



www.ccsc-rdc.net

Note de Politique n°07 **Août 2020**



La planification familiale chez les adolescentes de 15 à 19 ans en République Démocratique du Congo

Il est temps de renforcer la régulation, améliorer l'offre et inciter la demande



Dieudonné Mpunga Mukendi, MD, MPH, HE
Albert Mwembo Tambwe, MD, GynObst, MPH, PhD
Mapatano Mala Ali, MD, MPH, PhD
Gilbert Wembodinga Utshudienyema, MD, GynObst, PhD
Faustin Chenge Mukalenge, MD, GynObst, MPH, PhD

Messages-clés

- Les politiques en matière de planification familiale ciblant les adolescentes sont encore insuffisantes et lacunaires en RDC
- La prévalence contraceptive est faible et les besoins contraceptifs non satisfaits élevés chez les adolescentes de 15-19 en RDC
- L'amélioration de cette situation devrait passer par :
 - Le renforcement et la mise en œuvre des politiques de PF appropriées pour les adolescentes,
 - L'extension d'une offre des services de PF de qualité,
 - L'amélioration des connaissances et de l'acceptabilité des services de PF et des méthodes contraceptives par les adolescentes.

Public ciblé

- Ministre de la santé ;
- Secrétaire Général à la santé ;
- Directeurs de la Direction de la Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques (DSFGS), du Programme National de la Santé de Reproduction (PNSR) et du Programme National de la Santé des Adolescents (PNSA) ;
- Divisions provinciales de la santé (DPS) ;
- Médecins chefs de zone de santé (MCZ);
- Responsables des formations sanitaires.

1. Contexte actuel de la planification familiale en RDC

Environ 16 millions d'adolescentes de 15 à 19 ans accouchent chaque année à travers le monde [1, 2] et près de 4 millions subissent des avortements non sécurisés [3]. Les complications de la grossesse et de l'accouchement constituent la deuxième cause de décès dans ce groupe [3, 4, 5]. Ces faits contribuent à la persistance de la forte mortalité maternelle et néonatale surtout dans les pays à faible revenu d'Afrique Sub-saharienne [6, 7, 8]. Les rapports sexuels non protégés avec les adolescentes sont un facteur de risque de la survenue des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles au sein de ce groupe [9]. Les grossesses non désirées pendant l'adolescence peuvent faire dérailler les projets d'une vie en entraînant un niveau de scolarité moins élevé, un revenu plus faible et un recours accru aux programmes d'aide sociale [10]. En dehors des coûts personnels, les grossesses non désirées représentent un fardeau onéreux pour les services de santé et les services sociaux [11]. Les facteurs favorisant les rapports sexuels non protégés sont nombreux : le mariage précoce et forcé ; le manque de vision en matière d'éducation, d'emploi et d'autonomie chez certaines adolescentes ; le faible niveau de connaissances pouvant aider à prévenir une grossesse non désirée ; l'incapacité d'obtenir des contraceptifs au moment où le besoin est ressenti ; l'incapacité de refuser les rapports sexuels forcés [12]. Une bonne accessibilité et utilisation des services et méthodes de planification familiale (PF), qui du reste est un droit fondamental de la personne humaine [11], peut contribuer à prévenir la survenue des grossesses à risque. La PF est l'une des interventions ayant un meilleur rapport coût-efficacité sur la santé de la mère et de l'enfant [13] ; elle réduit la proportion des grossesses à haut risque, survenant chez les adolescentes [14]. Cependant, la majorité des pays ne disposent pas de lois pouvant favoriser l'accès des adolescentes aux services de santé reproductive tout en préservant leur confidentialité [15]. L'encadré 1 décrit quelques obstacles identifiés dans l'utilisation des services de PF par les adolescentes.

Encadré 1 : Obstacles à l'utilisation des services de planification familiale par les adolescentes [16]

Les obstacles à l'utilisation de la PF peuvent être en relation avec :

- Le choix limité des méthodes contraceptives
- L'accès limité aux services de contraception, en particulier chez les adolescentes non mariées et les groupes les plus pauvres
- La crainte ou l'expérience d'effets secondaires de certains contraceptifs
- L'opposition culturelle ou religieuse à la contraception
- La qualité médiocre des services disponibles
- Les a priori des utilisateurs et des professionnels de santé
- Les obstacles fondés sur le sexe

Avec un indice synthétique de fécondité de 6,6 enfants par femme [17], la République Démocratique du Congo (RDC) fait partie des pays à forte fécondité et présente un taux de croissance démographique de 3,1%, l'un de plus élevés au monde [18]. Cette situation interpelle, surtout lorsqu'il faut évoquer la question d'insertion des jeunes dans l'activité économique, question clé du développement et de la paix sociale. L'âge médian aux premiers rapports sexuels est de 16,8 ans pour les filles et 17,6 ans pour les garçons [17]. On estime à 29% la proportion des mariages précoces chez les adolescentes et le taux de fécondité à 109‰. Près de 25% de femmes et 3% d'hommes de 20-24 ans ont enregistré leur première naissance vivante avant l'âge de 18 ans [19]. Environ 28% de grossesses en RDC ne sont pas désirées [20]. A Kinshasa, la proportion de grossesses non planifiées est estimée à 60% ; d'où, près de la moitié de celles-ci se solde par un avortement provoqué, ce qui représente 26% de l'ensemble des grossesses. En 2016, le taux d'avortement était estimé à 56‰, de loin supérieur au taux moyen de la région de l'Afrique centrale qui est de 35‰ [21]. La prévalence contraceptive moderne est de 9,5% chez les adolescentes de 15-19 ans mariées ou vivant en couple, et 19,1% chez celles sexuellement actives mais non en couple. Sur 43,3% d'adolescentes désirant utiliser les méthodes contraceptives, seulement 12,2% sont satisfaites. Ainsi 33% des adolescentes vivant en couple et 56% non en couple ont des besoins non satisfaits en PF [19].

En RDC, est considérée comme offrant le service de PF, toute Formation Sanitaire (FOSA) disposant à la fois de ressources humaines qualifiées et d'une gamme variée de méthodes contraceptives, parmi lesquelles au moins une méthode contraceptive réversible de longue durée d'action [22]. Les goulots d'étranglement à l'expansion des services de PF peuvent être liés à la disponibilité des méthodes contraceptives préférées par les adolescentes [23, 24] et l'organisation, surtout aux centres de santé (CS), des services de santé conviviaux offrant les méthodes et les conseils en PF en toute sécurité aux adolescentes [4], comme du reste cela est préconisé par les autorités sanitaires de la RDC [25]. D'autres goulots d'étranglement peuvent être en rapport avec les caractéristiques sociodémographiques des adolescents [26, 27, 28, 29] ; la réglementation de la PF [30, 31] et les normes sociales défavorables [32]. L'organisation de la santé sexuelle et reproductive (SSR) des adolescentes est assurée par la Direction de la santé de la famille et des groupes spécifiques (DSFGS), le Programme national de la santé de reproduction (PNSR) et le Programme national de la santé des adolescents (PNSA). Cette note d'information de politique vise à informer les décideurs locaux, nationaux et internationaux ; les acteurs institutionnels, politiques, et autres sur la nécessité de promouvoir l'utilisation durable des services et des méthodes contraceptives par les adolescentes en vue de contribuer à la réduction des grossesses précoces et non désirées qui sont une cause importante de la mortalité maternelle.

2. Méthodologie

Cette note d'information politique est basée sur les résultats de cinq études réalisées par Mpunga et al. [33-37] dans le cadre d'une recherche sur l'utilisation des services de PF par les adolescentes âgées de 15 à 19 ans [38]. Si la première et la deuxième étude ont une portée nationale [33, 34], les trois dernières ont été réalisées dans la Ville-province de Kinshasa et dans la province de Kongo-Central. Le choix de ces deux provinces était dû au fait qu'à Kinshasa 44% des FOSA disposent des services de PF de bonne qualité contre seulement 7% au Kongo-Central, plaçant ainsi les deux provinces respectivement parmi les mieux et les moins bien servies en services de PF en RDC [34]. D'autres documents publiés ou de littérature grise locale ont permis de décrire le contexte pour mieux le comprendre et mieux circonscrire la portée des recommandations qui sont formulées.

3. Synthèse des résultats des études

3.1. Les politiques et réglementations relatives à la planification familiale pour les adolescentes existent en RDC, mais sont cependant insuffisantes et peinent à être opérationnalisées

D'après un inventaire réalisé en septembre 2019, il existe en RDC 35 documents réglementaires, normatifs, stratégiques ou de politiques relatifs à la santé sexuelle et reproductive (SSR) [33]. Parmi ces documents, treize abordent l'un et/ou l'autre aspect de la PF (Encadré 2).

Encadré 2 : Documents abordant l'un et/ou l'autre aspect de la PF en RDC

1. Loi N°18/035 fixant les principes fondamentaux relatifs à l'organisation de la santé publique
2. Plan stratégique national à vision multisectorielle de planification familiale 2014-2020
3. Document de la stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté de seconde génération
4. Plan national de développement sanitaire 2019-2022
5. Plan stratégique SRMNEA 2019-22
6. Politique nationale de la santé des adolescents et des jeunes
7. Plan stratégique national de la santé et du bien-être des adolescents et des jeunes 2016-20
8. Livret d'informations utiles sur les services de santé adaptés aux besoins des adolescents et jeunes
9. Livret sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents et jeunes pour les prestataires des services de santé communautaires : pairs éducateurs et mentors
10. Normes des interventions de planification familiale
11. Politique nationale de la santé de reproduction
12. Normes et Directives d'utilisation du préservatif féminin
13. Guide d'utilisation du préservatif féminin

Par ailleurs, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a formulé aux Etats membres 9 recommandations (Encadré 3) associées à 24 sous-recommandations visant à garantir les droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services contraceptifs [30].

Encadré 3 : Recommandations émises par l'OMS en 2014 pour garantir les droits de l'homme dans la fourniture d'informations et de services contraceptifs

1. Non-discrimination lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception
2. Offre d'informations et de services en matière de contraception
3. Accessibilité de l'information et de services en matière de contraception
4. Acceptabilité de l'information et des services en matière de contraception
5. Qualité de l'information et des services en matière de contraception
6. Prise de décisions éclairée en matière de contraception
7. Protection de la vie privée et confidentialité en matière de contraception
8. Participation à la conception, la mise en œuvre et au suivi des politiques et des programmes de contraception
9. Dispositifs de responsabilisation des bénéficiaires lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception

Nous avons considéré qu'une recommandation était totalement, partiellement ou pas du tout intégrée selon que la totalité des sous-recommandations, une partie ou aucune de celles-ci n'était prise en compte dans les documents de politique sur la PF.

L'analyse des documents nationaux de PF repris dans l'encadré 2, visant à déterminer dans quelle mesure ils ont intégré les recommandations de l'OMS reprises dans l'encadré 3 a donné les résultats suivants :

- Seule la première recommandation de l'OMS était totalement intégrée
- Deux recommandations, la 3^{ème} et la 5^{ème} étaient partiellement intégrées
- Le reste de recommandations n'étaient pas intégrées.

Environ 20% de documents de politique sur la PF étaient coulés sous-forme d'instructions opérationnelles. Cependant, les instructions opérationnelles n'étaient pas disponibles dans la majorité de FOSA. Les adolescentes et les prestataires de soins ont déclaré ne pas être suffisamment impliqués dans les processus de formulation des politiques sur la PF. On peut conclure que la réglementation de la PF n'est pas encore suffisante en RDC. Il est nécessaire qu'elle soit améliorée afin de booster l'organisation, l'accès et l'utilisation des services de PF par les adolescentes.

3.2. Il existe un fort potentiel d'amélioration de la disponibilité des services de PF de qualité en RDC

Une étude nationale, impliquant 1555 FOSA de différents niveaux (hôpitaux généraux de référence « HGR », centres de santé de référence « CSR », centres de santé « CS » et postes de santé « PS »), d'appartenance publique et privée ; localisées en zone rurale et urbaine [34], a permis d'apprécier la disponibilité et la qualité des services de PF en s'appuyant sur les critères repris dans l'encadré 4.

Encadré 4 : Critères de disponibilité et de qualité des services de PF dans les FOSA

Les services de PF étaient disponibles dans une FOSA si celle-ci dispose à la fois de :

- Une salle pour la fourniture de services de PF
- Un personnel affecté au service de PF
- Une preuve d'utilisation des services de PF (Registre de PF, statistiques)

Les services de PF dans une FOSA étaient de bonne qualité si la FOSA dispose à la fois de :

- Au moins un personnel formé en PF au cours des deux années précédant l'enquête
- Directives de prestation de services de PF
- Au minimum de préservatifs masculins, de pilules contraceptives orales combinées et de contraceptifs injectables
- Un tensiomètre

La Figure 1 montre que les services de PF étaient disponibles seulement dans une FOSA sur trois (33%) selon les critères de disponibilité. Il y avait relativement plus d'hôpitaux que d'autres FOSA qui offraient les services de PF ($p < 0,001$) ; avec le milieu urbain plus favorisé que le milieu rural ($p = 0,016$). En outre, la Figure 2 indique que seulement 20% de FOSA offraient les services de PF répondant aux critères de bonne qualité. Il y avait relativement plus d'hôpitaux que d'autres types de FOSA qui disposaient des services de PF de bonne qualité ($p < 0,001$). Cependant, les FOSA publiques fournissant les services de PF de bonne qualité étaient relativement moins nombreuses que les FOSA privées ($p = 0,02$). De même, il y avait proportionnellement plus de FOSA urbaines que de FOSA rurales qui offraient des services de PF de bonne qualité ($p < 0,001$).

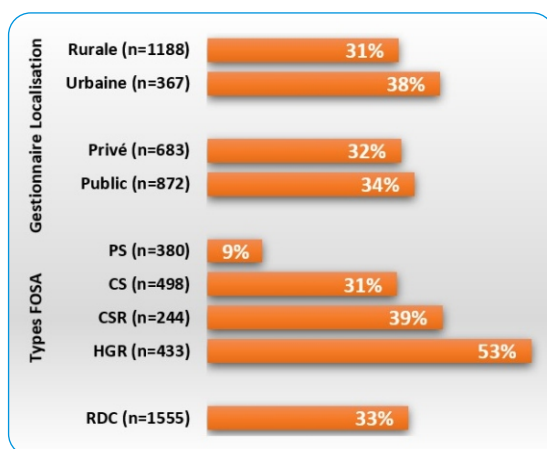


Figure 1. Proportion de FOSA disposant de services de PF, tels que définis par l'indice de disponibilité [34]

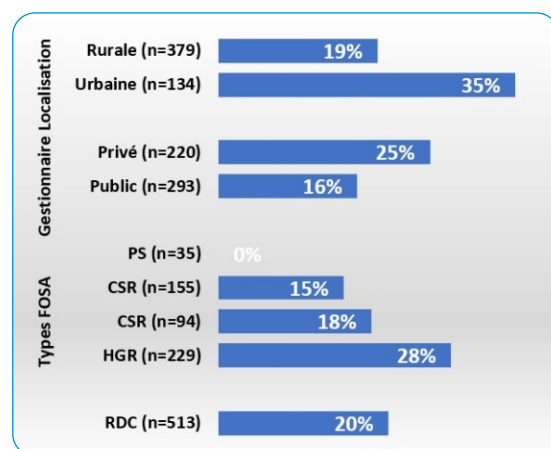


Figure 2. Proportion de FOSA disposant de services de PF de bonne qualité [34]

On peut conclure que pour améliorer la disponibilité des services de PF de bonne qualité en RDC, il faut prioritairement les intégrer dans les CS des zones rurales, car ces FOSA sont plus nombreuses, à proximité de la population et présentent un plus grand potentiel d'utilisation par celle-ci.

3.3. Les services de planification familiale offerts dans les formations sanitaires sont peu conviviaux aux besoins et attentes des adolescentes

Une étude réalisée à Kinshasa et au Kongo Central a apprécié le niveau de convivialité des services de PF dans 61 FOSA [35] en utilisant un score construit sur base de 5 critères repris dans le tableau 1.

Tableau 1 : Adéquation des services de PF aux besoins des adolescentes

Critères	1= oui	0= non
Intimité de la salle de consultation (rideaux aux portes et aux fenêtres)	1	0
Absence de stigmatisation (le prestataire accepte de fournir le service de PF aux adolescentes non accompagnées par leurs tuteurs)	1	0
Au moins trois méthodes contraceptives disponibles	1	0
Accessibilité financière (subvention ou gratuité des contraceptifs)	1	0
Promotion de la planification familiale (la FOSA s'appuie sur les RECO/ Distributeurs communautaires pour sensibiliser la communauté sur les bienfaits de la PF)	1	0

Le score total pouvait varier entre 0 et 5, les services de PF étaient considérés comme :

- **Hautement conviviaux** pour les adolescentes lorsque le score obtenu était de 5
- **Modérément conviviaux** lorsque le score variait de 3 - 4
- **Faiblement conviviaux** lorsque le score était ≤ 2 .

Ainsi, les résultats de cette étude indiquent que sur l'ensemble des services de PF disponibles, 11,5% étaient hautement conviviaux, 63,9% modérément conviviaux et 24,6% étaient faiblement conviviaux au regard des besoins des adolescentes (Figure 3).

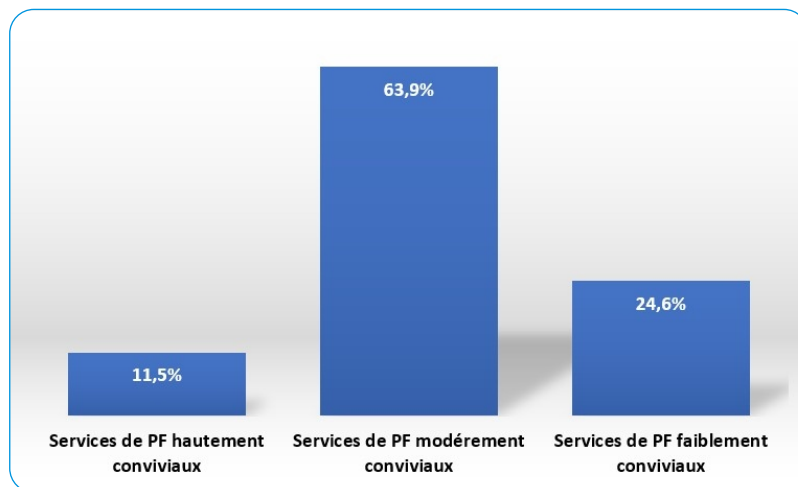


Figure 3. Niveau de convivialité des services de PF dans les FOSA visitées [35]

Globalement, 7 FOSA sur 10 organisant la PF étaient fréquentées par les adolescentes. Les services de PF où il y a la stigmatisation étaient moins susceptibles d'être fréquentés par les adolescentes ($p=0,003$) ; il en était de même des services de PF qui ne disposaient pas d'une gamme variée de méthodes contraceptives ($p = 0,002$).

3.4. Les connaissances, attitudes et pratiques des adolescentes sur la contraception restent faibles et nécessitent d'être améliorées

D'après les résultats d'une étude qualitative organisée à Kinshasa et au Kongo central [36], les adolescentes connaissaient essentiellement 3 méthodes contraceptives : l'abstinence périodique, les préservatifs masculins et les pilules progestatives. Certaines avaient reconnu qu'elles utilisaient indirectement et sporadiquement les préservatifs masculins. Cependant la

majorité refuse d'utiliser les autres méthodes contraceptives modernes, suite aux fausses idées reçues sur les effets secondaires ; la principale et la plus redoutée de ces fausses idées étant le risque de stérilité. Ainsi, les adolescentes ont une préférence pour les méthodes contraceptives traditionnelles. Elles considèrent l'école comme étant une source fiable d'informations en matière de santé sexuelle et reproductive (SSR). Cependant, elles ont estimé que le contenu du **cours d'éducation à la vie** était insuffisant et non adapté à leurs attentes qui tournent autour de la prévention des grossesses non désirées et des IST/SIDA. Ainsi, les pairs, les frères, les sœurs et l'internet étaient les sources d'information en matière de SSR qu'elles utilisent le plus.

3.5. La faible utilisation des méthodes contraceptives par les adolescentes est intimement liée à certaines caractéristiques sociodémographiques

Les résultats d'une étude sur l'utilisation des méthodes contraceptives réalisée auprès de 943 adolescentes dans les provinces de Kinshasa et du Kongo Central [37] ont montré que 20% d'adolescentes avaient recours à une méthode contraceptive : 12% utilisaient les méthodes modernes et 8% utilisaient les méthodes traditionnelles (Figures 4 & 5).

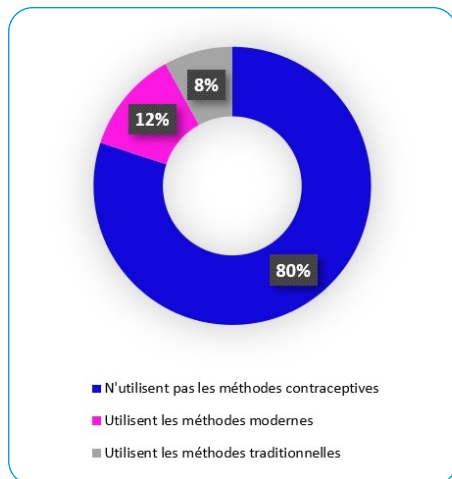


Figure 4. Répartition des adolescentes en fonction de leur statut d'utilisation des méthodes contraceptives [37]

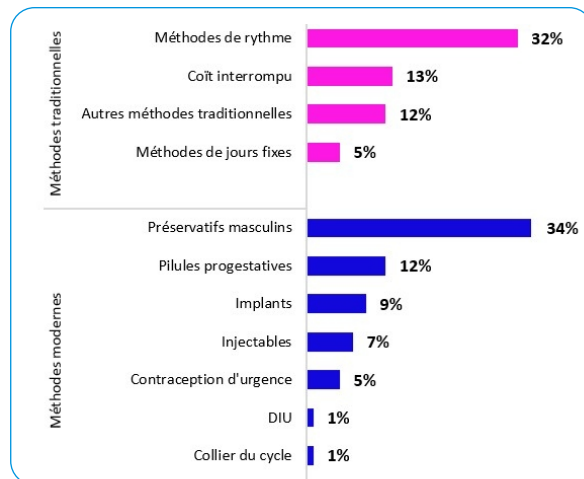


Figure 5. Méthodes contraceptives utilisées par les adolescentes à Kinshasa et au Kongo Central [37]

Par ailleurs, cette étude a montré que le célibat, le veuvage, le divorce, la religion chrétienne et le faible niveau des connaissances des méthodes contraceptives étaient les facteurs fortement associés à une moindre utilisation d'une méthode contraceptive ($p < 0,01$).

4. Conclusion

Il est indéniable que l'adolescente est une cible importante et pertinente de la PF. Les résultats des études présentés dans cette Note de Politique montrent que la PF chez l'adolescente en RDC fait face à plusieurs défis, notamment l'insuffisance de la régulation en la matière, une offre insuffisante et de moindre qualité ainsi qu'une perception erronée de la contraception par cette tranche de la population. D'où l'importance de poser des actions synergiques de renforcement de la régulation, d'extension des services de PF conviviaux couplée à la formation et suivi des prestataires, ainsi que d'éducation en matière de SSR au bénéfice des adolescentes.

5. Recommandations

Sur la base des résultats des études présentés dans cette note, des recommandations sont adressées aux décideurs et aux acteurs de mise en œuvre.

5.1. A la Direction de la Santé de la Famille et des Groupes Spécifiques, aux Programmes nationaux de Santé de la Reproduction et de l'Adolescent

- ▶ Renforcer la régulation sur la PF chez les adolescentes en :
 - Intégrant les recommandations de l'OMS dans les documents réglementaires et normatifs de la PF afin de garantir les droits des adolescentes dans la fourniture d'informations et de services contraceptifs ;
 - Elaborant les instructions opérationnelles en vue de faciliter l'application des politiques mises en place en matière de PF des adolescentes;
 - Appuyant l'actualisation du programme national du cours « Education à la vie » en veillant sur l'intégration des notions essentielles sur la prévention des grossesses non désirées ;
 - Vulgarisant à l'échelle nationale tous les documents de politique sur la PF et les instructions opérationnelles correspondantes.

5.2. A la Zone de Santé avec l'appui technique de la Division provinciale de la santé

- ▶ Améliorer l'offre de PF pour les adolescentes en :
 - Incluant la PF parmi les problèmes prioritaires de la Zone de Santé à intégrer aussi bien dans le plan de couverture que dans le plan d'action opérationnel de la zone de santé ;
 - Former ou recycler les prestataires sur l'offre de services de PF de qualité et adaptée à l'adolescente ;
 - Etendant les services de PF de bonne qualité en ciblant prioritairement les FOSA des zones rurales ;
 - Disposant d'une gamme de méthodes contraceptives pour un choix éclairé des utilisatrices ;
- ▶ Stimuler la demande de PF par les adolescentes en :
 - Appuyant la mise en œuvre dans les écoles du programme du cours « Education à la vie » ayant intégré la prévention des grossesses non désirées.

Références

1. UNFPA. *Girlhood, not motherhood: Preventing adolescent pregnancy*. New York: UNFPA; 2015.
2. Neal S, Matthews Z, Frost M, et al. Childbearing in adolescents aged 12-15 years in low resource countries: a neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012; 91: 1114-18. Every Woman Every Child. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030). Geneva: Every Woman Every Child, 2015.
3. WHO. Early marriages, adolescent and young pregnancies. Sixty-fifth World Health Assembly, A65/13, 2012).
4. OMS. Services de santé adaptés aux adolescents. Un programme pour le changement. Organisation mondiale de la Santé Octobre 2002
5. WHO. Global health estimates 2015: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2015. Geneva: WHO; 2016.
6. World Health Organization (WHO), UNICEF, UNFPA, World Bank, United Nations. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2015: Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. Geneva: WHO; 2015. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>. Accessed May 24, 2017.
7. UNICEF, World Health Organization (WHO), World Bank, United Nations. Levels & Trends in Child Mortality. Report 2015. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: Unicef; 2015. https://www.unicef.org/publications/files/Child_Mortality_Report_2015_Web_9_Sept_15.pdf Accessed June 4, 2017.
8. Liu L, Hill K, Oza S, Hogan D, Chu Y., et al. Levels and Causes of Mortality under Age Five Years. In *Disease Control Priorities (third edition): Volume 2, Reproductive, Maternal, Newborn, and Child Health*, edited by Black R, Laxminarayan R, Temmerman M, Walker N, editors. Washington, DC: World Bank. 2016
9. Taghizadeh Maghaddam H, Bahreini A, Ajilian Abbasi M, Fazli F, Saeidi M. Adolescence Health: the Needs, Problems and Attention. *Int J Pediatr* 2016; 4(2): 1423-38.
10. Thompson G; Société canadienne de pédiatrie, comité de la santé de l'adolescent. Répondre aux besoins des parents adolescents et de leurs enfants. *Paediatr Child Health* 2016; 21(5): 273. www.cps.ca/fr/documents/position/parents-adolescents-contraception. Consulté le 10 Aout 2019.
11. Fonds des Nations Unies pour la population. *Oui au choix, non au hasard: Planification familiale, droits de la personne et développement*. New York: Fonds des Nations Unies pour l'enfance; 2012. viii, 128 pages.
12. World Health Organization. *Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries*. WHO Guidelines. Geneva, 2011.
13. Tsui AO, McDonald-Mosley R, Burke AE. Family planning and the burden of unintended pregnancies. *Epidemiol Rev* 2010; 32: 152-174.
14. Starbird E, Norton M, Marcus R. Investing in family planning: key to achieving the Sustainable Development Goals. *Glob Health Sci Pract*. 2016; 4(2): 191-200.
15. Center for Adolescent Health & the Law. *Sexual and reproductive health care for adolescents: legal rights and policy challenges*. *Adolesc Med State Art Rev*. 2007 Dec; 18(3): 571-81, viii-ix.
16. WHO. Family planning - contraception. Fact-sheets. June 2020. Available on <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
17. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM); Ministère de la Santé Publique (MSP); ICF International. *Enquête démographique et de santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. Rockville, Maryland: MPSMRM, MSP, and ICF International; 2014. <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR300/FR300.pdf>. Accessed May 24, 2017.
18. Roland Pourtier. *La République Démocratique du Congo face au défi démographique*, notes de l'Ifri, septembre 2018.
19. Institut National de Statistique. *Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête*. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
20. Adhikari TB, Acharya P, Rijal A, Mapatano MA, Aro AR. Correlates of mistimed and unwanted pregnancy among women in the Democratic Republic of Congo. *J Biosoc Sci*. 2019 Aug 14: 1-18. doi: 10.1017/S0021932019000518.
21. Chae S, Kayembe PK, Philbin J, Mabika C, Bankole A (2017) The incidence of induced abortion in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, 2016. *PLoS ONE* 12(10): e0184389. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0184389>
22. République Démocratique du Congo (RDC). *Planification familiale: plan stratégique national à vision multisectorielle 2014-2020*. Kinshasa: RDC; 2014.
23. Ministère de la Santé Publique (MSP), *Enquête sur la Disponibilité et la capacité opérationnelle des services de santé en République Démocratique du Congo, DSSP/DSNIS, 2014, RDC* ;
24. Therese McGinn, Judy Austin, Katherine Anfinson, Ribka Amsalu, Sara E Casey et al.: *Family planning in conflict: results of cross-sectional baseline surveys in three African countries*. *Conflict and Health* 2011 5:11.
25. Ministère de la santé publique. *Normes et directives sur la santé de la mère et de l'enfant*. Kinshasa. 2012.
26. Undie, C., H. Birungi, G. Odwe, and F. Obare. 2015. *Expanding Access to Secondary School Education for Teenage Mothers in Kenya: A Baseline Study Report*. STEP UP Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council. <https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/>

- 2015STEPUP_EducTeenMothersKenya.pdf, accessed 26 June 2017.
27. Gottschalk LB, Ortayli. Interventions to improve adolescents' contraceptive behaviors in low- and middle-income countries: a review of the evidence base. *Contraception*. 2014; 90(3):21125. doi:10.1016/j.contraception.2014.04.017.
 28. Birungi, H., C. Undie, I. Mackenzie, A. Katahoire, F. Obare, and P. Machawira. 2015. Education Sector Response to Early and Unintended Pregnancy: A Review of Country Experiences in sub-Saharan Africa. STEP UP and UNESCO Research Report. Strengthening Evidence for Programming on Unintended Pregnancy (STEP UP). Nairobi: Population Council and UNESCO. https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2015STEPUP_EducSectorResp.pdf, accessed 26 June 2017.
 29. Margarate Nzala Munakampe, Joseph Mumba Zulu and Charles Michelo. Contraception and abortion knowledge, attitudes and practices among adolescents from low and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Services Research* (2018) 18:909 <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3722-5>
 30. WHO. Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. World Health Organization; 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/102539/1/9789241506748_eng.Pdf?ua=1.
 31. WHO. Guidelines on preventing early pregnancy and poor Reproductive Health outcomes among adolescents in developing countries. World Health Organization; 2011. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/adolescence/9789241502214/en/>.
 32. Mbadu Fidèle Muanda, Gahungu Parfait Ndongo, Lauren J. Messina & Jane T. Bertrand. Barriers to modern contraceptive use in rural areas in DRC, *Culture, Health & Sexuality*. 2017; 19:9, 1011-1023, DOI: 10.1080/13691058.2017.1286690
 33. Dieudonné Mpunga, Eric Mafuta, Fidèle Mbadu, Alain Mboko, Guy-Octave Lutumba, Faustin Chenge, Mala Ali Mapatano, Gilbert Wembodinga. Assessment of policies, laws, and regulations affecting the contraceptive needs of adolescents in the Democratic Republic of the Congo. 2020; 12, 1241-1261, DOI: 10.4236/health.2020.129090
 34. Mpunga M. D., Lumbayi J-P, Dikamba M. N., Mwembo T. A., Mapatano M. A. Availability and quality of family planning service in DR Congo: High potential Improvement, *Global Health: Science and Practice*. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-16-00205>
 35. Dieudonné Mpunga Mukendi, Faustin Chenge Mukalenge, Mapatano Mala Ali, Gilbert Wembodinga Utshudienyema. Exploring the Adequacy of Family Planning Services to Adolescents needs: Results of a cross-sectional Study from two settings in the Democratic Republic of the Congo. *Health Educ Public Health* 2018; 2(1): 131-141. doi: 10.31488/heph.111
 36. Dieudonné Mpunga, Pierre Akilimali, Faustin Chenge, Mala Ali Mapatano, Thérèse Mambu, Gilbert Wembodinga. Adolescents' Characteristics and Uptake of Contraceptive Methods: Evidence provided by the Performance Monitoring Accountability 2020 data from the Democratic Republic of the Congo. Manuscrit soumis pour publication à la revue *International Journal of Womens Health and Wellness* sous le numéro [ijwhw_HP24751262_2020-05-13](https://doi.org/10.1002/ijwhw_HP24751262_2020-05-13)
 37. Dieudonné Mpunga Mukendi, Mambu Nyangi M., Faustin Chenge M., Mala Ali Mapatano, Gilbert Wembodinga U. Connaissances, attitudes et pratiques des adolescents et des enseignants en matière de contraception : résultats d'une étude qualitative réalisée en République Démocratique du Congo. Manuscrit soumis pour publication à la revue *Pan African Medical Journal (PAMJ)* ID : 21678 30612020030276
 38. Dieudonné Mpunga Mukendi. Obstacles et leviers à l'utilisation des services de planification familiale par les adolescents âgés de 15 à 19 ans en République Démocratique du Congo. Manuscrit de Thèse de doctorat en Santé Publique. Université de Kinshasa. 2020

A propos des auteurs



Dieudonné Mpunga Mukendi est médecin, enseignant et chercheur à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Il a travaillé dans le secteur de santé de la RDC respectivement comme médecin traitant, médecin directeur d'un Hôpital Général de Référence, Médecin Chef de Zone de Santé, puis expert à la Direction d'Etudes et Planification du Ministère de la santé et au Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo. Ses domaines de recherche sont : la planification familiale, la santé des adolescents, l'organisation des services de santé, l'économie de la santé. Il est inscrit à l'école doctorale de la faculté de médecine de l'université de Kinshasa où il prépare sa thèse de doctorat en santé publique axé sur la Planification familiale chez les adolescentes.



Albert Mwembo Tambwe est médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique et professeur à l'Ecole de Santé Publique et à la Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi. Il est détenteur d'un Master en Santé de la Reproduction et d'un Doctorat en Santé Publique. Il a été Secrétaire National du Programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur les Evidences en République Démocratique du Congo (2015-2019), programme qui a créé et mis en place le Centre de Connaissances en Santé en RD. Congo (CCSC-ASBL). Il est actuellement Secrétaire du Conseil d'Administration du CCSC-ASBL, Président de la Société Congolaise de Gynécologie et Obstétrique de la Région SUD et Vice-Doyen chargé de la recherche à la Faculté de Médecine.



Mapatano Mala Ali est médecin et professeur à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa (ESPK). Il a été Directeur de Cabinet du Ministre de la Santé de 2010 à 2012 et promoteur du programme de Renforcement Institutionnel pour des Politiques de Santé basées sur l'Evidence à l'antenne de l'ESPK de 2015 à 2019. Actuellement, il est Président du Conseil d'Administration et de l'Assemblée Générale du Centre de Connaissances en Santé au Congo (CCSC). Ses domaines de recherche comprennent l'épidémiologie des maladies transmissibles et non transmissibles, diabète sucré, épidémiologie nutritionnelle, gestion des catastrophes et autres aléas naturels. Il anime l'Unité de Pédagogie et Santé, à l'ESPK.



Gilbert Wembodinga Utshudienyema est médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique et professeur à l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa. Dans son parcours professionnel, il a travaillé comme consultant, expert des questions de la santé maternelle et infantile au Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), représentation de la RDC avant d'aller appuyer pour beaucoup d'années le gouvernement du Botswana dans l'implémentation du vaste programme de lutte contre le VIH Sida, la tuberculose, le paludisme et les cancers gynécologiques. Ses domaines de recherche sont : les cancers gynécologiques, la planification familiale, la prévention de la transmission mère et enfant du VIH (PTME), la lutte contre la mortalité maternelle, néonatale, infantile et l'autonomisation de la femme.



Faustin Chenge Mukalenge est médecin spécialiste en Gynécologie-Obstétrique et professeur à l'Ecole de Santé Publique et à la Faculté de Médecine de l'Université de Lubumbashi. Son double profil de professionnel de santé publique et d'académicien, lui permet de mieux percevoir l'interface entre la recherche et la formulation de politiques de santé. Durant quatre années (2012-2016), il a été Directeur de cabinet du Ministre de la santé de la République Démocratique du Congo et a pu tisser d'excellents contacts dans l'arène des décideurs. Dr Chenge est actuellement le Directeur du Centre de Connaissances en Santé en République Démocratique du Congo qui conseille le Ministère de la Santé dans le processus de prise de décisions informées par les évidences scientifiques.



CONTACTS

Adresse :

39, Avenue de la Justice Commune de la Gombe
Kinshasa - R. D. Congo
En face du Secrétariat Général de la Santé

***Pour toute question ou thématique de recherche,
veuillez contacter***

E-mail

secretariat@ccsc-rdc.net

Téléphone

+243 82 51 45 465

Site web

www.ccsc-rdc.net



RIPSEC.CCSCasbl.RDC



CCSCasbl

