ESI Preprints **Not Peer-reviewed**

Obstacles et attentes des femmes léelé en union polygyne face aux pratiques de contraception moderne en milieu rural de Banga-Lubaka

Lajeunesse Mandjuandja Mayembe, PhD student
Leyka Mukandu Basua Babintu, PhD
École Doctorale des Sciences de la Santé, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, République Démocratique du Congo
Erick Mukala Mayoyo, PhD
Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kananga, République Démocratique du Congo
Centre Africain de Recherche et d'Appui aux Systèmes de Santé
Justinho Munakadi Kangenza, MSc
Institut Supérieur Pédagogique de Sud Banga, République Démocratique du Congo
Gilbert Wembondinga Utshudienyema, PhD
École de Santé Publique, Université de Kinshasa, République Démocratique du Congo

Approved: 09 November 2026
Posted: 11 November 2026

Copyright 2026 Author(s)
Under Creative Commons CC-BY 4.0
OPEN ACCESS

Cite As:
Mandjuandja Mayembe, L., Basua Babintu, L.M., Mukala Mayoyo, E., Munakadi Kangenza, J., & Wembondinga Utshudienyema, G. (2026). *Obstacles et attentes des femmes léelé en union polygyne face aux pratiques de contraception moderne en milieu rural de Banga-Lubaka*. ESI Preprints. https://doi.org/10.19044/esipreprint.11.2026.p298

Résumé

En République Démocratique du Congo, la contraception moderne permet aux femmes d'améliorer la santé génésique et d'éviter les risques de santé maternelle. Cependant, en milieu rural congolais, certaines femmes d'ethnie léelé en union polygyne n'en utilisent pas en toute liberté. L'étude vise à explorer les obstacles et les attentes d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les femmes léelé en union polygyne vivant en milieu rural de la zone de santé de Banga-Lubaka. Il s'est agi d'une étude qualitative descriptive, menée entre septembre et octobre 2025. Vingt entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès d'un échantillon raisonné.

Les données ont été analysées suivant l'approche d'analyse de contenu thématique. Les résultats indiquent que les obstacles à la contraception moderne chez les femmes léelé en union polygyne incluent l'indisponibilité de contraceptifs et le coût d'accès au service ; une incompatibilité avec les valeurs culturelles et religieuses ; un manque de confidentialité par les soignants et une stigmatisation sociale ; un manque de soutien des proches, une compétition procréative entre les coépouses ; la durée de péremption dépassée de contraceptifs disponibles et une mauvaise qualité des services et d'infrastructures. Les attentes et besoins de ces femmes se résument en une offre d'information rassurante sur les moyens contraceptifs ; une implication des conjoints, des familles et de l'État dans l'utilisation de contraceptifs. Les interventions d'amélioration devraient prendre en compte ces divers aspects.

Mots-clés : Obstacles, Attentes, Femme, Union polygyne, Contraception moderne

Barriers and Expectations Among Women in Polygynous Unions Regarding Modern Contraceptive Practices in Rural Banga-Lubaka

Lajeunesse Mandjuandja Mayembe, PhD student
Leyka Mukandu Basua Babintu, PhD
Doctoral School of Health Sciences, Higher Institute of Medical Technology, Kinshasa, Democratic Republic of the Congo
Erick Mukala Mayoyo, PhD
Kananga Higher Institute of Medical Technology,
Democratic Republic of the Congo
African Centre for Research and Support for Health Systems
Justinho Munakadi Kangenza, MSc
Higher Institute of Education of South Banga,
Democratic Republic of the Congo
Gilbert Wembondinga Utshudienyema, PhD
School of Public Health, University of Kinshasa,
Democratic Republic of the Congo

Abstract

In the Democratic Republic of the Congo, modern contraception enables women to improve their reproductive health and avoid maternal health risks. However, in rural areas of the country, some women of the Léelé ethnic group living in polygynous marriages do not use it freely. This

study aims to explore the barriers to and expectations regarding the use of modern contraceptive methods among Léelé women in polygynous marriages living in rural areas of the Banga-Lubaka health zone. It was a descriptive qualitative study conducted between September and October 2025. Twenty semi-structured interviews were conducted with a purposive sample. The data were analyzed using a thematic content analysis approach. The results indicate that barriers to modern contraception among Léelé women in polygynous unions include the unavailability of contraceptives and the cost of accessing services; incompatibility with cultural and religious values; a lack of confidentiality on the part of healthcare providers; and social stigma; a lack of support from family members; reproductive competition among co-wives; the fact that available contraceptives have exceeded their expiration dates; and poor quality of services and infrastructure. The expectations and needs of these women can be summarized as a need for reassuring information about contraceptive methods; and the involvement of spouses, families, and the government in contraceptive use. Interventions aimed at improvement should take these various aspects into account.

Keywords: Barriers, Expectations, Women, Polygynous unions, Modern contraception

Introduction

La pratique de la contraception moderne par les femmes en union est un comportement de santé privilégié afin de lutter contre la forte natalité de couples, promouvoir la santé maternelle, éviter les risques liés aux grossesses rapprochées et/ou à l'accouchement.

Cependant, dans plusieurs milieux, la pratique de la contraception moderne par les femmes en union n'est pas généralisée ; l'Organisation mondiale de la santé (OMS) observe que toutes les femmes n'ont pas accès à la contraception moderne, malgré que la prévalence contraceptive moderne ait augmenté ces dernières années à travers le monde et que le taux d'emploi des méthodes modernes a atteint 58,7 % pour les femmes mariées ou en couple (OMS, 2023). En Afrique subsaharienne où la fécondité est plus élevée, avec une moyenne de 5,5 naissances par femme (Tabutin et Schoumaker, 2020), la proportion de femmes en âge de procréer qui utilise les méthodes modernes de planification familiale est toujours faible ; bien qu'elle soit passée de 52 % à 58 % (OMS, 2023).

Dans le contexte de la République Démocratique du Congo, au cours des cinq dernières années, la moitié de femmes utilisatrices de la contraception moderne (51%) a été discontinue dans les 12 mois suivant leur initiation pour une raison quelconque. Les obstacles à l'utilisation de la contraception notifiés lors d'une enquête nationale (EDS RDC, 2023-2024)

incluent : le changement du flux menstruel, le désir de tomber enceinte, la désapprobation du mari/partenaire, le souhait d'une méthode plus efficace, les effets secondaires/problèmes de santé, le manque d'accès/trop éloigné ; les difficultés pour devenir enceinte/ménopause… (Institut National de la Statistique-RDC, École de Santé Publique de Kinshasa et ICF. 2024).

En milieu rural kasaïen, malgré les campagnes et les mobilisations sur l'usage de la contraception moderne dans le contexte de l'amélioration du bien-être et la protection de la santé maternelle, le recours aux contraceptifs modernes par les femmes d'ethnie léelé en union polygyne n'est pas toléré. Dans les villages léelé, certaines femmes qui bravent la peur et les limites culturelles pour utiliser les contraceptifs modernes offerts par les structures de santé, les utilisent à l'insu de leurs conjoints et ne tardent pas à les abandonner. Des rapports issus de statistiques hospitalières de la zone de santé rurale de Banga-Lubaka font état de discontinuation, de faible taux d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes polygynes : 28 % d'utilisatrices de la contraception moderne en union parmi lesquelles 290 femmes utilisatrices issues des unions polygynes serraient irrégulières et discontinues (Bureau de Zone de santé de Banga-Lubaka, 2025).

Pourtant, il est établi que l'usage de la contraception moderne permet aux femmes de décider si et quand elles veulent avoir un ou plusieurs enfants, il s'agit d'un élément essentiel pour parvenir à l'égalité des genres et une stratégie essentielle pour améliorer les indicateurs de santé maternelle et néonatale lors des futures grossesses (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, 2024). A l'inverse, la faible utilisation de la contraception est responsable de forte taux de fécondité (Bakyono et al., 2020). Le non-utilisation de la contraception peut être dévastateur au plan personnel, social, économique et en matière de santé publique (Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, 2024).

Dans la littérature, les auteurs (Agbré-Yacé et al., 2023 ; Christin-Maitre, 2022 ; Mwambali et al., 2026) observent que plusieurs femmes refusaient d'utiliser les méthodes contraceptives modernes malgré l'information dont elles disposaient, à cause de leur désir de maternité et le fait d'avoir perdu un enfant en couche (Mwambali et al., 2026) ; la peur des effets secondaires, un interdit et/ou une réticence culturelle ou religieuse, une mauvaise qualité des services disponibles, mais aussi, les limites d'accès liées au genre (Christin-Maitre, 2022) ainsi que le manque d'autonomie décisionnelle des femmes et la mauvaise attitude des prestataires (Agbré-Yacé et al., 2023). D'ailleurs, chez les femmes en union, l'opposition de leurs maris (aux contraceptifs) et la réticence des femmes ont été évoqués comme les raisons de la non utilisation des bons (Bakyono et al., 2020).

D'après le modèle théorique de l'utilisation de service de santé d'Andersen et Newman (2005), un individu qui a besoin de recourir aux

soins de santé peut être limitée dans son accès aux soins par des facteurs sociétaux et individuels (prédisposant, facilitant et de besoin) même si les services de santé sont disponibles. Selon ce modèle, le manque de facilitants ainsi que des besoins ressenti ou perçu chez des individus peuvent constituer un frein à l'utilisation des services de santé.

Pour ce faire, une implication des conjoints à travers des séances de sensibilisations et l'utilisation des méthodes de longue durée d'action contribueraient à rendre efficace la planification familiale (Zaratou et al., 2023). Une mise en œuvre des interventions telles que la sensibilisation de la communauté sur les services de soins, la promotion auprès des prestataires de santé des soins humanisés, respectueux et centrés sur le patient aura un impact sur ces barrières (Agbré-Yacé, Kourouma, Doukouré, et al., 2023).

Enfin, peu de données qui existent sur les obstacles et attentes face à la contraception moderne chez les femmes n'ont pas concerné les femmes d'ethnie léelé en union polygyne vivant en milieu rural de Banga-Lubaka. Ainsi, cette étude cherche à répondre à la question suivante : pourquoi les femmes d'ethnie léelé vivant en union polygyne n'utilisent pas de manière continue la contraception moderne ? Elle permettra de comprendre les obstacles et attentes des femmes léelé vivant en union polygyne, en milieu rural, à l'égard de l'utilisation des contraceptifs modernes mais aussi pourra servir de matériau de base pour la recherche ultérieure et l'amélioration des approches de santé maternelle.

L'objectif de cette étude est d'explorer les obstacles et les attentes des femmes en union polygyne de la zone de santé rurale de Banga-Lubaka face aux pratiques de la contraceptive moderne. Spécifiquement, cette étude vise à décrire les obstacles individuels et contextuels d'accès aux méthodes contraceptives modernes par des femmes en union polygyne et à décrire les attentes de ces femmes vis-à-vis de l'offre de contraception moderne dans les structures sanitaires de la zone de santé rurale de Banga-Lubaka.

Matériels et Méthodes

Cadre de l'étude

Cette étude a été menée auprès des femmes en union polygyne vivant dans la zone de santé rurale de Banga-Lubaka, secteur de Sud-Banga, territoire d'Ilebo dans la province du Kasaï en République Démocratique du Congo. La zone de santé rurale de Banga-Lubaka est l'une des trois zones de santé du territoire d'Ilebo dont la population rurale appartient majoritairement à l'ethnie léelé. Dans cette contrée, les principes relatifs à la tradition culturelle dans le cadre du mariage et de recours aux soins de santé sont encore respectés par tous les membres de clans.

La zone de santé rurale de Banga-Lubaka s'étend sur une superficie de 3200 km^2 ; la population totale est estimée à 233 386 habitants et est

subdivisée en 25 aires de santé. Sa population totale est rurale et pauvre, organisée en chefferie ; elle vit principaleùent de l'agriculture et de l'élevage de bétail (Bureau central de la zone de santé Banga-Lubaka, 2024).

Type d'étude

Cette étude qualitatitave d'analyse de contenu a été menée auprès des femmes léelé en union polygyne ayant interrompu la contraception moderne. La collecte de donnée a été réalisée dans la zone de santé rurale de Banga-Lubaka entre le mois de septembre et d'octobre 2025. Nous avons recouru à l'analyse de contenu thématique afin de tranformer les données discursives en thèmes clairs et strucutrés pour comprendre le sens profond de l'utilisation non continue des méthodes contraceptives par les femmes en union polygyne.

Population à l'étude

La population cible est composée de femmes d'ethnie leelé vivant en union polygyne et utilisatrices irrégulières des méthodes contraceptives modernes dans la Zone de Santé rurale de Banga-Lubaka.

Critères d'inclusion

Ont été incluses dans l'échantillon : les femmes léelé en âge de procréer (15–49 ans) en union polygyne, utilisatrices irrégulières des contraceptifs modernes ou avoir interrompu l'usage des contraceptifs modernes ; les femmes capables de s'exprimer en français/lingala/léelé lors de l'entretien et ayant manifesté une volonté de participer librement à l'étude.

Critères d'exclusion

Nous avons exclu les femmes en union polygyne malades au moment de l'enquête.

Type d'échantillonnage

Il s'agit de l'échantillonnage raisonné, utilisé pour optimiser l'information tirée d'un petit échantillon, typique, permettant d'obtenir des résultats précis et significatifs avec peu de participants.

Taille de l'échantillon

De façon théorique, l'échantillonnage était prévu jusqu'à l'essence des données, moment où l'on constate que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante. Concrètement, le nombre de participants devrait s'arrêter à dix, ce qui correspond à la taille de l'échantillon généralement utilisé dans des contextes similaires. Cependant,

ce projet de recherche en milieu rural où les villages sont distants les uns des autres a attiré plus de participantes désirant profiter de cette opportunité pour s'exprimer. Ainsi, au moment de la collecte des données, l'on a observé une redondance des données à partir de la 19ème participante et nous avons opté d'arrêter la collecte de données à la 20ème participante. Ainsi, au total, 20 interviews ont été réalisées auprès de femmes léelé d'union polygyne en discontinuation contraceptive au moment de l'enquête.

Collecte des données

Une étude préliminaire fut réalisée en langue léelé ou lingala auprès de six femmes polygynes de tribu léelé habitant le village Kabombo de la zone de santé d'Idiofa dans la province du Kwilu afin de tester la faisabilité de l'outil.

Le contenu de l'instrument fut laissé à l'approbation de deux experts en santé publique et en santé maternelle mais aussi au comité de Bioéthique de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales (ISTM) de Kinshasa afin d'apporter un éclaircissement sur le contenu de l'outil. Des ajustements et les reformulations ont été faits après l'enquête pilote et un avis favorable a été donné par ces experts et par le comité de bioéthique afin de réaliser une enquête.

La collecte des données lors de l'enquête a été réalisée dans la zone de santé de Banga-Lubaka, en langue léelé et/ou en lingala auprès de 20 femmes polygynes par deux membres de l'équipe de recherche, un doctorant et un étudiant au diplôme d'études approfondies, régulièrement inscrits à l'école doctorale des sciences de la santé de l'ISTM Kinshasa, tous deux du sexe masculin, le premier a assuré le codage et le second avait la charge de réalisé une triangulation des entretriens. Ces enquêteurs n'avaient pas de relations préalables avec les participantes, la grille d'interview devrait recueillir les données sur les caractéristiques sociodémographiques ainsi que sur les obstacles d'accès aux méthodes contraceptives modernes, les attentes et les besoins des femmes en matière d'utilisation de méthodes contraceptives modernes.

L'entretien de toute participante étant individuel se réalisait avec elle seule dans son domicile et dans un lieu calme après l'autorisation du conjoint ou d'un chef de clan de son conjoint, sans que des tierces personnes y participent et se rendent compte des sujets de discussion abordés. Le temps consacré à la discussion avec les participantes variait entre 25 à 35 minutes. Les informations recueillies étaient enregistrées à l'aide d'un téléphone portable. Des notes ont été prises dans un journal réflexif, l'essence a été atteinte dès 19ème participante et nous avons arrêté le recueil des données avec la vingtième répondante.

Plan d'analyse des données

Le processus de traduction et de transcriptions des entretiens individuels enregistrés à l'aide d'un téléphone portable a été réalisée par deux membres de l'équipe de recherche ayant une connaissance parfaite en léelé/lingala, choisis afin de traduire le contenu et d'en obtenir un portrait authentique des données recueillies.

Lors de l'analyse manuelle des entretiens par deux membres de l'équipe de recherche, l'un réalisait la traduction littérale des entretiens et l'autre assurait la contre traduction. Ces données ont été d'abord saisie dans le MS Word en léelé ou en lingala puis traduit en français. La démarche suivie lors de l'analyse des transcriptions par ces membres de recherche est l'analyse de contenu thématique. Le processus d'analyse a inclus les étapes suivantes après la transcription de données verbales : (i) la lecture et la relecture globale des énoncés transcrits suivie d'une écoute/réécoute de contenu audio de chaque entretien. Nous avons à partir de contenu brut de propos de sujets, (ii) fait ressortir des unités de signification puis (iii) fait reformulation/transformation de chaque énoncé/unité de signification (l'organisation et l'énonciation des données) en langage scientifique descriptif simple et enfin (iv) réalisé un regroupement de la structure essentielle de données à partir des unités de significations transformées.

Le codage a été réalisé indépendamment par les deux membres de l'équipe de recherche. La concordance intercodeurs initial a été observée à plus de 80% et la divergence de près de 20%. Cette divergence a suscité un debat entre les codeurs qui fut résolue par une discussion consuelle entre les deux codeurs sur élements divergents, l'on avait fait un recours à un autre membre de l'équipe de recherche afin d'arbitrer sur le debat lors d'un desaccord persistant sur les transformations des unités de signification et les structures finales mais aussi par un retour aux verbatims originaux pour une fidélité aux propos de répondantes.

Cette analyse de contenu thématique était réalisé à partir des tableaux individualisés de quatre colonnes concis par nous-même en vue de faciliter l'analyse de ces données. Les colonnes de chaque tableau contenaient, hormis le thèmes et sous-thèmes : (i) le verbatim, (ii) les unités de signification découpées, (iii) les unités de sens transformées en langage scientifique et (iv) la structure essentielle. Tout verbatim portait notamment l'identification de la répondante selon les catégories.

Critères de rigueur scientifique

Dans cette recherche, certains critères de validité d'une étude qualitative descriptive ; notamment, la confirmabilité, la crédibilité et la transférabilité ont été retenus.

Dans ce cas, la confirmabilité réfère à l'objectivité de données, à la fidélité de la transcription conforme à la réalité vécu des participantes ; la consignation des réflexions dans un journal d'épochè constitue un moyen utilisé pour établir ce critérium ainsi que la triangulation de chercheurs réalisée afin de pouvoir comparer le découpage en unité de signification de deux transcriptions. La crédibilité réfère à la précision de la description du phénomène étudié. Elle fut réalisée par un travail commun de différents chercheurs, ayant différentes expériences et expertises dans le domaine étudié. La transférabilité concerne la probabilité de transférer de l'essence du phénomène étudié à un autre contexte similaire ; que les résultats de l'étude aient une signification dans des contextes similaires. Ceci étant, une description étoffée du contexte et du profil de participantes projet de recherche a été réalisée afin de permettre l'applicabilité de résultats à d'autres milieu.

Considérations éthiques

Cette étude s'inscrit dans un protocole large du doctorat en sciences de la santé qui a obtenu l'approbation du comité d'éthique de l'ISTM Kinshasa en 2023, sous le n° 0017/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2023 du 29/Nov/2023. En outre, un avis favorable des responsables de la Zone de Santé rurale de Banga-Lubaka a été obtenue en 2024.

Cependant, la collecte de données n'était pas réalisée au moment prévu suite à un conflit tribal lié aux résultats des élections législatives de décembre 2023 ayant secoué les communautés rurales du secteur Sud Banga. Cette fois-là, il était impossible que les sujets ayant été en contact/collaboration avec une telle communauté se rendent dans une communauté rivale. Cette forme d'insécurité avait constitué un obstacle pour la collecte de données au moment opportun. Après les interventions des leaders communautaires pour la paix et des agents du Minsitère provincial en charge de l'intérieur, le climat était revenu favorable pour la collecte de données.

Avant la collecte de données, nous avons obtenu un consentement éclairé de toutes les participantes à l'étude. Après avoir obtenu ce consentement éclairé, suite à une explication précise fournie relative aux objectifs de la recherche, aux procédures d'entretien, aux bénéfices et inconvénients liés à la participation à l'étude, nous avons procédé aux entretiens individuels avec chacune des participantes. Lors de l'analyse, les informations fournies par les répondantes avaient un code permettant de les identifier. Les données collectées transcrites ont été gardées dans un box et protégés par un mot de passe.

Résultats

Ces données sont issues de vingt interviews réalisées auprès de femmes léelé en union polygyne habitant la zone de santé Banga-Lubaka sur les obstacles et les attentes à l'utilisation des méthodes de contraception moderne. Pour ce faire, l'analyse des résultats portent sur le profil sociodémographique de participantes et sur l'analyse thématique.

Caractéristiques sociodémographiques des participantes

Tableau 1 : Résumé descriptif du profil des répondantes

Répondantes	Age (ans)	Nombre d'enfants	Rang de coépouse	Niveau d'études	Église fréquetée	Activités professionnelles
R1	25	2	3ème coépouse	Secondaire	Église des Apôtres	Cultivatrice
R2	23	3	2ème coépouse	Primaire	Église de Réveil	Cultivatrice
R3	33	6	2ème coépouse	Humanités	Église Néo-apostolique	Cultivatrice
R4	35	7	1ère coépouse	Primaire	Église des Apôtres	Cultivatrice
R5	31	5	1ère coépouse	Primaire	Église Protestante	Cultivatrice
R6	29	5	2ème coépouse	Humanités	Église Catholique	Cultivatrice
R7	27	4	2ème coépouse	Humanités	Église Protestante	Cultivatrice
R8	29	4	2ème coépouse	Humanités	Église protestante	Cultivatrice
R9	31	8	2ème coépouse	Humanités	Église Catholique	Enseignante
R10	30	3	5ème coépouse	humanité	Église Catholique	Enseignante
R11	36	5	2ème coépouse	Humanité	Église Catholique	Enseignante
R12	25	2	3ème coépouse	Humanités	Église des Apôtres	Cultivatrice
R13	26	4	2ème coépouse	Humanités	Église Catholique	Cultivatrice
R14	36	6	4ème coépouse	Humanités	Église des Apôtres	Cultivatrice
R15	38	8	1ère coépouse	Humanités	Église des Apôtres	Cultivatrice
R16	26	4	2ème coépouse	Humanités	Église Protestante	Cultivatrice
R17	34	5	2ème coépouse	Humanités	Église de Réveil	Cultivatrice
R18	32	5	2ème coépouse	Humanités	Église Kimbanguiste	Cultivatrice
R19	25	4	2ème coépouse	Humanités	Église Protestante	Enseignante
R20	31	6	2ème coépouse	Humanités	Église Protestante	Cultivatrice

Vingt entretiens ont été réalisés auprès des femmes en union polygyne vivant en milieu rural de la Zone de Santé de Banga-Lubaka. La majorité de ces femmes avait l'âge compris entre 25 et 36 ans [23-38 ans] et a un nombre élevé d'enfants compris entre 5 et 8 enfants [2-8 enfants]. L'activité principale est le travail aux champs ; ces femmes pratiquent diverses religions chrétiennes, la plupart est membre de l'église protestante, des églises des apôtres et de l'église catholique et a un niveau d'études primaires (6ème Primaire) ou secondaires.

Analyse de données

La structure essentielle en rapport avec les obstacles et attentes à l'utilisation de la contraception moderne par les femmes léelé en union

polygyne en milieu rural de Banga-Lubaka repose sur les différents invariants émergeant de l'analyse de données ; notamment : les obstacles opérationnels à l'utilisation et à la continuité de la contraception moderne, les attentes des femmes vis-à-vis de l'offre de contraception moderne et les attentes spécifiques et propositions d'amélioration, la dynamiques familiales et les pressions sociales liées à la polygynie.

Sous-thème 1: Obstacles à l'utilisation et à la continuité de la contraception moderne

Dans nos interviews, les obstacles à l'utilisation et à la continuité de la contraception par les femmes en union polygyne sont nombreux : il s'agit de problèmes de coût d'accès au service et de disponibilité de contraceptifs, les problèmes de délais et les contraintes temporelles ; le manque de compatibilité avec les valeurs culturelles et religieuses ; les problèmes d'infrastructures et de qualité de services ; le manque de confidentialité et la stigmatisation sociale ; la pressions des proches et compétition procréative entre coépouses.

Catégorie 1 : Problèmes de disponibilité de contraceptifs et le coût d'accès au service

Les femmes interrogées soulignent avoir eu de difficultés pour trouver les contraceptifs et pour entrer dans les structures de santé caractérisés par des ruptures de stock (manque de méthodes contraceptives dont elles préfèrent) et la distance vers les centres de santé. Des femmes interviewées affirmaient que :

> *J'avais interrompu, par ce que, j'avais raté deux ou trois fois de trouver le contraceptif, il n'y avait pas le contraceptif que j'avais désiré, c'est ainsi que j'avais laissé de prendre [R19].*
>
> *Quand suis allé au centre pour prendre les comprimés à l'aise, il n'y avait pas c'est ainsi que j'avais laissé. Et la distance entre chez nous et le centre est loin… j'ai dû aller chercher loin pour éviter que les gens parlent… raté plus d'une fois, j'ai abandonné" (R7)*
>
> *Une autre encore dit en ce terme : … le stock expire… les visites répétées fatiguent… quand tu quittes loin, et que tu rentres non servi, tu reviens encore et tu rentres comme ça, je me suis décidé de ne pas repartir, j'ai abandonné [R11]*

Une autre répondante encore dénonce les exigences de soignants pour le paiement à l'acte ; avant ou après les soins et les modalités de paiement de ces frais de soins comme obstacles de l'utilisation de la contraception moderne. Elle en déclarait en ce sens :

> *… les médicaments sont gratuite, mais pour vous injecté, il faut payer au moins 3000 Francs congolais ; le retrait, il faut*

aussi payer 5 000Francs congolais, si tu n'en as pas, ils te laissent comme ça, ainsi, j'avais refusé de réutiliser [R11].

Catégorie 2 : Délais et contraintes temporelles de contraceptifs disponibles

Les répondantes ont mentionné certaines difficultés temporelles dues aux contraceptifs qui empêchaient la conception comme motivation d'interruption de la contraception moderne.

Une répondante affirmait que :

… j'attendais la grossesse… Quand j'ai vu que toutes les femmes avec qui nous avons eu à accoucher la même période avaient des enfants et que moi je tardais, je suis allez demander le retrait de l'implanon [R1]

Une autre évoque la nécessité de concerts familiaux ou de coépouses pour accéder aux contraceptifs modernes. Elles mentionnent la concurrence entre épouses, de visites familiales et la honte sociale ; certaines en déclaraient en ce terme :

… en couple polygyne, là c'est la concurrence. Moi, j'avais résolu que, si je continue avec l'injection de repos, je n'aurais pas autant d'enfants [R14].

… ici quand votre coépouse est enceinte, toi aussi tu dois faire tout pour en avoir, donc je devrais aussi avoir une grossesse et avoir un autre enfant ; c'est moi-même, j'avais donc besoin d'avoir une grossesse [R12].

Une autre disait :

… si toi tu prends repos, l'autre va accoucher autant, et toi tu n'as pas assez, l'homme commence à s'intéresser de celle qui a plus d'enfant, sa famille ne viendra pas te voir et on se moque de toi, … il faut avoir des enfants quand tu as de la force d'accoucher et après, tu arrêtes à un moment pour les élever [R3].

Catégorie 3 : Manque de compatibilité avec les valeurs culturelles et religieuses

L'observance des interdits traditionnels et religieux constitue un facteur de résistance à la pratique contraceptive moderne. Les récits se rapportant à cette question révèlent les positions de l'église sur les pratiques contraceptives. Les répondantes se voient face aux contraintes religieuses et morales de la pratique contraceptive. Elles expliquent que la contraception est contre les principes divins et les pratiques de la contraception moderne sont interdites par leur tradition.

Certaines enquêtées nous l'expliquaient, à travers ces propos :

Quand nous utilisons ces médicaments, ils nous empêchent de procréer, c'est contre ce que notre Dieu nous recommande de « multipliez-vous, remplissez la terre ». Donc c'est contre la

> *volonté de Dieu. […] il est de même interdit de prendre des substances médicamenteuses pour éviter une grossesse ; c'est une manière de s'opposer aux normes divines et que toute femme en mariage ne peut pas refuser son droit de donner naissance. [R9]: … Dieu n'aime pas ce qu'on fait contre ses lois et principes, j'avais fait ce que Dieu n'a pas autorisé voire notre coutume léelée ; c'est la femme qui doit remplir la famille (nous sommes matriarcat) [R10].*

D'autres femmes veulaient respecter les convictions et proposer des alternatives compatibles en ces termes :

> *Respectez la conviction, la doctrine de la femme, pas dire prenez, prenez c'est bénéfique [R15] ; ne pas faire accepter les contraceptifs aux femmes [R17] ; que les infirmiers expliquent aux femmes comment éviter la grossesse non planifiée quand on a un bébé, sans usage de médicaments [R16]*

Certaines femmes issues d'unions polygynes privilégient le plus souvent les naissances nombreuses au sein des ménages. Elles ont toutes une obligation de respecter les principes culturels, d'avoir des enfants ou de procréer pour être aimée par son époux. La majeure partie de répondantes avaient témoigné cette option en ce terme :

> *Quand on vit en couple polygyne, chaque femme a une obligation de donner naissance pour son mari et pour sa famille maternelle, si non, tu es sans valeur …[R12].*

Une autre femme qui avait interrompu l'utilisation de contraceptifs modernes dit :

> *Chez nous, la femme qui a de coépouse doit en avoir assez (enfants) pour élargir sa famille maternelle et vont soutenir mes frères […], beaucoup d'enfants nous aident aux travaux de champ, de construction de maison, de coupe de bois de chauffe, de transport et vente de biens dans nos marchés [R10]*

Une autre encore disait :

> *J'avais demandé son retrait à l'infirmière au centre pour avoir encore une grossesse, par ce que quand il (mon mari) avait appris, en tout cas, il ne voulait pas encore entrer dans ma maison, par ce que j'avais pris ces médicaments-là à son insu. Les membres de famille qui avaient appris me demandaient « pourquoi avoir entreprise seule des initiatives pareilles, des initiatives qui freinent le clan » [R8].*

Catégorie 4 : Qualité des services et d'infrastructures

Des répondants dénoncaient un manque d'informations et les conseils suffisants au centre de santé sur les contraceptifs qui empêchent les femmes

des unions polygynes de continuer avec l'utilisation de la contraception moderne.

Une répondante déclarait :

> *… ils nous disent seulement c'est bon, c'est bon pour que l'enfant grandit », ils ne disent pas des effets secondaires, de complications, là non, ils n'en parlent pas de effets secondaires de ces médicaments [R13].*

Catégorie 5 : le manque de confidentialité et stigmatisation sociale

D'après leurs récits, il n'y a pas la confidence par les infirmiers qui offrent les contraceptifs modernes mais aussi de reproches par les membres de leur communauté sociale, affectant ainsi l'utilisation de la contraception moderne en milieu rural de la zone de santé de Banga-Lubaka.

Des femmes interrogées soulignent le manque de secret de la part du personnel de soins et la peur du mari/famille d'être informée sur leur utilisation de contraceptifs modernes. Une femme affirme que :

> *[…] si la femme prend le contraceptif, que ce soit comprimé ou injection ou autre, qu'on lui garde secret, que l'infirmier garde nos secrets, là on viendra beaucoup par ce que on nous regarde avec des yeux vraiment, on se moque, parfois de surnoms [R15]: et ne pas informer le mari [R13], ici les infirmiers disent tous aux autres, c'est pourquoi nous partons dans des centres loin de nos résidences pour qu'on nous garde secret [R18].*

D'autres expliquaient en ce sens :

> *Il faut que les infirmiers parlent aussi aux hommes/conjoints ; sinon tout le monde le saura [R5]: et nous serons négligés par nos marsi et rejetés par nos familles.*

Catégorie 6 : Pressions des proches et compétition procréative entre coépouses

La pression de proches et de coépouses conduisent beaucoup de femmes à ne pas avoir une observance face à l'utilisation de la contraception moderne ; ils veulent que plusieurs femmes d'union polygynes se focalisent sur la procréation. Ceux-ci accordent l'intérêt à la naissance nombreuse.

Le propos d'une répondante en témoigne dans ce terme :

> *[…] ma famille ou celle de mon mari avaient commencé à me dire que je ne suis pas une bonne femme. Pour eux, pourquoi, pourquoi, pourquoi ; il faut que j'aie beaucoup d'enfants. Ma belle-famille avait même commencé à conseiller à mon mari de me répudier et de marier une autre femme pour me remplacer par ce que j'ai stopper la conception cette fois-là et les autres femmes ont eu des enfants, vous voyez [R8].*

D'autres femmes ont interrompu suite à la concurrence avec ses coépouses. Dans leurs propos, elles expliquaient en ces termes :

> *j'avais fait cela (interrompre) par ce que mon rivale avait eu la même année deux enfants, jumeaux, tous de garçons [R6]. En couple polygyne, là c'est la concurrence, quand elle, a ceci, toi tu dois avoir cela, lui a une grossesse, toi aussi, elle accouche, toi aussi ; chaque femme doit avoir autant de naissance pour sa famille [R14].*

Catégorie 7 : Recherche de nouvelle grossesse ou de sexe féminin

La recherche de nouvelle grossesse ou de nouveau sexe particulier (masculin ou féminin) a occasionné l'arrêt de la contraception moderne. Cet élément apparait comme un facteur d'interruption d'utilisation des méthodes contraceptives.

Des répondantes l'avaient expliqué dans ce sens :

> *J'avais interrompu par ce que mon mari me disait que nous avons besoin d'une fille. Je me suis décidé que je dois à tout prix avoir une grossesse et avoir d'autres enfants pour maximiser la chance d'avoir une fille parmi eux, qui va les aider [R18].*

Pour une autre femme, le désir d'avoir une grossesse et de donner naissance aux enfants au nombre correspondant à son coépouse pousse à une interruption de la contraception moderne. Les propos d'une répondante nous en expliquaient en ce terme :

> *J'avais interrompu la prise de contraceptifs par ce que l'enfant avait déjà l'âge, donc je devrais avoir une grossesse et avoir un autre enfant ; moi-même j'avais donc besoin d'avoir une grossesse [R1].*

Sous-thème 2: Attentes des femmes vis-à-vis de l'offre de contraception moderne

D'après les répondantes, les attentes vis-à-vis de la contraception se résument en une offre d'informations et d'une éducation autour des moyens contraceptifs ; une implication des hommes et des familles et une compatibilité entre les contraceptifs avec les valeurs culturelles et religieuses.

Catégorie 1: Offre d'informations et d'éducation autour des moyens contraceptifs

D'après le récit, les répondantes, souhaitent avoir toutefois un message clair sur les effets secondaires et le risque liés à l'utilisation de contraceptifs modernes. Une femme relate que :

> *Que les infirmiers nous informent du danger, expliquer les risques et les effets secondaires . Il faut dire aussi aux femmes de conséquences des injections [R13]*

D'autres femmes pensent que des explications sur les méthodes courtes et les effets soient donnés aux conjoints :

> *Les infirmiers doivent collaborer avec les maris, les conscientisent, qu'ils leur recommandent que toutes les deux femmes en situation de polygynie utilisent les contraceptifs [R14].*

D'autres femmes disaient que les conseils concernent les maris et la famille. Elle déclare que :

> *Les infirmiers doivent conseiller les maris pour qu'ils acceptent l'usage de contraceptifs dans nos foyers ; ils doivent faire des réunions avec les hommes pour les informer, surtout sur les contraceptifs [R8] ; conseiller les hommes et les familles sur le moment de nécessité de contraception et leurs avantages [R10].*

Catégorie 2: Implication des conjoints polygynes, des familles maternelles et l'Etat

Des répondantes avaient suggéré pour les maris et les familles s'intéresse de l'utilisation de la contraception moderne par les femmes, que l'Etat offrir des informations aux hommes et familles, les oblige de s'impliquer.

Une répondante demandait aux infirmiers afin :

> *Qu'ils conscientisent les hommes et les oncles (familles maternelles) sur les contraceptifs, qu'ils leur recommandent, que toutes ses deux femmes soient soumises à pratiquer les contraceptifs modernes [R3].*

D'autres femmes sollicitaient l'intervention de l'Etat, en ce terme ;

> *Que l'Etat doit insister pour cela [R14], l'Etat doit les obliger, doit insister sur l'implication des familles et des oncles dans l'utilisation des contraceptifs modernes dans les foyers [R15]*

Sous-thème 3 : Propositions d'amélioration

Dans la majorité de cas, les répondantes suggèrent une amélioration de l'accessibilité et une suppression de paiement de frais (coût) mais aussi une adaptation des offres selon le profil (familles nombreuses, polygynie).

Catégorie 1 : Amélioration de l'accessibilité et suppression de paiement d'actes

La difficulté pour bénéficier les contraceptifs modernes par la femme et le paiement à l'acte sont évoqués comme freins à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes. Pour certaines femmes, l'obstacle majeur d'accès aux contraceptions modernes est le frais exigé par les soignants avant de vous injecter.

Le propos d'une femme en expliquait :

> *[…]eux pour te donner, ils exigent toujours de l'argent pour acheter la seringue et autres, alors que la seringue, c'est 1000 francs. Si non, on ne te donne pas, c'est décourageant, payer toutefois n'est pas bien, nous avons abandonné nos travaux, on vient, à cause de manque de l'argent, on te refuse les médicaments, c'est comme ça que j'avais pris décision d'abandonner. […], que le prix soit supprimé pour tout acte de la contraception au sein des centres de santé. [R11].*

Catégorie 2 : Adapter l'offre de contraceptifs selon le profil des femmes

Il ressort de récit des répondantes que les femmes polygynes qui sont les plus concernées par la contraception moderne relèvent d'une certaine caractéristique, ce sont les femmes ayant un nombre accru d'enfants qui doivent plus être ciblées et chez qui l'offre doit être destinée.

> *C'est ce que nous explique une certaine femme en ces termes : […] d'offrir ces médicaments qu'aux femmes et famille avec de naissance nombreuse [R20].*

Une autre femme pensait que le centre de santé opte pour la méthode contraceptive moderne à courte durée. Les propos ci-dessous nous le prouvent :

> *[…] qu'ils proposent de méthodes pour de courte durée, en attendant que l'enfant grandi et puis on arrête et non de donner ce qui prends plusieurs mois ou années [R6].*

Discussion

Profil sociodémographique des participantes

L'étude fut conduite auprès des femmes en union polygynes (coépouses) dont la majorité (25 et 36 ans) avait un nombre élevé d'enfants variant entre 5 et 8 enfants. La plupart de femmes avait un niveau d'études primaires (6ème Primaire) ou secondaires et habitant le milieu rural de la Zone de Santé de Banga Lubaka. Tout comme notre étude, les résultats d'une étude antérieure sont concordant, la tranche d'âge de 25 à 29 ans était prédominante et le niveau d'instruction des femmes enquêtées était bas avec 55.8% des cas qui avaient atteint le niveau primaire dans la Zone de Santé de Kabeya Kamuanga, (Cibangu Kalambayi et al., 2025). Ces résultats sont superposables à ceux de la Zone de Santé de Katwa montrant une prédominance des femmes ayant un niveau d'études secondaires dans l'échantillon (Kaswera et al., 2025). Ils sont proches de ceux de l'aire de santé de Kawama où 9,4% des femmes étaient non instruites ; en revanche, 32,4% avaient une scolarité secondaire et 44,4% ont atteint le niveau supérieur /universitaires (Nyange et al., 2021).

Dans notre étude, le nombre d'enfants par femme est élevé, compris entre 5 et 8 enfants [2- 8 enfants]. Ce qui concorde avec le constat fait à

Kawama où la majorité des femmes bien qu'utilisatrices des services de planification familiale avaient un nombre plus élevé d'enfants vivants (9 enfants et plus) contre 11,1% seulement de celles qui avaient 1 à 4 enfants (Nyange et al., 2021). Dans notre contexte, ceci s'explique par le fait que le mariage dans le milieu rural léelé est précoce, les filles abandonnent tôt l'école ; l'espacement de naissances n'est pas respecté chez les polygynes, toute femme léelé mariée respecte les principes de la lignée matriarcale. Les oncles maternelles de la femme mariée veuillent sur la santé reproductive de la femmes mariée et en cas d'arret de conceptions, ils se mobilisent pour recherchjer les causes. Ainsi, la femme en union conjugale (reconue oun non reconnue) préfère avoir plus d'enfants afin de faire grandir sa famille maternellesss.

L'activité principale de ces femmes était le travail au champ, Notre constat rejoint ceux du contexte de Kabeya Kamuanga où des femmes en milieu rural s'occupaient des activités champêtres et de l'élevage domestique (Cibangu et al., 2025). Cette observation n'est pas similaire de ceux de Kawama où l'avait observé des femmes ménagères, fonctionnaires et sans profession (Nyange et al., 2021). Ce constat se justifie par le fait que bien de communautés léelé vivent enclavées et loin de centres urbains ; les jeunes femmes interrompent le chémin scolaire tôt pour être mariées et ont peu de chance de trouver un emploi, elles se donnent à la cultire des champs pour nourrir les foyers, préfèrent la pèche et/ou l'élevage car ils sont plus subsidiaires que d'autres activités locales.

En outre, les femmes interviewées pratiquent diverses religions chrétiennes dont la majorité est membre de l'église protestante, des églises des apôtres et de l'église catholique. Kaswera et al., (2025) ont trouvé une prédominance des femmes catholiques et protestantes. Cette prédominance des pratiquants de religions chrétiennes dans notre échantillon s'explique par le fait de leur ancienne implantation au sein de communautés rurales et ces églises acceptent les couples polygynes d'être membres bien qu'elles interdisent leurs conjoints de toute responsabilité ecclésiastique.

Obstacles à l'utilisation de la contraception moderne

Dans nos interviews, les différents obstacles à l'utilisation de la contraception ont été rapportés par les femmes en union polygyne ; il s'agit d'une part de problèmes de disponibilité de certains contraceptifs et le coût d'accès au service, un long délais d'attente et contraintes temporelles de contraceptifs disponibles, un manque de compatibilité avec les valeurs culturelles et religieuses, une qualité des services et d'infrastructures jugée mauvaises.

Ces données vont dans le sens de prédictions du modèle comportemental de Anderson et Newman (2005). Ce modèle stipule que les

problèmes liés aux ressources facilitatrices d'utilisation de services de santé telles que la présence de services et du personnel de santé, le soutien social et l'existence de l'assurance maladie, les moyens de transport, le temps d'attente pour les soins de santé, l'existence de réseaux sociaux) ainsi que les ressources liées à l'organisation de service (horaire d'ouverture et accueil). En outre, le temps disponible pour consulter, la disponibilité de services ainsi que la distance géographique peuvent freiner l'utilisation de services de santé.

D'autre part, les obstacles à l'utilisation de la contraception moderne observés dans cette étude incluent le manque de confidentialité et la stigmatisation sociale ainsi que le manque de soutien des proches et la compétition procréative entre coépouses. Ces données restent congruentes aux propositions d'Anderson et Newman (2005) qui expliquent que les facteurs de prédisposition ; notamment, les structures sociales ou contextuelles, les ressources individuelles (emploi, éducation et ethnicité) et communautaires (organisations de services de santé) peuvent interagir pour gêner l'utilisation des services. En revanche, le désir d'une nouvelle grossesse ou d'avoir un enfant d'un sexe particulier a incité certaines des femmes interrogées à cesser temporairement d'utiliser des méthodes de contraception modernes. Cela ne doit pas être considéré comme un obstacle à l'utilisation de ces méthodes, dans la mesure où cette raison semble justifiée.

Nos résultats confirment les observations rapportées dans la littérature par certains chercheurs. Dans le contexte ivoirien, les barrières à l'utilisation des services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et de la nutrition étaient la non-disponibilité de certains équipements ou commodités, les soins irrespectueux dans certains services de santé reproductive, maternelle, néonatale, infantile et adolescente et de la nutrition, le manque d'autonomie financière et/ou décisionnelle des femmes (Agbré-Yacé et al., 2023). L'OMS observait que des difficultés que les gens sont butés pour accéder aux services de planification familiale sont la disponibilité limitée de certaines méthodes, en particulier dans les zones rurales ou à faibles ressources, ainsi que les obstacles liés à l'âge, aux revenus ou à la situation matrimoniale. La crainte des effets secondaires, la mésinformation et la désapprobation sociale ou religieuse peuvent décourager le recours à la planification familiale. Parfois, les services de santé sont de mauvaise qualité ou les prestataires déconseillent certaines méthodes en raison de leurs préjugés. Les inégalités entre les sexes jouent également un rôle, certaines personnes étant obligées d'obtenir le consentement de leur partenaire ou craignant d'être stigmatisées (OMS, 2025).

Nos résultats ne semblent pas être différents de ceux de plusieurs études autres du contexte africain qui ont observé que le coût élevé de

service, la religion, le manque d'information et la peur des effets secondaires ; les rumeurs et l'opposition du partenaire étaient les principales raisons de faible utilisation des méthodes contraceptives modernes (Izandengera, 2022 ; Kaswera et al., 2025 ; Nyange et al., 2021). De même, les femmes n'ayant pas la possibilité de parcourir des longues distances pour atteindre le service offrant les méthodes contraceptives modernes avaient 7 fois de chance à Kabeya Kamuanga de ne pas utiliser les contraceptifs modernes suite aux avis de coutumes non favorable à l'usage des contraceptifs modernes (Cibangu et al., 2025).

Dans nos résultats, le manque de soutien des proches et la compétition procréative entre les coépouses ont constitué un obstacle dans l'utilisation de contraceptifs modernes par les femmes. Les femmes habitant le milieu rural léelé sont contraintes à observer les principes traditionnels et religieux promouvant la maternité nombreuse ; celles qui désirent la contraception moderne, parcourent de longues distances et à l'insu de leurs conjoints et évitent d'être repérer comme infidèle et n'ayant pas opté d'avoir assez d'enfant pour la famille maternelle.

Le soutien social (ressources du système et les ressources par rapport à la population desservie et leur répartition géographique) est reconnu par Anderson et Newman (2005) comme un facilitant de l'utilisation de service de santé, son absence constitue un frein à cette utilisation. Ce fait reste concordant à celui de Chae et Woog (2016) où l'on note que la désapprobation du mari empêchait les femmes à l'utiliser les contraceptifs modernes.

Il est également établi dans cette étude que la recherche de nouvelle grossesse ou d'un sexe particulier fut un motif d'interruption de la contraception moderne. Ce qui ne corrobore pas avec les besoins ressentis que prédisent Anderson et Newman (2005) comme favorisant l'utilisation de service de santé.

En outre, les données issues de la littérature qui ont trouvé que le désir des femmes d'avoir encore des enfants, le désir de donner naissasnce à une proportion égale d'enfants de sexe féminin et masculin ou avoir un même nombre d'enfants féminin et masculin apparaissent comme un facteur de non-utilisation des méthodes contraceptives dans les couples (Takada et Yode, 2023).

Attentes et besoins des femmes polygynes vis-à-vis de l'offre de contraception moderne

D'après les répondantes, les attentes et besoins vis-à-vis de la contraception se résument en une offre d'informations et une éducation autour des moyens contraceptifs ; une implication des hommes (conjoint), des familles et de l'Etat dans l'utilisation de contraceptifs.

Offre d'information et éducation autour des moyens contraceptifs

Dans notre contexte, la majorité de répondantes avaient besoins d'informations et d'éducation sur les moyens contraceptifs. Nos résultats sont superposables à ceux de Cibangu et al. (2025) où l'information et la communication correcte sur les contraceptifs modernes auprès des femmes, de leurs conjoints, de membres de la famille, des leaders d'opinions pouvaient améliorer la prévalence contraceptive dans cette zone de santé rurale. Dans le contexte de N'djamena, les femmes souhaitaient une intensification des campagnes d'informations et de sensibilisation sur la planification familiale, et un renforcement des capacités des structures et des prestataires de santé pour une offre de service de qualité (Takada et Yode, 2023) ; celles de Goma, attendaient le renforcement de l'éducation sanitaire et l'amélioration de la qualité des conseils en planification familiale afin d'augmenter l'adhésion des femmes aux méthodes contraceptives modernes (Izandengera, 2022).

Implication des conjoints polygynes, des familles maternelles et l'État

La plupart de femmes attendent que les conjoints polygynes, la famille et l'Etat/pouvoir publique soient impliqués dans l'utilisation de contraceptifs modernes. Nos résultats rejoignent ceux trouvés auprès des femmes en union dans le contexte de la Zone de Santé Mumbunda où l'implication de l'homme était souhaitée en vue d'une amélioration effective de la prévalence contraceptive et l'obtention des résultats meilleurs (Matungulu et al., 2015).

Ces résultats convergent avec les recommandations de l'OMS (2025) qui suggèrent l'engagement d'inclure tout le monde et de « ne laisser personne de côté », à l'horizon 2030, en garantissant l'accès universel aux services de santé sexuelle et reproductive. Nous pensons que cette demande d'implication des hommes/conjoints en matière de contraception moderne dans notre contexte reste justifiée car aucun époux léelé n'admet pas que son épouse utilise une contraception moderne vue l'importance de famille nombreuse que souhaite les clans léelé du milieu rural.

Propositions d'amélioration

Les femmes interrogées proposent une amélioration de l'accessibilité et suppression de paiement de frais (coût), Ceci montre que le coût de soins continue à constituer un obstacle à l'utilisation de service de santé. Des propositions similaires ont été rapportées dans le contexte togolais, les répondants se sont plaints du coût des produits contraceptifs (Toudeka et al., 2024). Nos répondantes proposent aussi une adaptation des offres selon le profil de femmes en union (familles nombreuses, polygynie). Une étude africaine est congruente, Kanthé , Samaké, Koné, Fomba, Bagayoko, Kéita

et al. (2023) suggèrent que l'information correcte auprès des femmes et la prise en compte des facteurs identifiés pourrait améliorer l'utilisation des méthodes de contraception moderne. D'autres suggestions d'amélioration sont hétérogènes ; dans le contexte de N'djamena, il a été suggéré une intensification des campagnes d'information et de sensibilisation sur la planification familiale, et un renforcement des capacités des structures et des prestataires de santé pour une offre de service de qualité (Takada et Yode, 2023).

Pour ce faire, nous avons pensé que la prise en compte des obstacles à l'utilisation de la contraception moderne, notamment ceux liés à l'organisation de service de planification familiale et de contraintes socioculturelles pourrait améliorer les fréquences de recours à ce service.

Limites de l'étude

Dans cette étude, nous avons mis en avant-plan les réalités fournies par les participantes. Cependant, divers facteurs sont susceptibles de constituer des limites à cette étude. Tout d'abord, la taille réduite de l'échantillon et le fait que la majorité de femmes ayant constitué l'échantillon de l'étude soient issues d'une seule zone de santé rurale pourrait constituer une limite pour cette étude. De plus, l'utilisation de la contraception moderne par les femmes mariées dans le contexte léelé est un sujet tabou du fait qu'elle touche à leur intimité, affecte le principe de famille nombreuse et porte atteinte à la tradiction culturelle, les femmes interrogées pourraient offrir les informations avec beaucoup de réserves. Egalement, la présence des enquêteurs masculins s'exprimant encore en langue léelé et discutant de l'utilisation de contraceptifs moderne au sein du couple lors de l'enquête pourrait affecter l'obtention d'un discours authentique et constituer une limite pour les conclusions de cette étude.

Conclusions

Cette étude a révélé que divers facteurs empêchent les femmes en union polygyne interrogées d'utiliser les méthodes contraceptives modernes. Parmi ces obstacles, on citerait entre autres : des problèmes de disponibilité de certains contraceptifs et liés au coût d'accès au service ; un long délai d'attente et contraintes temporelles de contraceptifs disponibles ; un manque de compatibilité avec les valeurs culturelles et religieuses ; une qualité des services et d'infrastructures jugée mauvaise ; un manque de confidentialité et la stigmatisation sociale ; un manque de soutien des proches, une compétition procréative entre les coépouses.

Pour utiliser la contraception, ces femmes interrogées expriment des diverses attentes, notamment : des besoins d'information et d'éducation autour des méthodes contraceptives ; une implication des conjoints

polygynes, des familles et de l'État. Elles proposent une amélioration de l'accessibilité et suppression de paiement de frais (coûts) et une adaptation des offres selon le profil de femmes en union (familles nombreuses, polygynie, etc.).

Ainsi, les prestataires et autres acteurs offrant des services de planification familiale dans le contexte de l'étude, désirant améliorer le taux d'utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union polygyne, devraient de tenir compte de ces obstacles et agir sur ces aspects limitatifs de la contraception moderne en milieu rural.

Remerciements

L'équipe de recherche remercie les femmes en union polygyne ayant participé à cette étude, les infirmiers titulaires de formations sanitaires de référence et les autorités administratives et sanitaires de la zone de santé de Banga-Lubaka, pour leur contribution à la collecte de données.

Contributions des auteurs

LMM a conçu l'étude et la méthodologie, a collecté les données et a rédigé la première version du manuscrit. LMBB, GWU et EMM ont apporté des contributions substantielles à la méthodologie et à la supervision. LMM et JMK ont contribué à la révision de la méthodologie, la collecte et l'analyse des données. Tous les auteurs ont participé à la relecture et à la révision du manuscrit principal et ont approuvé la version finale de celui-ci. EMM a soumis le manuscrit final.

Conflit d'intérêts : Les auteurs n'ont signalé aucun conflit d'intérêts.

Disponibilité des données : Toutes les données sont incluses dans le contenu de l'article.

Déclaration de financement : Les auteurs n'ont obtenu aucun financement pour cette recherche.

References:

1. Agbré-Yacé M. L., Kourouma K. R., Doukouré D., Ndia F. A., Kpébo D., Koumi-Mélèdje M. D., Bocoum F. Y., Senghor D. B. et Aké-Tano O. (2023). Barrières et facilitateurs de l'utilisation des services de santé de la reproduction en Côte d'Ivoire : une étude qualitative auprès de la communauté, Santé Publique 2023/3 Vol. 35, p297- 306. https://doi.org/10.3917/spub.233.0297

2. Andersen R, et Newman JF. (2005). Societal and Individual Determinants of Medical Care Utilization in the United States. Milbank Q. 83(4): doi : 10.1111/j.1468-0009.2005.00428.x.
3. Bakyono R. et al. (2020). Utilisation des contraceptifs par les femmes rurales mariées ou en concubinage au Burkina Faso: une analyse qualitative de l´utilisation d´un bon gratuit, Volume 37, Article 72, 18 Sep 2020 DIU ; doi 10.11604/pamj.2020.37.72.23786.
4. Bureau de Zone de santé de Banga-Lubaka (2025). Santé de la reproduction : Rapport annuel de supervision/compilation de registres de service de santé maternelle, Zone de santé rurale de Banga-lubaka, District sanitaire du Kasaï, RDC inédit
5. Chae S. et Woog V. (2016). Obstacles à la pratique contraceptive des femmes au Bénin, Texte modifié janvier 2016, Guttmacher. Consulté à : https://www.guttmacher.org/fr/report/obstacles-la-pratique-contraceptive-des-femmes-au-benin-0#:~:text=Les%20femmes%20abandonnent%20la%20contraception,d%C3%A9sapprobation%20du%20mari%20(8%25).&text=Dans%20l'ensemble%2C%203%25,suivant%20le%20lieu%20de%20r%C3%A9sidence.
6. Christin-Maitre S. (2022). La contraception à travers le monde. Med Sci (Paris) 2022 ; 38 : 457–463. doi : https://doi.org/10.1051/medsci/2022058
7. Cibangu Kalambayi L., Kazadi Tshiaba F., Lutumba Kabeya R., Mbuyi Mushiya P., Mudiangomba Milatu P., Mutombo Kabamba A. (2025). Méthodes Contraceptives Modernes dans la Zone de santé rurale de Kabeya Kamuanga : Taux, contraintes, perspectives, International Journal of Advanced Multidisciplinary Research and Studies. 2025, 5(2): 907-916. doi: https://doi.org/10.62225/2583049X.2025.5.2.3918
8. FIGO (2024). Journée mondiale de la contraception 2024 : Plaider en faveur de l'accès et des droits génésiques au niveau mondial, Figo, 26 September 2024. Consulté à : https://www.figo.org/fr/news/journee-mondiale-de-la-contraception-2024-plaider-en-faveur-de-lacces-et-des-droits-genesiques
9. Izandengera A. A. (2022). Facteurs associés à l'abandon des méthodes contraceptives modernes réversibles dans l'aire de santé CCLK, Zone de Santé de Goma, RD Congo. International Journal of Innovation and Scientific Research, 2022, 61 (1), pp.108-124. Consulté à : https://hal.science/hal-04089670/document
10. Kanthé D, Samaké Y, Koné O, Fomba D, Bagayoko TB, Kéita M, … Togo AP. (2023). Déterminants de la Faible Prévalence Contraceptive Moderne dans le District Sanitaire de Markala : Cas

du Centre de Santé Communautaire de Diamarabougou. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE*, *24*(7). https://doi.org/10.5281/hsd.v24i7.4613

11. Kaswera M. E., Mumbere M.P., Munyemuisa K., Kakule N. E. (2025). Prévalence et barrières d'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes âgées de 15 à 49 ans en Zone de Santé de Katwa, Revue interdisciplinaire du Graben (PIRIG) 2025, N°: 11108-2002-38. https://doi.org/10.57988/crig-2132
12. Matungulu M. C. (2015). Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo, Pan Afr Med J3 décembre 2015 ; 22 : 329. doi : 10.11604/pamj.2015.22.329.6262
13. Mwambali S N., Kashosi T. M., Cikwanine J.P, Ntakwinja M., Nyakio O. et Mukwege D. (2026). Déterminants de l´inutilisation de la contraception moderne chez les femmes en âge de procréation dans une zone post-conflit: cas de la Zone de santé d´Ibanda, Ville de Bukavu, Est de la République démocratique du Congo, Pan African Médical Journal, 2026, vol. 53 : 153 doi : 10.11604/pamj.2026.53.153.21571
14. Nyange MB, Tambwe PN, Numbi FN, Tawi JM, Mbutshu HL. (2021). Facteurs limitant l'accessibilité au service de planification familiale par les femmes de l'aire de santé de Kawama à Lubumbashi. République Démocratique du Congo. Revue de l'Infirmier Congolais. 2021;5(1): 41-46. Consulté à : https://www.ric-journal.com/index.php/RIC/article/view/132
15. Organisation Mondiale de la Santé (2023). Planification familiale/méthodes de contraception, Consulté à *:* https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception
16. Organisation Mondiale de la Santé (2025). Planification familiale/méthodes de contraception, 3 juillet 2025, Consulté à :https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception#:~:text=Vue%20d'ensemble,des%20fins%20de%20planification%20familiale

17. RDC-Institut National de la Statistique, École de Santé Publique de Kinshasa et ICF. (2024). RDC, Enquête Démographique et de Santé 2023–24 : Rapport des indicateurs clés. Kinshasa, RDC et Rockville, Maryland, USA : ICF Consulté à : https://drc.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2025-02/RDC%2C%20EDS%202023-2024.pdf
18. Tabutin, D. and Schoumaker, B. (2020). La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI^{ème} siècle : Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050. *Population*, 75, 169-295. https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169
19. Takada K., et Yode M. (2023). Facteurs associés au non recours aux méthodes contraceptives modernes chez les femmes en union du 6 ème Arrondissement de la ville de N'Djamena". AFLASH, Vol(10)1, pp. 249-253. Consulté à : https://aflash-revue-mdou.org/article/facteurs-associes-au-non-recours-aux-methodes-contraceptives-modernes-chez-les-femmes-en-union-du-6-eme-arrondissement-de-la-ville-de-n-djamena
20. Toudeka A.S., Simon D.J., Yaya I., Enyoko D.K.D., Akakpo-Ahianyo et Idrissou D. (2024). Les obstacles à l'implication des hommes dans la planification familiale au sein des ménages au Togo, Erudit. 20 juin 2024 Juin 2024, 69(1):151-172. Doi : https://doi.org/10.7202/1112177ar
21. Zaratou A., Khadissatou D., Hadiza A., Djibo A.S., Soumana A., Faye A. & Nayama M. (2023). Etude des Déterminants de l'Utilisation de la Contraception chez Femmes en Âge de Reproduction en Union dans le District Sanitaire de Guédiawaye, Sénégal. *European Scientific Journal, ESJ, 18*, No 21 (2023) 667-680. https://doi.org/10.19044/esipreprint.6.2023.p667