

Evaluation de la satisfaction des mères aux services des planifications familiales, République Démocratique du Congo

Cornely K. Muleka ¹, Dieudonné S. Kazadi ¹, Emmanuel WM. Mumba ¹, Tony K. Kayembe ¹, Pascal Y. Kakudji ²

¹ Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

² Faculté de Droit, Université de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Résumé

Introduction. Le bas niveau organisationnel des services de planification familiale (PF) dispose d'un personnel peu formé en la matière, et les effets des croyances culturelles et religieuses des femmes sur le planning familial demeure un grand défis à relever dans la communauté car nos coutume reste un grand blocage pour l'utilisation des méthodes contraceptives moderne car elles sont considéré comme une politique occidentale visant à réduire la population africaine. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité des soins dans le service de PF du centre de santé de référence de la commune de Lubumbashi et le taux d'utilisation de la planification familiale en identifiant les causes d'abandon des méthodes contraceptives.

Matériel et Méthodes. Il s'agissait d'une étude descriptive et une méthode exégétique accompagnée par la technique documentaire portant sur une analyse des 250 femmes commerçantes enquêtées dans la ville de Lubumbashi.

Résultats. L'analyse montre que 52,8% des enquêtées avaient fait l'école primaire et 15,2% étaient analphabète ; la plupart d'entre elles était mariée et célibataire respectivement dans 46,8% et 37,6% des cas. La majorité de femmes avait une connaissance sur le PF (86,8%) alors que 80,4% utilisaient cette méthode ; avec une utilisation favorable dans 49,2% des cas. Les préservatifs et les pilules sont les deux types de méthodes contraceptives fréquemment utilisés par les femmes commerçantes dans 39,6% et 16,8%; la source d'approvisionnement était la pharmacie et les femmes elles-mêmes soit 44,4% des cas et 38,4%.

Conclusion. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste et demeure faible dans la ville de Lubumbashi qui s'expliquerait par le manque d'information dont disposent les femmes sur la planification familiale. Cependant que la santé de la reproduction est généralement considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier.

Mots-clés : Evaluation, Satisfaction, Planning familial.

Introduction

La santé de la reproduction est généralement considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier. Elle

affecte la vie des femmes et des hommes, de la conception à la naissance en passant par l'adolescence jusqu'à la vieillesse. Elle couvre à la fois l'accès à la santé, la protection de la santé et la prévention et le traitement.

Correspondance:

Cornely K. Muleka, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, Lubumbashi, République Démocratique du Congo.

Téléphone: +243 975 130 516 - Email: cornelymuleka@gmail.com

Article reçu: 22-08-2023

Accepté: 17-10-2023

Publié: 09-11-2023



Copyright © 2023. Cornely K. Muleka et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Pour citer cet article: Muleka CF, Kazadi DS, Mumba EWM, Kayembe TK et Kakudji PY. Evaluation de la satisfaction des mères aux services des planifications familiales, République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2023;7(1):61-69.

<https://doi.org/10.62126/zqrx.20237110>

des maladies [1]. La grossesse est un état normal et sain auquel aspire la plupart des femmes en 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. La croissance de la population actuelle et les problèmes qui lui sont liés sont considérés comme un frein au développement socioéconomique des pays en développement [2]. Cette situation attire de plus en plus l'attention des pouvoirs publics et la maîtrise du mouvement naturel de la population, constitue depuis quelques années un enjeu pour la majorité des gouvernements des pays en voie de développement [3]. On observe donc ces dernières années des changements de comportement en matière d'utilisation des méthodes de contraceptif, ou et cela grâce aux actions en faveur de la planification familiale. 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 et 26 à 53 millions d'avortement sont pratiqués chaque année dans le monde entier [4]. Ces avortements à risque sont effectués par des personnes hors du milieu médical et dans de mauvaises conditions d'hygiène [5]. En Afrique le taux de mortalité maternelle est 940 pour 100.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité infanto-juvénile est de 175 pour mille et le taux de mortalité infantile est de 113 pour mille en 2001 [5]. La mortalité maternelle et infantile reste encore très élevée dans notre pays, le Mali, en dépit des efforts techniques organisationnels et financiers fait par le ministère de la santé et les donateurs durant ces dix dernières années. Les données fournies par trois EDS sont édifiantes à cet égard : la mortalité infantile qui était de 108 pour mille (EDS I, 1982-1987) ; a atteint 123 pour mille (EDS II, 1996) et 582 pour mille (EDS III, 2001). En d'autre terme chaque année au Mali 3000 femmes meurent des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, soit un décès toutes les trois heures. L'indice synthétique de fécondité est resté le même pendant les cinq dernières années : 6,8 enfants par femmes. Par ailleurs l'utilisation actuelle des méthodes contraceptives modernes de l'ordre de 6% est faible. Les projections montrent que sur la base d'un taux d'accroissement annuel de 2,7%, la population actuelle du Mali estimée à 11 millions d'habitants devrait atteindre 23 millions en 2025. Le repositionnement de la PF est une priorité nationale compte tenu du niveau relativement bas de certains indicateurs relatifs au domaine de la santé de la mère et de l'enfant. Le lancement officiel de la première campagne de sensibilisation concernant les enjeux liés au planning familial avec comme thème l'espacement des naissances pour une meilleure qualité de vie, le 14 mars 2005. La deuxième campagne de sensibilisation qui a eu lieu le 14 mars 2006 avait comme thème le repositionnement de la

PF pour une meilleure santé de la mère et de l'enfant. La troisième campagne nationale en faveur de la promotion de la PF avait comme thème l'implication des hommes et une fréquentation des services de PF des centres de santé. La planification familiale joue un rôle capital dans la réduction de la mortalité maternelle néonatale et infantile. Le taux de mortalité et de morbidité maternelle baisse lorsque les femmes ont moins de grossesse dit Dr FORTNEY « la planification familiale réduit le nombre total de grossesse faisant ainsi baisser le nombre de décès et de morbidité qui sont liés aux grossesses », mais la PF n'a aucun effet sur les risques obstétricaux une fois qu'une femme est enceinte. Il faut donc réduire les risques liés à la grossesse; pour ce faire, nous devons nous concentrer sur l'amélioration de l'accès aux Services obstétricaux de bonne qualité. L'utilisation accrue des contraceptifs peut avoir un impact sur le taux de mortalité maternelle, qui considère le nombre de décès maternel pour 100.000 femmes âgées de 15-49 ans. Dans le monde entier de nombreuses femmes se voient refuser une méthode contraceptive pour des motifs de santé, qui en réalité ne reposent sur aucune base scientifique. Ces barrières médicales excessives limitent le choix offert aux femmes. Elles imposent à ces dernières des méthodes de substitutions qui ne sont pas toujours bien acceptées et dont l'application de ce fait devient moins correcte et moins systématique. Ces obstacles peuvent même s'avérer dangereux si le refus d'un contraceptif efficace débouche ensuite sur une grossesse non désirée.

Dans la plupart des cas, le risque de décès due à la grossesse est bien supérieur à celui associé à l'usage d'un contraceptif. Certaines de ces femmes tombent enceinte contre leur volonté, opérant ainsi pour un avortement, qui, trop souvent, se pratique dans des conditions illégales et dangereuses pour leur santé. Plusieurs raisons expliquent l'existence de ses barrières médicales inutiles : d'une part il arrive que des lignes de directives pour la prestation des services n'aient pas été mise à jour et qu'elles ne reflètent donc plus l'état actuel de la connaissance scientifique ou même dans le contexte que les prestataires ne disposent d'aucune directive. D'autre part, il arrive aussi que les prestataires comprennent mal les lignes directrices ou qu'ils choisissent de les ignorer et d'imposer leurs propres restrictions. En utilisant des contres indications inappropriées ou en se basant à tort sur la parité ou sur l'âge de la femme, ils refusent parfois certaines méthodes et les clientes peuvent se voir obligées soit de subir un examen physique ou des tests de laboratoires, soit d'attendre leurs prochaines règles, même si de telle pratique sont super flux au plan médicale. Les femmes actuellement en union non utilisatrice de la contraception et qui ont déclaré ne plus

vouloir avoir d'enfant ou vouloir attendre deux au plus avant la naissance de l'enfant suivant, sont considéré comme étant des besoins non satisfaits en matière de la contraception.

Selon EDSM-III l'analyse différentielle des besoins en matière de PF met en évidence des légères variations des besoins selon l'âge des femmes. C'est à 15-19 ans et 40-44 ans que les besoins non satisfaits sont plus élevés 32% entre 20 et 44 ans, âge auquel la fécondité et la prévalence contraceptive sont les plus élevées.

La prévalence contraceptive est de 25% en Afrique mais un peu plus élevé dans certains pays d'Afrique tel que la Tunisie 75%, le Kenya et le Botswana 30%, au Zimbabwe 43%. La prévalence contraceptive moderne est faible dans la majorité des pays de la région, sauf au Cap vert 46%. Après cela, le taux de prévalence contraceptive moderne est plus haut au Ghana avec 19% ceci est relativement élevé comparativement au reste de l'Afrique de l'ouest mais faible comparé à d'autres régions. La prévalence contraceptive du Mali qui est de 6% nous interpelle tous. A travers ce travail, nous avons voulu apporter notre modeste contribution en initiant la « qualité des soins au service de planification familiale au centre de santé de référence de la commune V. L'objectif était d'évaluer la qualité des soins dans le service de planification familiale (PF) du centre de santé de référence de la commune V et le taux d'utilisation de la planification familiale en identifiant les causes d'abandon des méthodes contraceptives et évaluation de la perception des utilisatrices sur l'organisation des prestations de la PF dans cette structure.

Matériel et Méthodes

Cadre et Type d'étude

Il s'agissait d'une étude descriptive et une méthode exégétique accompagnée par la technique documentaire menée dans la ville de Lubumbashi, en République Démocratique du Congo pendant une période du mois de mai 2023.

Population d'étude

Notre population d'étude était constituée des femmes commerçantes dans différents marchés de la ville de Lubumbashi.

Taille de l'échantillon et technique d'échantillonnage

La taille de notre échantillon était de 250 femmes enquêtées qui avaient été sélectionnées d'une manière aléatoire.

Critères d'éligibilité

Les femmes commerçantes, retrouvaient sur place pendant l'enquête et acceptant de participer à cette étude, étaient directement éligibles.

Outils de collecte des données, procédure de collecte et Variables d'étude

L'enquête devrait couvrir une population de 250 femmes commerçantes dans les marchés de Lubumbashi, dont la répartition des enquêtées par marché n'était pas équitable ; certains marchés en ont plus que les autres. Pour collecter les données, nous avons élaboré deux guides d'entretien avec les femmes commerçantes et les praticiens professionnels.

Le 1^{er} guide d'entretien destiné aux femmes, avait pris en compte les aspects suivants : la connaissance de droit, la protection des consommatrices, l'usage de pilules, la santé de reproduction, la sexualité, les conséquences,...

Le 2^{ème} guide d'entretien était destiné aux praticiens professionnels avec qui il était question d'avoir une idée sur la molécule, les avantages et inconvénient, le coût, les difficultés rencontrées, les conseils, autres molécules de contraception.

Traitement et analyse des données

Après collecte de données, le traitement et l'analyse des données ont été effectués à l'aide du Logiciel Microsoft Excel.

Considérations éthiques

L'anonymat et la confidentialité ont été garantis. L'enquête ne pourrait se faire qu'après accord libre de celui à enquêter ; et il n'y avait aucune contrainte pour participer.

Résultats

Approche fondée sur les droits de l'homme en matière de planification familiale

Les traités internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme et les constitutions et lois nationales prévoient des obligations juridiquement contraignantes pour les États d'assurer pour tous un accès rapide et abordable à des informations, services et produits contraceptifs de qualité. Le droit de l'homme au meilleur état de santé possible, qui inclut l'accès aux services de santé et aux informations relatives à la santé, ne peut être réalisé sans promotion et protection des droits à l'éducation et à l'information. Les normes relatives aux

droits de l'homme pour la planification familiale et la prestation des services comprennent la non-discrimination ; la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des informations et des services de planification familiale ; la prise de décision éclairée ; l'intimité et la confidentialité ; la participation ; et la responsabilité. L'accès à des services de planification familiale de qualité est à la fois un droit et un investissement intelligent pour les gouvernements, les communautés et les familles. La réalisation et la protection de ce droit sont essentielles pour atteindre les ODD, y compris l'égalité des sexes, ainsi que le développement économique plus inclusif.

Droit des clients Tout prestataire doit respecter les droits des clients venus en consultation dans la formation sanitaire. Il s'agit des droits :

à l'information d'accès aux services de PF de qualité de choisir à la sécurité à préserver son intimité à la confidentialité à la dignité au confort à la continuité des soins à exprimer son opinion Dans la plus part des formations sanitaires, des responsables ont pris des mesures pratiques pour que ces droits soient respectés. Par exemple : Les salles de Counseling isolés et l'utilisation des paravents pour préserver la confidentialité et la dignité

L'utilisation des supports visuels en langues locales, en images pour faciliter l'accès à l'information, la référence à une boîte à image pour donner toute l'information complète, la tenue et le classement correct des dossiers des clients pour assurer la continuité des services.

Bénéfices de la bonne qualité sécurité et efficacité : Les services de bonne qualité garantissent la sécurité et l'efficacité de la planification familiale. Quand les services sont mal délivrés, il y a risque d'infection, de blessures, et de la transmission de maladies. Ces mêmes services peuvent aussi conduire à l'utilisation incorrecte ou discontinuée des méthodes ou à l'abandon, et donc aux grossesses non désirées.

Satisfaction des clientes : Des soins bien faits et satisfont des clientes fidèles, car ces bons soins offrent les services, les produits, les informations et soutien émotionnel nécessaires pour répondre à leurs souhaits reproductifs.

Satisfaction avec le travail : Les prestataires qui peuvent offrir des services de qualité, c'est à dire qu'ils ont les connaissances et compétences, le matériel nécessaire, ainsi que le soutien des superviseurs, ont plus de satisfaction personnelle et professionnelle.

Image professionnelle : Les centres reconnus pour la bonne qualité attirent et retiennent les clients.

Tableau 1. Niveau d'étude des enquêtées, statut matrimonial et marchés de la ville sur la prise de pilule contraceptive

Variable	Effectif (n=250)	Pourcentage
Niveau d'étude		
Primaire	132	52,8
Secondaire	53	21,3
Supérieur et Universitaire	27	10,8
Analphabète	38	15,2
Statut matrimonial		
Mariés	117	46,8
Célibataires	94	37,6
Veuves	14	5,6
Divorcées	25	10
Marchés ciblés		
Lunsonga (Marché Mzee)	39	15,6
Kenya	36	14,4
Marché Zambia	36	14,4
Marché Zone	35	14
Marché Rail	35	14
Marché Ndjadja	35	14
Marché Mimbulu	34	13,6

S'agissant du niveau d'étude, 52,8% des enquêtées avaient fait l'école primaire et 15,2% étaient analphabète ; la plupart d'entre elles était mariée et célibataire respectivement dans 46,8% et 37,6% des cas. Les marchés de Lunsonga, Kenya et Zambia étaient plus ciblés dans notre étude dans 15,6%, 14,4% et 14,4% (tableau 2).

Les préservatifs et les pilules sont les deux types de méthodes contraceptives fréquemment utilisés par les femmes commerçantes dans 39,6% et 16,8% ; la source d'approvisionnement était la pharmacie et les femmes elles-mêmes soit 44,4% des cas et 38,4%. Les personnes ayant prescrit le contraceptif étaient des connaissances (56,8%), soi-même (38,4%) et service de planification familiale dans 4,8% des cas (tableau 3).

Tableau 2. Connaissance, utilisation et attitude face aux méthodes contraceptives, confession religieuse sur l'usage des pilules contraceptives

Variable	Effectif (n=250)	Pourcentage
Connaissance des méthodes contraceptives		
Non	33	13,2
Oui	217	86,8
Utilisation des méthodes contraceptives		
Non	49	19,6
Oui	201	80,4
Attitude face à la contraception		
Favorable	123	49,2
Défavorable	115	46
Ne sait pas	12	4,8
Confession religieuse sur l'usage des pilules contraceptives		
Pentecôtistes	81	32,4
Catholiques	77	30,8
Protestantes	54	21,6
Musulmanes	24	9,6
Athées	14	5,6

Tableau 3. Type de méthodes contraceptives utilisées, source d'approvisionnement et personnes ayant prescrit le contraceptif

Variable	Effectif (n=250)	Pourcentage
Type de méthodes contraceptives utilisées		
Préservatif	99	39,6
Pilule	42	16,8
Allaitement maternel	29	11,6
Implant	24	9,6
Contraceptif injectable	19	7,6
Abstinence	18	7,2
Calendrier (Chapelet)	12	4,8
Polygamie	7	2,8
Source d'approvisionnement		
Pharmacie	111	44,4
Soi-même	96	38,4
Structure sanitaire	43	17,2
Personnes ayant prescrit le contraceptif		
Une connaissance	142	56,8
Soi-même	96	38,4
Service de planification familiale	12	4,8

Discussion

L'évolution de la planification familiale au Mali

En août 1971, une délégation malienne, pour la première fois, assiste à un séminaire organisé par le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) à Montréal. A la suite de ce séminaire, le gouvernement a élaboré un projet d'ordonnance modifiant les articles 1 à 2 de la loi du 31 juillet 1920.

En octobre 1971, le Mali signa un accord avec le Centre de Recherche pour le Développement International (CRDI) pour un projet d'assistance en planification familiale couvrant une période de quatre ans. Au début de l'année 1972, est ouvert un centre pilote de PF à Bamako. Le centre est créé pour l'Association.

Article 34

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du second alinéa de l'article L. 2112-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces personnels exercent au sein d'équipes pluridisciplinaires. »

2° Au 3° de l'article L. 2112-2, les mots : « planification familiale et d'éducation familiale » sont remplacés par les mots : « promotion en santé sexuelle »

3° A l'article L. 2311-1, les mots : « planification ou d'éducation familiale » sont remplacés par les mots : « santé sexuelle »

4° Au premier alinéa des articles L. 2311-2 et L. 2311-3, à la première phrase et à la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-4, à la première phrase des deux premiers alinéas de l'article L. 2311-5 et, deux fois, au 2° de l'article L. 2311-6, les mots : « planification ou d'éducation familiale » sont remplacés par les mots : « santé sexuelle »

5° Au premier alinéa de l'article L. 2311-2, la seconde occurrence des mots : « de planification » est supprimée

6° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 2311-5, après le mot : « médecin », sont insérés les mots : « ou d'une sage-femme ».

7° L'article L. 4311-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé

« Sauf en cas d'indication contraire du médecin, l'infirmier ou l'infirmière titulaire du diplôme d'Etat de puéricultrice peut prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux concernés.

L'évolution de la planification familiale en République Démocratique du Congo

L'Article 1978 et les Livres 3, 4, 5 et 6 du Code Pénal, datant de 1933 pendant la période coloniale belge,

représentent des barrières significatives à la prestation et l'utilisation de services de la PF, étant donné que ces articles pénalisent tout acte tendant à empêcher la reproduction, notamment la vente, distribution, démonstration et diffusion de contraceptifs. Cette loi est problématique, puisqu'elle est contradictoire au décret présidentiel de 1973, établissant le Comité National pour la Promotion des Naissances Désirables et autorisant les services et la promotion de la PF.

Les lois du Code Pénal sont également contraires à la promotion positive de l'usage de contraceptifs et de la planification familiale dans le pays, soutenue par le président Mobutu dans son discours sur les naissances désirables en 1972, et à travers la création du Comité National pour les Naissances Désirables (CNND) en 1978, du Comité National de la Population (CONAPO) en 1986 et du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) en 2011 (voir « Histoire de la Planification Familiale en RDC »).

En dépit de la tentative du Comité pour l'élimination de la Discrimination à l'égard des Femmes (CEDEF) d'abroger l'Article 178 du Code Pénal en 2000, l'Article est toujours en vigueur, représentant un problème juridique méritant plus d'attention. Les efforts de promotion de la planification familiale tâcheront à l'avenir d'encourager l'abrogation de ces lois, puisqu'elle constitue un réels obstacles au bon fonctionnement de la planification familiale [6].

Après analyse des données récoltées dans notre étude, en rapport avec le niveau d'étude, 52,8% des enquêtées avaient fait l'école primaire et 15,2% étaient analphabète ; la plupart d'entre elles était mariée et célibataire respectivement dans 46,8% et 37,6% des cas. Les marchés de Lunsonga, Kenya et Zambia étaient plus ciblés dans notre étude dans 15,6%, 14,4% et 14,4%. Ce pendant que la connaissance des enquêtées sur les méthodes contraceptives était de 86,8% des femmes qui avaient répondu affirmativement et 80,4% des enquêtées qui utilisaient cette méthode avec comme attitude favorable dans 49,2% des femmes. La confession religieuse sur l'usage des pilules contraceptives était les pentecôtistes et les catholiques respectivement dans 32,4% et 30,8% des cas.

S'agissant de type, les préservatifs et les pilules sont les deux types de méthodes contraceptives fréquemment utilisés par les femmes commerçantes dans 39,6% et 16,8% ; la source d'approvisionnement était la pharmacie et les femmes elles-mêmes soit 44,4% des cas et 38,4%. Les personnes ayant prescrit le contraceptif étaient des

connaissances (56,8%), soi-même (38,4%) et service de planification familiale dans 4,8% des cas.

Deux facteurs se sont constamment dégagés comme significativement déterminants en matière de satisfactions des besoins de planification des naissances au sein des femmes en âge de procréer. Ce sont le statut matrimonial et le niveau de scolarisation des femmes. Il a été établi que les femmes non mariées et les célibataires sont plus susceptibles que les femmes mariées à avoir un besoin non satisfait. Les résultats indiquent également que les femmes de niveau secondaire ou plus sont plus significativement aptes à satisfaire leur besoin en matière de planification familiale comparativement aux femmes non scolarisées [7].

Dans une étude de Sidibé au Mali ; 87,3% des femmes nos effectifs étaient favorables à la planification ; 12,7% n'étaient pas favorables. Les raisons citées étaient : les coutumes, la religion, effets secondaires. Dans les nos effectifs, 85,4% utilisait une méthode ; Cependant parmi les méthodes qui ont été utilisées la pilule était au premier rang avec 48,0% ; contraceptif injectable avec 40,0% ; norplan avec 22,0% ; préservatif avec 25,5% (allaitement maternel, méthodes traditionnelles, dispositif intra-utérins et le spermicide avec 0% sont les moins cités, représentent 13%). S'agissant des connaissances sur le PF, les méthodes les plus connues étaient la pilule avec 94,0%, contraception injectable avec 84,5%, norplan avec 57,0%, préservatif avec 53,5%, méthode traditionnelle avec 22,0%, allaitement maternel avec 19,0% [8].

La République Démocratique du Congo (RDC) affiche une fécondité élevée avec 6,6 enfants par femme (2013-2014) et une croissance démographique accélérée. Cependant, un tiers de ces naissances ne sont pas désirées ou planifiées (et jusqu'à 80% chez les adolescentes). La planification familiale est l'une des stratégies pour espacer ou limiter les naissances. En 2013, la prévalence contraceptive moderne n'était qu'à 6,5%. La RDC a élaboré en 2014 son premier Plan stratégique national de planification familiale, et a formellement légalisé la planification familiale en 2018. Le Plan stratégique national vise à augmenter la prévalence contraceptive moderne à 19% en 2020, 39% en 2030 et au moins 50 % avant 2050 [9].

La RDC a élaboré en 2014 son premier Plan stratégique national de planification familiale, et a formellement légalisé la planification familiale en 2018. Le Plan stratégique national vise à augmenter la prévalence contraceptive moderne à 19% en 2020, 39% en 2030 et au moins 50% avant 2050.

Les niveaux de la fécondité sont très élevés et qui varient de façon importante selon les provinces, passant d'un

minimum de 4,2 à Kinshasa à un minimum de 8,2 au Kasai Occidental. Le Plan Stratégique National de la Planification Familiale (2014-2020) prévoit d'atteindre 19% de prévalence contraceptive moderne d'ici 2020. Mais l'atteinte de cette performance est impossible à réaliser la mesure où l'EDS-RDC II montre que le taux de prévalence contraceptive est en moyenne de 8%, seulement 20% des femmes en union utilisaient une méthode contraceptive quelconque et que 8% utilisaient une méthode moderne en 2014 [10].

Le taux élevé (28%) des besoins non satisfaits en PF de la RDC est attribué à : (i) la faible intégration de la PF dans l'ensemble des services offerts dans les établissements de santé ; ii) des ruptures de stock de produits contraceptifs ou de fournitures nécessaires à la prestation de services ; (iii) la disponibilité limitée des services de santé ciblant spécifiquement les adolescents et les jeunes adultes ; et (iv) l'insuffisance du recrutement, du déploiement et de la répartition géographique des agents distributeurs à base communautaire (DBC) pour assurer la couverture des services pour la population éloignée des zones de santé des établissements de santé fixes.

Au niveau national, le ministère de la santé (MS) s'est engagé à mettre en œuvre le plan stratégique de planification familiale 2014- 2020, qui vise à augmenter l'utilisation de méthodes contraceptives modernes de 6,5% à 19% et à atteindre 21 millions de nouvelles acceptrices de PF d'ici 2020. Le gouvernement de la RDC a ajouté les fournitures de PF au budget national pour la première fois en 2015 et a porté son engagement à 3 000 000 USD en 2018.

Le rapport de l'EDS de 2014 indique des faibles taux d'utilisation des contraceptifs modernes chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) dans les provinces du nord-ouest de Tshopo et du Bas-Uélé (respectivement 8,1% et 4,2%) [11].

La planification familiale permet aussi à l'organisme de la femme de se reposer de récupérer et de mieux supporter les aléas de la nature qui sont, la maladie le stress les efforts physiques [1]. La planification familiale permet à la femme de limiter les abandons d'enfants et les cas d'infanticides. La planification familiale contribue à la disponibilité de la mère pour son enfant, son mari et pour toute la famille [1]. Le PF sauve les vies des enfants en aidant les femmes à espacer les naissances. Entre 13 et 15 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans meurent chaque année, si tous les enfants naissent à intervalle d'au moins 2 ans 3 à 4 millions de ces morts croient évitées [2]. Il aide les hommes et les femmes à prendre soin de leur famille. Dans le monde entier, les hommes

disent que la planification familiale aide à leur assurer une meilleure existence [1]. Cependant il améliore le bien être familiale ; les couples qui ont moins d'enfants sont mieux en mesure de leur donner suffisamment de nourriture et de vêtement, de leur assurer un logement et de les scolariser [2].

L'idée de la planification familiale a officiellement vu le jour dans le monde en Septembre 1978 à Aima Ata (URSS) lors de la réunion mondiale sur les problèmes de santé des populations.

A cette réunion, il avait été élaboré un programme de santé pour tous d'ici l'an 2000. Cette politique était basée sur les Soins de Santé Primaires (SSP). La plupart des pays du monde ont adhéré à ce concept de SSP ou la santé avait une note pluridisciplinaire, la PF a été la quatrième composante des SSP. A partir de 1980, on assiste à une succession de rencontres dans différents pays du monde, dont les thèmes ont trait à la santé de la femme et de la famille. 11 existe de part et d'autres dans le monde entier des Associations de Planification Familiale (APF). Ces APF sont affiliées à une organisation non gouvernementale, la Fédération Internationale pour la Planification Familiale (FIPF).

En Afrique

La planification familiale, qui jusqu'à nos jours était un sujet très sensible en Afrique, est de plus en plus acceptée en tant que composante essentielle du développement économique. Actuellement, un grand nombre de dirigeants Africains considèrent la planification familiale comme une étape importante dans l'amélioration de la santé des mères et des enfants. Elle vient aussi comme étant une contribution importante à l'amélioration de la condition féminine.

Malheureusement, bien que cette préoccupation ait été souvent exprimée au niveau national et au moins à deux occasions par des parlementaires Africains au cours des réunions en Nairobi et à Yaoundé, elle ne s'est pas traduit par une éducation des informations des services appropriés répondant aux besoins des femmes et des hommes Africains.

L'article 14 (F) du plan d'action de la population mondiale dit que : tous les couples et les individus ont le droit fondamental de décider librement et de façon responsable du nombre et de l'espacement de leurs enfants et d'être en possession des informations de l'éducation et des moyens pour se faire; la responsabilité des couples et des individus dans l'exercice de ce droit tient compte des besoins de leurs enfants vivant et de

ceux à venir ainsi que de leurs responsabilités envers la communauté.

En fait, dans beaucoup de pays, une conspiration du silence existe et, ce qui concerne le sujet. Même des médecins qui devraient reconnaître les bienfaits considérables de la PF se cachent souvent derrière des lois et des pratiques archaïques et se taisent [12]. C'est durant la conférence internationale sur la population et le développement qui s'est tenue au Caire en Egypte en 1994 que la notion de santé et de droits reproductifs ont été définis clairement pour la première fois. En effet, ce fut la première fois que les éléments d'équité entre les sexes, d'égalité et d'habilitation des femmes ont trouvés leur place parmi les composantes essentielles des droits reproductifs. Pour la première fois, on a articulé les liens qui existent entre population, croissance économique continue et développement durable [5].

Les besoins non satisfaits en matière de planification familiale

Selon la définition des EDS, une femme a un besoin non satisfait en contraception si elle capable d'avoir des enfants, sexuellement active et n'utilise aucune méthode contraceptive et ne veut d'enfant pendant au moins deux ans (femmes qui veulent espacer) ou ne veut plus d'enfant (femmes qui veulent limiter). Le pourcentage des femmes mariées en Afrique subsaharienne ayant un besoin non satisfait serait passé de 26% à 43%. Les besoins non satisfaits sont encore très importants 27% au Bénin, 29% au Burkina Faso, Cameroun 20%, Côte d'Ivoire 28%, Ghana 34%, Sénégal 35%, Nigeria 17% et le Mali 29%. De même la demande potentielle totale reste très importante (entre 36% et 41%), avant 45 ans. En outre, on peut noter que jusqu'à 40 ans, que les besoins non satisfaits et la demande potentielle totale en matière de PF sont essentiellement orientés vers l'espacement des naissances. Au de las de 44 ans les besoins non satisfaits et la demande potentielle totale chutent de façon très importante et les femmes expriment beaucoup plus le besoin de limiter que d'espacer leurs naissances.

Références

1. Brunie A, Parker C, Ndiaye S, Sarr Aw FNR, Keyes EB, Lebetkin E, *et al.* Clinical, logistic, and géographique factors in ensuring adéquate access to implant removals: A cross-sectional survey of public facilities and GIS modeling of géographique access in two districts of Sénégal. *Front Glob Womens Health.* 2022 ;3 :899543.
2. Strasser J, Schenk E, Dewhurst E, Chen C. Changes in the Clinical Workforce Providing Contraception and Abortion Care in the US, 2019-2021. *JAMA Netw Open.* 2022 Nov 1;5(11):e2239657.
3. Ange RHVB. Aperçu sur les activites de planning familial au csmi de tsaralalana durant l'annee 2003.

S'agissant du milieu de résidence, les résultats obtenus ont montré que la demande potentielle totale en matière de PF est nettement plus élevée en milieu urbain 49% qu'en milieu rural 33%.

La demande potentielle totale dans le district de Bamako est de 57%. Raison de la non utilisation de la PF parmi les femmes ayant un besoin non satisfait et qui n'ont pas l'intention d'utiliser la PF à l'avenir :

Environ 46% des femmes ayant un besoin non satisfait en PF n'ont pas l'intention d'utiliser à l'avenir, un niveau relativement élevé. Les raisons sont diverses. Parmi les femmes ayant un besoin non satisfait en PF souhaitant espacer les naissances qui n'ont pas l'intention d'y avoir recours à l'avenir, 38% indiquent une opposition religieuse, culturelle, familiale ou personnelle ; 19% ne connaissent pas une méthode ou de source de planification familiale ; 16% indiquent des raisons liées aux méthodes principalement des soucis de santé ou la peur d'effets secondaires, comme raison de ne pas utiliser la PF à l'avenir.

Conclusion

L'utilisation des méthodes contraceptives modernes reste et demeure faible dans la ville de Lubumbashi qui s'expliquerait par le manque d'information dont disposent les femmes sur la planification familiale. Cependant que la santé de la reproduction est généralement considérée comme un domaine prioritaire dans le monde entier. La femme en venant en consultations a son droit sur le PF, à savoir : le droit à l'information d'accès aux services de PF de qualité de choisir à la sécurité à préserver son intimité à la confidentialité à la dignité au confort à la continuité des soins à exprimer son opinion. Dans la plus part des formations sanitaires, des responsables ont pris des mesures pratiques pour que ces droits soient respectés.

Conflits d'intérêt : Aucun.

4. Machiyama K, Obare F, Chandra-Mouli V, Chou D, Festin M, Khosla R, *et al.* Accélérer l'adoption de la planification familiale volontaire et fondée sur les droits dans les pays en développement. 2018;
5. Tounkara MS, Ingabire R, Comeau DL, Karita E, Allen S, Nyombayire J, *et al.* A mixed-methods study of factors influencing postpartum intrauterine device uptake after family planning counseling among women in Kigali, Rwanda. *PLoS One.* 2022; 17(1 l):e0276193.
6. CAFI. Initiative pour la forêt de l'Afrique centrale. Soutien à la planification familiale – RD Congo. 2020. Accessible sur : www.cafi.org/fr/pays-partenaires/democratic-republic-congo/scaling-family-planning#:~:text=La%20RDC%20a%20élaboré%20en,au%20moins%2050%20%25%20avant%202050.
7. Sanni MA. Niveaux et tendances des besoins non satisfaits de planification familiale au Bénin: Facteurs explicatifs et changements dans le temps. *African Population Studies*, 2011 ;25(2).
8. Sidibé I. Connaissances, attitudes et pratiques comportementales des ménages de la commune urbaine de Yanfolila en matière de la planification familiale. 2015.
9. Planning Familiale en RDC. Statut Légal de la Planification Familiale. Programme de Planification Familiale en République Démocratique du Congo. Kinshasa; PF en RDC. 2020. Accessible sur : [www.Position du gouvernement sur la planification familiale \(planificationfamiliale-rdc.net\)](http://www.Position du gouvernement sur la planification familiale (planificationfamiliale-rdc.net)).
10. UNFPA RDC. Le Pouvoir du choix : la planification familiale en RDC, éléments clés. 2019.
11. USAID. Renforcement des services de planification familiale en RDC Une approche communautaire. 2019. Accessible sur : www.mcsprogram.org/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/06/MCSP-DRC_FP-PPFP-Uptake_Technical-Brief-FINAL_-French.pdf.
12. Senarath U, Fernando DN, Rodrigo I. Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine & International Health.* 2006; 11 (9): 1442-51.