



CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES COUPLES EN MATIÈRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE, À MUHUNGU ZONE DE SANTÉ D'IBANDA, EST DE LA RDC.

Journal homepage: ijssass.com/index.php/ijssass

CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES COUPLES EN MATIÈRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE, À MUHUNGU ZONE DE SANTÉ D'IBANDA, EST DE LA RDC. ☆

Museme Kwalya Albert¹, Kaminkya Kikobya Willy¹, Riziki Idangi Monika², Bikibyobe Museme Alphonse³; Byakilema Muloba Jean¹

1. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Shabunda/RDC
2. Université Evangélique en Afrique/RDC (sage-femme 1ère Cohorte reconversion)
3. Institut Supérieur de Développement rural de Shabunda/RDC

Received 11th march 2024; Accepted: 16th May, 2024

Anline: 17th June 2024

ARTICLE INFO

Keywords:

Knowledges

Attitudes

Practices

Family Planning

Quarter

Muhungu

ABSTRACT

Our research topic is made of knowledges, attitude and practices of couples in Muhungu quarter. We have found many cases of overwhelming pregnancies i.e. there are cases of women who have given birth to many children and so far without any distant period from one birth to another, others are delayed or so precocious. the services miss tools for their work, and there is a lack of specialized workers in health care in terms of family planning sector.

This study is transversal, in order to contribute to the improvement of the family planning at Muhungu /Ibanda Commune, it starts on 1st January up to 22th march 2023, at least 125 couple through direct interviews, semi- structured and investigation by a questionnaire.

The research parameters are socio-demographical characteristics, the knowledge in the family planning sector, attitudes of couples toward the use of contraceptive methods, the services of family planning, the practices of couples in terms of family planning at Muhungu, the relationship between the variable(dependent and independent). The data collection and treatment is made by Sphinx 14 Software, Epi-Info 3.5.3, the analysis of the data is made by statistic test khi2, fisher exact is used for application conditions and OR (old ratio) has been estimated significant if it is superior than 1 and therefore the interval confidence at 95 % (IC i.e. interval confidence).

The socio-demographical characteristics are estimated at 58.4 %, the informed people in family planning are estimated at 91.2 % who had it on natural methods, and the attitudes.

practices the couples used natural methods they knew is estimated at 64.8 % and 29,6 % of couple. are ready to apply other additional methods for family planning.

The recommendation has been formulated to health authorities, staff health nursing, and churches to improve the participation of the population in terms of family planning.

I. INTRODUCTION

« La planification familiale ou la fusée de l'ascenseur » dis-je (1). 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 (2). 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 (3). Le manque d'accès aux services de planification familiale est également un élément majeur qui intervient dans un grand nombre des pays (4). 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 (5) et un grand nombre de femmes souhaiteraient éviter ou espacer les grossesses, mais n'utilisent aucune méthode de contraception(6). 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 intégrée déjà le programme de la planification familiale, seule 34 % des aires de santé intègrent le

service de la planification (7). Les pourcentages ci-dessus 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 tout ce résultat, 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.

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. DEFINITION DES CONCEPTS

Planification : est la programmation d'actions et d'opérations à mener dans un domaine précis, avec des objectifs précis, des moyens précis et sur une durée (et des étapes) précises (7)

La planification familiale vient de l'anglais family planning. Ce terme semble être introduit pour la première fois, de manière officielle, dans les années 1930 où le British National Birth Control Association (Association Britanique pour le Contrôle des Naissances) prend le nom de Family Planning Association, appellation à la connotation plus positive. Par extension, on nomme planning familial ou centre de planification familiale les lieux qui mettent à

disposition ces moyens et qui informent sur leur mise en œuvre (8). Les centres de planification informent sur la contraception et l'interruption volontaire des grossesses (dans les pays où elle est autorisée), orientent vers les médecins et partenaires, pratiquent des tests de grossesse (7).

La planification familiale ou planning familial est l'ensemble des moyens qui concourent au contrôle des naissances, dans le but de permettre aux femmes et donc aux familles de choisir à quel moment elles auront un enfant (8).

Familiale: selon la rousse, c'est le père, la mère et les enfants vivant sous le même toit (7).

Quartier : chacune des régions administratives dans lesquelles une ville est divisée. Région que l'on habite dans une ville (7).

Commune: division territoriale, administrée par un maire assisté du conseil municipal (7).

Ménage : administration des revenus domestiques ; ensemble des soins, des travaux de la maison (7).

Couple : selon la rousse, c'est l'homme ou la femme marié réuni momentanément (7).

Contraception : la contraception se définit comme toute méthode empêchant, de façon temporaire et réversible, la survenue d'une grossesse. On exclut ainsi toutes les méthodes irréversibles comme la stérilisation ou ligature des trompes et la vasectomie (8).

Vie sexuelle : elle se définit comme les étapes de la vie reproductive (7).

De la reproduction: pour l'OMS, la santé de la reproduction signifie le bien-être, tant physique que mental de la personne pour ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement, et pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités (8).

Méthode contraceptive elle se définit comme un ensemble de techniques et de moyens qui empêchent la conception. Elles se caractérisent par leur efficacité

relative, leur innocuité et leur réversibilité (8).

Connaissance : elle résulte du traitement intellectuel et de l'appropriation par l'individu des informations qu'il acquiert (9).

Attitude : l'attitude peut être considérée comme la manière particulière qu'une personne agit, de penser et de sentir. Elle détermine et oriente le comportement de l'individu ou des groupes d'individus. L'attitude dépend de plusieurs facteurs mais aussi des conditions socio-économiques et culturelles. Elle est acquise et est susceptible au changement (9).

Pratique : littéralement, elle signifie l'exécution de ce qu'on a assimilé ou conçu, projeté ou imaginé. Elle réfère également à l'usage, la coutume, la façon d'agir dans un pays donné, dans une classe particulière de personnes (9).

Type d'étude: cette étude est analytique transversale réalisée auprès des couples dans deux aires de santé de Muhungu, dans la zone de santé urbaine d'Ibanda du 01 Janvier au 22 Mars 2023 dans la ville de Bukavu à l'Est de la RDC.

Présentation du milieu d'enquête

Notre étude concerne la population du quartier Muhungu, dans la zone de santé d'IBANDA dans la même commune ; il est composé de 5 cellules (Avenue Météo, La voix, Télécom, Ruzizi, Camp SNEL) de deux aires de santé: Muhungu CELPA, Muhungu diocésain

Caractéristiques démographiques et Socioculturelles Muhungu couvre une population de 21913 Habitat (5).

Leur mode de vie traditionnelle où l'homme est le chef de famille, détient le pouvoir de décision. Plusieurs groupes ethnolinguistiques sont représentés. L'ethnie majoritaire est constituée de Bashi, mais on y retrouve d'autres ethnies (Barega, Bembe, Fuliro...). La langue officielle est le français et la langue nationale dominante est le Swahili. La principale religion est le christianisme. La population d'étude est constituée des

couples mariés dans les limites géographiques de Muhungu dans la zone de santé d'Ibanda, les outils qui nous ont aidé dans l'élaboration de ce présent travail: outil informatique, l'ordinateur; le logiciel Sphinx, Microsoft Word, Excel, le stylo, les papiers duplicateur, la calculatrice,...

Les méthodes qui nous ont aidées: enquête par questionnaire et interview directe.

Pré-enquête : est faite au petit groupe de couples par l'observation directe.

Choix des cellules d'étude : Nous avons utilisé la méthode de « stylo ». Nous nous sommes orientée en direction du bout du stylo. 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 de couples souhaités dans l'entité de Muhungu.

L'échantillonnage systématique, est lorsque les sujets sont tous inclus dans l'étude pendant une période, en base de sondage constituée des couples mariés(e) vivant à Muhungu.

Taille de l'échantillon:

Pour déterminer la taille de l'échantillon, nous avons utilisé la formule de l'OMS :

$$n = (p / T) * I$$

La population totale du quartier Muhungu est estimée à 21913 habitants soit environ 3130 ménages. (5). En RDC chaque ménage est constituée en moyenne de 6.6 personnes soit 7 personnes en moyenne 15/Jour avons pris 4 % soit 125 femmes étant donné que l'échantillon doit être compris entre 1 et 20 % de la cible. $J=21913 / 7=3130$ (population totale (N) divisée par la moyenne de la taille des ménages qui est de 7)= (p = population des couples mariées qui est de 3130 ménages à Muhungu) $3130 * 0,04=125$ (0,04 c'est la précision souhaitée pour notre étude, nous avons numéroté le papier jusqu'à 20 %, chaque numéro correspondait à un pourcentage, en suite nous sommes passé au tirage au sort, 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,

I=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	P _{opulation 2017}	Couples	Echantillon par cellule
1	Cellule Météo	438 5	6 26	25
2	Cellule La voix	438 2	6 26	25
3	Cellule Télécom	438 2	6 26	25
4	Cellule Ruzizi	438 2	6 26	25
5	Cellule Camp SNEI	438 2	6 26	25
Total		21913	3130	125

Nous avons divisé l'effectif total de la population de

Muhungu par 5 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.

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 le couple marié vivant 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.

Traitement des données

Grâce au logiciel sphinx version 14, Word, Excel les données ont été saisies, validées codifiées et exportées pour l'analyse. L'analyse consiste : A apprécier des indicateurs sociodémographiques ; évaluer 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.

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.

La variable indépendante : la sous-utilisation des services de planification familiale.

Les tests statistiques effectués sont : le test de K2 (K2carré) 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) OR (Old Ratio).

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.

III. RESULTATS

III.1. Les caractéristiques socio-démographique

Socio démographique	Eff	%	Chi ²	ddl	1-p%	OR	V	IC à 95%
Age (ans)			3,53	1	93,97	-	-	
18à30	52	41,6						41,6
> 30	73	58,4						58,4
Total	125	100	1,35	1	75,51	-	-	
Sexe								5,2
Masculin	69	55,2						44,8
Féminin	56	44,8						
Total	125	100	43,67	3	99,99			
3. Niveau d'étude								12,0
Sans	15	12,0						11,2
Primaire	14	11,2						29,6
Secondaire	37	29,6						47,2
Universitaire	59	47,2						
Total	125	100	26,34	5	99,99			17,6
4. Profession								20,8
Sans	22	17,5						20,0
Commerçants	26	20,8						27,2
Enseignants	25	20,0						3,2<6,3
Fonctionnaires d'Etat	34	27,2						11,2
Professionnelles de santé	4	3,2						
Autres à préciser	14	11,2	-	-	-			
Total	125	100						
5.Statut Matrimonial	125	100						
Marié			42,54	2	99,99			
6.Réligion	76	60,6						
Croyants	23	18,4						60,8
non croyants	26	20,8						18,4
autres à préciser	125	100	-					20,8

Total			8,51	2	98,58
7.Ethnie	53	42,4			
Shi	45	36,0			42,4
Lega	27	21,6			36,0
Autres à préciser	125	100			21,6
Total			11,42	3	98,03
8.Taille Ménage	23	18,3			18,4
Trois	35	28,0			28,0
Quatre	22	17,6			17,6
Cinq	45	36,0			36,0
Six et plus	125	100			
Total					

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 %.

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

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

Variables	Effectifs	%	Chi ²	ddl	OR	IC 95 %	Décision
1. l'information possédée sur la planification							
Oui	114	91,20	84,87	1	99,99	91,2	P<0,05
Non	11	8,80				8,8	
Total	125	100					
2. Répartition des enquêtés selon la source d'information sur la PF							
Media	34	29,80	19,53	5	99,85	27,2	
Amis(e)	14	12,30				11,2	
Professionnel de santé	23	20,20				18,4	
RECO	28	24,60				29,7	
Autres à préciser	15	13,20				12,0	
Total	114	100,00					
3. la signification de la planification familiale							
Espace de naissance	43	37,37	36,33	5	<99,99	34,4	
Mettre au monde	19	16,70				15,2	
Avoir des enfants qu'on saura prendre en charge	18	15,80				20,0	
Limitation de naissance	25	21,90				7,2	
Autres à préciser	9	7,90				34,4	
Total	114	100,00					
4. les avantages de la planification familiale							
Réduire la croissance démographique	20	17,50	20,80	4	99,97	11,0	
Bien être de la famille	28	24,60				22,4	
Bien être de la mère et de l'enfant	42	36,80				33,6	
Autres à préciser	24	21,10				19,2	
Total	114	100,00					

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 : Attitudes des couples sur la planification familiale

Variables	effectifs	%	Chi ²	ddl	OR	IC 95 %	Décision
1. l'attitude favorable ou non à la planification familiale							
Oui	71	54,4	10,95	1	99,91	64,8	P<0,05
Non	54	45,6				35,2	
Total	125	100					
2. l'intervalle de naissance préférée							
Un an	7	5,60	48,54	3	99,999	5,6	
Deux ans	45	36,00				36,0	
Trois ans	55	44,00				44,0	
Autres à préciser	18	14,40				14,4	
Total	125	100,00					
3. le nombre d'enfant préférés							
Un an	1	0,80	74,32	4	<99,99	0,8	
Deux ans	14	11,20				11,2	
Trois ans	24	19,20				19,2	
Quatre	27	21,60				21,6	
Cinq ou plus	59	47,20				47,2	
Total	125	100					
4. les raisons de nombre d'enfant préférés							
Notre désir	25	20	11,20	2	<99,99	20,0	
Elever bien les enfants	55	44				44,0	
Que les enfants nous aident un jour	45	36				36,04	
Total	125	100,00	3699				

Selon les variables liées aux attitudes dans le tableau 4 la différence est très significative. Ce tableau montre que 55 (soit 44%) 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 préférés et 25 (soit 20 %) ont répondu que c'est leur désir.

Tableau 5 : Pratiques de la Planification Familiale

Variables	effectifs	%	Chi ²	ddl	1-p OR	en IC 95 %	Décision
1. l'implication ou non dans la Planification familiale							
Oui	81	64,8	10,95	1	99,99	64,8	P<0,05
Non	44	35,2				35,2	
Total	125	100					
2. la méthode contraceptive utilisée							
Préservatif	14	17,30	53,02	6	<99,999	11,2	P<0,05
Pilule	11	13,60				8,8	
Injection	9	11,10				7,2	
Stérilet	10	12,30				8,0	
Méthode d'allaitement	13	16,00				10,4	
Autres à préciser	24	29,60				19,2	
Total	81	100,00					
3. les raisons de non implication dans la planification familiale.							
Interdit par le mari	4	9,30	270,30	6	<99,99	3,2	P<0,05
Interdit par la religion	7	16,30				5,6	
C'est couteux	11	25,60	3700			8,8	
Crainte des effets secondaires	8	18,60				6,4	
Service mal	7	16,30				5,6	

offert par le personnel soignant								
Autres	à 6	14,00				4,8		
préciser								
Total	43	100						
4. les Causes de non utilisation de service de PF.								
Pas de sensibilisation	de 26	39,40	34,20	3	99,99	20,8		P<0,05
Vente de contraceptifs au CS	de 23	34,80				18,4		
Autres	à 17	25,80				13,6		
préciser								
Total	66	100,00						

La différence est très significative pour toutes les variables. 81(soit 64,8 %) enquêtés sont impliqués dans 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, O (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 élevé 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.

Tableau 6: Connaissance sur la planification familiale par apport au sexe, âge et niveau d'étude

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 :

Variable Connaissance sur le Planification Familiale										
	OUI		NON		Chi²	ddl	1-p %	OR	Variance	Décision
Sexe	Eff	%	Eff	%						
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 enquêtées 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 apport à l'âge, sexe, niveau d'étude

Nous faisons l'analyse bi-variée entre les attitudes et chacune des diverses variables, comme le sexe, l'âge, le niveau d'étude. Les données de ce sujet sont consignées dans le tableau 7 :

Variables Connaissance sur le Planification Familiale									
	OUI		NON		Chi²	ddl	1-p %	OR	Variance
1. Sexe	Eff	%	Eff	%					
M	53	42,4	16	12,8	9,74	1	99,82	3,31	27,92
F	28	22,4	28	22,4					
Total	81	64,8	44	35,2					
2.Age									
18-30ans	34	27,2	18	14,4	0,01	1	9,2	1,03	1,03
> 30	47	37,6	26	20,8					
Total	81	64,8	44	35,2					
Niveau d'étude									
Sans	7	5,6	8	6,4	13,47	3	93,4		24,01
Primaire	11	8,8	3	2,4					
secondaire	19	15,2	18	14,4					
Universitaire	44	35,2	15	0,92					
Total	81	64,8	44	35,2					

Il ressort de cette observation que 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 %) enquêtées 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

Nous faisons l'analyse bi-variée entre la pratique de la planification familiale et chacune des diverses variables, comme le sexe, l'âge, le niveau d'étude. Les données de ce sujet sont consignées dans le tableau 8 :

Variables Connaissance sur le Planification Familiale									
	OUI		NON		Chi²	Ddl	1-p	OR	Variance
	Eff	%	Eff	%			%		
1. Sexe									
M	53	42,4	16	12,8	5,61	1	98,21	2,46	21,18
F	28	22,4	28	22,4					
Total	81	64,8	44	35,2					
2.Age									
18-30ans	34	27,2	18	14,4	0,4	1	48,07	0,78	5,76
> 30	47	37,6	26	20,8					
Total	81	64,8	44	35,2					
Niveau d'étude									
Sans	7	5,6	8	6,4	8,73	3	96,69		26,43
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 les mêmes que le tableau 7, c'est par le fait que tous les enquêtés qui avaient l'attitude favorable à la planification familiale, utilisaient l'une des méthodes contraceptives modernes ou traditionnelles. 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.

Le résultats montrent que parmi les 81 enquêtés qui utilisent une méthode contraceptive, 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 d'étude.

La différence est significative ($P < 0,05$) entre le niveau d'étude et l'implication dans la planification familiale

III. DISCUSSION

A l'issue de notre recherche sur la connaissance, l'attitude et la pratique de couple en matière de planification familiale à Muhungu, il a été important de discuter nos résultats avec ceux des autres. La plupart des enquêtés avait l'âge > 30 ans soit 58,4 % (Chi 23,53, ddl). Ces résultats sont supérieurs à ceux trouvés dans la Province de Sud-Kivu qui représentaient de 25 - 30 ans soit 20% l'âge à faible fécondité (5). Ces résultats montrent, la répartition par âges met 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. Le test statistiquement significatif $P > 0,05$. Plus nos enquêtés étaient de sexe masculin soit 55,2 % (chi2=1,35 IC>44,8), la prédominance de rencontre d'homme s'explique notamment par le fait, dans la plupart des ménages, les hommes prenaient le leader de répondre au questionnaire de façon spontanée et se faisaient compléter par leurs femmes. C'est à l'absence de l'homme à la maison que la femme répondait à des

questions. Le test statistique et non significatif, $P > 0,05$. 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 conformes à ceux de l'EDS en RDC(11). La majorité des couples sont fonctionnaires de l'Etat soit 27,2 % (chi2=26,4, ddl=IC<17,6), 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 est statistiquement très significatif, $P < 0,05$.

Dans les aires de santé de Muhungu, il y a prédominance de croyance christianisme soit 60 % (chi2=42, IC>18). C'est la principale religion de ce milieu d'étude. 42,4 % de nos enquêtés sont de tribu shi, (chi2 soit 8,51, ddl=36,0). 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 rapport 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. Cela signifie que, la population est ignorante en rapport avec le service de planification familiale. 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 P.F soit 84,8 %, ($P < 0,05$). 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 % ($\chi^2 = 19,53$, $ddl = S$, $IC < 27,2$). Ces résultats sont comparables à ceux trouvés par enquête démographique et santé qui montrent qu'en RDC, 90,6 % des hommes et femmes ont la connaissance sur les méthodes contraceptives modernes. Nos résultats sont inférieurs à ceux du ministère de l'intérieur(11). Selon John Cleland et Al, 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 $P < 0,05$ (12). Les résultats par rapport aux attitudes, nous avons trouvé que 64,8 % ($\chi^2 = 10$, $ddl = 11$, $IC < 64,8$) cela signifie que les couples ont l'attitude 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(11). Ces résultats sont supérieurs à ceux trouver en Guinée par UNFPA qui disait que les couples ont amélioré/pratique les méthodes de planification familiale 27 % méthode contraceptive moderne, ($P < 0,05$) notre hypothèse est confirmée 44 % soit ($\chi^2 = -48,5$, $ddl = 1$, $IC < 5,6$), les couples préfèrent l'intervalle de naissance de trois ans, cela étant, les enfants vont bien grandir, ces 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 et 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 contraires à ceux de l'enquête démographique et santé t lui Mpunga(15), qui montre que les méthodes modernes qui sont beaucoup utilisées 70% soit 25,6%

(chi²=270, ddl=6, IC<3,6) selon notre étude la cause soulevée pour nos utilisateurs des services de P.F, les coûts se lèvent à 1\$ pour l'injection, vue que la plupart des couples est pauvre, cela constitue un obstacle d'accès au service de santé (Planification Familiale), 39,4% des couples déclarent (17). Nous avons remarqué que la sensibilisation doit être une stratégie d'améliorer la participation de la population au service de P.F. Ces résultats trouvés au Rwanda sont supérieurs soit 52% et inférieur de ceux d'Ethiopie est de 8% et supérieur de New York qui sont 29%(18).

CONCLUSION

Ce point retrace de manière comparative les résultats obtenus auprès de nos enquêtes sur la Connaissances, Attitudes et Pratiques des couples sur la planification familiale dans les deux Aires de santé de quartier Muhungu dans la ZSU d'Ibanda à Bukavu . Nous avons constaté que les

caractères socio- démographiques ont l'influence 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 santé, 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

BIBLIOGRAPHIE

1. KANDOLO Bongeli B,(2023) « CAP des couples en matière de planification familiale, à Muhungu dans la Zone de Santé d'Ibanda, Est de RDC. Mémoire de Master en santé publique Université Catholique de Bukavu/École Régionale de santé publique. Inédit.
2. Barbara Shane.,(2012). Le planning familial sauve des vies, New York.
3. Mariam Marie et Gisèle Guigma,, (2013),La
4. ADACH,(2003).Manque d'accès au service de Planification Familiale dans plus de pays au monde, éd. asbef, Paris.
5. Bureau Central de la Zone de santé,(2017). Rapport trimestriel de statistique.
6. Mics Sud-Kivu,(2010) Enquête par grappes aux indicateurs multiples, Bukavu.
7. Dictionnaire La rousse, français, 2ème

- édition, Paris.
8. OMS,(2015) Planification familiale/contraception, aide-mémoire, Genève.
 9. Furahini M., (2016).Cours de psychologie sociale L2 santé publique, U.LB, Bukavu .
 10. RDC, Ministère du Plan,(2014). Enquête Démographique et Santé, rapport, Banque Mondiale.
 11. Ministère de la Santé,(2012) .Programme National de Santé de la reproduction. Kinshasa, République Démocratique du Congo.
 12. John Celand et al, (2012) La planification familiale, New York.
 13. UNFPA,(2012).Analyse de la situation de la planification en Guinée.
 14. Mpunga.Mukendi.Dieudonné,(2020) .environnement de la planification n RDC : Obstacles leviers à l'utilisation des services par les adolescents âgés de 15 à 19 ans. Thèse en santé publique. Université de Kinshasa. Google scholar.
 15. L. Toulemon et H. Leridon,(1996).La régulation des naissances se généralise, les dossiers du CEPED n° 41, Paris, juin.
 16. USAID,(2014) . Déterminant de l'utilisation des méthodes contraceptives, soutenir les soins de santé primaires/ réponse aux besoins de la population. Google Scholar
 17. RDC,(2018).Evaluation des prestations des services de soins de santé, rapport final. Google scholar.
 18. O. Maine.(1981) . Le planning familial, son effet sur la santé de la femme et de l'enfant, New-York, 140

* CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES DES COUPLES EN MATIÈRE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE, À MUHUNGU ZONE DE SANTÉ D'IBANDA, EST DE LA RDC.