



CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES RESPONSABLES DES MÉNAGES SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES DANS L'AIRE DE SANTÉ HIMBI, GOMA (RDC)

ODINGA EPUNGU Michel, BAGUMA BAHATI Micheline, ZAWADI MUGOLI Isabelle, KAVIRA MALENGERA Céline

Institut Supérieur des Techniques Médicales de Goma (RDC) pour les trois premiers et Université de Goma (RDC) pour la dernière

Résumé :

Les méthodes contraceptives modernes constituent un levier majeur pour la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, l'autonomisation des femmes et la promotion de la santé reproductive. Cette étude vise à évaluer les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des responsables des ménages vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes dans l'aire de santé de Himbi, à Goma. Une étude descriptive transversale a été réalisée auprès de 394 ménages sélectionnés par échantillonnage probabiliste mixte. Les données, recueillies par questionnaire et analysées à l'aide du logiciel SPSS 25, révèlent que 54,6 % des répondants sont des femmes, majoritairement âgées de 31-35 ans. La pilule est la méthode la plus connue (97,0 %), et le centre de santé représente la principale source d'information (51,0 %). Plus de 52 % utilisent actuellement une méthode moderne, principalement le préservatif masculin (44,7 %). Toutefois, les craintes liées à l'infertilité et le manque d'information demeurent des freins importants. L'étude souligne la nécessité de renforcer l'éducation sexuelle communautaire et d'impliquer davantage les hommes dans les programmes de planification familiale.

Mots-clés : Méthodes contraceptives modernes – Connaissances – Attitudes – Pratiques – Santé reproductive – Goma.

Abstract

Modern contraceptive methods are a key lever for reducing maternal and neonatal mortality, empowering women, and promoting reproductive health. This study assesses the knowledge, attitudes and practices (KAP) of household heads toward modern contraceptive methods in the Himbi Health Area, Goma. A cross-sectional descriptive study was conducted among 394 households selected through mixed probabilistic sampling. Data collected via structured questionnaires were analyzed using SPSS 25. Results show that 54.6 % of respondents are female, mostly aged 31-35. The pill is the most known method (97 %), and health centers are the main source of information (51 %). Over 52 % currently use a modern contraceptive method, mainly male condoms (44.7 %). Nevertheless, fear of infertility and lack of information remain major barriers. Strengthening community education and engaging men in reproductive-health programs are crucial to increasing uptake.

Keywords: Modern contraceptive methods – Knowledge – Attitudes – Practices – Reproductive health – Goma.

Digital Object Identifier (DOI): <https://doi.org/10.5281/zenodo.18093234>

1 Introduction

La planification familiale constitue aujourd’hui l’un des piliers fondamentaux de la santé publique mondiale et un déterminant majeur du développement durable. Selon l’Organisation mondiale de la santé (OMS, 2023), l’accès universel aux méthodes contraceptives modernes permettrait non seulement de prévenir près de 70 % des grossesses non désirées, mais aussi de réduire de 74 % le nombre d’avortements à risque, principales causes de morbidité et de mortalité maternelles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Au-delà de sa fonction biologique, la contraception est un instrument d’autonomisation sociale : elle favorise la scolarisation des filles, la participation économique des femmes et la planification équilibrée des naissances dans le foyer.

Dans les pays en développement, les besoins non satisfaits en planification familiale demeurent considérables. Le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA, 2022) estime qu’environ 218 millions de femmes en âge de procréer souhaiteraient éviter une grossesse mais n’utilisent aucune méthode moderne de contraception. Ce déficit est particulièrement marqué en Afrique subsaharienne, où les obstacles économiques, culturels et logistiques limitent encore

l'accès aux services de santé reproductive. Le continent présente un taux moyen d'utilisation des méthodes modernes de seulement 24 %, contre plus de 60 % en Asie de l'Est et 70 % en Amérique latine. Cette disparité illustre les inégalités mondiales persistantes en matière de droits sexuels et reproductifs.

En République démocratique du Congo (RDC), malgré l'existence du Programme national de la santé de la reproduction (PNSR) et l'appui constant des partenaires internationaux, la couverture contraceptive reste faible. Selon l'Enquête démographique et de santé (EDS-RDC, 2021), seulement 21 % des femmes mariées utilisaient une méthode moderne, tandis que plus de 60 % déclaraient avoir des besoins non satisfaits. Plusieurs déterminants concourent à cette situation : la faible sensibilisation, la pauvreté des ménages, l'insuffisance des prestataires formés, la persistance des croyances religieuses restrictives et les tabous culturels entourant la sexualité féminine. L'usage de la contraception demeure souvent perçu comme une menace pour la fertilité, la fidélité conjugale ou encore la bénédiction divine, rendant difficile son acceptation sociale.

Dans la province du Nord-Kivu, ces défis sont amplifiés par l'instabilité sécuritaire et les déplacements récurrents de populations. L'accès aux structures de santé est inégal, et les femmes en âge de procréer subissent une double vulnérabilité : économique et symbolique. Les statistiques locales indiquent une fécondité moyenne de 6,6 enfants par femme et un taux élevé de grossesses précoces et non planifiées, principalement dans les milieux urbains défavorisés. La zone de santé de Goma illustre cette réalité : la densité démographique y est forte, mais les services de planification familiale demeurent sous-utilisés.

Dans l'aire de santé de Himbi, quartier à la fois résidentiel et populaire de la ville de Goma, les structures sanitaires rapportent un faible taux de recours volontaire à la contraception, malgré la disponibilité des produits contraceptifs de base. Plusieurs facteurs semblent expliquer cette situation : une connaissance superficielle des méthodes modernes, des attitudes marquées par la méfiance ou la désinformation, et des pratiques souvent influencées par le partenaire masculin ou par les normes communautaires. Les conséquences se traduisent par la persistance des grossesses non désirées, l'augmentation des avortements clandestins et la vulnérabilité socio-économique des ménages.

Face à ce constat, l'étude des connaissances, attitudes et pratiques (CAP) des responsables de ménages à Himbi revêt un intérêt stratégique pour la santé publique. Elle permet d'identifier les déterminants comportementaux, culturels et institutionnels de l'usage contraceptif, et d'apporter des données empiriques utiles à l'élaboration de politiques locales plus inclusives.

Ainsi, la présente recherche se donne pour objectif général d'évaluer les niveaux de connaissances, d'attitudes et de pratiques des responsables de ménages de l'aire de santé Himbi concernant les méthodes contraceptives modernes, afin d'éclairer les décideurs sur les leviers d'action nécessaires pour améliorer la couverture contraceptive et promouvoir une équité durable d'accès aux services de santé reproductive en République démocratique du Congo.

2 Méthodologie

2.1 Type et cadre de l'étude

La présente étude s'inscrit dans une approche quantitative descriptive et transversale, visant à analyser les connaissances, attitudes et pratiques des responsables de ménages en matière de contraception moderne. Elle a été réalisée du 2 mars au 2 août 2025 dans l'aire de santé Himbi, l'une des principales aires de la zone de santé de Goma, située dans la province du Nord-Kivu, à l'est de la République démocratique du Congo.

L'aire de santé Himbi constitue une unité administrative urbaine caractérisée par une forte densité démographique et une grande diversité socio-économique. Selon le recensement sanitaire de 2025, elle compte environ 89 230 habitants répartis dans trois cellules : Universitaire, Bukavu et Lumumba, elles-mêmes subdivisées en onze avenues. Himbi abrite plusieurs structures de soins (publiques et privées) offrant des services de santé reproductive, mais avec une fréquentation inégale selon les quartiers. Ce contexte urbain semi-formel, marqué par la promiscuité et la pauvreté, en fait un terrain d'étude pertinent pour l'analyse des comportements reproductifs et de la planification familiale.

Le choix de ce cadre d'étude se justifie également par la coexistence de populations de profils socio-économiques variés — étudiants, commerçants, fonctionnaires, chômeurs — offrant ainsi une représentativité des différentes réalités urbaines du Nord-Kivu.

2.2. Population et échantillonnage

2.2.1. Population cible et critères d'inclusion

La population cible comprend les responsables de ménages, hommes et femmes âgés de 18 à 45 ans, résidant de manière permanente dans l'aire de santé Himbi pendant la période d'enquête. Ont été inclus dans l'étude tous les individus remplissant ces critères et ayant donné leur consentement libre et éclairé. Les personnes temporairement hébergées, les visiteurs de passage ou celles incapables de répondre correctement au questionnaire (pour des raisons linguistiques ou cognitives) ont été exclues.

Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz pour les études descriptives :

$$n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{d^2}$$

où :

$Z = 1,96$ correspond au niveau de confiance de 95 % ;

$p = 0,5$ (proportion supposée des ménages connaissant les méthodes modernes) ;

$d = 0,05$ (marge d'erreur).

En appliquant cette formule, un effectif de 384 participants a été obtenu, majoré de 10 % pour tenir compte d'éventuelles non-réponses, soit 394 répondants au total. Cette taille d'échantillon offre une puissance statistique suffisante pour assurer la validité des résultats et leur généralisation au niveau de l'aire de santé.

Technique d'échantillonnage

L'échantillonnage adopté est probabiliste mixte, combinant une sélection en grappes et un tirage aléatoire systématique.

Premier degré (grappes) : les trois cellules administratives de Himbi ont été considérées comme grappes primaires.

Second degré (tirage aléatoire) : neuf avenues ont été choisies de manière aléatoire à partir de la liste exhaustive des avenues de chaque cellule.

Troisième degré (systématique) : à l'intérieur de chaque avenue sélectionnée, un ménage sur k a été enquêté selon un intervalle déterminé après un relevé cartographique préliminaire.

Cette méthode a permis d'assurer une représentativité équilibrée entre les différentes zones de l'aire de santé, tout en limitant les biais de sélection.

2.3. Outils et techniques de collecte des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire semi-structuré, élaboré par les chercheurs sur la base d'études antérieures et validé par des experts en santé publique et en santé reproductive. Il comportait quatre sections principales :

Caractéristiques sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'instruction, profession, statut matrimonial, nombre d'enfants, etc.

Connaissances : identification des méthodes contraceptives modernes connues, compréhension du mode d'action, efficacité perçue et sources d'information.

Attitudes : perception de l'utilité des méthodes, acceptabilité sociale, croyances, prise de décision au sein du couple, influence religieuse ou culturelle.

Pratiques : utilisation actuelle et antérieure des méthodes, motifs de non-usage, lieu d'approvisionnement et obstacles rencontrés.

Les entretiens ont été réalisés en face-à-face par une équipe de cinq enquêteurs formés, utilisant l'application mobile Kobo Collect pour la saisie directe des réponses. Cette méthode numérique a permis de limiter les erreurs de transcription et d'assurer la qualité et la fiabilité des données.

2.4. Traitement et analyse de données

Après la phase de collecte, les données ont été exportées depuis Kobo Collect vers Microsoft Excel pour le nettoyage et la codification, puis analysées à l'aide du logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 25.

L'analyse a comporté deux étapes :

- Analyse descriptive : calcul des fréquences, pourcentages et moyennes pour décrire les variables d'intérêt (sexe, âge, niveau d'instruction, connaissance, attitude et pratique).
- Analyse interprétative : comparaison des tendances observées avec les résultats d'études antérieures afin d'évaluer la cohérence et la portée des résultats locaux.

Les résultats ont été présentés sous forme de tableaux et de figures pour faciliter la lecture et la compréhension des données, conformément aux standards de présentation des articles scientifiques.

2.4.1. Considérations et éthiques

L'étude a été conduite dans le strict respect des principes éthiques de la recherche impliquant des êtres humains. Avant chaque entretien, les objectifs de l'étude, la confidentialité des réponses et le droit au retrait libre de participation ont été clairement expliqués aux participants. Un consentement libre, volontaire et éclairé a été obtenu verbalement ou par signature lorsque cela était possible.

L'anonymat des participants a été garanti par un codage alphanumérique des questionnaires, sans mention d'identité nominative. Les données ont été stockées sur un serveur sécurisé accessible uniquement aux chercheurs.

Enfin, le protocole a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la zone de santé de Goma et l'autorisation administrative des autorités locales de l'aire de santé Himbi, conformément aux recommandations du PNSR-RDC en matière d'enquêtes sur la santé reproductive.

3. Résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Au total, 394 responsables de ménages ont participé à l'enquête. La majorité des participants étaient de sexe féminin, représentant 54,6 % de l'échantillon, contre 45,4 % d'hommes. Cette légère prédominance féminine s'explique par la plus grande disponibilité des femmes au moment de la collecte des données, mais également par leur rôle central dans la gestion de la santé reproductive au sein du ménage.

En termes d'âge, la tranche de 31 à 35 ans a été la plus représentée (32,7 %), suivie de celles de 26–30 ans (19,5 %) et de plus de 35 ans (31,7 %). Ce profil relativement jeune traduit la structure démographique de la population urbaine de Himbi, composée majoritairement d'adultes en âge de procréer.

S'agissant du niveau d'instruction, la moitié des enquêtés (50 %) ont atteint le niveau secondaire, tandis que 37,5 % ont fait des études supérieures et 12,4 % ont un niveau primaire ou nul. Ce niveau éducatif relativement élevé suggère une bonne capacité de compréhension des messages de santé publique, bien que cela ne garantisse pas automatiquement une adoption effective des comportements préventifs.

Concernant la situation professionnelle, environ un tiers des répondants (33,2 %) étaient sans emploi au moment de l'enquête, 28,4 % exerçaient des activités commerciales, et 24,9 % étaient des fonctionnaires. Ce taux de chômage élevé reflète la précarité socio-économique urbaine et pourrait influencer la capacité des ménages à accéder aux services de santé reproductive.

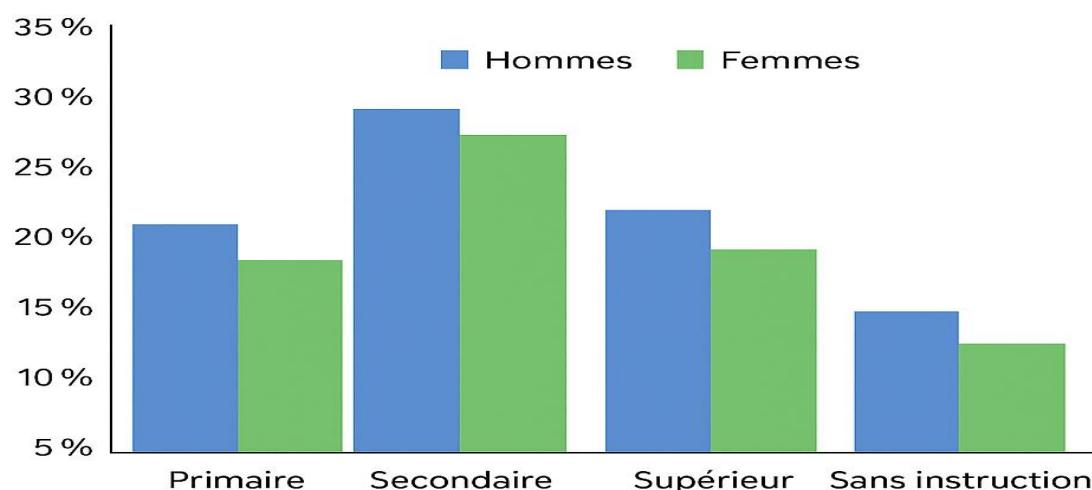


Figure 1: Répartition des répondants selon le sexe et le niveau d'instruction.

Source : *Données d'enquête, Aire de santé Himbi, 2025.*

3.2. Connaissances sur les méthodes contraceptives modernes

L'étude révèle un niveau global de connaissance relativement satisfaisant, bien que centré sur un nombre limité de méthodes. La pilule contraceptive est la plus connue (97,0 % des enquêtés), suivie du préservatif masculin (54,7 %) et, dans une moindre mesure, de l'implant (16,2 %) et du DIU (5,4 %). Les méthodes féminines (préservatif féminin, diaphragme) et la contraception d'urgence demeurent très peu citées (< 10 %).

Les principales sources d'information identifiées sont le centre de santé (51,0 %), l'école (27,4 %), la radio/télévision (11,2 %), l'internet (5,6 %) et les amis ou la famille (4,8 %). Ces données confirment le rôle central des structures sanitaires dans la diffusion des messages sur la planification familiale, mais montrent aussi que les médias communautaires restent sous-exploités comme vecteurs de sensibilisation.

Par ailleurs, une faible proportion d'enquêtés (environ 48,5 %) a déclaré n'avoir jamais entendu parler des méthodes contraceptives modernes, ce qui traduit la persistance de zones de méconnaissance malgré la disponibilité de l'information.

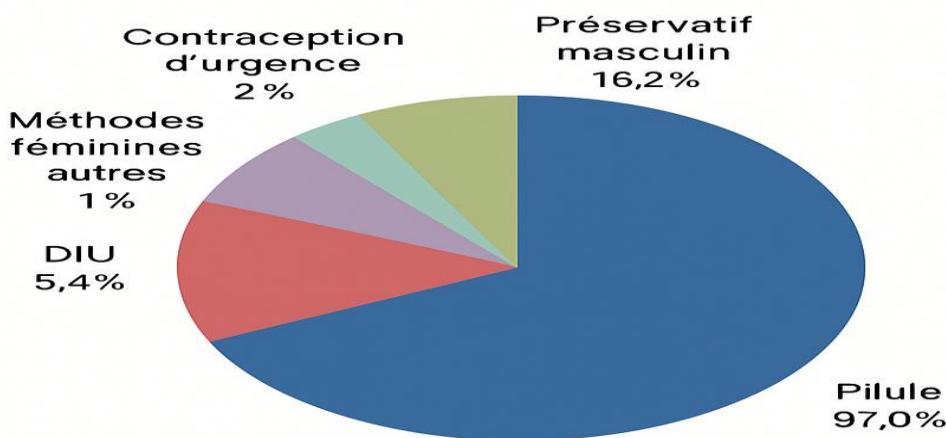


Figure 2: Distribution des méthodes contraceptives modernes connues par les enquêtés.

Source : *Données d'enquête, Himbi 2025.*

3.3. Attitudes vis-à-vis des méthodes contraceptives modernes

Les résultats montrent des attitudes contrastées à l'égard de la contraception moderne. Près de 42,6 % des participants considèrent ces méthodes comme utiles pour la planification familiale et la santé des femmes, tandis que 34,5 % expriment des réserves, et 22,8 % restent sans avis. Ces proportions témoignent d'un niveau de sensibilisation encore incomplet et d'une ambivalence marquée dans la perception sociale de la contraception.

S'agissant de la prise de décision, 47,9 % des répondants estiment que l'homme doit décider de l'usage ou non d'un contraceptif, contre 25,6 % qui prônent la décision conjointe et seulement 22,3 % qui reconnaissent à la femme ce pouvoir décisionnel. Ces résultats traduisent une forte inégalité de genre dans la gouvernance de la santé reproductive et confirment la persistance d'un modèle patriarcal dans les couples urbains de Himbi.

Concernant les freins à l'utilisation, les peurs liées à l'infertilité arrivent en tête (30,7 %), suivies des effets secondaires perçus (27,7 %), du manque d'information (25,1 %) et de l'opposition du conjoint (9,9 %). Quelques enquêtés (6,6 %) évoquent la dimension religieuse ou morale, considérant la contraception comme un péché. Ces perceptions reflètent la persistance de croyances et de tabous ancrés dans les représentations culturelles locales.

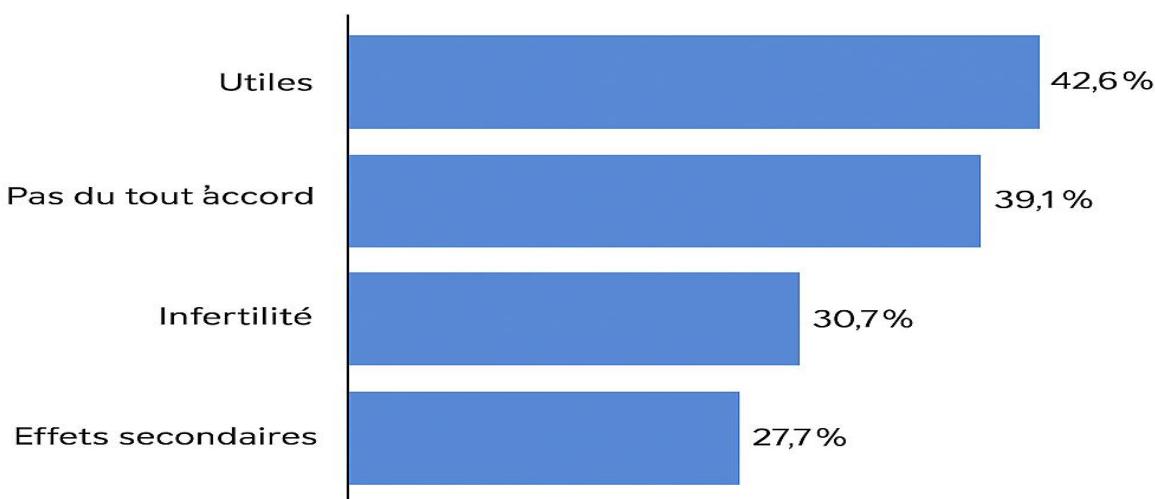


Figure 3: Principales perceptions et craintes liées à l'usage des méthodes contraceptives modernes.

Source : Données d'enquête, Himbi 2025.

3.4. Pratiques contraceptives des responsables de ménages

Les données indiquent que 52,3 % des participants utilisent actuellement une méthode contraceptive moderne, tandis que 47,7 % n'en utilisent aucune. Parmi les utilisateurs, les préservatifs masculins sont les plus fréquemment employés (44,7 %), suivis de la pilule orale (39,3 %), de l'implant sous-cutané (24,8 %) et du DIU (5,8 %).

La pharmacie privée est la principale source d'approvisionnement (45,7 %), devant le centre de santé public (31,7 %) et les cliniques privées (20,1 %). Cette prépondérance du secteur privé traduit un besoin de confidentialité et de rapidité dans l'accès aux contraceptifs, mais peut aussi

révéler une défiance envers les structures publiques jugées parfois indiscrètes ou moins accueillantes.

Parmi les non-utilisateurs, les raisons les plus souvent évoquées sont le manque d'information (37,2 %), le désir d'avoir des enfants (31,4 %) et l'opposition du partenaire (25,0 %). Ces résultats soulignent que l'accès matériel aux contraceptifs n'est pas le seul enjeu : les dimensions sociales, psychologiques et culturelles jouent un rôle déterminant dans l'adoption ou le rejet des méthodes modernes.

Enfin, 53,0 % des répondants ont déclaré avoir déjà utilisé une méthode contraceptive dans le passé, ce qui laisse supposer un certain dynamisme dans les comportements reproductifs, bien que l'usage reste souvent intermittent et dépendant des contextes conjugaux ou économiques.

4. Discussion

Les résultats de la présente étude révèlent un niveau d'utilisation des méthodes contraceptives modernes globalement encourageant dans l'aire de santé de Himbi. En effet, 52,3 % des responsables de ménages interrogés ont déclaré faire usage d'une méthode moderne au moment de l'enquête. Ce taux se situe largement au-dessus de la moyenne nationale rapportée par l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC, 2021), qui était de 21 %, et dépasse également celui observé à Kadutu (20 %) dans la province du Sud-Kivu selon Kavira et al. (2015). Ces écarts pourraient s'expliquer par la position urbaine de Himbi, où l'offre de services de planification familiale est plus développée, la densité des structures sanitaires plus élevée et les campagnes d'éducation sanitaire plus fréquentes.

Toutefois, malgré cet usage relativement satisfaisant, l'analyse détaillée montre que la connaissance des méthodes contraceptives reste incomplète et sélective. La pilule et le préservatif masculin demeurent largement prédominants (respectivement 97 % et 54,7 %), alors que les méthodes à longue durée d'action – notamment le dispositif intra-utérin (DIU) et l'implant – restent peu connues ou mal perçues. Ce constat rejoint les observations de Zabsonré (2021) au Burkina Faso, qui souligne que la prédominance de la pilule traduit à la fois une familiarité culturelle et la facilité d'accès, mais aussi un déficit d'information sur la diversité des options disponibles. Des études similaires menées au Mali (Diakité et al., 2018) et au Niger (Abdoulaye et al., 2020) ont également mis en évidence la persistance d'un savoir limité, centré sur les méthodes les plus anciennes et les plus visibles.

La présente recherche confirme également que les attitudes vis-à-vis de la contraception moderne demeurent ambivalentes, oscillant entre adhésion partielle et résistance culturelle. Près

de la moitié des participants (47,9 %) estiment que la décision d'utiliser ou non un contraceptif revient à l'homme seul, une tendance déjà documentée par Koffi (2019) en Côte d'Ivoire et Mbuyi (2021) à Kinshasa. Ce schéma décisionnel génré traduit la persistance de rapports de pouvoir inégaux au sein des couples et illustre le poids du patriarcat dans la gestion de la santé reproductive. Il en découle que les femmes, bien qu'informées, n'ont pas toujours la liberté d'adopter une méthode selon leur propre volonté. Cette réalité limite l'efficacité des programmes de planification familiale s'ils ne tiennent pas compte de la dimension masculine du processus décisionnel.

Un autre point majeur de l'étude est la peur persistante de l'infertilité et des effets secondaires, citée par plus d'un tiers des répondants comme principal obstacle à l'utilisation régulière des méthodes modernes. Ce phénomène, également rapporté par Soumah (2020) en Guinée, s'enracine dans un système de croyances traditionnelles où la fertilité représente une valeur symbolique et sociale forte, gage de bénédiction et de continuité lignagère. Dans ces contextes, toute pratique perçue comme interférant avec la fécondité est moralement suspecte. Il apparaît donc nécessaire d'adopter des stratégies d'éducation sanitaire participatives, qui privilégient le dialogue communautaire et la clarification des fausses croyances, notamment à travers les leaders religieux et coutumiers, dont l'influence sociale demeure considérable.

Par ailleurs, la prédominance des pharmacies privées comme point principal d'approvisionnement (45,7 %) met en lumière deux phénomènes concomitants : d'une part, la recherche de confidentialité par les usagers, et d'autre part, une crainte de stigmatisation dans les structures publiques. Cette préférence pour le secteur privé, observée également par Ntambue et al. (2017), interroge sur la qualité de l'accueil et la confidentialité dans les établissements publics. Une formation ciblée des prestataires de santé à la communication empathique et à la gestion non stigmatisante des clients contraceptifs apparaît dès lors indispensable.

Enfin, bien que les résultats témoignent d'une tendance positive vers une meilleure appropriation des méthodes contraceptives, l'étude met en évidence des disparités selon le sexe, le niveau d'instruction et la situation économique. Les femmes plus instruites et les ménages disposant d'un revenu stable sont davantage enclins à utiliser une méthode moderne. Ces résultats confirment la thèse selon laquelle l'éducation et l'autonomie économique constituent des leviers déterminants pour la promotion de la santé reproductive (UNFPA, 2022 ; OMS, 2023).

En résumé, la situation observée à Himbi traduit une dynamique d'évolution encourageante mais encore freinée par des barrières culturelles, cognitives et institutionnelles. L'action publique devrait désormais s'inscrire dans une approche multisectorielle associant les structures sanitaires, les écoles, les médias et les autorités locales, afin de transformer les connaissances en comportements durables.

5. Conclusion et recommandations

5.1. Conclusion

Cette étude met en lumière une adoption progressive mais inégale des méthodes contraceptives modernes dans l'aire de santé de Himbi. Les niveaux de connaissance, d'attitude et de pratique témoignent d'une ouverture croissante des ménages à la planification familiale, mais aussi d'une persistance de résistances liées à la culture, à la religion et à la désinformation. Malgré la disponibilité des services et des produits contraceptifs, l'utilisation demeure souvent irrégulière, influencée par la peur de l'infertilité, les effets secondaires perçus et le poids de la décision masculine.

Les conclusions tirées suggèrent que la planification familiale ne peut être envisagée uniquement comme une question de santé, mais comme un enjeu social, culturel et éducatif global. Une politique efficace doit donc conjuguer accès matériel, information adaptée et changement des normes de genre.

5.2. Recommandations

Renforcer l'éducation sexuelle communautaire, en intégrant des modules de planification familiale dans les programmes scolaires et les activités des centres de santé ;

Impliquer les hommes et les leaders religieux dans les campagnes de sensibilisation pour lever les tabous et encourager la décision partagée au sein du couple ;

Diversifier l'offre contraceptive en rendant accessibles les méthodes à longue durée d'action (DIU, implants, injectables) et en assurant un approvisionnement constant ;

Former les prestataires de santé à une communication bienveillante, fondée sur l'écoute et le respect de la confidentialité, afin de réduire la méfiance vis-à-vis des structures publiques ;

Renforcer la collaboration entre acteurs publics et privés, en encourageant la distribution sécurisée de contraceptifs à travers les pharmacies, les ONG et les associations locales ;

Développer des programmes de suivi post-conseil, permettant d'accompagner les nouveaux utilisateurs dans la gestion des effets secondaires et la fidélisation des pratiques contraceptives.

La réussite de ces actions repose sur une approche participative et inclusive, mobilisant la communauté dans son ensemble. À travers un engagement conjoint des autorités sanitaires, des leaders communautaires et des populations, il devient possible d'améliorer durablement la santé reproductive, de réduire les grossesses non désirées et de contribuer à l'épanouissement socio-économique des familles de l'aire de santé Himbi et, plus largement, de la RDC.

6. Table des figures

Figure 1: Répartition des répondants selon le sexe et le niveau d'instruction. Source : Données d'enquête, Aire de santé Himbi, 2025.	7136
Figure 2: Distribution des méthodes contraceptives modernes connues par les enquêtés. Source : Données d'enquête, Himbi 2025.	7137
Figure 3: Principales perceptions et craintes liées à l'usage des méthodes contraceptives modernes. Source : Données d'enquête, Himbi 2025.	7138

REFERENCES

- [1] Abdoulaye, M., et al. (2020). *Facteurs associés à l'utilisation de la contraception moderne à Niamey*. Niger Santé Publique.
- [2] Diakité, S., et al. (2018). *Connaissances des ménages sur la contraception au Mali*. Revue Santé Sahel.
- [3] Kavira, C. M., et al. (2015). *Évaluation des connaissances, attitudes et pratiques de la population de Kadutu en planification familiale*. Journal Plus Vert des Sciences Médicales, 5(2), 33–42.
- [4] Kasereka, V. (2022). *Connaissances, attitudes et pratiques contraceptives en RDC*. Université de Goma.
- [5] Koffi, Y. (2019). *Perceptions masculines de la contraception à Abidjan*. Thèse de doctorat, Côte d'Ivoire.
- [6] Mbuyi, K. (2021). *Religions et attitudes contraceptives à Kinshasa*. RDC.
- [7] Ntambue, A. M., et al. (2017). *Use of modern contraceptive methods in the DR Congo: prevalence and barriers*. Pan African Medical Journal, 26, 199.
- [8] OMS. (2023). *Family Planning / Contraception Fact Sheet*. <https://www.who.int>
- [9] UNFPA. (2022). *Profil provincial Santé Reproductive – RDC*. <https://www.unfpa.org>