

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES COUPLES DANS LES METHODES DE LA PLANIFICATION FAMILIALE A MUHUNGU ZONE DE SANTE D'IBANDA



KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES OF COUPLES METHODE FAMILY PLANNING IN MUHUNGU IBANDA HEALTH ZONE

| Buka Polepole | Mikonge Yimba Raphael | Munyoma Assumani Leon | Amsini Ndobu Dembré | and Kubali Mwisu Victor * |

¹. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda | République Démocratique du Congo |

| Received June 08, 2022 |

| Accepted June 22, 2022 |

| Published July 11, 2022 |

| ID Article | Buka-Ref03-ajira080622 |

RESUME

Objectif: Contribuer à l'amélioration de service de planification familiale de couples de Muhungu, dans la zone de santé d'Ibanda, Est de la RDC. **Méthodes :** Il s'agissait d'une enquête analytique transversale, dans deux aires de santé de quartier Muhungu, menée dans la zone de santé urbaine d'Ibanda, du 1^{er} janvier au 30 Juin 2021, auprès de 125 couples au travers le questionnaire d'enquête. L'échantillonnage est systématique, les données ont été analysées à l'aide du logiciel Sphinx 14, Epi-info 3.5.3. Le test statistique Chi² et Fisher exact ont été utilisés l'analyse, bi-variée, consiste à traiter les données sur les connaissances, attitudes et pratiques des couples. **Résultats :** nous avons remarqué que la plupart des enquêtés avait un âge > 30 ans soit 58,4 %, 91,2 % ont des connaissances sur la planification familiale surtout la méthode naturelle, les attitudes de couples soit de 64,8 %, les pratiques soit 64,8 %. **Conclusion :** les caractéristiques sociodémographiques influencent l'utilisation de service de planification familiale (P< 0,05). Les couples utilisent les méthodes naturelles soit (29,6 %), (P<0,05). Les couples sont prêts à utiliser d'autres méthodes contraceptives (modernes). La sensibilisation de masse aux couples, la formation continue des professionnels de santé sont les stratégies à mettre sur place afin que la population y participe.

Mots-Clés: Connaissances, Attitudes, Pratiques, planification familiale, Ibanda.

ABSTRACT

Objective: This research aims at contributing to the improvement of the family planning service at Muhungu avenue, in the health zone of Ibanda, East of DRC. **Methods:** The method used here is the analytical transversal survey in the two health area of the Muhungu quartier, in the urban health of Ibanda from January 1st to June 30th, 2021. 125 couples were concerned to that Survey questionnaire. Sampling was systematic, and data were analyzed using Sphinx 14, Epi-info 3.5.3 software. The Chi² statistical test and the Fisher exact test were used. **Results:** Sociodemographic characteristics of 58,4% knowledge about family planning of 91,2% especially the nature method, the attitude of couple is 64,8 and the practice is 64. **Conclusion :** the socio-demographic characteristics influence the use of the family planning service (p<0,005) the natural method of (29,6%) (p 20,05) contraceptive method sensitizing group of the people and couple continuous training of health staff are the tragies which contribute to the participation of the population.

Key words: Knowledges, Attitudes, Practices, Family Planning, Ibanda.

1. INTRODUCTION

Chaque jour et chaque minute qui s'écoule dans le monde une femme au moins meurt des complications du développement de sa grossesse ou de son accouchement, ce qui donne plus de 585000 décès par an. Et chaque jour, plus de 31000 enfants des moins de cinq ans meurent dans les pays en développement [1]. Sur l'ensemble de grossesses se produisant chaque année dans le monde, 80 ne sont pas désirées et se concluent par un avortement provoqué, ce qui occasionne 45 million d'IVG [interruption volontaire de la grossesse] qui ont pour conséquence 70000 décès dont 97 % sont enregistrés dans les pays du tiers monde. Cette situation est un problème préoccupant de la santé publique surtout dans les pays en développement [2]. Le manque d'accès aux services de planification familiale est également un élément majeur qui intervient dans un grand nombre des pays [3]. De millions de femmes dans les pays en développement n'ont pas accès aux services de PF, pour de raisons suivantes : choix limité des méthodes ; accès limité à la contraception, en particulier chez les jeunes, les groupes de la population les plus pauvres ou les couples non mariés ; crainte ou expérience des effets secondaires ; opposition culturelle et religieuse, médiocre services disponibles ; obstacles fondés sur les sexes [4] et un grand nombre de femmes souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses, mais n'utilisent aucune méthode de contraception [5]. La province du Sud-Kivu a environ 12 % de femmes de 15-49 ans, mariées ou vivent en union utilisent actuellement une des méthodes contraceptives traditionnelles ou modernes, le besoin

non satisfait en planification familiale est de 23%. Dans la province presque 94 % de zone de santé ont intégré déjà le programme de la planification familiale, seule 34 % des aires de santé intègrent le service de la planification [6]. Les données traduisent la précarité du niveau de vie en RDC en générale. La zone de santé d'Ibanda comme cadre de notre recherche ne fait exception de cette état, c'est ainsi que notre étude se localise dans cette contrée de la province du Sud-Kivu. Le choix de notre sujet n'est pas un fait du hasard, il est parti d'un constat fait observation et interview direct avec les couples. La situation économique sociale déplorable, les couples ne cessent de donner naissance chaque année, tout en ignorant les dangers qui guettent leurs enfants, leurs femmes et voire même leurs communautés. Il s'est aussi appuyé sur le fait qu'aucune étude sur la planification familiale dans ce milieu n'a été réalisée jusqu'à présent. Le quartier se trouve dans la Zone de santé urbaine d'Ibanda, province du Sud-Kivu où la prévalence contraceptive reste très faible. En effet en 2010, elle était de 8%, [6] alors que la zone de santé d'Ibanda dont relève le quartier Muhungu fait partie de cette province. Eu égard de ce qui précède, l'objectif de notre étude est de contribuer à l'amélioration de service de la planification familiale des couples de Muhungu.

2. Matériels et Méthodes

2.1 Choix des cellules d'étude

Nous avons recruté les couples répondant aux critères et se trouvant après le deuxième ménage enquêté, et ainsi de suite jusqu'à obtenir le nombre des couples souhaités dans l'entité de Muhungu.

2.2 Taille de l'échantillon

La taille de l'échantillon est calculée selon la formule suivante :

$$1 \quad n = (p/T)*I \quad (1)$$

La population totale du quartier Muhungu est estimée à 21913 habitants soit environs 3130 ménages. En RDC chaque ménage est constitué en moyenne de 6.6 personnes soit 7 personnes en moyenne [15]. Nous avons pris 4 % soit 125 femmes étant donné que l'échantillon doit être compris entre 1 et 20 % de la cible.

$$J = 21913 / 7 = 3130 \quad (2)$$

N : (Population totale divisée par la moyenne de la taille des ménages qui est de 7) = (p = population des couples mariés qui est de 3130 ménages à Muhungu).

0,04 est la précision souhaitée pour notre étude donc :

$$3130 * 0,04 = 125 \quad (3)$$

Nous avons numéroté le papier jusqu'à 20 %, chaque numéro correspondait à un pourcentage, en suite nous sommes passé au tirage au sort, ainsi le pourcentage tiré était de 4 %, soit 0,04 et ce qui est la précision souhaitée pour notre étude).

n=125 (125 est la taille de l'échantillon de notre étude (n),

n = nombre de couples a interrogés sont de **125** Couples,

T = taille de ménage qui est 7 en moyenne,

L = la précision souhaité entre 0 - 5%, nous avons tiré au hasard pour notre étude 4%,

p = population des couples mariés qui est de 3130 Ménages à Muhungu,

P = population totale de Muhungu est de 21913 Habitats.

Tableau 1 : L'échantillon en fonction des cellules.

No	Cellules Muhungu	Population 2017	Couples	Echantillon par cellule
1	Cellule Météo	4385	626	25
2	Cellule La voix	4382	626	25
3	Cellule Télécom	4382	626	25
4	Cellule Ruzizi	4382	626	25
5	Cellule Camp SNEL	4382	626	25
Total		21913	3130	125

Nous avons divisé l'effectif total de la population Muhungu par 5 (le nombre des cellules), pour obtenir échantillon par cellule, par le fait que les autorités du quartier n'avaient pas cette répartition par cellule mais elles avaient la population globale.

2.3 Déroulement de l'enquête

Avant de commencer l'interview, une brève explication de l'importance et du but de l'étude était donnée aux enquêtés et une garantie de l'anonymat et de la confidentialité de leurs réponses. Ils étaient libres de participer ou de ne pas participer à l'enquête. Nous avons interrogé 125 couples répartis dans Muhungu. Au sein des ménages nous avons mené une interview face à face guidée par un questionnaire. Pour ne pas frustrer les enquêtés, nous les avons interrogés à l'écart de tout le monde. Les caractéristiques sociodémographiques, la participation des couples dans la planification familiale ont été investigués. La vérification des données recueillies a été assurée par un dépouillement manuel qui consistait à faire les décomptes des réponses pour s'assurer du remplissage correct de tous les items, la cohérence et la vraisemblance des données. Après les décomptes des réponses, s'il y a de non-répondants, l'enquêteur était obligé de reprendre son travail de récolte des données pour la rédaction de la charpente théorique ainsi que les calculs statistiques.

Le critère d'inclusion pour notre étude, c'est les couples mariés vivants à Muhungu. Et celui d'exclusion c'est tout couple ne souhaitant pas participer à l'enquête, toute personne qui ne vit pas en couple, tous veufs et veuves, tous divorcés (é), tous adolescents(é), tous célibataires.

2.4 Traitement et analyse des données

Grâce au logiciel sphinx version 14, Word, et Excel les données ont été saisies, validées codifiées et exportées, nous sommes parvenu de traiter les données. Pour l'analyse, bi-variée, consiste à traiter les données sur les connaissances, attitudes et pratiques des couples. Ce test consiste: à apprécier les indicateurs sociodémographiques;

Evaluer les connaissances, attitudes et pratiques de couples sur la planification familiale ;

Au calcul de taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes par les couples mariés ;

A la recherche de la relation entre les caractéristiques sociodémographiques et l'implication dans la planification familiale.

2.5 Les variables dépendantes

Nous avons retenu les facteurs sociodémographiques suivants: profession, niveau d'étude, ethnie, Etat civil, religion, sexe, âge, taille du ménage et statut social du couple.

Connaissances, attitudes et pratiques des couples au service de la planification.

2.6 La variable indépendante

La sous-utilisation des services de planification familiale.

Les tests statistiques effectués sont : le test de K2 et l'analyse uni- variée & bi-variée. Nous nous servons également des mesures de tendance centrale, de dispersion d'association, tel que : X (Moyenne), σ^2 (variance), PV (P Value), p (précisions souhaitées), IC (Intervalle de confiance), ddl (degré de liberté) et OR (Old Ratio).

2.7 Considérations éthiques

Les instructions d'ordre éthique ont été prises en compte dans notre étude. L'anonymat, la confidentialité, les consentements ont été garantis. Pour renforcer le secret professionnel, chaque entretien se faisait en isolement entre l'enquêteur et l'enquêté.

L'étude respecte le droit de la personne enquêtée, nous avons respecté la dignité humaine, la liberté d'expression. Les individus interrogés ont toutes les informations conformes à notre étude.

3. RESULTATS

Les caractéristiques sociodémographique

Tableau 2 : le tableau montre la répartition des enquêtés selon les caractéristiques sociodémographiques, leurs effectifs, pourcentage et différents tests statistiques.

Socio démographique	N	%	Chi ²	ddl	1-p%	OR	V	IC à 95%
Age (ans)								
18à30	52	41,6						
> 30	73	58,4	3,53	1	93,97	-	-	41,6
Total	125	100						58,4
Sexe								
Masculin	69	55,2	1,35	1	75,51	-	-	5,2
Féminin	56	44,8						44,8
Total	125	100						
3. Niveau d'étude								
Sans	15	12,0	43,6	3	99,99			12,0
Primaire	14	11,2	7					11,2
Secondaire	37	29,6						29,6
Universitaire	59	47,2						47,2
Total	125	100						
4. Profession								
Sans	22	17,5	26,3	5	99,99			17,6
Commerçants	26	20,8	4					20,8
Enseignants	25	20,0						20,0
Fonctionnaires d'Etat	34	27,2						27,2
Professionnelles de santé	4	3,2						3,2<6,3
Autres à préciser	14	11,2						11,2
Total	125	100						
5. Statut Matrimonial								
Marié	125	100	-	-	-			
6. Religion								
Croyants	76	60,6						60,8
non croyants	23	18,4	42,5	2	99,99			18,4
autres à préciser	26	20,8	4					20,8
Total	125	100						
7. Ethnie								
Shi	53	42,4			98,58			42,4
Lega	45	36,0	-	2				36,0
Autres à préciser	27	21,6	8,51					21,6
Total	125	100						
8. Taille Ménage								
Trois	23	18,3			98,03			18,4
Quatre	35	28,0						17,6
Cinq	22	17,6	11,4	3				36,0
Six et plus	45	36,0	2					
Total	125	100						

Pour l'âge la différence est peu significative. Pour le sexe elle est non significative, pour le niveau d'étude, la profession, la religion et la taille la différence est très significative, pour l'ethnie la différence est significative.

Les données de ce tableau montrent que sur 8 indicateurs investigués : 73 (soit 58,40 %) enquêtés sont dans la tranche d'âge >30 ans et 52 soit 41,6 % sont entre 18-30ans. 69 (soit 55,2%) enquêtés sont de sexe Masculin tandis que 56, (soit 44,8 %) sont de sexe féminin; 59 (soit 47,2 %) sont du niveau universitaire et 14 soit 11,2 % sont du niveau primaire, 34 soit 27,2 % sont fonctionnaire de l'Etat et 4 soit 3,2% sont des professionnelles de santé et, 76 soit 60,8 % sont des croyants et 23 soit 18,42 % sont non croyants, 53 soit 42,4 % sont de l'ethnie Shi contre 27 soit 21,6 % qui sont d'une autre ethnie et 45 soit 36,0 % ont une taille de ménage de six ou plus et 22 soit 17,6 %.

Présentation des résultats en rapport avec la connaissance sur la planification familiale

Tableau 3 : variables de connaissances sur la planification familiale, effectifs, pourcentages des tests statistiques.

Variables	N	%	Chi ²	ddl	OR	IC 95%	P
1. l'information possédée sur la planification							
Oui	114	91,2	84,8	1	99,9	91,2	P<0,05
Non	11	8,8				8,8	
Total	125	100					
2. Répartition des enquêtés selon la source d'information sur la PF							
Media	34	29,8	19,5	5	99,8	27,2	
Amis(e)	14	12,3				11,2	
Professionnel de santé	23	20,2				18,4	
RECO	28	24,6				29,7	
Autres à préciser	15	13,2				12	
Total	114	100					
3. la signification de la planification familiale							
Espace de naissance	43	37,3	36,33	5	99,99	34,4	
Mettre au monde	19	16,7				15,2	
Avoir des enfants qu'on saura prendre en charge	18	15,8				20	
Limitation de naissance	25	21,9				7,2	
Autres à préciser	9	7,9				34,4	
Total	114	100					
4. les avantages de la planification familiale							
Réduire la croissance démographique	20	17,5	20,8	4	99,9	11	
Bien être de la famille	28	24,6				22,4	
Bien être de la mère et de l'enfant	42	36,8				33,6	
Autres à préciser	24	21,1				19,2	
Total	114	100					

La différence est très significative pour l'information possédée sur la planification familiale (avoir déjà entendu parler de la planification familiale), la source d'information, la signification et la connaissance des avantages de la planification familiale. Ces résultats indiquent que 114 couples enquêtés, soit 91,2 % ont déjà entendu parler de la planification familiale, contre 11 soit 8,8 %. Les 114 couples enquêtés ont diverses sources d'information dont la principale est le media (34 enquêtés soit 29,8 %). Les résultats indiquent que 43(soit 37,7%) couples enquêtés se sont limités à définir la majoritairement la planification familiale comme l'espacement des naissances, 42 (soit 36,8 %) enquêtés forment la majorité qui a mentionné améliorer le bien-être de la mère et de l'enfant comme avantage de la Planification familiale.

Tableau 4 : Le tableau montre les attitudes des couples sur la planification familiale.

Variables	N	%	Chi ²	ddl	OR	IC 95%	P
1. l'attitude favorable ou non à la planification familiale							
Oui	81	64,8	10,9	1	99,9	64,8	P<0,05
Non	44	35,2				35,2	
Total	125	100					
2. l'intervalle de naissance préférée							
Un an	7	5,6	48,5	3	99,9	5,6	
Deux ans	45	36				36,0	
Trois ans	55	44				44,0	
Autres à préciser	18	14,4				14,4	
Total	125	100					
3. le nombre d'enfant préférés							
Un an	1	0,8	74,3	4	99,9	0,8	
Deux ans	14	11,2				11,2	
Trois ans	24	19,2				19,2	
Quatre	27	21,6				21,6	
Cinq ou plus	59	47,2				47,2	
Total	125	100					
4. les raisons de nombre d'enfant préférés							
Notre désir	25	20	11,2	2	99,9	20	
Elever bien les enfants	55	44				44	
Que les enfants nous aident un jour	45	36				36	
Total	125	100					

Selon les variables liés aux attitudes dans le tableau 4 la différence est très significative. Ce tableau montre que 55 (soit 44,0 %) couples enquêtés préfèrent l'intervalle de trois ans et 7 (soit 5,6 %) préfèrent un an, 59 (soit 47,2 %) préfèrent avoir cinq enfants et plus, tandis que 1 couple (soit 0,08%), 55 (soit 44,0 %) couples enquêtés ont mentionné élever bien les enfants comme raison du nombre d'enfants préféré et 25 (soit 20 %) ont répondu que c'est leur désir.

Tableau 5 : Le tableau présente les pratiques de la planification familiale.

Variables	N	%	Chi ²	ddl	1-p en OR	IC 95%	P
1. l'implication ou non dans la Planification familiale							
Oui	81	64,8	10,9	1	99,9	64,8	P<0,05
Non	44	35,2				35,2	
Total	125	100					
2. la méthode contraceptive utilisée							
Préservatif	14	17,3	53,02	6	99,9	11,2	P<0,05
Pilule	11	13,6				8,8	
Injection	9	11,1				7,2	
Stérilet	10	12,3				8,0	
Méthode d'allaitement	13	16				10,4	
Autres à préciser	24	29,6				19,2	
Total	81	100					
3. les raisons de non implication dans la planification familiale.							
Interdit par le mari	4	9,3	270,3	6	99,9	3,2	P<0,05
Interdit par la religion	7	16,3				5,6	
C'est couteux	11	25,6				8,8	
Craindre les effets secondaires	8	18,6				6,4	
Service mal offert par le personnel soignant	7	16,3				5,6	
Autres à préciser	6	14				4,8	
Total	43	100					
4. les Causes de non utilisation de service de PF.							
Pas de sensibilisation	26	39,4	34,2	3	99,9	20,8	P<0,05
Vente de contraceptifs au CS	23	34,8				18,4	
Autres à préciser	17	25,8				13,6	
Total	66	100					

La différence est très significative pour toutes les variables. 81 (soit 64,8 %) enquêtés adoptent la PF, soit ils utilisent une méthode contraceptive moderne ou traditionnelle et 44 (soit 35,2 %) n'utilisent aucune méthode contraceptive. Parmi les enquêtés qui utilisent une méthode contraceptive, 24 (soit 29,6 %) utilisent autres méthodes contraceptives (la ceinture magique, retrait,...), 14 (soit 13,6 %) utilisent le préservatif masculin, 13 (soit 16 %) utilisent la

méthode d'allaitement, 11 (soit 13,6 %) utilisent la pilule, 0 (soit 12,30 %) utilisent le stérilet et 9 soit 10% utilisent l'injection. Parmi les enquêtés non impliqués dans la planification familiale, les données montrent encore que 11 (soit 25,6 %) ont mentionné le coût cher comme raison de non implication dans la planification familiale (1\$ à chaque rendez-vous pour l'injection) et pour la non utilisation des services de santé 26 (soit 39,4 %) enquêtés, c'est la sensibilisation insuffisante de la part de professionnelles de santé.

Dans ce tableau nous faisons l'analyse bi-variée entre la connaissance et chacune des diverses variables, comme le sexe, l'âge, le niveau d'étude. Les données de ce sujet sont consignées dans le tableau 6.

Tableau 6: le tableau montre les connaissances sur la planification familiale par rapport au sexe, âge et niveau d'étude.

Variabiles Connaissance sur le PF											
	OUI		NON		Chi²	ddl	1-p %	OR	Variance	p	
Sexe	n	%	n	%							
M	66	52,8	3	2,4	3,8	1	94,89	3,67	17,45	p> 0,05	
F	48	38,4	8	6,4							
Total	114	91,2	11	8,8							
Age											
18-30ans	49	39,2	3	2,4	1,02	1	68,73	2,01	9,03	p> 0,05	
> 30	65	52	8	6,4							
Total	114	91,2	11	8,8							
Niveau d'étude											
Sans	7	5,6	8	6,4	13,47	3	99,63		32,83	p> 0,05	
Primaire	11	8,8	3	2,4							
secondaire	37	29,6	0	0							
Universitaire	59	47,2	0	0							
Total	114	91,2	11	8,8							

Aucune différence significative n'a été observée entre l'âge et la connaissance sur la planification familiale. Par contre, des différences significatives existent entre le sexe et la connaissance de la planification familiale entre le niveau d'étude et la connaissance sur la planification familiale ($P < 0,05$). Il ressort que 114 soit 91,2% des enquêtés ont des connaissances suffisantes sur la planification familiale dont 48 soit 38,4 % sont du sexe féminin et 66 soit 52,8% sont de sexe masculin.

Les résultats montrent que sur 125 sujets enquêtés, 114 (soit 91,2 %) ont des connaissances suffisantes sur la planification familiale, dont 59 (soit 47,2%) du niveau Supérieur/Universitaire, 37 (soit 29,6 %) du niveau secondaire, 11 (soit 8,8 %) sont du niveau primaire, 7 (soit 5,6 %) sont sans niveau. 66 (soit 52,8%) sont de sexe masculin et 48 (soit 38,4 %) du sexe féminin. 49 (39,2%) sont de la tranche d'âge de 18 -30 ans et 65 (soit 52%) de la tranche d'âge > 30 ans.

Tableau 7 : Attitudes sur la planification familiale par rapport à l'âge, sexe, niveau d'étude.

Variabiles Connaissance sur le Planification Familiale											
	OUI		NON		Chi²	ddl	1-p %	OR	Variance		
Sexe	n	%	n	%							
M	53	42,4	16	12,8	9,7	1	99,82	3,31	27,9		
F	28	22,4	28	22,4							
Total	81	64,8	44	35,2							
Age											
18-30ans	34	27,2	18	14,4	0	1	9,2	1,03	1		
> 30	47	37,6	26	20,8							
Total	81	64,8	44	35,2							
Niveau d'étude											
Sans	7	5,6	8	6,4	13,4	3	93,4		24		
Primaire	11	8,8	3	2,4							
secondaire	19	15,2	18	14,4							
Universitaire	44	35,2	15	0,9							
Total	81	64,8	44	35,2							

Nous avons réalisé l'analyse bi-variée entre les attitudes et chacune des diverses variables, comme le sexe, l'âge, le niveau d'étude (Tableau 7). Au regard de ce tableau, 81 (soit 64,80 %) enquêtés ont des attitudes favorables à la planification familiale dont 34 (soit 27,2 %) sont dans la tranche d'âge de 18-30 ans, 47 (soit 37,6 %) ont l'âge > 30 ans. Aucune différence significative n'a été observée entre l'âge et à l'attitude sur la planification familiale. Il ressort que parmi les 81 (soit 64,80 %) enquêtés qui ont une attitude favorable à la planification familiale, 28 (soit 22,4 %) sexe féminin et 53 soit 42,4 % sont de sexe masculin. La différence est très significative entre le sexe par rapport à l'attitude vis-à-vis de la planification familiale. Les résultats montrent parmi les 81 enquêtés qui ont des

attitudes favorables à la planification familiale, 59 (soit 47,2%) sont du niveau Supérieur/Universitaire, 37 (soit 29,6 %) du niveau secondaire, 14 (soit 11,2%) du niveau primaire, 15 (soit 12 %) sont sans niveau. La différence est peu significative ($P < 0,05$) entre le niveau d'étude et à l'attitude vis-à-vis de la planification familiale.

Tableau 8 : Pratique de la planification familiale par apport au sexe, l'âge et au niveau d'étude.

Variables Connaissance sur le Planification Familiale									
	OUI		NON		Chi ²	ddl	1-p%	OR	Variance
Sexe	n	%	n	%					
M	53	42,4	16	12,8	5,6	1	98,2	2,4	21,1
F	28	22,4	28	22,4					
Total	81	64,8	44	35,2					
Age									
18-30ans	34	27,2	18	14,4	0,4	1	48	0,7	5,7
> 30	47	37,6	26	20,8					
Total	81	64,8	44	35,2					
Niveau d'étude									
Sans	7	5,6	8	6,4	8,7	3	96,6		26,4
Primaire	11	8,8	3	2,4					
secondaire	19	15,2	18	14,4					
Universitaire	44	35,2	15	12					
Total	81	64,8	44	35,2					

Au regard de ce tableau, les effectifs sont le même que le tableau 7, c'est par le fait que tous enquêté qui avait l'attitude favorable à la planification familiale, utiliser l'une des méthodes contraceptives moderne ou traditionnelle. Dans ce tableau, 81 (soit 64,80%) enquêtés sont impliqués dans la planification familiale dont 34 (soit 27,2%) sont dans la tranche d'âge de 18-30 ans, 47 (soit 37,6 %) ont l'âge > 30 ans. Et 44 (soit 35,2 %) ne se sont pas impliqués dans la planification familiale dont 28 (soit 22,4%) sont de sexe féminin et 16 soit 12,8% sont de sexe masculin. Aucune différence significative n'a été observée entre l'âge par rapport à l'implication des couples dans la planification familiale > 0,05. Il ressort que parmi les 81 (soit 64,80%) enquêtées qui pratique une méthode contraceptive, 28 (soit 22,4 %) sexe féminin et 53 (soit 42,4 %) sont de sexe masculin. La différence est très significative entre le sexe par rapport à l'utilisation de contraceptive. Les résultats montrent que parmi les 81 enquêtés qui utilisent une méthode contraceptive, 59 (soit 47,2%) ont un niveau Supérieur/Universitaire, 37 (soit 29,6 %) du niveau secondaire, 14 (soit 11,2 %) du niveau primaire, 15 (soit 12 %) sont sans niveau d'étude. La différence est significative ($P < 0,05$) entre le niveau d'étude et l'implication dans la planification familiale.

4. DISCUSSION

A l'issus de notre recherche sur la connaissance, l'attitude et la pratique de couple la méthode de planification familiale à Muhungu, nous avons remarqué que la plupart des enquêtés avait un âge > 30 ans soit 58,4 % ($Chi^2 = 3,53$; ddl égale à un, $P = 41,6$). Ce résultat est supérieur à ceux trouvés dans la Province de Sud-Kivu qui représentent 25 - 30 ans soit 20% l'âge à faible fécondité de 11 à 5. Les résultats de la répartition par âge mets en évidence une forte proportion des couples majeurs qui tendent l'âge de ménopause par le fait qu'au fur et à mesure l'âge augmente, les grossesses deviennent à risque. Plus nos enquêtés étaient de sexe masculin soit 55,2 % ($Chi^2 = 1,35$; $IC > 44,8$), la prédominance de rencontrer d'homme s'explique notamment par le fait, dans la plupart des ménages, les hommes prenaient le leader de répondre au questionnaire de façon spontané et se faisaient compléter par leurs femmes. C'est à l'absence de l'homme à la maison que la femme répondait aux questions. Le test statistique bi-variée par rapport au sexe, âge et niveau d'étude, est non significatif, $P > 0,05$ à 94,89. Les résultats par rapport à l'instruction (soit 57,2 %), les hommes sont instruits par rapport aux femmes soit 42,8 % cela s'explique par la discrimination des sociétés à l'égard des femmes. Dans le ménage, lorsqu'il y a un projet d'étude, l'homme est privilégié d'étudier que la femme. Ces résultats sont conformés à ceux de l'EDS en RDC [5]. La majorité des couples sont fonctionnaires de l'Etat soit 27,2 % ($Chi^2 = 26,3$; $ddl = IC < 17,6$; $P = 6,3$) par rapport à nos résultats, nous avons une population à revenu faible parce que le salaire est insuffisant par rapport aux dépenses de ménage, cela pourrait être un frein aux couples d'avoir accès aux services de planification familiale pour cette proportion le test bi-varié, nous avons croisé la taille de ménage au profession est statistiquement très significatif ($Chi^2 = 18,4$ avec $P < 0,05$).

Dans les aires de santé de Muhungu, il y a la prédominance de croyance christianisme soit 60 % ($Chi^2 = 42$; $IC > 18$). C'est la principale religion de ce milieu d'étude. 42,4 % de nos enquêtés sont de tribu shi, ($Chi^2 = 8,51$; $ddl = 36,0$; $P > 0,05$). Les enquêtés souhaitent le délai d'espacement de trois ans, c'est-à-dire qu'elles expriment le désir d'un certain Espacement de naissance. Par apport à l'enquête par grappe effectué dans la Province du Sud-Kivu (RDC), nous avons trouvé que, la population de Muhungu aime avoir six enfants au-delà. Cependant, les méthodes de planification familiale aident les couples à réduire la mortalité et de morbidité maternelle liée à la grossesse trop rapprochée, trop nombreuses, trop tôt, trop tard. Les résultats en rapport avec la connaissance sur la planification familiale, les couples qui ont déjà attendu parler de Planification Familiale (P.F) soit 84,8 %.. Nous avons constaté que les hommes ont la chance de détenir une information suffisante, parce qu'ils ont une connaissance scientifique élevée que les femmes soit 24,8 % ($Chi^2 = 19,53$; $P < 0,05$). Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par

l'enquête démographique et santé qui montrent qu'en RDC, 90,6% des hommes et femmes ont des connaissances sur les méthodes contraceptives modernes [5]. Nos résultats sont inférieurs à ceux du ministère de l'intérieur [5]. Selon Cleland et al., (2012) l'accès à la planification familiale peut réduire la mortalité maternelle de 40 %, la mortalité des nourrissons de 10 % et la mortalité infantile de 21 %. Les couples ont les connaissances sur l'avantage de la P.F, comme avantage ; le bien-être de la mère et de l'enfant, le test significatif d'incidence cumulée est de 33,6 avec $P < 0,05$ [12]. Les résultats par rapport aux attitudes d'adopter la PF, nous avons trouvé que 64,8 % ($\text{Chi}^2=10,9$; $P < 0,05$, cela signifie que les couples ont l'attitude positive et sont prêts à adopter les comportements favorables vis-à-vis de la méthode de planification familiale, bien que nous observons la croissance démographique augmente à une vitesse incroyable, d'après les enquêtes démographiques et santé. Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés en Guinée par UNFPA qui montre que les couples ont amélioré/pratiqué les méthodes de planification familiale 27% méthode contraceptive moderne $P < 0,05$, notre hypothèse est confirmée 44% soit ($\text{Chi}^2 = -48,5$; $P < 0,05$), les couples préfèrent l'intervalle de naissance de trois ans. Ces derniers résultats sont supérieurs à ceux trouvés par l'enquête par grappe effectuée dans la province du Sud- Kivu ; l'étude a montré qu'un intervalle de deux ans au moins est très important pour la croissance des bébés [14,13-6]. Ces résultats sont inférieurs à ceux que nous avons trouvés. Les couples utilisent autre méthode que la méthode moderne (rythme, retrait, mama...), la méthode traditionnelle est beaucoup utilisée par le couple dans notre milieu d'étude car ces résultats sont contradictoires à ceux de l'enquête démographique et santé, qui montre que les méthodes modernes qui sont beaucoup utilisées 70% [5], contre 25,6% ($\text{Chi}^2=270$; $\text{ddl}=6$; $\text{IC} < 3,2$; $P < 0,05$). Selon notre étude la cause soulevée pour nos utilisateurs des services de P.F, les coûts se lèvent à 1\$ par injection, vue que la plupart des couples sont pauvre, cela constitue un obstacle d'accès au service de santé (Planification Familiale). Nous avons remarqué que la sensibilisation doit être une stratégie d'améliorer la participation de la population au service de P.F. Les résultats trouvés au Rwanda sont supérieurs (52%) à de ceux d'Ethiopie (8%) et ceux trouvés aux USA qui est de 29% [14,15].

4. CONCLUSION

Ce point retrace de manière comparative les résultats obtenus auprès de nos enquêtes sur la Connaissance Attitude et Pratique sur la planification familiale dans les deux Aires de santé de quartier Muhungu dans la ZSU d'Ibnda à Bukavu. Nous avons constaté que les caractères socio-démographiques ont l'influencé sur ; l'âge, sexe, statut social, niveau d'étude, taille de ménage et ethnie sur l'utilisation de service de planification familiale, ($P < 0,05$). Nous avons constaté que, les couples ont la connaissance sur la planification familiale soit 91,2% surtout les méthodes naturelles (abstinence sexuelle, retrait, rythme, mama,...) avec 29,6% ($P < 0,05$). En rapport avec les attitudes, nous avons trouvé que 64,8% des couples sont prêts à adopter les comportements favorable vis-à-vis d'autres méthodes de Planification Familiale ($P < 0,05$). En rapport avec la pratique des couples, le service de Planification Familiale, doit chercher à réduire le prix des soins de ce service pour une participation active des couples, sensibilisation de masse, et des couples, la formation continue des professionnels de santé sont des stratégies à mettre en place afin que la population y participe ($P < 0,05$).

6. REFERENCES

1. Barbara Shane (2012). Le planning familial sauve des vies, New York.
2. Mariam Marie et Gisèle Guigma (2013). La problématique de la grossesse non désirée et situation des filles mères en Afrique et dans le monde, projet de rapport, Abidja.
3. ADACH (2003) Manque d'accès au service de Planification Familiale dans plus de pays au monde, éd. asbef, Paris.
4. Organisation Mondiale de la Santé (2014). Rapport sur la santé dans le monde, Genève.
5. Ministère de l'intérieur (2014). Enquête démographique et de santé Kinshasa, RDC.
6. Mics Sud-Kivu (2010). Enquête par grappes aux indicateurs multiples, Bukavu.
7. Dictionnaire (2010). Larousse, français, 2ème édition, Paris.
8. OMS, (2015). Planification familiale/contraception, aide-mémoire, Genève.
9. Bureau du Cellule Muhungu (2017). Rapport statistique, Ibanda.
10. Ministère de la Santé (2012). Programme National de Santé de la reproduction. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
11. John Celand et al. (2012) La planification familiale, New York.
12. UNFPA (2012). Analyse de la situation de la planification en Guinée.
13. L. Toulemon et H. Leridon (1996). La régulation des naissances se généralise, les dossiers du CEPED n° 41, Paris.
14. Usaid (2014). Déterminant de l'utilisation des méthodes contraceptives, soutenir les soins de santé primaires/ réponse aux besoins de la population.
15. O. Maine (1981). Le planning familial, son effet sur la santé de la femme et de l'enfant, New-York, , 14.



Cite this article: Buka Polepole, Mikonge Yimba Raphael, Munyoma Assumani Leon, Amsini ndoba Demble et Kubali Mwisa Victor. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES COUPLES EN MATIERE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE A MUHUNGU ZONE DE SANTE D'IBANDA. Am. J. innov. res. appl. sci. 2022; 14(1): 350-354.

This is an Open Access article distributed in accordance with the Creative Commons Attribution Non Commercial (CC BY-NC 4.0) license, which permits others to distribute, remix, adapt, build upon this work non-commercially, and license their derivative works on different terms, provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. See: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>