



Effet des méthodes traditionnelles et modernes sur le planning familial dans la zone de santé de Beni

Katembo Tsongo Jules¹ et Nziavake Siherya Darcile²

Résumé

Cette étude mixte descriptive et comparative menée à Beni (janvier–juin 2024) analyse l'effet des méthodes traditionnelles et modernes sur l'adoption, la continuité et le choix contraceptifs chez les femmes de 15–50 ans. 400 femmes ; dont 126 femmes étaient ≥ 60 ans étaient sélectionnées pour récolter les données. Résultats montrent que les méthodes traditionnelles sont rares (88 %, rarement utilisées, et 12 % seulement disent avoir utiliser quelquefois »). L'usage des méthodes modernes est intermittent dont 64 % quelquefois et 36 % fréquemment. L'usage soutenu concerne surtout implants (32 % souvent, 68 % fréquemment), pilules (100 % fréquemment), MAMA (92 %) et SDM/collier (96 %), alors que DIU et coït interrompu sont utilisées à 68 %, contraception d'urgence 72 %, vasectomie 100 %, diaphragme 96 %, et spermicides 88 %. La connaissance des méthodes modernes est élevée (60 % « quelquefois », 36 % « fréquemment », 4 % « souvent), mais la connaissance des effets secondaires demeure limitée (36 % rarement et 36 % quelquefois). Ainsi, malgré une connaissance élevée des méthodes modernes, la pratique demeure intermittente, ce qui exige de renforcer un counseling droits-basé centré sur les effets, de démystifier les croyances, d'améliorer l'accessibilité (subventions/proximité) et de promouvoir LARC/DIU et la double protection afin d'accroître l'adhésion et la continuité.

Mots-clés : méthodes modernes ; méthodes traditionnelles ; préservatifs ; contraception d'urgence ; effets secondaires ; double protection ; accessibilité/coûts ; zone de sante de Beni

Abstract

This mixed-methods, descriptive, and comparative study conducted in Beni (January–June 2024) analyzes the effects of traditional and modern methods on contraceptive adoption, continuation, and choice among women aged 15–50. A total of 400 women were included; among them, 126 women aged ≥ 60 were selected for data collection. Results show that traditional methods are rare (88% “rarely used,” and only 12% report using them “sometimes”). Use of modern methods is intermittent, with 64% “sometimes” and 36% “frequently.” Sustained use is concentrated in implants (32% “often,” 68% “frequently”), pills (100% “frequently”), LAM/MAMA (92%), and SDM/cycle beads (96%), whereas IUD and withdrawal are reported at 68%, emergency contraception 72%, vasectomy 100%, diaphragm 96%, and spermicides 88%. Knowledge of modern methods is high (60% “sometimes,” 36% “frequently,” 4% “often”), but knowledge of side effects remains limited (36% “rarely” and 36% “sometimes”). Thus, despite high awareness of modern methods, practice remains intermittent, requiring strengthened rights-based counseling focused on side effects,

¹ Enseignant à ISTM Beni, et à Open Learning University Beni, <katembotsongo@gmail.com>

² Enseignante à Open Learning University Beni, <darcilenziavake001@gmail.com>,

demystification of beliefs, improved accessibility (subsidies/proximity), and promotion of LARC/IUD and dual protection to increase uptake and continuation.

Keywords: modern methods; traditional methods; condoms; emergency contraception; side effects; dual protection; accessibility/costs; Beni Health Zone.

Introduction

À l'échelle mondiale, les besoins en planification familiale demeurent élevés : en 2021, sur 1,9 milliard des femmes en âge de procréer (15–49 ans), 1,1 milliard avaient besoin de services de planning familial ; 874 millions utilisaient une méthode moderne et 164 millions n'avaient pas accès à la contraception souhaitée (OMS, 2023). La proportion de femmes recourant aux méthodes modernes est restée proche de 77 % dans le monde entre 2015 et 2022, avec une progression de 52 % à 58 % en Afrique subsaharienne (UNDESA, 2022).

Les méthodes de contraception se répartissent classiquement en méthodes modernes (p. ex. stérilisation, pilule, DIU, injectables, implants, préservatifs, MAMA, etc.) et méthodes dites « traditionnelles » (p. ex. abstinence périodique, retrait), auxquelles s'ajoutent des pratiques populaires dans certains contextes (Ashford, 2003). Malgré une connaissance souvent élevée des méthodes, l'usage effectif et le « panier de méthodes » restent hétérogènes. En Haïti, une enquête rétrospective montre une connaissance quasi universelle d'au moins une méthode (100 %), davantage pour les modernes que pour les traditionnelles (100 % vs 83 %), mais une utilisation au cours de la vie qui demeure modérée et différenciée par âge (OPS & UNFPA, 2020).

Au Rwanda, les années 1980–2000 ont été marquées par des programmes successifs de PF ; la connaissance des méthodes modernes y était très élevée chez les femmes comme chez les hommes, alors que la prévalence contraceptive restait relativement modeste, avec des choix orientés vers le condom, les injectables et la pilule, et une notoriété moindre pour les implants et le DIU (Ministère de la Santé du Rwanda, 2013). Les principaux freins rapportés incluent la crainte d'effets secondaires, des considérations de fécondité, l'opposition du partenaire et des motifs religieux (OPS & UNFPA, 2020). En République Démocratique du Congo, l'Arrêté n° 1250/CAB/MIN/SPHP/003/PEP/DIR/2021 encadre l'information, le consentement et l'accès aux méthodes de PF, en reconnaissant les méthodes naturelles (dont le collier du cycle, la température basale, la glaire cervicale, MAMA), les méthodes modernes de courte et longue durée d'action (pilules, préservatifs, injectables, implants, DIU) ainsi que les méthodes chirurgicales (ligature tubaire, vasectomie) (MSPHP, 2021). L'offre est prévue en structures sanitaires et via la distribution à base communautaire.

Dans la zone de santé de Beni, les données récentes indiquent une adhésion de 9,9 % (1 983 utilisatrices) pour une norme attendue de 15–25 %, avec 10,6 % de nouvelles acceptantes de moins de 20 ans (BCZS Beni, 2023). Ce déficit pose plusieurs questions : (i) les effets comparés des méthodes traditionnelles et modernes sur l'adoption et la continuité d'usage ; (ii) l'équité d'accès aux services ; (iii) la préférence effective des femmes entre méthodes modernes et traditionnelles ; (iv) les obstacles spécifiques (individuels, conjugaux, religieux, organisationnels) ; et (v) les liens entre caractéristiques sociodémographiques et recours contraceptif.

Analyser les méthodes traditionnelles et des méthodes modernes sur l'adoption, la continuité d'utilisation et le choix du planning familial chez les femmes en âge de procréer dans la zone de santé de Beni.

Revue de la littérature

Les recherches récentes sur le planning familial s'appuient sur trois cadres majeurs :

Approche droits-basée et qualité de la prise en charge. L'OMS a formalisé des lignes directrices pour garantir le respect, la protection et la réalisation des droits humains dans l'offre de la contraception (accès, non-discrimination, confidentialité, choix éclairé) ; ce cadre complète et opérationnalise le modèle qualité de Bruce-Jain (choix de méthodes, information, compétence technique, relation interpersonnelle, suivi/continuité, organisation des services). Ces références structurent l'analyse des « effets » non seulement en termes d'efficacité contraceptive, mais aussi de satisfaction, de poursuite d'utilisation et d'équité d'accès (World Health Organization, 2014 ; Bruce, 1990 ; Jain & Hardee, 2018).

Choix contraceptif et poursuite d'utilisation. Les travaux sur la qualité du conseil montrent qu'un conseil centré sur la personne et un élargissement du choix (notamment vers les méthodes réversibles de longue durée, LARC) améliorent l'initiation et la continuation, avec des effets mesurables sur les grossesses non désirées (Nelson et al., 2022 ; Winner et al., 2012).

Auto-soins et innovations de prestation. Les orientations OMS sur les interventions d'auto-soins intègrent, entre autres, l'auto-injection du DMPA-SC (Sayana Press) pour réduire les barrières de service et augmenter la continuation (World Health Organization, 2022). Des essais randomisés montrent une meilleure continuation à 12 mois avec l'auto-injection (p. ex., 69 % vs 54 % dans un ECR en milieu clinique ; Kohn et al., 2018 ; voir aussi Burke et al., 2018 au Malawi) (Kohn et al., 2018 ; Burke et al., 2018).

Méthodes modernes

Sont considérées modernes les méthodes dont l'innocuité/efficacité est démontrée et normalisée (OMS/MEC ; OMS/SPR ; *Global Handbook*) : pilules, injectables, implants, DIU au cuivre ou hormonal, préservatifs, contraception d'urgence, stérilisation, ainsi que certaines méthodes naturelles validées comme la MAMA/LAM et la méthode des Jours Fixes (SDM/« collier du cycle ») lorsqu'elles sont utilisées correctement (WHO, 2015 ; WHO, 2016 ; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018 ; UNICEF, s.d.).

Méthodes traditionnelles

On regroupe sous traditionnelles les pratiques telles que coït interrompu et abstinence périodique (au sens DHS/MICS) ; des pratiques ethnomédicales (tisanes, rituels, objets) sont décrites localement mais ne figurent pas dans les classifications OMS et n'ont pas d'efficacité démontrée par essais ou méta-analyses (Rossier & Corker, 2017).

Paramètres clés d'évaluation

Efficacité (grossesses/100 femmes-années) Très faible avec LARC (implants/DIU) en usage courant ; plus élevée avec méthodes courtes (pilule, injectables, patch/anneau) ; et encore plus élevée avec coït interrompu et abstinence périodique en usage courant (Trussell, 2018 ; Guttmacher Institute, 2020).

Sécurité/éligibilité. Guidée par les MEC (contre-indications) et les SPR (bonnes pratiques d'initiation/suivi) (WHO, 2015 ; WHO, 2016).

Statut de la LAM (MAMA). Classée « moderne » dans de nombreuses analyses et enquêtes lorsqu'elle est pratiquée correctement (≤ 6 mois postpartum, aménorrhée, allaitement exclusif/plein), avec une efficacité ≈ 98 % sous conditions (Labbok et al., 1997 ; UNICEF, s.d.).

SDM (Méthode des Jours Fixes). Destinée aux cycles de 26–32 jours, efficacité démontrée dans des essais et documents de mise en œuvre (Arévalo et al., 2002 ; Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2024).

Autres études

Comparaison moderne vs traditionnelle : efficacité et continuité. L'étude NEJM (cohorte prospective) montre des taux d'échec nettement plus faibles avec les LARC qu'avec pilules/patch/anneau en usage courant, confirmant l'avantage des modernes de longue durée pour prévenir les grossesses non désirées (Winner et al., 2012). Les synthèses cliniques récentes confirment les gradients d'efficacité par type de méthode (Guttmacher Institute, 2020).

Méthodes naturelles validées. *LAM* : essais multicentriques et revues montrent une efficacité ~98 % lorsque les trois critères sont respectés ; au-delà de 6 mois ou en cas de reprise des règles, la protection décroît → transition nécessaire (Labbok et al., 1997). *SDM* : efficacité démontrée et outils de mise en œuvre (collier du cycle) facilitant l'usage correct (Arévalo et al., 2002 ; IRH, 2012).

Prévalence et persistance des méthodes traditionnelles. Malgré l'expansion des modernes, coït interrompu et abstinence périodique demeurent utilisés en Afrique subsaharienne, souvent par préférence culturelle, crainte des effets secondaires ou normes de genre ; ces méthodes présentent des échecs typiques plus élevés (Rossier & Corker, 2017).

Qualité du conseil et effets sur l'usage. Une méta-analyse (Annals of Internal Medicine, 2022) conclut qu'un conseil renforcé et la prestation proactive (y compris au post-partum et post-avortement) augmentent l'utilisation à 3–6 mois sans augmentation des IST ni baisse de l'usage du condom (Nelson et al., 2022). L'auto-injection DMPA-SC présente aussi des taux de continuation supérieurs à 12 mois (p. ex., 69 % vs 54 % dans un ECR) (Kohn et al., 2018 ; Burke et al., 2018).

Biais du prestataire et choix. Des revues documentent des restrictions indues selon l'âge, la parité ou l'état matrimonial, limitant l'accès des adolescentes/jeunes aux méthodes souhaitées (Solo & Festin, 2019).

Raisons de non-utilisation et obstacles perçus. Les analyses multi-pays (DHS/Guttmacher) montrent que l'inquiétude sur les effets secondaires/risques, la faible perception du risque (relations peu fréquentes, allaitement) et l'opposition du partenaire/famille sont des raisons majeures de non-usage, bien plus souvent citées que le coût ou l'accès physique (Sedgh & Hussain, 2014 ; Moreira et al., 2019).

Retombées populationnelles. À l'échelle des pays, l'expansion de l'usage moderne est associée à une réduction marquée des grossesses non désirées et des décès maternels (Ahmed et al., 2012 ; Sully et al., 2020).

Normes et politique de service. Les standards techniques (MEC/SPR) et les outils opérationnels (*Global Handbook*) offrent des recommandations éprouvées pour maximiser les effets positifs (efficacité, sécurité, poursuite d'utilisation) et minimiser les risques (contre-indications, effets indésirables) (WHO, 2015 ; WHO, 2016 ; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018).

Dans la comparaison méthodes traditionnelles vs modernes, la littérature montre un avantage net des modernes sur l'efficacité en usage courant et la prévention des grossesses non désirées, particulièrement avec les LARC. Certaines méthodes naturelles validées (*LAM*, *SDM*) offrent de bons résultats sous conditions strictes et constituent des portes d'entrée ou des options conformes aux préférences de certaines femmes/couples. À l'inverse, des pratiques ethnomédicales non validées, parfois décrites localement, n'ont pas de preuves d'efficacité et ne figurent pas dans les classifications techniques (Winner et al., 2012 ; Labbok et al., 1997 ; Arévalo et al., 2002). Les effets observés dans une zone donnée (ex. Beni) dépendront du mix de méthodes, de la qualité du conseil et de l'absence de biais de prestataire, de la levée des obstacles perçus et des innovations de service (auto-soins, post-partum immédiat) dans un cadre droits-basé (WHO, 2014 ; Nelson et al., 2022)

Méthodologie

Cette étude mixte, descriptive et comparative, a été menée en Zone de Santé de Beni de janvier à juin 2024, selon un devis rétrospectif (clientes enregistrées en 2023) et prospectif (femmes en âge de procréer éligibles à la PF et femmes du 3^e âge détentrices de savoirs traditionnels).

La population cible comprenait les femmes de 15–50 ans (estimées à 108 824, soit 21 % de 518 211 habitants) et les femmes ≥ 60 ans ($\approx 5\,597$, soit 1,08 %). La taille de l'échantillon quantitatif a été calculée par la formule simplifiée de Yamane ($e=0,05$), donnant $n \approx 400$ femmes, tirées par grappes stratifiées non pondérées à raison d'environ 100 femmes par commune (pas de sondage ≈ 272). Pour le qualitatif, un échantillonnage « boule de neige » a recruté 126 participantes du 3^e âge jusqu'à saturation, selon les critères : résider à Beni, âge 15–50 ans ou ≥ 60 ans, consentement libre, intégrité des facultés mentales.

La collecte a combiné une enquête ménagère par questionnaire structuré auprès des femmes de 15–50 ans (Section A : profil sociodémographique ; Section B : connaissances/effets des méthodes modernes, items cotés 5=Souvent à 1=Jamais) et des entretiens guidés, en langue comprise, auprès des femmes du 3^e âge (Section C) pour documenter les pratiques traditionnelles (p. ex. séparation du lit, gestion rituelle d'objets, lavements à base de feuilles, allaitement prolongé).

Les données ont été nettoyées puis analysées par statistiques descriptives (fréquences, pourcentages pour la description de l'échantillon ; moyennes pour les échelles), et par tests d'association au seuil de 5 % : un khi carré d'indépendance $\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_t)^2}{f_t}$ a examiné l'hypothèse « pas de relation significative » entre caractéristiques sociodémographiques et utilisation des méthodes contraceptives.

La validité a été recherchée par un échantillonnage multi-communes et un instrument structuré (items adaptés de plusieurs questionnaires) ; la fiabilité par une administration uniforme (mêmes enquêteurs, mêmes consignes) et la cohérence interne des items. Sur le plan éthique, l'étude a respecté l'information préalable et le consentement éclairé, la confidentialité/anonymat, la participation volontaire avec droit de retrait sans préjudice, et la minimisation des risques ; l'autorisation a été obtenue auprès du Secrétariat académique d'OPENLU et des autorités communales avant le travail de terrain.

Résultats

Des données sociodémographiques

L'analyse du Tableau n°1 : données sociodémographiques présentée uniquement en paragraphes, avec les principaux résultats chiffrés et leurs implications pour le planning familial (PF). L'échantillon comprend 400 femmes (100 % de l'échantillon), ce qui est cohérent avec l'objet de l'étude centré sur les utilisatrices potentielles de la PF. Cette homogénéité sur le genre permet de concentrer l'analyse sur des déterminants intra-féminins – notamment l'âge, la situation matrimoniale, l'instruction, l'occupation et le revenu – sans effet de composition lié aux hommes.

La répartition par âge est dominée par le groupe 25–34 ans (44 %), suivi des 35–44 ans (24 %), des 45–54 ans (20 %) et des 15–24 ans (12 %). En utilisant les milieux de classes, l'âge moyen est ≈ 35 ans et la médiane ≈ 34 ans, avec un intervalle interquartile d'environ 15 ans. Cette structure centrée sur les âges de forte fécondité signale des besoins importants d'espacement chez les 25–34 ans (méthodes réversibles, y compris LARC : implants/DIU) et, pour les 35–54 ans, davantage de limitation ou de longues durées de protection. Le poids relativement plus faible des 15–24 ans (12 %) n'exclut pas des besoins spécifiques (prévention

des IST, méthodes barrières, contraception d'urgence en cas de rapports non protégés), mais suggère que les interventions prioritaires viseront surtout les 25–44 ans.

Concernant l'occupation, 52 % déclarent ne pas avoir d'activité contre 48 % d'actives (28 % employées, 12 % indépendantes, 8 % « travailleuses »). Cette majorité sans occupation traduit une vulnérabilité économique qui peut freiner l'initiation et la continuité d'une méthode moderne (coût direct, transport, temps d'attente). Programmatiquement, cela plaide pour des offres gratuites ou subventionnées, de proximité (distribution communautaire) et pour des méthodes peu chronophages et peu dépendantes des réapprovisionnements fréquents (p. ex. implants/DIU), sous réserve d'une prise en charge du coût initial.

Le statut matrimonial se répartit entre mariées 56 %, veuves 28 %, célibataires 8 % et divorcées 8 %. La prépondérance des mariées met en avant la décision conjointe et l'influence du partenaire sur l'adoption et la continuité d'usage ; le conseil devrait donc intégrer le dialogue de couple et, lorsque pertinent, la présence du conjoint. La proportion élevée de veuves (28 %) peut refléter des trajectoires relationnelles et sexuelles hétérogènes (périodes d'abstinence, nouveaux partenariats), appelant un counseling individualisé sur la protection contre les IST et l'adéquation méthode-profil. Les célibataires et divorcées (16 %) sont plus susceptibles d'alterner des périodes d'activité sexuelle, ce qui justifie une emphase sur les méthodes barrières et les options réversibles à court terme.

Le niveau d'étude indique 20 % d'analphabètes, 32 % de primaire, 32 % de secondaire et 16 % d'universitaire. Ainsi, 52 % des répondantes ont au plus le primaire, ce qui souligne un gradient de littératie à considérer dans le conseil : messages simples et répétés, supports visuels, démonstrations pratiques (calendrier/jours fertiles, usage correct du préservatif), vérification de la compréhension, et rappels. À l'inverse, le sous-groupe universitaire (16 %) peut présenter une connaissance plus fine et une acceptabilité accrue des méthodes modernes, mais l'accessibilité matérielle et financière demeure déterminante pour toutes.

Le revenu mensuel est très concentré dans les basses tranches : 48 % à 10–25 \$ et 24 % à 26–50 \$, soit 72 % ≤ 50 \$; viennent ensuite 16 % à 101–250 \$, 8 % à 251–500 \$ et 4 % à 51–100 \$. La médiane se situe autour de 28 \$, avec une distribution asymétrique tirée vers le haut par quelques revenus plus élevés.

Tableau n° 1 : données sociodémographiques

Genre	Effectif	%
Masculin	0	0
Féminin	400	100
Tranches d'âge		
15 – 24 ans	48	12,0
25 – 34 ans	176	44,0
35 – 44 ans	96	24,0
45 – 54 ans	80	20,0
Professions		
Pas d'occupation	208	52,0
Employées	112	28,0
Travailleurs	32	8,0
Indépendantes	48	12,0
État matrimonial		
Marié	224	56,0

Célibataire	32	8,0
Veuve	112	28,0
Divorcé	32	8,0
Niveau d'étude		
Analphabètes	80	20,0
Primaire	128	32,0
Secondaire	128	32,0
Universitaire	64	16,0
Revenue mensuelle		
10 – 25 \$	192	48,0
26 – 50 \$	96	24,0
51 – 100 \$	16	4,0
101 – 250 \$	64	16,0
251 – 500 \$	32	8,0

Méthodes contraceptives modernes

Partant des valeurs les plus élevées, 60 % (240) des femmes déclarent connaître les méthodes modernes « quelquefois », signe d'une sensibilisation large mais encore ponctuelle et superficielle à renforcer ; 36 % (144) les connaissent « fréquemment », reflétant une exposition régulière (contacts soins/ASC/médias) qui peut servir de levier via des pairs-éducatrices ; seulement 4 % (16) les connaissent « souvent », traduisant une connaissance soutenue à mobiliser comme « championnes PF ». L'ensemble confirme une base universelle (0 % « rarement/jamais ») mais une majorité encore intermittente ; l'enjeu programmatique est de déplacer les femmes de « quelquefois » vers « fréquemment/souvent » par des rappels répétés, démonstrations pratiques (maquettes DIU/implants, mythe-réalité), supports visuels adaptés à la littératie, intégration de mini-séances PF aux ANC/PNC et campagnes communautaires, ainsi que des rappels SMS/radio et du coaching de proximité pour consolider et opérationnaliser la connaissance.

Tableau n° 2 : méthodes contraceptives modernes

Connaissance	Effectif	%
Souvent	16	4,0
Fréquemment	144	36,0
Quelque fois	240	60,0

Effets secondaires des méthodes contraceptives modernes

Les résultats du tableau 3 indiquent que quelquefois (36 %), et rarement 36 % indiquent qu'une large majorité a une connaissance des effets secondaires surtout intermittente ou faible ; fréquemment (24 %) et « Souvent (4 %) ne totalisent que 28 % de connaissance soutenue (IC95 $\approx$ 23,6–32,4 %). La moyenne de l'échelle est $M = 2,96/5$ (médiane = *Quelquefois*), ce qui révèle un déficit de profondeur par rapport à la simple connaissance des méthodes.

Tableau n° 3 : Effets secondaires des méthodes contraceptives modernes

Connaissance	Effectif	%
Souvent	16	4
Fréquemment	96	24
Quelque fois	144	36
Rarement	144	36
Jamais	0	0
Total	400	100

Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Les résultats montrent que 256 femmes (64 %) déclarent utiliser les méthodes modernes « quelquefois », signe d'une utilisation intermittente exposant à des ruptures de protection (oublis, retards de réinjection/rapprovisionnement) et donc à un risque accru de grossesses non planifiées. Seules 144 femmes (36 %) rapportent une utilisation « fréquemment » — soit un taux d'usage régulier de 36 % ($IC_{95} \% \approx 31,3-40,7$). L'enjeu programmatique est de déplacer le gros des utilisatrices « quelquefois » vers « fréquemment » via : 1) méthodes à longue durée d'action (LARC : implants/DIU) pour réduire la dépendance aux réapprovisionnements ; 2) appuis à l'adhérence pour les méthodes à court terme (SMS/rappels, prise supervisée, rendez-vous fixés) ; 3) counseling anticipatif sur les effets secondaires et protocoles de switch non punitifs ; 4) réduction des barrières d'accès/coûts et implication du partenaire pour sécuriser la continuité.

Tableau n° 4 : Utilisation des méthodes contraceptives modernes

Utilisation	Effectif	%
Fréquemment	144	36
Quelque fois	256	64

Utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles

L'utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles apparaît très faible et peu soutenue : 88 % (n=352) des enquêtées déclarent y recourir rarement, tandis que 12 % (n=48) indiquent une utilisation quelquefois. Aucun usage fréquent ou souvent n'est rapporté. Globalement, ces résultats décrivent un recours sporadique et marginal aux méthodes traditionnelles au sein de l'échantillon.

Tableau n° 5 : Utilisation des méthodes contraceptives traditionnelles

Utilisation	Effectif	%
Quelque fois	48	12
Rarement	352	88

Méthodes contraceptives modernes utilisées par les enquêtées

Les résultats montrent que le non-usage (Jamais) est maximal pour la vasectomie (100 %), suivi du diaphragme (96 %), des spermicides (88 %), de la ligature tubaire (80 %), de la pilule d'urgence (72 %), puis du stérilet (68 %) et du coït interrompu (68 %) ; il reste limité pour les préservatifs (12 %) et nul pour les pilules, implants, collier du cycle (SDM) et MAMA (0 %). À l'inverse, l'usage soutenu (Souvent + Fréquemment) est le plus élevé pour les pilules (100 % “fréquemment”), les implants (32 % “souvent” + 68 % “fréquemment” = 100 %), MAMA (8 % + 92 % = 100 %), puis le collier du cycle (36 % + 60 % = 96 %) ; il demeure modeste pour les préservatifs (12 % “fréquemment”), le diaphragme (4 %) et la méthode d'abstinence périodique/MAO (4 %), et nul pour la pilule d'urgence, le stérilet, le coït

interrompu, les spermicides, la ligature tubaire et la vasectomie (0 %). L'usage intermittent (Quelquefois) est dominé par les préservatifs (76 %), puis le stérilet (32 %) et le coït interrompu (32 %), la pilule d'urgence (28 %), la MAO (20 %), les spermicides (12 %) et, très marginalement, le collier du cycle (4 %) ; il est nul pour les pilules, implants, MAMA et le diaphragme.

Tableau n° 6 : Méthodes contraceptives modernes utilisées par les enquêtées

Effets secondaires	4		3		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Pilules	0	0	400	100	0	0	0	0
contraceptives								
Pilule d'urgence	0	0	0	0	112	28	288	72
Implants	128	32	272	68	0	0	0	0
Préservatifs	0	0	48	12	304	76	48	12
Diaphragme	0	0	16	4	0	0	384	96
Collier du cycle	144	36	240	60	16	4	0	0
MAMA	32	8	368	92	0	0	0	0
MAO	0	0	16	4	80	20	304	78
Coït interrompue	0	0	0	0	128	32	272	68
Stérilet	0	0	0	0	128	32	272	68
Spermicides	0	0	0	0	48	12	352	88
Ligature tubaire	0	0	0	0	80	20	320	80
Vasectomie	0	0	0	0	0	0	400	100

Effets secondaires des méthodes contraceptives modernes

S'agissant de la connaissance des effets secondaires le paysage est contrasté entre effets attendus et croyances/attributions erronées. Le seul item fortement maîtrisé est « troubles du cycle » (saignements irréguliers, spotting, etc.) avec 92 % de réponses ≥ 3 et un score moyen élevé ($M = 3,20$), ce qui traduit une connaissance correcte et largement partagée. Certains effets « plausibles/fréquents » sont modérément reconnus : métrorragies (36 % ≥ 3 ; $M = 2,24$) et aménorrhée (20 % ≥ 3 ; $M = 2,04$), niveaux qui restent toutefois en deçà de ce qu'on observe habituellement chez des utilisatrices bien conseillées. À l'inverse, plusieurs issues graves (peu ou pas liées causalement aux méthodes modernes) sont souvent perçues à tort comme des effets : « mort in utero » (76 % ≥ 3 ; $M = 2,76$), « myome utérin » (52 % ≥ 3 ; $M = 2,24$), « stérilité » (36 % ≥ 3 ; $M = 2,56$), « malformation des bébés » (20 % ≥ 3 ; $M = 2,20$). D'autres items restent faiblement reconnus (ou confus) : grossesse ectopique (4 % ≥ 3 ; $M = 1,80$), conception (12 % ≥ 3 ; $M = 1,60$), avortements répétés/accouchement prématuré (0 % ≥ 3 ; $M = 1,60$), et cancer du col (0 % ≥ 3 ; $M = 1,52$). Globalement, la maîtrise des effets courants (saignements irréguliers, aménorrhée sous certaines méthodes) apparaît insuffisante, tandis que plusieurs croyances dommageables (malformations, stérilité, décès fœtal) circulent à des niveaux inquiétants.

Tableau n° 7 : effets secondaires des méthodes contraceptives modernes

Effets secondaires	4		3		2		1	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aménorrhée	16	4	64	16	240	60	80	20
Métrorragies	32	8	112	28	176	44	80	20
Troubles du cycle	112	28	256	64	32	8	0	0
Myome utérin	0	0	208	52	80	20	112	28

Cancer du col	0	0	0	0	208	52	192	48
Grossesse ectopique	0	0	16	4	288	72	96	24
Conception	0	0	48	12	144	36	208	52
Avortements répétés	0	0	0	0	240	60	160	40
Accouchement prématuré	0	0	0	0	240	60	160	40
Mort in utero	0	0	304	76	96	24	0	0
Malformation des bébés	16	4	64	16	304	76	16	4
Stérilité	96	24	48	12	240	60	16	4

Méthodes traditionnelles utilisées pour espacer les naissances

Trois pratiques ressortent comme fréquemment utilisées par toutes les enquêtées âgées : la séparation de lits, la conservation du sang des règles (surtout au « retour de couches ») et l'allaitement prolongé. Dans les trois cas, 100 % des répondantes se situent au niveau 4 (« fréquemment »), soit une intensité moyenne de $M = 4,00/5$ pour chacune. À l'opposé, un groupe de pratiques apparaît peu ou pas mobilisé : le lavement à base de feuilles est jugé rare (73 %) ou jamais (27 %) ($M \approx 1,79/5$) ; la conservation du cordon ombilical est rare (60 %) ou jamais (40 %) ($M \approx 1,60/5$) ; la conservation de l'éjaculat est rare pour 100 % ($M = 2,00/5$). En bref, le noyau historique de recours traditionnel rapporté par les aînées se concentre sur trois pratiques dominantes (séparation de lits, sang des règles, allaitement prolongé), tandis que les autres restent marginales/occasionnelles.

Tableau n° 8 : Méthodes traditionnelles utilisées pour espacer les naissances

Effets secondaires	4		2		1	
	n	%	n	%	n	%
Séparation de lits	126	100				
Lavement à base des feuilles	0	0	100	73	26	27
Conserver le sang des règles	126	100	0	0	0	0
Conserver le cordon ombilical	0	0	75	60	51	40
Allaitement prolongé	126	100	0	0	0	0
Conservation de l'éjaculat	0	0	126	100	0	0

Méfais des méthodes traditionnelles utilisées pour espacer les naissances

Les résultats montrent que l'adhésion (niveaux 4–5) sur $N = 126$: le risque de folie est entièrement non endossé (0 % d'accord ; 100 % au niveau 2) ; les malformations congénitales sont également non endossées (0 % aux niveaux 4–5 ; 79 % au niveau 2 ; 21 % au niveau 3) ; viennent ensuite les troubles du cycle avec une adhésion modérée de 60 % (60 % au niveau 4 ; 20 % au niveau 3 ; 20 % au niveau 2) ; enfin, la stérilité secondaire recueille une adhésion maximale de 100 % (40 % au niveau 5 ; 60 % au niveau 4). Ce profil indique que les mythes graves (folie, malformations) sont peu endossés, tandis que les préoccupations se concentrent sur l'infertilité et les irrégularités menstruelles, appelant un counseling factuel (risques réels, prévention/prise en charge) et une orientation vers des méthodes modernes sûres.

Tableau n° 9 : Méfaits des méthodes traditionnelles utilisées pour espacer les naissances

Effets secondaires	5		4		3		2	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Risque de la folie	0	0	0	0	0	0	126	100

Stérilité secondaire	50	40	76	60	0	0	0	0
Troubles du cycle	0	0	76	60	25	20	25	20
Malformations congénitales	0	0	0	0	26	21	100	79

Tous les tests montrent des écarts massifs à l'uniformité : modernes égale usage réel et soutenu ; traditionnelles égale usage rare, avec un écart très fort entre les deux familles ($\chi^2(2)=638,32$, $p<0,001$, $V=0,89$). La connaissance des effets demeure insuffisante et mêlée de mythes (stérilité, malformations, mort in utero). Programmatiquement, cela justifie de renforcer le counseling (gestion des effets attendus, messages simples/visuels, implication du conjoint), de corriger les croyances et d'élargir le choix éclairé (incluant DIU/implants lorsque l'éligibilité est confirmée), afin d'améliorer adhésion et continuité.

Discussion et conclusion

Les résultats mettent en évidence une exposition quasi universelle aux méthodes modernes et une intensité d'usage portée par les implants et la méthode des jours fixes (SDM/collier du cycle), tandis que les méthodes dites « traditionnelles » restent marginales. Cette configuration rejoint les tendances observées en Afrique subsaharienne où la part des méthodes modernes progresse mais coexiste avec des besoins non satisfaits et des écarts de qualité de l'offre (UNDESA, 2022 ; The DHS Program, n.d.; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018).

La connaissance générique des méthodes est élevée, mais la maîtrise des effets attendus/indésirables demeure incomplète, avec des croyances erronées (p. ex., stérilité, malformations, « mort in utero »). Or la littérature montre que la crainte des effets et un counseling insuffisant figurent parmi les premiers déterminants de l'abandon et des switchs non planifiés (Ali et al., 2012 ; Rothschild et al., 2022). L'amélioration de la qualité du conseil mesurée notamment par le Method Information Index (MII/MII+) — est associée à une meilleure continuité d'utilisation (Chakraborty et al., 2019 ; Ontiri et al., 2021; Dey et al., 2021) et s'inscrit dans une approche droits-basée garantissant choix volontaire, information équilibrée et absence de coercition (Jain, 2018). Concrètement, il s'agit d'expliquer ce qui est attendu (p. ex., irrégularités menstruelles sous injectables/implants), quoi faire (conduites à tenir, quand revenir), et quand changer de méthode plutôt que d'arrêter (WHO & Johns Hopkins CCP, 2018).

Du point de vue du panier de méthodes, les LARC (implants, DIU) sont recommandées quand elles correspondent aux préférences et à l'éligibilité clinique des clientes, car elles combinent efficacité élevée, réversibilité et faible coût annuel (WHO, 2015; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018). Le DIU reste peu utilisé dans notre échantillon alors que, bien indiqué, il constitue une option sûre et pratique ; il convient donc d'adresser les mythes (douleurs, infertilité) par une information basée sur les MEC/SPR et le *Global Handbook* (WHO, 2015 ; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018). La SDM affiche ici une intensité d'usage élevée, en cohérence avec les preuves d'efficacité ($\approx 95\%$ en usage parfait, $\approx 88\%$ en usage typique) et les conditions d'usage (cycles 26–32 jours ; jours fertiles 8–19), dès lors qu'un coaching adéquat est assuré (Arévalo et al., 2002 ; Weis et al., 2020; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018). De même, la LAM/MAMA offre $\approx 98\%$ d'efficacité uniquement si les trois critères sont réunis (≤ 6 mois post-partum, aménorrhée, allaitement exclusif/fréquent); hors de ces conditions, il faut basculer vers une autre méthode (Kennedy et al., 1992; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018).

Plusieurs méthodes apparaissent sous-utilisées. Les préservatifs offrent un double bénéfice (contraception + IST), mais leur usage suppose une négociation de couple et des

démonstrations pratiques (WHO & Johns Hopkins CCP, 2018). La contraception d'urgence (CE) est sûre et doit être mieux connue/disponible avec un message clair sur les délais et les points d'accès ; elle ne remplace pas une méthode régulière (WHO, 2015; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018). Enfin, l'hétérogénéité des classifications (p. ex., statut « moderne » de la SDM et de la LAM dans les documents techniques OMS, alors que certains tableaux DHS plus anciens les traitaient différemment) peut alimenter la confusion ; il faut clarifier ces points dans le counseling et les outils de suivi (WHO & Johns Hopkins CCP, 2018; The DHS Program, n.d.).

Sur le plan opérationnel local, les contraintes économiques (forte part ≤ 50 USD/mois) et logistiques (temps, distance) militent pour une offre de proximité subventionnée, des stocks fiables, et une distribution communautaire. La stratégie gagnante consiste à convertir la connaissance générale en connaissance utile (effets, conduites à tenir, switch), à impliquer le conjoint quand c'est pertinent, et à élargir le choix éclairé pour renforcer adhésion et continuité (WHO & Johns Hopkins CCP, 2018 ; UNDESA, 2022).

Dans la Zone de Santé de Beni, l'adoption des méthodes modernes est large et l'intensité d'usage est portée par les implants et la SDM, tandis que les pratiques traditionnelles demeurent rares. Le maillon faible reste la maîtrise des effets et la persistance de mythes, qui menacent la continuité. Les priorités sont : (1) un counseling renforcé et droits-basé (MII/MII+, gestion proactive des effets, choix volontaire) (Chakraborty et al., 2019; Jain, 2018; Ontiri et al., 2021), (2) la clarification des conditions d'efficacité de la LAM et des exigences d'usage de la SDM (Kennedy et al., 1992; Arévalo et al., 2002; Weis et al., 2020), (3) la revalorisation du DIU et l'accès facilité aux LARC selon les MEC/SPR (WHO, 2015; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018), (4) la réduction des barrières d'accès (coût, distance) et la promotion des préservatifs et de la CE avec des messages précis (WHO, 2015; WHO & Johns Hopkins CCP, 2018). Une telle combinaison, alignée sur les recommandations internationales récentes (≤ 2024), devrait améliorer adhésion, continuité et satisfaction contraceptives (Ali et al., 2012; UNDESA, 2022).

Referecnes

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ali, M. M., Cleland, J., & Shah, I. H. (2012). *Causes and consequences of contraceptive discontinuation: Evidence from 60 Demographic and Health Surveys*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75429>
- Arévalo, M., Jennings, V., & Sinai, I. (2002). Efficacy of a new method of family planning: The Standard Days Method. *Contraception*, 65(5), 333–338.
- Bureau Central de la Zone de Santé de Beni. (2023). *Rapport statistique annuel 2023* [Rapport interne non publié]. Beni, RDC.
- Bruce, J. (1990). Fundamental elements of the quality of care: A simple framework. *Studies in Family Planning*, 21(2), 61–91.
- Burke, H. M., Chen, M., Buluzi, M., et al. (2018). Effect of self-administration versus provider-administered injection of subcutaneous depot medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC). *The Lancet Global Health*, 6(5), e568–e578.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024). *Fertility awareness-based methods (includes Standard Days Method)*. <https://www.cdc.gov/contraception/>
- Chakraborty, N. M., Chang, K., Hameed, W., et al. (2019). Association between quality of contraceptive counseling and method continuation. *Studies in Family Planning*, 50(1), 25–38.

- Dey, A., et al. (2021). Measuring quality of family planning counselling in low- and middle-income countries. *BMC Health Services Research*, 21, 304.
- Guttmacher Institute. (2020). *Contraceptive effectiveness in the United States*. <https://www.guttmacher.org/>
- Igras, S., Sinai, I., Mukabatsinda, M., Ngabo, F., Jennings, V., & Lundgren, R. (2014). Systems approach to monitoring and evaluation guides scale-up of the Standard Days Method in Rwanda. *Global Health: Science and Practice*, 2(2), 234–244. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-13-00165>
- Jain, A. K., & Hardee, K. (2018). Revising the FP quality of care framework in the context of rights-based family planning. *Studies in Family Planning*, 49(2), 171–179.
- Kennedy, K. I., Rivera, R., & McNeilly, A. S. (1992). Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *The Lancet*, 339(8787), 227–230.
- Kohn, J. E., Simons, H. R., Della Badia, L., et al. (2018). Increased one-year continuation of DMPA among women randomized to self-administration. *Contraception*, 97(3), 198–204.
- Labbok, M. H., Hight-Laukaran, V., Peterson, A. E., et al. (1997). Multicenter study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, duration, and implications for clinical application. *Contraception*, 55(6), 327–336.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP) [Haïti], Institut Haïtien de l'Enfance (IHE), & Macro International Inc. (2007). *Enquête Mortalité, Morbidité et Utilisation des Services—EMMUS-IV, Haïti 2005–2006*. MSPP/IHE/Macro. <https://dhsprogram.com/publications/publication-fr192-dhs-final-reports.cfm>
- Ministère de la Santé Publique, Hygiène et Prévention (MSPHP) [RDC]. (2021). *Arrêté ministériel n° 1250/CAB/MIN/SPHP/003/PEP/DIR/2021 du 17 septembre 2021 portant utilisation des méthodes de contraception en République Démocratique du Congo* [Document officiel, sans URL public]. Kinshasa, RDC.
- Ministry of Health [Rwanda]. (2012). *Family Planning Policy (2012–2018)*. Ministry of Health. <https://www.moh.gov.rw/index.php?id=134>
- Moreira, L. R., Ewerling, F., Barros, A. J. D., & Silveira, M. F. (2019). Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with unmet need in low- and middle-income countries: A systematic review. *Global Health: Science and Practice*, 7(3), 486–498.
- Nelson, H. D., Gunderson, P., Christiansen, D., et al. (2022). Effectiveness and harms of contraceptive counseling and provision interventions for women: A systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 175(7), 999–1013.
- Ontiri, S., et al. (2021). Client experiences with family planning counseling and method uptake (MIplus). *PLOS ONE*, 16(12), e0260986.
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5th ed.). Free Press.
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354–386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Rossier, C., & Corker, J. (2017). Contemporary use of traditional contraception in sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*, 43(S1), 192–215.
- Rothschild, C. W., Schwartz, S. R., & van der Poel, S. (2022). Side-effects, perceptions and discontinuation of contraception: A scoping review. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 48(4), 279–287.
- Sully, E. A., Biddlecom, A., Darroch, J. E., Riley, T., & Ashford, L. S. (2020). *Adding It Up: Investing in Sexual and Reproductive Health 2019*. Guttmacher Institute.
- The DHS Program. (2023). *Guide to DHS Statistics* (Version 3). ICF. <https://dhsprogram.com>

- UNICEF. (n.d.). *Demand for family planning satisfied with modern methods—Indicator profile (includes LAM classification)*. <https://data.unicef.org/>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Family Planning 2022: Meeting the need for family planning* (UN DESA/POP/2022/TR/No. 4). <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-family-planning-2022>
- Winner, B., Peipert, J. F., Zhao, Q., et al. (2012). Effectiveness of long-acting reversible contraception. *New England Journal of Medicine*, 366(21), 1998–2007.
- World Health Organization. (2014). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*. Author.
- World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). Author. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>
- World Health Organization. (2016). *Selected practice recommendations for contraceptive use* (3rd ed.). Author. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267>
- World Health Organization. (2021). *Emergency contraception: Fact sheet*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
- World Health Organization. (2022). *Self-care interventions for sexual and reproductive health and rights: Recommendation on self-injection of DMPA-SC (update)*. Author.
- World Health Organization & Johns Hopkins Center for Communication Programs. (2018). *Family Planning: A Global Handbook for Providers* (3rd ed.). Baltimore/Geneva: Author.