

# Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes dans la ville de Lubumbashi, RD Congo

M.C. MATUNGULU, K.S. ILUNGA, M.A. NTAMBWE, N.A. MUSAU, M.T. ILUNG,  
T.A. MWEMBO, K.F. MALONGA

Ecole de Santé Publique de  
l'Université de Lubumbashi,  
RD Congo

## Résumé

**Introduction** : Cette étude avait l'objectif de déterminer les facteurs qui sont associés à l'utilisation des Méthodes Contraceptives à Longue Durée d'Action et Permanente par les femmes (MCLDAP) dans la ville de Lubumbashi.

**Patientes et méthodes** : Nous avons mené une étude transversale d'avril à juin 2015, auprès des femmes en union conjugale de la ville de Lubumbashi, d'où un échantillon a été tiré. L'échantillonnage en strates nous a permis de sélectionner les femmes ; les données étaient récoltées par interview guidée par un questionnaire ; les tests de Khi-deux de PEARSON, au seuil de risque de 5% et le Rapport de Prévalence et son Intervalle de Confiance à 95% nous ont permis de déterminer l'association. Les logiciels Excel et Epi Info version 3.3.2 nous ont aidés à analyser.

**Résultats** : La prévalence contraceptive des MCLDAP était de 8,9%. Les facteurs associés à l'utilisation de ces méthodes étaient l'âge de la femme supérieur ou égal à 35ans ; les religions catholique, protestante, musulmane et kimbanguiste prédisposaient les femmes à l'usage des MCLDAP, ainsi que les occupations telles que les entreprises publiques, la fonction publique et les entreprises privées ; les femmes dont les ménages possédaient la radio et la TV utilisaient plus la contraception à longue durée et permanente, de même que les femmes qui avaient quatre à cinq enfants vivants ; nous avons également noté que les femmes qui avaient une attitude favorable face aux méthodes et un niveau de connaissance élevé avaient cette même chance. En fin, celles qui discutaient couramment avec leurs conjoints et qui avaient obtenu leur soutien, avaient aussi plus de chance d'utiliser les MCLDAP.

**Conclusion** : Ces facteurs devraient être soutenus pour optimiser l'utilisation des MCLDAP par les femmes dans la ville de Lubumbashi.

## Abstract

**Factors associated with the use of long acting and permanent methods of contraceptives in Lubumbashi, DR Congo**

**Introduction**: This study had the objective to determine the factors associated with the use of Long Acting and Permanent Methods of contraceptives (LAPM) by women in the city of Lubumbashi.

**Patients and methods**: We conducted a cross-sectional study from April to June 2015, with women in marital union of the city of Lubumbashi, where a sample was drawn. The sampling strata allowed us

**Mots-clés :**  
Méthodes  
contraceptives à  
longue durée  
d'action,  
contraception  
moderne,  
planification  
familiale,  
Lubumbashi

to select women; Data were collected by interview guided by a questionnaire; tests of Pearson chi-square, at the 5% risk threshold and the prevalence ratio and confidence interval to 95% allowed us to determine the association. The Excel and Epi Info Version 7 helped us to analyze.

**Results:** Contraceptive prevalence of LAPM was 8.9%. Factors associated with the use of these methods were the age of the woman superior or equal to 35 years; the Catholic, Protestant, Muslim and Kimbanguiste religions predispose women to the use of LAPM and occupations such as public enterprises, public service and private enterprise; women whose households had radio and TV used more these methods, as the woman who had four to five living children; we also noted that women who had a favorable attitude to methods and a high level of knowledge had the same luck. In the end, those currently arguing with their spouses and who obtained their support, were also more likely to use the LAPM.

**Conclusion:** These factors should be supported to optimize the use of LAPM by women in the city of Lubumbashi.

**Keywords:**  
**Contraceptive methods to long-acting and permanent, modern contraceptive, family planning, Lubumbashi**

## Introduction

La planification familiale, est l'une des composantes essentielles des soins de santé primaire et de santé de la reproduction, visant à améliorer la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, par la réduction de la morbidité et de la mortalité dans ces catégories, ainsi que la transmission du VIH/SIDA [1].

La contraception pourrait empêcher à environ 104.000 décès maternel chaque année, soit une réduction de 29% [2]. Elle peut réduire la mortalité juvénile de près de 10%, si elle est disponible à tous ceux qui en ont besoin [3]. Dans les pays en voie de développement, 20 à 30% de femmes qui utilisent la pilule et les injectables, arrêtent au tour de deux ans après à cause des effets secondaires ou à cause d'autres problèmes de santé. Beaucoup de ces femmes pourraient bénéficier alors de la contraception à longue durée d'action ou permanente [4].

La RD Congo, comme beaucoup de pays de l'Afrique Subsaharienne, se caractérise par un faible taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes, bien qu'il soit parmi les pays caractérisés par des taux très élevés de mortalité maternelle et infantile [2].

Le ratio de mortalité maternelle est estimé à 549 pour 100.000 naissances vivantes ; donc une femme sur 29 a un risque de décéder pour

cause maternelle pendant les âges de procréation [5].

Les chiffres récents sur la mortalité infantile font état de 97 décès pour 1000 naissances vivantes ; le même rapport donne le taux de mortalité infanto-juvénile de 158 pour 1000 naissances vivantes [6].

L'indice synthétique de fécondité se chiffre à 6,6 enfants par femme pour les milieux rural et urbain et 5,4 enfants dans le milieu urbain [7]. Cela montre l'absence du contrôle de la fécondité selon ce que postule HENRY, cité dans le rapport des EDS-RDC de 2007 [5]. Depuis 1970, la RD Congo se caractérise par un taux de croissance parmi les plus élevés au monde, soit plus de 3% [5]. La croissance rapide de la population (> 2%) et une fécondité élevée, sont une menace pour le bien-être des individus et des sociétés les plus pauvres dans les pays en voie de développement [8]. En RD Congo, sept ménages sur dix sont pauvres [9].

En RD Congo, la prévalence contraceptive moderne a été de 5,4% en 2010 [6]. Les résultats des enquêtes démographiques et sanitaires de 2013 font état d'une prévalence de 8% pour l'ensemble du pays, et de 15% dans le milieu urbain contre 5% dans le milieu rural [7]. Cela témoigne d'un progrès très faible.

Pour l'ensemble du pays, seuls 0,7% de femmes en union utilisent la stérilisation féminine contre 0,1% de stérilisation masculine ; de même 0,2% de femmes en union utilisent le Dispositif Intra-Utérin (DIU) et 0,7% l'implant [7].

De ce fait, le gouvernement national s'est engagé à augmenter la prévalence contraceptive moderne à 19% dans l'ensemble du pays, sur une échéance allant de 2014 à 2020 [10].

La ville de Lubumbashi est la deuxième ville du pays après la capitale Kinshasa. Elle est le chef-lieu de la province du Haut Katanga, au sud du Pays. Elle se caractérise par une faible prévalence contraceptive, comme dans l'ensemble du pays. Cependant, aucune étude n'a été réalisée afin de nous renseigner sur les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes.

Notre objectif était de déterminer les facteurs qui sont associés à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanente dans la ville de Lubumbashi.

### **Patientes et méthodes**

Nous avons mené une étude transversale à visée analytique d'avril à juin 2015.

Elle a concerné les femmes en âge de procréer (de 15 à 49 ans) en union de la ville de Lubumbashi, d'où un échantillon a été tiré grâce à la formule suivante :  $n = z^2pq/d^2$

L'échantillonnage en strates nous a permis de sélectionner les ménages, à l'intérieur desquels, les femmes âgées de 15 à 49 ans étaient interrogées.

Les zones de santé ont été considérées comme strates et les aires de santé comme des sous strates ; l'allocation des femmes à enquêter était proportionnelle au poids démographique de l'aire de santé dans la zone de santé.

Grâce à un questionnaire pré-testé et validé,

nous avons récolté des données par interview. Une équipe d'enquêteurs était recrutée et formée avant la descente dans les ménages afin d'administrer le questionnaire qui était composé des parties suivantes : caractéristiques des ménages et du logement, identité de la femme et du conjoint, fécondité, information sur les méthodes contraceptives, connaissance de méthodes, utilisation des méthodes contraceptives.

### **Analyse des données**

La partie descriptive a consisté à décrire les caractéristiques socio-démographiques de nos répondantes, antécédents obstétricaux, connaissance des méthodes, utilisation et non-utilisation de la contraception ; cette description a généré les pourcentages, la moyenne et son écart-type.

La partie analytique a quant à elle, a consisté en la recherche des associations entre l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes et les facteurs prédictifs de l'utilisation de ces méthodes : c'est l'analyse uni variée. Pour ce faire, le test de Khi-deux de Pearson, au seuil de risque de 5% a été utilisé, ainsi que le test Rapport de Prévalence (RP) et son intervalle de confiance à 95%.

### **Variable dépendante**

Nous avons considéré dans le cadre de la présente étude, l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et pérennantes comme variable dépendante, qui est dichotomique : utilisation (oui = 1) et non-utilisation (non = 0).

Par méthode contraceptive à longue durée d'action et permanente, nous avons considéré les méthodes suivantes : implant, DIU et la stérilisation féminine (hystérectomie et ligature des trompes), ce sont les seules que les femmes avaient utilisées.

**Tableau I :**  
Caractéristiques socio-démographiques des femmes

<b>Variab</b> les	<b>Effectifs (n = 1096)</b>	<b>M</b>
<b>Age (ans)</b>		
≤ 24	170	15,5
25-29	285	26
30-34	260	23,7
35-39	198	18,1
40-44	142	13
45-49	38	3,5
Ne connaît pas	3	0,3
<b>Statut matrimonial</b>		
Monogame	974	88,9
Polygame	122	11,1
<b>Niveau d'étude</b>		
Aucun	3	0,3
Primaire	286	26,1
Secondaire	644	58,8
Universitaire	163	14,9
<b>Religion</b>		
Catholique	315	28,7
Protestant	315	28,7
Musulmane	67	6,1
Kimbaguiste	41	3,7
Eglise de réveil	358	32,7
<b>Occupation</b>		
Ménage	679	62
Vente	264	24,1
Entreprise publique	33	3
Fonction publique	94	8,6
Entreprise privée	26	2,4
<b>Possession radio</b>		
Oui	839	76,6
Non	254	23,2
Refus	3	0,3
<b>Possession TV</b>		
Oui	830	75,7
Non	263	24
Refus	3	0,3

### Variables indépendantes

Nous avons retenu les facteurs prédicteurs de l'utilisation de la contraception suivants : âge, statut matrimonial, niveau d'étude, religion, occupation de la femme, nombre d'enfants vivants, possession de la radio et de la télévision (TV), attitude de la femme face aux méthodes, niveau de connaissance des méthodes contraceptives, discussion avec le conjoint, soutien du conjoint et le niveau d'étude du conjoint.

Nous avons utilisé le logiciel Excel pour encoder les données et Epi Info version 3.3.2 pour effectuer les analyses univariées.

### Résultats

L'analyse des données nous a révélé l'âge moyen des femmes était de  $31,7 \pm 7$  ans (extrêmes : 14 ans-49 ans). Cependant, 0,3% de femmes ne connaissaient pas leur âge. Plus du trois-quart de femmes étaient dans une union monogamique.

Nous avons constaté que plus de la moitié (58,8%) avait un niveau d'étude secondaire ; en revanche, 0,3% de femmes n'avaient pas fréquenté l'école. Les résultats ont montré que 32,7% des répondantes avaient comme confession religieuse "Eglises de réveil".

Plus de la moitié (62%) de femmes n'avaient pas une activité productrice de revenu ; elles s'occupaient exclusivement de leurs ménages. Nous avons remarqué que 76,6% de femmes possédaient un poste radio et 75,7% avaient un poste téléviseur (TV) dans leurs ménages (Tableau I).

Quant aux caractéristiques obstétricales (Tableau II), les résultats ont montré que 46,3% de femmes avaient moins de 3 enfants contre 14,5% qui en avaient six ou plus.

En revanche, 41,1% de femmes ont déclaré souhaiter avoir 6 enfants ou plus contre 22,2% qui souhaitaient en avoir trois au plus.

• Facteurs associés... •

**Tableau II :**  
Caractéristiques  
obstétricales

Variables	Effectifs	%
<b>Nombre d'enfants vivants</b>		
≤ 3	590	46,3
4-5 enfants	430	39,2
≥ 6	159	14,5
<b>Nombre idéal d'enfants</b>		
≤ 3	243	22,2
4-5 enfants	361	32,9
≥ 6	450	41,1
Indécises	42	3,8
<b>Nombre de grossesses</b>		
≤ 3	433	39,5
4-5	411	37,5
≥ 6	252	23
<b>Age de la femme à la première union (ans)</b>		
≤ 14	25	2,3
15 - 19	334	30,5
20 - 24	605	55,2
25 - 29	120	10,9
30 - 34	4	0,4
Ne connaît pas	8	0,7
<b>Total</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>

**Tableau III :**  
Attitude,  
connaissance et  
utilisation  
des méthodes  
modernes

Variables	Effectifs	%
<b>Attitude de la femme face aux méthodes</b>		
Favorable	703	64,1
Défavorable	389	35,5
Neutre	4	0,4
<b>Total</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>
<b>Niveau de connaissance des méthodes</b>		
Faible	265	24,2
Moyen	294	26,8
Elevé	537	49
<b>Total</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>

Dans la même optique, 23% de femmes ont déjà conçu six grossesses ou plus. En rapport avec l'âge de la femme lors de la première union, nous avons observé que la moyenne était de  $20,9 \pm 3,2$  ans (minimum : 12 ans ; maximum : 33 ans).

La majorité des femmes avait une attitude favorable (64,1%) face aux méthodes, contre 35,5% de femmes qui n'approuvaient pas la contraception moderne. Près de la moitié de femmes avait un niveau de connaissance élevé (49%) des méthodes (connaissaient au moins trois), contre 24,2% qui connaissaient à peine une méthode. Il ressort également des résultats que 41,3% des femmes discutaient couramment avec leurs conjoints sur les méthodes, contre 22,7% qui n'en discutaient jamais. En revanche, la majorité des femmes (54%) n'avait pas le soutien de leurs conjoints face à l'usage des méthodes contraceptives modernes (Tableau III).

La prévalence contraceptive moderne parmi les femmes enquêtées était de 8,9%. Les MCLDAP utilisées étaient le DIU (4,7%), l'implant (3,9%) et stérilisation féminine (0,2%) (Tableau IV).

Les obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes (Tableau V) étaient la désapprobation des méthodes par la femme (9,1%), par le partenaire (21,3%), la peur d'effets secondaires (12,3%), l'ignorance des méthodes (10,2%) et l'interdiction religieuse (3,3%) (Tableau V).

L'analyse univariée a montré que les femmes dont l'âge était de 35 ans ou plus, avaient plus de chance d'utiliser les MCLDAP que leurs paires âgées de 24 ans ou moins (RP : 3,75 ; IC : 1,75 ; 8,05).

Les femmes qui avaient le niveau d'étude universitaire, utilisaient plus méthodes contracep-

• Facteurs associés... •

**Tableau III (suite) :** Attitude, connaissance et utilisation des méthodes modernes

Variables	Effectifs	%
<b>Discussion avec le conjoint</b>		
Couramment	452	41,3
Rarement	394	36
Jamais	249	22,7
<b>Total</b>	<b>1095</b>	<b>100</b>
<b>Soutien du conjoint</b>		
Oui	504	46
Non	555	54
<b>Total</b>	<b>1095</b>	<b>100</b>
<b>Utilisation des méthodes</b>		
Non	785	71,6
Oui	311	28,4
<b>Total</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>
<b>Utilisation des MCLDAP</b>		
Non	999	91,1
Oui	97	8,9
<b>Total</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>

**Tableau IV :** Méthodes utilisées

Méthodes utilisées	Effectif	%
Préservatif masculin	53	4,8
Pilule	141	12,9
DIU	52	4,7
Spermicide	1	0,1
Stérilisation (hystérectomie, Ligature tubaire)	2	0,2
Injectables	19	1,7
Implant	43	3,9
Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)	82	7,5
Contenance périodique	42	3,8
Coït interrompu	60	5,5
Aucune/méthodes populaires	785	71,6
<b>Total</b>	<b>1096</b>	<b>100</b>

**Tableau V :** Obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives

Raisons principales de non-usage des méthodes	Effectif	%
Aucune raison	125	17,4
Désir de maternité	186	25,9
Désapprobation des méthodes	65	9,1
Désapprobation du partenaire	156	21,8
Peur d'effets secondaires	88	12,3
Ignorance des méthodes	73	10,2
Interdiction religieuse	24	3,3
<b>Total</b>	<b>717</b>	<b>100</b>

tives que celles qui avaient le niveau d'étude primaire (RP : 2,89 ; IC : 1,69 ; 4,95). Les femmes catholique (RP : 1,97 ; IC : 1,06 ; 3,65), protestantes (RP : 2,50 ; IC : 1,38 ; 4,52) musulmanes (RP : 4,99 (2,53 ; 9,84), et

Kimbanguistes (RP : 5,24 (2,24 ; 11,21) avaient respectivement plus de chance d'utiliser les MCLDAP que les fidèles des églises de réveil ; les femmes œuvrant dans les entreprises publiques, la fonction publique et les entreprises privées, avaient respectivement 4, 10 et 5 fois plus la chance de faire usage de la contraception à longue durée et permanente que celles ne s'occupant que de leurs ménages.

Les femmes dont les ménages possédaient une radio, avaient près de deux fois plus la chance d'utiliser les méthodes que leurs paires dont les ménages n'en possédaient pas (RP : 1,79 ; IC : 1,04 ; 3,10).

Cette association est également présente chez les femmes qui possédaient la TV (RP : 2,22 ; IC : 1,23 ; 4,00).

L'association était nettement positive entre l'usage des MCLDAP et le nombre d'enfants

• Facteurs associés... •

vivants : le RP était de 2,90 (1,84 ; 4,58) pour les femmes qui avaient entre 4 et 5 enfants vivants.

L'attitude favorable aux méthodes contraceptives était significativement associée de la contraception à longue durée d'action et permanente (RP : 10,18 ; IC : 4,17 ; 24,83) ; la chance d'utiliser les MCLDAP était plus élevée pour chez les femmes qui avaient un niveau de connaissance élevé (RP : 4,06 ; IC :

2,06 ; 7,98).

Les femmes qui discutaient couramment avec leurs conjoints, avaient près de 4 fois plus la chance d'utiliser les MCLDAP que celles qui n'en discutaient jamais (RP : 3,56 (1,92 ; 6,58) ; de même, les femmes qui avaient le soutien des conjoints, avaient près de six fois plus la chance d'utiliser les méthodes que celles qui ne bénéficiaient pas de ce soutien (RP : 5,62 ; IC : 3,28 ; 962).

**Tableau VI :**  
Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes (MCLDAP)

Variables	Utilisation MCLDAP		p	RP (IC95%)
	Oui	Non		
<b>Age (ans)</b>				
≤ 24	7	163		1
25-34	33	512	0,3372314	1,47 (0,66 3,26)
35 et plus	57	321	0,0001578	3,75 (1,75 8,05)
<b>Statut matrimonial</b>				
Monogame	86	888	0,9453952	0,98 (0,54 1,78)
Polygame	11	111		1
<b>Niveau d'étude</b>				
Primaire	19	270		1
Secondaire	47	597	0,6901218	1,11 (0,66 1,86)
Universitaire	31	132	0,0000512	2,89 (1,69 4,95)
<b>Religion</b>				
Catholique	26	289	0,0278474	1,97 (1,06 3,65)
Protestante	33	282	0,0015679	2,50 (1,38 4, 52)
Musulmane	14	53	0,0000006	4,99 (2,53 9,84)
Kimbanguiste	9	32	0,0000059	5,24 (2,24 11,21)
Eglises de réveil	15	343		1
<b>Occupation</b>				
Ménage	29	650		1
Libérale	16	248	0,2470813	1,42 (0,78 2,57)
Entreprise publique	5	28	0,0042047	3,55 (1,47 8,57)
Fonction publique	42	52	0,00000001	10,46 (6,46 32,94)
Entreprise privée	5	21	0,0004756	4,50 (1,90 10,69)
<b>Possession Radio</b>				
Oui	83	757	0,0318343	1,79 (1,04 3,10)
Non	14	240		1

**Tableau VI (suite) :**  
Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives à longue durée d'action et permanentes (MCLDAP)

Variables	Utilisation MCLDAP		p	RP (IC95%)
	Oui	Non		
<b>Possession TV</b>				
Oui	84	746	0,0055224	2,22 (1,23-4,00)
Non	12	251		1
<b>Nombre d'enfants vivants</b>				
≤3	24	483		1
4-5 enfants	59	371	0,0000014	2,90 (1,84-4,58)
6 et plus	14	145	0,0534725	1,86 (0,99 3,51)
<b>Attitude</b>				
Favorable	92	611	0,00000001	10,18 (4,17-24,83)
Défavorable	5	384		1
<b>Niveau de connaissance</b>				
Faible	9	256		1
Moyen	14	280	0,4169541	1,40 (0,60-3,19)
Elevé	74	463	0,0000056	4,06 (2,06-7,98)
<b>Discussion avec le conjoint</b>				
Couramment	71	381	0,0000085	3,56 (1,92-6,58)
Rarement	15	379	0,7018136	0,86 (0,40-1,85)
Jamais	11	238		1
<b>Soutien du conjoint</b>				
Oui	82	458	0,000000001	5,62 (3,28-9,62)
Non	15	540		1

### Discussion

Nous avons observé dans cette étude que la prévalence contraceptive des MCLDAP était de 8,9% parmi les femmes enquêtées. Ces résultats sont proches de ceux obtenus en Ethiopie qui faisaient état d'une prévalence de 12,3% [4] et au Cape Town en Afrique du Sud (6,44%) [11]. Cette faible utilisation est témoin de la faible prévalence contraceptive globale en Afrique subsaharienne en général et à Lubumbashi en particulier. Le DIU était utilisé par 4,7% des femmes, l'implant par 3,9% et la stérilisation féminine par 0,2% ; ces résultats

sont différents de ceux rapporté dans les EDS II 2013-2014 en RDC qui révélaient que 0,5% de femmes utilisaient le DIU, 1,5% utilisaient l'implant, et 0,8% la stérilisation féminine [7]. Cela confirme quand même la sous-utilisation de ces méthodes.

Pour les utilisatrices des MCLDAP, les facteurs associés étaient l'âge de 35 ans et plus (RP : 3,75 ; IC : 1,75; 8,05) ; ces résultats différents de ceux obtenus en Ethiopie qui avaient montré l'absence de l'association (ORa : 0.48 ; IC 95% :0.16 ; 1.47) [4].

Cette différence serait liée au fait que le dernier auteur avait inclus les femmes de moins



de 35 ans dans sa classification ; quant à nos résultats, cette utilisation tardive serait liée au grand désir d'enfants, tel qu'observé dans cette étude, car l'association était nettement positive entre l'usage des MCLDAP et le nombre d'enfant vivants (4 et 5 enfants) (RP : 2,90, IC : 1,84; 4,58).

Donc les femmes aimeraient avoir un nombre élevé d'enfants avant de commencer l'usage des MCLDAP, ce qui rejoint les résultats d'ALEMAYEHU et al. qui montraient une association positive chez les femmes qui voulaient plus avoir d'enfants (ORa : 2,5 ; IC 95% : 1,4, 5,1) [4]; cependant, TAKELE et al. n'avaient pas trouvé une telle association dans leur étude en Ethiopie [12], ainsi que AYOOOLA et al. aux USA, bien que ces derniers aient inclus les méthodes injectables [13]. En revanche il a été montré en Inde que les femmes qui avaient les enfants de sexe masculin étaient plus prédisposées à utiliser les méthodes modernes que leurs pairs qui n'en avaient pas [14].

En Ethiopie, les résultats similaires ont été observés [15]. Cela donne à penser que le nombre élevé d'enfants que désirent avoir les femmes pourrait être motivé par la recherche des enfants au sexe préféré, ce qui constituerait un obstacle à la contraception.

Les femmes qui avaient le niveau d'étude universitaire, utilisaient plus méthodes contraceptives que celles qui avaient le niveau d'étude primaire (RP : 2,89 ; IC : 1,69; 4,95) ; ce résultats corroborent avec ceux trouvés au Kenya montrant une association positive pour le niveau d'étude primaire (ORa : 1.95, IC : 1.49; 2.56), secondaire et supérieur (ORa : 2,12 ; IC : 1,58; 2,84) ; ce même constat a été fait en Zambie par les mêmes auteurs [16].

Bien que cet auteur ait tenu compte des toutes les méthodes modernes, l'effet bénéfique de la scolarité élevé est un déterminant à capitaliser pour booster la prévalence contraceptive en général et celle de MCLDA en particulier.

Les femmes œuvrant dans les entreprises pu-

bliques, la fonction publique et les entreprises privées, avaient respectivement 4, 10 et 5 fois plus de chance de faire usage de la contraception à longue durée d'action et permanente que celles ne s'occupant que de leurs ménages. Ces résultats se rapprochent de ceux obtenu par DO et HOTCHKISS au Kenya et en Zambie, affirmant que les femmes qui avaient une occupation les 12 derniers mois utilisaient plus les méthodes contraceptives modernes (OR = 1,18 IC95%=1,06-1,31 ; p < 01) que les femmes qui n'avaient aucune occupation (OR=1) [16]. Cela pourrait s'expliquer par le fait que si importante est l'occupation, sévères sont les exigences de l'occupation et plus fort devient le besoin d'espacer les naissances et d'utiliser la contraception.

Les femmes dont les ménages possédaient une radio, avaient près de deux fois plus de chance d'utiliser les méthodes que leurs pairs dont les ménages n'en possédaient pas (RP : 1,79 ; IC : 1,04; 3,10). Cette association est également présente chez les femmes qui possédaient la TV (RP : 2,22 ; IC : 1,23; 4,00). Ces outils prédisposent la femme à être informée sur la contraception ; cette dernière condition est déterminante à l'usage de la contraception.

Selon les résultats trouvés en Ethiopie, la chance d'utiliser les MCLDAP était plus élevée chez les femmes qui avaient un niveau de connaissance élevé de ces méthodes (RP : 4,06 ; IC : 2,06; 7,98) [17] ; ces résultats rejoignent ceux de GEBREMARIAM et ADDISSIE en Ethiopie, qui montraient une association positive entre la connaissance de MCLDAP et leur utilisation (AOR = 4,7, 95% CI = 1,58, 14.01) [18] ; ALEMAYEHU et al. avaient obtenus les résultats identiques dans leur étude [4]. D'où la nécessité d'éduquer les individus en matière de PF.

Les femmes qui discutaient couramment avec leurs conjoints, avaient près de 4 fois plus de chance d'utiliser les MCLDAP que celles qui

n'en discutaient jamais (RP : 3,56 (1,92; 6,58); de même, les femmes qui avaient le soutien des conjoints, avaient près de six fois plus la chance d'utiliser les méthodes que celles qui ne bénéficiaient pas de ce soutien (RP : 5,62 ; IC : 3,28; 962). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus par plusieurs auteurs en ce qui concerne la contraception moderne [18-22]. Donc le soutien du conjoint à sa femme demeure un déterminant indispensable à tout effort d'augmenter la prévalence contraceptive moderne en général et celle des MCLDP en particulier.

Quand bien même l'ajustement des variables dans un modèle pourrait nous donner les véritables déterminants, ces facteurs identifiés ne peuvent être exclus.

### Conclusion

Cette étude a montré que la prévalence contraceptive des MCLDAP était de 8,9% parmi les femmes enquêtées. Les facteurs as-

sociés à l'utilisation de ces méthodes étaient l'âge de la femme supérieur ou égal à 35 ans ; les religions catholique, protestante, musulmane et kimbanguiste prédisposaient les femmes à l'usage des MCLDAP, ainsi que les occupations telles que les entreprises publiques, la fonction publique et les entreprises privées ; les femmes dont les ménages possédaient la radio et la TV utilisaient plus la contraception à longue durée et permanente, de même que les femmes qui avaient quatre à cinq enfants vivants ; nous avons également noté que les femmes qui avaient une attitude favorable face aux méthodes et un niveau de connaissance élevé avaient cette même chance.

Enfin, celles qui discutaient couramment avec leurs conjoints et qui avaient obtenu leur soutien, avaient aussi plus de chance d'utiliser les MCLDAP. Donc ces facteurs devraient être soutenus afin d'optimiser l'utilisation des MCLDAP par les femmes en union conjugale dans la ville de Lubumbashi.

## Références

- 1. OMS et USAID.** Le repositionnement de la Planification Familiale : Directives pour actions de plaidoyer, 2008, Genève [www.who.int/reproductive-health/family\\_planning/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/index.html)
- 2. AHMED S, LI O, LIU L, O TSUI A.** Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet* 2012; 380: 111-25
- 3. OSOTIMEHIM B.** Family planning save lives, yet investments falter. *Lancet Published on line* 2012; Vol 380, July 10
- 4. ALEMAYEHU M., BELACHEW T. AND TILAHUN T.** Factors associated with utilization of long acting and permanent contraceptive methods among married women of reproductive age in Mekelle town, Tigray region, north Ethiopia, *Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:6
- 5. MINISTERE DU PLAN ET MACRO INTERNATIONAL,** Enquête démographique et de santé, République Démocratique du Congo 2007. Calverton, Maryland, USA : Ministère du plan et Macro International, 2008, Kinshasa RD Congo ;
- 6. INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE et Fonds des Nations Unies pour l'Enfance,** Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en République Démocratique du Congo 2010 (MICS-RDC 2010), *Rapport Final*, 2011, RDC pp 70 ;
- 7. MINISTERE DU PLAN et suivi de la mise en œuvre de la modernité et al.** (2014), Deuxième enquête démographique et de santé (EDS-RDC II 2013-2014) : *Rapport préliminaire*, RDC pp 54 ;
- 8. EZEH AC, BONGAARTS J, MBERU B.** Global population trends and Policy options. *Lancet* 2012 ; 380: 142-48
- 9. MINISTERE DU PLAN.** Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté. *DSCR 2, 2011, volume 1, RDC pp 24-34 ;*
- 10. MINISTERE DE LA SANTE.** Planification familiale : plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020. 2014. Kinshasa. pp50 ;
- 11. CREDE S, HOKE T, CONSTANT D, GREEN MS, MOODLEY J, HARRIES J.** Factors impacting knowledge and use of long acting and permanent contraceptive methods by postpartum HIV positive and negative women in Cape Town, South Africa: a cross-sectional study, *Public Health* 2012, 12:197
- 12. TAKELE A, DEGU G AND YITAYA M,** Demand for long acting and permanent methods of contraceptives and factors for non-use among married women of Goba Town, Bale Zone, South East Ethiopia, *Reproductive Health* 2012, 9:26
- 13. AYOOLA AB., ZANDEE GL., EMILY JOHNSON E, AND PENNING K.,** Contraceptive use among low-income women living in medically underserved Neighborhoods, *JOGNN* 2014, 43, 455-464
- 14. CALHOUN LM, NANDA P, SPEIZER IS, JAIN M,** The effect of family sex composition on fertility desires and family planning behaviors in urban Uttar Pradesh, India, *Reproductive Health* 2013, 10:48
- 15. SUSUMAN AS, BADO A AND LAILULO YA,** Promoting family planning use after childbirth and desire to limit childbearing in Ethiopia, *Reproductive Health* 2014, 11:53 <http://www.reproductive-health-journal.com/content/11/1/53>
- 16. DO M., HOTCHKISS D.** Relationships between antenatal and post-

• Facteurs associés... •

natal care and post-partum modern contraceptive use: evidence from population surveys in Kenya and Zambia, *BMC Health Services Research* 2013, 13:6 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/6>

**17. POLISI A, GEBREHANNA E, TESFAYE G. ASEFA F**, Modern contraceptive utilization among female ART attendees in health facilities of Gimbie town, West Ethiopia, *Reproductive Health* 2014, 11:30

**18. GEBREMARIAM A. ADDISSIE A**. Intention to use long acting and permanent contraceptive methods and factors affecting it among married women in Adigrat town, Tigray, Northern Ethiopia, *Reproductive Health* 2014, 11:24

**19. 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, *Reproductive Health* 2014, 11:13

**20. KABAGENYI A, JENNINGS L, REID A, NALWADDA G, NTOZI J,**

**TUYAMBE L**, Barriers to male involvement in contraceptive uptake and reproductive health services: a qualitative study of men and women's perceptions in two rural districts in Uganda, *Reproductive Health* 2014, 11:21

**21. TILAHUN T, COENE G, TEMMERMAN M AND DEGOMME O**, Spousal discordance on fertility preference and its effect on contraceptive practice among married couples in Jimma zone, Ethiopia, *Reproductive Health* 2014, 11:27

**22. MISHRA A, NANDA P, SPEIZER IS, CALHOUN LM, ZIMMERMAN A. BHARDWAJ R**, Men's attitudes on gender equality and their contraceptive use in Uttar Pradesh India, *Reproductive Health* 2014, 11:41

**23. MUTOMBO N, BAKIBINGA P**. The effect of joint contraceptive decisions on the use of Injectables, Long-Acting and Permanent Methods (ILAPMs) among married female (15-49) contraceptive users in Zambia: a cross-sectional study, *Reproductive Health* 2014, 11:51



**Odonto-Stomatologie Tropicale est en ligne !**

**Tropical Dental Journal is online !**

**[www.santetropicale.com/ostelec/ost/index.asp](http://www.santetropicale.com/ostelec/ost/index.asp)**