifs de l'étude.....	10
I.5. Hypothèses de recherche	10
II. Méthodologie.....	12
II.1. Description du site d'étude.....	12
II.2. Type d'étude.....	12
II.3. Population d'étude.....	13
II.4. Echantillonnage	13
II.5. Liste complète des variables.....	15
II.6. Collecte des données	18
II.7. Traitement et analyses des données.....	19
II.8. Composante qualitative	20
II.9. Considérations éthiques.....	21
III. Résultats	22
III.1. Caractéristiques sociodémographiques des femmes enquêtées	22
III.2. Connaissance des méthodes contraceptives modernes	25
III.3. Attitudes des enquêtées et de la société face aux MCM.....	28
III.4. Pratiques sur la planification familiale	30
III.5. Offre des services de la planification famille	33
III.6. Résultats de la composante qualitative.....	36
IV. Discussion	42
V. Conclusion.....	45
VI. Recommandations	46
VII. Références	47
VIII. Annexes	49

LISTE DES ABREVIATIONS

AS	: Aire de Santé
CAP	: Connaissance, Attitudes et Pratiques
CS	: Centre de Santé
DIU	: Dispositif Intra Utérin
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FOSA	: Formation Sanitaire
HGR	: Hôpital Général de Référence
MCM	: Méthode Contraceptive Moderne
MCZ	: Médecins Chef de Zone
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PF	: Planification Familiale
PMA	: Performance Monitoring & Accountability (suivi de la performance et de la responsabilisation)
PNSR	: Programme National de la Santé de la Reproduction
RDC	: République Démocratique du Congo
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences (Logiciel de statistiques pour les sciences sociales)
UNICEF	: Organisation des Nations unies pour l'Enfance et l'Education
UNFPA	: Fonds des Nations unies pour la Population
USAID	: United States Agency for International Development (Agence Américaine pour le développement international des Etats-Unis d'Amérique)
ZSR	: Zone de Santé Rurale

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des enquêtées en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques	22
Tableau II : Taille des ménages des femmes enquêtées et dépenses journalières.....	23
Tableau III : Répartition des enquêtées en fonction de leurs fécondités.....	24
Tableau IV : Méthodes contraceptives modernes connues par les enquêtées.....	26
Tableau V : Avantages des méthodes contraceptives modernes citées par les participantes...	26
Tableau VI: Inconvénients de méthodes contraceptives modernes citées par les participantes	27
Tableau VII: Niveau de connaissance des MCM.....	27
Tableau VIII: Répartition des participants à l'étude selon leur opinion sur les méthodes contraceptives modernes	28
Tableau IX : Attitude de la communauté sur les méthodes contraceptives modernes	29
Tableau X : Raisons de l'utilisation de MCM par les femmes enquêtées	31
Tableau XI: Raisons de non Utilisation des MCM par les femmes participantes.....	32
Tableau XII: Offre de services de PF.....	33
Tableau XIII : Analyse bi variée des déterminants associés à la faible utilisation	34
Tableau XIV : Analyse multivariée des déterminants de la faible utilisation des MCM.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Modèle conceptuel, utilisation des MCM.....	9
Figure 2 : utilisation actuelle des MCM.....	30
Figure 3 : Type des MCM utilisées par les femmes enquêtées	30
Figure 4 : Source de MCM utilisées par les femmes enquêtées.....	31
Figure 5 : Discussion avec les conjoints sur l'utilisation de MCM	32

DEDICACE

A mon époux chéri, Marcellin POLEPOLE KALUME pour tant d'amour et de sacrifices tout au long de notre formation. Daigne trouver ici, l'expression de ma profonde gratitude.

A mes enfants Jean Petit TSHOMBA, Marie-Hélène AKUKA, Junior Marcellin KALUME et Yannick Pius FUANDA, pour avoir accepté que leur maman retourne à l'école pendant plus d'une année.

Nous disons également merci à ma belle-famille POLEPOLE, particulièrement ma belle-mère, Hélène MWARABU pour tous les sacrifices consentis et collaboration durant cette année passée.

Nous n'oublions jamais l'amour et la sympathie de la Famille FUANDA, nos frères et sœurs, grands-pères et grands-mères, tantes, oncles, cousins et cousines.

REMERCIEMENTS

Au terme de ma formation à l'Ecole Santé Publique de l'Université de Kinshasa, mes sentiments de gratitude vont à l'endroit du Seigneur Dieu Tout Puissant, le Maître du temps et des circonstances pour le souffle de vie qu'il m'a donné ainsi que pour la force nécessaire pour tenir durant notre formation ;

Je remercie grandement l'USAID pour avoir financé ma formation à l'Ecole de Santé Publique.

Je pense ensuite à RIPSEC pour son soutien financier qui nous a permis de bien mener notre étude dans la zone de santé rurale de Gombe Matadi.

Je remercie également les autorités de ce prestigieux Alma Mater pour la formation de qualité ainsi que l'encadrement dont nous avons bénéficié.

Ma profonde gratitude s'adresse, particulièrement au Professeur Dr Emile Paul Okitolonda Wemakoy, Directeur de l'Ecole de Santé Publique, pour avoir accepté de diriger avec rigueur scientifique qui a permis de mener à terme ce travail malgré ses multiples occupations.

C'est ici l'occasion de remercier tous les facilitateurs de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa qui nous ont permis d'acquérir des connaissances scientifiques de pointe qui me permettent en ce jour de pouvoir être comptée parmi les experts en Santé Publique.

A tout le Personnel de l'Ecole de Santé Publique, j'adresse mes vifs remerciements pour l'encadrement et la collaboration durant l'année académique passée ensemble au sein de cette institution.

Nos remerciements vont également aux autorités politico-administratives et sanitaires de la Zone de Santé Rurale de Gombe Matadi qui nous ont permis de collecter les données pour notre étude.

Je dis Merci au Dr Bantapi Nkuna Télé, notre compagnon de lutte pour tous les sacrifices consentis ensemble.

A tous les collègues et amis de la 29^{ème} promotion en Santé Publique et ceux de la 13^{ème} promotion en Economie de la Santé, plus particulièrement au Dr Nadine Nzolire et au Dr Gaston Mwamba, qui d'une manière spéciale, ont contribué à la réalisation de ce travail.

D'un cœur sincère, nous disons merci à toutes celles et tous ceux qui, de près ou de loin ont contribué à la réalisation de ce travail, que l'Eternel DIEU Tout Puissant daigne diriger leurs pas vers un avenir glorieux.

RESUME

Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste faible dans notre pays. La présente étude avait pour objectif d'analyser les facteurs associés à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la Zone de Santé rurale de Gombe Matadi.

Il s'est agi d'une étude transversale à visée analytique qui a été menée auprès de 302 femmes en âge de procréer sélectionnées suivant un échantillonnage aléatoire à trois degrés.

L'étude a permis d'établir ce qui suit : (i) La prévalence contraceptive moderne était de 29% (IC95%, 22,6%-34,6%); (ii) la majorité des femmes avaient déjà entendu parler de la planification familiale; (iii) La source principale d'information était les personnels de santé dans les formations sanitaires. (iv) Les principales raisons de utilisation faible des méthodes contraceptives modernes étaient le coût élevé de service, le manque d'information et la peur des effets secondaires.

Après analyse bi variée ,six déterminants de la faible l'utilisation des MCM étaient identifiés : L'âge \leq à 20ans (OR 3,875 IC 95% 1,126-1,146), La religion (OR 2,053 IC95% 1,125-3,717), Le niveau bas de connaissance des MCM (OR 2,317 IC95% 1,273-4,219), L'absence de discussion avec le conjoint (OR 4,151 IC95% 1,680-12,134), La longue distance à parcourir pour obtenir l'offre de service de planning familial(OR 3,649 IC95% 1,322-19,72) ainsi que la non acceptation d'utiliser les MCM dans l'avenir (OR 5,268 IC95% 2,341-11,417).

La régression logistique a permis de retenir trois facteurs associés à la l'utilisation faible des méthodes contraceptives modernes dans cette Zone de Santé rurale. : (i) La méconnaissance sur les méthodes contraceptives modernes (OR 3,931 IC95% 1,898-8,143), le fait de parcourir des longues distances pour atteindre le service offrant les méthodes contraceptives modernes (OR 5,235 IC95% 1,107-2,56) et la non acceptation d'utiliser les méthodes contraceptives modernes dans l'avenir (OR 6,211 IC95% 1,449-2,702).

En conclusion, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste faible dans la zone de santé rurale de Gombe Matadi. L'information correcte auprès de femmes et l'intervention sur l'attitude et tous les facteurs identifiés : l'âge de la femme \leq à 20ans, la religion, le niveau bas de connaissance de MCM, La discussion avec le conjoint, des longues distances à parcourir pour atteindre le service offrant MCM, acceptation d'utiliser les MCM dans l'avenir peuvent améliorer la prévalence contraceptive moderne dans cette zone de santé.

Mots clés : déterminants, faible utilisation, méthodes contraceptives modernes.

I. INTRODUCTION

I.1. ENONCE DU PROBLEME

La Santé de la reproduction est présentement considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier. Elle affecte la vie des femmes et des hommes, de la conception à la vieillesse en passant par la naissance et l'adolescence. Elle couvre à la fois l'accès à la santé, la protection de la santé et le traitement des maladies. La grossesse est un état normal et sain auquel aspire la plupart des femmes à un moment ou à un autre de leur existence. Ce processus qui est créateur de vie comporte un sérieux risque de décès et de séquelles pour les femmes(1).

Selon l'OMS, chaque minute qui passe, une femme dans le monde meurt suite à des complications liées à la grossesse ou à l'accouchement, 26 à 53 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde. Ces avortements à risque qui sont souvent pratiqués par des personnes hors du milieu médical et dans de mauvaises conditions d'hygiène.

L'objectif du millénaire pour le développement (OMD) appelle à une réduction de la mortalité maternelle de trois quarts entre 1990 et 2015(2).

Ainsi en Afrique subsaharienne, le taux de mortalité maternelle a baissé de près de 45% entre 1990 et 2015, passant de 987 à 546 pour 100 000 naissances vivantes (3)

En Afrique la prévalence contraceptive est estimée à 25%, avec le taux le plus élevée en Tunisie avec 75%, suivi du Kenya et le Botswana 30%, la Zimbabwe 43% (1).

Depuis la Conférence d'Arusha (janvier 1984) qui préparait les prises de position africaines à la conférence de Mexico (Août 1984) les milieux politiques africains sont plus favorables à la planification des naissances, conçue comme un droit au « bien-être » et un élément important d'une politique de santé (3).

L'expérience africaine des années soixante-dix faite de : sécheresse, désertification, récession économique, urbanisation rapide, chômage des jeunes, a renforcé l'intérêt pour la maîtrise de la croissance démographique (4).

La RDC qui a introduit la Planification Familiale par le concept « Naissances Désirables » en 1972 s'est engagée ensuite sur la voie de son repositionnement en 2004 et enfin s'est déclarée

en faveur de la PF lors de la tenue de la conférence internationale de la PF tenue à Addis - Abeba en novembre 2013(5).

Selon les rapports d'enquêtes menées en RD Congo de 1998 à 2010, la situation de la planification familiale reste préoccupante. En effet, ces rapports montraient qu'en 2010, seulement 5,4% des Congolaises en union utilisaient une méthode moderne de contraception, ce qui est l'un des niveaux les plus faibles en Afrique. Les Congolaises avaient en moyenne 6,3 enfants, alors que dans les pays émergents les femmes ont en moyenne deux à trois enfants. Il est à noter que 24% des femmes congolaises expriment un besoin non satisfait en planification familiale, c'est-à-dire souhaitent soit espacer ou ne plus avoir d'enfants, mais curieusement elles n'utilisent aucune méthode contraceptive pour éviter une grossesse non désirée (6).

En RDC, le taux de mortalité maternelle, néonatale, post-néonatale et infantile restent encore très élevée respectivement 846 pour 100000 NV, 28, 30 et 58 décès pour 1000 NV ; l'indice synthétique de fécondité demeure encore très élevé à 6,6 ; la prévalence contraceptive d'une manière générale est estimée à 8% ; (5% en milieu rural) (7).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer à savoir : les facteurs socio-culturelles (interdits traditionnelles religieuses, bas niveau d'instruction, milieu de résidence), les facteurs démographiques (âge de la femme, état matrimonial), les facteurs intermédiaires (préférence en matière de fécondité, attitude face à la PF, le niveau de connaissance de la contraception, exposition aux médias, avis du conjoint), l'offre de service (accessibilité géographique et financières, manque d'informations, disponibilité en intrants, qualité des soins) ainsi que les facteurs politiques et institutionnels qui entraînent un accès limité à l'information, aux produits et aux services de PF(8,9).

Selon L'OMS, l'accès au service de la PF permet de réduire de 30% la mortalité maternelle et réduire de 10% la mortalité infantile. La PF contribue aussi à l'autonomisation des femmes, et à l'amélioration de l'accès aux services sociaux de base (éducation, Santé, nutrition, et assainissement (6).

La pression démographique en RDC représente un défi énorme pour la croissance économique, la lutte contre la pauvreté, la sécurité alimentaire, la santé, les infrastructures et la préservation de l'environnement et des ressources naturelles (8).

Dans la province du Congo central , la prévalence contraceptive est de 17 % selon L'EDS de 2013(7).

A niveau de la ZSR de Gombe Matadi, le PAO 2017 avaient indiqué qu'il existe un problème de faible utilisation des MCM avec des données qui ne sont pas bien documentés en matière de PF.

En 2017 le taux de grossesse à risque était de 9% alors que le taux de mortalité maternel dans les structures de santé en 2016 était 107 % 00 NV et en 2017 128 % 00 NV. Ces différents problèmes nous ont motivé à mener cette étude en vue de contribuer et d'améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et à la réduction de taux de décès maternel et infantile.

Notre question de recherche est celle de savoir : « Quels sont les facteurs associés à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la Zone de Santé de Gombe Matadi ? »

I.2. REVUE DE LA LITTERATURE

I.2.1. Proportion d'utilisation des MCM

Actuellement nous avons plusieurs sortes des MCM disponibles

- ✓ Les méthodes mécaniques : le préservatif (masculin et féminin), le diaphragme ;
- ✓ Les méthodes chimiques : Les spermicides ;
- ✓ Les méthodes hormonales : pilule, implants, les injectables ;
- ✓ Les dispositifs intrants utérins (9).

Plusieurs études ont traité la thématique sur les déterminants de la faible utilisation des MCM chez les femmes. Quelques-unes entre elles sont citées ci-dessous , telles que celles menées par les EDS (Bénin2006, Burkina Faso 2003, Mali 2006, Niger 2006 et Sénégal 2005) qui ont montré que le taux d'utilisation des MCM est encore faible, allant de 5% au Niger à 10% au Burkina Faso (10).

Par ailleurs une étude menée au Pakistan a montré que la majorité des hommes et des femmes n'utilisent pas les MCM ; car ils voulaient plus des enfants, En ce qui concerne les MCM les préservatifs sont beaucoup plus préférés par les hommes et les femmes préfèrent les implants et la ligatures de trompes (11).

Une étude menée en Ouganda a montré une proportion d'utilisation plus élevée chez les femmes des ménages les plus riches. La variation régionale de l'utilisation de la contraception était importante surtout pour le groupe d'âge 15-24 ans , 16% des jeunes femmes mariées et sexuellement actives de la région du Nord utilisaient les MCM contre 46% de Kampala, la capitale du pays (12).

En RDC, Les données EDS (2013-2014) ont montré que l'utilisation des MCM chez les femmes en union est encore faible soit 8% parmi les MCM couramment utilisées : le condom masculin (17%), les implants (3%) et la pilule (1%), (7).

La prévalence contraceptive moderne est aussi fortement influencée par le niveau d'instruction. Ainsi pour les femmes ayant un niveau 'instruction universitaires, 19% utilisent actuellement une MCM, 13% des femmes de niveau secondaire, 5% de celles ayant un niveau primaire et 4% de celles n'ayant aucun niveau d'instruction (7).

En plus, on relève aussi que le taux d'utilisation varie selon le groupe d'âges des femmes. La plus grande proportion d'utilisatrices se situe entre 30 et 34 ans (10%), d'âge de forte

fécondité. Chez les femmes de moins de 20 ans et celles d'au moins 45 ans que le taux d'utilisation est faible : 5% de méthodes modernes dans chacun des groupes d'âges (7).

I.2.2. Connaissances sur les MCM

Une bonne connaissance de l'utilisation des méthodes de planification familiale et de leurs avantages/effets secondaires est indispensable pour lutter contre la demande potentielle insatisfaisante des services de planning familial et donc ses conséquences l'efficacité du conseil et de la sensibilisation de la population à risque.

Une étude réalisée au Cameroun en 2014 et Au Ghana ont montré que 96.5% des femmes avaient déjà entendue parler et a identifié la contraception comme étant un moyen a utilisée pour prévenir les grossesses non désirées et cela a montré une tendance à la hausse avec un niveau d'éducation plus élevé. En plus, 35,7% ont déclaré que certaines méthodes de planification familiale pourraient également être utilisées pour prévenir les infections sexuellement transmissibles.

Les sources d'approvisionnement 79.8% ont cité l'hôpital comme source principal et les MCM les plus citées par ces femmes étaient les préservatifs et les injectables.

La source d'information sur la contraception, 47,7% ont indiqué que leur principale source d'information était un personnel de santé (13).

Par ailleurs une étude menée en Ethiopie a montré que 94% des femmes et 98% des hommes disent en avoir entendu parler. Le nombre médian MCM connues chez les hommes et chez les femmes était de 5. Les MCM les plus citées à 94% étaient les contraceptifs injectables. Seules les méthodes hormonales à court terme comme la pilule contraceptive et les contraceptifs injectables étaient régulièrement bien connues des deux sexes (14).

Une étude faite Au Pakistan a montré que les hommes et les femmes connaissaient les MCM sauf la vasectomie, et confirment que la PF est essentielle pour la santé de la mère et de l'enfant et pour le bien-être de la famille.

La source de connaissance était l'information de bouche à l'oreille, considérée, comme information la plus fiable et la plus immédiate dans la région (11).

I.2.3. Attitudes vis-à-vis de MCM

Plusieurs études ont été menées au Ghana et en Ethiopie ont montré que les femmes qui discutent des méthodes de planification familiale avec leurs partenaires étaient plus susceptibles d'utiliser des méthodes modernes de contraception (13).

Plus loin l'étude a montré que le consensus conjugal sur la décision d'appliquer la planification familiale était plus accepté que la décision unilatérale de la femme dans le groupe d'intervention, la moitié des hommes interrogés ont déclaré qu'ils ont l'intention d'accompagner leurs conjoints dans les établissements offrant les services et de couvrir les coûts de ces services 28.8% d'hommes.

Un tiers des femmes montrent une acceptation ou une tolérance élevée pour les services de planification familiale offerts et le service le plus accepté sont les contraceptifs injectables, 40% des femmes ont déclaré qu'elles ne pouvaient accepter aucun des trois services de planification familiale (types MCM suivants : injectables, les pilules, et les implants (14).

Les facteurs qui influencent cette acceptation sont : l'ethnicité, la religion, la lecture d'un journal ou des magazines, et la discussion avec le mari et le niveau de qualification des agents de santé.

Les associations liées à l'acceptation de la PF ont été démontré que les femmes d'âge moyen (25-39 ans) ont le plus haut taux d'acceptation (35%) de services de planification familiale par les ASC par parité, les femmes ayant moins de deux enfants ont le plus faible taux d'acceptation des services par les ASC, tandis que celles qui ont 2 à 3 enfants ont accordé la plus grande approbation (15).

Dans l'étude menée au Pakistan, les hommes et les femmes étaient réticents à accepter l'utilisation de l'espacement des naissances et ne semblaient pas en faveur de la planification familiale pour des raisons financières et religieuses.

La majorité des jeunes hommes et jeunes femmes dans cette région ont l'intention d'utiliser la contraception uniquement lorsqu'ils auraient atteint la taille familiale ayant 5 à 6 enfants (11) .

Une étude menée en Ouganda en 2014 a montré que, des niveaux plus élevés d'utilisation de contraceptifs ont été observés chez les femmes qui ont déclaré qu'elles pouvaient refuser des relations sexuelles avec leur mari par rapport aux femmes qui ont déclaré ne pas pouvoir refuser le sexe (12).

I.2.4. Les facteurs associés à la faible utilisation des MCM

Plusieurs études antérieures ont présenté quelques facteurs pouvant être à la base d'une faible utilisation des MCM.

Environ 222 millions de femmes dans les PVD qui veulent éviter ou de différer une nouvelle grossesse n'utilisent aucune MCM. En répondant à tous les besoins non satisfaits de MCM, on réduirait de 79000 le nombre de décès liés à la grossesse. Sur ce nombre total, 48000 seraient prévenus en Afrique subsaharienne, en permettant aux femmes de planifier leurs grossesses, on améliorerait la santé des enfants (16).

Dans l'étude récente a montré que, si les naissances étaient séparées par un intervalle de deux ans au moins, le nombre de décès parmi les enfants de moins de 5ans diminuerait de 13%. Ce nombre diminuerait de 25% si l'intervalle entre les naissances était de 3ans (16).

Au Ghana et en 2014 une étude à montrer que les facteurs susceptibles d'influencer l'utilisation des MCM étaient le niveau d'instruction bas de la femme et du conjoint, La discussion avec le partenaire et n'ayant pas approuvé la PF, Les croyance de penser que la PF rendaient les femmes prometteuses, l'accessibilité par rapport aux services, La disponibilité des MCM, la restriction de l'utilisation de MCM aux femmes.; et au Kenya cela a été démontré que les manques des ressources humaines qualifiés pouvaient influencer l'utilisation des MCM (13).

L'implication des hommes dans la planification ne peut être élevée que pour les utilisatrices puisque les non utilisateurs la participation n'est évidemment pas un problème.

Parmi les couples qui discutent avec leurs conjoints, une grande proportion a utilisés les MCM après l'intervention, cette intervention a apporté un changement de comportement car la plupart des couples se sont décidé d'utilisé les services de planification ultérieurement(14).

Une étude a été mené au Burundi en 2017 a montré Quatre obstacles à l'utilisation MCM identifiés par la recherche aident à expliquer le faible taux d'utilisation. Tout d'abord, il y a un manque de prestataires formés pour administrer les méthodes contraceptives,

Deuxièmement, il y a un manque d'adéquation entre les méthodes préférées par les femmes et celles les plus facilement disponibles. Troisièmement, un « climat de peur » entoure l'utilisation de contraceptifs pour les femmes. Enfin, certains prestataires refusent de fournir des services de planification familiale(17).

Par ailleurs une autre étude menée au Cameroun en 2014 a énuméré les facteurs de la faible utilisation des MCM étaient: la désapprobation par le mari de la contraception et la non-

discussion de la planification familiale au sein du couple mais le principal facteur est la peur des effets secondaires(4).

L'étude menée au Pakistan a énuméré les facteurs suivants comme obstacles à l'utilisation des MCM : la pratique est influencée en grande partie par le mari et la belle-mère, Les Obstacles religieux par des injonctions et les traditions, manque des connaissances, peur des effets secondaires, restriction de la mobilité de la femme et l'abordabilité car les revenus sont limités(14).

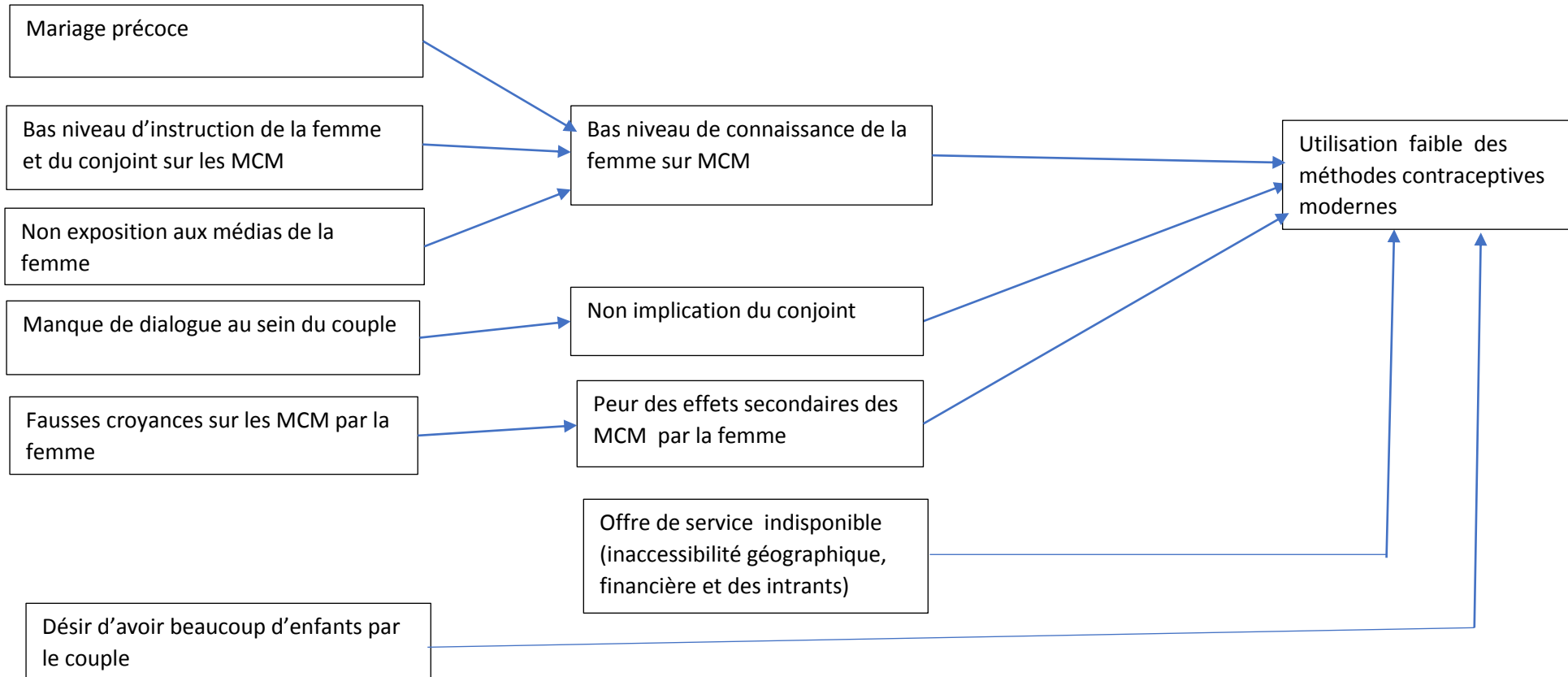
Une étude comparative des femmes âgées de 14 à 24ans et femmes âgées de 25 à 35ans menée en Ouganda en 2014 a montré que la perception de la distance par rapport à l'établissement de santé, écoute de la radio et de la variabilité géographique étaient des facteurs de la faible utilisation des MCM. D'autres facteurs qui étaient importants pour les deux groupes d'âge dans l'explication de l'utilisation de la contraception étaient: désir d'enfants après deux ans et niveau d'éducation(12).

Une étude en Ouganda rural a montré les facteurs socioculturels qui influencent le faible l'utilisation de MCM : l'extension du lignage familial et remplacement des morts, Le mythe des jumeaux, la polygamie, Obligation matrimonial concernant les naissances, les pratiques religieuses, violences de genre et relation de pouvoir, l'existence des pratiques traditionnelles de la PF, les idées fausses et peurs concernant des MCM, la stigmatisation et opposition du partenaire(18).

En RDC, les études menées à Lubumbashi, par Matungulu et Al en 2015 et à Bukavu en 2016 par Mbarambara ont montré que la discussion en couple, implication du mari, les croyances religieuses, craintes des effets secondaires, l'attitude favorables face à la contraception, le désir de ne plus avoir les enfants, la connaissance des méthodes contraceptives, seraient les facteurs associés à la faible utilisation des MCM(19).

I.3. MODELE CONCEPTUEL

Figure 1: Modèle conceptuel, utilisation des MCM



I.4. BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

I.4.1. BUT

Contribuer à l'augmentation de la prévalence contraceptive, car l'accès et l'utilisation des méthodes contraceptives modernes peuvent contribuer à amélioration de la santé de la population ainsi que le développement socio-économique de la Zone de Santé rurale de Gombe Matadi.

I.4.2. OBJECTIFS

I.4.2.1. Objectif général

Analyser les facteurs de la faible utilisation de méthodes contraceptives modernes en vue de contribuer à l'amélioration de la Santé de la population dans la Zone de Santé de Gombe Matadi.

I.4.2.2. Objectifs spécifiques

- Déterminer la proportion de la faible utilisation de MCM dans la ZS ;
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques, et économiques des femmes en âge de procréer de la ZS ;
- Mesurer le niveau de connaissances, les attitudes et les pratiques des femmes en âge de procréer et leurs partenaires ou conjoints sur l'utilisation des MCM dans la ZS ;
- Décrire la perception des femmes en âge de procréer et leurs partenaires ou conjoints sur l'utilisation des MCM dans la ZS ;
- Identifier les principaux facteurs l'utilisation des MCM ;
- Formuler les recommandations en se basant sur les résultats obtenus pour améliorer l'utilisation des MCM.

I.5. HYPOTHESES DE RECHERCHE

Certains facteurs peuvent être associés à la faible utilisation des MCM chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans). La présente étude vérifiera l'association de quelques-uns de ces facteurs. Les hypothèses suivantes étaient retenues :

- La peur des effets secondaires entraîne une faible utilisation des MCM ;
- Le faible niveau d'instruction entraîne une faible utilisation des MCM ;
- La non implication du conjoint entraîne une faible utilisation des MCM ;

- L'inaccessibilité géographique entraine une faible utilisation des MCM ;
L'inaccessibilité financière entrain une faible utilisation des MCM ;
- L'indisponibilité des intrants entrain une faible utilisation des MCM.

II. METHODOLOGIE

II.1. DESCRIPTION DU SITE D'ETUDE

Cette étude s'est déroulée dans la Zone de Santé de Gombe matadi, qui est une des 31 ZS de la Province du Kongo Central. Elle est située à 210 km de Kinshasa, soit 5 heures par véhicule en saison sèche. C'est une Zone d'accès difficile en saison pluvieuse (parfois jusqu'à 24 heures de voyage). Elle fait frontière avec 8 ZS du Kongo central.

Cette ZS couvre une population totale de 98257 habitants en 2017 et elle a une superficie de 4.778 Km² soit une densité de 21 hab. /Km². Le nombre des ménages dans cette ZS est de 24.287, disséminés dans 15 Aires de santé (AS). Toutes les AS sont couvertes chacune par un CS. La ZS a un HGR et 5 structures jouant le rôle de CSR. La ZS dispose de 75 FOSA parmi lesquelles on note 12 FOSA privées lucratives, 10 FOSA confessionnelles Et 53 FOSA étatiques.

Le nombre des CS avec Paquet Minimum d'Activités (PMA) complet est de 2 et HGR n'a pas encore PCA complet.

La ZS de Gombe Matadi s'étend sur trois secteurs et elle est occupée par 4 tribus. Les Bazungi se retrouvent dans le secteur de Lunzadi ; les Bandidu et une partie de Bisingombe vivent dans le Secteurs de Gombe Matadi et afin les autres Bisingombe occupent avec les Bamanianga (tribu minoritaire) le Secteur Ntimansi.

Les différentes Religions identifiées dans la ZS sont : Kimbanguiste, Protestantes, Catholiques, Tata Honda mais également les églises de réveille.

La population de la ZS a pour activités principales l'agriculture, le petit élevage, la pêche artisanale. De manière générale, c'est une population pauvre.

Toutefois, la ZS regorge deux grandes cités entre autres le site touristique de ZONGO et la cité de Nkamba, siège international de l'Eglise Kimbanguiste

II.2. TYPE D'ETUDE

Il s'agissait d'une étude transversale a visée analytique associée à une étude qualitative sur les déterminants de la faible utilisation de MCM chez les femmes en âge de procréer de 15 à 45 ans dans la zone de santé rurale de Gombe Matadi au cours de la période de 10 au 30 janvier 2018.

II.3. POPULATION D'ETUDE

Elle était constituée des Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) de la ZSR de Gombe Matadi et leurs conjoints/partenaires.

II.4. ECHANTILLONNAGE

II.4.1. Unités statistiques :

Femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) et leurs conjoints sélectionnés de la ZSR de Gombe Matadi.

II.4.2. Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon a été calculée par la formule ci-dessous :

$$n \geq \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2}$$

p = proportion estimée des femmes en âge de procréer utilisant la PF à partir de celle du kongo central (EDS-RDC II, proportion d'utilisatrices de MCM au Kongo central est de 17 %) d'où $p=17\%=0,17$; étant donné le manque de proportion des femmes utilisant la PF de la ZS de Gombe Matadi.

- $q = 1-p$

= $1-0.17$

= 0.83 (q : proportion des femmes en âge de procréer n'utilisant pas la PF dans la ZS ;

- d = degré de précision absolu voulu : $0,05$ ($d= 5\%$)

- α = erreur de première espèce : $0,05$;

- Z = Le Coefficient de confiance à 95% (1.96) ;

- n = la taille minimale de notre échantillon

Taille minimale

$$n_1 \geq \frac{Z_{\alpha}^2 pq}{d^2} = \frac{(1,96)^2 (0,17 * 0,83)}{(0,05)^2} = 216,8 \approx 217$$

+ 10% de non-répondantes ou valeurs manquantes $217*0,10=21,7 \approx 22$

Taille maximale : $n_2 = 217 \text{ ménages}$

Taille minimale+10%= $217+22= 239$ ménages dans lesquels nous trouverons les femmes en Age de procréer

La taille a été augmenté jusqu'à 300 en tenant compte de non réponses et pour améliorer la puissance du test de l'étude.

II.4.3. Méthode de sondage

Sur un total de 15 AS, l'échantillonnage probabiliste à 3 degrés de tirage a été retenu.

Au premier degré Les AS étaient tirées au hasard, soit au total 5AS de la ZS c'est qui représente environ un tiers des AS (Gombe Matadi, Sombala, Ntimasi, Manilonde, et nkazu).

Au second degré dans chaque AS sur base d'une liste de villages pré établit ,6 villages ont étaient sélectionnés par un échantillonnage aléatoire. Ce qui nous a donné un total des 30 villages dans lesquels nous avons mené notre enquête.

Au troisième degré au niveau de chaque village sélectionné nous avons tiré 10 ménages avec au moins une femme en âge de procréer par une technique d'échantillonnage systématique avec un pas de sondage qui a été appliqué de façon à avoir 10 ménages par village.

Dans les parcelles avec plusieurs ménages ayant des femmes en âge de procréation, un tirage aléatoire avec la méthode de l'urne a été faite pour déterminer le ménage à enquêter et si dans un ménage avec plusieurs femmes en âge de procréer, un tirage aléatoire simple a été fait pour identifier la femme à interroger.

➤ Critères d'inclusion

Toute femme en âge de procréer de 15 à 49ans vivants dans la zone de Santé de Gombe Matadi au moins 6 mois et qui avait consentit de participer à l'étude.

➤ Critères d'exclusion :

Ne pas être apte mentalement à répondre.

II.5. LISTE COMPLETE DES VARIABLES

II.5.1. Variable dépendante

L'utilisation d'une MCM : variable qualitative qui traduit le fait que la femme en âge de procréer utilise ou n'utilise pas une MCM. Elle avait deux modalités :

Oui = la femme utilise une MCM

Non = la femme n'utilisé pas une MCM

II.5.2. Variables indépendantes

II.5.2.1. Caractéristiques sociodémographiques

- **Age de la femme** : variable quantitative, définie comme l'âge révolu (en année) de la femme en âge de procréer au moment de l'enquête.
- **Niveau d'instruction** : variable qualitative exprimant le plus haut niveau d'étude atteint par la femme et le mari. Elle avait quatre modalités : sans instruction, primaire, Secondaire, Supérieur/ universitaire. Elle a été dichotomisée ; faible niveau d'étude (sans instruction, primaire) et le niveau d'étude élevé (secondaire et supérieur/universitaire).
- **Croyances religieuses de la femme** : variable qualitative désignant l'église fréquentée par la femme. Elle avait neuf modalités : sans religion, catholique, protestante, musulmane, Eglise de réveil, témoin de Jéhovah, kimbanguiste, église animiste, brahmaniste. Elle a été dichotomisée :
 - Religion chrétienne (catholique, protestante, kimbanguiste,) et,
 - Religion non chrétienne (Eglise de Réveil, Témoins de Jéhovah, Brahmaniste, musulman, sans religion et autres).
- **Profession de la femme et du mari** : variable qualitative définie comme l'activité économique exercée par la femme et le mari. Mesurer sur l'échelle nominale avec 7 modalités : sans profession, ménagère, agricultrice, élève ou étudiante, travailleuse du secteur public, travailleuse du secteur privé, fonctionnaire, vendeuse, commerçante et autre. Elle a été par la suite dichotomisée : sans emploi (sans emploi, étudiante, ou élève, ménagère, agricultrice) et avec emploi (fonctionnaire, travailleur dans le secteur public, travailleur dans le secteur privé, paraétatique, commerçante, vendeuse et autre).
- **Nombre d'enfants en vie** : c'est une variable quantitative discontinue définie comme le nombre des enfants en vie dans la famille mesurée sur l'échelle ordinale en chiffre

entiers par la suite elle a été regroupée en trois modalités : petit (0-2), moyen (3-4), élevé (5 et plus).

- **Présence des enfants de deux sexes** : c'est une variable quantitative discontinue définie comme la présence ou non des enfants de sexe masculin et sexe féminin dans la famille. Oui s'il y a présence des enfants de sexe masculin et féminin ou non s'il n'y en a pas.
- **Nombre d'enfants souhaités** : c'est une variable quantitative discontinue définie comme le nombre total d'enfants que le couple désire avoir à la fin de la vie procréative. Elle a été mesurée sur l'échelle ordinal en chiffre entiers en suite elle a été regroupée en trois modalités : petit (0-2), moyen (3-4) et élevé (5 et plus).
- **Age du dernier enfant** : variable quantitative continue définie comme l'Age atteint par les derniers enfants reflétant l'espace inter génésique. Mesurée sur l'échelle d'intervalle en mois révolus. Elle a été regroupée en deux modalités : petit (moins de 24 mois, acceptable (24 mois et plus).
- **Niveau socioéconomique** a été mesuré à partir des dépenses du ménage par jours/personne : les ménages ont été catégorisés comme vivant en dessous de seuil de pauvreté si les dépenses par personne par jour sont en dessous de 1.25\$ et comme vivants au-dessus du seuil de pauvreté si les dépenses par personne et par jour sont au-dessus de 1.25 \$.
- **Statut matrimonial de la femme** : variable qualitative qui détermine la situation maritale de la femme. Elle comportera 5 modalités (célibataires, mariée, divorcée, ou séparée et veuve). Elle sera dichotomisée : Non mariée (célibataire, divorcée/séparée et veuve désunies) et les mariées (vit avec un partenaire, mariée). Si mariée quel type de mariage avec deux modalités monogamique ou polygamique.

II.5.2.2. Connaissances, attitudes et pratique sur la PF

- **Exposition de la femme aux messages sur la PF** : variable qualitative définie comme le fait d'avoir entendu parler un message sur la PF à la radio, à la télé à la CPN, CPON, CPS, ou avoir lu dans le journal ou magazine, par un relai communautaire. Elle a été mesurée sur une échelle nominale avec deux modalités : oui si l'enquêtée a entendu et si elle n'a pas entendu.
- **Sources d'exposition** : variable qualitative définie comme différents canaux par lesquels les enquêtées ont entendu les messages sur la PF. Elle a été mesurée nominale

avec deux modalités (radio, télé, école, Eglise, voisin, membre de famille, affiche /dépliant/autre).

- **Niveau de connaissance de la femme sur MCM** : Variable composite qui apprécie le degré d'information de la femme sur les MCM, les avantages des MCM, les sources d'approvisionnement des MCM ainsi que les conséquences de la sous-utilisation des MCM. Elle aura 2 modalités : le niveau sera considéré comme élevé si la femme citera au moins 6 méthode des MCM et sera considéré bas si la femme ne citera moins de 3 de MCM.
- **Attitude de la femme et de l'homme face aux MCM** : variable quantitative définie comme étant la manière dont l'enquêtée perçoit le MCM en tant qu'opinion favorable ou non, mesurée sur l'échelle ordinale avec deux modalités : (favorable et non favorable).
- **Influence de la coutume et de la religion sur l'utilisation des MCM** : variable qualitative qui apprécie l'influence négative de la religion ou coutume de l'enquêtée sur les MCM mesurée par l'échelle nominale avec deux modalités : oui si la coutume ou la religion décourage l'utilisation des MCM.
- **Discussion au sein du couple** : se définit comme le fait que la femme et son conjoint parle du recours à l'utilisation des MCM pour espacer, limiter les naissances ou éviter les grossesses. Mesurée sur l'échelle nominale avec deux modalités oui si le couple parle et non s'il n'en parle pas.
- **opposition du conjoint** : variable définie comme le fait que le conjoint ou le membre de famille s'oppose à ce que la femme utilise le MCM a été mesurée sur l'échelle nominale avec deux modalités oui si le conjoint ou le membre de famille s'oppose et ou non si personne ne s'y oppose.
- **Disposition à utiliser les MCM dans l'avenir** : définie comme l'intention de la femme à utiliser dans l'avenir les MCM variable qualitative mesurée sur l'échelle nominale avec deux modalités oui pour celles qui ont l'intention d'utiliser les MCM et non pour celles qui en ont pas.
- **Types des MCM utilisées** : c'est une variable qualitative traduisant les différentes MCM utilisées par les femmes mesurées sur l'échelle nominale avec douze modalités (condom masculin, condom féminin, DIU, implant, pilule, injectables, collier du cycle, Mama, stérilisation féminine et les autres...).
- **Raison de non utilisation des MCM** : variable qualitative définie comme raison évoquée par la femme de ne pas utiliser une MCM, mesurée sur l'échelle nominale

avec neuf modalités (manque d'information non connaissance du lieu où s'en procurer désir d'avoir d'autres enfants, peur des effets secondaires coût élevés raison religieuses, raison coutumières, opposition du mari ou membre de famille autres...).

II.5.2.3. Offre de services des PF

- **Connaissance d'une formation sanitaire** offrant les services de PF : variable qualitative qui apprécie l'offre de service de PF. C'est le fait pour la femme de connaître une formation sanitaire dans son milieu offrant le service de PF mesurée sur l'échelle nominale avec deux modalités oui si elle connaît et non si elle ne connaît pas.
- **Accessibilité géographique** à une formation sanitaire offrant les services de PF : est une variable quantitative traduisant le temps de marche séparant le ménage de la FOSA offrant la PF avec deux modalités : distance normale (moins de 30 minutes) et distance longue (plus de 30 minutes).
- **Satisfaction des besoins en PF** dans la FOSA offrant les services de PF, avec deux modalités de satisfaction ; oui si l'enquêtée est satisfaite et non si elle n'est pas satisfaite.
- **Appréciation des coûts des MCM** : variable qualitative appréciant le tarif d'accès à une consultation en PF et aux coûts des intrants d'une MCM elle sera mesurée sur l'échelle ordinale et avec deux modalités : coûts abordables et coûts non abordables.

II.6. COLLECTE DES DONNEES

Avant de commencer la collecte proprement dite des données nous avons procédé au préalable au prétest des outils dans AS Monaco de la ZSR de Maluku I par convenance, A l'issue de ce prétest nous avons corrigé les difficultés dans l'administration du questionnaire et de notre guide d'entretien du Focus group.

La descente sur terrain a été possible après avoir obtenu l'autorisation de notre Directeur de mémoire et l'ordre de mission octroyé par l'ESP Kinshasa.

A l'arrivée sur terrain l'accord des autorités politico administratives (l'administrateur du territoire de Gombe Matadi et le chef du village Gombe Matadi), après leur avoir expliqué les éléments de notre recherche nous avons obtenu leurs autorisations.

Ensuite nous avons reçu l'autorisation du MCZ ad intérim de Gombe Matadi, avec ce dernier nous avons procédé au tirage aléatoire des AS qui devaient faire partie de l'enquête, 5

enquêteurs, en raison d'un enquêteur par AS ont été recruté et formés pendant 2 jours sur la méthodologie et l'outil de collecte des données, après la formation. La collecte des données s'était déroulée pendant 20 jours.

II.7. TRAITEMENT ET ANALYSES DES DONNEES

Les données étaient vérifiées, numérotées et codifiées. La saisie des données a été faite à partir du logiciel EPI data 3.1 puis les données ont été exportées pour les analyses appropriées dans le logiciel SPSS (statistical package for social sciences) version 23. Les données ont été présentées sous forme de tableaux et de graphiques selon les cas.

Les mesures de tendance centrale la moyenne, la médiane et écart-type, espace interquartile pour les variables quantitatives tel que l'âge de l'enquêtée, l'âge de première grossesse, l'âge de la dernière grossesse, l'âge du dernier enfant, l'âge à la première grossesse, le nombre d'enfants en vie, taille de ménages ont été utilisées pour rapportage.

Les proportions pour les variables qualitatives notamment l'utilisation des MCM, niveau d'étude, état matrimonial, la profession de la femme, la religion, la connaissance sur les MCM, la connaissance des avantages et inconvénients, les sources d'information, les MCM utilisées, l'opinion de la femme, du conjoint, de la religion, de la famille, de la coutume sur l'utilisation des MCM.

Les calculs des statistiques inférentielles ont estimé les paramètres de la population avec calcul des intervalles de confiance à 95%.

La recherche des associations entre les facteurs notamment l'âge, la profession l'état civil, la religion, la connaissance des MCM, la connaissance des avantages, des inconvénients, opinion de la femme, du conjoint, de la coutume, de la religion, et faible utilisation des MCM a été établie par les analyses bi variées (chi-carré d'indépendance) ;

La détermination des facteurs de la faible utilisation des MCM a été réalisée par la régression logistique en analyse multivariée en calculant les Odds Ratio avec intervalle de confiance à 95%.

II.8. COMPOSANTE QUALITATIVE

II.8.1. Echantillonnage de la Population d'étude

La population d'étude était les femmes âgées de 15 à 49 ans qui vivent en union avec les hommes âgés de 18 et plus vivaient en union au moment de l'enquête, tous de la zone de santé rurale de Gombe Matadi.

Nous avons effectué dans une AS sélectionnée, dans les quelle il y a eu 2 focus group de hommes 8 à 10 hommes recrutés parmi nos unités statistiques et un focus group de femmes de 6 à 10 personnes afin d'obtenir les idées, perception liée à la planification familiale dans la ZSR de Gombe Matadi.

a) Technique d'échantillonnage

Les participants aux focus group ont été sélectionnés par un choix raisonné en tenant compte de leur appartenance aux groupes socioculturels ou professionnels et de leur disponibilité.

b) Taille de l'échantillon

Deux catégories de focus group de 8 à 10 participants (un pour les hommes et un pour les femmes) ont été organisé dans une AS sélectionnée, au total 32 personnes ont été sélectionnées, participé, dont 16 hommes de 18 ans et plus et 16 femmes en âge de procréer.

c) Collecte de données

Pour obtenir les informations sur la population concernant la planification familiale 3 focus group de 8 à 10 personnes ont été organisés dans une AS sélectionnée, regroupant d'une part les hommes vivants avec une femme en âge de procréer et d'autre part les femmes vivants en union. La tenue de ces focus groups a été assurée par le chercheur principal à l'aide d'un guide d'entretien et un preneur de notes, grâce à un dictaphone.

d) Contrôle des données

Le contrôle de qualité des données a porté sur l'écoute attentive des informations enregistrées par le dictaphone et une transcription selon la liste des réponses des participants, ensuite les données ont été analysées en Excel.

II.8.2. Définition des concepts

a) Planification familiale : est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle de naissance, dans le bien de permettre aux femmes et aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant. Elle permet d'avoir le nombre d'enfants souhaités et d'espacer la naissance d'une manière libre et volontaire tout en protégeant leur santé de la reproduction.

b) Méthodes contraceptives modernes : Le contraceptif est un objet ou une substance dont le but est d'empêcher une grossesse. La contraception regroupe tous les moyens temporaires et réversibles pour éviter une grossesse.

Actuellement nous avons plusieurs sortes des MCM disponibles :

- Les méthodes mécaniques : le préservatif (masculin et féminin), le diaphragme ;
- Les méthodes chimiques : Les spermicides ;
- Les méthodes hormonales : pilule, implants, les injectables et les dispositifs intrants utérins.

II.9. CONSIDERATIONS ETHIQUES

Une note de consentement éclairé était élaborée et lue à l'intention de chaque femme sélectionnée pour l'étude. A chaque femme, des explications étaient fournies sur la méthodologie et les objectifs de l'étude ainsi que le bienfondé de l'enquête et sa contribution éventuelle pour l'amélioration de l'utilisation des MCM afin de réduire la mortalité maternelle et infantile dans la ZSR de Gombe Matadi. Chaque femme a donné son consentement libre à participer à cette étude de manière écrite en acceptant d'y participer et en posant sa signature ou son empreinte.

Pour garantir la confidentialité et l'anonymat, les données ont été recueillies de manière anonyme. Ensuite elles ont été codifiées, et les fiches d'enquête ont été gardées en sécurité par l'investigateur principal.

III. RESULTATS

Au total, 302 ménages ont été sélectionnés et 302 femmes en âge de procréer ont été interrogées.

III.1. CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DES FEMMES ENQUETEES

Les détails concernant les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques des femmes enquêtées étaient repris dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des enquêtées en fonction de leurs caractéristiques Sociodémographiques et économiques

Variables	Effectif n = 302	Pourcentage
<i>Age</i>		
15 et 19	36	12,0
20 et 24	60	19,9
25 et 29	66	21,9
30 et 34	28	9,3
35 et 39	49	16,3
40 et 44	30	10,0
45 et 49	33	10,6
<i>Niveau d'étude</i>		
Niveau bas	181	59,9
Niveau élevé	121	40,1
<i>Etat matrimonial</i>		
Sans union	90	29,8
En union	212	70,2
<i>Type de mariage</i>		
Monogamique	180	84,9
Polygamique	32	15,1
<i>Profession</i>		
sans emploi	47	15,6
Avec emploi	255	84,4
<i>Religion</i>		
Chrétienne	159	52,6
Kimbanguiste	136	45

IL ressort de ce tableau que la tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée avec 21,9 %. L'âge moyen des enquêtées était de 28,5 ans \pm , la majorité de femmes ont un niveau bas d'instruction soit 59,9%, 70% des femmes étaient mariées monogamiques et la religion dominante était chrétienne 84,4% de femmes avaient un emploi (Agriculture). La taille moyenne de ménage était de 6 personnes par ménage \pm 2.

L'âge moyen de premières règles de femmes enquêtées était de 16,2 ans avec son ET \pm 1, 4, et l'âge moyen à la première grossesse était de 20 ans avec son ET \pm 2,8.

Tableau II : Taille des ménages des femmes enquêtées et dépenses journalières

Caractéristiques	Moyenne	Ecart type
Taille de ménage/personnes	5,89	2,02
Dépense journalière/FC	1203	421,25

La taille moyenne de ménage était de $5,89 \pm 2,02$ personnes dans l'ensemble de la population enquêtée. La dépense journalière moyenne était de 0,7 \$ (1203 FC) \pm 421,25 FC dans l'ensemble de cette population.

Tableau III : Répartition des enquêtées en fonction de leurs fécondités

Variabes	Effectif N = 302	Pourcentage	
Nombre d'enfants en vie	0 - 2	80	30,5
	3 - 4	97	37,0
	5 et plus	85	32,4
Désire d'avoir d'autres enfants.	Oui	205	78,0
	Non	57	22,0
Age du dernier enfant	< 24 mois	159	60,7
	≥24 mois	103	39,3
Nombre d'enfants souhaité	0 à 2	2	0,7
	3 à 4	30	9,9
	5 et plus	270	89,4
Enfants de deux sexes	Oui	201	66,6
	Non	61	20,2

L'âge moyen de premières règles de femmes enquêtées était de 16,2 ans avec son $ET \pm 1,4$ et l'âge moyen à la première grossesse était de 20 ans avec son $ET \pm 2,8$.

Le nombre moyen d'enfants de enquêtées était de 4 enfants, 78% ont le désir d'avoir encore d'autres enfants dans l'avenir. La plupart des enquêtées souhaitent avoir 5 enfants et plus (89,4%).

III.2. CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

1. Avoir entendu parler de la planification familiale

Sur les 215 femmes enquêtées 72,1 % avait affirmé avoir entendu parler de la PF ces différentes sources sont reprises dans le tableau III

Tableau III : Source d'information sur les méthodes contraceptives modernes

Variables	Effectif n= 215	Pourcentage
Formations sanitaires	115	53,5
Relais communautaires	59	27,4
Ecole	33	15,3
Membres des familles	28	13,0
Voisin	16	7,4
Radio	10	4,7
Dépliants / Affiche	7	3,3
Télévision	4	1,9
Lecture personnelle	1	0,5

Les principales sources d'informations étaient les formations sanitaires, les relais communautaires et l'école.

2. Connaissance des MCM

Par rapport à la connaissance de méthodes contraceptives modernes **69,9 %** des femmes enquêtées connaissent ces méthodes contraceptives modernes et les principales méthodes citées sont reprises sur le tableau suivant :

Tableau IV : Méthodes contraceptives modernes connues par les enquêtées

Méthodes	Effectif n = 211	Pourcentage
Préservatifs masculin	172	81,5
Pilules	89	42,2
Contraceptifs injectables	75	35,5
Implants	63	30,1
DIU	47	22,4
Stérilisation féminine	2	1,0

Il ressort de ce tableau que les MCM les plus connues par les enquêtées étaient le préservatif masculin pour (81,5%), pilules pour (42,2 %), et les contraceptifs injectables pour (35,5%).

Tableau V : Avantages des méthodes contraceptives modernes citées par les participantes

Avantages citées	Effectif N = 194	Pourcentage
Eviter les grossesses non désirées	133	68,6
Espacement des naissances	132	68,0
Limitation des naissances	22	11,3
Amélioration de la situation économique de la famille	8	4,1
Arrêt de la procréation	2	1,0

La majorité des femmes avait cité la protection contre la grossesse non désirées et l'espace des naissances comme avantages de MCM respectivement avec 68,6% et 68%.

Tableau VI: Inconvénients de méthodes contraceptives modernes citées par les participantes

Inconvénients cités	Effectif n = 106	Pourcentage
Stérilité	72	67,3
Hémorragie	49	46,2
Baisse de plaisir sexuel	42	39,0
Obésité	1	0,9
Cancer	2	0,3

Les principaux inconvénients cités par les enquêtées étaient la stérilité (67,3%), l'hémorragie (46,2%) et la baisse du plaisir sexuel (39,0%).

Tableau VII: Niveau de connaissance des MCM

Connaissance de MCM	Effectifs = 217	Pourcentage
Niveau bas	99	45,6
Niveau élevé	118	54,4

Il ressort de ce tableau que 54,4% des enquêtées avaient un niveau de connaissance élevé, En effet, une femme pouvait citer au moins deux MCM et 50% d'entre elles avaient cité tout au plus une MCM.

III.3. ATTITUDES DES ENQUETÉES ET DE LA SOCIÉTÉ FACE AUX MCM

III.3.1. Attitude des participantes à l'étude sur l'utilisation des MCM

L'opinion des enquêtées à l'étude sur l'utilisation des MCM est reprise dans le tableau VIII :

Tableau VIII: Répartition des participants à l'étude selon leur opinion sur les méthodes contraceptives modernes

Variables		Effectif n = 302	Pourcentage
Opinion de la femme sur les MCM	Favorable	178	82,0
	Défavorable	33	15,2
	Ne sait pas	5	2,3
	Ne répond pas	1	0,5
Acceptation d'utilisation les MCM dans l'avenir	Oui	135	62,5
	Non	79	36,6
	NSP	2	0,9

Sur les 302 femmes enquêtées 82% avaient une opinion favorable sur l'utilisation de MCM et 62,5 % avaient accepté d'utiliser les MCM dans l'avenir.

III.3.2. Attitude de la communauté sur les méthodes contraceptives modernes.

Tableau IX : Attitude de la communauté sur les méthodes contraceptives modernes

Variables		Effectif n = 302	Pourcentage
Opinion de la coutume sur l'utilisation des MCM	Favorable	109	50,2
	Défavorable	53	24,4
	Ne sait pas	48	22,1
	Ne répond pas	7	3,2
Attitude de la religion sur l'utilisation de MCM	Favorable	45	20,8
	Défavorable	77	35,6
	Ne sait pas	50	23,1
	Ne répond pas	44	20,4
Avis de conjoint sur l'utilisation MCM	Favorable	100	65,8
	Non favorable	35	23,0
	Ne sait pas	12	7,9
	Pas de réponse	5	3,3

Il ressort de ce tableau que la moitié des enquêtées ont déclaré que la coutume était favorable à l'utilisation des MCM, et la religion était favorable à 20,8% quant à ce qui concerne l'avis du mari 65,8 % était favorable à l'utilisation des MCM.

III.4. PRATIQUES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

III.4.1. Utilisation des MCM par les femmes enquêtées

Concernant l'utilisation dans la passée des MCM ,74 (34,1%) des enquêtées ont déclaré avoir déjà utilisé à une certaine période de leur vie.

La prévalence de l'utilisation actuelle des MCM est reprise dans la figure suivante :

Niveau d'utilisation était de 29%

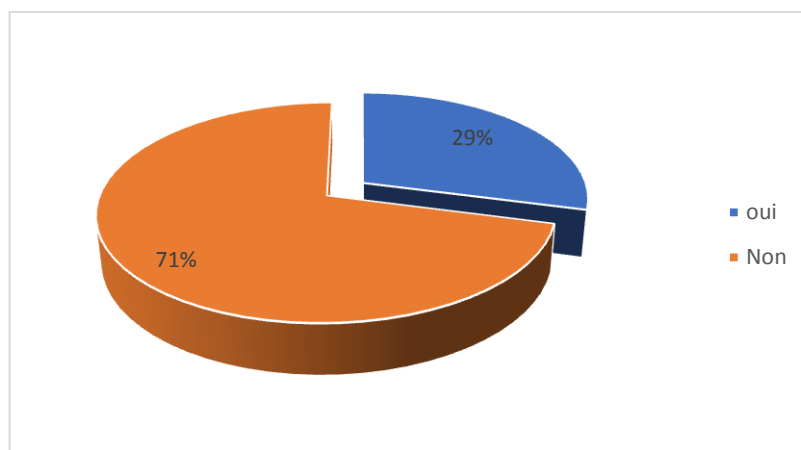


Figure 2 : utilisation actuelle des MCM

La prévalence de l'utilisation de MCM était de 29% au moment de l'enquête.

- **Types et sources des MCM utilisées par les femmes enquêtées au moment de notre enquête.**

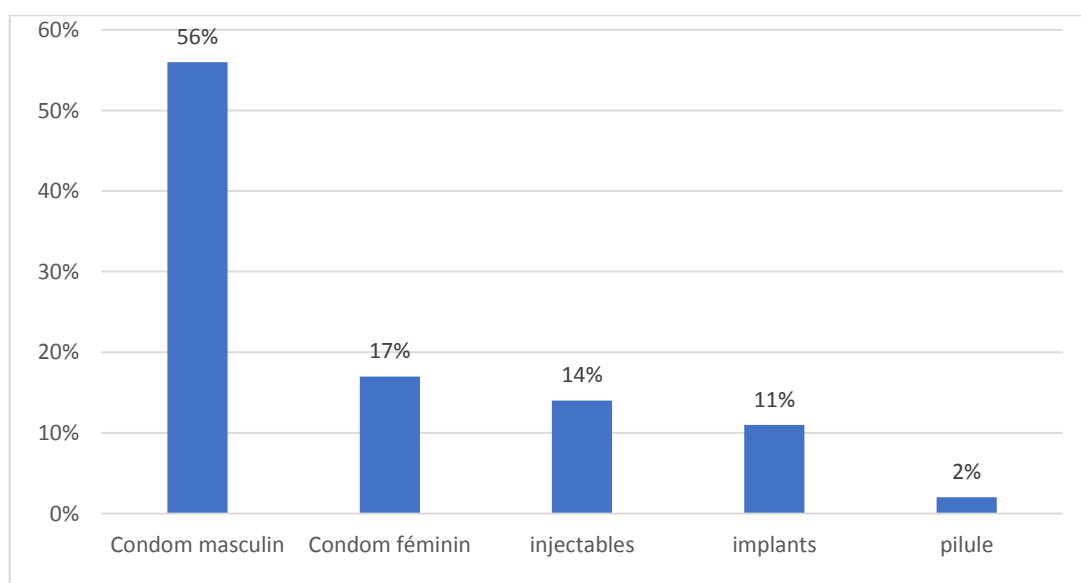


Figure 3 : Type des MCM utilisées par les femmes enquêtées

Le type de MCM le plus utilisé par les enquêtées était les préservatif masculin (56%), suivi du préservatif féminin (17%), les injectables (14%), les implants (11%) et seulement 2% des participantes utilisaient la pilule.

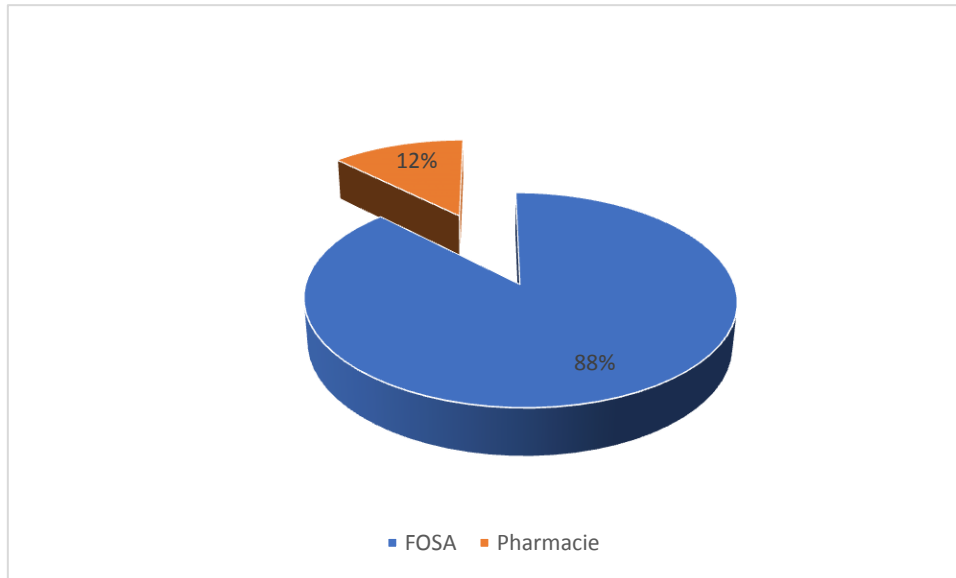


Figure 4 : Source de MCM utilisées par les femmes enquêtées

La principale source de MCM utilisées par les femmes était les FOSA (88%) mais 12% des enquêtées ont leurs MCM dans les pharmacies.

III.4.2. Les raisons d'utilisation ou non des MCM

Tableau X : Raisons de l'utilisation de MCM par les femmes enquêtées

Raisons d'utilisation des MCM	Effectifs n =113	Pourcentage
Eviter les grossesses	51	45,1
Espacer les naissances	45	39,8
Recommandation médicale	10	8,9
Limiter les naissances	7	6,2

Ce tableau montre que l'évitement de grossesses et l'espacement de naissances ont été les principales raisons d'utilisation des MCM.

Tableau XI: Raisons de non Utilisation des MCM par les femmes participantes

Raisons de non utilisation des MCM	Effectifs =259	Pourcentage
Couts élevés	73	28,2
Manque d'information	65	25,1
Peur des effets secondaires	58	22,4
Désir d'avoir d'autres enfants	31	12,0
Raisons religieuses	17	6,6
Opposition du mari/membre de famille	10	3,9
Non connaissance du lieu où s'en procurer	3	1,2
Raisons coutumières	2	0,8

Ce tableau montre que les principales raisons de non utilisation des MCM étaient les couts élevés (28,2%) le manque d'information (25,1%) et la peur des effets secondaires (22,4%).

III.4.3. Discussion avec les conjoints sur l'utilisation de MCM

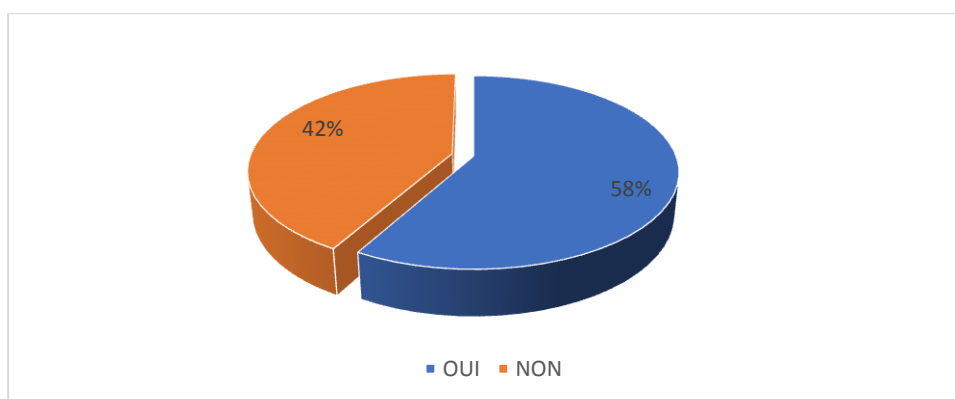


Figure 5 : Discussion avec les conjoints sur l'utilisation de MCM

En ce qui concerne la discussion sur l'utilisation des MCM, plus de la moitié des enquêtées (58%) ont déclaré avoir déjà discuté avec leurs conjoints et 42% ne discutaient pas avec leurs conjoints.

III.5. OFFRE DES SERVICES DE LA PLANIFICATION FAMILLE

L'offre de service de PF, leur accessibilité et leur fréquentation sont reprises dans le tableau XII.

Tableau XII: Offre de services de PF

Variables	Effectifs = 302	Pourcentage
<i>Connaissance de FOSA offrant la PF</i>		
Oui	160	73,7
Non	57	26,3
<i>Accessibilité de la FOSA</i>		
< 30 minutes	96	61,5
≥ 30 minutes	60	38,5
<i>Fréquentation de la FOSA dans le passé</i>		
Oui	64	41,3
Non	91	58,7
<i>Satisfaction des clientes vis-à-vis de la FOSA</i>		
Oui	97	62,2
Non	59	37,8
<i>Appréciation du cout des MCM</i>		
Abordable	63	40,4
Non abordable	93	59,6

Ce tableau que, trois quart (73,7%) des participantes connaissaient une structure offrant le service de PF et plus de la moitié estiment que cette structure est accessible (61,5%), 41,3% des enquêtées ont déclaré n'avoir jamais fréquenté une FOSA offrant la PF.

Plus de la moitié de celles qui ont utilisée n'ont pas apprécié les couts des MCM

Les déterminants Associés à la Faible Utilisation des MCM en analyse bi variée

En analyse bi variée, les différents facteurs associés à la faible utilisation des Méthodes.

Tableau XIII : Analyse bi variée des déterminants associés à la faible utilisation

Variables	Utilisation		OR Brut IC (95%)	p
	NON	OUI		
Age				
=< 20 ans	2	25	3,875(1,142-1,126)	0,022*
> 20 ans	60	129		
Niveau d'étude				
Niveau bas	38	84	1,2667(0,6979-2,2991)	0,437
Niveau élevé	70	25		
Profession				
Sans emploi	27	5	0,4055 (0,1486-1,1061)	0,070
Avec emploi	127	58		
Etat Matrimonial				
Sans union	44	17	0,92(0,4789-1,7823)	0,813
En union	110	46		
Religion				
Chrétienne	98	29	2,053 (1,125-3,717)	0,017*
Non Chrétienne	58	34		
Niveau de connaissance				
Niveau bas	61	38		
Niveau élevé	93	25	2,317(1,273-4,219)	0,005*
Discussion avec son conjoint				
Non	95	55		
Oui	39	5	4,151(1,680-12,134)	< 0,001*
Distance de la fosa offrant PF				
≥30 min	102	22	3,649 (1,322– 1,972)	< 0,001*
<30 min	52	41		
Acceptation d'utiliser les MCM				
Non	82	54	5,268 (2,341 – 11,417)	< 0,001*
Oui	72	9		
Désir d'avoir d'autres enfants				
Oui	141	61		

Non 36 22 0,708(0,35-1,302) 0,265

Dans la présente étude, l'analyse bi variée, avait montré que 6 facteurs étaient statistiquement à 20 ans, la religion chrétienne, le faible niveau de connaissance sur MCM, dialogue avec le conjoint, l'acceptation d'utiliser les MCM dans l'avenir et la distance à parcourir par rapport au temps.

Tableau XIV : Analyse multivariée des déterminants de la faible utilisation des MCM

Variables	Utilisation		OR ajusté IC (95%)	p
	NON	OUI		
Niveau de connaissance sur MCM				
Niveau bas	38	61	3,931(1,898-8,143)	< 0,001*
Niveau élevé	25	93		
Distance de la FOSA offrant PF				
< 30 min	22	102		
≥30 min	41	52	5,23(1,107 – 2,525)	< 0,001*
Acceptation d'utiliser les MCM				
Non	54	82	6,25 (1,449 – 2,66)	< 0,001*
oui	9	72		

p significatif*

L'analyse multivariée a montré que les facteurs statistiquement significatifs associés à la faible utilisation des MCM étaient le bas niveau de connaissance sur MCM, la distance à parcourir pour avoir l'offre de service est supérieur au 30 minutes et l'acceptation d'utiliser les MCM dans l'avenir.

Ainsi le Bas niveau de connaissance sur les MCM par une femme était associé de 4 fois à ne pas les utiliser.

Le fait de parcourir une distance pour un temps supérieur à 30 minutes en cherchant un service de PF par une femme était associé de 5 fois à ne pas les utiliser.

Le non acceptation de la femme à utiliser les MCM dans l'avenir était associé de 6 fois à ne pas utiliser les MCM.

III.6. RESULTATS DE LA COMPOSANTE QUALITATIVE

Dans le cadre de cette étude nous avons animé 3 focus group dans une As sélectionnée parmi les 5AS de la zone de santé. Au total 32 personnes sélectionnées ont participé à l'interview de groupes par rapport au CAP sur la planification familiale.

III.6.1. Connaissance, attitude, perception, et pratique, sur la planification familiale par les femmes et hommes

a) Connaissance

➤ Problème de régulation des naissances

Pour la majorité des femmes ayant participé au focus group, la non maîtrise du cycle menstruel, et le fait de commencer à avoir les rapports sexuels avec son mari avant le retour des couches entraînent les grossesses non planifiées.

Quelques femmes demandent à leur mari de ne pas trop sortir pour éviter d'avoir des relations à l'extérieur avec d'autres femmes cela peut créer une forte jalousie.

Les femmes ont signalé que le manque de distraction des hommes dans le village favorisait les rapports sexuels fréquents avec les femmes.

Les hommes ont reconnu que le problème majeur de la régulation des naissances est lié à la femme elle-même car son souci majeur est d'élargir la famille en mettant plusieurs enfants au monde. Cependant, une minorité des hommes a souligné que ce problème s'explique aussi par la jalousie de la femme qui ne veut le mari s'éloigner d'elle, en outre le manque de distraction le soir dans la cité pousse le couple à avoir des relations sexuelles, les hommes ont aussi souligné le fait que les femmes ne connaissent pas leur cycle menstruel.

« Je suis mariée non pas pour manger seulement ou jouer mais je suis là pour mettre au monde des enfants et former une grande famille. »

➤ La planification familiale

La majorité des femmes n'ont pas pu expliquer la planification familiale pour elles c'est la manière de vivre en couple dans le ménage.

Pour la majorité des hommes la PF devrait être une entente entre l'homme et la femme pour permettre une bonne régulation des naissances dans le foyer.

Quelques hommes ont reconnu la PF comme un moyen pour bien conserver la vie de la femme en espaçant les naissances.

« Espacer les naissances c'est bon pour nous mais avec la crise on ne peut acheter les méthodes contraceptives modernes »

➤ **Méthodes contraceptives modernes connues**

Les femmes dans la plupart de cas ont cité les méthodes suivantes : préservatifs masculin, stérilet, implants et les contraceptifs injectables. Elles ont souligné que toutes ces méthodes ont beaucoup d'inconvénients, notamment la stérilité.

Quelques femmes ont cité, la pilule du lendemain, le coït interrompu, et d'autres médicaments n'ayant pas d'effets contraceptifs : Tenzol, Decaris enfants.

La plupart des hommes ont pu citer quelques méthodes notamment : les préservatifs, les contraceptifs injectables, et les implants d'autres parts, quelques hommes ont prétendu dire que l'utilisation des MCM pouvait conduire à la stérilité.

b) **Attitude et perception des femmes et hommes sur la PF**

La majorité des femmes a un avis favorable sur l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Ces méthodes permettent de conserver la vie de la femme, éviter l'hystérectomie en cas des complications à un jeune âge.

La majorité des femmes ont déclaré que leurs maris ont une opinion favorable concernant l'utilisation des MCM car ces dernières aident à améliorer la vie de la famille.

« Au cours de ma grossesse j'ai fait à deux reprises de l'hémorragie j'ai failli mourir delors mon mari va chercher les MCM à l'hôpital. »

L'opinion des hommes dans la majorité était favorable par rapport à l'utilisation des MCM. Ils considèrent que c'est une bonne chose pour le couple et la famille car ça permet à la femme d'éviter la mort et les complications liées à l'accouchement.

D'autres hommes pensent au contraire que les méthodes entraînent la stérilité chez les femmes de façon irréversible. Ce n'est donc pas une bonne chose comme les personnels de santé n'en utilisent pas ; nous avons donc raison.

« A part le préservatif qui est sans risque pour nous, d'autres méthodes ne sont à utiliser dans la vie. »

➤ **Dialogue entre femme et conjoint sur l'utilisation des MCM**

Les femmes ont déclaré que le dialogue a toujours lieu dans leurs ménages à propos de la planification familiale.

La plupart des hommes ont déclaré avoir des discussions directes avec leurs épouses sur l'utilisation des MCM, cependant quelques difficultés ont été signalé : la femme veut à tout prix mettre au monde quand elle est encore jeune, et dans le cas où on n'a que des enfants d'un seul sexe.

➤ **Le poids de l'avis de l'homme sur la prise de décision sur l'utilisation des MCM**

Pour décider de l'utilisation ou non des MCM et sur le choix de méthode elles les font à l'insu de leurs époux. Les femmes déclarent le faire sans tenir compte de l'avis du mari car leur vie en dépend.

« Na mobali oyo azakoboya il faut kotala eza nzoto nayo maman okokufa ye atikala kobala perte ya famille na nga moko. »

« Avec un homme qui n'accepte pas l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, femmes réfléchissez bien car votre vie en dépend. »

Les hommes dans la plupart de cas ont dit que leurs avis prime beaucoup dans la prise de décision en matière d'utilisation des méthodes contraceptives. La femme ne peut pas d'elle-même décider d'utiliser les MCM et faire le choix de la méthode seule.

Cependant quelques hommes ont déclaré qu'une entente entre mari et femme car il faut tenir compte de l'avis de la femme.

« Dans la vie du couple c'est l'homme qui est la tête, le chef de famille et donc son avis prime à tout prix. »

Opinion des femmes et hommes sur l'implication des hommes dans la planification familiale.

En général les femmes ont déclaré que les hommes ne veulent pas que leurs femmes utilisent les méthodes contraceptives modernes.

« Nous voyons dans beaucoup des ménages les femmes enceintes avec des enfants de bas âges au dos, accouchent presque chaque année, donc étage des enfants dans les ménages. »

« Nous voyons dans beaucoup des ménages les femmes enceintes avec des enfants de bas âges au dos, accouchent presque chaque année, donc étage ya bana dans les ménages »

La majorité des hommes ne veulent pas s'impliquer dans l'utilisation des MCM pour des raisons suivantes : les personnels de santé ne les utilisent pas eux même, existence des beaucoup inconvénients, laissent les choix à chacun, les coûts élevés.

Quelques-uns déclarent leur implication se limite aux conseils en encourageant la femme à participer aux CPN, CPS, lieux prévus pour l'information sur la planification familiale et la santé de la reproduction en générale.

« Moi c'est aujourd'hui que j'accepte d'accompagner ma femme dans l'utilisation des MCM »

c) Pratiques sur l'utilisation des MCM

➤ Le nombre d'enfants souhaité

Les femmes dans la majorité souhaitent en moyenne avoir cinq enfants avec un maximum de 7 enfants par couple.

Les nombre d'enfants souhaité par la majorité des hommes est de cinq avec un maximum de dix enfants par couple.

Il n'y a que quelques hommes qui ont déclaré vouloir avoir au maximum quatre enfants car selon eux la vie est difficile au village.

« Si ma femme veut arrêter la procréation je prends une autre qui continuera à me donner le nombre d'enfants souhaité. »

➤ Importance des enfants dans la famille selon la femme

Les femmes accordent beaucoup d'importance aux enfants car ils vont nous aider plus tard.

Quelques femmes ont déclaré que c'est bien d'avoir beaucoup d'enfants mais il faut bien les éduquer car un enfant qui n'est pas intelligent ne vaut presque rien.

L'enfant a une grande importance dans la vie d'un couple a déclaré la majorité des hommes car celui-ci donne une certaine valeur au couple, à la famille dans la société.

Il représente la pension, une aide, un investissement des parents au moment de la vieillesse.

« Avoir beaucoup d'enfants est biblique car l'éternelle nous a dit de nous multiplier sur la terre, donc l'enfant a une grande importance dans la société. »

➤ **Ce que pensent les femmes sur la planification familiale**

Quant aux femmes ont déclaré que la planification familiale est une bonne chose et conseillent à d'autres femmes d'utiliser les MCM car selon elles les maris ne veulent que leurs femmes se reposent parce qu'ils veulent avoir plus d'enfants possibles à lors qu'elles courent les risques de mourir pendant la grossesse et l'accouchement après plusieurs grossesses.

La majorité des hommes ont pensé que la planification familiale est une bonne chose pour le couple, la famille et la société en générale car elle contribue à réguler les naissances. Cependant ils ont proposé quelque recommandation : Que les personnels de santé réduisent notamment le tarif et qu'ils prennent les temps d'expliquer à leurs clientes les éventuels effets secondaires pour chaque type des MCM choisi par la cliente.

Que le gouvernement disponibilité les intrants dans les structures sanitaires de Gombe Matadi et partout dans le pays.

III.6.2. Résumé

❖ **Les Points communs entre ces deux focus groups**

La question concernant le problème de régulation de naissances les hommes comme les femmes ont signalé tous que la non maitrise du cycle menstruel, la jalousie et les manque de distraction sont à la base de nombreuses grossesses non programmées. Les hommes et les femmes ont tous cité les préservatifs, les implants, les contraceptifs injectables, et le coït interrompu comme méthodes de planification connues mais le principal inconvénient souligné dans les deux groupes c'est la stérilité.

L'opinion des hommes et des femmes est favorable sur l'utilisation des MCM car ça permet de conserver la vie de la femme, et la plupart des couples dialoguent sur le sujet de Planification familiale pour ce qui est de l'avis sur la décision de l'utilisation c'est l'homme qui est garant car étant chef de famille. Les enfants ont été considérés d'une grande importance et enfin tous considèrent que la PF est une bonne chose.

❖ **Les points divergents**

Par rapport à l'implication des hommes en matière de planification familiale les hommes ne voulant s'impliquer les femmes utilisent les MCM à leur insu.

C'est seulement l'homme qui veut s'approprier de la décision en cas d'utilisation des méthodes contraceptives modernes au lieu de considérer l'avis de la femme.

III.6.3. Conclusion

Au cours de notre étude nous avons eu les entretiens avec les femmes et les hommes concernant leurs connaissances, attitudes, perception et pratique sur les différents thèmes débattus nous disons que dans la ZSR de Gombe Matadi les femmes ont relevé un problème de connaissance de la PF , les quelques méthodes sont citées, elles aspirent les utiliser mais les couts et la disponibilité de ces intrants et la non implication de l'homme sont encore les barrières qui déterminent la faible utilisation car la minorité des hommes leurs soutiennent dans le Combat.

IV. DISCUSSION

La présente étude visait à déterminer les facteurs associés à la faible utilisation des MCM chez les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans dans la ZSR de Gombe Matadi. La prévalence contraceptive chez de femmes en âge de procréer enquêtées était de 29% (IC 95% 22,6 - 34,6). Les principaux déterminants de la faible utilisation des MCM retenus étaient :

La méconnaissance sur MCM par la femme, le temps et des longues distances parcourus par la femme en termes d'utilisation de MCM, la non acceptation de l'utilisation dans l'avenir.

La tranche d'âge de 25-29 ans était la plus représentée, l'âge minimum était de 15ans et le maximum était de 49 ans.

L'âge médian des femmes enquêtées était de 28, 5 ans rapporté à son espace interquartile de 25,5ans. L'âge moyen des premières règles était de $16,2 \pm 1,4$, le minimum était de 13ans et le maximum était 22ans.

L'âge moyen à la première grossesse était de $20,4\text{ans} \pm 2,8$, cela ne paraît différent des résultats de L'EDS 2013-2014 (7).

Le niveau d'instruction des femmes enquêtées était bas avec 59,9 % qui ont atteint le niveau primaire , une étude faite dans la Zone de santé de Vanga en RDC avait trouvé aussi le niveau bas d'instruction était un facteur de non utilisation de PF(20) .

Selon L'EDS l'utilisation des MCM diminue avec le niveau d'instruction elle est de 4% chez les femmes sans instruction contre 19% chez les femmes avec un niveau d'instruction élevé. (7).

Dans notre étude la connaissance sur les MCM de femmes enquêtée était bonne avec 5/10 femme pouvait citer au moins deux méthodes et 7/10 femmes avaient déjà entendu parler de la planification familiale. Ceci est différent de Nauunda Mutombo et AL au Kenya qui avaient trouvé que la moitié (54%) des femmes enquêtées ne connaissait pas les MCM(21)

Les formations sanitaires sont la principale source d'information (53,5%) ce résultat est différent celui trouvé par Matungulu à Lubumbashi (73,5%) ceci s'expliquerait du fait que notre étude a été faite dans un milieu rural où les FOSA sont moins nombreuses que dans le milieu urbain (Matungulu). Et Goba Tawn en Ethiopie qui a montré que les Médias étaient la source principale sur les MCM à longue durée d'action. Cette différence tiendrait du fait que

dans nos milieux la majorité des femmes utilisent le service de santé pour les CPN, CPON, CPS ce qui augmente la chance récupérer les informations par ce canal pour l'activité de PF.

Concernant la prévalence d'utilisation des MCM, dans la présente étude elle est de 29% (IC95% 22,6-34,6) au moment de notre enquête ce résultat sont comparable de celui trouvé à l'est de la RDC à Butembo était de 30,6% est loin inférieur à celui trouvé à Vanga par John Tombo qui est à de 60 %. (20) (22) .

La méthode la plus utilisée était le préservatif masculin avec 56% ce résultat correspond à celui de l'EDS 2014 (37,5%).Le préservatif masculin a un avantage dans la prévention des grossesses non planifiées mais elle n'est pas la MCM la plus efficace comparativement aux autres MCM telles que les implants, la pilule, le DIU et les contraceptifs injectables ,le PNSR recommande les méthodes contraceptives à longue durée d'action, les quelles dans la présente étude sont malheureusement peu utilisées, ce résultat est comparable de celui de Matungulu à Lubumbashi (17,6%) (19) et kayembe à Kinshasa (43%) (23).

Notre résultat est supérieur de celui de L'EDS ceci serait probablement lié à la promotion du préservatif et sa gratuité grâce à l'appui de l'union européenne dans la ZSR de Gombe Matadi.

Ce résultat est différent de celui trouvé par John Tombo à Vanga ,les MCM les plus utilisées étaient la pilule, les injectables respectivement avec 22,9% (20) .

Et Abdurahman en Ethiopie avait trouvé les injectables étaient plus utilisées (62,9%) (24).

Les principales raisons de cout (28,5%), manque d'information (25,1%) et la peur des effets secondaires ce résultat rejoint celui trouvé par Odu,OO au Nigeria . Le manque d'information (26,5%) et la peur des effets secondaires étaient les barrières à l'utilisation des MCM (25) .

Trente-sept pourcent de femmes enquêtées se disent ne pas être disposée à utiliser dans l'avenir une MCM. Cette proportion est inférieure à celle de l'EDS 2013-2014 ou plus d'une femme non utilisatrice sur deux (54%) a déclaré ne pas avoir l'intention d'utiliser une méthode dans le futur.

En analyse multivariée avait trouvé que le faible niveau de connaissance sur MCM était associé à son utilisation ($p= 0,000$) le fait de ne pas connaître les MCM est associé 4 fois a ne est pas les utiliser. L'association entre l'utilisation des MCM et la connaissance des MCM avait été trouvé par kayembe et all à Kinshasa (23).

Le fait de parcourir une longue distance prenant plus de 30 minutes en cherchant un service de PF par une femme multiplie de 5 fois le risque de ne pas utiliser de MCM. Cette association a été trouvée par Fabian Sébastien au Ghana que les fréquences des femmes qui parcourent plus de 2km sont plus nombreuses que celles qui parcourent moins de 2km est un facteur associé à la faible utilisation.(26).

L'attitude affichée par certaines femmes de ne pas vouloir utiliser dans le futur d'une MCM multiplie de 6 fois le risque de ne pas utiliser une MCM. C'est un fait qui traduit une attitude de favorable à utiliser les MCM. Ceci a été trouvé par l'EDS comme raison de faible utilisation. La présente étude confirme que c'est un déterminant de la faible utilisation des MCM.

Limites de la présente étude

Cette étude a présenté des limites suivantes :

Les possibilités de biais de souvenir n'est pas à exclure par certaines femmes enquêtées ne se rappelaient l'âge de leur première grossesse, des premières règles ou même de leur années de naissance.

Les nombres insuffisants de focus group réalisés suite aux difficultés rencontrées au cours de notre étude cela pouvait conduire à la non saturation des réponses par rapport aux thèmes débattus.

V. CONCLUSION

La présente étude a été menée dans la province du Kongo central, spécialement dans la zone de santé rurale de Gombe Matadi. Elle consistait à analyser les déterminants de la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer.

La prévalence contraceptive moderne était faible soit 29 %. Le préservatif masculin était la méthode la plus connue et utilisée par les femmes enquêtées, la source d'information sur la PF la plus citée était le personnel de santé.

Le manque d'information, les effets secondaires et le coût élevé ont été cités comme raisons de la non utilisation des méthodes contraceptives modernes aussi bien dans l'enquête quantitative qu'au cours de focus group.

La majorité des femmes enquêtées étaient des mariées monogames. Bon nombre entre elles appartenaient à l'Eglise kimbanguiste. Le niveau d'instruction primaire a été la plus représenté. La plus part de femmes étaient des agricultrices.

Même si la plus part avait une attitude favorable pour l'utilisation de méthodes contraceptives modernes dans l'ensemble la prévalence contraceptive était faible.

Les facteurs associés à la faible utilisation des méthodes contraceptives modernes étaient la méconnaissance des méthodes contraceptives modernes, les longues distances à parcourir par la femme jusqu'à la FOSA, et le fait d'afficher une attitude défavorable à l'utilisation des MCM.

VI. RECOMMANDATIONS

Au ministère de Santé Publique

Améliorer la couverture sanitaire pour une meilleure accessibilité des structures

Intégrer le service de PF dans toute la ZSR de Gombe Matadi.

A la division provinciale du Kongo central

Organiser les séances formations aux prestataires de soins sur la planification familiale.

Aux partenaires

RIPSEC : continuer à appuyer le renforcement institutionnel et l'intégration de la PF dans la ZSR de Gombe Matadi.

A l'équipe cadre de la zone de santé :

Organiser régulièrement les séances de sensibilisation de la communauté sur les MCM afin d'améliorer la connaissance sur les méthodes de PF.

Redynamiser les organes de participation communautaire en formant les relais communautaires sur la planification familiale, les leaders des organisations.

Intensifier les activités de communication pour le changement de comportement et l'usage du support éducatif sur la planification familiale.

Aux prestataires

Améliorer les messages de sensibilisation sur les MCM

Aux organisations des femmes :

Organiser les séances de sensibilisation des femmes pour Adopter un comportement favorable à la planification familiale.

Organiser les séances de sensibilisation sur les MCM.

Aux femmes :

Adopter un comportement favorable à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes.

VII. REFERENCES

1. Dembele MS. Problematique de la planification familiale en commune V du district de Bamako a propos de 199 cas. Thèse de Médecine. 2010;1–93.
2. Unies N. Rapport 2015. 2015;1–75.
3. Multim CR, Afrique E. Centre des médias Mortalité maternelle. 2016;4.
4. Ajong AB. Déterminants des besoins non satisfaits de planification familiale chez les femmes au Cameroun urbain. 2014.
5. Tsafack M, Kengne S. Planification familiale. 2000;81–105.
6. Familiale P. Planification familiale. 2014;1–50.
7. Dhs M. Deuxième enquête démographique et de santé (eds-rdc ii 2013-2014). 2014;
8. Rdc L. Maîtriser la pression démographique en RDC. 2012;(1):1–2.
9. A A. Définition et classification Auteur : Dr Aly Abbara. 2014;1–3.
10. Enseignements MDES, Et S, Scientifique DELAR. No Title. 2010;127.
11. Mustafa G. Connaissances, attitudes et pratiques en matière de planification familiale chez les hommes et les femmes mariés dans les zones rurales du Pakistan. 2015.
12. Asimwe JB. Facteurs associés à l'utilisation de contraceptifs modernes chez les femmes jeunes et âgées en Ouganda. 2014.
13. Sébastien Eliason. Les déterminants de l'utilisation moderne de la planification familiale chez les femmes en âge de procréer dans le district de Nkwanta au Ghana. 2014.
14. Tilahum T. Connaissance de la planification familiale, attitude et pratique chez les couples mariés à Jimma Zone, Ethiopie. 2015. p. 1–13.
15. Juma PA. Attitudes des femmes à l'égard des services de planification familiale fournis par les agents de santé communautaires dans les zones rurales de l'ouest du Kenya. 2016;1–2.
16. UNFPA. La santé maternelle en afrique. 2013;1–6. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/FR_Maternal Health in Africa_factsheet_web_0.pdf
17. Ndayizigiye M. Comprendre la faible Utilisation de PF avec ressources limitées M Ndayizigiye 2017. 2017.
18. Kabagenyi A. Inhibiteurs socioculturels de l'utilisation des techniques contraceptives modernes en Ouganda rurale. 2016.
19. Matungulu C. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. 2015;8688:1–9.
20. Tumbo J et al. Factors that influence contraceptive use amongst women in Vanga health district , Democratic Republic of Congo. :1–7.

21. Mutombo N, Bakibinga P, Mukiira C, Kamande E. Benefits of family planning : an assessment of women ' s knowledge in rural Western Kenya. 2014;1–8.
22. Mathe JK, Kasonia KK, Maliro AK. Barriers to Adoption of Family Planning among Women in Eastern Democratic Republic of Congo. *Afr J Reprod Health* [Internet]. 2011;15(1):69–77. Available from: http://search.proquest.com/docview/868856542?accountid=14437%5Cnhttp://sfxhosted.exlibrisgroup.com/sfxtul?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:journal&genre=article&sid=ProQ:ProQ:genderwatch&atitle=Barriers+to+Adoption+of+Family+Planning+a
23. Kayembe PK, Fatuma AB, Mapatano MA, Mambu T. Prevalence and determinants of the use of modern contraceptive methods in Kinshasa, Democratic Republic of Congo. *Contraception*. 2006;74(5):400–6.
24. Mohammed A, Woldeyohannes D, Feleke A, Megabiaw B. Determinants of modern contraceptive utilization among married women of reproductive age group in North Shoa Zone , Amhara Region , Ethiopia. 2014;1–7.
25. Odu OO. Barriers to use of modern contraceptives among women in an inner city area of Osogbo metropolis , Osun State , Nigeria. 2013;647–55.
26. Achana FS, Bawah AA, Jackson EF, Welaga P, Awine T, Asuo-mante E, et al. Spatial and socio-demographic determinants of contraceptive use in the Upper East region of Ghana. 2015;1–10.

VIII. ANNEXES

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE D'ENQUETE

DETERMINANTS DE LA FAIBLE UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES DES FEMMES EN AGE DE PROCREER CAS DE LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI.

QUESTIONNAIRE D'ENQUETE MENAGE

SECTION 0 : INFORMATIONS GENERALES DU QUESTIONNAIRE

Q 001. N° du questionnaire : _____

Q 002. Date de l'enquête : ___/___/20__

Q 003. Province :

Q 004. Zone de de santé : _____

Q 005. Aire de santé :

Q 006. villages: _____

Q 007. Nombre des femmes en âge de procréer (combien de sujets de sexe féminin âgé de 15-49 ans avez-vous dans le ménage ?)

Q 008. Nom de l'enquêteur : _____

Q 009. Nom du superviseur : _____

Heure du début de l'enquête : ___heure ___minutes

**SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES,
CULTURELLES, ET ECONOMIQUE DE LA REpondANTE**

N°	Question	Réponse	Passer à
Q 102	Quel âge avez-vous ? (au dernier anniversaire du répondant)	/____/ans	
Q 103	Quelle est votre date de naissance ?		
Q 104	Avez-vous déjà fréquenté l'école ?	1. oui 2. non	Sinon passer à la question 106
Q 105	Quel est le plus haut niveau d'étude atteint ?	1. Maternel 2. Primaire 3. Secondaire 4. Supérieur	
Q 106	Quel est votre état civil ?	1. Célibataire 2. Marié(e) 3. Divorcé 4. Veuf (veuve) 5. Union libre	(une réponse possible) Si ≠2, aller à q 108
Q 107	Si vous êtes marié », quel type de mariage avez-vous ?	1. Monogamique 2. Polygamique	/_/_
Q 108	Quelle est votre profession ?	1. Sans profession 2. Ménagère 3. Agriculture 4. Etudiante/élève 5. Travailleuse/dans le secteur privé 6. Fonctionnaire 7. Travailleuse dans le secteur paraétatique 8. Commerçante 9. Autre à préciser	
Q 109	Quelle est votre religion ?	1. Catholique	

	(une réponse possible)	2. Protestante 3. Kitawala 4. Témoin de JÉHOVAH 5. Kimbanbguiste 6. Musulman 7. Reveil 8. Autres (à préciser)	
Q 109	Quel est le niveau d'étude le plus élevé atteint par votre conjoint	1. Aucun 2. Maternel 3. Primaire 4. Secondaire 5. Supérieur	
Q 110	A quel âge avez-vous eu vos premières règles ?	/___/ans	
Q 111	Etes-vous déjà tombée enceinte ?	1. Oui 2. Non	Sinon, passer à la question 201
Q 112	Quel âge aviez-vous lors de votre première grossesse ?	.....
Q 113	Combien de grossesses avez-vous déjà eu ?	.....
Q 114	Combien de fois avez-vous avorté ?	.....
Q 115	Combien de fois avez-vous accouché ?	.....
Q 116	Combien d'enfants vivants avez-vous ?	.....
Q117	Combien de personnes vivent dans le ménage ?	.....
Q118	Avez-vous des enfants de deux sexes ?	1. Oui 2. Non	
Q119	Combien d'enfants garçon et combien d'enfants filles ?	Garçons..... Filles.....	

Q 120	Quel est l'âge du dernier enfant ?	.....
Q121	Désirez-vous encore avoir d'autres enfants	1. Oui 2. Non	
Q 122	Combien d'enfants souhaitez-vous avoir au total ?	.....
Q123	Combien d'argent dépensez-vous par jour en FC pour la nourriture	.../.... /.... /FC	

SECTION 2 : CONNAISSANCE DE LA REPONDANTE SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Q 201	Avez-vous déjà entendu parler de la planification familiale(PF) ? Si 2, aller à Q203	1. Oui 2. Non	Si non, passer à la question 203
Q 202	si oui, par quelle source d'information	1. Radio, 2. Télévision, 3. RECO, 4. Personnel de santé aux FOSA, 5. Ecole, 6. Voisin, 7. Membre de famille, 8. Eglise, 9. Dépliant/affiche 10. La lecture personnelle 11. Autres (préciser) :	
Q 203	Connaissez-vous les méthodes	1. Oui 2. Non	si non, aller à Q205

	contraceptives ? (plusieurs réponses sont possibles)		
Q 204	si oui, pouvez-vous citer les méthodes contraceptives que vous connaissez ? (plusieurs réponses sont possibles)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinence période ; 2. Coït interrompu ; 3. Pilule ; 4. Injection ; 5. Médicament traditionnel ; 6. Préservatif ; 7. DUI ; 8. Implant ; 9. Stérilisation ; 10. Autres (à spécifier) <p>.....</p>	
Q 205	selon vous y-a-il des inconvénients à l'utilisation des méthodes contraceptives ? (plusieurs réponses sont possibles)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 4. Pas de réponse 	Sinon, passer à la question 207
Q 206	Si oui, pouvez-vous citer ces inconvénients	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stérilité 2. Hémorragie 3. Obésité 4. Baisse de plaisir sexuel 5. Autre (à préciser) <p>...</p>	
Q 207	Selon vous y a-t-il	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 	si non, passer à

	des avantages à l'utilisation des PF	2. Non	la passer à la question 301
Q 208	Si oui, pouvez-vous citer ces avantages ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espacement des naissances 2. Eviter les grossesses non désirées 3. Arrêt de la procréation 4. Limitation des naissances 5. Amélioration de la situation économique de la famille 6. Autres : 	
Niveau de connaissance		<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	/.../

SECTION 3: CONNAISSANCE SUR L'EXISTENCE D'UN SERVICE DE PF

Q 301	connaissez-vous un endroit où on offre un service de PF	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 3. Ne sait pas 	si non aller à la question 401
Q 302	Si non, spécifier la structure ? Ne pas lire les réponses	<ol style="list-style-type: none"> 1. HGR 2. CS 3. Pharmacie 4. Autres à spécifier 	
Q 404	Le service est-il payant ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	Si non, passer à la question 401
Q 405	si oui, combien paye-t-on	.....FC	
Q 406	Que pensez-vous des frais pour accéder au service de PF	<ol style="list-style-type: none"> 1. très accessible 2. accessible 3. peu accessible 	

		4. pas du tout accessible	
		5. ne sais pas	

SECTION 4 : ATTITUDES DES FEMMES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

Q 400	Quel est votre avis sur l'utilisation de MCM?	<ol style="list-style-type: none"> 1. favorable 2. défavorable 3. ne sait pas 4. ne répond pas 	
Q401	Quel est l'avis de votre coutume sur l'utilisation des MCM ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. favorable 2. défavorable 3. ne sait pas 4. ne répond pas 	
Q402	Quel est l'avis de votre religion sur l'utilisation de MCM ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. favorable 2. défavorable 3. ne sait pas 4. ne répond pas 	
Q 403	Avez-vous déjà parlé de l'utilisation de MCM à votre mari ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. oui 2. non 	
Q 404	Quelle est l'opinion de votre conjoint sur l'utilisation MCM ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. favorable 2. non favorable 3. ne sait pas 	
Q 405	Si non favorable, pourquoi ?	...	
Q406	Quelle est l'opinion de votre famille sur l'utilisation de MCM ?		
Q407	Accepteriez-vous d'utiliser les MCM dans l'avenir ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	

SECTION 5 : PRATIQUES CONTRACEPTIVES DE LA REpondANTE

Q 500	Avez-vous déjà fait ou utilisé quelque chose pur limiter les naissances ou éviter de tomber enceinte ou pour espacer les naissances ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. oui 2. non 	Si non aller à la question 503
Q501	Utilisez-vous actuellement une méthode de PF ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. oui non 	
Q 502	Si oui, quelle méthode aviez-vous utilisé pour la première fois <i>Ne pas lire les réponses</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. condom masculin 2. condom féminin 3. DIU 4. Implant 5. Pilule 6. Injectable 7. Collier de cycle 8. Stérilisation 9. Abstinence périodique 	
Q503	Où avez-vous obtenu cette méthode ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dans une formation sanitaire (CS, PS, CSR, Hôpital) 2. A la pharmacie 3. Au marché 4. Autre à préciser 	
Q 504	Quel âge avez-vous au moment de la première utilisation de l'une des méthodes contraceptives ?	.....ans	

	(adressé à l'enquêteur)		
Q 505	Pour quelles raisons utilisez-vous actuellement cette méthode ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Espacer les naissances 2. Limiter les naissances 3. Eviter les grossesses 4. Recommandation médicale 5. Autre (à préciser).... 	
Q506	Si non quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'utilisez pas une MCM ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manque d'information 2. Non connaissance du lieu où s'en procurer 3. Désir d'avoir d'autres enfants 4. Peur des effets secondaires 5. Coûts élevés 6. Raisons religieuses 7. Raison coutumières 8. Opposition du mari ou des membres de la famille 9. Autres raisons 	
Q 507	A quel âge avez-vous commencé à utiliser la méthode contraceptive actuelle	.....ans	

SECTION 6 : OFFRE DES SERVICES DE METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES

N°	Question	Modalité de réponse (encrer la modalité correspondant à la bonne réponse)	code
Q600	Connaissez-vous une ou plusieurs structures ou on peut obtenir une MCM ?	1. oui non	
Q601	Pouvez-vous citez ces structures ?	1. Poste de santé 2. Centre de Santé 3. Centre de santé de référence 4. Hôpital général de référence 5. Pharmacie 6. Autre 5 à préciser)	
Q 602	Combien de minutes mettez-vous pour accéder à cette structure ?	.... /...Minutes	
Q603	Avez-vous déjà fréquentez cette structures ?	1. Oui 2. Non	
Q 604	Quelle structure avez-vous fréquenté	1. Poste de santé 2. Centre de Santé 3. Centre de santé de référence 4. Hôpital général de référence 5. Pharmacie 6. Autre (à Préciser)	

Q 605	Pour quelles raisons l'avez-vous fréquentée ?		
Q606	Avez-vous été satisfait par les services de PF reçu dans cette structure ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	
Q 607	Si non, quelles sont les raisons de non satisfaction ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Personnel non disponible 2. Les intrants non disponibles 3. Services mal organisés (accueil, circuit, confidentialité, choix des méthodes limités. 4. Autres (à préciser) 	
Q608	Avez-vous choisi librement MCM ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	
Q609	Avez-vous été informée sur l'efficacité de la méthode Les effets secondaires Les précautions en cas d'effets secondaires ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oui 2. Non 	
Q610	Comment appréciez-vous les couts des MCM ?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abordable 2. Non abordable 	

Q6111	Si la contraception vous intéresse, combien d'argent êtes-vous prêt à payer sans aucune difficulté. ?FC	
-------	---	---------	--

Heure de la fin de l'enquête : _____ heure _____ minutes

Merci de votre disponibilité.



ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN POUR FOCUS GROUP

DETERMINANTS DE LA FAIBLE UTILISATION DES CONTRACEPTIVES MODERNES CHEZ LES FEMMES EN AGE DE PROCREER CAS DE LA ZONE DE SANTE DE GOMBE MATADI.

I. INTRODUCTION

Bonjour à (tous) toutes! Soyez les bienvenus (es) à notre groupe de discussion

Merci d'avoir répondu à notre invitation, de disposer de votre temps pour participer à cette discussion qui tournera autour Connaissances, attitudes, perception et pratiques sur les méthodes contraceptives modernes Mon nom est _____ je serais l'animateur/modérateur de cette session. Je suis assisté par _____, qui a la charge de prendre notes.

Nous avons déjà parlé de façon individuelle à quelques mamans et papa de villagessur le même sujet mais nous voulons vraiment savoir ce que vous pensez de ce thème, voilà pourquoi nous vous avons invité.

Etant mère, père de famille, la valeur de votre expérience nous sera d'une grande importance parce que cela pourra aider les autres couples. Vous avez été choisi aléatoirement parmi les ménages, en fonction de quelques critères particuliers.

Notre discussion sera interactive et se veut encourager tout le monde à participer et à réagir sur un avis émis par l'autre. Cependant le modérateur, que je suis, se garde le pouvoir de donner la parole et d'interrompre une participante. La discussion sera enregistrée pour nous permettre de mieux tirer profit de vos contributions. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne sera cité aucunement.

Nous demanderons à tous de respecter les avis ou exemples privés des uns des autres et de ne pas partager au retour à leur maison.

Voici les principes de discussion:

- Attribuer un numéro pour chaque participante
- Commencer toujours à rappeler votre numéro pour faciliter la personne qui prend note
- Parler l'une après l'autre / N'ayez pas de conversation à côté
- Donner la chance aux autres de parler
- Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses au contraire les différents points de vue sont les bienvenus
- Nous vous prions de commenter ou de partager vos réactions et désagréments avec respect des avis des autres

Par ailleurs, vous avez le droit de vous retirer de la discussion à tout moment.

Avez-vous une question avant de commencer ?

Nous allons faire le tour de ronde, Chacun va se présenter, dire son prénom, à partir du quelle nous lui attribuerons un numéro pour la suite.

II. IDENTITE

Date du Focus Group	/ _ _ / _ _ / _ _ /	
Heure de début	_ _ H _ _ M	
Nom de l'animateur		
Nom du preneur des notes		
Lieu où se tient le focus group		
Catégorie participante		
Nombre des participants	_____	
Participants	Nom et prénom	Village de provenance
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
	7.	
	8.	
	9.	
10.		
Heure de la fin	_ _ H _ _ M	
Résultat	1. Focus group achevé	
	2. Focus group interrompu	

III. THEME DE L'ENTRETIEN

« PERCEPTION DES HOMMES ET FEMMES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES MODERNES ».

IV. QUESTIONS

Q01 Quel est selon vous le problème de régulation des naissances ?

.....

Q02 Qu'entendez-vous par la Planification familiale?

.....

Q03 Existe-il d'autres façons d'espacer les naissances ?

.....

Q04 Quelle est la perception des hommes sur l'espacement des naissances ?

.....

Q05 Quelle est la perception des femmes sur l'espacement des naissances ?

.....

Q06 Quel est votre avis sur l'importance des enfants ?

.....

Q07 Quelle est la méthode que vous utilisez ?

.....

Q08 Pourquoi ?.....

Q09 Existe- il un échange entre les hommes et femmes sur le nombre d'enfants à avoir dans le Ménage ?

.....

.....

Q10 Quelle est le nombre d'enfants voulez-vous avoir ?

.....

Q11 Quel est le poids de l'avis des hommes dans la prise de décision pour prendre une méthode Contraceptive ?

.....

Q12 Quelle est l'implication des hommes dans la promotion de la PF ?

.....

Q13 Qu'est-ce que vous pensez de la PF ? (naissances désirables)

.....

Je vous remercie d'avoir bien voulu répondre à notre invitation malgré vos multiples occupations.

ANNEXE 3 : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Enquête sur les déterminants de la faible utilisation des MCM chez les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans, cas de la zone de santé de Gombe Matadi.

Investigatrice principale : KATOKA FUANDA Marie Jeanne apprenante en master Santé Publique.

Dans le cadre de l'étude sur les déterminants de la faible utilisation des MCM chez les femmes en âge de procréer de 15 à 49 ans dans la zone de santé de Gombe Matadi, nous souhaiterions que vous participiez à cette étude en répondant aux différentes questions dont les informations seront utiles pour votre Zone de Santé en particulier et pour l'étude que nous sommes en train de mener en général.

Le but de cette étude est de contribuer à la réduction de la mortalité maternelle et infantile et d'améliorer l'utilisation de MCM.

Votre participation est entièrement volontaire. Vous pouvez décider à n'importe quel moment arrêté votre participation.

Les informations que vous nous donnerez resteront confidentielles. Votre identité n'apparaîtra jamais dans les résultats qui seront publiés. Vous ne payerez rien pour participer à l'étude.

Cette enquête a été autorisée par les autorités politico-administratives.

Après que vous ayez lu ce document (ou on vous l'ait lu), si vous avez des questions je suis prête à y répondre. Après que vous ayez obtenu toutes les réponses, si vous acceptez de participer à l'enquête, je vous prie de certifier cet accord en signant ce formulaire à la date d'aujourd'hui.

Déclaration de consentement : « Je reconnais avoir lu toutes les informations relatives à cette étude, les informations contenues dans le présent formulaire de consentement.

En connaissance de cause, je marque donc volontairement mon accord pour participer gratuitement à l'étude.

Fait à Gombe Matadi, le / / 2018

Signature de l'enquêteur

Signature de l'enquêté (e)