
Strategies of increasing contraceptive prevalence implemented by nursing staff: Cross-sectional study in clinical base in the Karisimbi health zone, Provincial Division of health North Kivu, DRC.

*Lévis Kahandukya Nyavanda**, *Jane Mumma†*, *KambaleKarafuli Leopold‡*, *Jean-Bosco KahindoMbeva§*.

Abstract

Background: In the Democratic Republic of Congo, family planning is part of integrated health services. However, often policymakers and service providers are not taking family planning as their priority but focus their attention and resources on other health problems. The result is a 5.8 percent modern contraceptive prevalence rate in the country (although higher in Kinshasa where it is 14.1%). In addition, according to the magazine of the DSRP of the Republic. Democratic Congo on 8 and 9 March 2010 the health, the total fertility rate remains high at 6.3 in 2007 against 7.1 in 2001 and will remain always high for a number of years according to the estimated calculations of the projection of the fertility rate. The low use of contraceptive methods, particularly modern methods, can be mentioned as one of the factors that explain the high fertility in the country. The use of maternal health services seems to have significantly improved in recent years. However, there are still serious problems in the quality of services and the promotion of good governance in family planning program.

Objectives : This study had as objectives to identify and describe strategies for increase in contraceptive use implemented by the nursing staff and promote information, education and community Communication for change of behavior(CCCB) of the population in terms of family planning, work with Community initiatives and advocacy with leaders and administrative decision-makers for more support and resources to the program of Family planning in the Karisimbi health zone, Province of North Kivu in the Democratic Republic of the Congo.

Design : On a non-probabilistic sampling by choice reasoned eighteen training facilities incorporating family planning of 57 interviewees including 36 staff members, including two by training health centers: namely, the head of the sanitary training and family planning provider, to which a survey questionnaire was administered, for the quantitative data; interview with three key informants, the load of family planning to the UNFPA/Goma, the Provincial Coordinator of the National program of Reproduction Health and physician at area, using an interview guide and animation of a Focus Group Discussion with eight users of family planning in the General Reference of Virunga hospital for qualitative data.

Resultats : About institutional strategies, surveyed, or 100%, all has the family planning service, what have also stated the Coordinator Provincial of the program National of Reproductive health; the majority of

* MCHD, Junior lecturer at Université Lire des Pays des Grands Lacs, Goma, North Kivu, DR Congo)

† MCHD, PhD, Professor at Great Lakes University of Kisumu, Nyanza, Kenya.

‡ MPH, PhD, Ord. Professor at Université Lire des Pays des Grands Lacs, Goma, North Kivu, DR Congo.

§ MD, MPH, PhD at ULB, Professor at Université Officielle de Rwenzori and ULPGL, Butembo, North Kivu, DR Congo.

respondents (75%) has been trained in family planning, and 55.6% of respondents revealed that they receive one to three visits of supervision per year. Family planning is not yet officially established in the private health facilities. Regarding medical strategies, three safe methods are available in 77.7%. The majority of respondents (94.4%) recorded side effects among them, 53% refer cases which exceed in the Virunga General Reference Hospital where works, but 29.4% nowhere refer secondary effects. For community based strategies, the respondents or caregivers, 66, 7% promoting methods to long duration of action. Assumption that have statistically measured by khi-square (χ^2) and cross tabulated with tab.n° 31, (χ^2 computed=2,400 withdl= 1 at 5% Less than χ^2 on the table = 3,8415) having rejected the alternative hypothesis and confirmed the assumption stipulated that institutional strategies such as training and motivation of personnel of Family planning has a negative effect in promoting contraception by nursing staff in Karisimbi health zone.

Conclusion: The hypotheses of this study have been confirmed, so institutional, medical and community strategies are being implemented in the Karisimbi ZS, but to varying degrees, with the support of UNFPA and Save the Children; Apart from the support of sterility which is not subsidized like other components of family planning. No input from the Government with regard to the supply of contraceptives. The biggest challenge to family planning in the Democratic Republic of the Congo is the sustainability of the activities because the supply of inputs of family planning and the training of personnel depend almost exclusively on the donors and NGOs due to the lack of good governance.

Key words: Health zone, strategies, Community Communication for Change of behavior(CCCB), contraceptive prevalence, good governance, Provincial Division of health Nord Kivu, Democratic Republic of Congo.

Stratégies d'augmentation de la prévalence contraceptive mises en œuvre par le personnel soignant: Etude transversale en base clinique dans la zone de santé de Karisimbi, Division provinciale de la santé Nord Kivu, DRC.

Résumé

Introduction : En République Démocratique du Congo, la planification familiale fait partie de services de santé intégrés. Cependant, bien souvent les décideurs et les prestataires de services ne font pas de la planification familiale une priorité, et concentrent leur attention et leurs ressources sur d'autres problèmes de santé. Il en résulte un taux de prévalence contraceptive moderne de 5,8% dans le pays (bien que plus élevé à Kinshasa où il est de 14,1%). En outre, selon la Revue du DSCR de la République Démocratique du Congo, du 8 et 9 mars 2010 sur la santé, le taux de fécondité totale reste élevé à 6,3 en 2007 contre 7,1 en 2001 et restera toujours élevé pendant un bon nombre d'années selon les calculs estimatifs de la projection du taux de fécondité. La faible utilisation des méthodes contraceptives, particulièrement des méthodes modernes, peut être évoquée comme l'un des facteurs qui explique la forte fécondité constatée dans le pays. Le recours aux services de santé maternelle semble s'être nettement amélioré ces dernières années ; toutefois, il y a encore de sérieux problèmes pour la qualité des services et la promotion de la bonne gouvernance dans le programme de la planification familiale.

Objectifs : Cette étude avait comme objectifs d'identifier et d'écrire les stratégies d'augmentation de la prévalence contraceptive mises en œuvre par le personnel soignant et promouvoir l'information, l'éducation et la Communication Communautaire pour le Changement de Comportement (CCCC) de la population en matière de Planification Familiale, le travail avec les initiatives communautaires et le plaidoyer auprès des leaders et décideurs politico-administratifs pour plus de soutien et des ressources au programme de Planification Familiale dans la zone de santé de Karisimbi, Province du Nord Kivu en République Démocratique du Congo.

Méthodologie : Sur un échantillonnage non probabiliste par choix raisonné de 57 sujets dont 36 membres du personnel soignant, dix-huit Formation Sanitaires intégrant la Planification Familiale dont deux par Formation Sanitaire, à savoir le responsable de la Formation Sanitaire et le prestataire de Planification Familiale, auxquels un questionnaire d'enquête a été administré, pour les données quantitatives; interview de trois informateurs clés, le chargé de Planification Familiale à l'UNFPA/Goma, le Coordinateur Provincial du Programme National de la Santé de Reproduction et le Médecin Chez de Zone, à l'aide d'un guide d'interview et animation d'un Focus Group Discussion avec huit utilisatrices de Planification Familiale à l'Hôpital Général de Référence de Virunga pour les données qualitatives.

Résultats : Concernant les stratégies institutionnelles, la totalité d'enquêtées, soit 100%, organise le service de Planification Familiale, ce qu'ont déclaré aussi le Coordinateur Provincial du Programme National de Santé de Reproduction et le médecin Chez de Zone; la majorité d'enquêtés (75%) a été formé en Planification Familiale, et 55,6% d'enquêtés ont révélé qu'ils reçoivent une à trois visites de supervision par an. La Planification Familiale n'est pas encore officiellement implantée dans les Formation Sanitaire privées. S'agissant des stratégies médicales, trois méthodes sûres sont disponibles dans 77,7%. La majorité d'enquêtés (94,4%) enregistre des effets secondaires et parmi eux, 53% réfèrent les cas qui les dépassent à l'Hôpital Général de Référence de Virunga où fonctionne un centre de prise en charge, mais 29,4% ne les

réfèrent nulle part ce qui pose problème. Pour les stratégies communautaires, les enquêtées ou les soignants, 66,7% font la promotion des méthodes à longue durée d'action. Les résultats et de celui du test statistique khi-deux (χ^2) du tableau n° 31, croisé, (χ^2 calculé =2,400 avec $dl = 1$ au seuil de signification de 5% inférieur au χ^2 de la table = 3,8415) ayant rejeté l'hypothèse alternative et confirmé l'hypothèse nulle selon laquelle les stratégies institutionnelles telles que la formation et la motivation du personnel soignant en matière de PF.

Conclusion : Les hypothèses de cette étude ont été confirmées, ainsi les stratégies institutionnelles, médicales et communautaires sont mises en œuvre dans la ZS de Karisimbi, mais à des degrés divers, grâce à l'appui de l'UNFPA et Save the Children ; mise à part la prise en charge de la stérilité qui n'est pas subventionnée comme les autres composantes de Planification Familiale. Pas d'apport du Gouvernement en ce qui concerne l'approvisionnement en contraceptifs. Le plus grand défi à la Planification Familiale en République Démocratique du Congo est la pérennisation des activités parce que l'approvisionnement en intrants de Planification Familiale et la formation du personnel dépendent presque exclusivement des donateurs suite à l'absence de la bonne gouvernance.

Mots clés: Zone de santé, Stratégies, Communication Communautaire pour le changement de comportement (CCCC), prévalence contraceptive, bonne gouvernance, Division Provinciale de la santé Nord Kivu, République Démocratique du Congo.

1. Introduction

En générale, selon les enquêtes démographiques et de santé, l'utilisation de méthodes de PF est très faible en milieu rural (15%) qu'en milieu urbain (25%), au Katanga 9% contre 31% à Kinshasa et 29% à l'Equateur. Le taux d'utilisation passe du simple au double entre les sans instruction (13%) et les plus instruites (26%) et entre les plus pauvres (17%) et les plus riches (32%) [1][2][3][4]. Près d'un quart (24%) des femmes en union ont déclaré avoir des besoins non satisfaits en matière de contraception, dont 18% pour l'espacement des naissances et 6% pour leur limitation. Cette enquête montre que le taux de prévalence contraceptive pour les méthodes modernes était, en 2010, de 12.5% à Kinshasa, 10.0% au Bas Congo, 8.6% au Nord Kivu, 7.4% en Province Orientale, 5.6% au Sud Kivu, 4.3% au Bandundu, 2.8% au Kasai Occidental, 2.6% au Kasai Oriental, 2.3% au Katanga et 1.6% à l'Equateur. ** Les chiffres basés sur les statistiques du PNSR pour les années 2009 et 2010 montrent un certain écart mais le taux de prévalence contraceptive reste faible. Les taux de prévalence par province étaient respectivement de [5][6][7][8][9]: 1.9% et 1.7% au Bandundu, 1.1% et 4.0% au Bas-Congo, 0.9% et 0.8% à l'Equateur, 6.3% et 19.0% au Kasai Occidental, 6,6% et 18,5% au Kasai Oriental, 12.4% et 15.0% au Katanga, 0.8% et 4.0% à Kinshasa, 8.0% et 8.7% au Maniema, 1.7% et 8.0% au Nord Kivu, 0.7% et 2.0% en Province Orientale, 3.1% et 7.0% au Sud Kivu avec une moyenne nationale de 4.0%

** INS et UNICEF Op cit, p.124

et 8.0%^{††}[10][11][12][13][14][15][6]. La planification familiale est une manière de penser et de vivre adoptée volontairement par les individus et les couples qui, en se basant sur des connaissances suffisantes, prennent des décisions et se comportent de manière responsable, afin de promouvoir la santé et le bien-être du groupe familial et ainsi participer efficacement au développement social du pays (PNSR/RDC, citant OMS 1985)^{‡‡}. Elle permet aux populations d'atteindre le nombre d'enfants souhaité, de déterminer quel sera l'espacement des naissances[16][17][18][19][20]. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité. Elle contribue à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et infantile et au développement d'une nation et, de ce fait, lorsque les soins de PF sont de bonnes qualités, accessibles et durables, ils contribuent au bien-être de la mère, du père, de l'enfant et de toute la communauté^{§§}[21][22][23][24][25][26]. C'est ainsi qu'une planification familiale appropriée est importante pour la prévention des grossesses trop précoces ou trop tardives, l'extension de la période inter-généralique et la limitation du nombre d'enfants[27][28][29]. L'accès de tous les couples à l'information et aux services leur permettant la prévention des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop tardives ou trop nombreuses demeure une préoccupation primordiale^{***}.

La PF implique l'homme et la femme, ainsi ils doivent être en harmonie et collaborer étroitement pour la réussite de ce programme[30][31][32][33][34]. Leur implication exige une meilleure connaissance des méthodes de PF, leur importance, leurs effets bénéfiques et secondaires, leur utilisation et ce qu'il faut faire si on veut encore avoir un enfant[35][36][37][38][22][39][40]. Elle ne concerne pas seulement les mariés, mais aussi toute personne en âge de procréer avec une vie sexuelle active. Les grossesses non désirées, surtout trop précoces, surviennent souvent en dehors du mariage, chez les adolescentes[41][42][43]. Elles sont plus dévastatrices qu'elles méritent d'être prises en compte pour attirer l'attention particulière des prestataires de PF. Mais la méthode à utiliser doit tenir compte du risque d'infection aux IST y compris le VIH/SIDA. Or, la seule méthode qui joue ce double rôle reste le préservatif (condom)[44][45][46]. La

^{††} PNSR/RDC, Utilisation des services de PF, <http://www.planificationfamiliale-rdc.net>, consulté le 29/1/2013.

^{‡‡} PNSR/RDC, Module de formation des prestataires en planification familiale, version révisée, Kin, 2008, p13.

^{§§} MUHINDO K. Justin, cours de Santé de la reproduction dispensé en L1 FSDC, ULPGL Goma, 2011 – 2012, Inédit.

^{***} INS et UNICEF, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples en RDC (MICS-RDC 2010), Rapport final, Mai 2011, p 119.

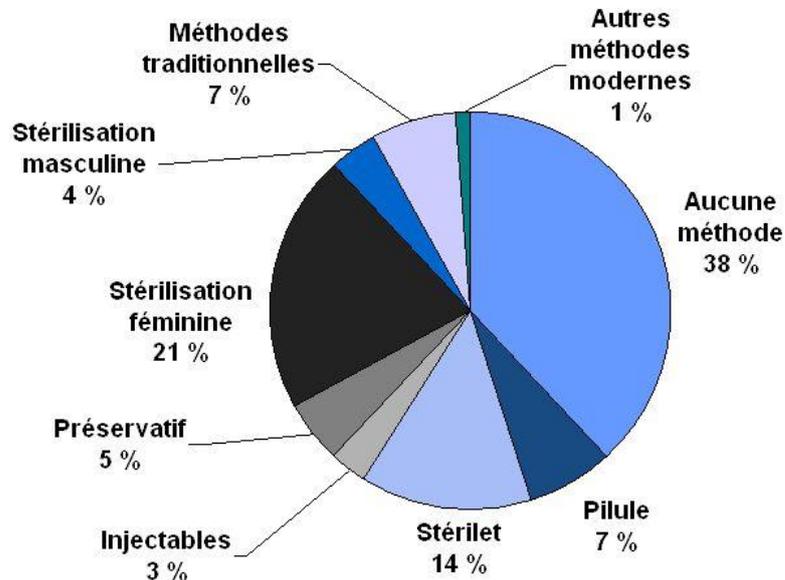
planification familiale fait partie de la cible n°2, « rendre l'accès à la médecine procréative universel », du 5^e OMD (Améliorer la santé maternelle), les OMD ayant été adoptés par la communauté internationale en 2000. Elle est, également, la 2^e composante de la Santé de la Reproduction préconisée lors de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement Durable (CIPD, Le Caire 1994) telles qu'adoptées par l'OMS et d'autres institutions des Nations Unies (ex : Résolution 49/128 de l'Assemblée de l'ONU)[47][48][49][51][52].

Le développement d'un pays passe par la maîtrise de la fécondité de sa population. Pour cela, il faut non seulement apporter une solution à l'infécondité et l'infertilité des couples mais aussi prendre des mesures pour les naissances excessives qui constituent un facteur important de l'explosion démographique. Il faut que la croissance démographique suive la croissance économique. Or, pour mieux agir sur les naissances, il faut arriver à réduire très sensiblement la mortalité en général et en particulier la mortalité infantile pour inspirer confiance aux parents qu'en mettant au monde peu d'enfants, tous auront plus des chances de survivre. Pour arriver à réduire le taux de natalité, on fait recours aux méthodes de PF. Malheureusement, alors que dans les pays développés, la prévalence contraceptive est très élevée, aux environs de 80%, dans notre pays elle reste très basse, aux environs de 8%^{†††}. Comparativement à la contraception mondiale depuis 1989, le changement dans notre pays n'est pas significatif si on considère le modèle de comparaison ci-dessous :

^{†††} J. COOK Rebecca et All, *Santé de la reproduction et droits humains*, Masson, Paris, 2005, p.426 à 437.

Méthodes de planification familiale, monde

Femmes mariées ou en union libre en âge de procréer utilisant une méthode contraceptive, 1998



Source : Nations Unies, Division de la population, *World Contraceptive Use 2003*.



© 2005 Population Reference Bureau

La faible utilisation des méthodes contraceptives, particulièrement des méthodes modernes, peut être évoquée comme l'un des facteurs qui explique la forte fécondité constatée dans le pays. Le recours aux services de santé maternelle semble s'être nettement amélioré ces dernières années ; toutefois, il y a encore de sérieux problèmes pour la qualité des services.

En ce qui concerne la production et la formation du personnel de santé, des problèmes sérieux de qualité et de répartition équitable se posent ; d'après le DSCR de la RDC publié en juillet 2006, bien que fragmentaires, les données actuelles relatives aux ressources humaines dans le domaine de la santé font état d'une baisse de la qualité professionnelle, d'une prolifération des établissements scolaires et universitaires offrant un enseignement médical au rabais, d'un manque des conditions de travail décentes et motivantes et d'une répartition inéquitable du peu du personnel qualifié qui est instable par ailleurs.

Les performances de PF par aire de santé au cours de l'année 2017 sont présentées dans le tableau ci-dessous :

N°	Aire de santé	Population totale	Femmes en âge de procréer (15-45 ans) Cibles de PF (21%)	Femmes susceptibles de devenir enceintes (4%)	Total acceptantes	%
01	Albert Barthel	25367	5 327	1015	164	3,1
02	Amani	20 200	4 242	808	105	2,5
03	Bujovu	32 161	6 754	1286	347	5,1
04	Hebron	45 365	9 527	1815	214	2,2
05	Kahembe	9 046	1 900	362	264	13,9
06	Kasika	14 271	2 997	571	55	1,8
07	Katoyi	49 102	10 311	1964	143	1,4
08	Lubango	49629	10 422	1985	54	0,5
09	Mabanga	25 415	5 337	1017	1 010	18,9
10	Majengo	41 999	8 820	1680	814	9,2
11	Mugunga	21 310	4 475	852	1 040	23,2
12	Murara	12 328	2 589	493	971	37,5
13	Muongano Res	32 059	6 732	1282	372	5,5
14	Muongano Sol	15 472	3 249	619	1 014	31,2
15	Ndosho	19 033	3 997	761	81	2,0
16	Virunga	18 796	3 947	752	614	15,6
Total Karisimbi		431 553	90626	17262	7 262	8,0
17	Kanyaruchinya	23 659	4 968	946	10 385	209,0
18	Kasizi	6 838	1 436	273	35	2,4
19	Kibumba	12 905	2 710	516	49	1,8
20	Kingarame	10 224	2 147	409	35	1,6
21	Kiziba	62 866	13 202	2515	172	1,3
22	Mudja	13 003	2 731	520	116	4,2
23	Turunga	Nouvelle AS issue de déménagement du CS Kasindi				
Total Nyiragongo		129 495	27 194	5179	10 792	39,6
Total Zone de santé		561 048	117 820	22441	18 054	15,3

Tableau n° 1 : Population, acceptantes de PF par aire de santé pour l'année 2017

Source : BCZS Karisimbi, RMA (Revue Mensuelle d'Activités) de la ZS, Année 2013).

Commentaires : L'aire de santé de Kanyaruchinya bat le record avec un taux de couverture en PF de 209% ; ceci serait dû à la présence des déplacés internes suite à la guerre. Ce taux élevé proviendrait de l'utilisation des préservatifs comme le témoigne le rapport annuel 2012 de naissances désirables, acceptantes par méthode : sur 18 054 acceptantes, 10 772 utilisaient les préservatifs, soit 59.6% de toutes les méthodes.

Indicateurs sanitaire de la zone de santé sur la prévalence contraceptive

Indicateur	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total naissances vivantes	9559	13876	14587	16157	14773	16504	17655	19678
Mortalité maternelle/100000NV	105,0	64,8	68,6	61,9	40,6	36,4	45,7	67,9
Prévalence contraceptive %	-	1,19	6,1	7,6	15,3	17,4	19,1	14,3

Tableau n° 2 : Evolution des indicateurs sanitaires dans la ZS de Karisimbi de 2008 à 2013. Source: BCZ Karisimbi, Rapports annuels 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013. Etude sur la planification familiale : causes de décès maternels dans la zone de santé de Karisimbi, Nyavanda, 2015.

Commentaires : pour l'année 2013, les statistiques disponibles couvrent la période de janvier à septembre, période après laquelle a débuté le mouvement de grève des infirmiers. La Zone de Santé de Karisimbi coordonne ses activités au sein de 23 aires de santé avec 35 formations sanitaires réparties

comme suit: **Deux hôpitaux** : HGR Virunga (avec 129 lits) et Hôpital Militaire / Camp Katindo. **Deux centres hospitaliers** : CH Muungano la résurrection et CH Notre Dame d'Afrique. **Trois centres médicaux** : CM Kacha, CM Mwangaza et CM 55^{ème} CEBCE SIGNERS. **Trois Centres de santé de Référence** : CSR Kibumba, CSR Kahembe et CSR Albert Barthel. **Dix-neuf centres de santé** : C.S Mabanga, CS Virunga, CS Katoyi, CS Muungano solidarité, CS Turunga, CS Kasika, CS Bujovu, CS Kasizi, CS Kingarame, CS Ndosho, CS Mudja, CS Kanyaruchinya, CS Lubango, CS Amani, CS Hebron, CS Kiziba, CS Murara, CS Majengo, CS Mugunga. Ces CS, CSR intègrent le service de PF dans leurs activités quotidiennes, ainsi que le CH Muungano la résurrection. **Six postes de santé (PS)** : PS Ngangi III, PS Mugunga II, PS Camps Munzenze, PS Monigi, PS Mugunga III et PS Rusayo. En ce qui concerne les ressources humaines, la zone de santé de Karisimbi comptait, en 2013, 758 agents dont 10 œuvrant au BCZS, les autres agents étant répartis dans différentes formations sanitaires précitées hormis les privés. Elle compte: 24 médecins dont 17 à l'HGR de Virunga et 6 à l'Hôpital Militaire de Goma, 6 AGIS, 13 infirmiers A₀, 129 infirmiers A₁, 142 infirmiers A₂, 66 infirmiers A₃, 3 radiologues, 441 agents administratifs, 15 techniciens de labo, 21 kinésithérapeutes, 4 nutritionnistes, un pharmacien et un assistant pharmacien[53].

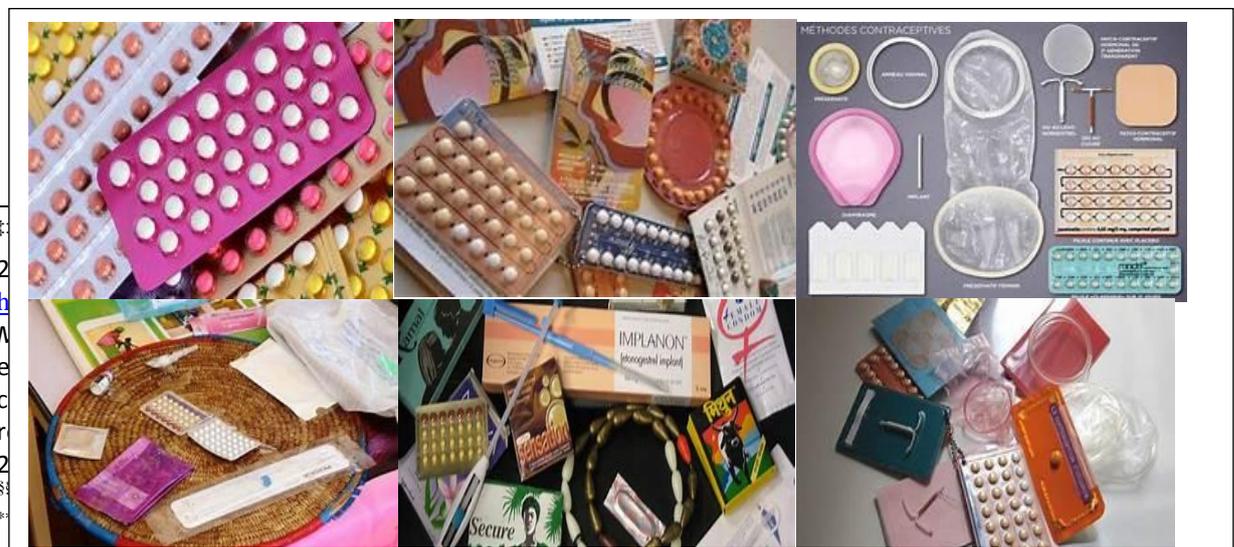
Statistiques sur les structures sanitaires intégrant la Planification Familiale.

N°	FOSA	Médecin	Infirmier A ₀	Infirmier A ₁	Infirmier A ₂	Infirmier A ₃	TOTAL
01	HGR Virunga	7	2	25	17	2	53
02	Hôpital Militaire	13	2	8	32	23	78
03	CSR Kahembe	1	-	4	10	-	15
04	CSR Albert Barthel	1	-	6	3	1	11
05	CS Virunga	-	-	2	6	-	8
06	CS Mabanga	-	-	4	3	1	8
07	CS Katoyi	-	1	3	2	2	8
08	CS Muungano solidarité	-	1	1	3	2	7
09	CS Kasika	-	1	2	1	2	6
10	CS Bujovu	-	-	3	2	1	6
11	CS Ndosho	-	-	5	2	2	9
12	CS Lubango	-	-	1	4	1	6
13	CS Amani	-	-	6	-	1	7
14	CS Hebron	-	-	2	5	-	7
15	CS Murara	-	1	12	5	1	19
16	CS Majengo	-	2	3	3	1	9
17	CS Mugunga	-	-	3	5	-	8
18	CH Muungano la résurrection	1	-	2	6	2	11
	TOTAL	23	10	92	109	42	276

Tableau n° 3 : Effectif du personnel soignant par structure sanitaire intégrant la PF (Commune de Karisimbi)

Source: BCZ Karisimbi, Recensement du personnel, septembre 2013, Modèle T4.

La prévalence globale pour le Nord-Kivu est également faible, 1,7% en 2009 et 8.0% en 2010 selon le rapport du PNSR/RDC pour ces deux années cité plus haut^{†††}. Au niveau de la Zone de santé de Karisimbi, la prévalence contraceptive est également faible : elle était de 1.19% en 2009, 6.1% en 2010, 7.6% en 2011; elle passe au double en 2012 (15.3%) et accroît légèrement en 2013 (17.4%) alors que l'objectif que s'était fixée la ZS pour 2013 était d'atteindre 17% de femmes en âge de procréer. On note quand même, une nette évolution pour l'année 2012. Les méthodes les plus utilisées pour l'année 2013 étaient le préservatif(67,2%), la MAMA (14,7%), les injectables (9,5%), l'implant (3,9%) et la pilule(3,7%)^{§§§}. Les intrants de PF, jadis fournis par Merlin à certains CS ciblés, sont actuellement fournis par UNFPA et Save the children à tous les CS et Hôpitaux de la ZS. En examinant ces différents rapports de la ZS, nous remarquons que la nette évolution de 2012 et 2013 serait due à la présence, dans la ZS, de ces deux ONG internationales citées plus haut, à l'usage accru des préservatifs et la MAMA (81.9%) alors que les méthodes à longue durée d'action ne sont pas suffisamment sollicitées et à la présence des déplacés de guerre venus de Rutshuru, de Masisi et de Walikale dans les aires de santé de Kanyaruchinya et de Mugunga. Ces deux aires de santé ont enregistré une prévalence contraceptive de 140,2% pour Kanyaruchinya et Mugunga vient en deuxième position avec 59.5% pour l'année 2013. Avec l'appui de ces deux ONG internationales, l'ECZS a entrepris différentes activités telles que l'utilisation des relais communautaires dans la sensibilisation et l'orientation des clientes, la PF couplée de CPoN et CPS dans les FOSA surtout la CPoN du 42^e jour (on stimule la femme à accepter la PF), la gratuité des prestations de PF et l'envoi d'un certain nombre d'agents en formation sur les méthodes permanentes à Nairobi^{****}. Parmi les intrants de contraception nous pouvons illustrer les plus demandés par les patients (Image libre, ASF, 2015, PNR, 2018.) :



Au vu de ce qui précède, la prévalence contraceptive connaît une évolution lente alors que plus de 80% de la population vit dans l'extrême pauvreté, en dessous du seuil de pauvreté (1\$ par jour et par personne)^{†††} et il ya lieu d'une étude pour se rendre compte de stratégies utilisées pour augmenter la prévalence contraceptive. Cette étude a porté sur les stratégies d'augmentation de la prévalence contraceptive par le personnel soignant dans la Zone Santé de Karisimbi. Nous sommes partis de la question principale suivante : Quelles sont les stratégies d'augmentation de la prévalence contraceptive mises en œuvre par le personnel soignant dans la zone de santé de Karisimbi?. Trois questions spécifiques en ont découlé: Quelles sont les stratégies institutionnelles, médicales, communautaires mises en œuvre par le personnel soignant pour augmenter la prévalence contraceptive dans la zone de santé de Karisimbi? et assurer la mobilisation de la population, acteurs et des décideurs en faveur de Planification Familiale dans la zone de santé de Karisimbi?

Par contre les hypothèses formulées en guise des réponses étaient la formation et la motivation du personnel de santé en matière de PF, l'intégration du service de PF dans toutes les formations sanitaires, le système d'accueil des acceptantes de PF et la supervision et évaluation. La prise en charge efficace des effets secondaires des contraceptifs et la prévention et le traitement de la stérilité. L'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement de la population en matière de PF, le travail avec les initiatives communautaires et le plaidoyer auprès des leaders et décideurs politico-administratifs pour plus de soutien et des ressources au programme de PF seraient mises en œuvre pour une mobilisation accrue en faveur de PF dans la Zone de Santé de Karisimbi. Pour bien mener la présente étude, une approche, techniques, et outils de collecte des données ont été sélectionnées.

2. Méthodologie

Outils de collecte des données, pour récolter les données quantitatives, nous nous sommes servi d'un questionnaire d'enquête adressé aux membres du personnel soignant au sein des FOSA. Pour la collecte des données qualitatives nous nous sommes servis d'un guide d'interview auprès des informateurs clé et d'un guide de discussion lors de l'animation du groupe focalisé de discussion avec les client(e)s de PF en vue de recueillir leurs

^{†††} RDC, DSCR, Kinshasa, juillet 2006, p26, pdf.

appréciations, leurs difficultés et leurs suggestions. Recrutement, sélection et formation des enquêteurs, quatre enquêteurs ont été recrutés sur base de leurs connaissances, notamment maîtrise du français et du swahili. Nous avons travaillé avec deux infirmiers et deux étudiants du domaine de la santé. Leur formation a eu lieu bien avant la descente sur terrain. Elle a porté sur l'objet de l'étude, la méthodologie de l'enquête, le contenu du questionnaire et son remplissage pendant l'enquête ainsi que sur les considérations éthiques. Un code de bonne conduite a été tracé, à savoir, la confidentialité, la courtoisie, le respect de la dignité et la sympathie devraient caractériser les enquêteurs. Pré-test a été effectué avant d'administrer le questionnaire au CS Himbi, ce qui nous permis d'adapter certaines questions; comme par exemple la question n°2 : si oui, qui est chargé de ce programme dans votre FOSA au lieu de : existe-t-il un agent chargé de ce programme ? La question n° 13, concernant la matière de formation, qui était ouverte a été transformée en question fermée avec quatre assertions. Enquête proprement dite et collecte des données s'est déroulée par visite dans les FOSA concernées où un questionnaire d'enquête a été administré aux membres du personnel soignant concernés en interview face à face. L'enquêteur remplissait le questionnaire au fur et à mesure que le répondant donnait les réponses. Pour les considérations éthiques, avant de commencer à interviewer le répondant, nous avons commencé tout d'abord par lui expliquer l'objet de notre étude en vue d'obtenir son consentement, lui assurer la confidentialité et le respect de sa dignité. Après la collecte des données, nous avons rassemblé les questionnaires, procédé au dépouillement et à la saisie sous le logiciel SPSS. Les données qualitatives ont été recueillies, à l'aide d'un guide d'interview, auprès des informateurs cités plus haut sur rendez-vous demandé au préalable. Un groupe de discussion focalisée avec huit femmes utilisatrices de PF a été animé à l'HGR de Virunga, une des FOSA concernées par l'enquête. Parmi ces femmes, sept utilisent les implants et une utilise la pilule. Leur âge varie de 20 à 45 ans et le nombre de leurs grossesses varient de 2 à 8. Quant à la durée d'utilisation des méthodes de PF, elle va de trois mois à 14 ans. Six sont mariées, une est veuve et l'autre est divorcée.

Analyse des données et variables explicatives

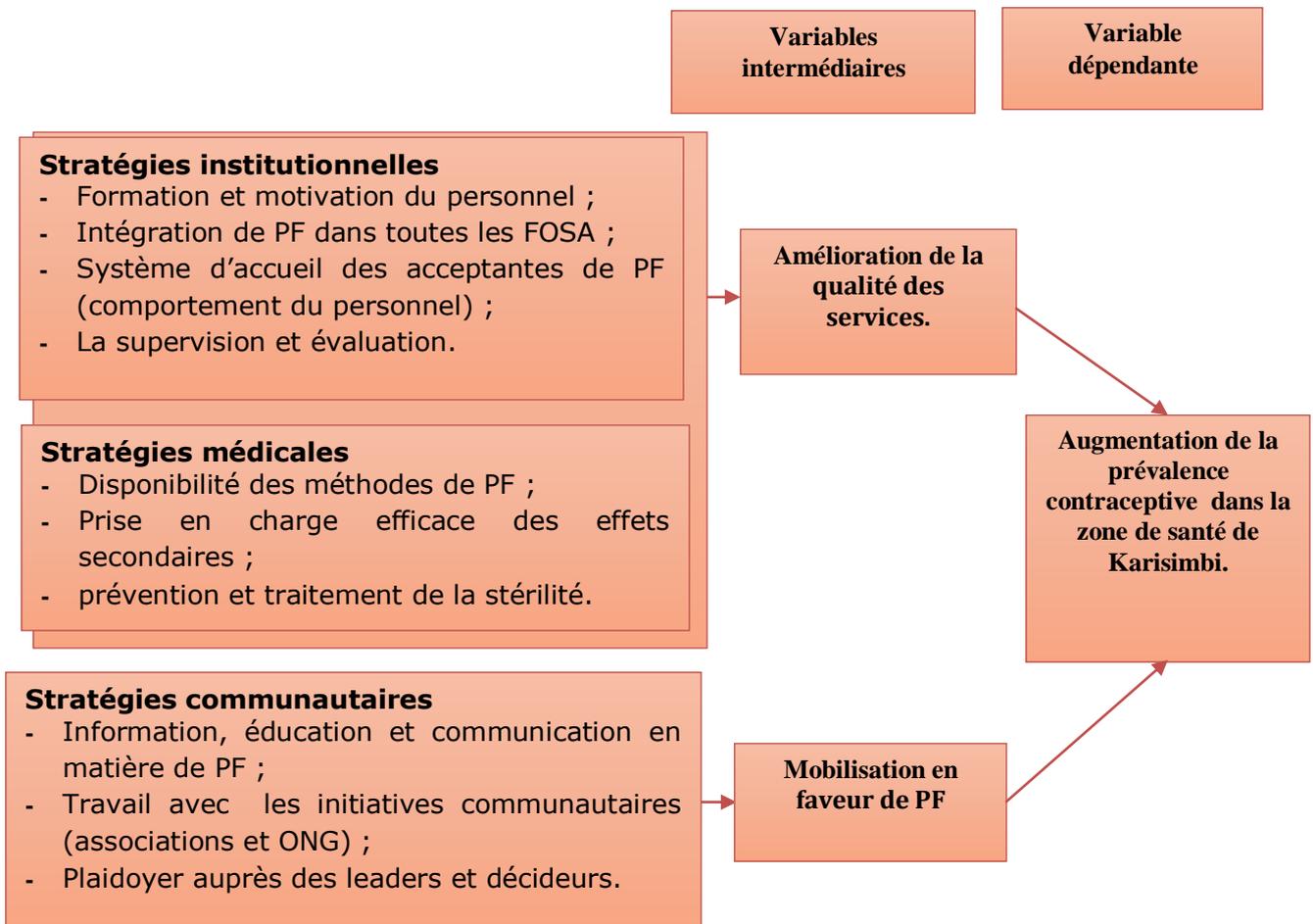


Figure 1 : Variables explicatives de la prévalence contraceptive dans une zone de santé par Levis Nyavanda, 2014.

Le cadre opération des variables nous aide à comprendre quelle variable analyse et cherche sur l'ensemble de l'échantillonnage pendant l'étude. Les données étaient en base clique et sur un échantillonnage non probabiliste dans dix-huit FOSA intégrant la PF, nous avons enquêté deux membres du personnel soignant les plus concernés par la PF par FOSA, à savoir le responsable de la formation médicale et son prestataire de PF à l'aide d'un questionnaire d'enquête leur administré (soit 36 personnes), pour les données quantitatives. En outre, nous avons interviewé trois informateurs clés, le chargé de PF à l'UNFPA/Goma, le Coordinateur Provincial du PNSR et le MCZ de Karisimbi, à l'aide d'un guide d'interview, et animé un FGD avec huit utilisatrices de PF à l'HGR de Virunga, pour données qualitatives. Après dépouillement, analyse et traitement des données sur les logiciels Word, Excel et SPSS.

Résultats

Stratégies institutionnelles

Répartition des répondants selon la durée de leur formation en PF

<i>Durée de la formation en PF</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Moins d'une semaine	2	7,4
Une semaine	16	59,3
Deux semaines	4	14,8
Un mois	4	14,8
Plus d'une année	1	3,7
Total	27	100,0

<i>Agents formés par FOSA</i>	<i>Effectif</i>	<i>%</i>
Un agent	3	16,7
Deux agents	7	38,9
Trois agents	7	38,9
Quatre et plus	1	5,5
Total	18	100,0

Tab. N.4 : Durée de la formation en Planification Familiale.

Ce tableau montre que plus de la moitié (59,3) de répondants a eu une formation d'une semaine en matière de PF, 14,8% de répondants ont eu une formation de deux semaines, 14,8% autres en ont reçu d'un mois et un seul répondant en a eu de plus d'une année. Ce qui fait que tous les répondants moins un ont bénéficié d'une formation dont la durée ne dépasse pas un mois. Selon la répartition des répondants selon le nombre d'agents formés en PF dans leurs FOSA. Ce tableau montre que 38,9% de formations sanitaires disposent de deux agents formés en PF, 38,9% autres en disposent trois, 16,7% en disposent un et un seul dispose de quatre agents formés et plus. Mais, il est évident que toutes les FOSA disposent d'au moins un agent formé en PF quel que soit la durée de sa formation.

Bénéficiaire de formation en PF et parlent de PF à chaque contact avec les femmes et les hommes durant leurs activités journalières

	<i>Parlent de PF à chaque contact avec les femmes et les hommes durant leurs activités journalières</i>		<i>Total</i>
	Oui	Non	
<i>Bénéficiaire de formation en PF</i>	Oui 24	Non 3	27
	Non 6	3	9
Total	30	6	36

$\chi^2 = 2,400$, dl = 1, p = 0,121, au seuil de signification de 5%, la valeur de χ^2 de la table (théorique) est de 3,8415

Tab. N.5. Croisement de prise de conscience du bénéficiaires en formation en PF et pratiques.

Apartir du tableau ci-dessus, nous constatons que 27 enquêtés disent qu'ils bénéficient de formation en PF tandis que 9 enquêtés disent qu'ils n'en bénéficient pas alors que aussi 30 enquêtés disent qu'ils parlent de PF à chaque contact avec les femmes et les hommes durant leurs activités journalières tandis que 6 enquêtés n'en parlent pas. Etant donné que le χ^2 calculé (2,400) est inférieur statistiquement au χ^2 théorique (3,841) au seuil de signification de 5% et comme dl 1, nous rejetons l'hypothèse alternative (H_a) et acceptons l'hypothèse nulle (H_0) selon laquelle les stratégies institutionnelles telles que la formation et la motivation du personnel soignant en matière de PF, l'intégration du service de PF dans toutes les formations sanitaires, le système d'accueil des acceptantes de PF et la supervision et évaluation sont mises en œuvre dans la ZS de Karisimbi pour augmenter la prévalence contraceptive ; autrement dit, ces deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Propos sur la supervision et l'évaluation

Chargé de PF à l'UNFPA : En ce qui concerne **la supervision**, bien qu'il y ait une autre personne qui s'en charge, le constat est bon au BCZS pour la gestion des intrants de PF (produits bien gardés à la pharmacie, fiches de stock à jour, ...). Mais au niveau des formations sanitaires, il y a surstockage avec des problèmes de péremption, c'est comme si ils ne maîtrisent pas la consommation mensuelle moyenne, et ceci surtout pour les pilules. Certaines structures soutenues par Save the children connaissent parfois des ruptures s'il y a retard de ravitaillement par Save the Children alors que les intrants sont disponibles à la pharmacie de la Zone de santé. Il y a lieu de remédier à la situation par concertation.

MCZ de Karisimbi : l'évaluation se fait mensuellement lors de la revue mensuelle d'activités et lors des supervisions.

Stratégies médicales

Bénéficiaire de formation en PF et parlent de PF à chaque contact avec les femmes et les hommes durant leurs activités journalières

		<i>Parlent de PF à chaque contact avec les femmes et les hommes durant leurs activités journalières</i>		
		Oui	Non	Total
<i>Bénéficiaire de formation en PF</i>	Oui	24	3	27
	Non	6	3	9
Total		30	6	36

$\chi^2 = 2,400$, dl = 1, p = 0,121, au seuil de signification de 5%, la valeur de χ^2 de la table (théorique) est de 3,8415

Tab. N.6 : Fréquences des contacts des agents formés avec les femmes et hommes dans la pratique de la PF.

Apartir du tableau ci-dessus, nous constatons que 27 enquêtés disent qu'ils bénéficient de formation en PF tandis que 9 enquêtés disent qu'ils n'en bénéficient pas alors que aussi 30 enquêtés disent qu'ils parlent de PF à chaque contact avec les femmes et les hommes durant leurs activités journalières tandis que 6 enquêtés n'en parlent pas. Etant donné que le χ^2 calculé (2,400) est inférieur statistiquement au χ^2 théorique (3,841) au seuil de signification de 5% et comme dl 1, nous rejetons l'hypothèse alternative (H_a) et acceptons l'hypothèse nulle (H_0) selon laquelle les stratégies institutionnelles telles que la formation et la motivation du personnel soignant en matière de PF, l'intégration du service de PF dans toutes les formations sanitaires, le système d'accueil des acceptantes de PF et la supervision et évaluation sont mises en œuvre dans la ZS de Karisimbi pour augmenter la prévalence contraceptive ; autrement dit, ces deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Disponibilité des méthodes des PF au sein des FOSA

<i>Méthodes de PF disponibles au sein des FOSA</i>	<i>Effectif</i>	<i>Total enquêtés</i>	<i>%</i>
Implants Jadelle	34	36	94,4%
Méthodes injectables	33	36	91,6%
Contraceptifs oraux combinés (COC)	28	36	77,7%
Préservatifs (Condoms)	26	36	72,2%

Dispositif intra-utérin (DIU)	22	36	61,1%
Contraceptifs oraux progestatifs (COP)	22	36	61,1%
Collier du cycle	18	36	50,0%
Méthodes de PF en rupture de stock	Effectif	Total enquêtés	%
Implants Jadelle	8	14	57,1%
Méthodes injectables	6	14	42,8%
Contraceptifs oraux combinés (COC)	4	14	28,5%
Dispositif intra-utérin (DIU)	4	14	28,5%
Contraceptifs oraux progestatifs (COP)	2	14	14,2%
Collier du cycle	2	14	14,2%

Tab. N.7: Disponibilité de contraceptives dans les structures sanitaires.

Ce tableau montre que les méthodes les plus disponibles au sein des FOSA enquêtées sont les implants, 94,4% des répondants soit 17 FOSA sur 18, suivi des méthodes injectables, 91,6% des répondants soit 16 FOSA sur 18, viennent ensuite les COC, 77,7% soit 14 FOSA sur 18, le préservatif occupe la quatrième place avec 72,2% soit 13 FOSA sur 18, le DIU et les COP viennent à la cinquième position avec 61,1% soit 11 FOSA sur 18 et enfin le collier du cycle vient en dernière position avec 50% de répondants soit 9 FOSA sur 18. Ceci implique que plus de 77,7% de FOSA enquêtées disposent d'au moins trois méthodes de PF sûres dont l'implant qui est une méthode à longue durée d'action. Mais aussi lors de la consultation du registre du service de PF « UZAZI BORA » de l'HGR de Virunga, nous avons relevé un cas de vasectomie durant l'année 2013. Selon la répartition des répondants selon les intrants qui manquent ou connaissent des ruptures de stock dans leurs FOSA. Il ressort de ce tableau que l'implant occupe la première position en ce qui concerne la rupture de stock au sein des FOSA qui ne sont pas régulièrement approvisionnées, 57,1% des répondants soit 4 FOSA sur 7, viennent ensuite les méthodes injectables, 42,8% des répondants soit 3 FOSA sur 7, ensuite les COC et DIU, ex aequo avec 28,5% des répondants soit 2 FOSA sur 7 et enfin, le COP et le collier du cycle, ex aequo aussi avec 14,2% des répondants soit 1 FOSA sur 7. Le préservatif ne figure pas sur ce tableau, donc ne connaît pas de rupture de stock.

Disponibilité des méthodes contraceptives

Propos du Chargé de PF au Bureau Décentralisé de Goma : UNFPA intervient par Programme de coopération qui couvre une période de cinq ans renouvelable dénommée « cycle programmatique ». Nous sommes actuellement dans le troisième cycle programmatique qui va de 2013 à 2017. L'organisation dispose d'un bureau à Goma pour la zone Est du pays sous l'appellation de « Bureau Décentralisé de Goma » qui couvre quatre provinces : le Nord-Kivu, le Sud-Kivu, le Maniema et la Province Orientale. UNFPA intervient dans les domaines de la Santé de la Reproduction, la Population et Développement et le Genre. Dans la province du Nord-Kivu, l'Organisation appuie seulement deux zones de santé à savoir : la ZS de Karisimbi dans la ville Goma et celle de Vuhovi dans le Territoire de Lubero. En dehors de ces zones programmatiques, UNFPA offre des interventions ponctuelles en cas des moyens suffisants dans d'autres ZS, comme dernièrement dans la ZS de Kirotshe dans le cadre de CEMUBAC. Actuellement, une enquête est entrain d'être menée pour étendre son programme à d'autres ZS en matière de PF; si les résultats sont convainquant, la Zone de Santé de Kirotshe entrera dans le Cycle programmatique.

Les besoins de la ZS de Karisimbi ne sont pas tout à fait couverts, c'est ainsi que UNFPA collaborE avec Save the Children pour assurer les besoins en PF.

Propos du Coordinateur du PNSR/Nord-Kivu : Les activités de PF dans la province du Nord-Kivu évoluent lentement exclusivement financées par les donateurs dont UNFPA et Save the Children. Ces ONG internationales assurent le ravitaillement en intrants de PF et la formation du personnel. Toute la province n'est pas couverte, mais seulement deux ZS, celle de Karisimbi dans la ville de Goma et celle de Vuhovi dans le territoire de Lubero. Dans la ZS de Karisimbi, tous les CS disposent d'un service de PF et un certain nombre d'agents formés. Pas de contribution de l'Etat.

Propos du MCZ de Karisimbi : Les activités de PF sont financées par deux ONG internationales, l'UNFPA et Save the Children en fournissant les intrants et la formation du personnel ; pas d'intrants provenant du Gouvernement.

Encadre N.2. Disponibilité des méthodes contraceptives dans les stocks.**Stratégies communautaires****Répartition des répondants selon les canaux utilisés**

Canaux utilisés lors de la sensibilisation	Effectif	%
Séances de CCC au centre	9	25,0
Affiches (imprimés)	2	5,6
Relaiscommunautaires formés	1	2,8
Plusieurs canaux à la fois	24	66,7
Total	36	100,0

Tab. N. 8 : Canaux utilisés pour communiquer à la population.

Au vu de ce tableau, la majorité de répondants, soit 66, 7%, utilise plusieurs canaux de communication lors de la sensibilisation de la population en PF, 25% de répondants animent des séances de CCC dans leurs FOSA, mais les médias des masses n'ont pas été cités.

Les méthodes à longue durée d'action comme le DIU et les implants et les canaux de communication utilisés

		<i>Canaux de communication utilisés</i>				
		Séances de CCC au centre	Affiches (imprimés)	Utilisation des relais communautaires	Plusieurs canaux à la fois	<i>Total</i>
Mettent un accent particulier sur les méthodes à longue durée d'action comme le DIU et les implants	Oui	5	2	0	17	24
	Non	4	0	1	7	12
Total		9	2	1	24	36

$\chi^2 = 3,688$, dl = 3, p = 0,297, au seuil de signification de 5%, la valeur de χ^2 de la table (théorique) est de 7,814

Tab. N. 9. Méthodes utilisées à longue durée d'action.

Apartir du tableau ci-dessus, nous constatons que tous les enquêtés disent qu'ils font la sensibilisation en faveur de PF alors que aussi 24 enquêtés disent qu'ils mettent un accent particulier sur les méthodes à longue durée d'action comme le DIU et les implants tandis que 12 enquêtés ne le font pas. Etant donné que le χ^2 calculé (3,688) est inférieur statistiquement au χ^2 théorique (7,814) au seuil de signification de 5% et comme dl 3, nous acceptons l'hypothèse nulle selon laquelle les stratégies communautaires telles que l'information, l'éducation et la communication pour le changement de comportement de la population en matière de PF, le travail avec les initiatives communautaires sont mises en œuvre dans la ZS de Karisimbi pour augmenter la prévalence contraceptive et rejetons l'hypothèse alternative ; autrement dit, ces deux variables sont indépendantes l'une de l'autre.

Plaidoyer auprès des leaders et décideurs

Le **grand défi** est la pérennisation des activités ; si l'UNFPA se retire, que deviendraient les activités de PF suite de la non implication de l'Etat ? Il faut un plaidoyer au Gouvernement pour allouer des ressources au programme. A Kinshasa, le Premier Ministre aurait accepté d'allouer un budget à l'achat des contraceptifs. Il fallait que le Gouvernement provincial fasse de même.

Les **stratégies** à mettre en place sont :

- La DC des contraceptifs : Nous pensons à nouvelle approche qui est la distribution communautaire des contraceptifs. L'année 2012, 72 membres de la communauté ont été formés en la matière mais les kits n'étaient pas encore disponibles. Nous avons commandé les kits cette année, dès que les kits nous parviendront, nous commencerons par recycler ces personnes qui ont été formées avant de lancer cette approche ;
- Les campagnes multimédia et d'offre gratuite des services de PF (plus de sensibilisation, services mobiles, intéresser certaines autorités, ...) ;
- Plaidoyer auprès du gouvernement provincial pour son implication active dans le programme de PF ;
- Intéresser le Ministre du genre ainsi que la division provinciale du genre pour sensibiliser et mobiliser certaines corporations masculines telles que les motards, les groupements des hommes dans les Eglises et les associations de jeunes.

Encadré n° 3. Propos du Chargé de PF à l'UNFPA au Bureau Décentralisé de Goma

Difficultés rencontrées dans l'exécution du programme de PF

Répartition des répondants selon la nature des difficultés rencontrées dans l'exécution du programme de PF.

<i>Difficultés rencontrées dans l'exécution du programme de PF</i>	<i>Effectif</i>	<i>Total enquêtés</i>	<i>%</i>
Effets secondaires des contraceptifs	13	36	36,1%
Rupture de stock des contraceptifs	12	36	33,3%
Insuffisance de formation du personnel	5	36	13,8%
Les rumeurs sur les méthodes et leurs effets secondaires	4	36	11,1%
La résistance des hommes	4	36	11,1%
Relais communautés non formés	4	36	11,1%
Peu ou pas de supervision pour certains FOSA	3	36	8,3%
Certains femmes préfèrent venir seules à l'insu de leurs maris	3	36	8,3%
Barrières religieuses	3	36	8,3%

Tab.N. 10 : Difficultés dans l'exécution de la planification familiale aussi des différentes populations.

Ce tableau montre que les difficultés les plus souvent rencontrées dans les formations sanitaires en matière de PF sont les effets secondaires des méthodes de PF, suivi de ruptures de stock, insuffisance du personnel, des rumeurs sur les méthodes de PF, ...

- Propos du chargé de PF à l'UNFPA :

La principale **difficulté** est la mobilité du personnel qui fait qu'il y ait disparité du personnel formé au sein des FOSA.

- Propos du Coordinateur provincial du PNSR :

La principale **difficulté** est le faible appui du gouvernement entraînant une dépendance exclusive des donateurs de telle sorte que si ces bailleurs des fonds suspendaient leur appui, les activités risquent de s'arrêter.

- Propos du MCZ de Karisimbi :

Les principales difficultés rencontrées sont la non intégration des contraceptifs par les formations sanitaires catholiques, la faible adhésion des hommes et le manque d'appui pour les messages radiodiffusés. Les véritables défis sont la pérennisation des activités, l'implication active de l'autorité dans la PF et l'implication des FOSA catholiques dans la contraception.

Encadré n° 4. Difficultés rencontrées

Suggestions pour la promotion de la PF

Répartition des répondants selon leurs suggestions pour promouvoir la Planification familiale

Suggestions pour promouvoir la Planification familiale	Effectif	Total enquêtés	%
Implication effective des autorités dans la PF à tous les niveaux	11	36	30,5%
Intensification de la sensibilisation, même sur les médias, dans les églises et les écoles	11	36	30,5%
Formation continue du personnel de santé en matière de PF	9	36	25,0%
Approvisionnement régulier en intrants de PF	8	36	22,2%
Octroi de primes au personnel	6	36	16,6%
Gratuité des prestations de PF	3	36	8,3%
Disponibilité des ordigrammes et autres documents sur la PF	2	36	5,5%
Assurer la supervision de façon régulière	2	36	5,5%
Formation des relais communautaires	1	36	2,7%
Formation des autorités locales et religieuses	1	36	2,7%
Persuader les hommes	1	36	2,7%
Améliorer le salaire des agents	1	36	2,7%
Que tous les agents de santé se sentent concernés par le programme de PF	1	36	2,7%

Tab. N. 11 : Proposition pour la promotion à l'adhésion de la planification familiale.

Ce tableau montre qu'un bon nombre des répondants (30,5%) veulent voir concrètement l'implication des autorités dans la PF, ce qui est un facteur important pour la promotion de

la PF ainsi que sa pérennisation ; l'intensification de la sensibilisation vient en 2^{ème} position ensuite la formation continue du personnel et l'approvisionnement régulier en intrants de PF

Propos pour la promotion de la PF

- Chargé de PF à l'UNFPA : Conseil à donner à la ZS de Karisimbi

- Améliorer la logistique des médicaments, intrants de PF ;
- S'impliquer davantage dans les activités de PF, ne pas le faire seulement lorsqu'il ya appui financier ;
- Les indicateurs de santé maternelle ne s'améliorent pas, 70% d'accouchements assistés en 2012 et 50% d'accouchements assistés en 2013, PF 15,3% en 2012 et 16% 2013; l'ECZ doit s'impliquer sérieusement à chercher les solutions parce qu'il semble ne pas le faire ;
- Après analyse, l'ECZ doit renforcer la réflexion stratégique sur les indicateurs de planification familiale.

- Coordinateur provincial du PNSR Nord-Kivu :

Le taux de prévalence pour la province n'est pas encore déterminé pour l'année 2013. En ce qui concerne l'objectif fixé pour cette année, c'est au niveau opérationnel, ZS, qu'on se fixe le taux de prévalence à atteindre en fonction des résultats obtenus antérieurement.

Pour la promotion de la PF, les stratégies ci-après ont été définies :

- Intensification de la sensibilisation en insistant sur les groupes cibles ;
- Formation des pairs éducateurs ;
- Sensibilisation des femmes à la maternité pour que la majorité y sortent ayant adoptées une méthode de PF ;
- La prime de performance est en étude avec la Banque mondiale.

L'implication des autorités est très faible, c'est ainsi qu'au niveau central une intense activité de plaidoyer est entrain d'être menée pour que le gouvernement s'implique davantage : éditer une loi en faveur de la PF, allouer un budget à l'achat des contraceptifs et participer à la sensibilisation. Le salaire insuffisant est aussi un facteur de démotivation.

Encadré n° 5. Propos pour la promotion de la PF

Les analyses montrent que dans la Zone de Karisimbi la situation est illustrée comme suit :

Les activités de PF évoluent lentement dans la ZS de Karisimbi. L'objectif fixé en 2012 était d'atteindre le taux de prévalence contraceptive de 15% vu le taux bas des années antérieures (7,6% en 2011), il a été atteint (15,3%) ; en 2013, l'objectif était de 17%, il a été aussi atteint (17,4%). Mais, pour l'année 2013, ces résultats ne sont pas satisfaisants pour le fait que certaines aires de santé ne sont pas bien intégrées comme les formations sanitaires catholiques (ce qui constitue un véritable défi), l'utilisation élevée des préservatifs, la faible adhésion des hommes au programme qui souvent obligent leurs épouses à arrêter l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que la faible adhésion au DIU. C'est la raison pour laquelle nous avons maintenu le même objectif de 17% de prévalence contraceptive pour cette année 2014, en mettant un accent particulier sur les méthodes à longue durée d'action.

Le meilleur score était dû à une série d'activités qui ont été entreprises :

- Disponibilité d'intrants de PF au cours des années 2012 et 2013 grâce à l'appui de l'UNFPA et Save the children ;
- Renforcement des capacités des prestataires en matière de PF en 2012 par l'UNFPA ;
- Appui à la sensibilisation en 2013 par Save the Children qui appuie aussi en intrants et matériel le service de PF et soins après avortement de l'HGR de Virunga et cinq CS ;
- Un certain nombre d'agents a été envoyé en formation sur les méthodes permanentes à Nairobi, l'année passée ;
- Utilisation des relais communautaires dans la sensibilisation et l'orientation des clientes;
- PF couplée de CPoN et CPS dans les FOSA surtout la CPoN du 42^e jour, on stimule la femme à accepter la PF ;
- Gratuité des prestations de PF.

La question de pérennisation des activités de PF même après l'appui de ces donateurs est crucial et est en discussion avec le groupe thématique pour étudier les mécanismes de pérennisation des activités : mener un plaidoyer auprès du gouvernement provincial pour qu'il alloue une marge budgétaire à l'achat des contraceptifs et commencer à faire payer aux clientes une contribution après la mobilisation massive de la population en faveur de la PF.

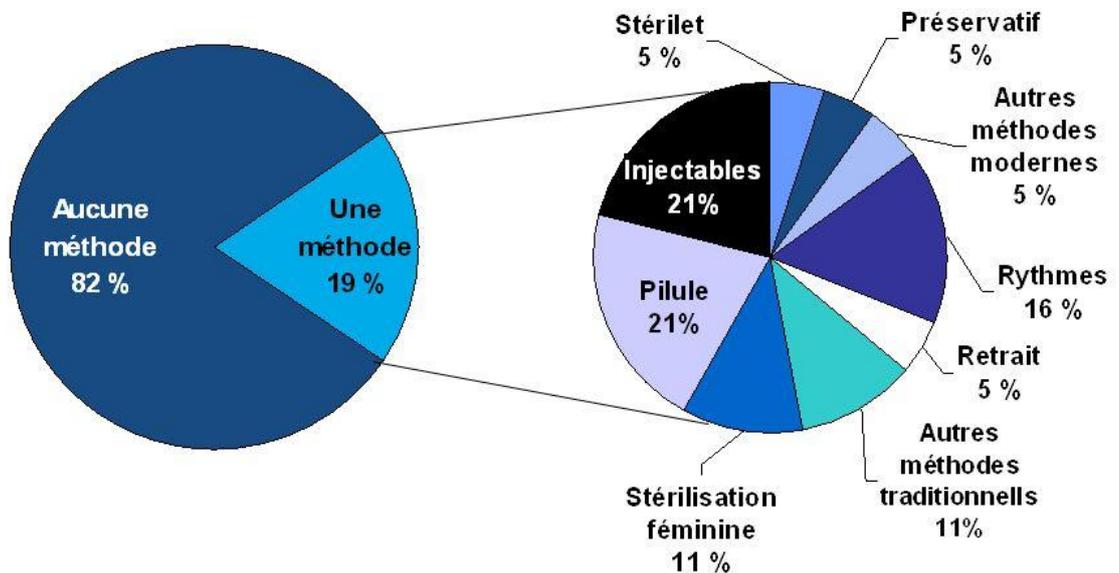
Les priorités actuelles sont l'intensification de la sensibilisation, la mise en place le système d'agents de distribution communautaire des contraceptifs qui aideraient aussi à la sensibilisation et l'orientation des clientes de PF vers les FOSA et la formation des prestataires tout en limitant leur mobilité. Il fallait aussi améliorer la rémunération du personnel.

3. Discussion

Depuis 2002, les études démographiques ont déjà montré qu'en Afrique subsaharienne, les méthodes de planification chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive ne sont accessible soit même disponible à cause des services d'approvisionnement, seulement peut de couples en utilisent.

Méthodes de planification familiale, Afrique subsaharienne

Femmes mariées âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, fin des années 90



Note : Le total excède 100 % car les chiffres sont arrondis.

Source : Population Reference Bureau, *La planification familiale dans le monde*, 2002.



© 2005 Population Reference Bureau

Pour l'Afrique en général la majorité soit 82% n'utilisent pas aucune contraception seulement 19% utilisent au moins une méthode contraceptive. Quant en la zone de Karisimbi au Nord Kivu en République Démocratique du Congo, une portion des 33 zones mais ayant 160 formations sanitaires non intégrées et seulement 19 formations sanitaires intégrées. En ce qui concerne **les stratégies institutionnelles**, la totalité d'enquêtés (100%) organisent le service de PF, ce qui un départ important ; 55,6% de ces services sont tenus par un prestataire formé, 33,3% sont tenus par le responsable seul qui souvent est retenu par d'autres activités et 11,1% de ces services sont tenus par n'importe quel membre du personnel soignant. La moitié des répondants (50%) offre gratuitement les prestations de

PF et la moitié restante fait payer un montant équivalent à un dollar américain. La majorité des répondants, soit 83,3%, parlent de la PF aux femmes et aux hommes durant leurs activités journalières et parmi eux, 86,7% ont déclaré que quelques-uns de ceux à qui ils parlent de PF consentent à utiliser les méthodes de PF. Concernant la formation, 75% d'enquêtés ont été formés en PF, la durée de leur formation variait de moins d'une semaine (7,4%), une semaine (59,3%) à une année et plus (3,7%). Concernant la matière de formation, 85,2% d'enquêtés ont été formés en PF, 11,1% en PF et soins après avortement et 3,7% l'ont été en maternité à moindre risque. Toutes les FOSA concernées par l'étude disposent d'au moins un agent formé et seulement une FOSA en disposent quatre ; 30,6% d'enquêtés seulement bénéficient d'une formation continue en PF. Quant à la formation des relais communautaires, 58,3% d'enquêtés ont affirmé le faire et 30,6% d'enquêtés bénéficient de prime de performance alors 69,4% n'en bénéficient pas. S'agissant des conditions d'accueil, 83,3% d'enquêtés reçoivent les clientes tous les jours et 80,6% d'enquêtés ont affirmé que leurs conditions d'accueil permettent de garder l'anonymat et la confidentialité pour les clientes qui l'exigent. Par contre 91,7% d'enquêtés exigent à la clientes d'être accompagnée par son mari à la première visite, ce qui pose problème vu la résistance de la plupart des hommes et le fait que les hommes ne sont pas souvent disponibles, mais aussi ceci constitue une barrière pour les femmes non mariées ; évidemment le fait de non existence d'une loi en faveur de PF ne protège pas les prestataires. Seule la loi contre le contrôle des grossesses adoptée par le Congo Belge en 1920 reste en vigueur parce qu'elle n'a jamais été abrogée. Concernant la supervision et l'évaluation, 55,6% d'enquêtés ont affirmé qu'ils sont supervisé à un rythme d'une visite à trois visites par an. Au vu de ces résultats et de celui du test statistique khi-deux (χ^2) du tableau n° 31, croisé, (χ^2 calculé = 2,400 avec $df = 1$ au seuil de signification de 5% inférieur au χ^2 de la table = 3,8415) ayant rejeté l'hypothèse alternative et confirmé l'hypothèse nulle selon laquelle les stratégies institutionnelles telles que la formation et la motivation du personnel soignant en matière de PF, l'intégration du service de PF dans toutes les FOSA enquêtées, le système d'accueil des acceptantes de PF et la supervision et évaluation sont mises en œuvre par le personnel soignant dans la ZS de Karisimbi pour augmenter la prévalence contraceptive, nous pouvons conclure que la première hypothèse est confirmée. Mais, ces stratégies sont mises en œuvre à des degrés divers, probablement parce que presque tout dépend des donateurs.

Concernant **les stratégies médicales**, pour la disponibilité des méthodes, trois méthodes sûres sont disponibles dans 77,7% et plus de FOSA concernées par l'étude dont une à longue durée d'action (implant) dans 94,4% des FOSA concernées; 61,1% d'enquêtés sont régulièrement approvisionnés en intrants de PF et 38,9% ne le sont pas. Aussi, l'implant fait partie des méthodes qui connaissent des ruptures de stock dans 57,1% des FOSA qui tombent en rupture de stock. Aucun enquêté n'a rapporté de rupture de stock des préservatifs. S'agissant de la prise en charge des effets secondaires des méthodes de PF, 50% d'enquêtés disposent des documents de référence sur les effets secondaires et leur prise en charge, le rythme des visites de suivi est bien programmé ; 94,4% d'enquêtés enregistrent des effets secondaires, et 53% réfèrent les cas qui les dépassent à l'HGR de Virunga où fonctionne un centre de prise en charge, mais 29,4% ne les réfèrent nulle part ce qui pose problème. La prise en charge de la stérilité n'est pas intégrée à la PF parce que même au niveau des hôpitaux où on le fait la totalité du coût est à la charge de ces couples. Au vu de ces résultats et de celui du test statistique khi-deux (χ^2) du tableau n° 42, croisé, (χ^2 calculé = 0,43 avec dl = 1 au seuil de signification de 5% inférieur au χ^2 de la table = 3,84) ayant rejeté l'hypothèse alternative et confirmé l'hypothèse nulle selon laquelle les stratégies médicales telles que la disponibilité des intrants de PF, la prise en charge efficace des effets secondaires des contraceptifs et le traitement de la stérilité sont mises en œuvre dans la ZS de Karisimbi, la seconde hypothèse de cette étude est également confirmée. Ces stratégies sont mises en œuvre grâce à l'appui de l'UNFPA et Save the Children mise à part la prise en charge de la stérilité qui n'est pas subventionnée comme les autres composantes de PF.

En ce qui concerne **les stratégies communautaires**, la totalité d'enquêtées soit 100%, sensibilisent la population en matière de PF, en utilisant soit plusieurs canaux de communication (66,7% d'enquêtés), soit des séances de CCC sur place (25%), soit des affiches (5,6%) ou des relais communautaires formés (2,8%) ; 66,7% d'enquêtés font la promotion des méthodes à longue durée d'action et 33,3% ne le font pas ; 30,6% d'enquêtés travaillent avec les initiatives communautaires et 69,4% ne le font pas alors que leur apport n'est pas négligeables, 90,9% de ceux qui le font ont déclaré que ces initiatives sensibilisent leurs membres en faveur de PF et 9,1% ont déclaré qu'elles participent au transport des sensibilisateurs. Les autorités locales sont impliquées dans la planification et l'exécution du programme par le BCZ. Le plaidoyer auprès du Gouvernement National est

en train d'être mené par UNFPA pour plus des ressources en faveur du programme et l'abrogation de la loi interdisant la PF de 1920, mais pas encore au niveau provincial.

Il ressort de ce qui précède, associé au résultat du test statistique khi-deux (χ^2) du tableau n° 48, croisé, (χ^2 calculé = 3,688 avec dl = 3 au seuil de signification de 5% inférieur au χ^2 de la table = 7,814) ayant rejeté l'hypothèse alternative et confirmé l'hypothèse nulle selon laquelle les stratégies communautaires telles que l'information, l'éducation et la CCC de la population en matière de PF, le travail avec les initiatives communautaires et le plaidoyer auprès des leaders et décideurs politico-administratifs pour plus de soutien et des ressources au programme de PF sont mises en œuvre dans la ZS de Karisimbi, que la troisième hypothèse de cette étude est également confirmée.

4. Conclusion

Le plus grand défi à la PF dans notre pays est la pérennisation des activités parce que l'approvisionnement en intrants de PF dépend exclusivement des donateurs.

Nous ne pouvons pas prétendre avoir exploité toute la matière, les autres études pourront nous compléter notamment sur la situation dans d'autres FOSA, l'apport des pharmacies et cabinets médicaux privés, etc.

La PF étant un ingrédient important de réduction de la mortalité maternelle, infantile, du bien-être familial et du développement national, il est recommandé :

- **Du point de vue financière.** Allouer un budget à l'achat des contraceptifs pour couvrir les besoins non satisfaits de la Province. Approfondir la formation de base des infirmiers et médecins sur la PF. Assurer la formation continue du personnel de santé en matière de PF. Disponibiliser des ordinogrammes sur les effets secondaires des méthodes de PF et autres documents sur la PF dans toutes les FOSA. Améliorer le salaire du personnel. Octroyer des primes de performance aux FOSA ayant enregistré de meilleurs scores. Disponibiliser un espace sur les médias publiques pour la vulgarisation de l'utilisation des méthodes de PF.
- **Du point de vue humanitaire.** Mener le plaidoyer auprès de leurs bailleurs de fonds pour plus de ressources en vue de couvrir les besoins non satisfaits en PF de la ZS de Karisimbi. Mener le plaidoyer, en association avec ceux qui militent pour la PF, auprès du Gouvernement pour qu'il alloue plus de ressources financières et matérielles en faveur de la PF et accélère la promulgation de la loi autorisant la PF.

Prévoir des mesures appropriées pour la pérennisation des activités de PF dans les zones de santé couvertes à la fin du cycle programmatique. Appuyer la formation des pairs éducateurs en matière de PF.

- **De ressources humaines.** Améliorer la logistique des contraceptifs et autres intrants de PF. S'impliquer sérieusement à chercher les solutions au problème de l'évolution des indicateurs de santé maternelle et PF. Assurer la supervision de façon régulière et systématique. Intensifier la sensibilisation de la population en utilisant aussi les médias de masse. Impliquer les autorités locales, les leaders et les associations en vue de leur participation active à la mobilisation de la population en faveur de la PF. Créer des points focaux pour le suivi et l'identification des cibles de PF.
- **De l'instruction d'enseignements.** Encourager les recherches dans ce domaine, notamment sur l'apport des FOSA privées et les pharmacies, enrichir la bibliothèque, appuyer le Bureau Central des Zones de Santé dans la formation de ses agents, dans la vulgarisation des lois et stratégies communautaires sur la PF.

- **Au personnel de santé**

Faire le plaidoyer auprès du Gouvernement National entraver UNFPA pour augmenter des ressources en faveur du programme, abroger la loi interdisant la Planification Familiale de 1920 et légiférer en faveur de Planification Familiale, mais le plaidoyer auprès du Gouvernement provincial est encore en étude. Intensifier la communication pour le changement de comportement. Que tous les agents de santé se sentent concernés par la PF. Que les agents formés forment les autres membres du personnel de leurs FOSA. Utiliser les services de PF et bien suivre les conseils des agents de santé pour son bien-être et son développement. Poursuivre les recherches dans le domaine pour promotion de la PF comme la recherche opérationnelle, l'apport des formations sanitaires privées et des pharmacies.

5. **Références**

- [1] C. Pontifical and P. La, "La population mondiale : des dynamiques démographiques qui changent le monde . I) Etude d ' un ensemble documentaire .," pp. 2–5, 1972.
- [2] D. Des, P. Scolaires, E. T. Materiel, and E. Secondaire, "REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO PROGRAMME NATIONAL D ' EDUCATION

- CIVIQUE ET MORALE,” 2007.
- [3] P. Vanderhulst, “PROJET DE SOINS DE SANTE PRIMAIRES EN KINSHASA / RDC FONDS DE SOUTIEN AU TIERS MONDE – APRODI Rapport d ’ évaluation Lambert Mimpvia.”
- [4] U. N. Population and C. De Formation, “Stratégies de réduction de la mortalité maternelle au Sénégal : Evaluation de la gratuité des soins obstétricaux et de la délégation des compétences Résumé du rapport de recherche,” no. May, p. 20, 2008.
- [5] Ministère de la Santé Publique, “Expérience de la RDC dans la gestion du partenariat public - privé pour la santé,” *Int. Conf. Prim. Heal. Care Heal. Syst. Africa*, 2008.
- [6] “Enquête de satisfaction de la population dans le cadre d’un projet de fusion de communes,” 2006.
- [7] S. et M. Agence wallonne pour l’intégration des personnes handicapées - Service Etudes, “Enquête de satisfaction des bénéficiaires des services d’aide à la vie journalière,” p. 42, 2007.
- [8] UNDP, “Plaidoyer pour une meilleure participation de la femme ♦ la vie publique et politique au Togo,” p. 54 p., 2007.
- [9] “ESP3590 Planification sanitaire et politiques de santé,” p. 3590, 2007.
- [10] E. Démographique, “Enquête Démographique, République Démocratique du Congo,” 2007.
- [11] F. Lemonnier, J. Bottero, I. Vincent, and C. Ferron, *Outils d’intervention en éducation pour la santé: critères de qualité*. 2005.
- [12] C. D. E. Kiziba, E. T. Secteurs, and D. E. R. E. T. Kagabiro, “Enquete De Surveillance Refugies Et La Population,” 2004.
- [13] Ministère du Plan et de la Reconstruction Unicef et USAID, “Enquête Nationale sur la Situation des Enfants et des Femmes MICS2/2001: Rapport d’analyse,” p. 184, 2002.
- [14] R. C. Ministère du Plan et suivi de la mise en oeuvre de la révolution de la modernité et Ministère de la Santé Publique, “République Démocratique du Congo Résultats préliminaires,” 2010.
- [15] UNICEF, “Pauvrete Des Enfants Et Disparites En Republique Democratique Du Congo,” *Nrcsa.Ch*, p. 118, 2008.
- [16] S. Sanchez and T. Walsh, “Evaluating Reimbursement Models for Integrated Behavioral Health Programs,” no. August, 2014.

- [17] D. L. Hewson, R. Munger, and T. Wade, *Evolving Models of Behavioral Health Integration in Primary Care*. .
- [18] V. Simpson, “Models and Theories to Support Health Behavior Intervention and Program Planning,” 2002.
- [19] M. Okuga, M. Kemigisa, S. Namutamba, G. Namazzi, and P. Waiswa, “Engaging community health workers in maternal and newborn care in eastern Uganda,” vol. 1, pp. 1–10, 2015.
- [20] O. Peretomode, “Situational And Contingency Theories Of Leadership : Are They The Same ?,” vol. 4, no. 3, pp. 13–17, 2012.
- [21] C. C. Confortini, “Galtung , Violence , and Gender : The Case for a Peace Studies / Feminism Alliance,” vol. 31, no. 3, pp. 333–367, 2006.
- [22] F. White, “Primary Health Care and Public Health : Foundations of Universal Health Systems,” pp. 103–116, 2015.
- [23] S. S. Gopalan, S. Mohanty, and A. Das, “Assessing community health workers ’ performance motivation : a mixed-methods approach on India ’ s Accredited Social Health Activists (ASHA) programme,” pp. 1–11, 2012.
- [24] R. M. Matendo *et al.*, “Challenge of Reducing Perinatal Mortality in Rural Congo : Findings of a Prospective , Population-based Study,” vol. 29, no. 5, pp. 532–540, 2015.
- [25] S. Bucher *et al.*, “Self-reported practices among traditional birth attendants surveyed in western Kenya: A descriptive study,” *BMC Pregnancy Childbirth*, vol. 16, no. 1, 2016.
- [26] S. Dhakal, J. S. Song, D. E. Shin, T. H. Lee, A. Y. So, and E. W. Nam, “Unintended pregnancy and its correlates among currently pregnant women in the Kwango District , Democratic Republic of the Congo,” *Reprod. Health*, pp. 1–7, 2016.
- [27] E. M. McClure *et al.*, “First look : a cluster-randomized trial of ultrasound to improve pregnancy outcomes in low income country settings,” pp. 1–8, 2014.
- [28] A. R. Bado and A. S. Susuman, “Women ’ s Education and Health Inequalities in Under-Five Mortality in Selected Sub- Saharan African Countries , 1990 – 2015,” pp. 1–18, 2016.
- [29] L. K. Alexander, B. Lopes, K. Ricchetti-masterson, and K. B. Yeatts, “Common Measures and Statistics in Epidemiological Literature Second Edition Authors : PA G E 2 ERIC at the UNC CH Department of Epidemiology Medical Center.”
- [30] A.-S. Van Parys, E. Deschepper, K. Michielsen, M. Temmerman, and H.

- Verstraelen, “Prevalence and evolution of intimate partner violence before and during pregnancy: a cross-sectional study,” 2014.
- [31] J. van der Kooy, J. P. de Graaf, D. E. Birnie, S. Denktas, E. A. P. Steegers, and G. J. Bonsel, “Different settings of place of midwife-led birth: evaluation of a midwife-led birth centre,” *Springerplus*, vol. 5, no. 1, 2016.
- [32] Ministry of Health, “Roadmap for Accelerating the Reduction of Maternal and Neonatal Mortality and Morbidity in Uganda,” 2007.
- [33] C. Simms, J. T. Milimo, and G. Bloom, “THE REASONS FOR THE RISE IN CHILDHOOD MORTALITY DURING THE 1980s IN ZAMBIA * IDS WORKING PAPER 76.”
- [34] S. O. Rutstein, “Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s,” vol. 78, no. 10, 2000.
- [35] A. E. Yamin, J. Bazile, L. Knight, M. Molla, E. Maistrellis, and J. Leaning, “Tracing shadows: How gendered power relations shape the impacts of maternal death on living children in sub Saharan Africa,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 135, pp. 143–150, 2015.
- [36] S. E. B. Rogan, M. V. R. Olveña, and S. E. B. Rogan, “Factors Affecting Maternal Health Utilization in the Philippines by by,” no. 02, 2004.
- [37] C. Shen and J. B. Williamson, “Maternal mortality , women ’ s status , and economic dependency in less developed countries : a cross-national analysis,” vol. 49, 1999.
- [38] J. H. Lee and R. Sadana, “Improving Equity in Health by Addressing Social Determinants.”
- [39] “AGENDA 2030,” vol. 2030, no. page 2, pp. 1–7, 2015.
- [40] O. Pasha *et al.*, “Postpartum contraceptive use and unmet need for family planning in five low-income countries,” *Reprod. Health*, vol. 12, no. 2, 2015.
- [41] “Les objectifs de développement durable : informations et conseils pour les organisations de volontaires.”
- [42] M. S. Schimmel *et al.*, “The effects of maternal age and parity on maternal and neonatal outcome,” *Arch. Gynecol. Obstet.*, vol. 291, no. 4, 2015.
- [43] “Mortality and Morbidity Data Sources for Measuring Mortality Module 6a,” 2006.
- [44] R. Gabonaise, “O bjectifs du M illénaire pour le D éveloppement,” 2003.
- [45] Programme des Nations Unies pour le Développement, “Rapport mondial sur le développement humain Lever les barrières : Mobilité et développement humains,”

- 2009.
- [46] M. F. Labrecque, “L’anthropologie du développement au temps de la mondialisation,” *Anthropol. Sociétés*, vol. 24, no. 1, p. 57, 2012.
- [47] M. J., “L’approche communautaire de la santé : une des stratégies d’intervention sur les déterminants socio-économiques,” *Sante Conjug.*, no. 40, pp. 75–77, 2007.
- [48] J. Officiel, “République Démocratique du Congo LOI N° 015/2002 DU 16 OCTOBRE 2002 PORTANT CODE DU TRAVAIL,” *Source*, 2002.
- [49] SENEGAL, “Plan National De Developpement Sanitaire Pnds 2009-2018,” pp. 1–86, 2009.
- [50] P. Couvert and S. Maunorie, “3 èmes Journées Interrégionales de formation des personnels des IME , IEM , IEAP (Bretagne / Pays de la Loire) Palais du Grand Large , St Malo,” pp. 1–3, 2008.
- [51] P. X-nanterre and N. Cedex, “développement durable,” pp. 1–32, 1999.
- [52] C. Ouedraogo, J. Testa, B. Sondo, and B. Kone, “Analyse des facteurs de risque de morbidité maternelle sévère au Ouagadougou, Burkina Faso.”
- [53] P. S. Series, *Health , Environment and Sustainable Development : Towards the Future We Want*, no. June. 2012.