



Listes de contenus disponibles sur: [Scholar](#)

Facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la Zone de Santé de Kisanga à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

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

FACTEURS INFLUENÇANT L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES MODERNES DANS LA ZONE DE SANTÉ DE KISANGA À LUBUMBASHI, RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO[☆]

Mwanza Numbi Vinie^a, Chuy Kalombola Didier^{b,c}, Mashini Ngongo Ghislain^{a, d *}

a. Département de santé publique, Université de Lubumbashi, RD Congo

B. Expert au Centre des Connaissances en Santé en RD Congo (CCSC-Asbl)

C. Institut Supérieur des Techniques Médicales de Lubumbashi, RD Congo

D. Ecole de Santé Publique de l'Université de Lubumbashi, RD Congo

Received 17 August 2022; Accepted 24 August 2022

Available online 25 August 2022

2787-0146/© 2022 IJSSASS Ltd. All rights reserved.

ARTICLE INFO

Keywords:

Facteur

Utilisatio

Méthode contraceptive

planification familiale

zone de santé.

ABSTRACT

Contexte : Pour diverses raisons, la prévalence de l'utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes - MCM (9%) est parmi les plus faibles dans la province du Haut Katanga en République Démocratique du Congo (RD Congo). Cette étude visait à déterminer les facteurs influençant l'utilisation des MCM par les couples de l'Aire de Santé Kilimasimba, dans la Zone de Santé de KISANGA, Ville de Lubumbashi, province du Haut-Katanga, RD Congo.

Méthode : Nous avons conduit une étude observationnelle, transversale et analytique sur deux groupes (femmes et hommes). L'échantillonnage en grappes (avenues) - à un degré - a retenu 800 femmes et 760 hommes, ayant tous répondu à un questionnaire prétesté dans une autre Aire de santé sur les variables de connaissance et d'utilisation des MCM. L'analyse statistique des données a consisté à calculer et interpréter des moyennes, des proportions, des rapports de prévalence (odds ratios, OR).

Résultats : La prévalence de l'utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes (MCM) trouvée 28,2 % dans le groupe des hommes et de 8,4% dans celui des femmes. Sur les 71,8% d'hommes n'utilisant pas, 31 % avaient pour principale raison la méconnaissance des MCM. Sur les 91,6% des femmes n'utilisant pas les MCM, 40,8% ont mentionné la peur des effets secondaires rapportés comme raison principale. Chez ces femmes, l'opposition des partenaires sexuels hommes (11,2%) était évoquée. Une régression logistique réalisée séparément dans chaque groupe ; l'absence de discussion avec le (la) partenaire sexuel(le) sur les Méthodes Contraceptives (MC) ainsi que les avis neutre et contre sur les MC de l'interviewé étaient associés à la non utilisation dans les deux groupes. Un faible niveau d'instruction chez l'homme ; la religion, le nombre d'enfants en vie, le nombre d'enfants désirés au sein du couple et le rang de naissance dans sa famille chez la femme, étaient associés à la non utilisation des MCM.

Conclusion : Les facteurs influençant l'utilisation des MCM sont multiples, à l'instar du manque de discussion en la matière entre partenaires sexuels, des avis neutre et contre, du bas niveau d'instruction chez l'homme, la religion, le nombre d'enfants en vie ou désirés, et le rang de naissance en famille. En outre, la méconnaissance des MCM, la crainte des effets secondaires et l'opposition des hommes l'entravent. Les autorités sanitaires sont censées prendre en compte ces facteurs pour améliorer l'utilisation des MCM dans cette zone de santé de Kisanga est tenue.

1. INTRODUCTION

Les méthodes Contraceptives Modernes (MCM) désignent les moyens employés en vue de provoquer une infécondité temporaire chez la femme ou chez l'homme. Leur utilisation contribue à l'amélioration des conditions de vie des familles et le développement économique des pays au-delà de la santé de la reproduction (1-4).

Certains pays de Afrique subsaharienne présentent des faibles prévalences d'utilisation des MCM et des besoins non satisfaits en termes d'espacement ou limitation des naissances restent élevés (5). De ce fait, un indice synthétique de fécondité y est élevé conduisant aux familles nombreuses, à la grande charge de dépendance, aux difficultés d'assurer l'instruction et les soins de santé adéquats des membres de la famille, les avortements non sécurisés importants, un ratio de mortalité maternel et la morbi-mortalité infantile (4,6).

La non utilisation des méthodes contraceptives modernes (MCM), par des femmes, est due à plusieurs raisons d'ordre individuel (problèmes de santé, faible fréquence des rapports sexuels, opposition personnel), familial (opposition des autres), communautaire (culture, mythes, religion) et d'accès aux services de santé selon

Moreira et al. (7).

L'opposition des autres, à l'occurrence celle des partenaires sexuels, des membres de la famille, de la communauté à l'image des religieux a été citée par Srikanthan A. et Reid RL. (8). L'opposition des hommes à l'utilisation des MCM a été évoquée par Kriel et al. en Afrique du sud (9), par Bakyono et al. au Burkina Faso (10) par Moreira et al. dans leur étude sur 47 pays à revenu faible et intermédiaire (7). Cette opposition masculine était attribuée à plusieurs raisons dont le désir des enfants, à l'insuffisance des connaissances sur les effets secondaires des MCM, à la compréhension limitée et la domination des partenaires féminins par leurs partenaires masculins (9,10).

Quoique certains hommes pensent que l'utilisation de la contraception est une affaire des femmes mais la prise de la décision en matière de santé de la reproduction (l'utilisation des services de planification familiale et la décision du nombre d'enfants au sein d'un couple) reste peu conjointe ou mais plutôt réservée à l'homme seul étant donné sa position de chef de la famille (11). La dépendance de la femme a été objectivée par l'influence des partenaires masculins dans l'adoption ou

non d'une MCM, dans l'arrêt d'utilisation et la fréquentation des services de PF en Afrique du sud (9), dans la persistance des besoins non satisfaits des femmes au Pakistan, en Inde, en Malaisie, en Thaïlande et aux Philippines (12). Cette position défavorisée des certaines femmes les conduit à une utilisation secrète des MCM signalée par les auteurs comme Kibira et al. et OlaOlorun et al. (13,14). Dans une étude réalisée au Nigéria, les hommes ont déclaré qu'il était inadmissible qu'une femme puisse utiliser une MCM sans l'avis favorable de son conjoint (15). Haque et al. ont mentionné que certaines femmes avaient avoué avoir eu un nombre excessif d'enfants suite au manque de prise de décision dans leur ménage (16).

La République Démocratique du Congo (RD Congo) est l'un des pays où la prévalence de l'utilisation des MCM est faible (17,6 % contre 82,4% de non utilisation) et une demande totale en contraception évaluée à 56,9% par l'enquête en grappe à indicateurs multiples 2017-2018. Le ratio de la mortalité maternel (473 pour 1000 naissances vivantes) est loin de celui de 70 fixé par les objectifs de développement durable et la mortalité des enfants de moins de 5 ans (70 pour 1000 naissances

vivantes) contre 25 qui est la moyenne mondiale sont encore élevés malgré les améliorations enregistrées ces dernières années (17,18).

Le Haut-Katanga, province dans laquelle Lubumbashi est le chef-lieu, avait une prévalence d'utilisation des MCM de 9% et l'indice de fécondité estimé à 7,5 enfants en 2018 (17). A Lubumbashi, Matungulu et al. avait trouvé une prévalence d'utilisation des MCM de 27,6% chez les femmes mariées dans la zone de santé de Mumbunda (19). Cette ville, à l'instar d'autres villes congolaises, est constituée plus de la moitié de familles nombreuses (7 membres dans plus de 25 % de la population), pauvres (vivant en dessous du seuil 3 dollars par jour); ayant des logements précaires (plusieurs personnes dans une pièce et une cohabitation par différentes familles)(17,20).

Muanda et al. avaient trouvé à Kinshasa que les principaux obstacles à l'utilisation des MCM, étaient l'influence des membres de la famille, le manque de connaissances sur les types et la source des méthodes contraceptives et la désinformation (21). Parmi les membres de la famille, le conjoint était l'un des plus influents en matière de santé de la reproduction, son opposition a

été évoquée dans une autre étude menée dans la ville de Mbuji-Mayi par Ntambwe et al. (21,22). Dans leur étude sur 47 pays Moreira et al. avaient constaté qu'en RD Congo, la proportion d'opposition à l'utilisation des MCM par le conjoint était supérieure (19,7 %) à celle de la femme (13,2 %) (7).

La plus part d'auteurs ayant identifié les raisons de non-utilisation des MCM ont mis plus l'accent sur les opinions des femmes (1,13,19,22,23) alors que les hommes jouent un grand rôle dans la prise de décision de l'utilisation des services de planification familiale et les MCM ou le nombre d'enfants désirés par le couple (9,16).

Cependant, peu d'auteurs ont cherché à identifier les raisons de non utilisation des MCM, en prenant en compte le rôle des hommes en cette matière, dans la ville de Lubumbashi. Cette étude avait ainsi pour objectif d'identifier les raisons et les facteurs associés à la non utilisation des MCM par les couples de l'Aire de Santé Kilimasimba, dans la Zone de santé de KISANGA en tenant compte du genre.

METHODE

L'étude était transversale analytique, menée du 04 au 15 Août 2020, l'aire de santé de Kilimasimba, dans la zone de santé

de Kisanga dans la ville de Lubumbashi au sud-Est de la RD Congo. Cette aire de santé comptait 44326 habitants selon les données du bureau central de la zone de santé.

Cette étude a concerné deux groupes, celui des hommes d'une part et des femmes d'autre part, tous ayant au moins un (e) partenaire sexuel (le), résidant dans l'aire de santé Kilimasimba.

La taille de l'échantillon était calculée grâce au logiciel d'épi info version 7.2.2.6., avec la prévalence de non utilisation des méthodes contraceptives de 35,6 % trouvée Matungulu et al, (19), le niveau de confiance à 95%, une marge d'erreur de 5%, un effet grappe de 2 et le nombre de grappe à 30 (24).

Ont été inclus dans l'étude, les femmes en âge de procréer (15-49 ans) et les hommes de 20 à 55 ans, tous présents le jour de l'enquête et ayant un partenaire sexuel.

Les avenues de cette aire de santé ont été considérées comme des grappes. La sélection des avenues (grappe) s'est faite en utilisant les données statistiques de la zone de santé relatives au dénombrement de 2018 réalisé en vue de la distribution des moustiquaires imprégnées à longue durée. Les ménages ont été sélectionnés de proche en proche partant de part et d'autre

du début de l'avenue sélectionnée. Toutes les personnes de la tranche d'âge concernée, présentes le jour de l'enquête et ayant consenti, avaient été interviewées. Cette collecte a été possible grâce à un questionnaire préétabli et testé dans une autre aire de santé.

Collecte des données : Les données ont été collectées à partir des réponses des enquêtés à un questionnaire prétesté dans une autre Aire de santé sur les variables de connaissance et d'utilisation des MCM, administré et rempli en mode face à face, par des enquêteurs formés.

Analyse des données : Les variables étudiés ont notamment été l'âge, le sexe, la profession, le niveau d'études de l'interviewé et de sa partenaire sexuelle, l'état civil, la religion de l'enquêté, avoir entendu parler des MC, citer une MC, l'utilisation actuelle MC (au courant du mois) dans le couple (MC utilisée par la femme ou l'homme), pourquoi n'y utilisez-vous pas les MCM. IL 'agissait aussi du fait d'avoir discuté avec son conjoint sur les MC, les Avis de l'enquêté, du partenaire sexuel et des parents de l'enquêté sur l'utilisa, compter utiliser les MC dans le future, Nombre d'enfants en vie, Nombre d'enfants décédés, Nombre d'enfants désirés dans sa vie, A qui reviens la décision du nombre

total d'enfants attendus dans le couple, le rang de naissance de l'interviewé, le nombre total d'enfants nés de la famille de l'interviewé, le rang de naissance du partenaire sexuel de l'interviewé, le nombre total d'enfants nés de la famille du partenaire sexuel de l'interviewé.

L'encodage et l'analyse des données ont été effectués grâce au logiciel Epi info 7.2.2.6. Les mesures et tests statistiques suivants ont été réalisés : la moyenne et l'écart-type pour les variables quantitatives, la proportion pour les variables qualitatives en ce qui concerne la partie descriptive. La variable dépendante était le fait de non-utilisation d'une MCM au moment de l'enquête. Le chi-carré de Pearson nous a permis de trouver les associations entre la variable dépendante et les autres variables, au seuil de signification de 0,05. Une régression logistique a été réalisée. Dans le modèle final, la sélection des variables a été effectuée par la procédure pas à pas dégressive.

Le test du rapport de vraisemblance a permis de tester les interactions entre les prédicteurs potentiels de non-utilisation actuelle des MCM. Le test d'ajustement de Hosmer et Lemeshow a été appliqué pour vérifier l'adéquation du modèle final de

régression logistique. Les OR ajustés et leurs intervalles de confiance et les p valeurs du test de Wald générés ont été retenus comme résultats.

Considérations éthiques : L'autorisation de la réalisation de cette étude a été obtenue auprès du Comité d'Ethique médical de l'Université de Lubumbashi (UNILU/CEM/06/2020) et des autorités de la zone de santé de Kisanga. Les participants ont reçu les explications fournies par les enquêteurs sur l'anonymat, la confidentialité et l'objectif de l'étude, avant l'obtention de leur consentement verbal.

RESULTATS

Un total de 1560 dont 760 d'hommes et 800 des femmes. a fait partie de l'enquête. L'âge moyen des enquêtés hommes était de $34,3 \pm 8,6$ contre $30 \pm 0,2$ chez les femmes. Les mariés représentaient des proportions respectives de 82,6% chez les hommes et de 78 % chez les femmes.

Dans les deux groupes la majorité avait le niveau d'étude secondaire (68% parmi hommes et 79,6% parmi les femmes). L'église de réveil était la plus fréquentée par les enquêtés (42,5% du côté des hommes et 44,4 % par des femmes) (Tableau I).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques

Variables	Hommes		Femmes	
	Effectif	%	effectif	%
Age				
inf 25	116	15,3	166	20,8
26-35	332	43,7	413	51,6
sup 35	312	41	221	27,6
Age moyen	34,3±8,6		30±0,2	
Profession interviewé				
Activités génératrices des recettes	653	85,9	432	54
Activités non génératrices des recettes	107	14,1	368	46
Profession / partenaire sexuel de interviewé				
Activités génératrices des recettes	532	70	633	79,1
Activités non génératrices des recettes	228	30	167	20,9
Etat matrimonial				
Célibataire	59	7,8	29	3,6
Cohabitation	40	5,3	131	16,4
divorcé	14	1,8	10	1,3

Marié	628	82,6	624	78
Veuf	19	2,5	6	0,7
Niveau d'instruction de l'interviewé				
Sans instruction & Primaire	17	2,2	91	11,4
Secondaire	517	68	637	79,6
Supérieur ou Universitaire	226	29,8	66	9
Niveau d'instruction du partenaire sexuel de l'interviewé			n=792	
Sans instruction & Primaire	97	12,8	9	1,2
Secondaire	574	75,5	557	70,3
Supérieur ou Universitaire	89	11,7	226	28,5
Religion de l'interviewé				
Eglise de réveil	323	42,5	355	44,4
Eglise catholique	159	20,9	164	20,5
Eglise protestante	146	19,2	208	26
Autres	131	17,4	73	9,1

La prévalence d'utilisation des MCM était de 28,2% et 8,4% respectivement dans le groupe des hommes et celui des femmes contre 71,8 % et de 91,6 % de non utilisation des MCM. La différence entre les proportions de non utilisation entre les 2 groupes était statistiquement significative (OR=4,3 IC95%=3,190-5,765 ; p <0.000). Les principales causes de non utilisation évoquées étaient la méconnaissance des MCM (31%) parmi les hommes et la peur des effets secondaires des MCM rapportés par les autres parmi les femmes (40,8 %) (Tableau II).

Tableau II : Caractéristiques de pratique, d'attitudes

Variables	Hommes		Femmes	
	Effectif (n=760)	%	Effectif (n=800)	%
Utilisation actuelle d'une MC avec votre partenaire sexuelle				
Oui	289	38	138	17,2
Non	471	62	662	82,8
Utilisation actuelle d'une MCM avec votre partenaire sexuelle				
Oui	214	28,2	67	8,4
Non	546	71,8	733	91,6
Pourquoi n'utilisez-vous pas une MCM		n=532	n=733	
Méconnaissance des MCM	165	31	4	0,6
Désir d'enfants	92	17,3	144	19,7
L'église nous les défend	121	22,7	130	17,7

Les effets secondaires rapportés	105	19,8	299	40,8
Les effets secondaires vaincus	22	4,1	39	5,3
L'opposition du conjoint	0	0	82	11,2
La famille et coutume	20	3,8	15	2
Autres raisons	7	1,3	20	2,7
Avoir discuté avec son partenaire sexuel sur les MC				
Non	605	79,6	597	74,6
Oui	155	20,4	203	25,4
Avis de l'interviewé sur l'utilisation des MCM				
Accord	362	47,6	260	32,5
Neutre	218	28,7	144	18
Contre	180	23,7	396	49,5
Avis du partenaire sexuel sur l'utilisation des MCM				
Accord	316	41,6	173	21,6
Neutre	118	15,5	162	20,3
Contre	124	16,3	347	43,3
Méconnu	202	26,6	118	14,8

Tableau II (Suite)

Avis des parents de l'enquêté sur l'utilisation des MCM					
	Accord	131	17,2	37	4,6
	Neutre	48	6,3	53	6,7
	Contre	66	8,7	221	27,6
	Méconnu	515	67,8	489	61,1
Désir d'utiliser les MCM dans le future					
	Non	125	16,4	340	42,5
	Oui	635	83,6	460	57,5
Nombre d'enfants en vie					
	0-3	346	45,5	437	54,6
	4+	414	54,5	363	45,4
Nombre d'enfants décédés					
	0	586	77,1	521	65,1
	1+	174	22,9	279	34,9
Nombre d'enfants désiré par l'enquêté					
	2 à 4	60	7,9	76	9,5
	5 à 8	460	60,5	526	65,7
	9+	240	31,6	198	24,8
	Moyenne	7,7±3,6		7,1±2,2	
A qui revient la décision du nombre d'enfants					
	Homme	402	52,9	504	63
	Autres (2, femmes, Dieu)	358	47,1	296	37
Rang naissance de l'enquêté					
	1 à 6	613	80,7	721	90,1
	7+	147	19,3	79	9,9
Nombre total d'enfants de la famille de l'enquêté					
	1 à 6	299	39,3	362	45,3
	7+	461	60,3	438	54,7
Rang de naissance du partenaire sexuel de l'enquêté					
	1 à 6	670	88,2	724	90,5
	7+	90	11,8	76	9,5
Nombre total d'enfants de la famille du partenaire sexuel de l'enquêté					
	1 à 6	342	45	268	33,5
	7+	418	55	532	66,5

Légende : MC= Méthode contraceptive ; MCM= Méthode contraceptive Moderne

L'analyse bi variée montre dans les deux groupes que la non-utilisation des MCM était associée à la religion de l'interviewé, aux avis sur l'utilisation des MC du participant à l'étude, de leur partenaire sexuel et de leurs parents ; le pouvoir de décision du nombre d'enfants et le rang de

naissance occupé par l'enquêté. De façon spécifique, le niveau d'études du participant à l'étude et celui de sa partenaire sexuelle, le nombre d'enfants décédés et désirés ; et le nombre total de la fratrie étaient associés la non-utilisation dans le groupe des hommes. Chez les femmes, ce travail a trouvé, aux coté des facteurs communs, une association de la non utilisation avec l'âge de l'enquêtée, le désir d'une utilisation future des MCM et le nombre d'enfants vivants (tableau IV).

Tableau III: Facteurs associés à la non-utilisation des MCM chez les hommes et femmes en analyse bi variée

Variables	Homme				Femme			
	Non utilisation: n(%)	OR	p	IC (95%)	Non utilisation: n(%)	OR	p	IC (95%)
Age								
>35 ans	-	-	-	-	144 (86,8)	1		
26-35 ans	-	-	-	-	376 (91)	1,6	0,125	0,885-2,722
<25 ans	-	-	-	-	213 (96,4)	4,1	0,001	1,762-10,251
Niveau d'études de l'interviewé								
Supérieur ou Universitaire	15(88,2)	1						
Secondaire	393(76)	2	<0,001	1,446-2,825	-	-	-	-
Primaire	138(61,1)	4,8	0,041	1,068-21,422	-	-	-	-
Niveau d'études de la partenaire sexuelle								
Supérieur ou Universitaire	75(77,3)	1						
Secondaire	424(73,9)	2,5	<0,001	1,601-3,985	-	-	-	-
Primaire	7(52,8)	3,1	0,001	1,620-5,730	-	-	-	-
Religion de l'enquêté								
Eglise protestante	101(69,2)	1			180(86,5)	1		
Eglise de réveil	235(72,8)	1,2	0,426	0,775-1,826	332(93,5)	2,2	0,006	1,256-4,013
Eglise catholique	102(64,15)	0,8	0,353	0,494-1,286	150 (91,5))	1,7	0,139	0,847-3,280
Autres églises	108(81,8)	2	0,016	1,140-3,527	71 (97,3)	5,5	0,022	1,282-23,793
Avoir discuté avec la partenaire sexuelle sur les MCM								
Oui	58(37,4)	1			531 (88,9)	1		
Non	488(80,7)	7	<0,001	4,757-10,229	202 (99,5)	5	0,001	1,861-13,494
Avis de l'enquêté sur l'utilisation des MCM								
Accord	174(47,6)	1			207 (79,6)	1		
Neutre	209(95,9)	10,5	<0,001	6,875-16,289 4,603-	138 (95,8)	5,9	<0,001	2,464-14,074
Contre	163(90,6)	8,2	<0,001	14,780+	388 (98)	12,4	<0,001	5,794-26,614
Avis de la partenaire sexuelle sur l'utilisation des MCM								
Accord	148 (46,5)	1			138 (79,8)	1		
Neutre&Méconnu	289 (90,3)	10,6	<0,001	6,875-16,289	149 (92)	2,9	0,002	1,477-5,723

	Contre	109 (87,9)	8,2	<0,001	4,603-14,780	328 (94,5)	4,4	<0,001	2,420-7,921
Tableau III (Suite)									
Avis des parents de l'enquêtée sur l'utilisation des MCM									
	Accord	61 (46,6)	1			28 (75,7)	1		
	Neutre	42 (87,5)	8	<0,001	3,196-20,191	48 (90,6)	3,1	0,063	0,940-10,127
	Contre	53 (80,3)	4,7	<0,001	2,330-9,393	207 (93,7)	4,8	0,001	1,883-11,994
	Méconnu	391 (75,7)	3,6	<0,001	2,404-5,330	450 (92)	3,7	0,002	1,634-8,414
Utilisation future des MCM									
	Oui	-	-	-	-	446 (97)	1		
	Non	-	-	-	-	287 (84,4)	5,9	<0,001	3,205-10,799
Nombre d'enfants vivants									
	4+	-	-	-	-	344 (94,8)	1		
	0-3	-	-	-	-	389 (89)	2,2	0,004	1,288-3,875
Nombre d'enfants décédés									
	0	437 (74,6)	1			-	-	-	-
	1 et +	110 (63,2)	0,6	0,004	0,412-0,847	-	-	-	-
Nombre d'enfants désirés									
	1 à 4	38 (63,3)	1			-	-	-	-
	5 à 8	317 (68,9)	1,3	0,383	0,732-2,249	-	-	-	-
	9+	191 (79,6)	2,3	0,009	1,224-4,161	-	-	-	-
A qui revient la décision du nombre d'enfants									
	Autres (les 2, femme, Dieu)	302 (75,1)	1			284 (96)	1		
	Homme	245 (68,4)	1,4	0,049	1,001-1,887	449 (89,1)	1,7	0,001	1,235-2,347
Rang naissance de l'enquêté									
	1 à 6	429 (70)	1			655 (90,1)	1		
	7 +	117 (79,6)	1,7	0,021	1,081-2,589	78 (98)	7,9	0,042	1,076-57,420
Nombre total de la famille de l'enquêté									
	1 à 6	196 (65,6)	1			-	-	-	-
	7 +	350 (75,9)	1,2	0,005	1,056-1,377	-	-	-	-

L'analyse multivariée a révélé que les facteurs associées à la non utilisation des MCM ne sont pas les même dans les 2 groupes à l'exception d'avoir discuté avec son (sa) partenaire sexuel(le) sur les MC (ORA=2,5 ; IC95%=1,607-3,881 ; p <0,001 chez l'homme et ORA=4 ; IC95%=1,460-11,035 ; p = 0,007 chez les femmes) et l'avis de l'enquêté sur les MCM (Avis neutre : ORA=10,5 ; IC95%=4,791-23,141 ; p <0,001 ; contre ORA=4 ; IC95%=2,088-7,774 ; p <0,001 chez les hommes et Avis neutre : ORA=8,4 ; IC95%=3,306-21,257 ; p <0,001 ; contre ORA=15,3 ; IC95%=6,797-34,302 ; p <0,001 chez les femmes).

Parmi les hommes, le niveau d'instruction secondaire (ORA=1,9 ; IC95%=1,261-2,862 ; p=0,002) ; les avis de la partenaire sexuelle [neutre (ORA= 2,6 ; IC95%=1,534-4,561 ; p<0,001) et contre (ORA=2,7 ; IC95%=1,339-

5,550 ; p=0,006)] ; le nombre total de la famille de l'enquêté ≥ 7 (ORA=1,8 ; IC95%=1,179-2,603 ; p=0,006) étaient associés.

Dans le groupe des femmes, la religion [église de réveil (ORA=2,7 ; IC95%=1,386-5,367 ; p=0,004) ; église catholique (ORA=2,6 ; IC95%=1,194-5,737 ; p=0,016 ; Autres églises (ORA=6,4 ; IC95%=1,316-31,088 ; p=0,021)], le nombre d'enfants vivants inférieur à 4 (ORA=3,1 ; IC95%=1,644-5,740 ; p<0,001) , la prise de décision du nombre d'enfant par le partenaire sexuel homme (ORA=1,5 ; IC95%=1,060-2,143 ; p=0,022) et le rang occupé en famille (ORA=8,7 ; IC95%=1,714-70,376 ; p=0,043) sont restés significatifs après ajustement contre le niveau d'études de l'homme interviewé, l'avis de la partenaire sexuelle et le nombre total de la fratrie parmi les hommes (Tableau IV).

Tableau IV: Facteurs associés à la non-utilisation des MCM chez les hommes et femmes en analyse multivarié

Variables	Homme			Femme		
	ORA	p	IC (95%)	ORA	p	IC (95%)
Niveau d'études de l'interviewé						
Supérieur ou Universitaire	1			-	-	-
Secondaire	1,9	0,002	1,261-2,863	-	-	-
Religion						
Protestante				1		
Réveil	-	-	-	2,7	0,004	1,386-5,367
Catholique	-	-	-	2,6	0,016	1,194-5,737
Autres	-	-	-	6,4	0,021	1,316-31,088
Avoir discuté avec la (partenaire sexuelle sur les MCM						
Oui	1			1		
Non	2,5	<0,001	1,607-3,881	4	0,007	1,460-11,035
Avis de l'enquêté sur l'utilisation des MCM						
Accord	1			1		
Neutre	10,5	<0,001	4,791-23,141	8,4	<0,001	3,306-21,257
Contre	4	<0,001	2,088-7,774	15,3	<0,001	6,797-34,302
Avis de la partenaire sexuelle sur l'utilisation des MCM						
Accord	1					
Neutre	2,6	<0,001	1,534-4,561	-	-	-
Contre	2,7	0,006	1,339-5,550	-	-	-
Nombre des enfants vivants						
4 et plus	-	-	-	1		
0-3	-	-	-	3,1	<0,001	1,644-5,740
Prise de décision du nombre d'enfants						
Autres	-	-	-	1		
Homme	-	-	-	1,5	0,0223	1,060-2,143
Le rang de naissance en famille de l'enquêté						
1 à 6	-	-	-	1		
7 +	-	-	-	8,7	0,043	1,0714-70,376
Nombre total de la famille de l'enquêtée						
1 à 6	1			-	-	-
7 +	1,8	0,006	1,179-2,603	-	-	-

DISCUSSION

La présente étude a révélé que la prévalence d'utilisation des MCM était faible (28,4 % et 8,2 %), celle de la non utilisation des MCM était de 71,8% dans le groupe des hommes et 91,6% parmi les femmes. La méconnaissance des MCM était la raison la plus évoquée par les hommes (31 %) alors que la peur des effets secondaires des MCM rapportés par les autres (40,8%) était plus citée par les femmes. Les femmes avaient

mentionné l'opposition des partenaires sexuels hommes (11,2%). La non utilisation des MCM était associée aux facteurs sociodémographiques à savoir l'absence de discussion avec le (la) partenaire sexuel(le) sur les MC, les avis neutre et contre des MC à la non utilisation dans les deux groupes, le faible niveau d'instruction chez l'homme, la religion, le nombre d'enfants en vie, le nombre d'enfants désiré au sein du couple et le rang de naissance dans sa famille chez la femme. Les résultats mentionnant l'implication des

partenaires masculins dans l'utilisation ou non des MCM ont été évoqués par d'autres auteurs en Afrique subsaharienne en général et en RD Congo en particulier (9,22,25–27)

Les principales causes de non utilisation se différencient selon le groupe des interviewés. Au sein du groupe des hommes, la cause la plus évoquée était la méconnaissance des MCM (31%). Ce résultat ne corrobore pas celui de l'EDS 2014 de la RDC qui a démontré que les hommes connaissent plus les MCM que les femmes (28). Parmi les femmes, les effets secondaires des MCM rapportés par d'autres personnes étaient la cause la plus prédominante chez les femmes (40,8%). Un constat similaire citant les effets secondaires comme première cause de non utilisation parmi les femmes avait été observé au Nigéria (29). Cette situation illustre des fortes rumeurs et fausses idées sur les MCM dans la contrée (30).

Le désir des enfants a été évoqué dans les deux groupes respectivement à 17,3% chez les hommes et 19,7 % chez les femmes. L'opposition du partenaire sexuel a été rapportée (11,2%) seulement par les femmes. L'étude réalisée par Ntambwe et al. à Mbuji-Mayi auprès des femmes avait révélé que 45 % des femmes n'utilisaient pas des MCM suite au désir des enfants ; 17,6% pour raison d'opposition du mari, ce constat a été évoqué par Ahinkorah et al dans leur étude réalisée auprès des femmes en âge de procréer mariées dans 32 pays d'Afrique subsaharienne et Bakyono et al au Burkina Faso (10,22,31). Les

raisons de non utilisation des MCM sont complexes et spécifiques à chaque communauté, car elles peuvent être culturelles, religieuses, sociodémographiques et de l'offre des services de santé de PF (7).

La moyenne d'enfants désirés était de $7,5 \pm 2,7$ dans le groupe des hommes et de $7,1 \pm 2,2$ chez les femmes. L'observation similaire avait été faite par Tabutin D et Bruno S, les hommes désirent généralement un nombre d'enfants supérieur que les femmes (33). Cette moyenne observée dans les 2 groupes est proche de celle de 7,2 trouvée dans le rapport de l'enquête démographique et sanitaire (EDS) de la RDC 2013-2014 (28). Le désir de six et plus d'enfants par les femmes mariées ou en cohabitation a été constaté par Ahinkorah et al dans leur étude portant sur les EDS du Niger(31). La RDC est l'un des pays où les hommes et les femmes ont encore le désir de grande famille (34). Les hommes qui avaient le niveau d'études secondaire étaient 1,9 fois plus susceptibles de ne pas utiliser les MCM comparés à ceux du niveau supérieur ou universitaire. Ce résultat est similaire à celui trouvé par Van Lith et al. dans leur étude d'analyse secondaire des EDS des 18 pays d'Afrique subsaharienne(35). Ceci serait lié au fait que les hommes moins instruits ont un penchant à avoir un grand nombre d'enfants comme l'ont constaté Ahinkorah et al. (31).

La présente étude a démontré que la religion est restée associée à la non utilisation dans le modèle final seulement dans le groupe des femmes. Les femmes fréquentant respectivement les autres églises, les églises de réveil et

catholique étaient 6,5 ; 2,6 ; 27 fois plus susceptibles de ne pas utiliser les MCM en comparaison avec celles de l'église protestante. La littérature a montré qu'il existe de différents degrés de tolérance et d'acceptabilité des MC selon les types de religion. Parmi les chrétiens, les protestants seraient plus tolérants à l'utilisation des MCM que les autres religions. Les catholiques n'admettent que les méthodes naturelles (l'abstinence et le calendrier) alors que les autres s'obstinent à toute action contre la conception vue qu'elle est un don de Dieu (36).

Le manque des discussions des partenaires sexuels sur l'utilisation des MC est resté associée au fait de non-utilisation des MCM dans les deux groupes (des femmes et des hommes). Le couple où le manque des discussions sur les MC existe avait respectivement 2,5 fois plus de risque de ne pas utiliser les MCM selon les hommes contre 4 fois plus de risque selon les femmes. Les discussions entre les partenaires en matière de santé de la reproduction est un moyen de communication entre les partenaires sexuels, ceci a été signalé comme étant un facteur influençant le désir perçu ou préférences sur la fécondité des partenaires (37) ; d'utilisation ou non des MC au sein des couple et de soutien en cas des effets secondaires ou des encouragements d'adoption d'une MCM, de partage des connaissances (38–40). La présente étude a démontré que les avis neutre ou contre des interviewés (hommes et femmes) étaient associés à la non utilisation des MCM. Ce

résultat corrobore des études antérieures qui ont trouvé l'association entre l'attitude négative et le fait de non-utilisation des MCM. Cette association était observée par Blackstone et al. au Nigeria chez les hommes qui pensaient que les MCM favoriseraient la promiscuité (25). Matungulu et al. l'avaient objectivé à Lubumbashi dans leur étude réalisée auprès des femmes (19). Les attitudes négatives des hommes et des femmes sont parfois liées à l'insuffisances de connaissances, aux mythes, à la religion (26)

Ce travail a révélé que les partenaires sexuels féminins des hommes interviewés qui avaient les avis neutre ou contre étaient respectivement 2,6 et 2,7 fois plus susceptibles de pas utiliser les MCM. L'avis défavorable de la conjointe pourrait être influent pour certaines MCM qui sont applicables que sur la femme.

Les couples des femmes interviewées dans lesquels les hommes étaient les seuls décideurs du nombre d'enfants attendus, étaient 1,5 fois plus susceptibles de ne pas utiliser les MCM comparés aux couples au sein desquels la décision émanait des deux conjoints ou de la femme. Les influences des hommes sur la santé de la reproduction des femmes ont été évoquées dans les sociétés où la prise de décision au sein du couple est basée sur le genre pour des raisons socioculturelles ou religieuses (11,25,41,42). Les épouses sont considérées comme des exécutantes et non comme de codécideurs bien que plusieurs MCM sont appliquées chez la femme.

Parmi les femmes, celles qui avaient moins de quatre enfants en vie étaient plus susceptibles à ne pas utiliser une MCM comparées à celles qui avaient au moins 4 enfants vivants. La littérature a révélé que le nombre enfants en vie et l'atteinte du nombre d'enfants idéal ont été trouvés comme les prédicteurs de l'utilisation ou non des MCM en vue d'une limitation probable (35).

Dans le groupe des hommes enquêtés, l'interviewé issu d'une fratrie de 7 ou plus était 1,6 plus susceptible de ne pas utiliser les MCM comparé à celui issu d'une fratrie de moins de 7 enfants. Alors que du côté des femmes, la participante à l'étude qui occupait le rang de 7 et plus dans leur fratrie avait 8,7 fois plus de chance de ne pas utiliser les MCM que celles qui occupaient un rang inférieur 7. La littérature a relevé les influences par la famille, les aînés et les parents qui servent de modèle comportemental aux plus jeunes (43). Testa MR et Grilli R. avaient rapporté une influence non seulement familiale mais plus élargie au contexte régional (un apprentissage social par les aînés, adultes d'une contrée donnée sans lien familial) (44).

Implication pour l'amélioration de l'utilisation des MCM :

L'élaboration des stratégies de renforcement ou d'amélioration des connaissances suffisantes et correctes (avantages, voie d'admission, des effets secondaires et leur gestion) par la sensibilisation par le biais des enseignants (pour les adolescents et jeunes fréquentant les formations scolaires et

universitaires), les pairs, les parents, les personnels de santé (à tout contact), en usant de la communication interpersonnelle et communautaire (conférence-débat, séminaire, émission médiatisée, feuilleton) (26,30,43,45) pourrait réduire les spéculations et l'opposition des partenaires sexuels hommes en de positiver les attitudes en vers les MCM.

L'implication des partenaires masculins dans l'amélioration de l'utilisation des MCM est indispensable. Pour ce faire, la promotion des interventions qui encouragent des discussions des partenaires sexuels sur cette thématique, le soutien mutuels en cas d'utilisation, la réduction de l'influence des partenaires masculins et l'association de la femme à la prise de décision des problèmes de santé de la reproduction, l'autonomie financière des femmes, pourra réduire la prévalence de non utilisation et de surcroit propulser l'augmentation de l'utilisation des MCM chez les femmes qui en ont besoin (39-42)

La lutte des femmes en faveur de l'égalité des sexes peut avoir une influence positive sur l'utilisation des MCM dans la mesure que celle-ci va contribuer à réduire le pouvoir de décision des hommes sur la santé de la reproduction des femmes.

Limite de l'étude

Bien que la présente étude a trouvé des associations entre la non utilisation et d'autre facteurs, mais le fait qu'elle est transversale, la

causalité est difficile à établir. Ce travail a considéré les femmes et hommes indépendamment de leur état civil (mariés et non mariés ou en union), de type de mariage (la polygamie ou la polyandrie). Les biais d'oubli peuvent être possibles vu la récolte des informations rétrospectives et celui de sélection (les absents le jour de l'enquête).

CONCLUSION

Les facteurs influençant l'utilisation des MCM étaient le manque de discussion entre les partenaires sexuels sur les MC, les avis neutre et contre les MC de l'interviewé, un faible niveau d'instruction chez l'homme la religion, le nombre d'enfants en vie, le nombre d'enfants désiré au sein du couple ainsi que le rang de naissance dans sa famille dans l'Aire de santé de Kilimasimba de la zone de santé de Kisanga et ont contribué à la faible prévalence d'utilisation des MCM.

L'insuffisance des informations correctes sur les MCM suscitant des fortes rumeurs est grande. La place de l'homme reste incontestée dans l'amélioration de l'utilisation des MCM, les raisons et facteurs trouvée dans la présente étude sont à tenir compte dans les interventions à visée d'amélioration de l'utilisation des MCM. Les études antérieures mettant l'homme au centre sont à encore nécessaires dans notre contexte.

REFERENCES

1. Gribble J, Voss M-L. Planification Familiale et le bien-être économique : Le Bangladesh fait ses preuves. Popul Référence Bur [Internet]. 2009

May; Available from: https://www.prb.org/wp-content/uploads/2021/01/06012009-fp-econ-bangladesh_fr.pdf

2. Ross JA, Blanc AK. Why aren't there more maternal deaths? A decomposition analysis. *Matern Child Health J.* 2012 Feb;16(2):456–63.
3. OMS. Planification familiale/contraception [Internet]. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/fr/>
4. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *The Lancet.* 2012 Jul;380(9837):165–71.
5. 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 Lond Engl.* 2018 Mar 3;391(10123):870–82.
6. Susheela S, Jacqueline ED, Lori SA. Adding it up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. [Internet]. Guttmacher Institute, Population Action International; 2014. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Adding%20it%20Up-Final-11.18.14.pdf>
7. Moreira LR, Ewerling F, Barros AJD, Silveira MF. Reasons for nonuse of contraceptive methods by women with demand for contraception not satisfied: an assessment of low and middle-income countries using demographic and health surveys. *Reprod Health.* 2019 Dec;16(1):148.
8. Srikanthan A, Reid RL. Religious and cultural influences on contraception. *J Obstet Gynaecol Can JOGC J Obstet Gynecol Can JOGC.* 2008 Feb;30(2):129–37.

9. Kriel Y, Milford C, Cordero J, Suleman F, Bekinska M, Steyn P, et al. Male partner influence on family planning and contraceptive use: perspectives from community members and healthcare providers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reprod Health*. 2019 Dec;16(1):89.
10. Bakyono R, Tapsoba LDG, Lépine A, Berthé A, Ilboudo PG, Diallo CO, et al. [Contraceptive use by married women or concubines living in rural areas in Burkina Faso: a qualitative study of free voucher use]. *Pan Afr Med J*. 2020;37:72.
11. Mosha I, Ruben R, Kakoko D. Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2013 May 30;13:523.
12. Mason J. *Qualitative researching*. 2nd ed. London; Thousand Oaks, Calif: Sage Publications; 2002. 63–65 p.
13. Kibira SPS, Karp C, Wood SN, Desta S, Galadanci H, Makumbi FE, et al. Covert use of contraception in three sub-Saharan African countries: a qualitative exploration of motivations and challenges. *BMC Public Health*. 2020 Dec;20(1):865.
14. OlaOlorun FM, Anglewicz P, Moreau C. From non-use to covert and overt use of contraception: Identifying community and individual factors informing Nigerian women's degree of contraceptive empowerment. Todd CS, editor. *PLOS ONE*. 2020 Nov 18;15(11):e0242345.
15. Omideyi AK, Akinyemi AI, Aina OI, Adeyemi AB, Fadeyibi OA, Bamiwuye SO, et al. Contraceptive practice, unwanted pregnancies and induced abortion in Southwest Nigeria. *Glob Public Health*. 2011 Sep;6(sup1):S52–72.
16. Haque R, Alam K, Rahman SM, Keramat SA, Al-Hanawi MK. Women's empowerment and fertility decision-making in 53 low and middle resource countries: a pooled analysis of demographic and health surveys. *BMJ Open*. 2021 Jun 18;11(6):e045952.
17. INS. Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2017-2018, rapport de résultats de l'enquête, RDC. Kinshasa, République Démocratique du Congo.; 2019.
18. Banque Mondiale. Ratio de décès maternel (estimation par modèle, pour 100 000 naissances vivantes) [Internet]. 2017: Banque Mondiale; [cited 2022 Feb 28]. Available from: <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.STA.MMRT>
19. Matungulu CM, Kandolo SI, Mukengeshayi AN, Nkola AM, Mpoyi DI, Mumba SK, et al. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2015 [cited 2021 Oct 22];22. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/329/full/>
20. World Bank. Revue de l'urbanisation en République démocratique du Congo: Des villes productives et inclusives pour l'émergence de la République démocratique du Congo [Internet]. Washington, DC: The World Bank; 2018 Aug [cited 2022 Mar 1] p. 32–47. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/978-1-4648-1205-7>
21. Muanda MF, Ndongu GP, Messina LJ, Bertrand JT. Barriers to modern contraceptive use in rural areas in DRC. *Cult Health Sex*. 2017 Sep;19(9):1011–23.
22. Ntambue AM, Tshiala RN, Malonga FK, Ilunga TM, Kamonayi JM, Kazadi ST, et al. Utilisation des méthodes contraceptives modernes en République Démocratique du Congo: prévalence et barrières dans la zone de santé de Dibindi à Mbuji-Mayi. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2017 [cited 2022 Jan 19];26.

- Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/26/199/full/>
23. Hlongwa M, Mashamba-Thompson T, Makhunga S, Hlongwana K. Evidence on factors influencing contraceptive use and sexual behavior among women in South Africa: A scoping review. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Mar;99(12):e19490.
 24. Dean AG, Sullivan KM (Kevin M, Zubieta Juan. *Epi Info 2000: a database, and statistics program for public health professionals for use on Windows 95, 98, and NT computers*. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.). Epidemiology Program Office, Global Programme on AIDS (World Health Organization), editors. 2000; Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/23207>
 25. Blackstone SR, Iwelunmor J. Determinants of contraceptive use among Nigerian couples: evidence from the 2013 Demographic and Health Survey. *Contracept Reprod Med*. 2017 Dec;2(1):9.
 26. Gueye A, Speizer IS, Corroon M, Okigbo CC. Belief in Family Planning Myths at the Individual and Community Levels and Modern Contraceptive Use in Urban Africa. *Int Perspect Sex Reprod Health*. 2015 Dec;41(04):191–9.
 27. Matungulu CM, Kandolo SI, Mukengeshayi AN, Nkola AM, Mpoyi DI, Mumba SK, et al. Déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de santé Mumbunda à Lubumbashi, République Démocratique du Congo. *Pan Afr Med J [Internet]*. 2015 [cited 2021 Oct 22];22. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/22/329/full/>
 28. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en œuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP), ICF International. *Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014*. [Internet]. Rockville, Maryland, USA: MPSMRM, MSP et ICF International.; 2014. Available from: <https://www.unicef.org/drcongo/media/1046/file/EDS-RDC%20II%202013-2014.pdf>
 29. Omo-Aghoja LO, Omo-Aghoja VW, Aghoja CO, Okonofua FE, Aghedo O, Umueri C, et al. Factors associated with the knowledge, practice and perceptions of contraception in rural southern Nigeria. *Ghana Med J*. 2009 Sep;43(3):115–21.
 30. Boivin J, Carrier J, Zulu JM, Edwards D. A rapid scoping review of fear of infertility in Africa. *Reprod Health*. 2020 Dec;17(1):142.
 31. Ahinkorah BO, Seidu A-A, Armah-Ansah EK, Budu E, Ameyaw EK, Agbaglo E, et al. Drivers of desire for more children among childbearing women in sub-Saharan Africa: implications for fertility control. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 Dec;20(1):778.
 32. Ahinkorah BO, Seidu A-A, Armah-Ansah EK, Budu E, Ameyaw EK, Agbaglo E, et al. Drivers of desire for more children among childbearing women in sub-Saharan Africa: implications for fertility control. *BMC Pregnancy Childbirth [Internet]*. 2020 Dec [cited 2021 Aug 16];20(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-020-03470-1>
 33. Tabutin D, Schoumaker B. La démographie de l'Afrique au sud du Sahara des années 1950 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique. *Population*. 2004;59(3):521.
 34. MacQuarrie KLD, Jeffrey E, Mara S, Sara K. H. *Men and Contraception: Trends in Attitudes and Use [Internet]*. Rockville, Maryland, USA : ICF International: DHS Analytical Studies No.49; 2015. Report No.: 49. Available from: reports@dhsprogram.com;
 35. Van Lith LM, Yahner M, Bakamjian L. Women's growing desire to limit births in sub-Saharan Africa: meeting the challenge. *Glob Health Sci*

- Pract. 2013 Mar;1(1):97–107.
36. Pinter B, Hakim M, Seidman DS, Kubba A, Kishen M, Di Carlo C. Religion and family planning. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016 Nov 1;21(6):486–95.
 37. Miller W, Severy L, Pasta D. A framework for modelling fertility motivation in couples. *Popul Stud*. 2004 Jul;58(2):193–205.
 38. Edossa ZK, Debela TF, Mizana BA. Women's Decision on Contraceptive Use in Ethiopia: Multinomial Analysis of Evidence From Ethiopian Demographic and Health Survey. *Health Serv Res Manag Epidemiol*. 2020 Dec;7:2333392820924565.
 39. Sarnak DO, Wood SN, Zimmerman LA, Karp C, Makumbi F, Kibira SPS, et al. The role of partner influence in contraceptive adoption, discontinuation, and switching in a nationally representative cohort of Ugandan women. *PloS One*. 2021;16(1):e0238662.
 40. Prata N, Bell S, Fraser A, Carvalho A, Neves I, Nieto-Andrade B. Partner Support for Family Planning and Modern Contraceptive Use in Luanda, Angola. *Afr J Reprod Health*. 2017 Jun;21(2):35–48.
 41. Hartmann M, Gilles K, Shattuck D, Kerner B, Guest G. Changes in Couples' Communication as a Result of a Male-Involvement Family Planning Intervention. *J Health Commun*. 2012 Aug;17(7):802–19.
 42. Speizer IS. Are husbands a barrier to women's family planning use? The case of Morocco. *Biodemography Soc Biol*. 1999 Mar;46(1–2):1–16.
 43. Bjelica A. Socio-demographic factors influence contraception use among female students of the University of Novi Sad (Serbia). *Eur J Contracept Reprod Health Care Off J Eur Soc Contracept*. 2008 Dec;13(4):422–30.
 44. Testa MR, Grilli L. L'influence des différences de fécondité dans les régions européennes sur la taille idéale de la famille. *Population*. 2006;61(1):107.
 45. Mukendi DM, Mukalenge FC, Ali MM, Mondo TMN, Utshudienyema GW. [Adolescents and teachers' knowledge, attitude and practice towards contraception: results from a qualitative study conducted in the Democratic Republic of the Congo]. *Pan Afr Med J*. 2021;38:121.

* Facteurs influençant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la Zone de Santé de Kisanga à Lubumbashi, République Démocratique du Congo

* Corresponding author at: .Chuy Kalombola Didier

Received 17 August 2022; Accepted 24 August 2022

Available online 25 August 2022

2787-0146/© 2022 IJSSASS Ltd. All rights reserved.