

Review



Utilisation de contraceptifs et facteurs associés chez les femmes de 15-49 ans vivant avec le VIH en République Démocratique du Congo: une analyse secondaire

 Kanku Balowe Jacques, Busangu Fatuma Michelle

Corresponding author: Kanku Balowe Jacques, Kinshasa School of Public Health, Kinshasa, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of Congo. jackkanku1996@gmail.com

Received: 06 Oct 2022 - **Accepted:** 03 Jan 2026 - **Published:** 15 Jan 2026

Keywords: Femmes, VIH, utilisation de contraceptifs, République démocratique du Congo

Funding: Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique de la part d'un organisme de financement public, commercial ou à but non lucratif.

Copyright: Kanku Balowe Jacques et al. PAMJ-One Health (ISSN: 2707-2800). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution International 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Cite this article: Kanku Balowe Jacques et al. Utilisation de contraceptifs et facteurs associés chez les femmes de 15-49 ans vivant avec le VIH en République Démocratique du Congo: une analyse secondaire. PAMJ-One Health. 2026;19:3. 2025;19(3). 10.11604/pamj-oh.2026.19.3.49643

Available online at: <https://www.one-health.panafrican-med-journal.com/content/article/19/3/full>

Utilisation de contraceptifs et facteurs associés chez les femmes de 15-49 ans vivant avec le VIH en République Démocratique du Congo: une analyse secondaire

Use of contraceptives and associated factors among women aged 15-49 living with HIV in the Democratic Republic of the Congo: a secondary analysis

Kanku Balowe Jacques^{1,&}, Busangu Fatuma Michelle¹

¹Kinshasa School of Public Health, Kinshasa, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of Congo

&Auteur correspondant

Kanku Balowe Jacques, Kinshasa School of Public Health, Kinshasa, University of Kinshasa, Kinshasa, Democratic Republic of Congo

Résumé

La planification familiale joue un rôle central dans la santé publique, notamment chez les femmes vivant avec le VIH (FVVIH), en réduisant les grossesses non désirées et la transmission du virus. Grâce à l'accès élargi au traitement antirétroviral, le VIH est désormais considéré comme une maladie chronique, conférant aux FVVIH une espérance de vie prolongée et des besoins accrus en santé reproductive. En Afrique subsaharienne, la prévalence contraceptive demeure faible chez les FVVIH, notamment en République Démocratique du Congo, où les données locales restent rares. Cette étude vise à estimer la prévalence et les facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives dans cette population. Cette étude s'appuie sur les données de l'Enquête Démographique et de Santé 2023-2024, une enquête nationale représentative couvrant les 26 provinces. L'analyse porte sur un sous-échantillon de 167 femmes séropositives âgées de 15 à 49 ans. Les données ont été analysées avec Stata 18 à l'aide de statistiques descriptives et de régressions logistiques univariées et multivariées, en tenant compte du plan d'échantillonnage complexe. Seules 18% des FVVIH déclaraient utiliser une méthode contraceptive, avec une prédominance des méthodes traditionnelles (10%). La fréquentation d'un centre de santé ($ORa = 6,65$), le niveau d'instruction élevé ($ORa = 11,65$) et un indice de bien-être économique élevé ($ORa = 6,04$) étaient significativement associés à l'utilisation contraceptive ($p < 0,05$). Cette étude met en évidence une faible utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes vivant avec le VIH en RDC, influencée par l'instruction, l'accès aux soins et le bien-être économique.

English abstract

Family planning plays a central role in public health, in particular among women living with HIV (WLHIV), by reducing unintended pregnancies and virus transmission. With expanded access to antiretroviral therapy, HIV is now considered a chronic disease, giving WLHIV longer life expectancy and increased reproductive health needs. In sub-Saharan Africa, contraceptive prevalence remains low among WLHIV, especially in the Democratic Republic of the Congo, where local data are scarce. This study aims to estimate the prevalence and factors associated with contraceptive use in this population. This study is based on data from the 2023-2024 Demographic and Health Survey, a nationally representative survey covering all 26 provinces. The analysis focuses on a subsample of 167 HIV-positive women aged 15 to 49 years. Data were analyzed using Stata 18 with descriptive statistics and univariate and multivariate logistic regression models, taking into account the complex sampling design. Only 18% of WLHIV reported using a contraceptive method, with a predominance of traditional methods (10%). Attendance at a health centre ($aOR = 6.65$), higher level of education ($aOR = 11.65$), and higher household wealth index ($aOR = 6.04$) were significantly associated with contraceptive use ($p < 0.05$). This study highlights the low use of modern contraceptive methods among women living with HIV in the DRC, influenced by education, access to healthcare, and economic well-being.

Key words: Women, HIV, contraceptive use, Democratic Republic of Congo

Introduction

La planification familiale constitue un pilier fondamental de la santé publique. Elle contribue à la réduction de la morbi-mortalité maternelle et infantile, à l'amélioration de la qualité de vie des femmes et à l'exercice effectif de leurs droits sexuels et reproductifs [1]. En permettant aux couples en général et aux femmes en particulier de

décider librement du nombre et de l'espacement des naissances, l'utilisation des méthodes contraceptives réduit les grossesses non désirées et les avortements à risque. Elle est particulièrement importante dans les contextes de forte prévalence du VIH désormais considéré comme une maladie chronique [2-4]. Parmi les méthodes contraceptives, le préservatif joue un rôle unique, en permettant à la fois de prévenir les grossesses non désirées et la transmission du VIH. Cela est essentiel pour les couples sérodiscordants, qui peuvent ainsi maintenir une vie sexuelle active tout en réduisant considérablement les risques de contamination [5,6]. Les autres méthodes contraceptives modernes sont quant à elles indispensables pour aider les femmes vivant avec le VIH à planifier le nombre et l'espacement des naissances [7].

Dans les pays d'Afrique Subsaharienne, la prévalence contraceptive moderne demeure faible, oscillant autour de 29% contre une moyenne mondiale de 64% [8]. Cette faible prévalence est encore plus marquée chez les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) malgré leur vulnérabilité accrue aux complications obstétricales et à la transmission verticale du virus [9]. L'introduction de la thérapie antirétrovirale (TAR) a certes amélioré l'état de santé des dites femmes, mais elle a aussi ravivé leur désir de maternité [10]; ce qui rend indispensable une offre contraceptive adaptée, accessible, et intégrée aux soins du VIH. Il a été démontré que la combinaison de la TAR et de la contraception permet de réduire la transmission du VIH de 29% par rapport à l'utilisation de la TAR seule [11,12]. Cependant, dans plusieurs pays d'Afrique, l'usage des contraceptifs chez les FVVIH reste limité. Au Ghana et en Zambie notamment, à peine 40% et 38% respectivement des femmes séropositives utilisent une méthode contraceptive moderne [6,13]. Ces données révèlent la persistance d'un besoin non satisfait de planification familiale dans cette population, lié à des obstacles multiples parmi lesquels on retrouve l'insuffisance d'intégration des services VIH/planification familiale, la stigmatisation, la

faible autonomie des femmes et l'influence du partenaire [4]. En République démocratique du Congo (RDC), ces défis sont encore plus criants. En effet, avec un taux de fécondité estimé à 5,7 enfants par femme et une prévalence contraceptive moderne de 11% chez les femmes en union [14], le contexte congolais illustre une situation préoccupante. Les données spécifiques sur l'utilisation des méthodes contraceptives chez les FVVIH sont rares, fragmentaires, et souvent anciennes. Peu d'études se sont penchées de manière rigoureuse sur les déterminants de cette utilisation dans le pays, alors même que la prévalence du VIH est élevée dans certaines provinces et que les grossesses non planifiées y sont fréquentes [14].

Dans la littérature, plusieurs facteurs ont été associés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez les FVVIH. Parmi les facteurs identifiés figurent le haut niveau de connaissance des méthodes contraceptives, la divulgation du statut sérologique au partenaire, la perception accrue du risque de transmission mère-enfant ainsi que la disponibilité et l'intégration des services de planification familiale dans les soins VIH. A l'inverse, certains facteurs comme le faible niveau d'instruction, le stade avancé de la maladie ou encore les barrières socioculturelles ont été liés à une moindre utilisation [10,15-18]. Cependant, la majorité de ces données provient du contexte anglophone d'Afrique de l'Est ou du Sud. Le contexte francophone d'Afrique centrale, et en particulier celui de la RDC, reste très peu documenté. Cette absence des données locales fiables sur les facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les FVVIH représente un frein à l'élaboration de politiques et d'interventions efficaces. Elle empêche également d'évaluer l'adéquation des services offerts aux besoins spécifiques de cette population. Dans les structures de soins antirétroviraux en RDC, la planification familiale est souvent absente ou proposée de manière sporadique. Les femmes séropositives sont rarement accompagnées dans une démarche reproductive éclairée et sécurisée [19,20].

C'est dans ce contexte que s'inscrit la présente étude. Elle vise à déterminer la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les facteurs associés à cette utilisation chez les femmes vivant avec le VIH en RDC. Cette recherche est motivée par le constat selon lequel, malgré l'existence des lignes directrices nationales encourageant l'intégration des services de santé sexuelle et reproductive et ceux de VIH, les déterminants concrets de l'usage des méthodes contraceptives dans cette population restent peu connus. Il s'agit donc de produire des données probantes pouvant orienter l'élaboration des politiques et d'interventions efficaces en matière de santé sexuelle et reproductive chez le FVVIH.

Méthodes

Lieu de l'étude

Le premier cas de VIH a été signalé en RDC en 1983. La prévalence nationale actuelle du VIH chez les femmes de 15 à 49 ans est estimée à 1,3% selon l'Enquête Démographique et de Santé 2023-2024 (EDS-RDC 2023-2024). Le Programme National de Lutte contre le SIDA (PNLS) coordonne la réponse nationale. En parallèle, le programme de planification familiale est piloté par le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR), avec une prévalence contraceptive moderne encore faible (17%). L'intégration des services PF et VIH est peu effective principalement au niveau des centres de santé, sous forme de prestation conjointe (dépistage, soins VIH, PF).

Conception de l'étude et source des données

Cette étude s'appuie sur les données de la troisième Enquête Démographique et de Santé réalisée en République Démocratique du Congo (EDS-RDC 2023-2024). Il s'agit d'une enquête transversale, représentative à l'échelle nationale, provinciale et selon le milieu de résidence (urbain/rural), visant à fournir des estimations fiables sur divers indicateurs de santé, notamment ceux relatifs au VIH et à la planification familiale. L'échantillonnage a été effectué en deux degrés.

Dans un premier temps, les grappes (unités primaires d'échantillonnage) ont été sélectionnées de manière probabiliste à partir du fichier de dénombrement de la cartographie censitaire. Ensuite, un échantillon systématique de ménages a été tiré dans chaque grappe. Cette stratégie a permis d'assurer une couverture nationale des données, avec une représentativité pour l'ensemble des 26 provinces du pays.

Population cible

L'échantillon de l'étude était limité aux femmes âgées de 15 à 49 ans qui résidaient habituellement dans les ménages sélectionnés ou qui y avaient passé la nuit précédant l'enquête. Seules les participantes qui avaient accepté de se soumettre à un test de dépistage du VIH et dont les résultats sérologiques étaient positifs ont été incluses dans l'analyse. La partie biologique a été collectée dans un échantillon d'un ménage sur deux.

Technique de collecte des données

La collecte des données de l'EDS-RDC 2023-2024 a été réalisée entre octobre 2023 et février 2024, par des enquêteurs rigoureusement formés, encadrés par des superviseurs expérimentés. L'approche a reposé sur l'utilisation de questionnaires standardisés, adaptés aux réalités nationales et validés par les différents programmes du ministère de la santé. Ces outils ont été administrés en face-à-face lors de visites à domicile, à l'aide de tablettes numériques permettant la saisie directe des réponses et assurant ainsi une meilleure qualité des données. Trois outils principaux ont été utilisés : le questionnaire ménage (pour le listing des membres et des caractéristiques du logement), le questionnaire femme (destiné aux femmes âgées de 15 à 49 ans, couvrant des thèmes comme la fécondité, la planification familiale, la santé maternelle et infantile, et le VIH), ainsi qu'un questionnaire biomarqueur pour les tests biologiques.

Concernant le VIH, un module spécifique a été inclus dans l'enquête biomédicale dans un sous

échantillon d'un ménage sur deux. Les femmes éligibles ont été invitées à fournir un échantillon de sang prélevé par piqûre au doigt. Le sang a été collecté sur papier buvard (DBS - Dried Blood Spot), selon les procédures standards de biosécurité et de traçabilité. Les échantillons ont ensuite été transportés au Laboratoire National de Référence VIH/SIDA à Kinshasa, où ils ont été analysés à l'aide de la méthode ELISA (EIA).

Etant donné que les résultats des tests au laboratoire étaient anonymisés, il a été offert aux femmes qui ont accepté d'être testées pour le VIH, un test rapide afin de leur permettre d'obtenir leurs résultats et rechercher des soins selon les deux premiers objectifs 95-95-95 de l'ONUSIDA qui stipulent que 95% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 95% de ces personnes diagnostiquées reçoivent un traitement antirétroviral (TAR) durable. Le test a été effectué par prélèvement capillaire au doigt, avec analyse sur place sur base d'un algorithme de tests rapides utilisé dans le pays. L'acceptation du test a été très élevée: (94,9% test effectué et analysé, 2,1% testé mais non analysé), soit environ 97% des femmes interrogées, ce qui réduit substantiellement le risque de biais systématique.

Considérations éthiques

L'EDS-RDC 2023-2024 a été conduite dans le respect des normes éthiques nationales et internationales. Un consentement éclairé a été obtenu verbalement auprès de chaque participante avant les entretiens ou le prélèvement d'échantillons. Les tests VIH ont été réalisés uniquement chez les femmes ayant accepté le dépistage. Les résultats rapides ont été communiqués immédiatement sur place, tandis que les prélèvements de sang séché ont servi à des fins anonymes de surveillance épidémiologique. La confidentialité des informations et l'anonymat des participantes ont été strictement garantis tout au long du processus. Les femmes sélectionnées pour le test VIH ont reçu une information complète et un consentement éclairé a été requis avant tout prélèvement. Le protocole et les questionnaires de

l'enquête ont reçu une approbation du comité d'éthique d'ICF, organisme en charge des EDS et le comité d'éthique de l'Ecole de Santé Publique de Kinshasa.

Plan de traitement et d'analyse des données

Liste des variables

Dans cette étude, la variable dépendante est l'utilisation d'une méthode contraceptive, qu'elle soit moderne ou traditionnelle. Elle est codée 0 si la femme n'utilise pas une méthode contraceptive et 1 si la femme utilise une méthode contraceptive. Les variables indépendantes comprennent plusieurs caractéristiques sociodémographiques et contextuelles: 1) l'âge des femmes a été catégorisé en deux groupes : 15-24 ans et 25 ans et plus. 2) le niveau d'instruction a été distingué entre inférieur au secondaire et secondaire ou plus. 3) Le statut matrimonial a été classé en non mariée/séparée/veuve versus en union (mariée ou vivant ensemble comme marié). 4) Le lieu de résidence a été codé rural ou urbain. 5) L'indice de bien-être économique est classé en bas, moyen et élevé partant des cinq catégories de l'EDS. Le plus bas et le second étant devenus l'indice bas, et le quatrième et le plus élevé étant devenus le niveau élevé. 6) La religion a été différenciée en catholique, protestante ou Église de réveil. 7) La parité a été codée selon le nombre d'enfants (<3 ou ≥3). 8) Des variables liées à l'accès aux soins et à l'information incluent la visite d'un centre de santé au cours des 12 derniers mois. 9) L'exposition aux médias (Radio, Télévision, Magasine, SMS, Réseaux Sociaux, Brochure) a été classée en deux modalités (oui/non). 10) La variable sur la pression familiale à tomber enceinte a également été dichotomisée, distinguant les femmes déclarant subir une pression explicite de leur entourage familial pour avoir un enfant, de celles n'en faisant pas mention. 11) L'intention future d'utiliser une méthode contraceptive a été classée en deux modalités (oui/non). 12) Le pouvoir décisionnel concernant la contraception a été catégorisé en trois modalités : décision prise par la femme seule, décision conjointe avec le partenaire, ou décision prise

exclusivement par le partenaire. 13) Le désir futur d'enfant a été mesuré à travers les intentions déclarées par les participantes, regroupées en trois catégories: souhait d'avoir un autre enfant, ne veut plus d'enfants, ou indécision (ne sait pas).

Analyse

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel Stata version 18. Conformément à la méthodologie de l'EDS, toutes les analyses ont intégré des pondérations afin de tenir compte de la complexité du plan d'échantillonnage. L'effet du plan d'échantillonnage en grappe a été pris en compte dans l'analyse grâce à l'option `Svy` de Stata. L'analyse a commencé par une description des caractéristiques de la population étudiée. Les variables catégorielles ont été présentées sous forme de fréquences absolues et de proportions (%). Une régression logistique univariée a été réalisée afin d'étudier l'association entre l'utilisation d'une méthode contraceptive et chaque variable indépendante. Enfin, une régression logistique multivariée a été utilisée pour identifier les facteurs indépendamment associés à l'utilisation de contraceptifs en ajustant simultanément sur l'ensemble des variables incluses dans le modèle. Tous les facteurs, prédictors potentiels, ont été inclus dans ce modèle. Les résultats ont été exprimés sous forme de rapports de cotes ajustés (ORa) avec leurs intervalles de confiance à 95% et les valeurs *p* associées.

Considérations éthiques

L'étude utilise des données anonymisées disponibles publiquement sur autorisation. Le protocole de l'EDS a été approuvé par un comité d'éthique national et par ICF. Aucun consentement individuel n'est requis pour l'analyse secondaire, mais les principes d'éthique et de confidentialité ont été respectés.

Résultats

Utilisation des méthodes contraceptives

L'analyse a porté sur un total pondéré de 167 femmes vivant avec le VIH. La prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives dans ce groupe était de 18% [IC 95%: 11-28]. Moins d'une femme sur dix (8%) utilise une méthode moderne contre 10% qui utilisent les méthodes traditionnelles. Les méthodes les plus fréquemment rapportées étaient l'abstinence périodique (9%), suivie de l'aménorrhée lactationnelle (LAM) (3%) et de la pilule (2%) (Tableau 1).

Description de la population cible

Plus de six femmes sur dix étaient âgées d'au moins 25 ans (64%) ou vivaient dans le milieu rural (70%). Près de six femmes sur dix vivaient dans des ménages avec un indice de bien-être économique allant du plus faible à moyen (59%). Plus de la moitié d'entre elles avaient au moins un niveau secondaire (52%), autant que celles qui étaient mères de trois enfants ou plus (54%). Environ quatre femmes sur dix étaient en union (38%), de même que celles appartenant à une église de réveil (40%) (Tableau 2).

Caractéristiques structurelles et comportementales

Seul un tiers des femmes avaient consulté un centre de santé (CS) au cours des 12 derniers mois. Neuf femmes sur dix (89%) avaient connaissance d'au moins une méthode contraceptive. Malgré cela, seulement quatre femmes sur dix (42%) ont déclaré avoir l'intention d'en utiliser une. En termes d'exposition aux médias, plus de la moitié des femmes (52%) avaient été exposées à des messages sur la planification familiale (PF) (Tableau 2).

Facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives

Dans l'analyse univariée, deux facteurs apparaissent associés à l'utilisation d'une méthode contraceptive chez les femmes vivant avec le VIH, à savoir le niveau d'instruction et l'accès aux soins. En effet, les femmes ayant atteint au moins un niveau d'instruction secondaire étaient neuf fois plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive que celles ayant un niveau inférieur (OR = 9,10; IC95%: 2,32-35,65; $p = 0,002$). Et concernant l'accès aux soins, la visite d'un établissement de santé au cours des 12 derniers mois était associée à l'utilisation contraceptive (OR = 5,07 ; IC95%: 1,62-15,87; $p = 0,006$). Aucun lien significatif n'a été observé avec l'âge, le lieu de résidence, le statut matrimonial, la parité, la religion, l'indice de bien-être économique, l'exposition aux médias ou le désir d'enfant (Tableau 3).

Les résultats de l'analyse multivariée montrent que l'utilisation des méthodes contraceptives par les femmes vivant avec le VIH est positivement associée au niveau d'instruction, au fait d'avoir consulté un établissement de santé ainsi qu'à l'indice de bien-être économique. Les femmes ayant atteint au moins le niveau secondaire étaient 11 fois plus à même d'utiliser une méthode contraceptive comparées à celles ayant un niveau d'instruction inférieur (ORa = 11,65; IC95%: 1,67-80,91; $p = 0,014$). De même, les femmes ayant visité un établissement de santé au cours des 12 derniers mois avaient 6 fois plus de chance d'utiliser une méthode contraceptive, comparées à celles qui ne l'avaient pas fait (ORa = 6,65; IC95%: 1,75-25,24; $p = 0,006$). Les femmes issues d'un ménage à statut économique élevé étaient 6 fois plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive que celles issues de ménages de niveau bas ou moyen (ORa = 6,04 ; IC95%: 1,35-26,88; $p = 0,019$) (Tableau 3).

Discussion

La présente étude a été initiée avec pour objectif de déterminer la prévalence de l'utilisation des méthodes contraceptives ainsi que les facteurs associés à cette utilisation chez les femmes vivant avec le VIH RDC. La prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH dans cette étude est de 18%. Cette prévalence est similaire à celle observée dans la population générale en RDC [14], selon l'EDS-RDC 2023-2024, où environ 17% des femmes âgées de 15 à 49 ans utilisent une méthode contraceptive. Cependant, les femmes dans la population générale utilisent plus les méthodes modernes (10%) que traditionnelles (7%). Les femmes vivant avec le VIH quant à elles utilisent plus les méthodes traditionnelles, préférentiellement l'abstinence périodique, que modernes (8%). Parmi les méthodes modernes, cette population de femmes utilise plus les pilules, lesquelles peuvent être achetées dans une pharmacie, même sans prescription. Les femmes dans la population générale utilisent plus les implants, qui ne peuvent être fournis qu'en un établissement de santé.

Ces résultats suggèrent que les femmes vivant avec le VIH rencontrent des obstacles spécifiques qui les empêchent d'exprimer ou de satisfaire leurs besoins en matière de planification familiale : le service peut exister, mais les femmes ne veulent pas l'utiliser à cause de la honte ou d'une expérience passée de stigmatisation. En dépit des recommandations internationales en faveur de l'intégration des services VIH/PF [21], ce gap peut être lié à la faible intégration des services VIH/PF en RDC, à une offre limitée en PF dans les structures de prise en charge du VIH, à une formation insuffisante des prestataires pour adresser les besoins reproductifs des femmes séropositives ; mais peut être aussi être dû à un faible accès financier au cas où les méthodes sont payantes. La prédominance des méthodes traditionnelles parmi les utilisatrices trouvées dans cette étude n'est pas unique à la RDC. Une étude récente en Afrique subsaharienne comparant les dynamiques du « method mix » (distribution des méthodes contraceptives) a montré que, bien que l'usage des

préservatifs et des méthodes barrières ait augmenté, dans de nombreux pays, les femmes vivant avec le VIH continuent de recourir relativement fréquemment aux méthodes traditionnelles ou barrières, surtout lorsque l'accès aux services modernes est limité [22]. Cependant, pour plusieurs études menées dans le contexte africains, ce sont les méthodes modernes qui prédominent [7,16,18,23].

Ceci soulève plusieurs hypothèses dans le contexte congolais, notamment la honte chez les femmes elles-mêmes, l'expérience passée de stigmatisation liée au VIH qui pourrait limiter l'accès aux services ou la demande de méthodes modernes ; le manque de confidentialité dans les structures pourrait aussi dissuader certaines femmes d'exprimer leur besoin en contraception. Enfin, des barrières structurelles telles que la disponibilité irrégulière des produits contraceptifs ou l'absence de counseling personnalisé, pourraient expliquer cette faible utilisation. Cette étude a trouvé que le niveau d'étude secondaire ou plus, le fait d'avoir consulté un CS au cours des 12 derniers mois et l'indice de bien-être économique élevé étaient identifiés comme des facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans l'ensemble ces facteurs ont déjà été rapportés par plusieurs auteurs.

Selon les résultats de cette étude, l'utilisation des méthodes contraceptives était positivement associée au niveau d'instruction élevée. Ce résultat est similaire à celui trouvé par plusieurs études dans le contexte africain [5,14,16,24-26]. En effet, Les femmes instruites ont plus de facilité à comprendre le fonctionnement de leur cycle menstruel, les risques de grossesse non désirée, ainsi que les différents types de méthodes contraceptives disponibles qu'elles soient modernes ou traditionnelles. Elles sont également mieux préparées à rechercher de l'information à travers les brochures, les médias ou les campagnes de sensibilisation. En outre, elles sont plus aptes à comprendre les explications données par les prestataires de soins lors des consultations [16]. L'instruction favorise donc une meilleure

appropriation des messages de santé et une réduction des croyances erronées ou des mythes autour de la contraception [27]. Les femmes instruites comprennent mieux les enjeux liés au VIH, notamment la nécessité d'éviter les grossesses non planifiées qui compliquent la prise en charge médicale. Elles savent que la grossesse, en contexte de VIH, peut augmenter le risque de transmission mère-enfant, mais aussi poser des défis cliniques [28].

Cette étude a également trouvé que l'utilisation des méthodes contraceptives était positivement associée au fait d'avoir visité un établissement de santé au cours des 12 derniers mois. Cette association est cohérente avec les données de la littérature qui montrent que le contact régulier avec les structures de santé favorise l'accès à l'information, au counseling, et à l'offre de méthodes contraceptives [3,5,10,24,29]. En effet, les visites dans un établissement de santé constituent des occasions privilégiées d'information et de counseling sur la santé reproductive, permettant aux femmes de mieux connaître les différentes méthodes contraceptives et de corriger certaines croyances erronées [10]. D'autre part, la fréquentation des établissements de santé facilite l'accès direct et immédiat aux méthodes modernes, réduisant ainsi les barrières logistiques et financières. De plus, les contacts réguliers avec les prestataires renforcent le climat de confiance, ce qui encourage l'adhésion aux recommandations médicales, y compris en matière de planification familiale [5]. Enfin, dans le contexte de l'intégration croissante des services VIH et de santé reproductive, les visites de suivi pour le traitement antirétroviral représentent une opportunité stratégique pour promouvoir la contraception [3,24]. Ainsi, la consultation récente apparaît comme un facteur clé favorisant l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH [14,29].

Enfin cette étude a révélé que les femmes vivant avec le VIH vivant dans les ménages à indice de bien-être économique élevé étaient plus susceptibles d'utiliser une méthode contraceptive

que celles vivant dans des foyers de niveau bas ou moyen. Ce résultat est cohérent avec plusieurs travaux menés dans des contextes similaires, qui ont montré une association positive entre le niveau socio-économique et l'adoption des méthodes contraceptives, en particulier les méthodes modernes [5,30,31]. En effet, un meilleur statut économique pourrait refléter un meilleur accès aux soins, une plus grande autonomie dans les décisions reproductives, et une exposition accrue à l'information sur la planification familiale. Cependant, cette association n'est pas universelle. Certaines études ont observé que l'effet du niveau de richesse sur l'utilisation contraceptive pouvait s'atténuer ou devenir non significatif lorsque d'autres facteurs comme l'accès aux services de santé, l'intégration des services VIH/PF ou le niveau d'instruction sont pris en compte [6,10,13]. Ces résultats suggèrent que la richesse, à elle seule, n'est pas toujours un facteur déterminant, et que dans certains contextes, des interventions structurées, combinant intégration des services et stratégies de gratuité des méthodes peuvent réduire les disparités liées au statut économique. Dans le contexte congolais, où l'accès aux services intégrés demeure limité et inégal selon les milieux, ces disparités restent marquées. Cela souligne l'importance de renforcer la disponibilité de services de planification familiale intégrés au VIH, en particulier dans les structures de première ligne, et de veiller à leur gratuité, afin de garantir un accès équitable, quel que soit le niveau de richesse.

D'autre part le statut matrimonial, la parité, le lieu de résidence et le désir de fécondité rapportés par plusieurs auteurs [23,32-34] dans la littérature comme facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH ne l'étaient pas significativement dans notre étude. La taille de l'échantillon dans cette étude pourrait avoir réduit le pouvoir statistique pour détecter des associations significatives entre ces facteurs et l'utilisation des méthodes contraceptives.

Limites de l'étude

L'interprétation des résultats de cette étude doit tenir compte de plusieurs limitations. Premièrement, les données utilisées proviennent de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS-RDC 2023-2024), qui n'a pas été spécifiquement conçue pour étudier des sous-populations rares comme les femmes vivant avec le VIH. Cette limitation implique que la taille de l'échantillon de FVVIH demeure limitée. Cette faible proportion limite la généralisabilité des résultats à l'ensemble de la population concernée, et renforce le caractère exploratoire de l'étude. Troisièmement, la taille modeste de l'échantillon réduit la puissance statistique, en particulier pour les analyses multivariées. Ainsi, certaines associations réelles pourraient ne pas avoir été détectées, et certains intervalles de confiance sont relativement larges, traduisant une incertitude autour des estimations. Enfin, la nature transversale de cette étude fait que les données sur les facteurs explicatifs et l'utilisation des méthodes contraceptives ont été collectées au même moment, ce qui empêche d'établir une relation temporelle claire entre l'exposition et l'issue. Ainsi, bien que des associations aient été observées, il n'est pas possible de conclure à une relation causale entre les variables étudiées et l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH.

Malgré ces limitations, cette étude présente plusieurs mérites. Elle s'appuie sur les données récentes de l'EDS-RDC 2023-2024, collectées à partir d'un plan d'échantillonnage rigoureux et représentatives au niveau national, ce qui confère une robustesse et une crédibilité particulière aux résultats. Elle se distingue également par son focus sur les femmes vivant avec le VIH, une population spécifique et souvent sous-étudiée dans les analyses sur la planification familiale, apportant ainsi une contribution originale à la littérature. De plus, l'approche adoptée a permis d'examiner de manière simultanée plusieurs facteurs explicatifs socio-démographiques, économiques, structurels et comportementaux afin d'offrir une compréhension plus complète de l'utilisation des méthodes contraceptives dans ce groupe.

vulnérable. Enfin, les résultats obtenus sont directement utiles pour les décideurs et le Programme National de Lutte Contre le VIH-Sida (PNLS), car ils fournissent des éléments concrets pour renforcer l'intégration des services VIH et de planification familiale en RDC.

Conclusion

Cette étude, menée à partir des données récentes et représentatives de l'EDS-RDC 2023-2024, a permis d'identifier plusieurs facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes vivant avec le VIH. Elle montre notamment que le niveau d'instruction, la fréquentation récente des services de santé et l'indice de bien-être économique influencent significativement le recours à la contraception. Aussi, on observe que cette utilisation reste faible et majoritairement orientée vers les méthodes traditionnelles, relevant ainsi une accessibilité limitée, à la fois financière et géographique, aux méthodes modernes. Ces résultats suggèrent l'importance d'intégrer systématiquement les services de la planification familiale dans la prise en charge des femmes séropositives, en mettant l'accent sur l'éducation, le counseling de qualité et l'accès équitable aux services en rendant les méthodes gratuites. Le renforcement des interventions ciblant les déterminants identifiés pourrait améliorer l'utilisation des méthodes contraceptives et contribuer à la réduction des grossesses non désirées ainsi qu'à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Toutefois, les résultats doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille de l'échantillon limité qui restreignent la portée des inférences causales et la robustesse des analyses multivariées. Les recommandations ont été formulées de manière suggestive, tout en appelant à des investigations supplémentaires pour confirmer et généraliser les observations.

- *Les femmes vivant avec le VIH (FVVIH) présentent un risque accru de grossesses non désirées et de transmission verticale du VIH, pourtant l'utilisation de méthodes contraceptives reste faible dans cette population en Afrique subsaharienne;*
- *L'intégration des services de planification familiale aux soins VIH améliore l'accès à la contraception, mais cette intégration reste souvent limitée ou mal appliquée dans les pays à ressources limitées;*
- *Des barrières structurelles, sociales et comportementales telles que la stigmatisation, la faible autonomie des femmes et le manque d'accès aux soins contribuent au besoin non satisfait en contraception chez les FVVIH.*

Contribution de notre étude à la connaissance

- *Des barrières structurelles, sociales et comportementales telles que la stigmatisation, la faible autonomie des femmes et le manque d'accès aux soins contribuent au besoin non satisfait en contraception chez les FVVIH.*
- *Des barrières structurelles, sociales et comportementales telles que la stigmatisation, la faible autonomie des femmes et le manque d'accès aux soins contribuent au besoin non satisfait en contraception chez les FVVIH.*
- *Des barrières structurelles, sociales et comportementales telles que la stigmatisation, la faible autonomie des femmes et le manque d'accès aux soins contribuent au besoin non satisfait en contraception chez les FVVIH.*

Conflits d'intérêts

Etat des connaissances sur le sujet

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Kanku Balowe Jacques a conçu et élaboré le protocole de l'étude, assuré l'acquisition et l'analyse des données, et rédigé la première version du manuscrit. Busangu Fatuma Michelle a supervisé l'analyse des données, apporté des révisions critiques d'importance intellectuelle et validé la version finale du manuscrit. Les deux auteurs ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Remerciements

Nous tenons à remercier le programme DHS par le biais de l'Ecole de santé Publique de Kinshasa de nous avoir permis d'utiliser les données de l'EDS 2023-2024 pour les analyses de cette étude.

Tableaux

Tableau 1: proportion des femmes VIH positives âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, selon le type de méthode - EDS-RDC 2023-2024

Tableau 2: caractéristiques socio-démographiques, structurelles et comportementales des femmes vivant avec le VIH, EDS-RDC 2023-2024

Tableau 3: facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans vivant avec le VIH en RDC: résultats des analyses de régression logistique multivariée, EDS-RDC 2023-2024

Références

1. Alfvén T, Erkkola T, Ghys PD, Padayachy J, Warner-Smith M, Rugg D, de Lay P. Global AIDS Reporting-2001 to 2015: Lessons for Monitoring the Sustainable Development Goals. *AIDS Behav.* 2017 Jul;21(Suppl 1):5-14. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
2. Agnandji ST, Recker M, Mordmüller B, Glöckner S, Adegnika AA, Lell B *et al.* Prostration and the prognosis of death in African children with severe malaria. *Int J Infect Dis.* 2023 Sep;134:240-247. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
3. Kaida A, Laher F, Strathdee SA, Money D, Janssen PA, Hogg RS *et al.* Contraceptive use and method preference among women in Soweto, South Africa: the influence of expanding access to HIV care and treatment services. *PLoS One.* 2010 Nov 5;5(11):e13868. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
4. Egbende L, Mayala V, Mbunga B, Viberg N, Mapatano MA, Alfvén T *et al.* Perspectives on delivering sexual and reproductive health and rights information and services to young people: focus group discussions with civil society organizations in the Democratic Republic of Congo. *Glob Health Action.* 2024 Dec 31;17(1):2429631. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
5. Gedefaw G, Wondmienen A, Demis A. Contraceptive Use and Method Preferences among HIV Positive Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-analysis. *Biomed Res Int.* 2020 Sep 18;2020:6465242. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
6. Laryea DO, Amoako YA, Spangenberg K, Frimpong E, Kyei-Ansong J. Contraceptive use and unmet need for family planning among HIV positive women on antiretroviral therapy in Kumasi, Ghana. *BMC women's health.* 2014 Oct 11;14(1):126. [Google Scholar](#)

7. Mersha AG, Erku DA, Belachew SA, Ayele AA, Gebresillassie BM, Abegaz TM. Contraceptive use among HIV-positive and negative women: implication to end unintended pregnancy. *Contracept Reprod Med*. 2019 Feb 15;4:3. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
8. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Trends in Contraceptive Use Worldwide 2015. New York: United Nations; 2016. Accessed December 4, 2025.
9. Gay J, Hardee K, Croce-Galis M, Kowalski S. What works for women and girls: evidence for HIV/AIDS interventions. New York Open Society Institute. 2010. 534 p.
10. Amsalu M, Worku K, Ayalew M, Alamneh AA. Contraceptive use and associated factors among women of reproductive age on antiretroviral therapy in Awabel Woreda health centers, Northwest Ethiopia. *SAGE Open Med*. 2023 Nov 10;11:20503121231190275. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
11. Reynolds HW, Janowitz B, Homan R, Johnson L. The value of contraception to prevent perinatal HIV transmission. *Sex Transm Dis*. 2006 Jun;33(6):350-6. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
12. Reynolds HW, Janowitz B, Wilcher R, Cates W. Contraception to prevent HIV-positive births: current contribution and potential cost savings in PEPFAR countries. *Sex Transm Infect*. 2008 Oct;84 Suppl 2:ii49-53. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
13. Hancock NL, Chibwesha CJ, Bosomprah S, Newman J, Mubiana-Mbewe M, Sitali ES *et al*. Contraceptive use among HIV-infected women and men receiving antiretroviral therapy in Lusaka, Zambia: a cross-sectional survey. *BMC Public Health*. 2016 May 12;16:392. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
14. République Démocratique du Congo. République démocratique du Congo: Enquête Démographique et de Santé EDS-RDC III 2023 - 2024 Rapport final. Institut National de la Statistique et École de Santé Publique de Kinshasa, Kinshasa, République Démocratique du Congo. 2025. Accessed Decembre 4, 2025.
15. Asfaw HM, Gashe FE. Contraceptive use and method preference among HIV positive women in Addis Ababa, Ethiopia: a cross sectional survey. *BMC Public Health*. 2014 Jun 6;14:566. [PubMed](#)
16. Boah M, Adokiya MN, Hyzam D. Prevalence and factors associated with the utilisation of modern contraceptive methods among married women of childbearing age in Yemen: a secondary analysis of national survey data. *BMJ Open*. 2023 Jun 2;13(6):e071936. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
17. Wanyenze RK, Tumwesigye NM, Kindyomunda R, Beyeza-Kashesya J, Atuyambe L, Kansime A *et al*. Uptake of family planning methods and unplanned pregnancies among HIV-infected individuals: a cross-sectional survey among clients at HIV clinics in Uganda. *J Int AIDS Soc*. 2011 Jun 30;14:35. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
18. Zewdie Z, Yitayal M, Kebede Y, Gebeyehu A. Status of family planning integration to HIV care in Amhara regional state, Ethiopia. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Mar 6;20(1):145. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
19. Yotebieng M, Norris A, Chalachala JL, Matumona Y, Ramadhani HO, Behets F. Fertility desires, unmet need for family planning, and unwanted pregnancies among HIV-infected women in care in Kinshasa, DR Congo. *Pan Afr Med J*. 2015 Mar 12;20:235. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

20. Bapolisi WA, Dumbaugh M, Felber S, Bisimwa G, Merten S. Family planning in the Eastern Democratic Republic of the Congo: personal beliefs, intimate partner negotiations and social pressure. *Cult Health Sex.* 2024 Nov;26(11):1365-1379. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
21. World Health Organization. Integration of Hiv Testing and Linkage in Family Planning and Contraception Services: implementation brief. WHO. 2021. Accessed Decembre 4, 2025.
22. Bawah AA, Kyei PS, Agyei-Asabere C. Contraceptive use and method mix dynamics in Sub-saharan Africa: time trends and the influence of the HIV pandemic. *Contracept Reprod Med.* 2024 Apr 9;9(1):14. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
23. Bongomin F, Chelangat M, Eriatu A, Chan Onen B, Cheputyo P, Godmercy SA *et al.* Prevalence and Factors Associated with Contraceptive Use among HIV-Infected Women of Reproductive Age Attending Infectious Disease Clinic at Gulu Regional Referral Hospital, Northern Uganda. *Biomed Res Int.* 2018 Jun 10;2018:9680514. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
24. Lasong J, Zhang Y, Gebremedhin SA, Opoku S, Abaidoo CS, Mkandawire T *et al.* Determinants of modern contraceptive use among married women of reproductive age: a cross-sectional study in rural Zambia. *BMJ Open.* 2020 Mar 31;10(3):e030980. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
25. Bianchini F, Verde P, Colangeli S, Boccia M, Strollo F, Guariglia C *et al.* Effects of oral contraceptives and natural menstrual cycling on environmental learning. *BMC Womens Health.* 2018 Nov 7;18(1):179. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
26. Dagnew GW, Asresie MB, Fekadu GA, Gelaw YM. Factors associated with divorce from first union among women in Ethiopia: Further analysis of the 2016 Ethiopia demographic and health survey data. *PLoS One.* 2020 Dec 15;15(12):e0244014. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
27. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C *et al.* Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet.* 2018 Mar 3;391(10123):870-882. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
28. Haddad LB, Polis CB, Sheth AN, Brown J, Kourtis AP, King C *et al.* Contraceptive methods and risk of HIV acquisition or female-to-male transmission. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2014 Dec;11(4):447-58. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
29. Babazadeh S, Anglewicz P, Wisniewski JM, Kayembe PK, Hernandez J, Bertrand JT. The influence of health facility-level access measures on modern contraceptive use in Kinshasa, DRC. *PLoS One.* 2020 Jul 23;15(7):e0236018. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
30. Fadeyibi O, Alade M, Adebayo S, Erinfolami T, Mustapha F, Yaradua S. Household Structure and Contraceptive Use in Nigeria. *Front Glob Womens Health.* 2022 May 10;3:821178. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
31. Makumbi FE, Nabukeera S, Tumwesigye NM, Namanda C, Atuyambe L, Mukose A *et al.* Socio-economic and education related inequities in use of modern contraceptive in seven sub-regions in Uganda. *BMC Health Serv Res.* 2023 Feb 28;23(1):201. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

32. Mesfin Y, Argaw M, Geze S, Tefera B. Dual Contraceptive Use and Factor Associated with People Living with HIV/AIDS: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2021 Aug 16;2021:5440722. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
33. Ayenew A. Women living with HIV and dual contraceptive use in Ethiopia: systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med*. 2022 Jul 2;7(1):11. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)
34. Kebede YB, Geremew TT, Mehretie Y, Abejie AN, Bewket L, Dellie E. Associated factors of modern contraceptive use among women infected with human immunodeficiency virus in Enemay District, Northwest Ethiopia: a facility-based cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2019 Nov 28;19(1):1584. [PubMed](#) | [Google Scholar](#)

Tableau 1: proportion des femmes VIH positives âgées de 15 à 49 ans utilisant une méthode contraceptive, selon le type de méthode - EDS-RDC 2023-2024

Types de méthodes utilisées	Pourcentage	Effectif n
Méthode traditionnelle	10,18	17
Méthode moderne	7,64	13
Méthodes utilisées		
Pilule	1,6	2
DIU	0,14	1
Injections	0,94	1
Préservatif masculin	0,44	1
Stérilisation féminine	0,21	1
Abstinence périodique	9,18	15
Retrait	1	2
Implants/Norplant	0,85	1
Aménorrhée lactationnelle (LAM)	3,03	5
Méthode des jours fixes	0,41	1

Tableau 2: caractéristiques sociodémographiques, structurelles et comportementales des femmes vivant avec le VIH, EDS-RDC 2023-2024

Variables	Pourcentage	Effectif (n)
Catégorie d'âge		
15-24	36,2	61
25+	63,8	106
Niveau d'instruction		
Inférieur à secondaire	47,9	80
Secondaire et plus	52,1	87
Statut matrimonial		
Pas en union	62,2	104
En union/mariée	37,8	63
Parité		
Moins de 3 enfants	45,8	77
3 enfants et plus	54,2	90
Lieu de résidence		
Urbain	29,8	50
Rural	70,2	117
Catégorie de Religion		
Catholique	38	63
Protestant	22,1	37
Eglise de réveil	39,9	67
Indice de bien-être économique		
Bas à moyen	59,3	99
Elevé	40,1	68
Visite d'un ES les 12 derniers mois		
Non	64,5	108
Oui	35,5	59
Connaissance d'une méthode contraceptive		
Ne connaît pas	10,8	18
Connait au moins une méthode	89,2	149
Intention d'utiliser une méthode contraceptive		
Non	58,5	98
Oui	41,5	69
Exposition aux médias (PF)		
Non	48,3	81
Oui	51,7	86
Desire futur d'un enfant		
Ne veut pas/plus d'enfants	46,1	77
Veut un enfant	53,9	90

*ES: établissement de santé

Tableau 3: facteurs associés à l'utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes de 15-49 ans vivant avec le VIH en RDC: résultats des analyses de régression logistique multivariée, EDS-RDC 2023-2024

Variables	Utilise une méthode contraceptive			OR brut (IC 95%)	P		Ora (IC 95%)	P
	Non		Oui					
	%	n	%					
Catégorie d'âge								
15-24	37,7	52	29,1	9	1		1	
25+	62,3	85	70,9	21	1,4 (0,33-6,48)	0,604	2,48 (0,58-10,63)	0,216
Niveau d'instruction								
Inférieur à secondaire	55,6	76	12,1	4	1		1	
Secondaire et plus	44,4	61	87,9	26	9,10 (2,32-35,65)	0,002	11,65 (1,67-80,91)	0,014
Statut matrimonial								
Pas en union	61	83	67,9	20	1		1	
En union/mariée	39	54	32,1	10	0,7 (0,21-2,48)	0,622	0,24 (0,05-1,21)	0,084
Parité								
Moins de 3 enfants	46,8	64	41,4	13	1		1	
3 enfants et plus	53,2	73	58,6	17	1,244 (0,24-6,41)	0,792	1,84 (0,31-10,84)	0,493
Lieu de résidence								
Urbain	29,5	40	31,5	10	1		1	
Rural	70,5	97	68,5	20	0,9 (0,25-3,27)	0,881	2,369 (0,59-9,48)	0,219
Catégorie de religion								
Catholique	40,5	55	26,7	10	1		1	
Protestant	21,5	29	25	7	1,76 (0,52-5,85)	0,351	3,24 (0,5-20,29)	0,204
Eglise de réveil	38,1	52	48,4	14	1,92 (0,3-12,01)	0,478	1,25 (0,16-9,81)	0,827
Indice de bien-être économique								
Bas à moyen	53,32	89	6	10	1		1	
Elevé	28,88	48	11,82	20	3,63 (0,77-16,97)	0,099	6,04 (1,35-26,88)	0,019
Visite d'un établissement de santé les 12 derniers mois								
Non	71,4	98	33	10	1		1	
Oui	28,6	39	67	20	5,07 (1,62-15,87)	0,006	6,65 (1,75-25,24)	0,006
Exposition aux médias								
Non	43,6	60	69,9	21	1		1	
Oui	56,4	77	30,1	9	0,33 (0,09-1,2)	0,094	0,38 (0,072-2,062)	0,261
Désire futur d'un enfant								
Ne veut pas/plus d'enfants	46,6	64	43,9	13	1		1	
Veut un enfant	53,4	73	56,1	17	1,11 (0,27-4,54)	0,876	2,186 (0,244-19,13)	0,475