

Research Article,

Déterminants of the Use of Modern Contraceptive Methods by Women in the Commune of Ruashi

Mungende Ndaïenen Marie Thérèse¹, Luboya Numbi Oscar², Mwembo Tambwe A Nkoy^{3*}

¹Department of Reproductive Health, Higher Institute of Medical Techniques of Lubumbashi, Lubumbashi, Democratic Republic of Congo

²Department of Pediatrics, University Clinics of Lubumbashi, Faculty of Medicine, University of Lubumbashi, Lubumbashi, Democratic Republic of Congo.

³Department of Gynecology and Obstetrics, University Clinics of Lubumbashi, Faculty of Medicine of the University of Lubumbashi, Lubumbashi, Democratic Republic of Congo

Email Address: hermantamubango@gmail.com

Introduction

La planification familiale permet aux personnes et aux couples d'anticiper et d'atteindre le nombre d'enfants désiré, ainsi que l'espacement et le moment de leur naissance. Il est réalisé par l'utilisation de méthodes contraceptives et le traitement de l'infertilité involontaire. La capacité d'une femme à espacer et à limiter ses grossesses a un impact direct sur sa santé et son bien-être ainsi que sur l'issue de chaque grossesse.

L'élargissement de l'accès à la planification familiale est un objectif principal des efforts mondiaux de planification familiale et a été un moteur des programmes nationaux de planification familiale au cours des dernières années. De nombreux programmes nationaux travaillent aux côtés de la communauté internationale de planification familiale pour élargir l'accès aux contraceptifs modernes. Toutefois, il est difficile de mesurer tous les aspects de l'accès.

L'utilisation de méthodes contraceptives modernes a diminué en Jordanie au cours des 8 dernières années. Des proportions égales de femmes dans l'échantillon n'utilisaient aucune méthode ou une méthode dépendait de l'âge de la femme, d'éducation de la femme, celle du du conjoint, et le du nombre d'enfants vivants. Les femmes n'utilisaient des méthodes modernes lorsqu'elles veulent un autre enfant dans les 2 prochaines années et si leur mari veut plus d'enfants qu'eux.

Malgré un taux de fécondité élevé de 5,5 par femme et un taux de croissance démographique élevé de 3,2 %, la prévalence contraceptive du Nigéria est l'une des plus faibles au monde. [5] L'enquête démographique et sanitaire du Nigéria (NDHS) 2018 montre que dans l'ensemble, 17 % des femmes actuellement mariées au Nigéria utilisent une méthode contraceptive, soit une augmentation de seulement 2 % par rapport au SNDH de 2013.

Au Burundi, le niveau de la fécondité a progressivement diminué, passant de 6,9 enfants par femme en 1987 à 5,5 en 2016-2017. Environ une femme de 15-49 ans en union sur quatre (23 %) utilise une méthode moderne, niveau qui a progressivement augmenté puisqu'il était de 18 % en 2010. De manière similaire, le niveau de la demande en planification familiale (PF) a modestement augmenté passant de 54 % en 2010 à 58 % en 2016-2017.

En RDC, avec le taux de fécondité total est 6,3, à l'un des taux de fécondité les plus élevés au monde. Avec le taux de croissance démographique actuel (3,1), la population de la RDC devrait augmenter de 131,6 millions d'ici 2050 [2, 3]. La RDC a prévu d'augmenter le taux d'utilisation de méthodes contraceptives modernes à 19 % d'ici 2020 (7,8 % à partir de 2014) [4], d'atteindre 2,1 millions d'utilisateurs modernes de contraceptifs avec une gamme de méthodes contraceptives modernes dans le cadre de l'Initiative FP2020, et d'améliorer l'accès aux services de planification familiale pour les hommes et les femmes dans les secteurs public et privé [1]. les programmes visant à améliorer l'adoption de la planification familiale

devraient non seulement viser à accroître la sensibilisation, mais aussi à éliminer les obstacles et les croyances qui peuvent décourager l'utilisation de la planification familiale.

Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés au non utilisation des méthodes contraceptives modernes afin de générer un modèle de prédiction du non utilisation des méthodes contraceptives modernes dans la commune de la ruashi.

Méthodologie:

Cadre d'étude

Le cadre de notre étude était la commune Ruashi, une entité administrative décentralisée, située dans la ville de Lubumbashi, province du Haut-Katanga, en République Démocratique du Congo.

Cette commune est constituée de sept quartiers, à savoir : le quartier Bendera, le quartier Congo, le quartier Kalukuluku, le quartier Kawama, le quartier Luano, le quartier Matoleo et le quartier Shindaïka. Les quartiers Kalukuluku et celui de la Luano ont un statut semi-urbain ou urbano-rural alors que les autres sont urbains.

Type et période d'étude

Notre étude était descriptive transversale à visée analytique. Elle s'est déroulée au cours d'une période de quatre mois, allant du 1er août au 30 novembre 2017.

Population- et échantillonnage

La population-cible de cette étude est constituée des femmes en âge de procréer résidant dans la commune Ruashi.

La taille d'échantillon était déterminée en recourant à la formule empirique suivante, implémentée dans le logiciel Epi-info 7 avec n , la taille de l'échantillon ; z , constante de la loi normale dépendant du seuil de signification α , ici égal à 1,96 ; α , le niveau de signification des résultats, ici fixé à 95% ; p , la prévalence contraceptive des études antérieures ; $1-p$, le complémentaire de cette prévalence contraceptive et m , la marge d'erreur, fixée à 5%.

Ainsi, en considérant la prévalence contraceptive de 19% selon EDS-RDC II (2013-2014)[9] de taille d'échantillons respectives de 657.

Nous avons procédé à une stratification systématique proportionnelle à deux degrés, avec comme strates les catégories d'enquêtés et leurs quartiers de résidence. Quant à l'échantillonnage aléatoire systématique, il nous a permis, à travers la détermination du pas d'échantillonnage, de déterminer combien de parcelles devaient être sautés au cours de l'enquête dans chaque quartier.

Notre base de sondage était constituée des données d'un recensement dans la commune de la Ruashi au cours de l'année 2016.

Critères d'inclusion

Etaient inclus dans cette étude les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) vivant dans la commune de la Ruashi au moment de l'enquête et ayant accepté volontiers, de participer à l'étude en donnant un consentement verbal et en répondant aux questions.

Critères d'exclusion

N'étaient pas inclus toutes celles qui ne répondaient pas aux critères donnés ci-dessus : les femmes qui ne sont pas en âge de procréer, toutes celles qui ne vivaient pas dans la commune de Ruashi au moment de l'enquête ainsi que toutes celles qui avaient refusé de participer à l'étude.

Gestion et collecte de données

Pour la récolte des données, nous nous sommes servis d'un questionnaire préétabli et validé (en annexes), accompagné d'une note d'information tenant lieu de la note d'information sur l'enquête.

Pour chaque quartier, un groupe mixte formé des médecins (2 par groupes), des agents de santé publique (2 par groupes).

Variables d'étude

À travers la présente étude, il a été analysé plusieurs variables, notamment :

Les variables sociodémographiques : âge, état matrimonial et/ou civil, instruction, parité, lieu de résidence, profession, l'accessibilité géographique, nombre d'enfants dans le ménage, nombre d'enfants souhaités,

nombre d'enfants en vie, nombre d'enfants décédés, décision du mari, espace inter génésique, nombre d'avortements, grossesses non désirées, reconnaissance des familles nombreuses, qualité de vie de ces familles, cas de décès maternels.

Les variables socioculturelles : la religion, la province d'origine,

Variable dépendante : type de prévalence contraceptive

Analyse des données

Les données étaient encodées grâce au logiciel Microsoft Excel et, les analyses ont été réalisées grâce au logiciel Epi-info 7.2 (version de novembre 2016), SPSS 20, OpenEpi et Mstat. Nos analyses seront univariées, bivariées.

Pour les analyses univariées, nous avons ressortis les fréquences absolues et relatives et, le cas échéant, les paramètres de position (moyenne, médiane et mode) et de dispersion (déviations standards, 1^{er} et 3^{ème} quartiles et extrêmes) pour les variables quantitatives.

Concernant les analyses bivariées, nous avons étudié l'association entre quelques variables et leur degré de signification, la valeur de p, dont le seuil est fixé à 5%. Le test de Pearson ou chi-carré corrigé de Yates ont été utilisés et, à défaut, le test de Fischer.

Nous avons également réalisé une régression logistique multivariable en mode « ENTRE » pour laquelle les variables indépendantes toutes variables avec un seuil de p value $\leq 0,2$. Une particularité a faite pour les variables dont la plausibilité biologique était clairement ressortie ou observé dans l'approche empirique. Ensuite, nous avons réalisé une analyse discriminante afin de proposer un modèle de prédiction de la non utilisation de méthodes contraceptives modernes dans la commune de la Ruashi.

L'analyse factorielle (ACP), nous a permis de réduire les nombres de facteurs associées à la non utilisation de méthodes contraceptives, l'indice KMO étant $\geq 0,5$

Considérations éthiques

La recherche dans le domaine de la santé porte sur des êtres humains, les considérations éthiques entrent en jeu dès le début de l'étude. Avant de récolter les données, nous avons obtenu l'autorisation du comité d'éthique de l'Université de Lubumbashi au numéro d'approbation UNILU/CEM/063/2016.

Esutats:

1. Déterminants à la non utilisation de méthodes contraceptives modernes

Tableau I : déterminants à la non utilisation de méthodes contraceptives modernes

Paramètres	ORa	[IC95%]	p-value
Age_femme	1,251	[0,848-1,847]	0,259
Niveau étude(1)	1,609	[0,874-2,964]	0,127
Décision du Mari(1)	1,766	[0,8-3,898]	0,159
Profession(1)	0,702	[0,486-1,014]	0,059
Parité(1)	1,175	[0,738-1,87]	0,497
Religion(1)	0,666	[0,404-1,098]	0,111
Durée au mariage	1,434	[0,958-2,148]	0,08
quartier(1)	0,632	[0,418-0,955]	0,03
EIG<2 (1)	1,012	[0,653-1,57]	0,957
EIG \geq 2(2)	0,825	[0,257-2,652]	0,747
Constante	1,463		0,498

A la lecture du tableau ci-haut, le risque de la non utilisation de méthodes contraceptives modernes était multiplié par 2 lorsque le niveau était bas la différence n'étant pas statistiquement significative (OR 1,6[0,874-2,964]), par 2 lorsque le mari n'adhère pas (OR 1,7[0,8-3,898]) la différence statistique non significative. Dans 40% des cas les femmes habitaient un quartier non urbanisé (OR 0,632 [0,418-0,955]).

2. Modèle prédictif de la non utilisation de méthodes contraceptives modernes

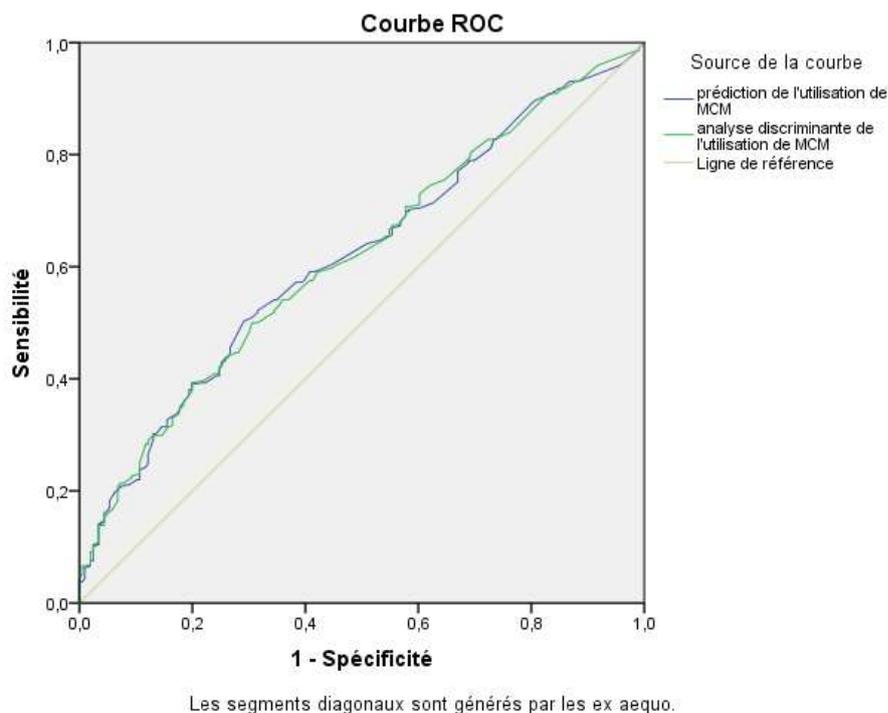


Figure 1 : modèle prédictif de la non utilisation de méthodes contraceptives

Tableau II : La zone sous la courbe de ROC

Zone sous la courbe					
Variable(s) de résultats tests	Zone	Erreur standard ^a	Sig. asymptotique ^b	Intervalle de confiance asymptotique à 95 %	
				Borne inférieure	Borne supérieure
prédiction de l'utilisation de MCM	,617	,025	,000	,569	,665
analyse discriminante de l'utilisation de MCM	,617	,025	,000	,569	,665
Les variables de résultats tests : prédiction de l'utilisation de MCM, analyse discriminante de l'utilisation de MCM comportent au moins un ex aequo entre le groupe d'état réel positif et le groupe d'état réel négatif. Les statistiques peuvent être déformées.					
a. Dans l'hypothèse non-paramétrique					
b. Hypothèse nulle : zone vraie = 0,5					

Le modèle prédictif montre que la probabilités de la non utilisation de méthodes contraceptives de 61,7%. La différence étant hautement significative.

Facteurs associés au non utilisation après la réduction aux dimensions par l'analyse en compasantes principales

Tableau III : Facteurs associés au non utilisation après la réduction aux dimensions par l'analyse en compasantes principales

Paramètres	Vie conjugale	Habitat	Education	Avis du conjoint
Durée au mariage	0,733			
Age femme	0,7			
Quartier		0,831		
Parité		0,762		
Religion			0,676	
Niveau étude			0,603	
Profession			0,54	
Décision du mari				0,902

Il ressort du tableau ci-haut que la durée au mariage (73,3%) et l'âge de la femme(70,0%) ont fortement influencée sur la non utilisation des méthodes à la première dimension regroupé en vie conjugale. Le quartier de résidence (83,1%) et la parité (76,2%) ont été fortement influencée sur la non utilisation des méthodes à la deuxième dimension regroupée en habitat. Le niveau d'étude de la femme (67,6%), la profession (60,3%) ainsi que la religion (54,0%) ont influencé sur la non utilisation des méthodes à la troisième dimension regroupé en vie conjugale. La décision du mari a influencé fortement sur le non utilisation des méthodes à la quatrième dimension regroupée en avis du conjoint.

Prédicteurs à la non utilisation de méthodes après analyse en composante principale

Tableau III : Prédicteurs de la non utilisation des méthodes après analyse en composante principale

Paramètres	ORa	[IC95%]	p-value
Vie conjugale	1,239	[1,026-1,497]	0,026
Urbaine	0,888	[0,742-1,062]	0,193
Education	0,742	[0,613-0,898]	0,002
Avis du conjoint	1,163	[0,97-1,396]	0,104
Constante	1,578		0

Le tableau III rapporte que le risque de la non utilisation de méthodes contraceptive tend à se multiplier par 1,3 si instabilité conjugale. Dans 25% des cas le risque de la non utilisation des méthodes si la femme n'est pas éduquée.

Discussion:

1. Déterminants à la non utilisation de méthodes contraceptives modernes

Notre étude révèle que le risque de la non utilisation des méthodes contraceptives modernes était multiplié par 2 : lorsque le niveau d'étude était bas, la différence n'étant pas statistiquement significative (OR 1,6[0,874-2,964]), lorsque le mari n'adhère pas (OR 1,7 [0,8-3,898]) et la différence statistique était non significative. Dans 40% des cas les femmes habitaient un quartier non urbanisé (OR 0,632 [0,418-0,955]).

Les méthodes modernes étaient le plus souvent employées dans le groupe d'âge de 15-24 ans et les méthodes traditionnelles étaient le plus couramment utilisées dans le groupe d'âge 35 ans ou plus, bien que les différences n'étaient pas statistiquement significative.

Une association significative a également été observée entre les niveaux d'éducation et l'utilisation de toute technique de PF ($P < 0,05$) ou la préférence des méthodes modernes par rapport aux méthodes traditionnelles. L'utilisation des techniques modernes de PF était plus élevée chez les femmes.

L'âge de la femme était associé négativement au besoin total non satisfait de PF, ce qui signifie qu'à mesure que les femmes vieillissent, le besoin non satisfait de PF diminue. Le nombre d'enfants s'est révélé être un déterminant positivement associé des besoins totaux non satisfaits d'une femme. De plus, le niveau d'éducation de la femme était associé négativement - à mesure que l'éducation d'une femme s'améliore, son besoin total non satisfait diminue. Les raisons fréquemment évoquées pour la non-utilisation de la contraception étaient l'opposition du mari ou de la peur de l'infidélité, ainsi que la peur de la femme des effets secondaires ou d'autres problèmes de santé liés aux méthodes contraceptives.

Par contre en Inde Les résultats des entretiens qualitatifs en [38] décrivent cependant comment les attitudes positives envers les formes modernes de contraception et une compréhension claire des effets secondaires réels liés à certaines méthodes de PF sont plus courantes chez les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé.

2. Facteurs associés au non utilisation après la réduction aux dimensions par l'analyse en composantes principales

Il ressort de cette étude que la durée au mariage (73,3%) et l'âge de la femme (70,0%) ont fortement influencé sur la non utilisation des méthodes à la première dimension regroupée en vie conjugale. Le quartier de résidence (83,1%) et la parité (76,2%) ont été fortement influencé sur la non utilisation des méthodes à la deuxième dimension regroupée en habitat. Le niveau d'étude de la femme (67,6%), la profession (60,3%) ainsi que la religion (54,0%) ont influencé sur la non utilisation des méthodes à la troisième dimension regroupée en vie conjugale.

La décision du mari a influencé fortement sur le non utilisation des méthodes à la quatrième dimension regroupée en avis du conjoint.

Le constat révèle par Nketiah-Amponsah et coll. montre que, les femmes qui prennent des décisions sur la santé en collaboration avec leurs partenaires sont plus susceptibles d'utiliser des contraceptifs modernes par rapport aux femmes qui prennent des décisions sur la santé seules (Afr J Reprod Health 2012 ; 16[3] :

Le partenaire doit être informé, approuvé sa participation primauté 6 / EDS II, 1994 et que le centre doit avoir des diverses méthodes contraceptives pour faciliter leur contact et leur choix.

L'avis du partenaire (homme) sur cette question de planification familiale montre l'intérêt de la discussion au sein du couple, démarches qui, en faisant jouer les rapports de sexe, est susceptible d'amener des changements et de favoriser des points de vue.

Quand l'homme prend la décision de la planification familiale la femme s'incline sans problème or c'est souvent les hommes qui sont à la source du blocage de la planification familiale même si sa femme court les risques de santé. Or l'utilisation de la contraception relève le plus souvent de la volonté de deux partenaires qui font le choix de la planification familiale pour réaliser leur projet de fécondité.

L'absence de discussion de la contraception entre conjoints et une opinion défavorable de l'homme à la planification familiale sont préjudiciables à la pratique contraceptive (44). 43% dans notre étude n'utilisent aucune méthode contraceptive par soumission des femmes aux décisions de l'homme et surtout si l'homme est très âgé par rapport à la femme de ne pas les utiliser en tenant compte des coutumes, de la culture pro nataliste ou parfois des rumeurs. Parfois l'homme reçoit les instructions venant de sa famille de ne pas prendre des mesures sur méthodes contraceptives.

dans les milieux patriarcaux où les hommes sont les seuls décideurs [21] ou les épouses considérées comme la propriété des hommes [39], les femmes sont censés exécuter simplement les idéaux de reproduction de leurs maris. Néanmoins, même dans des contextes de normes sexospécifiques restrictives, les femmes ont signalé des stratégies d'adaptation spécifiques afin de maintenir un certain niveau d'autonomie sexuelle, comme l'utilisation secrète de la contraception [21, 40] ou des formes de contournement des contacts sexuels socialement acceptable [39]. il semble, cependant, qu'une femme 'est dépendante de travail ou de l'état

des revenus, et donc un revenu disponible plus élevé et le pouvoir de prise de décision économique, permet également une plus grande autonomie reproductive [33, 36, 37, 43, 44].

La croyance musulmane était fortement associée à une augmentation a démontré que la communication entre mari en cas de besoin non satisfait par rapport à l'hindouisme [45]; chez une femme et sa femme façonnent activement les décisions sur l'utilisation de la contraception, étude au Ghana [46]. Le catholicisme était fortement associé en particulier par rapport au nombre global de avec une diminution des besoins non satisfaits par rapport aux autres enfants, et ainsi affecter la perception des besoins non satisfaits croyances religieuses; et dans une étude ougandaise [47].

Étant donné le rôle central que la procréation occupe dans la plupart des sociétés, les programmes de santé reproductive doivent être stratégiquement adaptés pour répondre aux préoccupations culturelles ou traditionnelles spécifiques qui empêchent les femmes des PRFI de se lancer dans la PF. Devraient être en mesure de réduire les obstacles culturels dans une certaine mesure pour les femmes de répondre adéquatement en particulier les fournisseurs de soins de santé 's préoccupations sur les méthodes de PF modernes [59, 60]. La première étape vers la fourniture de services sensibles sur le plan culturel comprend des services bien situés, conviviaux, respectueux et confidentiels [61]. Intégrer les services de PF dans la prestation d'autres.

3. Prédicteurs à la non utilisation de méthodes après analyse en composante principale

Notre étude rapporte que le risque de la non utilisation de méthodes contraceptive tend à se multiplier par 1,3 si instabilité conjugale. Dans 25% des cas le risque de la non utilisation des méthodes si la femme n'est pas éduquée.

On n'a pas trouvé dans la littérature une étude type qui a parlé sur le prédicteur a la non utilisation de méthodes après analyse en composante principale.

Conclusion:

Au terme de cette étude, l'utilisation de méthodes contraceptives modernes étaient influencées le niveau d'étude bas de la femme et la décision du mari avec une courbe de prédiction significative. Après réduction des dimensions les facteurs clés de l'utilisation de méthodes ont été la vie conjugale, l'habitat, l'éducation et l'avis du conjoint qui après modélisation seuls la vie conjugale (décision dans le couple) et le niveau d'éducation ont été les déterminants l'utilisation des méthodes contraceptives.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Tous les auteurs ont contribué à la réalisation de ce travail ; ils ont lu et approuvé la version finale du manuscrit.

Références bibliographiques :

- [1] Westoff CF. Mesurer le besoin non satisfait de contraception. Commentaire sur les bongaarts. Popul Dev Rev.1992 ; 18 : 123 - 5.
- [2] Bongaarts J, Bruce J. Les causes du besoin non satisfait de contraception et le contenu social des services. Stud Fam Plann. 1995 ; 26 : 57 - 75.
- [3] Nortman DL. Mesurer le besoin non satisfait de contraception pour espacer et limiter les naissances. Int Fam Plan Perspect. 1982 ; 8 : 125 - 34.
- [4] Westoff CF, Pebley AR : Mesures alternatives des besoins non satisfaits de planification familiale dans les pays en développement. Int Fam Plan Perspect. 1981 ; 7: 126 - 136.
- [5] Ashford L : Besoin non satisfait de planification familiale : tendances récentes et leurs implications pour les programmes. Measure Communication Policy Brief, PRB, rédacteur en chef ; 2003.
- [6] Bradley SE., Croft TN, Fishel JD, Westoff CF. Révision des besoins non satisfaits en planification familiale - Etudes analytiques EDS 25. ICF Int Calverton Md USA. 2012: 1-75.
- [7] Casterline JB, Sinding SW. Besoin non satisfait de planification familiale dans les pays en développement et implications pour la politique démographique. Popul Dev Rev.2000; 26: 691 - 723.

- [8] Hailemariam A, Haddis F. Facteurs affectant les besoins non satisfaits de planification familiale dans la région des nations, nationalités et peuples du Sud, Ethiopie. *Ethiop J Health Sci.* 2011; 21: 77 - 89.
- [9] Palamuleni ME. Facteurs socio-économiques et démographiques affectant l'utilisation des contraceptifs au Malawi. *Afr J Reprod Health.* 2013; 17: 91 - 104. Page 14 sur 15
- [10] Adeyemi AB, Ijadunola KT, Orji EO, Kuti O, Alabi MM. Le besoin non satisfait de contraception chez les femmes nigérianes au cours de la première année post-partum. *Soins de santé reproductive Eur J Contracept.* 2005; 10: 229 - 234.
- [11] Igwegbe, O. Anthony, Joseph OU, Emmanuel NM: Prévalence et déterminants des besoins non satisfaits de planification familiale à Nnewi, sud-est du Nigéria. *Int J Med Med Sci.* 2009; 1: 325 - 329.
- [12] Mekonnen W, Worku A. Déterminants de la faible utilisation de la planification familiale et des besoins non satisfaits élevés dans le district de Butajira. Centre sud de l'Éthiopie. *Santé de la reproduction.* 2011; 8: 37.
- [13] Sengh G, Bankole A, Singh S: Les femmes ayant un besoin non satisfait de contraception dans les pays en développement et leurs raisons de ne pas utiliser de méthode. *Institut Guttmacher;* 2007: 74.8.60.202. [Rapport occasionnel]
- [14] Govindasamy P, Boadi E, Seror V, Costet N, Ayme S, Alary M, et al. Une décennie de besoins non satisfaits en matière de contraception au Ghana: implications programmatiques et politiques. *Journal Gynécologie Obstétrique Trique Biol Reprod.* 2000; 29: 492 - 500.
- [15] Shaikh BT. Besoin non satisfait de planification familiale au Pakistan. *PDHS 2006 - 2007. Il ' temps s à Réexaminer un Déjà Vu. Open Access J Contracept* 2010: 113-118.
- [16] Westoff CF, Bankole A. Tendances de la demande de limitation familiale dans les pays en développement. *Int Fam Plan Perspect.* 2000; 26: 56 - 97.
- [17] Okonofua FE, Odimegwu C, Ajobor H, Daru PH, Johnson A. Évaluation de la prévalence et des déterminants de la grossesse non désirée et de l'avortement provoqué au Nigeria. *Stud Fam Plann.* 1999; 30: 67 - 77.
- [18] Agence des États-Unis pour le développement international. (USAID): Planification familiale et OMD. Sauver des vies, économiser des ressources. *Commande de travail* 2009, 1: 8.
- [19] Kabagenyi A, Jennings L, Reid A, Nalwadda G, Ntozi J, Atuyambe L. Obstacles à la participation des hommes aux services de contraception et de santé reproductive. Une étude qualitative des hommes et des femmes « la perception dans deux districts ruraux en Ouganda. *Santé de la reproduction.* 2014; 11: 21.
- [20] Longwé A, J Smits, de Jong E: nombre et l' espacement des enfants et des femmes ' emploi s en Afrique. *Nijmegen Cent Econ NiCE Work Pap* 2013: 13 - 103.
- [21] Mosha I, Ruben R, Kakoko D. Décisions, perceptions et dynamiques de genre en matière de planification familiale parmi les couples à Mwanza, Tanzanie. Une étude qualitative. *Santé publique BMC.* 2013; 13: 523.
- [22] Cates WJ. Planification familiale. Le lien essentiel pour atteindre les huit objectifs de développement du millénaire. *La contraception.* 2010; 81: 460 - 1.
- [23] Hill K, Choi Y. Mortalité maternelle en 2000. Estimations élaborées par l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA. *Organisation Mondiale de la Santé;* 2004.
- [24] Organisation mondiale de la santé, HRP - Programme spécial PNUD / FNUAP / Banque mondiale de recherche, développement et formation à la recherche en reproduction humaine. Les hommes kenyans s'intéressent à la planification familiale, mais les services disponibles peuvent-ils répondre à leurs besoins? *Notes de politique de Soc Sci Res.* 1999; 1: 1 - 2.
- [25] Blanc AK, voie AA. Comportement sexuel et connaissance et utilisation de la contraception chez les adolescents des pays en développement. *Stud Fam Plann.* 1998; 29: 106 - 16.

- [26] Arksey H, O'Malley L. Études de cadrage. Vers un cadre méthodologique. *Int J Soc Res Methodol.* 2005; 8: 19 - 32.
- [27] Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Planification familiale: l'agenda inachevé. *Lancette.* 2006; 368: 1810 - 27.
- [28] Bryman A. Obstacles à l'intégration de la recherche quantitative et qualitative. *J Méthodes de mélange Rés.* 2007; 1: 8 - 22.
- [29] Creswell JW, Plano Clark VL. Conception et réalisation de recherches sur les méthodes mixtes. 2e éd. Thousand Oaks: Publications SAGE; 2010.
- [30] Creswell JW, Tashakkori A. Développement de manuscrits de méthodes mixtes publiables. *J Méthodes de mélange Rés.* 2007; 1: 107 - 11.
- [31] Pluye P, Gagnon MP, Griffiths F, Johnson-Lafleur J. Un système de notation pour évaluer la recherche de méthodes mixtes et évaluer simultanément des études primaires de méthodes qualitatives, quantitatives et mixtes dans des revues d'études mixtes. *Int J Nurs Stud.* 2009; 46: 529 - 46.
- [32] Ridde V, Morestin F. Une revue de la littérature sur l'abolition des frais d'utilisation dans les services de santé en Afrique. *Plan de politique sanitaire.* 2011; 26: 1 - 11.
- [33] Imasiku ENS, Odimegwu CO, Adedini SA, Ononokpono DN. Variations des besoins non satisfaits de contraception en Zambie. L'ethnicité joue-t-elle un rôle? *J Biosoc Sci.* 2014; 46: 294 - 315.
- [34] Paudel IS, Budhathoki SS. Besoins non satisfaits de planification familiale à Sunsari, Népal oriental. *Santé Renaiss.* 2011; 9: 148 - 151.
- [35] Ward VM, Bertrand JT, Puac F. Explorer les barrières socioculturelles à la planification familiale chez les Mayas au Guatemala. *Int Fam Plan Perspect.* 1992; 18: 59 - 65.
- [36] Ali AAA, Okud A. Facteurs affectant les besoins non satisfaits de planification familiale dans l'est du Soudan. *Santé publique BMC.* 2013; 13: 102.
- [37] Ndaruhuye DM, Broekhuis A, Hooimeijer P. Demande et besoin non satisfait de moyens de limitation de la famille au Rwanda. *Int Perspect Sex Reprod Health.* 2009; 3: 122 - 30.
- [38] Hall MAK, Stephenson RB, Juvekar S. Obstacles sociaux et logistiques à l'utilisation de la contraception réversible chez les femmes d'un village rural indien. *J Health Popul Nutr.* 2008; 26: 241 - 50.
- [39] Bawah AA, Akweongo P, Simmons R, Phillips JF. Les femmes « Les craintes et les hommes » angoissés s. L'impact de la planification familiale sur les relations entre les sexes dans le nord du Ghana. *Stud Fam Plann.* 1999; 30: 54 - 66.
- [40] Kaida A, Kippi W, Hessel P, Konde-Lule J. Participation des hommes à la planification familiale. Résultats d'une étude qualitative dans le district de Mpigi, en Ouganda. *J Biosoc Sci.* 2005; 37: 18.
- [41] Plummer ML, Wight D, Wamoyi J, Mshana G, Hayes RJ, Ross DA. Cultiver avec votre houe dans un sac. Attitudes, accès et utilisation du préservatif en Tanzanie rurale. *Stud Fam Plann.* 2006; 37: 29 - 40.
- [42] Kotb Sultan M, Bakr I, Ahmed Ismail N, Arafa N. Prévalence des besoins non satisfaits en matière de contraception chez les femmes égyptiennes. Une étude communautaire. *J Prev Med Hyg.* 2010; 51: 62 - 6.
- [43] Woldemicael G, Beaujot R. Femmes actuellement mariées avec un besoin non satisfait de contraception en Érythrée. Profil et déterminants. *Can Stud Popul.* 2011; 38 de : 61 - 81.
- [44] Prateek SS, Saurabh RS. Pratiques contraceptives adoptées par les femmes fréquentant un centre de santé urbain. *Afr Health Sci.* 2012; 12: 416 - 21.
- [45] Bhandari GP, Premarajan KC, Jha N, Yadav BK, Paudel IS, Nagesh S: Prévalence et déterminants des besoins non satisfaits de planification familiale dans un district de la région orientale du Népal. *Kathmandu Univ Med J.* 2006; 4 (2): 8.
- [46] Machiyama K, Cleland J. Regards sur les besoins non satisfaits au Ghana. Londres: École d'hygiène et de médecine tropicale de Londres; 2013.

- [47] Wablembo MS, Notzi J, Kwagala B. La discussion de couple influence-t-elle les besoins non satisfaits de planification familiale en Ouganda? Documents pédagogiques de Princeton, 2011.
- [48] Ahmed S, Ayesha K, Adnan Ahmad K. Implications politiques et programmatiques des besoins non satisfaits en matière de planification familiale au Pakistan. *J Pak Med Assoc.* 2011; 63 (3):16 - 20.
- [49] Casterline JB, Sathar ZA, Haque M. Obstacles à l'utilisation de la contraception au Pakistan: une étude au Pendjab. *Stud Fam Plann.* 2001; 32: 95 - 110.
- [50] Sonalkar S, Mody S, Phillips S, Gaffield ME. Aspects programmatiques de la planification familiale post-partum dans les pays en développement. Une analyse qualitative des entretiens avec des informateurs clés au Kenya et en Éthiopie. *Afr J Reprod Health.* 2013; 17: 54 - 6.
- [51] Barro RJ, Becker GS. Choix de fertilité dans un modèle de croissance économique. *Econometrica.* 1989; 57: 481 - 501.
- [52] Kalemli-Ozcan S. Un modèle stochastique de mortalité, de fécondité et d'investissement dans le capital humain. *J Dev Econ.* 2003; 70: 103 - 18.
- [53] Sah RK. Les effets de l'évolution de la mortalité infantile sur le choix de fécondité et le bien-être parental. *J Polit Econ.* 1991; 99: 582 - 606.
- [54] Roudi-Fahimi F, Monem AA, Ashford L, El-Adawy M. Femmes ' besoin de la planification familiale dans les pays arabes. Fonds des Nations Unies pour la population *Popul Ref Bur.* 2012: 1-8.
- [55] Knibbs S, Price N. L'éducation par les pairs dans les programmes de santé sexuelle et reproductive: une étude de cas au Cambodge. *Dev Pract.* 2009; 19: 39 - 50.
- [56] Ochieng BM. Promotion de la santé des adolescents: la valeur d'être un pair leader dans un programme d'éducation / promotion de la santé par les pairs. *Health Educ J.* 2003; 62: 61 - 72.
- [57] Miller G. La contraception comme développement? nouvelles preuves de la planification familiale en Colombie *. *Econ J.* 2010; 120: 709 - 36.
- [58] Hirsch JS. Catholiques utilisant des contraceptifs: religion, planification familiale et agence d'interprétation dans les régions rurales du Mexique. *Stud Fam Plann.* 2008; 39: 93 - 104.
- [59] Brown W, Ottney A, Nguyen S. Briser la barrière: le modèle de croyance en santé et les perceptions des patients concernant la contraception. *La contraception.* 2011; 83: 453 - 8.
- [60] Jaccard J, Helbig DW, Wan CK, Gutman MA, Kritz-Silverstein DC. La prédiction de l'utilisation précise de la contraception à partir des attitudes et des connaissances. *Health Educ Behav.* 1996; 23: 17 - 33.
- [61] Swann C, Bowe K, Kosmin M, McCormick G. Grossesse et parentalité chez les adolescentes: un examen des critiques. Briefing sur les preuves. Agence de développement sanitaire de Londres; 2003
- [62] Duerr A, Hurst S, Kourtis AP, Rutenberg N, Jamieson DJ. Intégrer la planification familiale et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant dans les contextes à ressources limitées. *Lancette.* 2005; 366: 261 - 3.
- [63] Huntington D, Aplogan A. L'intégration des services de planification familiale et de vaccination infantile au Togo. *Stud Fam Plann.* 1994; 25: 176 - 83.