



République du Burundi
LE MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA
LUTTE CONTRE LE SIDA
Programme National de Santé de la Reproduction

Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique
contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services
de planification familiale au Burundi

RAPPORT DEFINITIF

Mai 2014

Table des matières

TABLE DES MATIÈRES	I
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	III
LISTE DES TABLEAUX	IV
LISTE DES FIGURES	VI
RESUME EXECUTIF	1
INTRODUCTION	4
I. CONTEXTE ET JUSTIFICATION	5
I.1. PROBLÉMATIQUE	5
I.2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	6
I.3. HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE	6
I.4. MODÈLE CONCEPTUEL DES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE PF	6
II. MÉTHODOLOGIE.....	9
II.1. TYPE D'ÉTUDE	9
II.2. CHAMP D'ÉTUDE ET POPULATION CIBLE	9
II.3. VARIABLES PRONOSTIQUES.....	10
II.3.1. Variables socio-économiques, démographiques et culturelles	10
II.3.2. Variables comportementales.....	10
II.3.3. Variables liées à l'offre de la contraception	10
II.4. DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES SUR LE TERRAIN	11
II.4.1. Enquête au niveau de la communauté	11
II.4.2. Enquête dans les FOSA	11
II.5. TRAITEMENT ET EXPLOITATION DES DONNÉES	11
III. RÉSULTATS ET DISCUSSION	13
III. 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON POUR L'ENQUÊTE DANS LES MÉNAGES	13
III.1.1. Couverture de l'échantillon.....	13
III.1.2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées.....	13
III.1.3. Antécédents obstétricaux des enquêtées	14
III.2. CONNAISSANCES SUR LES MÉTHODES CONTRACEPTIVES.....	18
III.2.1. Information au sujet des méthodes contraceptives	18
III.2.2. Méthodes contraceptives entendues	19
III.2.3. Principales sources d'informations	20
III.2.4. Connaissance des sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives.....	21
III.2.5. Lieu d'approvisionnement en méthodes de PF	22
III.3. UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	24
III.3.1. Perception de l'utilité des méthodes contraceptives.....	24
III.3.2. Utilisation antérieure de méthodes contraceptives.....	24
III.3.3. Types de Méthodes contraceptives déjà utilisées	25
III.3.3. Prévalence contraceptive dans la zone d'enquête	26

III. 4. ABANDON DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE	29
III.4.1. Arrêt de la méthode contraceptive utilisée	29
III.4.2. Raisons d'arrêt de la pratique contraceptive selon les résultats de l'analyse quantitative	29
III.4.3 Ampleur de l'abandon de la pratique contraceptive	29
III. 4.4. Causes d'abandon de la pratique contraceptive	30
III. 5. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	39
III.5.1. Prévalence contraceptive dans la zone d'enquête	39
III.5.2. Contexte politique et institutionnel	40
III.5.3. Contexte socio-économique, culturel et démographique	42
III.5.4. Facteurs comportementaux	46
III.5.5. Offre de la contraception	50
III. 6. IMPORTANCE RELATIVE DES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES MÉTHODES CONTRACEPTIVES	56
III.6.1. Rôle et utilisation des méthodes d'analyse multivariée	56
III.6.2. Présentation et interprétation des résultats	57
III. 7. FACTEURS EXPLICATIFS DES DISPARITÉS PROVINCIALES	59
III. 8. FACTEURS SUSCEPTIBLES D'AMÉLIORER LA CONTINUITÉ DE LA PRATIQUE CONTRACEPTIVE	62
IV. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	64
CONCLUSION	64
RECOMMANDATIONS	65
V. BIBLIOGRAPHIE	67
ANNEXES	68
A.1. PLAN DE SONDAGE	68
A.1.1.. Plan de sondage	68
A.1.2. Base de sondage et Mode de Tirage	68
A.2.. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON	68
A.2.1. Échantillonnage au niveau des ménages	68
A.2.2. Échantillonnage au niveau des FOSA	70
A.3. OUTILS DE COLLECTE DE DONNÉES	73
Questionnaire pour le responsable du service de PF	74
Grille d'observation dans la FOSA	81
Questionnaire à adresser à la femme de 15-49 ans dans le ménage	84
Focus Group avec les femmes	93
Focus Group pour les hommes	95
Guide d'interviews avec le Médecin Directeur de la province sanitaire	96
Guide d'interviews avec les Leaders religieux : un prêtre/un Pasteur	97
PERSONNEL DE L'ENQUÊTE	98
I. COMITÉ DE PILOTAGE	98
II. ÉQUIPE DES CONSULTANTS	98

Liste des sigles et acronymes

BDS	: Bureau de District Sanitaire
BESD	: Bureau d'Études Statistiques et Démographiques
BPS	: Bureau de Province Sanitaire
CAP	: Connaissances Attitudes et Pratiques
CDS	: centre de santé
DIU	: Dispositif Intra-Utérin
EDSB II	: Enquête démographique et de Santé du Burundi de deuxième génération
EPS	: Éducation Pour la Santé
FG	: Focus Group
FGF	: Focus Group pour Femmes
FOSA	: Formation Sanitaire
IEC	: Information Éducation communication
IST/VIH	: Infection Sexuellement Transmissible /Virus de l'Immunodéficience Humaine
ISTEEBU	: Institut de la Statistique et des Études Économiques du Burundi
KfW	: Kreditanstalt für Wiederaufbau
MICS	: Multiple Indicator Cluster Surveys
MSPLS	: Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA
OR	: Odds Ratio
PF	: Planification familiale
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PSI	: Population Services International
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'Habitat
SMI/PF	: Santé Maternelle et Infantile/ Planification Familiale
UPS	: Unités Primaires de Sondage
VIF	: Variance Inflation Factor
ZD	: Zone de dénombrement

Liste des tableaux

Tableau 1: Répartition des enquêtées en fonction des provinces d'étude	13
Tableau 2. Répartition des enquêtées selon leurs caractéristiques sociodémographiques.....	14
Tableau 3: Répartition des enquêtées selon les antécédents obstétricaux	15
Tableau 4: Age moyen de début de grossesse des enquêtées par province	15
Tableau 5: Nombre d'accouchements selon l'âge.....	16
Tableau 6. Information des répondantes sur les méthodes contraceptives selon les provinces	18
Tableau 7: Nombre de méthodes déjà entendues selon la province	19
Tableau 8. Source d'information au sujet des méthodes contraceptives	20
Tableau 9: Connaissance des endroits où elles peuvent obtenir une méthode de PF/contraception	21
Tableau 10. Répartition des enquêtées selon qu'elles ont déjà utilisé ou pas une méthode contraceptive.....	24
Tableau 11: Répartition des enquêtées selon l'utilisation d'une méthode contraceptive.....	26
Tableau 12. Répartition par province des enquêtées selon l'utilisation d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête	26
Tableau 13: Répartition des enquêtées selon la contraception utilisée au moment de l'enquête	27
Tableau 14: Causes d'arrêt de l'utilisation des méthodes de PF selon l'enquête quantitative réalisée auprès des ménages.....	29
Tableau 15: Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du niveau d'éducation	42
Tableau 16: Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de la profession.....	42
Tableau 17. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du niveau du bien-être	43
Tableau 18.Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du milieu de résidence	44
Tableau 19. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de la Religion	44
Tableau 20. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de l'âge.....	45
Tableau 21.Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de l'attitude du mari face à la PF	46
Tableau 22. Utilisation des méthodes contraceptives selon que les méthodes de PF font l'objet de discussion au sein du couple	47
Tableau 23 : Répartition des utilisatrices en fonction de la source de la décision.....	47
Tableau 24.Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du nombre d'enfants en vie	48
Tableau 25. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du nombre d'enfants encore souhaités	48
Tableau 26: Utilisation des méthodes contraceptives selon le nombre de méthodes déjà entendu	49
Tableau 27. Utilisation des méthodes contraceptives selon qu'elles ont déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de PF dans leur communauté	49
Tableau 28 : Qualité des infrastructures de PF.....	50
Tableau 29. Comparaison du nombre moyen de nouvelles utilisatrices selon que la salle est séparée ou partagée .	51
Tableau 30 : Disponibilité des méthodes contraceptive selon les utilisatrices	52
Tableau 31 : De la formation des prestataires dans les services de PF	52
Tableau 32: Compétences cliniques et communicationnelles des prestataires des services de PF (Résultat de l'observation dans les services de PF	53

Tableau 33 : Compétences cliniques et communicationnelles des prestataires des services de PF (Enquête au niveau des ménages)	54
Tableau 34: Résultats du modèle de régression logistique	57
Tableau 35: Niveau de dialogue au sein du couple selon les provinces	59
Tableau 36: Attitude du partenaire face à la PF selon la province	59
Tableau 37: Information sur les effets secondaires des méthodes contraceptives selon les provinces	60
Tableau 38: Religion des enquêtées en fonction de la province	61
Tableau 39: Répartition des ménages et ZD par province cible	68
Tableau 40: Répartition de l'échantillon et ZD par province	69
Tableau 41: Répartition de l'échantillon selon le milieu de résidence.....	70
Tableau 42: Répartition de l'échantillon des FOSA par Province.....	70
Tableau 43: Les variables à mettre dans le modèle	71
Tableau 44: Tolérance et VIF pour les variables dépendantes.....	71
Tableau 45: Répartition des enquêtées selon l'âge de leur première grossesse	72

Liste des figures

Figure 1: Modèle conceptuel de l'analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives	8
Figure 2. Types de méthodes contraceptives entendues (en pourcentage)	19
Figure 3. Répartition des enquêtés selon le lieu où elles peuvent obtenir les méthodes de PF	22
Figure 4. Répartition des enquêtées selon les méthodes déjà utilisées.....	25
Figure 5: Répartition des causes d'abandon de la pratique contraceptive selon les prestataires	30
Figure 6. Prévalence contraceptive dans la zone d'enquête	39
Figure 7 : Répartition des FOSA en fonction du nombre de jours qu'elles offrent le service de PF	51

RESUME EXECUTIF

La présente étude porte sur « ***l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi*** ». Elle vise l'analyse approfondie de la qualité des soins offerts dans les services de planification familiale, de l'ampleur d'abandon de la pratique contraceptive et ses causes sous-jacentes ainsi que des facteurs susceptibles d'influencer la continuité de la pratique contraceptive.

L'enquête sur terrain a été réalisée dans huit provinces du Burundi, dont quatre Ngozi (50,1%) Bujumbura Mairie (42,6%), Ruyigi (33,0%) et Muyinga (27,4%) qui présentent des taux de prévalence contraceptive plus élevés que la moyenne nationale (25,3%) et quatre autres Makamba (18,9%), Gitega (17,7%), Bururi (13,8%) et Mwaro (10,5%) qui accusent des taux inférieurs à la moyenne nationale, et cela pendant plus de trois années consécutives (Bilan Annuel du PNSR, 2012).

L'objectif général de l'étude est d'évaluer l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive et d'identifier les déterminants de l'utilisation des services de Planification Familiale (PF). De façon spécifique, l'étude se propose de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est l'ampleur du phénomène d'abandon de la pratique contraceptive et quelles en sont les causes ?
- Quels sont les facteurs susceptibles d'améliorer la continuité de la pratique contraceptive ?
- Quels sont les facteurs pouvant expliquer les disparités provinciales quant à l'utilisation des méthodes contraceptives ?
- Quels sont les principaux obstacles à l'adoption des méthodes contraceptives ?
- Quelles sont les perceptions des utilisatrices quant à la qualité et l'organisation des services de PF ?
- Les connaissances et les compétences cliniques et communicationnelles des prestataires permettent-elles d'offrir des services de PF de qualité aux utilisatrices ?
- Quels sont les attitudes et comportements des prestataires par rapport à l'offre de services de PF ?

Pour répondre à ces différentes questions, nous avons fait recours aux méthodes tant quantitatives que qualitatives. Les méthodes quantitatives ont constitué en la collecte d'informations au niveau des ménages, qui ont fourni des variables sociodémographiques, économiques et comportementales présumées comme étant des variables indépendantes de l'utilisation ou non des méthodes contraceptives.

Les méthodes qualitatives ont consisté en l'observation de l'organisation, de l'utilisation et de la qualité du service de PF dans un échantillon de CDS des provinces concernées par l'étude ; l'organisation séparée des séances de discussions en groupes focalisés (Focus groups) auprès des femmes et des hommes ; ainsi que l'organisation des interviews auprès d'informateurs clés (les médecins directeurs de province sanitaire et les leaders religieux).

L'existence ou non de relations entre la principale variable d'intérêt (l'utilisation ou non du service de PF) et chacun des facteurs pressentis comme déterminants a été testé au moyen d'une analyse bi-variée. L'analyse multi-variée quant à elle, a permis de faire ressortir les facteurs déterminant l'utilisation des services de PF et leur hiérarchisation en fonction de leur pouvoir explicatif.

Les principaux résultats obtenus:

1. La prévalence contraceptive globale est de 31,3% dans l'ensemble des huit provinces. La présente étude confirme l'existence des disparités interprovinciales pour ce qui est de l'utilisation des méthodes contraceptives. Les provinces ayant les prévalences contraceptives les plus élevées sont par ordre d'importance décroissante : Ngozi (50,4%), Muyinga (44,8%), Ruyigi (34,4%) et Bujumbura Mairie (32,3%). Les provinces qui affichent des prévalences les plus faibles sont par ordre d'importance croissante : Bururi (10,7%), Mwaro (11,8%), Makamba (12,8%) et Gitega (17,4%). Ces résultats corroborent ainsi les résultats du PNSR.
2. Les variables explicatives les plus importantes de l'utilisation des méthodes contraceptives sont au nombre de huit: (i) la province, (ii) le niveau d'éducation de la femme, (iii) sa religion, (iv) l'attitude du partenaire face à la PF, (v) âge, (vi) le nombre d'enfants en vie, (vii) la discussion au sein du couple au sujet des méthodes de PF et (viii) le fait d'avoir entendu parler des effets néfastes des méthodes de PF. En revanche, les facteurs tels que la profession de la femme, le niveau de bien-être du ménage ou le milieu de vie du ménage (urbain ou rural) n'influent pas directement et significativement l'utilisation des méthodes contraceptives.
3. L'analyse multivariée (ici nous avons utilisé la méthode de régression logistique) a permis quant à elle de fournir l'effet sur l'utilisation des méthodes contraceptives de chacune des variables indépendantes en présence des autres. Les résultats de cette analyse sont les suivants:
 - Concernant la province, une femme de Ngozi a environ sept fois plus de chances (OR= 6,86) d'utiliser les méthodes contraceptives que celle de la province de Bururi;
 - Pour ce qui est du niveau de discussion au sein du couple, il contribue à plus de 3 fois (OR= 3,07) à l'utilisation des méthodes contraceptives par rapport à une situation dans laquelle le couple n'engage pas ce genre de discussion;
 - Pour la religion, une femme musulmane a environ deux fois plus de chances (OR=1,81) d'utiliser les méthodes contraceptives que celle de la religion catholique. Par contre, au seuil de signification de 10%, une femme de l'église pentecôte a environ 0,3 fois (OR=0,690) moins de chance d'utiliser des méthodes contraceptives que celle de la religion catholique.
 - Concernant le niveau de connaissance des méthodes contraceptives, une femme ayant déjà entendu parler des effets secondaires des méthodes de PF a 1,4 fois plus de chance d'utiliser ces méthodes que celle qui n'en a jamais entendu parler.
 - Par rapport à l'attitude du partenaire, une femme dont le partenaire est contre l'utilisation des méthodes de PF a 0,4 fois moins de chance d'utiliser une méthode contraceptive que celle dont le partenaire est en faveur de la PF.

Deux variables parmi les huit explicatives de l'utilisation des services de PF, « les méthodes de PF font l'objet de discussion en couple » et « Avoir déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de PF dans sa communauté » semblent réparties de façon significativement différente dans les provinces ayant une prévalence d'utilisation des méthodes de PF élevée par rapport aux provinces de faible prévalence d'utilisation de ces méthodes, avec respectivement un Chi-deux de 47,256 ($p = 000$) et 101,464 ($p = 0000$).

4. Le taux d'abandon de la pratique contraceptive au sein des femmes des huit provinces concernées par la présente étude, définie comme étant la proportion de femmes ayant été sous l'une ou l'autre méthode, mais qui l'ont arrêté pour une autre raison que le désir d'avoir un enfant, est de 25,1%.
5. Les causes principales d'abandon des méthodes contraceptives évoqués sont : la fréquence et la gravité des effets secondaires, la mauvaise qualité de prise en charge des effets secondaires, l'insuffisance de compétences techniques des prestataires en service de PF, les enseignements religieux, les rumeurs et idées conçues, le poids de la culture burundaise pro-nataliste et l'absence d'entente dans le couple au sujet de l'adoption et l'utilisation des méthodes de PF.
6. Les facteurs favorisant la continuité de la pratique contraceptive sont essentiellement la communication autour des effets secondaires, la prise en charge correcte des effets secondaires, la compétence des prestataires et le renforcement du dialogue en rapport avec la PF au sein des couples.
7. L'appréciation des services de PF par les utilisatrices est globalement positive en ce sens qu'elles en comprennent l'importance. Cependant des insuffisances sont soulignées par certaines utilisatrices en termes de faible niveau d'accueil des prestataires, d'indisponibilité de certaines méthodes, d'absence de compétences en rapport avec certaines méthodes, et surtout de non prise en charge gratuite des effets secondaires par l'État.

Cette étude montre pour la première fois au Burundi le pouvoir explicatif de chaque facteur étudié sur l'utilisation des méthodes de PF. Les chercheurs qui aimeraient approfondir le sujet, pourraient étendre cette étude au niveau national afin de disposer de résultats valables à l'échelle de tout le pays.

INTRODUCTION

La démographie galopante constitue une contrainte majeure aux efforts de développement du Burundi. Cette augmentation très rapide de la population est due en grande partie à une fécondité élevée dans un contexte socioculturel pro-nataliste. Pourtant, les différentes études réalisées dans le monde ont mis en évidence que les femmes présentant des intervalles inter-généraliques de moins de cinq mois ont un risque de décès maternel 2,5 fois plus élevé que celui des femmes dont les intervalles entre naissance et grossesse sont de 18 à 23 mois. La planification familiale permettrait de prévenir nombreux de ces décès en habilitant les femmes à avoir des enfants pendant les meilleures périodes pour elles comme pour leurs enfants. Si les femmes ne tombaient enceintes que lorsqu'elles le désirent, aux intervalles qu'elles souhaitent, les taux de mortalité maternelle pourraient régresser de 30% et permettraient de sauver la vie de plus de 2 millions de nouveaux nés et d'enfants chaque année dans le monde [Smith R. et al, 2009].

Au Burundi, depuis 1983, les autorités ont pris conscience des enjeux de la pression démographique sur le développement du pays. Pour concrétiser cette conscience, un Bureau National de Coordination du Programme de Planification Familiale (CPPF) fut mis en place en 1987. Le CPPF est devenu le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) en 1997. L'objectif final de cette politique était le contrôle du galop démographique en passant par la Planification Familiale (PF). Pourtant, la prévalence contraceptive au Burundi reste faible (25,3% fin 2012).

Certaines provinces telles que Bujumbura Mairie, Ngozi, Ruyigi et Muyinga affichent des taux plus élevés que la moyenne nationale lorsque d'autres provinces comme Mwaro, Bururi, Gitega et Makamba accusent des taux inférieurs à la moyenne nationale et cela pendant plus de trois années consécutives [Bilan annuel du PNSR, 2012]. L'étude de l'ampleur, des causes d'abandon ainsi que des facteurs d'amélioration de la pratique contraceptive au Burundi réalisée en 1997 chez une cohorte de nouvelles acceptantes de méthodes contraceptives a révélé que le taux d'abandon est très élevé, puisque moins de 60% continuent la pratique contraceptive au bout de 9 mois. Cela conduit à se poser des questions sur les différents facteurs déterminant l'adoption et la continuité de la pratique contraceptive.

C'est pour cela que le PNSR a commandité une « **Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi** » dans 8 provinces du pays. Le résultat attendu est une analyse approfondie de la qualité des soins dans les services de planification familiale, de l'ampleur d'abandon de la pratique contraceptive et leurs causes sous-jacentes ainsi que les facteurs susceptibles d'influencer la continuité de la pratique contraceptive.

I. Contexte et Justification

I.1. Problématique

« L'avènement et l'utilisation de la contraception sont considérés comme faisant partie des succès marquants du vingtième siècle. Effectivement, on estime que globalement, parmi les femmes mariées ou en union âgées de 18 à 45 ans, 63 % utilisent actuellement une méthode de contraception. Le changement le plus remarquable a eu lieu dans les pays en développement où cette proportion n'était que de 8 % dans les années 1960 et est maintenant de 62 % » [World contraceptive use, 2008]. « Au cours des quarante dernières années, les taux de fécondité ont diminué dans toutes les régions du monde, à l'exception de l'Afrique subsaharienne » [D'Arcangues C., 2009].

Au Burundi, d'après les données des Recensements Généraux de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 1979, 1990 et 2008 d'août 2008, la population du Burundi ne cesse de croître. En 2008, elle s'élevait à 8 053 574 habitants dont 50,8% de femmes et 49,2 % d'hommes. La population est majoritairement jeune : 56,1% des individus ont moins de 20 ans et 44,1% de moins de 15 ans. Cette population vit essentiellement en milieu rural, soit 9 habitants sur 10. Avec une densité moyenne de 310 habitants au km², le Burundi est classé parmi les pays africains les plus densément peuplés. Les écarts de peuplement entre les provinces sont certes importants mais aucune province n'est en dessous de 110 habitants au km².

Selon, les projections de l'ISTEEBU, la population Burundaise est de 9 420 248 en 2013. Si rien n'est fait entre temps, cette population sera de 11 327 758 en 2020. L'un des effets de cet accroissement est l'augmentation des besoins en termes de services de base comme l'éducation et les soins de santé dans un contexte de ressources très limitées. Le niveau de fécondité au Burundi reste élevé. En effet, selon l'EDSB II 2010, chaque femme donne naissance, en moyenne, à 6,4 enfants en fin de vie féconde (indice synthétique de fécondité ISF). Ce nombre reste élevé car il était estimé à 6,8 selon l'enquête MICS (Multiple Indicator Cluster Survey) de 2005 et à 6,0 selon le RGPH de 2008. Le taux global de fécondité général, qui mesure le nombre moyen de naissances vivantes pour 1000 femmes en âge de procréer, est de 203 pour 1000.

L'EDSB II de 2010 a également calculé le taux de besoins non satisfaits en PF. Sont considérés comme ayant des besoins non satisfaits en matière de contraception, les femmes actuellement en union non utilisatrices de la contraception et qui ont déclaré ne plus vouloir d'enfants ou qui ont déclaré vouloir attendre deux ans ou plus avant la naissance de l'enfant suivant. Cet indicateur est évalué à 31%, dont 21,5% constituent des besoins non satisfaits pour espacer et 9,5% des besoins non satisfaits pour limiter les naissances (EDSB II, 2010).

Le système d'information sanitaire de routine fait état d'une évolution du taux de prévalence contraceptive ayant passé de 4% en 1993 à 25,3% en 2012. En dépit de cette évolution globalement positive, des défis majeurs restent à relever, parmi lesquels le taux élevé des besoins non satisfaits en PF et la fréquence des abandons.

I.2. Objectifs de l'étude

L'objectif général de la présente étude est d'évaluer la qualité des soins dans le service de planification familiale (PF) ainsi que l'ampleur et les causes de l'abandon de la planification familiale afin d'augmenter la pratique de la contraception.

Plus spécifiquement, l'étude cherche à :

1. Mesurer l'ampleur de l'abandon de la pratique contraceptive ;
2. Déterminer les causes de l'abandon de la pratique contraceptive ;
3. Déterminer les facteurs susceptibles d'améliorer la continuité de la pratique contraceptive ;
4. Analyser les facteurs explicatifs des disparités provinciales quant à l'utilisation des méthodes contraceptives ;
5. Mettre en exergue les principaux obstacles à l'adoption des méthodes contraceptives ;
6. Evaluer la perception des utilisatrices sur l'organisation des prestations de la PF ;
7. Evaluer les connaissances et les compétences cliniques et communicationnelles parmi les prestataires qui offrent les services de PF ;
8. Décrire les attitudes et comportements des prestataires par rapport à l'offre des services de PF ;
9. Formuler des recommandations et proposer des stratégies en vue de promouvoir la PF.

I.3. Hypothèses de l'étude

Trois hypothèses qui ne s'excluent pas mutuellement, sont formulées en vue d'approcher la problématique de l'acceptabilité et de l'utilisation des méthodes contraceptives dans le contexte burundais :

1. Le conformisme à l'idée que l'enfant constitue une richesse, les croyances religieuses, la stigmatisation culturelle et religieuse de la femme utilisatrice des méthodes contraceptives, le faible niveau d'éducation, le faible niveau de connaissances sur les méthodes contraceptives, le niveau peu élevé de dialogue dans les couples en rapport avec la planification familiale influent négativement sur l'adoption et la continuité de la pratique contraceptive ;
2. La disponibilité et la qualité des intrants, des équipements et des infrastructures favorisent l'acceptabilité et la continuité de la pratique contraceptive chez les utilisatrices/utilisateurs ;
3. L'insuffisance du personnel qualifié et leur faible niveau de compétences technique et communicationnelle constituent des obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives.

I.4. Modèle conceptuel des déterminants de l'utilisation des services de PF

L'adoption et l'utilisation des méthodes contraceptives est la résultante de plusieurs facteurs liés les uns aux autres. La figure 1 présente un modèle conceptuel des différents facteurs et leurs interrelations. Ces facteurs sont regroupés en 4 grands groupes : (i) le contexte politique et institutionnel, (ii) le Contexte socioéconomique, (iii) l'offre de la contraception et (iv) les variables socio-comportementales.

- ✓ Le contexte politique et institutionnel : L'influence de ce contexte sur la planification familiale consiste en la mise en place d'une politique de planification familiale et en l'adoption des textes réglementaires définissant le cadre de l'organisation et de l'offre des services de planification familiale. Le contexte politique et

institutionnel peut aussi agir sur la demande de la contraception en facilitant l'accès aux services de planification familiale à toutes les couches de la population.

- ✓ Le contexte socio-économique est important en ce sens qu'il permet à l'Etat de dégager des fonds plus ou moins importants sur le budget national et de les affecter au programme de planification familiale. Il permet également la mise en place de programmes de formation au bénéfice des populations sur l'existence des méthodes de contraception et leur utilisation.
- ✓ Les variables socio-comportementales sont celles qui médiatisent à la fois l'influence des contextes sociopolitique, économique et institutionnel sur la demande de la contraception. Il s'agit entre autres de : l'attitude de la femme face à la PF, l'attitude du mari face à la PF, le niveau d'autonomie de la femme dans la prise de décisions en rapport avec la fécondité, le dialogue entre conjoints sur la PF, la demande d'enfants exprimée par la femme, et la fécondité réalisée par la femme.
- ✓ L'offre de la contraception est représentée par le programme de planification familiale et de toutes les stratégies mise en œuvre par les pouvoirs publics et différents intervenants pour rendre disponibles, accessibles et acceptables les différentes méthodes de contraception. L'ensemble de ces stratégies agit sur les variables socio-comportementales pour susciter la demande de la contraception chez la femme.

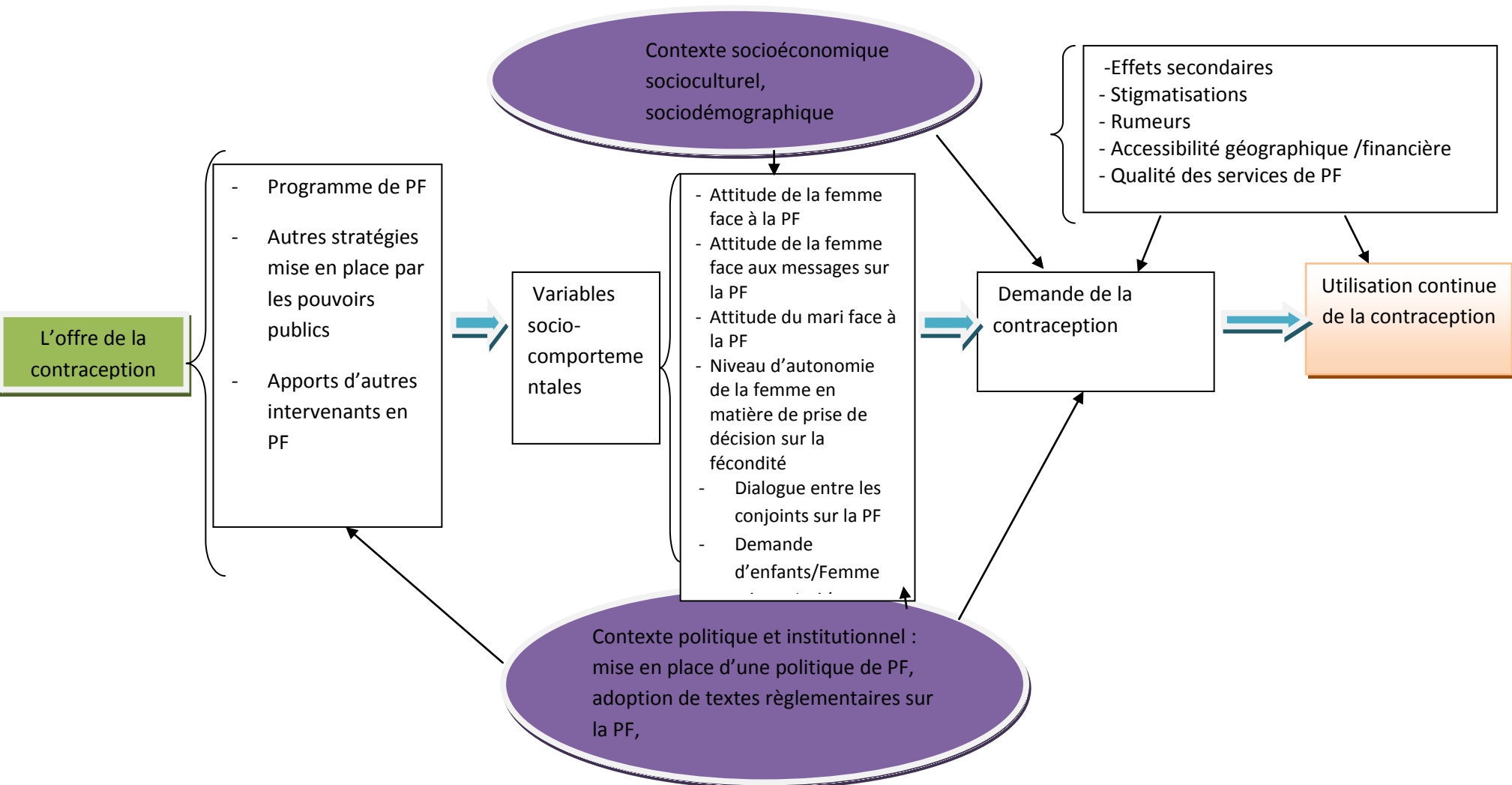


Figure 1. Modèle conceptuel de l'analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives

II. Méthodologie

Ce chapitre explique la démarche méthodologique utilisée pour l'organisation de la collecte et le traitement des données. L'étude comprend deux volets complémentaires : un volet quantitatif et un autre qualitatif. La collecte des données quantitatives a permis de disposer d'informations sur le niveau des indicateurs et des facteurs/variables du modèle.

En complément de ces données quantitatives, une recherche qualitative qui a été exécutée sous forme de consultations participatives, parmi les parties prenantes de la problématique (Prestataires qui offrent les services de PF, les femmes, les hommes, les responsables sanitaires, les leaders religieux). Cette approche qui permet à chacun de s'exprimer sur un sujet précis, paraît être plus extensive et permet la mise en évidence des significations et leur hiérarchisation. Elle vise à atteindre par des entretiens approfondis, une saturation des représentations d'une population cible donnée. A travers un croisement des informations données par les informateurs, l'on organise ainsi les perceptions des acteurs interrogés de façon à faire ressortir les noyaux durs et cohérents de leurs propos. Cette approche permet ainsi de mieux documenter le milieu socioculturel et de dégager la diversité des attitudes, perceptions et explications des conclusions observées au niveau des données quantitatives relatives aux différentes thématiques, en vue de comprendre, en profondeur, les facteurs pouvant freiner ou avancer la continuité des prises des contraceptifs.

II.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale à visée descriptive et analytique. L'aspect descriptif fournit des informations sur l'organisation et la qualité des services de PF ainsi que l'ampleur de l'abandon ; le volet analytique permet de mettre en évidence la relation existante entre l'utilisation des services de PF avec chacun des facteurs pressentis comme déterminants, au moyen d'une analyse bivariable. L'analyse multi variée quant à elle, permet de ressortir non seulement les facteurs déterminant l'utilisation des services de PF mais aussi le classement de ces déterminants selon leurs pouvoirs explicatifs respectifs.

II.2. Champ d'étude et population cible

Le champ de notre étude est constitué des CDS et des ménages dans huit provinces du Burundi : Bujumbura Mairie, Ngozi, Ruyigi, Muyinga, Mwaro, Bururi, Gitega et Makamba. La population d'étude est un groupe composé de femmes vivant en union, âgées de 15-49 ans, non stériles, non ménopausées. Le choix de faire une telle distinction se justifie par le fait que cette catégorie constitue la cible la plus exposée au risque de grossesse.

Le choix des 8 provinces a été motivé par le fait que ces dernières se répartissent en deux grands groupes très hétérogènes en ce qui est du taux de prévalence contraceptive donné par le Bilan annuel du PNSR 2012: le premier groupe est constitué des 4 provinces affichant les taux les plus élevés de prévalence contraceptive moderne (Bujumbura Mairie, Muyinga, Ngozi et Ruyigi); et le deuxième comprend les 4 provinces affichant les taux les plus faibles de prévalence contraceptive moderne (Bururi, Gitega, Makamba et Mwaro).

II.3. Variables pronostiques

Les variables que nous présentons ici s'inspirent de la revue de la littérature (Eliwo M. A. & Hélène K. K. 2001, Beninguisse G. *et al*, 2003) et de l'esquisse de la pratique contraceptive au Burundi présentée précédemment (Modèle conceptuel). La variable dépendante (variable d'intérêt) est l'utilisation actuelle (au moment de l'enquête) d'une méthode de contraception. Cette variable prend la modalité 1 si la femme en est utilisatrice et 0 si non. Plusieurs variables explicatives ont été retenues et ont fait l'objet de validation par les professionnels du secteur et le comité de pilotage de l'étude.

II.3.1. Variables socio-économiques, démographiques et culturelles

Les variables souvent identifiées comme déterminants socio-économiques de l'utilisation des méthodes contraceptives sont:

- Le niveau d'instruction : c'est le niveau correspondant à la dernière classe fréquentée par la femme;
- La profession : Il s'agit de la nature de l'activité exercée par la femme;
- Les conditions de vie de la femme : elles sont appréhendées par un indice socio-économique construit à partir des caractéristiques du ménage (nature des murs, du sol, possession du ménage, ... etc.) auquel appartient la femme.

Les facteurs culturels et démographiques de la femme influençant sa pratique contraceptive sont :

- l'âge : Il s'agit de l'âge au dernier anniversaire (âge révolu);
- le milieu de résidence de la femme : Il s'agit des milieux urbain et rural;
- la religion : elle renvoie à la confession religieuse de la femme;

II.3.2. Variables comportementales

Dans cette étude, les variables comportementales qui ont été analysé sont :

- l'attitude du mari face à la PF,
- le dialogue entre conjoints au sujet des méthodes de PF,
- la fécondité réalisée par la femme,
- la demande d'enfants exprimée par la femme,
- le niveau de connaissances de la femme au sujet des méthodes de PF,
- le niveau d'autonomie de la femme dans la prise de décisions en rapport avec la fécondité;

II.3.3. Variables liées à l'offre de la contraception

Les variables liées à l'offre de la contraception a été étudiée à travers cinq éléments qui sont :

- 1) La qualité des infrastructures;
- 2) La disponibilité des services;
- 3) L'accessibilité des services,
- 4) La formation des prestataires; et
- 5) Les compétences cliniques et communicationnelles des prestataires.

II.4. Déroulement de la collecte des données sur le terrain

II.4.1. Enquête au niveau de la communauté

L'activité de collecte de données dans les ménages a été réalisée sur une période de 18 jours calendrier (du 04 au 21 décembre 2013). Le contrôle de la qualité de remplissage des questionnaires a été assuré par les Consultants, qui également ont joué le rôle de superviseur. Ceux-ci se sont départagés les huit provinces concernées par l'enquête en fonction des modalités d'ordre pratique tenant compte de la géographie, de la taille de l'échantillon et de l'état du terrain.

La recherche qualitative a été exécutée à travers des séances de discussion en focus groups organisées séparément à l'endroit des femmes en âge de procréer et des hommes. Etant donné que seule la saturation de l'information est recherchée dans ce type d'enquête, deux séances de discussion en Focus groupes ont été organisées par province concernée par l'étude, dont l'une à l'endroit des hommes et l'autre à l'endroit des femmes. Cette activité a été réalisée par les Consultants qui ont été assistés par un script.

En outre, il a été procédé dans chacune des provinces ciblées par l'étude, à l'organisation d'interviews avec des informateurs clés choisis parmi les leaders d'opinions. Il s'agissait du Médecin Directeur de la Province Sanitaire et d'un Responsable d'une confession religieuse. Ces interviews ont également été réalisées par l'équipe des Consultants impliqués dans cette étude.

II.4.2. Enquête dans les FOSA

Une partie de l'enquête quantitative a également été réalisée auprès de 10% des CDS offrant le service de planification familiale. Il a été considéré 10% des 316 CDS que compte l'ensemble des 8 provinces faisant l'objet de la présente étude, soit au total 33 CDS.

Dans ces CDS, un questionnaire a été adressé au Chef de service de PF et une observation non participante a été réalisée en vue d'apprécier la qualité des prestations dans ce service.

II.5. Traitement et exploitation des données

Les données quantitatives ont été saisies dans un masque de saisie conçu à cet effet dans le logiciel CPro 5.0 (Census and Survey Processing ou Traitement des Recensements et Enquêtes). Avant leur entrée dans le masque de saisie, les questions ouvertes et semi-ouvertes ont d'abord été codifiées en vue de synthétiser, de minimiser les risques d'erreur et de faciliter leur analyse. Après l'apurement des données, leur nettoyage et redressement, il a été procédé à leur analyse (uni-variée, bi-variée et multi-variée) à l'aide du logiciel SPSS 20.

L'analyse uni-variée est essentiellement descriptive et ne vise pas à rendre compte des relations entre variables ; elle peut être une étape préliminaire pour une analyse plus poussée. Elle a permis de :

- a. mesurer le poids numérique de chaque modalité de variables notamment les taux de réponse;
- b. recoder certaines modalités ;
- c. tester l'hypothèse de normalité, etc. ;
- d. identifier les valeurs aberrantes ;
- e. mesurer les caractéristiques de tendances centrales, de dispersion et de forme si la variable est quantitative.

C'est une méthode qui a été utile en vue du recodage des modalités, de la mesure des taux de réponse, de la mesure des fréquences des différentes modalités des variables ainsi que de la détection des valeurs aberrantes.

L'analyse bi-variée a consisté à examiner les associations entre les variables à expliquer et chacune des variables explicatives. Il s'agit des associations entre chaque variable explicative et l'utilisation des services de PF. L'existence ou non de relations entre les variables indépendantes et l'utilisation des services de PF a été examinée à l'aide de la statistique de Chi-deux, qui également a permis de voir les variations des niveaux d'utilisation de ces services selon les modalités de chaque variable indépendante.

L'analyse multi-variée a utilisé le modèle de régression logistique qui nous a permis d'exprimer sous forme de risque (ou de probabilité) la relation entre la variable dépendante dichotomique « utilisation ou non des services de PF » et une ou plusieurs variables présumées comme pouvant être des variables explicatives. Les données qualitatives quant à elles, ont été analysées en utilisant la technique d'analyse de contenu. Il existe différentes méthodes d'analyse des données qualitatives (Coffey & Atkinson, 1996; Langley, 1997) mais il n'en existe aucune qui soit meilleure que les autres. Il y a seulement des méthodes qui sont plus appropriées que d'autres compte tenu des objectifs de la recherche et du matériel disponible. Dans notre cas, l'analyse du contenu semble pouvoir être pertinemment appliquée.

Il s'agit d'une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en comprendre le sens exact et précis (Dépelteau F., 2010). Lors du déroulement des différentes séances de discussions en groupes focalisées, il a été priorisé la recherche de la saturation de l'information recherchée en se servant d'un guide de discussions. Un guide a également été utilisé pour mener les interviews semi-structurées auprès d'informateurs clés. Les différentes informations collectées en FG ont été saisies sous le format Microsoft Word; et la synthèse des idées essentielles réalisée dans un document structuré en fonction des informations-clés recherchées. L'information obtenue à travers les différentes techniques qualitatives de collecte de données (focus group, interviews) a été triangulée avec celle obtenue à travers les méthodes quantitatives. Cette triangulation visait trois objectifs:

- éliminer ou réduire les biais et augmenter ainsi la fiabilité et la validité de l'étude;
- améliorer la compréhension de l'étude et ainsi, fournir une richesse qualitative et une meilleure compréhension du phénomène étudié et;
- rassurer les chercheurs quant aux résultats fournis par l'étude.

II. 6. Les points forts et les points faibles de l'étude

Comme dans toute étude, on peut relever des points forts et faibles du déroulement de l'étude sur terrain :

Les points forts étaient:

- Bonne organisation du volet administratif par le PNSR et soutien excellent des chercheurs par le Comité de pilotage ;
- Bon accueil et pas d'obstacles du déroulement sur le terrain ;
- Très bonne prise de responsabilité par les chercheurs, les superviseurs et les enquêteurs et bon esprit d'équipe ;
- Très bonne collaboration de l'administration à la base ;
- Très bonne participation dans la discussion par la plupart des participant(e)s des focus groups, donc discussions intéressantes.

La difficulté ou le point faible étaient liés au fait qu'il aurait fallu retrouver les femmes recensées dans les CDS comme étant perdues de vue afin de bien cerner les causes d'abandon. Cela ne nous a pas été possible car ça demandait des stratégies plus onéreuses surtout en termes de temps.

III. RÉSULTATS ET DISCUSSION

III. 1. Caractéristiques de l'échantillon pour l'enquête dans les ménages

Avant d'analyser les résultats proprement dit, nous présentons d'abord les caractéristiques de l'échantillon de femmes qui ont fait objet de l'étude. Ces femmes ont été retrouvées dans leurs ménages et ont répondu au questionnaire préétabli à cet effet. Cette section nous montre d'abord la couverture de l'échantillon dans les 8 provinces de la zone d'étude, puis les caractéristiques socio-démographiques ainsi que les antécédents gynécologiques des enquêtées.

III.1.1. Couverture de l'échantillon

L'enquête ménage a porté sur un échantillon de 1841 femmes sur 1845 attendues. La répartition de l'échantillon dans les huit provinces ayant fait l'objet de la présente enquête est résumée dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des enquêtées en fonction des provinces d'étude

Province	Effectif attendu	Effectif enquêté	Taux de couverture
Bururi	150	150	100,0
Gitega	195	195	100,0
Makamba	180	180	100,0
Muyinga	270	270	100,0
Mwaro	120	119	99,2
Ngozi	345	345	100,0
Ruyigi	285	285	100,0
Bujumbura Mairie	300	297	99,0
Ensemble	1845	1841	99,8

Il ressort des résultats du tableau 1 que le nombre de femmes prévues pour faire l'objet de l'enquête ménage a été atteint dans presque toutes les provinces concernées avec un taux de couverture globale de 99,8%.

III.1.2. Caractéristiques socio-démographiques des enquêtées

Les caractéristiques socio-démographiques des femmes enquêtées sont reprises dans le tableau 2. Il donne la répartition des enquêtées en fonction de l'âge, du statut matrimonial, du niveau d'éducation et de la profession.

Tableau 2. Répartition des enquêtées selon leurs caractéristiques sociodémographiques

		Effectif	%
Tranche d'âge (N= 1841)	15-19 ans	65	3,5
	20-24 ans	404	21,9
	25-29 ans	520	28,2
	30-34 ans	391	21,2
	35-39 ans	238	12,9
	40-44 ans	164	8,9
	45-49 ans	59	3,2
Quel est votre statut matrimonial (N= 1841)	Mariée monogame	1512	82,1
	Union libre	329	17,9
Niveau d'éducation (N= 1841)	Aucun	287	15,6
	Yagamukama /École coranique	399	21,7
	Primaire incomplète	603	32,8
	Primaire complète	342	18,6
	Secondaire complète	98	5,3
	Université	47	2,6
Profession (N= 1841)	Secondaire incomplet	65	3,5
	Cultivatrice	1480	80,4
	Fonctionnaire/Salariée	86	4,7
	Commerçante/Vendeuse	76	4,1
	Ménagère/Chômeur	158	8,6
	Autres	41	2,2

Par rapport à l'âge, les résultats montrent que la majorité des enquêtées (1315 femmes) ont un âge compris entre 20 et 34 ans, soit une proportion de 71,4%. Les faibles proportions sont observées chez les plus jeunes (classe d'âge comprise entre 15 et 19 ans) et les plus âgées (classe d'âge comprise entre 45 et 49 ans), avec respectivement 3,5% et 3,2%.

Concernant le statut matrimonial, la plupart (1512 enquêtées) sont des mariées monogames, ce qui représente 82,1% ; le reste (17,9%) étant en union libre. Sur le niveau d'éducation, la grande majorité des enquêtées (88,7%) a un niveau de formation ne dépassant pas l'école primaire. En outre, 80,4% des enquêtées sont des cultivatrices, ce qui se comprend quand on sait que 89% de femmes au Burundi vivent en milieu rural (RGPH, 2008).

III.1.3. Antécédents obstétricaux des enquêtées

Les antécédents obstétricaux de la femme constituent un indicateur important pouvant influencer le désir d'adopter une méthode contraceptive. C'est pour cela que cette caractéristique a été analysée auprès des femmes ayant participé à l'enquête-ménage. Les résultats obtenus sont synthétisés dans les tableaux 3, 4 et 5. Le tableau 3 s'intéresse au nombre d'accouchements ainsi que le nombre d'enfants en vie que possède la femme enquêtée.

Tableau 3: Répartition des enquêtées selon les antécédents obstétricaux

		Effectif	%
Nombre d'accouchements N=1841	Aucun accouchement	68	3,7
	1-3 accouchements	946	51,4
	4-6 accouchements	601	32,6
	7 et Plus	226	12,3
Nombre d'enfants en vie N=1773	0-3 enfants	1056	59,5
	4-6 enfants	572	32,3
	7 et plus	145	8,2
	Total	1773	100,0

Les résultats obtenus sont tels que plus de neuf femmes sur dix ayant participé dans l'enquête ménage ont déjà accouché au moins une fois. Environ une femme sur deux (51,4%) a déjà accouché entre une et trois fois ; 12,3% des enquêtées ont déjà accouché au moins sept fois et 40,5 % ont plus de trois enfants. Le nombre moyen d'accouchement/femme est de 3,72 avec un écart-type de 2,33 et le nombre moyen d'enfants/femme est de 3,33 avec un écart type de 1,99 dans notre population d'étude.

La proportion de femmes enquêtées ayant eu sept accouchements et plus est de 12,3%. Cependant, celle des femmes enquêtées ayant 7 enfants vivants et plus est réduite à 8,2%. Ceci suggère que plus du tiers (33,3%) des enfants nés dans cette catégorie de femmes sont décédés, ce qui laisse encore penser que le taux de mortalité des enfants chez les grandes multipares est encore important.

L'âge de la femme à sa première grossesse est un déterminant important de sa procréation. Le tableau 4 donne pour chaque province incluse dans l'étude, la moyenne d'âge des femmes enquêtées à leur première grossesse ainsi que les âges extrêmes et l'écart-type.

Tableau 4: Age moyen de début de grossesse des enquêtées par province

Province	Quel âge aviez-vous (Age en années révolues) lors de votre première grossesse			
	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type
Bururi	15	31	21	3
Gitega	15	30	21	3
Makamba	14	29	20	3
Muyinga	14	31	19	2
Mwaro	15	32	22	3
Ngozi	13	35	19	3
Ruyigi	15	35	20	2
Bujumbura Mairie	13	40	22	5
Ensemble	13	40	20	3

Ces résultats montrent que l'âge moyen à la première grossesse est assez jeune pour toutes les provinces concernées par l'étude et varie de 19 (Muyinga et Ngozi) à 22 ans (Mwaro et Bujumbura Mairie), avec un écart-type comparable de 2 ou 3 ans. La province de Bujumbura constitue cependant une exception, avec une moyenne à la première grossesse élevée de 22 ans, un maximum plus important (40 ans) et un écart-type de 5 ans. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que dans la ville de Bujumbura la plupart de femmes ont suivi des études parfois longues; ce qui a dû retarder l'idée d'avoir un enfant.

Il est à mentionner que dix femmes sur l'ensemble des enquêtées ont moins de 15 ans à la première grossesse (trop précoces) et sept femmes ont 35 ans et plus (trop tardives). La moitié des répondantes ont eu leur première grossesse à l'âge compris entre 18 et 20 ans (Tableau en annexe).

La précocité des grossesses et le rapprochement des naissances peuvent altérer de façon considérable la santé de la femme. La présente étude s'est donc intéressé au nombre d'accouchements selon l'âge de la femme comme le montre le tableau 5.

Tableau 5: Nombre d'accouchements selon l'âge

Tranche d'âge	Nombre d'accouchements							
	Aucun accouchement		1-3 accouchements		4-6 accouchements		7 et Plus	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
15-19 ans	24	36,9	41	63,1	0	0,0	0	0,0
20-24 ans	23	5,7	366	90,6	15	3,7	0	0,0
25-29 ans	10	1,9	358	68,8	149	28,7	3	,6
30-34 ans	7	1,8	120	30,7	235	60,1	29	7,4
35-39 ans	4	1,7	39	16,4	121	50,8	74	31,1
40-44 ans	0	0,0	17	10,4	65	39,6	82	50,0
45-49 ans	0	0,0	6	10,2	15	25,4	38	64,4
Ensemble	68	3,7	947	51,4	600	32,6	226	12,3

Le tableau 5 montre que la majorité des femmes enquêtées (51,4%), tous âges confondus, a eu trois accouchements au maximum, 44,9% ont eu plus de trois et 3,7% n'en ont eu aucun. La majorité (90,6%) des femmes de 20 à 24 ans ont eu trois accouchements au maximum lorsque 60,1% des 30-34 ans ont eu six accouchements au maximum et 64,4% des plus âgées (45-49 ans) en ont eu sept et plus. Cette augmentation du nombre d'accouchements en fonction de l'âge suggère que l'utilisation des méthodes contraceptives viserait beaucoup plus l'espacement des naissances que leur limitation.

Discussion et conclusion sur la section

La première section de cette partie avait pour objectif de retracer les caractéristiques de l'échantillon de femmes qui ont fait l'objet de l'enquête-ménage. Il ressort de l'analyse des résultats que le taux de couverture globale de l'échantillon dans les 8 provinces concernées par l'étude est satisfaisant (99,8%); ce qui concoure à la fiabilité de l'étude. La majorité des femmes enquêtées (71,4%) sont jeunes (20-24 ans), mariées monogames (82,1%), ont un niveau d'instruction ne dépassant pas l'école primaire (88,7%) et 80,4% sont des cultivatrices.

En comparant nos résultats avec la littérature, nous trouvons que les constats faits ici ne diffèrent pas beaucoup de ceux d'autres auteurs qui ont travaillé dans des contextes similaires. L'étude CAP sur la Planification familiale réalisée en 2010 montre une population dont les caractéristiques socio-démographiques sont: 68% sont mariées monogames et 80% de femmes de 15 à 49 ans n'ont pas dépassé l'école primaire.

Dans la présente étude, un peu plus de la moitié (51,4%) ont déjà eu un à trois accouchements et la proportion de ceux qui ont trois enfants vivants au maximum s'élève à 59,5%. Le nombre d'accouchements augmente avec l'âge et dans la catégorie des grandes multipares (7 accouchements et plus), il ressort que la mortalité des enfants est très élevée (33,3%). Le nombre moyen d'enfants par femme est de 3,33 dans cette série. L'étude de base du projet SDSR réalisée dans la région ouest du Burundi en 2013 donne une moyenne de 4,0 enfant/femme dans la zone d'étude.

Nous remarquons que le nombre d'accouchements augmente proportionnellement à l'âge. Le taux de prévalence contraceptive n'est pas le seul élément déterminant pour la baisse de la fécondité. Celle-ci dépend aussi et surtout du but poursuivi dans l'utilisation des différentes méthodes, à savoir l'espacement ou la limitation des

naissances. En effet, la plupart de femmes utilisent les méthodes contraceptives pour espacer les naissances. Etant donné l'âge assez jeune à la première grossesse, cette contraception ne permet pas d'atteindre l'objectif de diminuer le nombre d'enfants par femme durant toute la vie féconde.

L'analyse réalisée sur neuf pays d'Afrique francophone à partir des données des enquêtes démographiques et de santé montre qu'en Afrique sub-saharienne, bien que la prévalence contraceptive se soit beaucoup améliorée ces dernières années, on constate que les femmes pratiquent la contraception moderne en vue d'espacer les naissances. Le comportement d'arrêt de fécondité intervient surtout après avoir donné naissance à plus de cinq enfants (Akam Evina et Kishimba Ngoy , 2001).

Il s'agit d'une population dans laquelle les grossesses trop précoces ou trop tardives sont rares. Néanmoins, ces femmes ont tendance à avoir beaucoup d'enfants et parfois à un âge avancé; ce qui augmente les risques de mortalité chez les enfants.

III.2. Connaissances sur les méthodes contraceptives

Dans cette section, il est question d'évaluer à quel degré et par quels canaux les ménages sont informés au sujet de méthodes de PF. Le degré de connaissance des différentes méthodes et les sources d'approvisionnement ont également fait l'objet d'investigation.

III.2.1. Information au sujet des méthodes contraceptives

Les réponses obtenues des enquêtées au sujet de leur information en rapport avec les méthodes de PF, sont résumées dans le tableau 6.

Tableau 6. Information des répondantes sur les méthodes contraceptives selon les provinces

Province	Avez-vous déjà entendu parler de moyens ou méthodes destinés à retarder ou éviter une grossesse?			
	Non		Oui	
	Effectif	%	Effectif	%
Bururi	9	6,0	141	94,0
Gitega	22	11,3	173	88,7
Makamba	12	6,7	168	93,3
Muyinga	4	1,5	266	98,5
Mwaro	9	7,6	110	92,4
Ngozi	0	0,0	345	100,0
Ruyigi	7	2,5	278	97,5
Bujumbura Mairie	16	5,4	281	94,6
Total	79	4,3	1762	95,7

Dans toutes les provinces concernées par la présente étude, plus de 90% des répondantes affirment avoir déjà entendu parler de moyens ou méthodes destinées à retarder ou à éviter une grossesse, exception faite pour la province de Gitega qui semble être la moins informée (11,3% des répondantes n'ont jamais entendu parler de ces méthodes). En outre, les trois premières provinces qui semblent les mieux informées comptent parmi celles qui connaissent un taux d'utilisation des méthodes de PF le plus élevé si l'on tient compte des données du bilan du PNSR de 2012. Il s'agit des provinces de Ngozi, de Muyinga et de Ruyigi, dont les répondantes sont informées à 100,0%, à 98,5% et à 97,5% respectivement.

III.2.2. Méthodes contraceptives entendues

Les différentes méthodes contraceptives dont les enquêtées ont déjà entendu parler sont présentées dans la figure 2. Cette figure donne pour chaque méthode, la proportion de répondantes ayant affirmé en être informées.

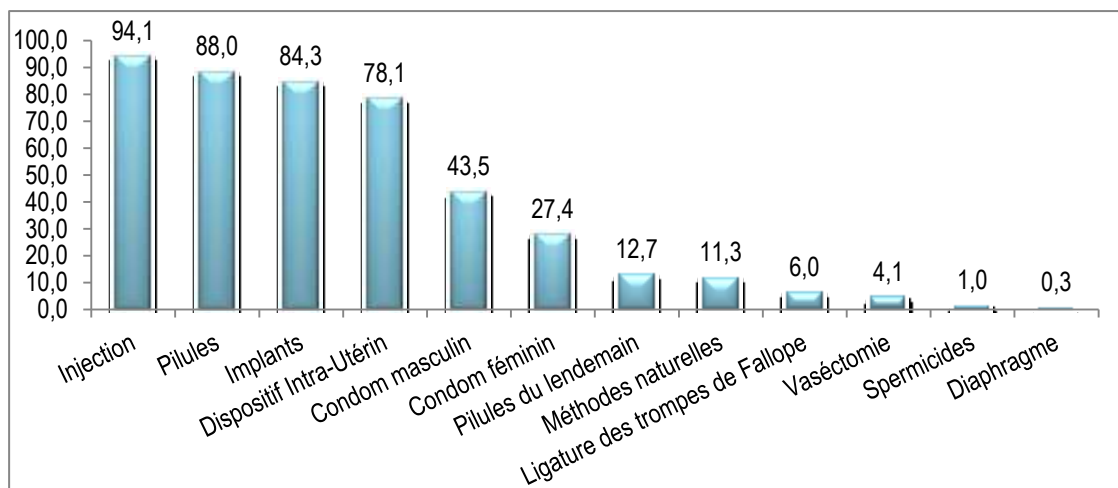


Figure 2. Types de méthodes contraceptives entendues (en pourcentage)

Selon les résultats présentés sur cette figure, les six méthodes de PF qui paraissent être les mieux connues sont, par ordre de grandeur décroissant, l'injection (94,1% des répondantes en ont déjà entendu parler), la pilule (88,0%), les implants (84,3%), le dispositif intra-utérin (78,1%), le condom masculin (43,5%) et le condom féminin (27,4%). Les moins connues sont par ordre croissant, le diaphragme, le collier du cycle, les spermicides, le coït interrompu et la vasectomie.

La même question a été posée en Focus Groups et parmi les méthodes citées, la vasectomie est celle qui est la moins ou mal connue car elle n'est pas pratiquée dans les CDS. Par conséquent les prestataires ne se donnent pas la peine d'en fournir une information claire et complète à la population. Ceci s'accompagne de conséquences dans le sens où certaines rumeurs sont véhiculées autour de cette méthode, la plus répandue étant celle qui dit qu'elle entraîne une impuissance chez l'homme comme le dit cet homme trouvé sur la colline Muremera à Ngozi : « Ariko kuger'uno musu, ntutuzi k'umuntu afunze burundu, ko ashobora kurangura amabanga nk'uko yahora ameze » qui se traduit : « Mais nous ne savons pas, jusqu'aujourd'hui, si quelqu'un qui a subi une vasectomie ne devient pas impuissant ».

Il est important que le client ou la cliente connaisse plusieurs méthodes contraceptives afin d'en faire une comparaison et opérer un choix éclairé. Le tableau 7 montre le nombre de méthodes contraceptives déjà entendues par les répondantes en fonction des provinces.

Tableau 7: Nombre de méthodes déjà entendues selon la province

Province	Nombre de méthodes déjà entendu			
	Moins de 3 méthodes		Au moins 3 méthodes	
	Effectif	%	Effectif	%
Bururi	12	8,5	129	91,5
Gitega	21	12,1	152	87,9
Makamba	11	6,5	157	93,5
Muyinga	9	3,4	257	96,6

Mwaro	11	10,0	99	90,0
Ngozi	4	1,2	341	98,8
Ruyigi	11	4,0	267	96,0
Bujumbura Mairie	36	12,8	245	87,2
Ensemble	115	6,5	1647	93,5

Nous constatons, de par ce tableau, que 93,5% des répondantes citent au moins trois méthodes contraceptives dont elles ont entendues parler. Les femmes des provinces de Ngozi (98,8%), Muyinga (96,6%) et Ruyigi (96,0%) sont plus au courant de ces méthodes contrairement à celles de Bujumbura Mairie (87,2%) et Gitega (87,9%).

L'information obtenue pendant les séances de focus group montre que les personnes interrogées au sujet des méthodes dont elles auraient entendu parler évoquent spontanément les injections, les implants, la pilule, le préservatif masculin, le dispositif intra-utérin et la ligature des trompes de Fallope. Ce n'est qu'après qu'ils évoquent d'autres méthodes telles que la méthode naturelle d'auto-observation (*kurimbura ibihe*) et l'abstinence (*kwihangana*).

Deux méthodes paraissent les moins connues par rapport aux autres, étant donné que certains participants aux groupes de discussion n'en font même pas mention. Il s'agit de la vasectomie (non évoquée par exemple en province Mwaro) et le préservatif féminin (non évoqué par exemple à Bugendana, province de Gitega). Par ailleurs, les méthodes naturelles sont également évoquées (par exemple, la Méthode d'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée à Mwumba, province de Ngozi).

De façon générale, les hommes et les femmes des provinces ayant fait l'objet de la présente étude semblent avoir de l'information au sujet de beaucoup de méthodes de PF. Ceci est une preuve que la plupart de messages diffusés à ce sujet parviennent à la population.

L'autre constat fait est que les femmes répondent plus spontanément que les hommes lorsqu'il est question de citer les méthodes dont elles ont déjà entendu parler. Ceci semble logique étant donné que la plupart de ces méthodes sont adaptées à la femme et qu'en conséquence, cette dernière a plus de chances que l'homme de les avoir vues ou d'en avoir entendu parler ou simplement de les avoir utilisés.

III.2.3. Principales sources d'informations

Les sources d'information les plus importantes par lesquelles passent les messages en rapport avec les méthodes de PF sont données dans le tableau 8.

Tableau 8. Source d'information au sujet des méthodes contraceptives

Source d'information (N=1762)	Première source d'information		Deuxième source d'information		Troisième source d'information	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
CDS	1122	63,7	466	26,4	49	2,8
Radio-TV	484	27,5	388	22,0	173	9,8
Agents de santé communautaire	51	2,9	329	18,7	190	10,8
Amis-parentés	74	4,2	242	13,7	287	16,3
Autres	31	1,8	88	5,0	178	10,1

Le centre de santé constitue la principale source d'information par laquelle les répondantes sont informées au sujet des différentes méthodes de PF. Cette source a en effet été citée par 63,7% des répondantes en première position tandis que 26,4% des répondantes la classent en deuxième position. Après le CDS, vient ensuite les médias audiovisuels (radio et télévision) qui sont respectivement donnés comme sources principales

d'informations par 27,5% des répondantes et comme deuxième source par 22,0%. La troisième source d'informations la plus importante citée est constituée par les agents de santé communautaire qui représentent la première voie la plus importante pour 2,9% mais la deuxième pour 18,7% des répondantes.

III.2.4. Connaissance des sources d'approvisionnement en méthodes contraceptives

Les enquêtées ont répondu également à la question de savoir s'elles connaissent les endroits où elles peuvent s'approvisionner en méthodes contraceptives en cas de besoin. Les réponses sont reprises dans le tableau 9.

Tableau 9: Connaissance des endroits où elles peuvent obtenir une méthode de PF/contraception

Province	Connaissez-vous des endroits où vous pouvez obtenir une méthode de PF/contraception ?			
	Non		Oui	
	Effectif	%	Effectif	%
Bururi	20	13,3	130	86,7
Gitega	31	15,9	164	84,1
Makamba	29	16,1	151	83,9
Muyinga	8	3,0	262	97,0
Mwaro	27	22,7	92	77,3
Ngozi	6	1,7	339	98,3
Ruyigi	14	4,9	271	95,1
Bujumbura Mairie	21	7,1	276	92,9
Ensemble	156	8,5	1685	91,5

Même si la grande majorité des enquêtées (95,7%) ont déjà entendu parler des méthodes contraceptives (tableau 6), les proportions de celles qui connaissent au moins un endroit où elles peuvent s'approvisionner en ces méthodes baisse légèrement. Cette diminution s'observe au niveau global (91,5%) mais aussi pour chaque province.

III.2.5. Lieu d'approvisionnement en méthodes de PF

Aux répondantes qui ont affirmé connaître au moins une source d'approvisionnement en méthodes de PF, il a été demandé de citer les différentes sources qu'elles connaissent. Les résultats obtenus sous cette rubrique sont synthétisés dans la figure 3.

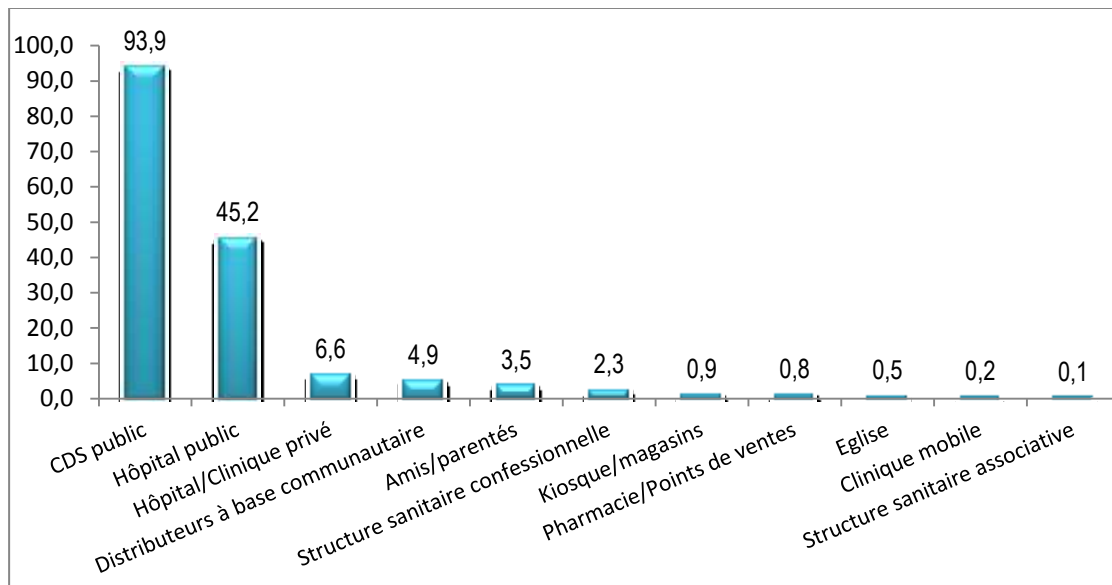


Figure 3. Répartition des enquêtés selon le lieu où elles peuvent obtenir les méthodes de PF

Les formations sanitaires publiques constituent les principales sources d'approvisionnement en contraceptifs pour la plupart des femmes. En effet, 93,9% s'approvisionnent au CDS public et 45,2% à l'hôpital public. Les autres sources d'approvisionnement sont représentées de façon marginale.

Discussion et conclusion sur la section

Cette section montre le degré d'information des enquêtés sur les différentes méthodes contraceptives mais aussi les principaux canaux d'information et d'approvisionnement en contraceptifs. Les populations enquêtées ont, pour la plupart (95,7%), déjà entendu parler des différentes méthodes contraceptives disponibles au Burundi. De plus, 93,5% sont capables de citer au moins trois méthodes dont elles ont entendu parler.

L'étude de base du projet SDSR réalisée dans trois provinces de la région ouest du Burundi a trouvé que 82,8% des femmes de 15 à 49 ans avaient déjà entendu parler des méthodes contraceptives.

Toutefois, il existe une différence entre le fait d'avoir entendu parler d'une méthode contraceptive et celui de la connaître réellement. L'analyse des données qualitatives montre que, bien que la population soit capable d'énumérer les méthodes contraceptives, elle n'en connaît pas les effets secondaires. Ceci fait que quand les femmes sont appelées à choisir une méthode, elles le font par facilité de compliance et celle-ci n'est pas toujours la meilleure pour elles comme le dit cet homme rencontré à Nyanza-Lac : « *Iyo ugiye kwamuganga, baraguha icyumviro, bagaca bakubwira ubwo buryo butandukanye, bakaca bakubwira ngo uhitemwo rero, aho kugirango bakumbure barabe ko uyo muntu afise amagara meza. Urahitamwo utazi ivyo ufashe. Abakenyezi bobo baraba uburyo buborohera gufata!* » qui se traduit : « *Quand on va au CDS, on nous suggère d'adopter les méthodes contraceptives, on nous parle des différentes méthodes disponibles et on nous demande d'en choisir une, au lieu d'examiner d'abord la femme et voir ce qui convient pour sa santé. Les femmes, elles, choisissent la méthode qui semble facile à prendre.* »

Lorsqu'il s'agit de la connaissance des endroits d'approvisionnement, la proportion des femmes qui affirment en connaître au moins un est réduite à 91,5%. Cette baisse de la proportion de répondantes qui connaissent au moins une source d'approvisionnement en méthodes de PF par rapport à la proportion de celles qui ont déjà entendu parlé de méthodes de PF pose un problème de sous-information d'une partie d'utilisatrices potentielles quant aux sources d'approvisionnement en méthodes de PF..

Cette section met en évidence également que les FOSA publiques constituent la principale source d'approvisionnement en contraceptifs. Le même constat a été fait lors de l'étude CAP sur la Planification Familiale de 2010.

Ceci montre que les CDS et hôpitaux publics nécessitent un approvisionnement régulier en intrants car la plupart des femmes s'adressent à ces structures pour les besoins de PF. Toutefois, d'autres réseaux tels que les structures sanitaires associatives, et les distributeurs à base communautaire devraient être renforcés afin d'accroître les chances d'atteindre le maximum de femmes.

Les couples de la zone d'enquête manquent d'information suffisante pouvant les aider à faire le choix d'une contraception. Leurs connaissances sont lacunaires notamment en ce qui concerne les lieux d'approvisionnement et les effets secondaires des différentes méthodes contraceptives. De plus, les formations sanitaires publiques constituent les principales sources d'approvisionnement en contraceptifs connues suivies des Agents de Santé Communautaire.

III.3. Utilisation des méthodes contraceptives

III.3.1. Perception de l'utilité des méthodes contraceptives

L'information qualitative obtenue dans les différentes séances de discussion en focus group montre que les hommes et les femmes comprennent plutôt très bien l'importance des méthodes de PF. Les couples trouvent beaucoup d'avantages à adopter les méthodes contraceptives. Selon leurs dires, elles permettent de limiter ou d'espacer les naissances ce qui s'accompagne d'une bonne santé de la mère et de l'enfant. Par ailleurs, la santé financière du ménage se trouve améliorée de par la disponibilité de la femme à produire au même titre que son mari. Cela se remarque notamment à travers les nombreux témoignages rapportés dans les lignes qui suivent :

- Les méthodes de planification familiale sont très importantes pour l'enfant, la mère et l'homme. C'est ce qui est rapporté dans le message suivant extrait du FG Homme à Kagoma (Kayokwe, Mwaro) : « ...Ni ukugirango umwana baba bibarutse akure neza, agire igikuriro kandi n'umuvyeyi yamwibarutse agire amagara meza kandi na se wiwe umuruho ugabanuke wo kwama ararondera utw' intahekana zikeneye, kandi boroherwe no mu bikorwa vya minsi yose, bareke kwama bariko baraheka abana basubira bibabuza udukorwa tw'irya n'ino ». Ce que l'on peut traduire par: « ...L'on utilise les méthodes de PF pour la bonne croissance du nouveau-né, la bonne santé de la mère; pour que le père soit soulagé de la peine endurée à rechercher de quoi nourrir sa famille et aussi pour permettre aux parents de réaliser aisément leurs activités quotidiennes sans être tout le temps soumis à la contrainte de porter un enfant au dos.

- « Kuber'igwirana ry'abantu benshi... » qui veut dire « C'est à cause de la croissance démographique... » (FG femme Nombe, Butezi, Ruyigi).

- « Kandi usanga mu muryango urwo rugo ruteye imbere rwose kandi bigaca bikworohera nukungene abo bana wavyaye uca ubarera; n'abana rero baca bakura neza » c'est-à-dire « Nous nous rendons compte que les ménages qui ont adopté les méthodes contraceptives sont plus développés ce qui facilite l'éducation et la croissance des enfants » FG Homme Kabasazi, Mwumba, Ngozi.

III.3.2. Utilisation antérieure de méthodes contraceptives

Il a été demandé aux enquêtées si elles avaient déjà utilisé ou pas une méthode contraceptive. Les réponses obtenues sont synthétisées dans le tableau 10.

Tableau 10. Répartition des enquêtées selon qu'elles ont déjà utilisé ou pas une méthode contraceptive

Province	Avez-vous déjà utilisé une méthode contraceptive en vue de retarder ou d'éviter une grossesse ?			
	Non		Oui	
	Effectif	%	Effectif	%
Bururi	119	79,3	31	20,7
Gitega	135	69,2	60	30,8
Makamba	128	71,1	52	28,9
Muyinga	92	34,1	178	65,9
Mwaro	87	73,1	32	26,9
Ngozi	86	24,9	259	75,1
Ruyigi	126	44,2	159	55,8
Bujumbura Mairie	137	46,1	160	53,9
Ensemble	910	49,4	931	50,6

Dans l'ensemble, une répondante sur deux (50,6%) affirme avoir déjà utilisé une méthode contraceptive. Cette proportion de répondantes ayant utilisé une méthode contraceptive varie d'une province à une autre. Les quatre provinces qui ont de meilleurs taux sont par ordre décroissant, Ngozi (75,1%), Muyinga (65,9%), Ruyigi (55,8%) et Bujumbura Mairie (53,9%). Ceci montre que la population a adopté l'idée de la planification familiale et qu'elle se prête à l'utilisation des méthodes contraceptives de leur choix. Cet état des faits est encourageant car la disposition de la population face à la contraception constitue un socle pour toute action visant l'amélioration de la prévalence contraceptive.

III.3.3. Types de Méthodes contraceptives déjà utilisées

Les enquêtées ont également répondu au sujet des différentes méthodes qu'elles ont déjà utilisées. La figure 4 donne la proportion de répondantes ayant utilisé au moins une méthode.

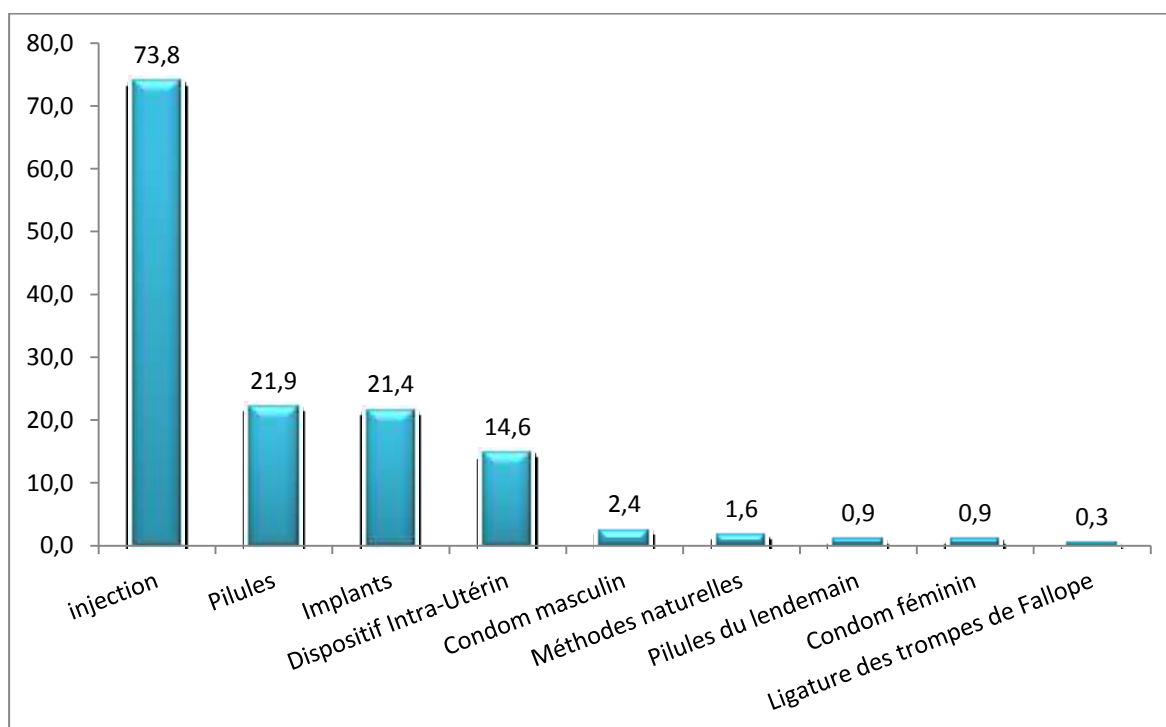


Figure 4. Répartition des enquêtées selon les méthodes déjà utilisées

Les réponses obtenues montrent que les quatre méthodes déjà utilisées sont par ordre d'importance décroissante, l'injection (par 73,8% des répondantes), la pilule (21,9%), l'implant (21,4%) et le dispositif intra-utérin (14,6%).

Si nous considérons les raisons évoquées comme poussant à ce choix, nous remarquons que la longue durée d'action de ces méthodes constitue la raison essentielle de ce choix. Néanmoins, certains désagréments sont parfois des obstacles à l'adoption de ces méthodes. Il s'agit des effets secondaires liés aux implants (métrorragies), du manque de compétences parfois observé chez les prestataires dans la pose des DIU ainsi que les effets secondaires y associés.

Dans le FG Hommes à Nyanza Lac, quelqu'un nous le dit si bien : « *muri ubwo buryo bwose Leta yazanye, akanyuzi n'agakingirizo ivyo umuntu abiravye kenshi ntangaruka mbi bifise! Ariko turavye akagegene ni hatari.* » c'est-à-dire « *Parmi toutes les méthodes contraceptives mises à notre disposition par l'Etat, le DIU et le préservatif masculin sont celles qui n'ont pas de conséquences néfastes. Mais si on regarde les effets néfastes de l'implant, ils sont graves.* »

Dans certains CDS, l'implant n'est pas accessible comme le dit une femme de la commune Mwumba à Ngozi, « *nibaza ko akagegene ngaha atakariho, jewe ntako ndumva, twebwe dukunze akanyuzi* » qui veut dire « *je pense que l'implant n'est pas disponible ici chez nous, en ce qui me concerne je n'en ai pas encore entendu parler ; nous préférons plutôt le DIU* ». Les autres méthodes seraient rarement choisies par les clientes car elles sont accompagnées de plus de contraintes comme le respect des heures de prises exigé avec les contraceptifs oraux chez les femmes, la chirurgie lors de la vasectomie chez les hommes etc.

III.3.3. Prévalence contraceptive dans la zone d'enquête

L'utilisation des méthodes contraceptives au moment de l'enquête a été évaluée afin de déterminer la prévalence contraceptive dans la population d'étude ainsi que la part de chaque type de contraceptif dans cette prévalence globale. Les tableaux 11, 12 et 13 nous en donnent les résultats :

Tableau 11: Répartition des enquêtées selon l'utilisation d'une méthode contraceptive

Êtes-vous entrain d'utiliser une méthode contraceptive pour éviter ou retarder une grossesse actuellement ?		
	Effectifs	Pourcentage
Non	355	19,3
Oui	576	31,3
Ensemble de celles qui ont déjà utilisé	931	50,6
N'a jamais utilisé	910	49,4
Total	1841	100,0

Sur l'effectif total des 1841 femmes enquêtées, le tableau 11 montre successivement l'ampleur de l'arrêt de la pratique contraceptive qui correspond aux femmes ayant été sous une méthode mais qui l'ont arrêtée quelque soit la raison (19,3%), la prévalence contraceptive actuelle qui correspond aux femmes actuellement sous une méthode contraceptive quelconque (31,3%) et les femmes qui n'ont jamais utilisé une méthode contraceptive (49,4%).

Le tableau 12 donne par province la proportion des répondantes selon qu'elles utilisent ou pas une méthode contraceptive au moment de l'enquête.

Tableau 12. Répartition par province des enquêtées selon l'utilisation d'une méthode contraceptive au moment de l'enquête

Province (N=1841)	Utilisation des méthodes contraceptives			
	Oui		Non	
	Effectif	%	Effectif	%
Bururi	16	10,70	134	89,30
Gitega	34	17,40	161	82,60
Makamba	23	12,80	157	87,20
Muyinga	121	44,80	149	55,20
Mwaro	14	11,80	105	88,20
Ngozi	174	50,40	171	49,60
Ruyigi	98	34,40	187	65,60
Bujumbura Mairie	96	32,30	201	67,70
Ensemble	576	31,3	1265	68,7

Le taux d'utilisation globale des méthodes de PF au moment de l'enquête est de 31,3% pour les femmes en union dans l'ensemble des huit provinces concernées par la présente étude. Néanmoins, cette proportion cache des disparités interprovinciales : la province de Ngozi présente en effet le taux d'utilisation des méthodes contraceptives le plus élevé de 50,4% suivi de Muyinga (44.8%), Ruyigi (34.4%) et Bujumbura Mairie (32.3%) tandis que les taux les plus bas (10,7% et 11.8%) sont observés respectivement dans les provinces de Bururi et Mwaro. Les déterminants de cette disparité seront mis en évidence par l'analyse multivariée.

Le tableau 13 montre la contribution de chaque méthode à la prévalence contraceptive globale.

Tableau 13: Répartition des enquêtées selon la contraception utilisée au moment de l'enquête

Si oui, quelle méthode /moyen de contraception utilisez-vous pour le moment ?		
Méthodes	Effectifs	%
Injection	281	48,78
Implant	157	27,26
Dispositif Intra-Utérin	70	12,15
Pilules	42	7,29
Condom masculin	10	1,74
Méthodes naturelles	9	1,56
Ligature des trompes de Fallope	5	0,87
Condom féminin	2	0,35
Total	576	100

Les contraceptifs injectables (48,78%), l'implant(27,26%) et le DIU (12,15%) constituent les méthodes préférées par les répondantes. La pilule est également citée par 7,29% des répondantes alors que le condom féminin (0.35%) et la ligature des trompes (0.87%) sont rarement retrouvés dans la pratique contraceptive de cette population.

Discussion et conclusion sur la section

Cette section met en évidence que la population de la zone d'enquête est favorable à l'utilisation des méthodes contraceptives afin de limiter ou espacer les naissances. Déjà en 2007, dans l'étude sur les préférences contraceptives des femmes au Burundi réalisée dans le cadre du Projet d'appui au PNSR par la KfW, tous les groupes avec lesquels des FG ont été faits étaient favorables au planning familial.

Les bienfaits ou les raisons principales pour le PF étaient en ce moment:

- La santé de l'enfant (cadet) ;
- La santé de la femme ;
- Un bénéfice pour les familles ;
- Des raisons économiques.

La situation n'a pas changé depuis, car les raisons évoquées dans la présente étude sont les mêmes. La proportion de femmes ayant déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive est de 50,6% et la prévalence contraceptive au moment de l'enquête est de 31,3%. La prévalence contraceptive globale dans la zone d'enquête est proche de la prévalence nationale de 25,3% (Bilan annuel PNSR, 2012) et l'on pourrait dire qu'elle augmente progressivement même si elle reste insuffisante pour permettre une maîtrise de la croissance démographique. Néanmoins, le Burundi est en bonne voie par rapport aux autres pays de l'Afrique Sub-Saharienne.

En effet, si l'explosion démographique redoutée au niveau mondial dans les années 1960 a été évitée, l'accès à la contraception et son utilisation restent cependant très inégaux et on observe de fortes variations entre régions. Ainsi la prévalence d'utilisation de la contraception - toutes méthodes confondues - varie entre 53 % en Océanie et 73 % en Amérique du Nord, avec l'exception marquée de l'Afrique où ce taux est de 28 % pour la région avec 60 % en Afrique du Nord et 22 % en Afrique subsaharienne (Catherine d'Arcangues, 2009).

Les injectables, les implants et le DIU constituent les méthodes préférés par les répondantes. Le même constat a été fait par l'EDSBII 2010. En effet, les femmes, qui sont pour la plupart du milieu rural, préfèrent les méthodes qui ne leur demandent pas des prises rapprochées (pilules) car elles risquent d'oublier et privilégient les méthodes réversibles plutôt que celles qui sont irréversibles (ligature des trompes).

Les couples sont conscients que la grande fécondité entraîne l'appauvrissement des ménages et trouvent la motivation d'adopter les méthodes contraceptives dans la conjoncture socio-économique actuelle du Burundi. Par conséquent, ils ne désirent pas avoir des enfants dont ils ne seraient pas capables d'assurer l'éducation et pour lesquels ils ne pourraient pas répondre aux besoins fondamentaux. Toutefois, malgré cette conscience, la demande de la contraception reste minime.

III. 4. Abandon de la pratique contraceptive

III.4.1. Arrêt de la méthode contraceptive utilisée

Certaines utilisatrices des méthodes de PF arrêtent momentanément ou définitivement la méthode qu'elles avaient adoptée. Parfois, elles s'en réfèrent aux structures sanitaires et dans ce cas la cause est connue, mais le plus souvent ce sont des femmes perdues de vue dont on ne connaîtra pas le devenir. Parmi les 1841 femmes qui ont fait objet de l'enquête dans les ménages, un effectif de 931 a déclaré avoir utilisé au moins une fois l'une ou l'autre méthode. Parmi elles, 576 femmes ont déclaré continuer la méthode au moment de l'enquête et 355 ont arrêté, soit un taux d'arrêt de la méthode contraceptive de 38,1% (tableau 11).

III.4.2. Raisons d'arrêt de la pratique contraceptive selon les résultats de l'analyse quantitative

Lors de cette enquête, nous nous sommes renseignés sur les principales causes qui entraînent à l'arrêt des méthodes de PF. Le tableau 14 en donne les résultats :

Tableau 14: Causes d'arrêt de l'utilisation des méthodes de PF selon l'enquête quantitative réalisée auprès des ménages

Causes d'abandon des méthodes de PF	fréquence	Proportion (%)
Envie d'avoir un enfant	121	38,9
Suite effets secondaires	106	29,9
Conjoint/partenaire momentanément absent	25	7
Je suis tombée enceinte malgré la contraception	21	5,9
Parce que j'allaité	18	5,1
Suite aux enseignements religieux	12	3,4
Sur proposition du prestataire	5	1,4
Non respect du rendez-vous	5	1,4
Difficile à utiliser	4	1,1
Partenaire contre les méthodes contraceptives	3	0,8
Vouloir se reposer car les injections étaient nombreuses	3	0,8
Mauvaise qualité	2	0,6
Stérilité après plusieurs injections	2	0,6
Autres	9	3,1
Total	355	100

A partir de ce tableau, nous voyons que parmi toutes les femmes ayant arrêté d'utiliser une méthode contraceptive, la proportion de celles l'ayant fait pour un désir de grossesse s'élève seulement à 38,9%. Nous voyons que parmi les autres causes d'arrêt, les effets secondaires viennent en première position (29,9%). Nous remarquons, en outre, que les femmes ayant arrêté la méthode pour cause d'inefficacité représentent 5,9% tandis que les enseignements religieux sont incriminés dans 3,4% des cas.

III.4.3 Ampleur de l'abandon de la pratique contraceptive

L'ampleur du phénomène d'abandon de la pratique contraceptive a été calculée. Il s'agit de femmes ayant été sous l'une ou l'autre méthode mais qui l'ont arrêtée pour une autre raison que le désir d'avoir un enfant. Parmi les 931 femmes enquêtées dans les huit provinces faisant objet de l'étude qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive, 234 femmes ont arrêté cette pratique pour d'autres raisons que le désir d'avoir un enfant. Cela

nous donne un taux d'abandon de 25,1%; ce qui veut dire qu'une femme sur quatre qui adopte une méthode contraceptive l'abandonne.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. Dans la suite de ce rapport, nous analysons les facteurs identifiés comme des obstacles à la continuité de la pratique contraceptive.

III. 4.4. Causes d'abandon de la pratique contraceptive

Plusieurs raisons ont été évoquées comme étant à l'origine de l'abandon de la pratique contraceptive parmi les femmes qui avaient adopté l'une ou l'autre méthode. Ces raisons ont été recueillies tant à travers le questionnaire d'enquête (partie quantitative) que lors des différentes séances de discussions focalisées (focus groups) et des interviews organisés auprès d'informateurs clés.

III.4.4.1. Causes d'abandon selon les informateurs clés

Les informateurs clés identifiés par l'enquête étaient les responsables des services de PF dans les CDS ainsi que les médecins directeurs des provinces sanitaires.

Répondant à la question de savoir les causes principales qui seraient à l'origine des cas d'abandon de la pratique contraceptive chez les utilisatrices, les prestataires en services de PF ont évoqué les cinq principales causes suivantes :

- Les rumeurs sur les effets secondaires
- Les croyances religieuses
- La survenue d'effets secondaires
- La non adhésion du conjoint
- L'indisponibilité occasionnelle des intrants (ruptures de stocks)

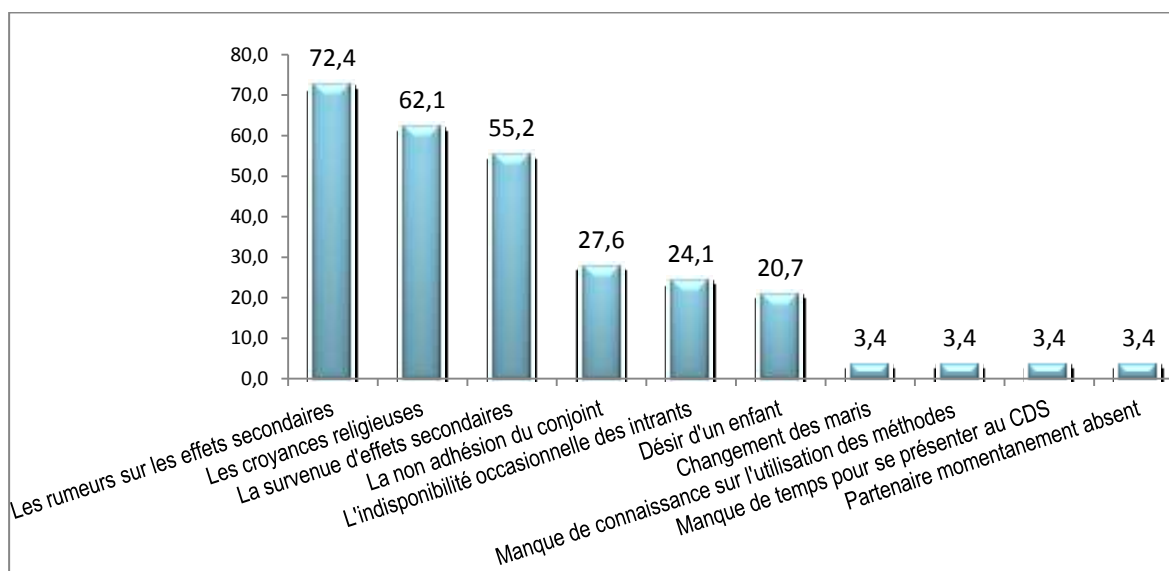


Figure 5: Répartition des causes d'abandon de la pratique contraceptive selon les prestataires

Les résultats de cette figure corroborent ceux obtenus à travers le questionnaire adressé aux ménages pour donner une fois de plus, les effets secondaires comme principale cause d'abandon de la pratique contraceptive. La seule nuance réside dans la perception quant à la véracité de ces effets secondaires, pour lesquels 72,4% des prestataires interrogés estiment qu'il s'agit de rumeurs alors que seuls 55,2% croient qu'en dehors des rumeurs, des effets secondaires de méthodes contraceptives existent et seraient à l'origine de cas d'abandon.

Les informations obtenues lors d'interviews organisées auprès des médecins directeurs des provinces sanitaires incriminent d'abord les enseignements religieux comme principale raison à l'origine de l'abandon de la pratique contraceptive puis les rumeurs sur les effets secondaires.

Le fait que la majorité de prestataires reconnaissent l'existence de rumeurs développées quant aux effets secondaires des méthodes contraceptives suggère la nécessité de renforcement des stratégies de communication d'une part au sujet d'effets secondaires liés à l'utilisation de chacune des méthodes contraceptives et d'autre part, sur la meilleure attitude à prendre en cas de survenue de ces effets. Ceci pourrait davantage rassurer les utilisatrices et contribuer à l'amélioration de l'utilisation continue des services de planification familiale. Quant aux enseignements religieux, le dialogue avec les responsables des différentes confessions religieuses serait à renforcer afin d'éviter des messages contradictoires qui auraient pour conséquence de dérouter la population.

Il a été également demandé aux prestataires de services de PF quelles sont les méthodes qui étaient le plus souvent accompagnées d'effets secondaires. Leurs réponses sont reprises dans la figure 6 :

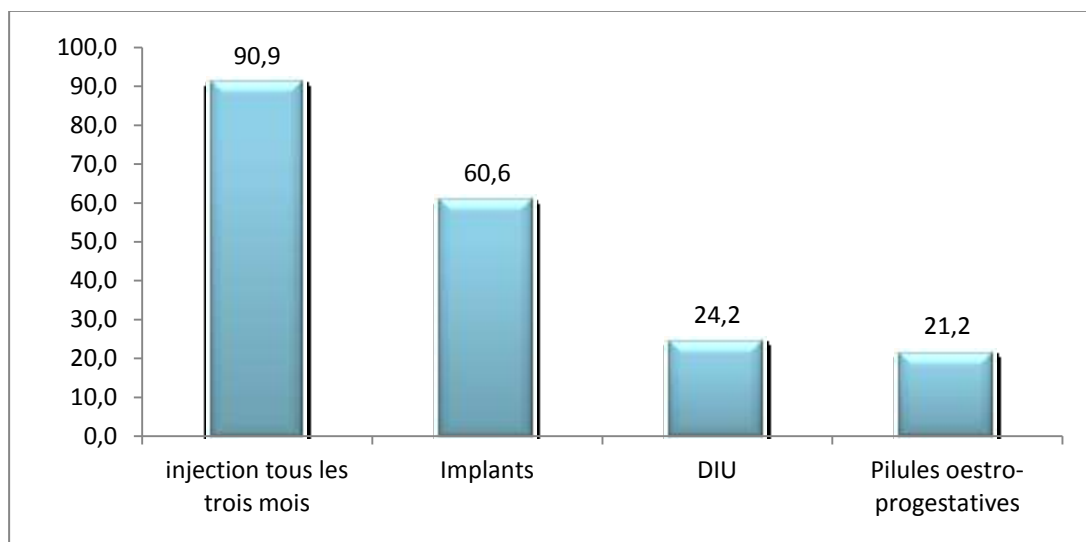


Figure 6 : Principales méthodes pour lesquelles les effets secondaires sont observés

Les méthodes les plus évoquées comme étant à l'origine d'effets secondaires sont dans l'ordre :

- Les injections
- Les implants
- Le dispositif intra-utérin
- Les pilules œstro-progestatives

La plupart des méthodes contraceptives préférées (injections et implants) entraînent des métrorragies ou des douleurs pelviennes, ce qui est à l'origine de la plupart des abandons. Certaines femmes rapportent également d'autres effets des contraceptifs observés comme les tuméfactions abdominales et la sécheresse vaginale qui peut également perturber la vie conjugale. La plus redoutée est la stérilité secondaire.

III.4.4.2. Causes d'abandon évoquées en Focus Groups

Dans les FG organisés dans les huit provinces, les femmes et les hommes rassemblés séparément ont évoqués plusieurs raisons à l'origine de l'abandon de la pratique contraceptive :

a. La fréquence et la gravité des effets secondaires

Une femme participant au FG Femme à Bururi, parlant des effets secondaires, raconte : « Yari yatewe urushinge, hanyuma munyuma arumva ko rumumereye nabi aguma ava amaraso, mu nyuma baca bamushiramwo akanyuzi, yaciye yanduruka amugara ». L'on pourrait traduire le récit ainsi : « Elle avait reçu un contraceptif injectable comme méthode de PF, puis elle s'est sentie malade, elle saignait continuellement. Ensuite, on lui a proposé de changer de méthode pour un DIU. Par la suite, elle en est devenue infirme ».

La même femme poursuit en disant ce qui suit : « *Uwundi nawe aheruka gupfa.....Yagumye ava amaraso menshi, aragenda i Makamba biranka gukira....* ». Pour dire ceci : « *Une autre femme est décédée récemment. C'était dû à un saignement abondant, elle a été transférée vers (l'hôpital de) Makamba, mais elle ne s'en n'est pas sortie* ».

En FG organisé à Buta (Bururi), un des participants dit que certains hommes peuvent ne pas être d'accord avec l'utilisation des méthodes de PF par leur femme suite à leur crainte vis-à-vis des effets secondaires. C'est ce qui est dit à travers le passage qui suit : « *Imvo zihari, hariho abamaze gukoresha ubwo buryo mugabo bukabazanira ingaruka mbi. Bigaca vyumvikana rero umugabo amaze kwumva yuko hari umufasoni yoba yarakoresheje ubwo buryo bikamuzanira ingaruka mbi ko adashobora kureka n'umugore wiwe ngo abikoreshe nawe kubera iyo agize ingaruka mbi niwe agaruka kwisopa mu kumuvuza* ».

Ce que l'on pourrait traduire par : « *Les raisons qui font que certains hommes refusent à leurs femmes d'utiliser les méthodes de PF, c'est parce qu'il y en a qui ont déjà utilisé ces méthodes, et ces dernières ont eu des effets secondaires. Ceci se comprend que l'homme, après avoir appris qu'une autre femme a eu des effets secondaires après avoir utilisé ces méthodes, ne va pas autoriser sa propre femme à les utiliser, étant donné qu'en cas d'apparition d'effets secondaires, c'est l'homme qui doit se débrouiller tout seul à trouver de l'argent pour faire soigner sa femme* ».

Étant donné que les prestataires ne prennent pas assez de temps pour expliquer aux clientes les effets secondaires possibles avec la méthode choisie ainsi que la conduite à tenir dans ce cas, les utilisatrices sont vite alarmées et reviennent au CDS.

b. Mauvaise qualité des relations entre prestataires et utilisatrices des services de Planification familiale

La plupart des femmes qui font face à des effets secondaires ont tendance à retourner au CDS pour demander le retrait de la méthode (D.I.U ou implant) ou abandonnent sans s'en référer aux prestataires de soins (injections). L'attitude des prestataires quand une femme ayant adopté une méthode contraceptive revient au Centre de santé pour retrait à cause des effets secondaires n'est en rien encourageante : la femme se voit refoulée sans ménagement (exemple de propos tenus issus d'un FG à Makamba : « *banze ugende uzane uwo mwana ugira ukurikize turabe ukuntu angana, bimwe tubabuza nivyongera mugira mugire* »). Qui se traduit ainsi « Va d'abord amener ton enfant le plus jeune pour qu'on sache son âge. Vous faites exactement ce qu'on vous interdit toujours de faire! »

Ailleurs, les infirmiers disent que la période pour laquelle le dispositif a été mis en place n'est pas encore écoulée, ou qu'il faudra revenir quand le prestataire qui offre ce service sera disponible. Dans ce genre de situation, la femme est tellement malmenée qu'elle n'est plus dans les dispositions de penser à un changement préférant l'abandon de la pratique contraceptive.

Dans le FG femme à mwumba, l'une des participantes raconte encore : « *Iyo usubiye kwa muganga kenshi na kenshi nuko baca bakubwira ngo umuti waramaze kuwunywa uri mu maraso nturi buvemwo* » ce qui veut dire « *Quand on retourne au CDS, la plupart des fois on nous dit que le médicament est déjà dans l'organisme, il ne peut plus en être retiré.* »

Ces propos dénotent d'une insuffisance de compétences communicationnelles de la part des prestataires ce qui peut diminuer l'utilisation des services de PF dans les CDS.

c. Problématique de la prise en charge des effets secondaires

Les médicaments pour le traitement des effets secondaires comme les douleurs pelviennes ne sont pas toujours disponibles au CDS et les clientes sont obligées de les payer en pharmacie.

Dans le FG Femme de Gasorwe à Muyinga quelqu'un le dit si bien : «No ku mavuriro ya leta, vyamaze gushika barashobora kugukuriramwo ako kanyuzi, ariko wa muvuduko w'amaraso mbere ugaca wiyongera, ko bakagukuyemwo rero, ingorane ziwe uwo yakagusizemwo umengo ziba ziheze, we ubonye umengo woborera muhira uca ugenda kwivuzza, ugiye kwivuzza bakuvura ijana kw'ijana udafise nka mituweli. » c'est-à-dire « Même dans les CDS publics ça arrive : on peut vous retirer un DIU mais le saignement parfois devient encore plus abondant. Pour l'infirmier lui, après l'acte de retrait du DIU, ses préoccupations sont terminées. Si vous voyez que vous risquez de moisir chez vous, vous êtes obligé de vous faire soigner à 100% si vous n'avez pas la carte de la mutuelle. »

Le coût du traitement des effets secondaires peut être une source de conflit entre conjoints comme le raconte de Mwumba à Ngozi :

« Hari igihe rero mubana n'umuntu wa ntaho nikora agaca akubwira ati niwe wavyikwegeye jewe nta mafaranga mfise yo kukujana i Bujumbura, genda kwa barya baziguteye bawugukuremwo, ugaca usanga bitugirir'ingaruka mbi kuko tudaca turonka amikoro yo kwivuzza. » qui se traduit « Il y a des couples où l'homme est pauvre. Dans ce cas, il vous dit qu'il n'a pas d'argent de vous faire soigner à Bujumbura; que vous devez vous-même aller voir ceux qui vous ont injecté ce produit pour qu'ils l'enlèvent de votre organisme. Dans ce cas, nous sommes vraiment malheureuses parce que nous n'avons aucun recours. »

Dans un FGFemme à Rumonge, une autre raconte : « Iyo habaye ingaruka mbi bakivuzza kumahera menshi, harinaho basanga arengeye ayo botungisha umwana bari kuvyara !! » qui veut dire « Quand il y a des effets secondaires et que les couples sont obligés de payer les soins, parfois ils se rendent compte que le coût des soins dépasse même celui de la prise en charge de l'enfant qu'ils auraient eu. »

Par ces témoignages, il ressort un problème réel lié au coût du traitement des effets secondaires. Dans le désespoir, les gens suggèrent même que certaines méthodes soient carrément retirées de la liste des contraceptifs proposés par le MSPLS comme le dit cet homme en FG à Nyanza-Lac en parlant de l'implant : « *Nimba Léta ibishobora, nibikureho biveho ,basi kubavyemera bakoreshe ako kanyuzi n'ako gakingirizo ibintu vy'ubugegene biveho* » traduit « *Si c'est possible, que l'État retire ce genre de méthode. Que ceux qui désirent une contraception utilisent le DIU et le préservatif mais que ces implants soient retirés.* »

L'on sous-entend dans ces récits que les intervenants regrettent que les femmes ne soient pas prises en charge par l'État pour traiter les effets secondaires autant que pour l'offre de services de PF.

d. Compétences des prestataires jugées insuffisantes

Il n'est pas rare que des femmes qui utilisent le D.I.U comme méthode contraceptive se sentent obligées de l'abandonner. Ceci est dû au fait que les prestataires de soins dans certains CDS sont techniquement

incompétents en ce qui concerne la pose de D.I.U, ce qui fait que des fois, ils procèdent par plusieurs tentatives qui échouent avant de réussir. Dans d'autres cas, la femme tombe enceinte alors qu'elle se croyait protégée par un D.I.U probablement mal placé.

Cette faiblesse de compétences techniques a été soulignée en *focus groups* par des utilisatrices de services de PF, qui vont jusqu'à demander que l'État puisse affecter dans leurs centres de santé des médecins plus compétents que le personnel habituellement disponible dans le service de PF.

A propos, une participante dans une séance de discussions en groupe focalisé pour Femmes à Bugendana (Province de Gitega) s'exprime : « *Je ikintu nyamukuru, nosaba aba Dogiteri. Vy'ukuri (abakoramu gisata kibijejwe) ntibaba barize! Jewe barakanshizemwo, nciye nja kubitura ati kankuriremwo, bati naho uje tukagukuriremwo, utarondeye umwe yakagushiriramwo ngo ntakuntu nokagukuriramwo, kubera kuba batize. Kumbe wawundi nawe yarungururijwe ahandi kure . Nanje urumva nguma ndemba kandi niwamara kuremba bazokuvura ku mafranga kandi bari buguhaye kuri gusa* ». Ce qui pourrait se traduire ainsi : « *Pour moi, le plus important est qu'on puisse rendre disponible des médecins. En réalité, ceux qui prestent dans les services de PF n'ont pas de niveau d'étude qui leur permette de s'acquitter correctement de leurs tâches! Une fois par exemple, on m'a placé le DIU et par après, je suis allée me confier à eux pour qu'ils l'enlèvent. La personne m'a répondu en disant qu'elle ne pouvait pas l'enlever, tout cela parce qu'ils n'ont pas assez appris. En fait, la personne qui l'avait placé avait été mutée vers un endroit éloigné. Or pendant tout ce temps mon état de santé ne faisait que se détériorer progressivement. Et puis, lorsque ton état de santé s'est dégradé, tu devras payer très cher pour te faire soigner alors que tu avais été placée sous cette méthode contraceptive gratuitement* ».

Dans ce récit, la femme qui raconte l'histoire regrette non seulement qu'un seul membre du personnel du service de PF de sa localité soit compétent pour poser le D.I.U, mais aussi que les effets secondaires de cette méthode ne soient pas pris en charge par l'État. On note également un problème de communication qui fait que la personne trouvée au service le jour de la visite ne dit pas clairement à la cliente qu'elle n'est pas techniquement en mesure de la satisfaire, pas plus qu'elle ne la réfère pas vers une autre structure de soins qui serait en mesure de prendre en charge le cas.

L'idée que les infirmiers qui prestent dans le service de PF ne soient pas techniquement à la hauteur de leur tâche est reprise par une participante en FG à Kayokwe (Province Mwaro) lorsqu'elle dit : « *Twebwe twasavye ko boturonsa koko abaganga bize ivy'ubuganga, bakwijije mu bwenge, abana bimwe usanga ngo yize cumi nabiri. Kenshi je(we) hariho ivuriro nzi hariho abahejeje iyagatandatu. Twese iyagatandatu twarayimaze! mugabo ngo ni muganga yaminuje, ugasanga avyara umwana kumwaka kumwaka. None nk'uwo wumva yoguha inyigisho gute nawe atabigendera?* » Ce qui peut se traduire de la façon suivante : « On a demandé que l'on affecte dans notre localité des médecins qui ont vraiment appris la médecine, suffisamment intelligents, et non ceux (celles) qui n'ont pas dépassé 12 années d'étude. Moi je connais un centre de santé où l'on trouve des gens qui ont le niveau de sixième année primaire. Nous avons tous terminé la sixième année! Mais on te dit que c'est un expert et pourtant on trouve qu'elle accouche chaque année. Comment une telle personne peut-elle t'enseigner des choses qu'elle-même ne pratique pas »?

e. Les enseignements religieux

Il est apparu à travers différentes informations collectées sur le terrain que certains enseignements religieux sont des contre-messages à l'adoption des méthodes contraceptives modernes par la population. La plupart de ces messages disent que l'utilisation des méthodes contraceptives est un péché considéré comme un homicide volontaire. Ainsi par exemple, une participante à un FG femme à Mwumba (Province de Ngozi) raconte : « *Nk'amadini akunda kuvuga (nabi) uburyo bwo kwa muganga, nk'abapentegoti, nk'ivyo ntibavyerekwa cane, bavuga ati ni ukubavyara kubera n'igihe Imana yarema, yavuze iti muvyare mugwire mube nk'umusenyi wo ku kiyaga, mungane n'inyenyeri zo hejuru mu kirere, bati burya rero kwikingiza burya n'ukwica* ». Ce que nous

traduisons par : «*Certaines confessions religieuses critiquent les méthodes contraceptives offertes dans les services de soins. Par exemple, les Pentecôtistes ne veulent pas entendre parler de ces méthodes; ils prêchent qu'il faut faire le maximum d'enfants car même du temps de la création, Dieu a demandé aux Hommes de se reproduire pour que leur descendance soit aussi nombreuse que le sable de la plage ou les étoiles; ils disent en fait que se protéger d'une grossesse c'est tuer*».

Néanmoins, ce type d'enseignement religieux ne rencontre pas l'assentiment de tous les fidèles, car partout où nous sommes passés, des hommes et des femmes nous ont affirmé qu'ils prenaient d'abord en compte la situation de leur ménage avant de s'accorder avec ces enseignements. Etant donné la conjoncture socio-économique actuelle, de plus en plus de gens prennent conscience que la contraception a des avantages dont ils ne peuvent se passer et mettent en doute ces croyances comme le dit cette femme de Kibago à Makamba :

FG « *None adashoboye kubarera Imana izoca iva hariya hejuru ngo ije kubarera? Naho nyene uvyaye benshi udashobora kurera nico ca caha nyene!* » -c-à-d « *Si on n'est pas capable d'élever ses enfants, est-ce Dieu qui, du haut du ciel, viendra le faire pour vous ? Donc, si on donne naissance à des enfants qu'on ne sait pas prendre en charge, c'est aussi un péché* ».

Même si cette cause n'a pas la même ampleur que les précédentes, certaines périodes d'enseignements intenses, surtout dans la religion catholique (visite de la vierge Marie aux ménages, accueil de la Croix sacrée dans les foyers, le pèlerinage du 15 août vers Mugeru, le carême) sont accompagnées de phénomènes de retrait de D.I.U et d'implants. Des témoignages éloquentes ont été obtenus à ce sujet dans les groupes de discussions en groupes focalisés, notamment dans les provinces de Bururi, Gitega, Ruyigi et Mwaro. La quasi-totalité des Médecins provinciaux ont également rapporté cette information. La religion catholique ainsi que certaines confessions protestantes (pentecôte entre autres) enseignent que l'adoption des méthodes contraceptives modernes est contraire à la foi chrétienne, ce qui pousse certaines femmes à les abandonner au profit des méthodes naturelles.

f. Les rumeurs et idées préconçues

Certaines rumeurs et idées préconçues sont à l'origine des abandons de la pratique contraceptive. Il s'agit notamment de celles-ci :

- Les méthodes contraceptives entraînent la stérilité : C'est la rumeur la plus ancrée dans les esprits et qui est à l'origine de la non adhésion aux méthodes contraceptives par certaines femmes.

Lors d'un focus Group organisé à l'endroit des hommes à Nyanza-Lac, un participant dit : « *Kenshi biravurwa yuko ugiye gufata uburyo ubu canke buriya, ushobora nogusanga bwakugariyemwo ntusubire nokuvyara kandi utashaka ko bakugara burundu kubera abantu bariko baragwirirana.* ». Ceci pourrait se traduire ainsi : « *Il est souvent rapporté que, si quelqu'un utilise l'une ou l'autre méthode contraceptive, cette méthode finit par boucher les voies génitales internes, provoquant ainsi une stérilité secondaire alors que l'on ne l'avait pas souhaité même s'il ya une démographie galopante* ».

-Selon toujours des informations obtenues en FG à Muyinga, certaines rumeurs disent que l'implant et le D.I.U peuvent « disparaître » dans le corps; et il faudra procéder à une intervention chirurgicale pour les extraire : ceci fait que certains couples renoncent à l'adoption de ces méthodes contraceptives même si le besoin d'espacer ou de limiter les naissances est présent, soit par crainte des conséquences de la chirurgie, soit par manque de moyens financiers y relatifs.

- Les pilules entraînent un gain de poids exagéré ce qui peut aller jusqu'à nécessiter une ponction ou des tumeurs abdominales (FG femmes Butezi, Province Ruyigi).

- Les pilules peuvent entraîner des tumeurs : Une femme participant dans un FG organisé à Mwumba (Province de Ngozi) raconte : « *Kenshi na kenshi abandi bafata ibinini, ngo bakunda kugwara ibivyimba vyo mu nda, uca usanga umuntu yakigwaye aragiye nko kw'ivuriro agaca abwira abakenyezi bahari ngo jewe kugira ngware iki kivyimba bagomba kuzoza kumena ngo nari nagiyeye ku buryo bw'ibinini. Ba bandi bose rero bari ku buryo bw'ibinini bagaca bagira ubwoba ngo bazorwara ca kivyimba; n'aho bata isezerano ryo kuza gutora uburyo bwabo* ». Ceci peut être traduit ainsi : « *Très souvent, d'autres qui prennent la pilule comme méthode de PF rapportent qu'elles développent des fibromes. Si une victime d'un fibrome se rend au centre de santé et qu'elle raconte ce qui lui est arrivé aux autres femmes en disant que, pour guérir elle devra subir une opération, toutes celles qui étaient sous cette méthode utilisant la pilule prennent panique et ne répondent plus au rendez-vous qui leur avait été fixé* ».

Toutefois, les enseignements reçus constituent une base de jugement qui détermine le comportement à adopter face à ces rumeurs comme certains nous l'ont dit à Mwumba, « *mwenivyo bihuha birahaba, ariko, nk'umuntu asanzwe azi inyigisho ico zamumariye ntabijamwo* ». C'est-à-dire « *ce genre de rumeurs existent mais, nous ne sommes pas influencés par cela grâce aux enseignements que nous avons reçus* ».

Ainsi, des séances d'éducation pour la santé pourraient être de belles occasions offertes aux populations pour apporter des témoignages pouvant contribuer à éradiquer certaines rumeurs.

g. Une culture pro-nataliste

La culture burundaise promeut la procréation quantitative, ce qui fait que certaines personnes se réfèrent au nombre d'enfants que leurs parents ont eus pour déterminer leur propre procréation.

FGH Nyanza lac : « *abandi ugasanga bavuga ngo twebwe iwacu baravyara nanje nzovyara*. » pour dire « *Certains disent qu'ils feront beaucoup d'enfants, juste pour faire comme d'autres membres de leurs familles qui en ont eus beaucoup* ».

Par conséquent, les mariages des burundais sont souvent renforcés par la progéniture. Une femme mariée qui n'a pas d'enfants est donc sujette au rejet de son mari. En adoptant une méthode contraceptive, les femmes craignent que leurs maris n'aillent chercher à procréer en dehors du couple comme le disent ces femmes de Rumonge :

« *Hariho uwundi mugore yabwiye umugabo ati ko tuguma tuvuyara intahekana ! Umugabo aca amubwira ati genda kwamuganga, bamaze kumutera urushinge ntiyasubiye kuruhuka. Umugabo yaguma avuga ngo nta ngumba nkeneye, nkeneye uwuvyara. Uwo mugabo aca aragenda, ubu afise abana barenga igihumbi hanzel! Wa mugore nawe yarakongotse ameze uku! Uko aje niko amutuka ngo ni ingumba kandi ariwe yamurungitse (kurondera uburyo bwo kwikingira gusama imbanyi)! Ari nka wewe ubibonye utaragenda wumva wogenda? » . Nous traduisons ce témoignage ainsi: « *Une autre femme a dit un jour à son mari qu'il n'était pas bon qu'ils aient des enfants trop rapprochés. L'homme lui a dit d'aller chercher un service de PF. Lorsque la femme a été placée sous une méthode injectable, elle n'a plus jamais eu de paix dans son foyer car son mari l'insultait comme quoi il n'y avait plus de place pour une femme stérile, et qu'il avait besoin d'une femme capable de procréer. C'est pour cela que l'homme est allé chercher d'autres femmes, maintenant il a eu jusqu'à plus de mille enfants dehors ! Et sa première femme est devenue très maigre ! Chaque fois que son mari revient à la maison il lui profère des insultes comme quoi elle est stérile alors que c'est lui-même qui l'avait envoyée (chercher une méthode de PF). Si toi-même tu as la chance de voir ce qui est arrivé à cette femme, pourrais-tu encore oser aller demander d'être placée sous une méthode de PF ?* »*

Ailleurs, certaines femmes sont contraintes à accoucher régulièrement parce que leur mari pense qu'ainsi, ils peuvent mieux les dominer. Cela est dit par cette femme de Mwumba : « *Hariho abagabo bamwe uca usanga*

bita abagore babo ngo n'ingare bashaka kubagaba, hanyuma rero agaca avuga ngo agize akanyaro kuko adaheruka kuvyara uwundi mwana, reka ndamukurikize na ningoga kugira ngo amanyama ace agabanuka kuko afise umwana aca atekereza ». Ce qui pourrait se traduire par : « Il y a certains hommes qui accusent leurs femmes d'être des dames de fer qui cherchent à tout prix à exercer sur eux une domination; et ils disent que dès que la femme montre un sentiment de résistance envers son mari, celui-ci décide de l'engrosser car ils estiment que les femmes deviennent calmes lorsqu'elles ont des bébés ».

h. L'absence d'entente des conjoints par rapport à la contraception

L'adhésion des deux conjoints à la contraception est essentielle pour l'adoption et la continuité de la pratique contraceptive. En effet, si les femmes commencent une contraception sans le soutien de leur mari, elles ont plus de difficultés à la continuer. Une femme de Ngozi raconte:

«Iyo wanse gusama inda, umugabo aca avuga ati wewe ivyarivyo vyose ko wanse gusama inda, wewe ntumpende waragiye. Ugaca ubura amahoro muhira, bakaguhora ngo wanse yuko uvyara, wabona rero biranse amahoro wayabuze, ugaca ugenda ukamworohereza ukagakuzamwo. » c'est-à-dire que quand la femme tarde à tomber enceinte, l'homme soupçonne qu'elle est allé au CDS pour demander une contraception. Il harcèle alors sa femme et celle-ci n'en pouvant plus s'en retourne au CDS demander le retrait du contraceptif pour avoir la paix.

Parfois, c'est la femme qui exprime le besoin de continuer à avoir des enfants. Par exemple, à Buta (Bururi), un des participants au FG Homme rapporte que sa femme lui demande de faire encore un neuvième enfant alors qu'ils en ont déjà huit. Face à cette situation, il dit qu'il ne voit pas quoi faire. Il s'agit ici d'un exemple où la femme elle-même réclame un autre enfant au moment où l'homme souhaite ne plus avoir d'enfant. Il dit ceci : « *Jewe umwe nakubwira kare, nyina amaze imisi ndamubwira ati jewe turere abo, n'amategeko ya leta asaba abo. Kandi abana cenda hapfuyemwo umwe abo bana si bake. Nyina aranzigirije ati mpa uwundi mwana aha rero sindonka n'agahengwe, noca ngira gute »?*

L'on pourrait traduire ce passage ainsi : « Moi, l'autre dont je t'ai parlé, la mère des enfants, depuis bien des jours je lui propose que l'on arrête de faire des enfants, que même l'Etat le veut ainsi. Par ailleurs, sur neuf naissances que nous avons eues, seul un enfant est décédé, ce nombre d'enfants suffit. Pourtant, la mère des enfants insiste à me demander de lui donner encore un enfant, elle insiste tellement que je ne parviens plus à me reposer. Face à cette situation, que dois-je faire ? »

Discussion et conclusions

Cette section nous montre que le phénomène d'abandon de la pratique contraceptive prend une ampleur considérable (25,1%). Elle nous permet, en outre, d'identifier les différentes causes à l'origine de cette situation. Les principaux facteurs mis en cause par les bénéficiaires et les différents informateurs clés peuvent être regroupés en quatre aspects principaux :

- 1) La fréquence et la gravité des effets secondaires ainsi que leur prise en charge;
- 2) Les enseignements erronés que ce soit par le biais des confessions religieuses ou des rumeurs;
- 3) La compétence limitée des prestataires (communicationnelle et technique);
- 4) La non adhésion du conjoint à la pratique contraceptive.

En outre, les méthodes hormonales (injections et implants) ainsi que le DIU sont les plus souvent incriminés dans la survenue des effets secondaires. Une analyse de l'abandon de la contraception, basée sur les données d'Enquêtes Démographiques et de Santé dans six pays présentant des niveaux élevés de prévalence contraceptive, révèle qu'environ le tiers des couples cessent d'utiliser leur méthode contraceptive dans un délai de 12 mois et qu'en ce qui concernant les contraceptifs hormonaux et le stérilet, les raisons de santé (y compris

les effets secondaires) constituent la principale cause d'abandon de la pratique contraceptive (Mohamed Ali et John Cleland, 1995).

La situation vécue au Burundi par rapport aux enseignements religieux n'est pas inédite car même dans d'autres pays Africains, le comportement des couples face à la PF est fortement influencé par la religion (Leon Bijlmakers et al., 2012). En effet, si la plupart des écritures religieuses n'interdisent pas explicitement la contraception, elles laissent néanmoins la possibilité aux leaders religieux et autres croyants de multiples interprétations du statut du planning familial, et notamment celui des méthodes de contraception modernes.

En résumé, il est à retenir que l'abandon de la pratique contraceptive est assez fréquent dans cette population. Les principales causes évoquées aussi bien par les bénéficiaires que par les prestataires ont trait aux effets secondaires (fréquence, gravité et prise en charge), aux enseignements erronés (enseignements religieux ou rumeurs), à la compétence limitée des prestataires (communicationnelle et technique) et l'adhésion du conjoint à la pratique contraceptive.

III.5. Analyse des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives

Après la présentation de la prévalence contraceptive dans la zone d'enquête et les causes pressenties par les bénéficiaires et les prestataires, cette partie analyse les différents facteurs déterminant l'utilisation des méthodes contraceptives conformément au modèle conceptuel défini plus haut. Pour rappel, ces facteurs sont regroupés en 4 grands groupes : (i) le contexte politique et institutionnel, (ii) le contexte socioéconomique, culturel et démographique, (iii) les variables socio-comportementales ainsi que (iv) l'offre de la contraception.

III.5.1. Prévalence contraceptive dans la zone d'enquête

Cette rubrique présente la prévalence contraceptive dans la zone d'enquête. Sont considérées comme « utilisatrices » toutes les femmes qui étaient sous une méthode contraceptive au moment de l'enquête. Les « non utilisatrices » sont ici, les femmes qui ne sont pas ou n'ont jamais été sous une méthode contraceptive quelle qu'elle soit (Figure 6).

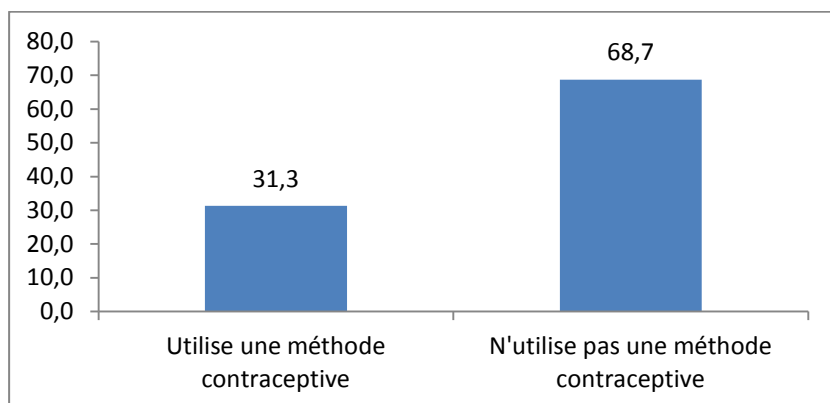


Figure 6. Prévalence contraceptive dans la zone d'enquête

Cette figure montre que dans la zone d'enquête, la prévalence contraceptive est estimée à 31,3%. Ces résultats sont concordants avec ceux du bilan du PNSR de l'an 2012 qui donne un taux de prévalence contraceptive de 25,3% au niveau national.

L'utilisation des méthodes contraceptives est inégalement répartie en fonction du statut matrimonial des femmes. Ces propos sont illustrés par la figure 7.

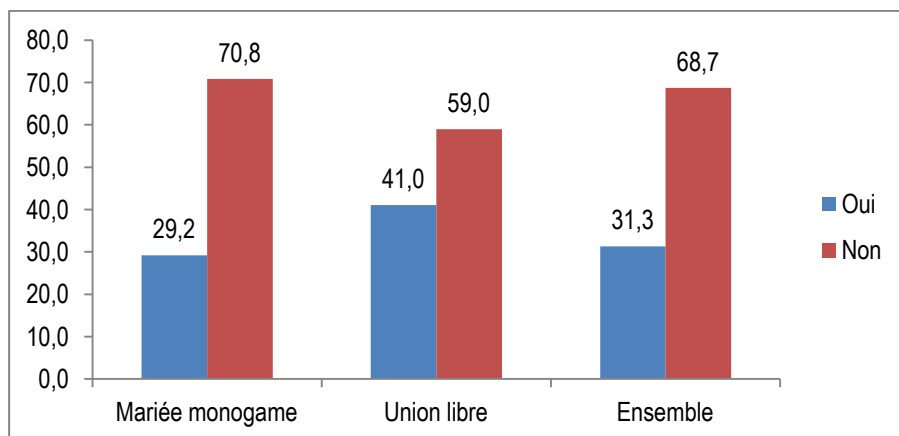


Figure 7 : Prévalence contraceptive selon le statut matrimonial

Il ressort de ce graphique que les femmes en union libre utilisent les méthodes contraceptives beaucoup plus que celles dont le statut matrimonial est marié monogame. En effet, 41% des femmes en union libre utilisent une méthode contraceptive alors que ce taux est de 29,2% chez les femmes mariés monogames.

Les parties qui suivent vont analyser les différents facteurs qui influencent l'utilisation des méthodes contraceptives dans la zone de cette étude.

III.5.2. Contexte politique et institutionnel

Le contexte politique en matière de santé de la reproduction regroupe les actes politiques en rapport avec la santé de la reproduction (politique de population, programmes sectoriels, facilités accordées aux ONG œuvrant dans ce secteur, etc.), et en particulier avec la planification familiale.

Depuis plusieurs décennies, le monde entier se préoccupe des problèmes liés à la reproduction humaine, avec le souci de rendre le processus de procréation aussi sûr et avec le moins de risques possibles, tout en respectant différents aspects socioculturels des populations concernées.

C'est dans ce sens que se sont développés les programmes de SMI/ PF et que des conférences internationales sur la population ont été organisées (Bucarest 1974, Mexico 1984, Caire 1994, Beijing 1995). La Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994 et la Quatrième Conférence Mondiale sur la Femme tenue à Beijing en 1995 ont proposé que la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction soient considérés comme des éléments fondamentaux des droits de la personne humaine. A cela s'ajoutent les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD-2000), en particulier celui en rapport avec la réduction de la mortalité maternelle et infantile, l'Initiative Africaine pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) ainsi que le Plan d'Action de Maputo de 2007.

Au Burundi, la pression démographique sur les ressources est trop forte. Déjà en 1982, la publication des résultats définitifs du premier recensement général de la population de 1979 a fait sentir aux autorités publiques du Burundi la nécessité d'une intervention en vue d'assurer l'équilibre dans le couple population-développement, après avoir établi la relation entre la population, l'agriculture, l'emploi et la santé (CPPF, 1997). En 1983, le Gouvernement du Burundi réagit en adoptant un programme de planification familiale intégré dans les services de santé maternelle et infantile. Ce programme qui débute en mars 1983 dans la zone pilote de Muramvya s'étend dans tout le pays en 1987.

Cette prise de conscience s'est affirmée officiellement en 1990, lorsque le Conseil Economique et Social d'alors a déclaré : « L'explosion démographique au Burundi, face aux autres données économiques et sociales, n'est pas un atout mais au contraire un défi qu'il faut relever au plus vite, notamment par une politique énergique de limitation des naissances »

Dans le souci d'assurer la coordination des activités de planification familiale au Burundi, le Gouvernement a créé, par le décret n° 100/010 du 17/01/1991, le Bureau de Coordination du Programme national de planification familiale (CPPF), avec pour mission de coordonner, orienter, guider, toutes les activités en rapport avec la planification familiale en vue de maintenir la croissance de la population dans les limites compatibles avec la croissance économique. A ce titre, le bureau était spécialement chargé de :

- Décider les méthodes de planning familial à introduire et à diffuser sur tout le territoire national;
- Coordonner toutes les activités d'information, d'éducation, de sensibilisation de la population pour qu'elle utilise les services de planning familial;
- Assurer le contrôle de la qualité des services de planification familiale.

Après la conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) tenue au Caire le 13 septembre 1994 mettant l'accent sur la nécessité de satisfaire les besoins de chaque femme et de chaque homme plutôt que de réaliser des objectifs démographiques, le CPPF a été muté en Bureau de coordination du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) par le décret N°100/033 du 30 mars 1999. La mission du PNSR consiste à :

- assurer une promotion de la santé de la reproduction au niveau national ;
- assurer la qualité des services de santé de la reproduction à tous les niveaux ;
- mobiliser les ressources nécessaires aux activités de santé de la reproduction
- assurer la coordination et le suivi évaluation de toutes les activités de la SR.

Le Burundi a souscrit aux engagements internationaux notamment dans le cadre de la Conférence Internationale sur la Population et le Développement tenue au Caire en 1994, de la 4ème Conférence Mondiale de Beijing sur la femme en 1995, ainsi qu'aux Objectifs du Millénaire pour le Développement de New York en 2000. En vue de la concrétisation de ces engagements, une Politique Nationale de Santé de la Reproduction a été élaboré en 2007.

La vision de cette Politique est d'améliorer l'état de santé de la population burundaise en général et de la santé sexuelle et de la reproduction en particulier. Les priorités de la Politique Nationale de Santé de la Reproduction sont en rapport avec la maternité à moindres risques et la santé néonatale, la planification familiale, la prévention et la prise en charge de l'infertilité et des dysfonctionnements sexuels, la prévention et la prise en charge des complications de l'avortement, la prévention et la prise en charge des IST/VIH /Sida, la prévention et la prise en charge des violences sexuelles, la promotion de la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes et des adolescents ainsi que la détection précoce des cancers mammaires et gynécologiques.

La mise en œuvre de cette politique s'est concrétisée à travers l'élaboration du plan stratégique 2010-2014 avec comme objectif de contribuer à l'amélioration de la santé de la population en général et de la santé sexuelle et reproductive en particulier. A ce titre, les axes stratégiques proposés s'inspirent des priorités définies dans la Politique Nationale de Santé de la Reproduction.

Dans sa mise en œuvre, ce plan stratégique a été complété par le plan stratégique de CCC en SR. Un manuel de la planification familiale a été aussi élaboré. De mêmes différents partenaires techniques et financiers interviennent dans le domaine de santé de la reproduction.

Enfin, il est à constater que la planification familiale est actuellement un concept qui revient fréquemment dans les discours prononcés par les décideurs politiques à l'endroit de la population. En dépit de l'engagement politique du gouvernement et de ses Partenaires Techniques et Financiers, le résultat des ces effort est très faible puisque l'indice synthétique de fécondité reste très élevé.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA et le PNSR devraient élaborer et mettre en œuvre des stratégies visant l'augmentation de l'efficacité de leurs actions pour que les nombreux efforts consentis soient transformés en des résultats concrets.

Au niveau politique et institutionnel, des efforts remarquables ont été réalisés. Ceci se remarque à travers des engagements internationaux auxquels le Burundi a souscrit et les efforts consentis dans l'élaboration de la politique nationale de santé de la reproduction ainsi que la réalisation de beaucoup d'autres documents destinés à la mise en œuvre de cette politique. Toutefois, des actions concrètes visant à augmenter l'efficacité de ces efforts sont à envisager.

III.5.3. Contexte socio-économique, culturel et démographique

Dans cette partie nous analysons le lien entre les différents facteurs socio-économiques, culturels et démographiques avec l'utilisation des méthodes contraceptives. Au niveau du contexte socio-économique, il s'agit des facteurs tels que le niveau d'éducation, la profession et le niveau du bien-être. Au niveau socio culturel et démographique, l'influence du milieu de résidence, de la religion et de l'âge sur l'utilisation des méthodes contraceptives a été analysée.

III.5.3.1. Niveau d'éducation

L'éducation et, plus précisément, sa composante l'instruction apportent à l'individu des connaissances nouvelles qui se réfèrent le plus souvent aux modèles culturels dits modernes (Egina AKAM, 2005). La pratique contraceptive s'inscrit ainsi dans ce courant de modernité. Les résultats de cette étude montrent que le niveau d'éducation de la cliente est un facteur qui influence l'utilisation des méthodes contraceptives (Tableau 15).

Tableau 15: Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du niveau d'éducation

Niveau d'éducation	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Aucun	67	23,3	220	76,7	20,31	0,002
YAGAMUKAMA/École coranique	115	28,8	284	71,2		
Primaire incomplète	188	31,2	415	68,8		
Primaire complète	130	38,0	212	62,0		
Secondaire incomplet	24	36,9	41	63,1		
Secondaire complète	38	38,8	60	61,2		
Université	14	29,8	33	70,2		
Ensemble	576	31,3	1 265	68,7		

A partir du tableau ci-dessus, nous remarquons que l'utilisation des méthodes contraceptives est relativement élevée chez les femmes ayant un niveau d'éducation primaire (38,0%) et secondaire (38,8%). La prévalence contraceptive chez les femmes qui n'ont pas été à l'école est inférieure à celle au niveau global. Il en est de même pour celles ayant fait des études universitaires.

III.5.3.2. Profession

La prévalence d'utilisation des méthodes contraceptives varie peu selon la profession exercée par les femmes. On note une absence de liaison (au sens statistique du test de chi-deux) entre ces variables (Tableau 16).

Tableau 16: Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de la profession

Profession	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Cultivatrice	445	30,1	1035	69,9	5,46	0,243
Fonctionnaire/Salariée	30	34,9	56	65,1		
Commerçante/Vendeuse	28	36,8	48	63,2		
Ménagère/Chômeur	57	36,1	101	63,9		
Autres	16	39,0	25	61,0		
Ensemble	576	31,3	1 265	68,7		

Malgré cette absence de liaison entre la profession et l'utilisation des méthodes contraceptives, les résultats montrent que les cultivatrices utilisent moins les méthodes contraceptives. Ceci serait dû au fait qu'elles sont le plus souvent occupées par les travaux champêtres et n'ont pas beaucoup de temps de fréquenter les formations sanitaires en dehors des épisodes de maladies. Par conséquent, elles seraient moins atteintes par les messages véhiculés par les prestataires de soins dans les structures sanitaires.

III.5.3.3. Niveau du bien-être

Dans le cadre de cette étude le bien-être a été calculé en se basant sur le module « possession » dans notre questionnaire d'enquête. La justification théorique résulte des différents courants des économistes de la pauvreté, qui ne considèrent plus actuellement la mesure du bien-être par le simple niveau de revenu familial, mais qui pensent que globalement, le bien-être est lié à la capacité de fonctionner en société. Une privation de certains biens et services pourtant nécessaires à l'épanouissement moral, matériel et intellectuel des individus est considérée comme étant le manque de bien-être.

Ainsi, les ménages enquêtés ont été classés par quintiles du bien-être en faisant recours à la méthode des scores (arbitraire) et à des variables de patrimoine qu'on a classé en deux groupes :

- Les variables de possession ou des avoirs du ménage au nombre de 16 (vaches, chèvres moutons, poules, porcs, canards, cobaye, lapins, ikanga, poissons, radio, vélo, moto, téléphone portable, véhicule, poste téléviseur) ;
- Les variables qui déterminent les caractéristiques du ménages (approvisionnement en eau potable, nature du toit, des murs, disponibilité d'un robinet, statut d'exploitation de la terre pour les ménages agricoles, etc.).

Le tableau suivant nous montre les résultats de l'analyse et classifie les ménages visités dans les quintiles du bien-être en fonction l'utilisation ou non des méthodes contraceptives.

Tableau 17. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du niveau du bien-être

Quintile du bien être	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	P
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Quintile 1	106	28,8	262	71,2	,739	0,442
Quintile 2	126	34,2	242	65,8		
Quintile 3	119	32,3	249	67,7		
Quintile 4	118	32,1	250	67,9		
Quintile 5	107	29,0	262	71,0		
Ensemble	576	31,3	1 265	68,7		

Le test du chi-deux montre que le niveau du bien-être n'influence pas significativement l'utilisation des méthodes contraceptives ($p > 0,05$). Il est important de noter tout de même que la prévalence contraceptive chez les femmes appartenant aux quintiles du niveau intermédiaire (Quintile 2, 3 et 4) est élevée par rapport à celles du niveau global.

III.5.3.4. Le milieu de résidence

Dans la plupart des études sur la fécondité, l'influence du milieu de résidence est étudiée en opposant le milieu rural au milieu urbain. Mais cette opposition en sous-entend une autre entre les cultures dites traditionnelles et celles dites modernes.

Tableau 18. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du milieu de résidence

Milieu de résidence	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Urbain	129	32,6	267	67,4	0,39	0,533
Rural	447	30,9	998	69,1		
Ensemble	576	31,3	1 265	68,7		

Les résultats se trouvant dans le tableau 18 montrent une absence de liaison (au sens statistique du test de chi-deux) entre ces variables l'utilisation des méthodes contraceptives et le milieu de résidence.

Mais ce faible impact du milieu de résidence ne signifie pas qu'il ne doit pas être pris en compte dans le schéma de causalité de la pratique de la contraception. Certains auteurs estiment qu'une bonne approche de cette variable devrait distinguer le milieu de résidence de la femme pendant l'enfance (Milieu de socialisation), et le milieu de réalisation de la fécondité ou milieu de vie génésique (Evina Akam, 1990).

III.5.3.5. La Religion

Les religions peuvent avoir des influences sur la pratique contraceptive étant donné que ces dernières forment leurs adeptes dans un même moule doctrinal de référence. Le tableau 19 donne les résultats de cette étude sur le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives en fonction de la religion

Tableau 19. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de la Religion

Religion	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Catholique	335	30,9	750	69,1	45,04	0,000
Pentecôte	54	19,7	220	80,3		
Adventiste	7	38,9	11	61,1		
Méthodiste	21	32,8	43	67,2		
Anglicane	10	21,3	37	78,7		
Islam	63	50,0	63	50,0		
Autres églises protestantes	86	37,9	141	62,1		
Ensemble	576	31,3	1 265	68,7		

De ce tableau, il ressort que les femmes non utilisatrices des méthodes contraceptives se retrouvent plus dans la religion pentecôtiste (80.3%), anglicane (78.7%), catholique (69.1%) et méthodiste (67.2%) alors que dans la religion musulmane, la tendance est plus mitigée (50%). En effet, comme nous l'avons perçu lors des Focus Groups, certaines religions sont ouvertement opposées à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et favorisent plutôt les méthodes naturelles. C'est le cas des religions catholique, pentecôtiste et d'autres confessions protestantes (Méthodistes et autres). Ces églises vont jusqu'à accompagner cette interdiction de sanctions pour leurs fidèles ce qui peut favoriser la non adoption ou l'abandon chez les utilisatrices.

Lors des interviews conduites auprès des responsables de ces églises, nous avons remarqué que les positions sont diversifiées entre responsables d'une même confession religieuse. Les leaders catholiques au plus haut niveau hiérarchique (Évêques) sont unanimement opposés à l'utilisation des contraceptifs modernes mais au niveau de la base, il n'est pas rare de trouver des prêtres qui disent à leurs fidèles d'avoir une procréation responsable, ce qui est un message nuancé.

Par ailleurs, les raisons évoquées par les évêques catholiques ne sont pas les mêmes que celles qu'on retrouve chez les protestants. Les catholiques parlent plutôt du respect que l'Homme doit avoir vis-à-vis de son corps, qu'il devrait être capable de le maîtriser sans recourir aux procédés médicaux. Les pentecôtistes, de leur côté, véhiculent le message selon lequel l'homme ne devrait pas contrecarrer le plan divin de la création. Chez les musulmans, les fidèles ont la liberté de choix mais les responsables leur conseillent l'utilisation des méthodes naturelles car, selon eux, les contraceptifs modernes ont des effets secondaires nuisibles pour leur santé. Néanmoins, il n'y a pas de sanctions liées à cette pratique chez les musulmans.

Certaines églises protestantes comme l'Église Adventiste du 7^{ème} jour et l'Église des Amis sont plutôt en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives au sein du couple et non pas chez les célibataires. Les responsables de ces Églises évoquent le souci de mieux gérer la démographie galopante. Un pasteur d'une église nous a signalé : *« dans les enseignements que nous donnons aux familles, nous leur expliquons qu'en mettant au monde beaucoup d'enfants que l'on n'est pas capable d'entretenir, c'est en quelque sorte une façon de contribuer à la multiplication des soldats de satan puisque quand un enfant n'a pas mangé, n'a pas de quoi se vêtir, il aura tendance à chercher tout ce dont il a besoin par tous les moyens possibles (vol, viol, meurtre, ...) »*. Il a aussi sollicité le concours des responsables sanitaires dans ces enseignements, puisque selon lui, le message des spécialistes contribuerait même à la désintoxication des rumeurs qui sont véhiculés dans la communauté.

III.5.3.6. L'âge

Les comportements des individus varient généralement d'une génération à une autre, surtout dans des sociétés en pleine mutation comme celles d'Afrique. En particulier, on constate une tendance aux respects des traditions chez les vieilles générations alors que les jeunes générations, généralement mieux instruites que celles plus âgées, sont en principe plus tournées vers des comportements dits « modernes » (Evina AKAM, 2005). Les résultats de cette étude (Tableau 20) montrent qu'il y a une relation entre l'utilisation des méthodes contraceptives et la tranche d'âge.

Tableau 20. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
15-19 ans	14	21,5	51	78,5	23,42	0,001
20-24 ans	145	35,9	259	64,1		
25-29 ans	176	33,8	344	66,2		
30-34 ans	132	33,8	259	66,2		
35-39 ans	62	26,1	176	73,9		
40-44 ans	35	21,3	129	78,7		
45-49 ans	12	20,3	47	79,7		

Ces résultats dénotent une plus grande utilisation de la contraception moderne dans les jeunes générations que dans les vieilles, exception faite chez les moins de 20 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que le besoin de contraception s'exprime généralement quand la femme est en union ou quand elle a déjà mis au monde au moins un enfant. Ce comportement différentiel en matière de contraception montre une volonté grandissante de contrôle de la fécondité dans les jeunes générations de femmes.

Les facteurs socio-économiques, culturels et démographiques qui se sont avérés comme étant susceptibles d'influencer l'utilisation des méthodes contraceptives sont (i) le niveau d'éducation, (ii) la religion et (iii) l'âge. En effet, le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives augmente en fonction du niveau d'éducation des femmes, exception faite pour celles ayant un niveau universitaire où cette tendance est renversée.

Certaines religions comme l'Islam et certaines églises protestantes (Adventiste du 7^{ème} jour, Eglise des amis) sont en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives modernes, d'autres sont ouvertement opposées à l'utilisation des méthodes contraceptives modernes et favorisent plutôt les méthodes naturelles. C'est le cas des religions catholique, pentecôtiste et d'autres confessions protestantes (Methodistes et autres). La plupart d'entre eux sont néanmoins conscients de la nécessité de réguler la croissance démographique.

Une volonté grandissante de contrôle de la fécondité est observée chez les jeunes générations de femmes parce que celles-ci utilisent plus les méthodes contraceptives que les anciennes générations.

Parmi les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives figurent certains facteurs comportementaux. Dans cette étude, les variables qui ont été analysées sont : l'attitude du mari face à la PF, le dialogue entre conjoints au sujet des méthodes de PF, la fécondité réalisée par la femme, la demande d'enfants exprimée par la femme, ainsi que le niveau de connaissances de la femme au sujet des méthodes de PF.

III.5.4.1. Attitude du mari face à la PF

L'attitude du mari face à la planification familiale est un facteur important et déterminant dans la propension du couple à utiliser une méthode contraceptive (Tableau 21).

Tableau 21. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction de l'attitude du mari face à la PF

Attitude du partenaire face à la PF	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
En faveur	531	36,3	933	63,7	83,61	0,000
Contre	20	14,4	119	85,6		
Indifférent	21	9,5	199	90,5		

De ce tableau, il ressort que l'attitude du mari face à la Planification Familiale influence significativement la pratique contraceptive du couple. Nous retrouvons plus d'utilisatrices dans les ménages où le mari est en faveur de la PF (36,3%) contre seulement 14,4% là où le mari n'est pas en faveur de la PF. Ces résultats montrent que

la question de la planification familiale ne devrait pas être réservée uniquement aux femmes, mais qu'il s'agit d'une question de couple.

III.5.4.2. Dialogue au sein du couple

Le dialogue au sein du couple au sujet de la planification familiale est un facteur important sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans cette étude, une question de savoir si les méthodes de planification familiale font objet de discussion avec leur partenaire a été posée. Les résultats de cette étude à ce propos sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 22. Utilisation des méthodes contraceptives selon que les méthodes de PF font l'objet de discussion au sein du couple

Les méthodes de planification familiale font-elles l'objet de discussion avec votre partenaire?	Utilisation des méthodes contraceptives		des méthodes		χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Non	35	9,1	348	90,9	110,356	0,000
Oui	541	37,1	917	62,9		

De ce tableau, il apparaît que 90,9% des couples qui ne discutent pas des méthodes de PF n'utilisent pas ces méthodes lorsque dans la catégorie de ceux qui en parlent, cette proportion est réduite à 62,9%. Ceci montre que la discussion au sein du couple au sujet des méthodes de planification familiale joue un rôle important dans l'utilisation des méthodes contraceptives.

Dans le but de renforcer cette analyse, une question de savoir si l'utilisation des méthodes contraceptives était leur propre décision, celle du partenaire ou la décision concertée avec le partenaire a été posée aux femmes utilisatrices. Les résultats de cette analyse sont présentés dans le tableau 23.

Tableau 23 : Répartition des utilisatrices en fonction de la source de la décision

Source de la décision	Effectif	%
Votre décision	97	16,8
Décision de votre partenaire	53	9,2
Décision concertée avec le partenaire	426	74,0
Total	576	100,0

Au vu de ces résultats, il est à remarquer que le niveau de dialogue joue un rôle important dans l'utilisation des méthodes contraceptives, car 74% des femmes utilisatrices sont celles dont la décision était concertée avec le partenaire.

III.5.4.3. Fécondité réalisée par la femme

Dans les sociétés pro natalistes où l'enfant est considéré comme une richesse, la fécondité réalisée par la femme peut avoir une influence sur l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans cette étude, la fécondité réalisée a

été appréhendée sous forme du nombre d'enfants engendrés par la femme et qui étaient vivants au moment de l'enquête.

Tableau 24. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du nombre d'enfants en vie

Nombre d'enfants en vie	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
0-3 enfants	358	31,9	766	68,1	12,89	0,002
4-6 enfants	191	33,5	379	66,5		
7 et plus	27	18,4	120	81,6		

Bien que la relation entre ces deux variables est statistiquement significative (p-value <0,05), on devrait s'attendre à une plus grande utilisation des méthodes contraceptives chez les femmes ayant beaucoup d'enfants que chez celles ayant peu d'enfants. Cette hypothèse est vérifiée pour les deux premières tranches seulement (0-3 enfants et 4-6 enfants), alors que pour la troisième tranche, un très faible niveau d'utilisation (18,4%) des méthodes contraceptives est observée. Ceci pourrait être expliqué par le fait les femmes ayant 7 enfants et plus appartiennent majoritairement (57,1%) dans le groupe des plus de 40 ans relativement moins favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives.

III.5.4.4. Nombre d'enfants encore souhaités

Le nombre d'enfants encore souhaités est un facteur qui influence fortement l'utilisation des méthodes contraceptives. Dans cette étude, cette variable a été regroupée en trois modalités qui sont 0-1 enfant, 2-3 enfants et 4 enfants et plus.

Tableau 25. Utilisation des méthodes contraceptives en fonction du nombre d'enfants encore souhaités

Nombre d'enfants encore souhaités	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
0-1 enfant	134	37,3	225	62,7	52,73	0,000
2-3 enfants	183	32,7	376	67,3		
4 et plus	11	6,7	152	93,3		

Les résultats de cette étude montrent que les femmes désireuses d'avoir beaucoup d'enfants utilisent moins les méthodes contraceptives que celles qui ne désirent pas en avoir beaucoup. En effet, les femmes qui désirent avoir au plus un enfant ont 5,6 fois plus de chances d'utiliser une méthode contraceptive par rapport à celles souhaitant plus de trois enfants. Ceci montre que les femmes ayant encore un besoin d'enfant n'adoptent pas facilement une méthode contraceptive.

III.5.4.5. Niveau de connaissance de la femme au sujet des méthodes de PF

Le niveau de connaissance de la femme au sujet des services de PF est un facteur important et déterminant dans l'utilisation des méthodes contraceptives. Les résultats présentés dans le tableau suivant montrent qu'une forte corrélation existe entre le nombre de méthodes déjà entendu et l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 26: Utilisation des méthodes contraceptives selon le nombre de méthodes déjà entendu

Nombre de méthodes déjà entendu	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Moins de 3 méthodes	18	15,7	97	84,3	16,138	0,000
Au moins 3 méthodes	557	33,8	1090	66,2		

Les femmes ayant déjà entendu au moins 3 méthodes contraceptives ont plus de deux fois plus de chances d'utiliser une méthode contraceptive par rapport à celles ayant déjà entendu moins de trois méthodes. Cette différence s'explique par le fait que les femmes connaissant beaucoup de méthodes disposent d'un large spectre dans le choix d'une méthode contraceptive à utiliser. De ce qui précède, des séances de sensibilisation s'avèrent toujours nécessaires comme stratégie d'améliorer le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives.

Le niveau de connaissances de la femme au sujet des méthodes de PF ne se mesure pas uniquement sous forme de nombre de méthodes déjà entendu, mais il est aussi important de connaître les effets néfastes de ces dernières; ce qui évite de croire à n'importe quelle rumeur véhiculée contre l'une ou l'autre méthode de PF. Dans cette étude, une question de savoir si la femme avait déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de planification familiale dans sa communauté a été posée. Les résultats se trouvent dans le tableau 27.

Tableau 27. Utilisation des méthodes contraceptives selon qu'elles ont déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de PF dans leur communauté

Avez-vous déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de planification familiale dans votre communauté?	Utilisation des méthodes contraceptives				χ^2	p-value
	Oui		Non			
	Effectif	%	Effectif	%		
Non	102	20,7	391	79,3	35,1	0,000
Oui	474	35,2	874	64,8	7	

Les femmes utilisatrices des méthodes de PF se retrouvent plus parmi celles ayant entendu parler des effets secondaires des méthodes de PF (35,2%) que celles qui n'en n'ont pas encore entendu parler (20,7%). Cela montre le faible niveau de connaissance des effets néfastes des méthodes de PF résulte du faible niveau de connaissances de ces méthodes en général.

Les facteurs comportementaux déterminant l'utilisation des méthodes contraceptives sont :

- *L'attitude du mari face à la PF,*
- *Le niveau de dialogue au sein du couple,*
- *La fécondité réalisée par la femme,*
- *Le nombre d'enfants encore souhaités,*
- *Le niveau de connaissance de la femme au sujet des méthodes contraceptives.*

Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est élevé chez les femmes dont le partenaire est en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives, pour lesquelles les méthodes de planification familiale font l'objet de discussion avec leur partenaire, qui ont entre 4-6 enfants, pour lesquelles le nombre d'enfants encore souhaité est au plus égal à un et qui ont un niveau de connaissance élevé au sujet des méthodes contraceptives.

III.5.5. Offre de la contraception

Les améliorations dans l'utilisation des méthodes contraceptives ne peuvent être obtenues sans l'existence des services de qualité. On considère que la qualité est bonne lorsque des infrastructures, des fournitures et des équipements adéquats sont en place. En plus de cela, un critère essentiel à la fourniture de soins de haute qualité est la présence de personnel bien formé, expert, motivé et bien encadré qui exécute ses tâches selon des normes établies et fournit des services qui sont accessibles, acceptables et pour lesquels leurs clients et les communautés qu'ils servent peuvent leur demander des comptes (EngenderHealth, 2011).

Dans cette étude, la qualité de l'offre de la contraception a été étudiée à travers quatre éléments qui sont :

- 1) La qualité des infrastructures;
- 2) La disponibilité des services;
- 3) La formation des prestataires; et
- 4) Les compétences cliniques et communicationnelles des prestataires.

III.5.5.1. Qualité des infrastructures

La qualité des infrastructures dans les services de PF a été évaluée à travers cinq critères qui sont (i) l'existence d'une salle de PF séparée, (ii) la confidentialité de la salle de PF, (iii) la propreté de la salle, (iv) l'existence des affiches relatives aux différentes méthodes contraceptives ainsi que (v) l'état des affiches relatives aux différentes méthodes contraceptives. Les résultats de cette enquête montrent que certains critères sont relativement bons alors que pour d'autres, des améliorations restent à faire (tableau 28).

Les critères qui nécessitent une nette amélioration sont liés notamment à la propreté dans la salle de PF ainsi à la mise en place des salles de PF séparées. En effet, sur les 33 FOSA qui ont été observées, une salle de PF séparée existe seulement dans 54,5% et la salle de PF est propre dans seulement 15,2% des FOSA.

Tableau 28 : Qualité des infrastructures de PF

Elément évalué	Critères	Effectif	%
La salle de PF	Séparée	18	54,5
	Partagée	15	45,5
Confidentialité de la salle	La porte qui ferme de l'intérieur	27	81,8
	La porte ne ferme pas de l'intérieur	6	18,2
Propreté de la salle de PF	Très propre	5	15,2
	Moyennement propre	27	81,8
	Sale	1	3,0
Existence des affiches relatives aux différentes méthodes contraceptives	Vu	29	87,9
	Non vu	4	21,1
Etat des affiches relatives aux différentes méthodes contraceptives	Bon état	24	82,8
	Mauvais état	5	17,2

Dans le but de mieux cerner l'influence de la qualité des infrastructures sur l'utilisation des méthodes contraceptives, un test de comparaison de moyennes a été appliqué sur le nombre de nouvelles utilisatrices durant les 3 mois ayant précédé l'enquête selon que la salle du service de PF est séparée ou partagée avec les autres services (Tableau 29).

Tableau 29. Comparaison du nombre moyen de nouvelles utilisatrices selon que la salle est séparée ou partagée

	Salle de PF	N	Moyenne	Ecart-type	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Min	Max	p-value
					Borne inférieure	Borne supérieure			
Nombre de nouvelles utilisatrices durant les 3 derniers mois	Séparée	18	205,89	165,889	123,39	288,38	27	609	0,016
	Partagée	15	85,80	82,257	40,25	131,35	13	295	
	Total	33	151,30	145,832	99,59	203,01	13	609	

Les résultats du test de comparaison des moyennes (*test Z*) montrent qu'il existe une différence statistiquement significative ($p\text{-value} < 0,05$) du nombre moyen de nouvelles utilisatrices entre les CDS dont les salles de PF sont séparées et ceux dont les salles sont partagées. Ainsi, le nombre moyen d'utilisatrices des services de PF est plus élevé là où les salles de PF sont séparées des autres salles de consultation (205,89 contre 85,80). Cette constatation prouve que les consultations de PF revêtent un caractère intime et les clientes ont besoin d'un minimum d'intimité pour les fréquenter.

III.5.5.2. Disponibilité des services

La disponibilité des services est un élément important qui détermine la demande. Si les demandeurs d'un service ne sont pas sûrs qu'ils vont avoir le service recherché à n'importe quel moment, ils peuvent recourir aux autres produits de substitution. Dans cette étude, cette disponibilité a été évaluée selon deux approches : approche objective et approche subjective.

L'approche objective a été utilisée au niveau des FOSA en demandant aux responsables des services de PF le nombre de jours par semaine durant lesquels la FOSA offre le service de PF et l'approche subjective a été utilisée au niveau des ménages en demandant aux femmes utilisatrices des méthodes contraceptives si elles pouvaient avoir la méthode utilisée autant que de besoin. La figure 6 et le tableau 30 donnent les résultats y relatives.

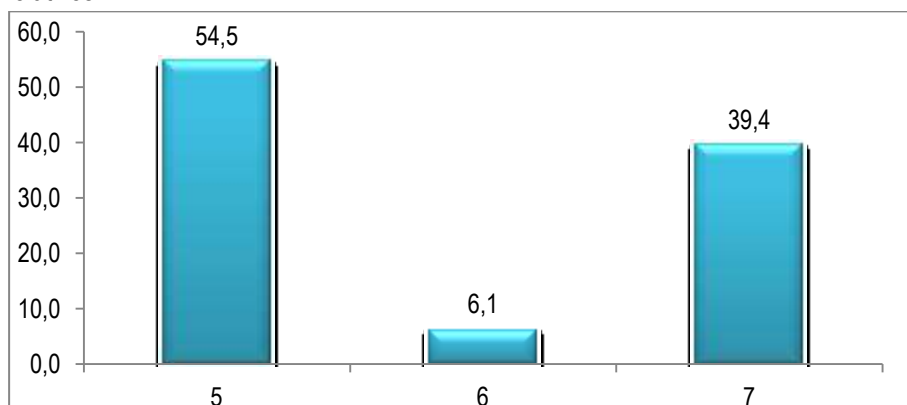


Figure 7 : Répartition des FOSA en fonction du nombre de jours durant lesquels elles offrent le service de PF

La lecture de cette figure fait remarquer que la permanence du service de PF n'est pas observée dans toutes les FOSA. En effet, sur les 33 CDS qui ont été enquêtés, la permanence de ce service est observée uniquement dans 39,4%.

Tableau 30 : Disponibilité des méthodes contraceptive selon les utilisatrices

Province	Pouviez-vous avoir cette méthode autant que de besoin ?	
	Non (%)	Oui (%)
Bururi	3,3	96,7
Gitega	1,7	98,3
Makamba	2,0	98,0
Muyinga	1,1	98,9
Mwaro	7,1	92,9
Ngozi	1,9	98,1
Ruyigi	5,1	94,9
Bujumbura Mairie	2,5	97,5
Ensemble	2,6	97,4

L'approche subjective montre plutôt que les utilisatrices sont globalement satisfaites de la disponibilité des méthodes contraceptives. Dans l'ensemble 97,4% des utilisatrices affirment qu'elles pouvaient avoir la méthode autant que de besoin. Ceci serait lié au fait qu'avant de fréquenter la FOSA pour consulter le service de PF, les clientes commencent d'abord à s'informer sur le jour où ce service est offert.

III.5.5.3. Formation des prestataires

La présence du personnel bien formé dans les services de PF contribue à l'amélioration de la qualité des services. Pour que les prestataires soient à jour dans les connaissances de leur métier, des formations en cours d'emploi sont nécessaires. Le PNSR a, parmi ses axes prioritaires, le renforcement des capacités des prestataires de soins. Dans le domaine de la planification familiale, le programme organise principalement les formations sur l'offre des services PF/SSRAJ en général et particulièrement sur la pose et le retrait de DIU ainsi que l'insertion et le retrait de l'Implant sous cutané (PNSR, 2012).

Dans cette étude, cette thématique a été évaluée à travers une série de trois questions posées aux responsables du service de PF. Il s'agissait de savoir si le prestataire avait déjà bénéficié une formation en PF, à quelle période remonte cette formation et sur quelle méthode avait porté la formation (tableau 31).

Tableau 31 : De la formation des prestataires dans les services de PF

Question	Réponse	Effectif	%
Avez-vous déjà bénéficié de formations en PF ?	Non	6	18,2
	Oui	27	81,8
A quand remonte votre dernière formation en PF?	Moins d'une année	8	29,6
	De 1 à 3 ans	12	44,4
	Plus de 3 ans	7	25,9
Sur quelle méthode portait la dernière formation ?	Implant (jadelle)	19	70,4
	Préservatifs masculins	3	11,1
	Injectables DMPA	2	7,4
	Toutes les méthodes	2	7,4
	microgynon 30	1	3,7

Sur les 33 CDS visités, 81,8% des prestataires ont déjà bénéficié des formations en PF; et 70,4% d'entre eux ont bénéficié la formation sur l'implant. Sur la question de savoir à quand remonte la dernière formation, les résultats montrent que seulement moins de 1/3 des prestataires (29,6%) ont bénéficié d'une formation en PF dans une période inférieure à une année et 25,9% ont bénéficié de cette formation il y a plus de 3 ans.

III.5.5.4. Compétences cliniques et communicationnelles

Les compétences cliniques et communicationnelles constituent l'un des critères de la qualité de l'offre des méthodes contraceptives. L'approche objective et l'approche subjective ont été utilisées dans cette étude pour évaluer les compétences cliniques et communicationnelles des prestataires des services de PF dans notre zone d'étude.

L'approche objective a été utilisée au niveau des FOSA, à l'aide d'une grille d'observation au moment de la consultation dans le service de PF. Six critères avec des éléments d'analyse bien définis ont été observés dans 26 CDS pour lesquels on a pu avoir des cas cliniques venant en consultation dans le service de PF. Il s'agit de :

- 1) Accueil de la cliente;
- 2) Ecouter la cliente;
- 3) Renseigner la cliente;
- 4) Aider la cliente à choisir sa méthode;
- 5) Expliquer la méthode choisie;
- 6) Fixer le rendez-vous.

L'approche subjective quant à elle a été utilisée au niveau de ménages à travers un certain nombre de questions posées aux femmes en âge de procréer.

Tableau 32: Compétences cliniques et communicationnelles des prestataires des services de PF (Résultat de l'observation dans les services de PF)

Compétence	Effectif	%
Accueil de la cliente		
Souhaiter la bienvenue à la cliente (en langue locale)	26	100,0
Présenter un siège à la cliente	23	88,5
Se présenter à la cliente	6	23,1
Rassurer la cliente de la confidentialité	10	38,5
Demander l'objet de la visite	23	88,5
Note moyenne	18	67,7
Ecouter la cliente		
Ne rien faire d'autre quand la cliente parle	24	92,3
Utiliser les techniques de communication non verbale	15	57,7
Poser les questions d'éclaircissements	20	76,9
Utiliser un langage adapté en évitant les termes techniques	23	88,5
Note moyenne	21	78,8
Renseigner la cliente		
Demande à la cliente ce qu'elle connaît de la contraception	17	65,4
Corriger les informations erronées si nécessaire	16	61,5
Encourager la cliente à poser des questions	20	76,9
Note moyenne	18	67,9
Aide la cliente à choisir sa méthode		
Ne pas influencer le choix de la cliente	22	84,6
Vérifier que la cliente n'est pas enceinte et qu'il n'existe pas une contre indication médicale à la méthode choisie	13	50,0
Note moyenne	18	67,3

Explique la méthode choisie		
Expliquer les modalités d'utilisation de la méthode	23	88,5
Expliquer le mode d'action, la durée d'action, le taux d'efficacité, la réversibilité ou non, les sources d'approvisionnement	12	46,2
Expliquer les effets secondaires	17	65,4
Note moyenne	17	66,7
Fixer le rendez-vous		
Marquez la date de rendez vous dans le carnet de suivi	26	100,0
Dire à la cliente la date de rendez vous	25	96,2
Expliquez à la cliente qu'elle peut revenir dans la structure selon ses besoins	19	73,1
Dire au revoir à la cliente et la raccompagner à la porte	11	42,3
Note moyenne	20	77,9

Au niveau de l'accueil, il est à remarquer que certains éléments sont négligés par les prestataires alors qu'ils permettent de gagner la confiance de la cliente. Il s'agit par exemple de se présenter à la cliente et de la rassurer de la confidentialité. Sur les 26 CDS visités, seuls 23,1% des prestataires dans le service de PF se sont présentés à la cliente et 38,5% ont rassuré la cliente de la confidentialité.

Quant à l'écoute, le point à améliorer est l'usage des techniques de communication non verbale pour lui montrer que le prestataire est intéressé à écouter les propos de la cliente. Ceci permet à la cliente de se sentir à l'aise. Les résultats de cette étude montrent que 57,7% des prestataires respectent cette consigne. Toutefois, il faut souligner l'écoute de la cliente constitue un critère ayant une note moyenne globale la plus élevée (78,8%).

Le critère le moins respecté est celui en rapport avec l'explication de la méthode choisie; avec une note moyenne globale de 66,7%. Après que la cliente ait fait le choix de sa méthode, la majorité des prestataires négligent à lui expliquer son mode d'action, sa durée d'action, son taux d'efficacité, sa réversibilité ou non ainsi que les sources d'approvisionnement. Lors de l'observation dans le service de PF, il a été constaté que moins de la moitié des prestataires (46,2%) respectent cette règle.

Un autre élément que les prestataires négligent alors qu'il est très important est de vérifier que la cliente n'est pas enceinte et qu'il n'existe pas une contre indication médicale à la méthode choisie. Le constat est que cette bonne pratique est suivie par la moitié des prestataires qui ont été observés.

Tableau 33 : Compétences cliniques et communicationnelles des prestataires des services de PF (Enquête au niveau des ménages)

Question	OUI	Non
Au moment de la prise de décision pour adopter une méthode/moyen de PF, le prestataire vous a-t-il donné des informations sur plusieurs méthodes disponibles pour que vous en choisissiez vous même l'une ou l'autre?	92,2	8,8
Le Prestataire vous a-t-il recommandé le moment d'une seconde visite ?	91,4	8,6
Le prestataire vous a-t-il demandé vos intentions en matière de procréation ?	78,5	21,5
Au moment de la prise de décision pour adopter une méthode/moyen de PF, le prestataire vous a-t-il informé sur les éventuels effets secondaires que vous pourriez rencontrer en utilisant cette méthode ?	51,8	48,2

Les résultats de l'enquête auprès des femmes en âge de procréer montrent que les informations sur des éventuels effets secondaires qu'une cliente peut rencontrer en utilisant la méthode choisie ne sont pas fournies.

Seulement 51,8% des femmes en âge de procréer affirment avoir été informées à propos d'éventuels effets secondaires.

La qualité des infrastructures est un élément important qui détermine l'utilisation des méthodes contraceptives. Ainsi, le nombre moyen de nouvelles utilisatrices des services de PF dans les trois derniers mois est plus élevé là où les salles de PF sont séparées des autres salles de consultation (205,89 contre 85,80).

La perception des utilisatrices sur l'organisation des prestations de la PF est globalement bonne à l'exception de l'information sur les éventuels effets secondaires des méthodes contraceptives.

Même si l'approche subjective montre que les utilisatrices (97,4%) sont globalement satisfaites de la disponibilité des méthodes contraceptives, la permanence du service (sept jours sur sept) est observée uniquement dans 39,4% des FOSA enquêtées.

La majorité des prestataires (81,8%) a bénéficié d'une formation en PF et la dernière formation portait essentiellement sur l'implant (70,4%). Toutefois, seulement 29,6% ont bénéficié de cette formation dans une période inférieure à une année et 25,9% ont bénéficié de cette formation il y a plus de 3 ans.

Les compétences cliniques et communicationnelles des prestataires nécessitent d'être amélioré surtout et essentiellement pour ce qui est d'expliquer à la cliente le mode d'action, la durée d'action, le taux d'efficacité, la réversibilité ou non, les effets secondaires ainsi que les sources d'approvisionnement de la méthode choisie.

III.6. Importance relative des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives

III.6.1. Rôle et utilisation des méthodes d'analyse multivariée

Dans la partie précédente, l'analyse bivariée a permis de mettre en évidence certaines associations entre l'utilisation des méthodes contraceptives et chacune des variables indépendantes. Cette analyse a permis de montrer une relation significative entre certaines variables indépendantes et l'utilisation des méthodes contraceptives. Toutefois, ces associations peuvent ne pas nécessairement impliquer une relation causale significative étant donné qu'il est rare qu'une seule variable puisse expliquer à elle seule un phénomène quelconque. C'est pour cette raison qu'il a été nécessaire de recourir à une méthode d'analyse multivariée; et notre cas correspond à la méthode de régression logistique. Cette méthode a l'avantage de fournir l'effet de chacune des variables indépendantes en présence des autres.

La mise en œuvre de la régression logistique binomiale sous-tend que la variable d'intérêt Y soit de nature dichotomique et que les variables explicatives puissent être de nature qualitative et/ou quantitative. Les variables utilisées ne doivent pas être fortement inter-corrélées (condition de multicollinéarité). Les variables explicatives qui ont été retenues dans ce modèle sont celles qui étaient significatives au niveau de l'analyse bivariée.

L'analyse de la multicollinéarité entre les variables a été faite grâce aux statistiques « Variance Inflation Factor » VIF ou « Tolérance » (qui est l'inverse du VIF) selon la règle suivante : si $VIF > 3,3$ (Tolérance $< 0,3$), la variable concernée est une combinaison linéaire des autres et doit être éliminée du modèle ; sinon la variable est retenue.

Pour ce qui est de la validité du modèle, la statistique de chi-deux montre que le modèle est adéquat étant donné que la probabilité associée à cette statistique est inférieure à 0.05. De ce qui précède, nous pouvons espérer que ce modèle nous permettra de mener à bien nos analyses grâce à la méthode de régression logistique et de mieux appréhender les déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives au Burundi.

III.6.2. Présentation et interprétation des résultats

Dans les modèles de régression logistique, la théorie offre plusieurs types de résultats comme par exemple, les coefficients des variables explicatives X_i , les odds ratio qui y sont associés ainsi que les effets marginaux. Les résultats du modèle de régression logistiques sont décrits dans le tableau 34.

Tableau 34: Résultats du modèle de régression logistique

Variables	Coefficient (B)	Odds Ratio (ExpB)	Intervalle de Confiance de OR à 95%	p-value
Constante	-3,331			0,000
Province				
Bururi				
Gitega	0,432	1,540	0,792 - 2,994	0,203
Makamba	0,181	1,198	0,593 - 2,421	0,615
Muyinga	1,631	5,110	2,798 - 9,332	0,000
Mwaro	0,014	1,015	0,461 - 2,231	0,971
Ngozi	1,927	6,868	3,827 - 12,328	0,000
Ruyigi	1,207	3,344	1,820 - 6,143	0,000
Bujumbura mairie	0,955	2,599	1,368 - 4,938	0,004
Niveau d'éducation				
Aucun				
Yagamukama/École coranique	0,100	1,105	0,743 - 1,643	0,623
Primaire	0,339	1,403	0,992 - 1,984	0,055
Secondaire	0,521	1,684	1,019 - 2,784	0,042
Université	0,331	1,393	0,627 - 3,091	0,415
Religion				
Catholique				
Pentecôte	-0,371	0,690	0,4751 - 1,001	0,052
Adventiste	0,021	1,022	0,370 - 2,822	0,967
Méthodiste	0,168	1,183	0,651 - 2,151	0,582
Anglicane	0,211	1,235	0,563 - 2,711	0,598
Islam	0,597	1,817	1,182 - 2,792	0,006
Autres églises protestantes	0,390	1,476	1,051 - 2,075	0,025
Attitude du partenaire face à la PF				
Il est en faveur				
Il est contre	-0,557	0,573	0,331 - 0,993	0,047
Indifférent	-0,921	0,398	0,243506 - 0,651	0,000
Tranche d'âge				
15-24 ans				
25-34 ans	-0,0128	0,987	0,744 - 1,310	0,930
35-49 ans	-0,434	0,648	0,428 - 0,979	0,040
Nombre d'enfants en vie				
0-3 enfants				
4-6 enfants	0,331	1,393	1,043 - 1,861065	0,025
7 et plus	-0,017	0,983	0,558 - 1,731	0,953
Discussion au sein du couple				
Non				
Oui	1,124	3,078	2,011 - 4,711	0,000
Avoir entendu parler les effets néfastes des méthodes de PF dans leur communauté				
Non				
Oui	0,357	1,429	1,083 - 1,885	0,012
Nombre d'observation = 1841				
LR chi2(25) = 357.86				
Prob > chi2 = 0.0000				

Il ressort des résultats de cette analyse que la plupart des modalités de la variable « Province » sont très significatives avec un $p=0,000$. En effet, l'on constate que les femmes de Ngozi, Muyinga, Ruyigi et Bujumbura Mairie ont plus de chances d'utiliser une méthode contraceptive que celles de Bururi (Bururi étant la modalité de référence pour cette variable). Par exemple, une femme de Ngozi a environ 7 fois plus de chances d'utiliser les méthodes contraceptives que celle de la province de Bururi.

Pour ce qui concerne le niveau d'éducation, il est à remarquer qu'une femme ayant un niveau secondaire a environ deux fois de chances ($OR=1,684$) que celle n'ayant aucun niveau alors que celle ayant un niveau primaire a 1,4 fois de chances d'utiliser les méthodes contraceptives que celle n'ayant aucun niveau de formation.

La religion de la femme est aussi l'une des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives. En effet une femme musulmane a environ deux fois plus de chances ($OR=1,817$) d'utiliser des méthodes contraceptives que celle de la religion catholique et celle appartenant aux autres églises protestantes a, quant à elle, 1,476 fois plus de chances d'utiliser des méthodes contraceptives que celle de la religion catholique. Par contre, au seuil de signification de 10%, une femme de l'église pentecôtiste a environ 0,3 fois ($OR=0,690$) moins de chances d'utiliser des méthodes contraceptives que celle de la religion catholique.

Les résultats de la régression logistique montrent aussi que l'attitude du partenaire face à la PF influence positivement l'utilisation des méthodes contraceptives. En effet, une femme dont le partenaire est contre l'utilisation des méthodes de PF a 0,427 moins de chances d'utiliser une méthode contraceptive que celle dont le partenaire est en faveur. De même, le niveau de discussion du couple est aussi un facteur important pouvant influencer l'utilisation des méthodes de PF. La discussion au sein du couple contribue plus de 3 fois à l'utilisation des méthodes contraceptives par rapport aux couples n'ayant pas ce genre de discussion.

Le niveau de connaissance des méthodes contraceptives influence aussi positivement l'utilisation des méthodes, car en effet, une femme ayant déjà entendu parler les effets néfastes des méthodes de PF a 1,429 fois de chances d'utiliser ces méthodes que celle ne qui n'en a jamais entendu parler.

L'analyse multivariée montre que les facteurs les plus significatifs sont la province d'origine, la religion, l'attitude du partenaire face à la PF, le niveau de dialogue au sein du couple ainsi que le niveau de connaissance des effets secondaires des méthodes contraceptives.

Une femme musulmane de la province de NGOZI dont le partenaire est en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives, pour laquelle les méthodes de planification familiale font l'objet de discussion avec son partenaire et qui a déjà entendu parler les effets néfastes des méthodes de PF dans sa communauté a beaucoup de chances d'utiliser les méthodes contraceptives.

Par contre, une femme pentecôtiste de Bururi dont le partenaire est indifférent vis-à-vis de l'utilisation des méthodes contraceptives, pour laquelle les méthodes de planification familiale ne font pas l'objet de discussion avec son partenaire et qui n'a jamais entendu parler les effets néfastes des méthodes de PF dans sa communauté a moins de chances d'utiliser les méthodes contraceptives.

III.7. Facteurs explicatifs des disparités provinciales

Les résultats de l'analyse multivariée ont fait ressortir les principaux déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives. Il s'agit notamment du niveau de dialogue au sein des couples, de l'attitude du partenaire face à la PF, du niveau d'information sur les méthodes contraceptives, de la province ainsi que de la religion. Cette partie met en évidence des disparités selon les provinces au sujet de ces facteurs les plus déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives. Le tableau 35 donne le niveau de dialogue au sein du couple selon les provinces.

Tableau 35: Niveau de dialogue au sein du couple selon les provinces

Province	Les méthodes de planification familiale font-elles l'objet de discussion avec votre partenaire ?				χ^2	p
	Non		Oui			
	Effectif	%	Effectif	%		
Bururi	45	30,0	105	70,0	47,256	0,000
Gitega	45	23,1	150	76,9		
Makamba	59	32,8	121	67,2		
Muyinga	41	15,2	229	84,8		
Mwaro	35	29,4	84	70,6		
Ngozi	47	13,6	298	86,4		
Ruyigi	59	20,7	226	79,3		
Bujumbura Mairie	52	17,5	245	82,5		
Ensemble	383	20,8	1458	79,2		

Les provinces de Bujumbura Mairie, Ngozi et Muyinga viennent en bonne position par rapport au dialogue au sein du couple quand les provinces de Makamba et Bururi se classent dernières.

Ceci est en cohérence avec les informations rassemblées dans les FG où les femmes de ces provinces se plaignent du manque de dialogue avec leurs conjoints en ce qui concerne la PF. Des actions de sensibilisation ciblant ces provinces devraient être menées afin d'aider au changement de comportement.

L'analyse multivariée a montré que l'attitude du partenaire face à la PF est un facteur déterminant de l'utilisation des méthodes contraceptives.

Tableau 36: Attitude du partenaire face à la PF selon la province

Province	Quelle est l'attitude de votre partenaire face à la PF ?			χ^2	p-value
	Il est en faveur	Il est contre	Indifférent		
	%	%	%	63,642	0,000
Bururi	77,3	6,0	16,7		
Gitega	75,5	15,1	9,4		
Makamba	71,3	10,7	18,0		
Muyinga	84,2	5,6	10,2		
Mwaro	86,4	1,7	11,9		
Ngozi	87,1	4,4	8,5		
Ruyigi	83,0	4,3	12,8		
Bujumbura Mairie	74,1	12,8	13,1		
Total	80,3	7,6	12,1		

Il ressort de ce tableau que l'attitude du partenaire face à la PF varie de façon significative en fonction des provinces. Globalement, les provinces dans lesquelles une faible proportion des femmes enquêtées dit que leurs

partenaires sont en faveur de la PF sont celles dont le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est faible exception faite pour la province de MWARO.

Le manque d'informations sur les effets secondaires des méthodes de PF est différent selon les provinces comme le montre le tableau suivant :

Tableau 37: Information sur les effets secondaires des méthodes contraceptives selon les provinces

Province	Avez-vous déjà entendu parler des effets secondaires des méthodes de planification familiale dans votre communauté?				χ^2	P
	Non		Oui			
	Effectif	%	Effectif	%		
Bururi	64	42,7	86	57,3	101,464	0,000
Gitega	76	39,0	119	61,0		
Makamba	60	33,3	120	66,7		
Muyinga	65	24,1	205	75,9		
Mwaro	56	47,1	63	52,9		
Ngozi	78	22,6	267	77,4		
Ruyigi	51	17,9	234	82,1		
Bujumbura Mairie	43	14,5	254	85,5		
Total	493	26,8	1348	73,2		

Des disparités entre les différentes provinces existent au sujet des informations détenues par les femmes en âge de procréer sur les effets secondaires. Au niveau global 73,2% des femmes ont déjà entendu parler des effets secondaires des méthodes de planification familiale dans leur communauté alors que dans les provinces de Mwaro et Bururi, cette proportion est inférieure à 60%. Par ailleurs, le test du chi-carré est aussi significatif. Ceci montre que les provinces à faible prévalence contraceptive ont aussi un faible niveau de connaissances au sujet des méthodes contraceptives.

Dans le but de cerner les facteurs explicatifs des disparités provinciales dans l'utilisation des méthodes contraceptives, la répartition des différentes religions au niveau des provinces a été étudiée (tableau 38)

Tableau 38: Religion des enquêtées en fonction de la province

Province	Religion						
	Catholique	Pentecôtiste	Adventiste	Méthodiste	Anglicane	Islam	Autres églises protestantes
	%	%	%	%	%	%	%
Bururi	55,3	32,7	0,0	0,0	5,3	0,7	6,0
Gitega	82,1	4,1	0,0	0,5	0,0	0,5	12,8
Makamba	38,9	35,0	1,1	1,1	11,1	3,3	9,4
Muyinga	54,8	13,3	2,2	0,0	1,1	17,0	11,5
Mwaro	69,7	8,4	0,0	9,2	7,6	0,0	5,0
Ngozi	63,5	17,7	0,9	0,3	0,6	4,9	12,2
Ruyigi	68,1	7,0	0,7	14,4	0,4	0,0	9,5
Bujumbura Mairie	43,1	9,1	1,7	2,7	1,3	18,5	23,6
Ensemble	58,9	14,9	1,0	3,5	2,6	6,8	12,3

Il a été constaté que ce soit au niveau de l'analyse bivariée, de l'analyse multivariée ou dans les entretiens avec les leaders religieux que certaines confessions religieuses sont en faveur de l'utilisation des méthodes contraceptives alors que d'autres sont totalement contre. Il ressort de ce tableau que la répartition des religions au niveau des différentes provinces est inégale; ce qui pourrait être à l'origine des disparités dans l'utilisation des méthodes contraceptives. En effet, la prédominance de l'église pentecôtiste à Makamba et à Bururi, celle de l'église catholique à Gitega et à Mwaro pourrait être à l'origine de leur faible niveau d'utilisation des méthodes contraceptives.

En conclusion, la répartition des déterminants les plus significatifs de l'utilisation des méthodes contraceptives est inégale au niveau des différentes provinces. Les provinces dans lesquelles les méthodes de planification familiale font l'objet de discussion au sein des couples, où les partenaires sont en faveur de la PF et où le niveau des connaissances au sujet de PF est élevé connaissent un taux de prévalence contraceptive élevé.

III.8. Facteurs susceptibles d'améliorer la continuité de la pratique contraceptive

Trois principaux facteurs ont été donnés par les participants en FG et lors des séances d'interview organisées auprès des Médecins provinciaux comme pouvant contribuer à améliorer la continuité de la pratique contraceptive :

1. Une meilleure communication sur les effets secondaires : Ainsi que nous l'avons vu au précédent, les rumeurs sont légion au sujet des effets secondaires liés à l'utilisation de l'une ou l'autre méthode contraceptive (Bien d'autres rumeurs, qui ne sont pas rapportées dans le présent rapport, sont contenues dans la compilation des informations obtenues en FG qui est remise au PNSR en même temps que le rapport). Une telle situation dénote d'un faible niveau d'information disponible au niveau communautaire au sujet des méthodes contraceptives. Il serait opportun par conséquent que soient renforcées ou même revues les stratégies de communication jusqu'ici utilisées par le PNSR et les autres intervenants dans le domaine de la santé de la reproduction au Burundi pour que la majorité des populations accède à l'information appropriée au sujet des effets secondaires liés aux différentes méthodes et concernant l'attitude à prendre en cas de survenue d'effets secondaires liés à l'utilisation d'une méthode particulière.
2. La prise en charge gratuite des effets secondaires : Plusieurs participantes aux FGs ont fait part d'énormes difficultés auxquelles elles font face en cas de survenue d'effets secondaires liés à l'utilisation de certaines méthodes contraceptives. Elles ont souligné le fait qu'elles n'ont souvent pas de moyens de payer les soins de santé et que leurs maris ne sont pas disposés à payer la facture liée à la prise en charge des effets secondaires. Néanmoins, il est difficile parfois d'attribuer certains effets secondaires évoqués par les utilisatrices (par exemple les tumeurs) aux méthodes contraceptives. Par ailleurs, l'arrêt de la méthode s'accompagne généralement de la régression progressive de ces effets. L'équipe de consultants ayant réalisé la présente étude pense que la prise en charge par l'Etat des effets secondaires liés à l'utilisation des méthodes contraceptives pourrait contribuer à rassurer les utilisatrices et du coup, à améliorer l'utilisation continue de la pratique contraceptive mais qu'elle devrait s'accompagner surtout d'informations suffisantes afin de lutter contre les idées préconçues.
3. L'amélioration des compétences du personnel des services de PF : il découle également des plaintes enregistrées lors des FGs (voir chap.III.4.4) que la qualité des services de PF est jugée non satisfaisante, non seulement pour ce qui concerne les compétences d'accueil, de prestation de certains actes (pose de DIU) mais aussi le système d'accueil et la relation soignant-soigné. Une amélioration de ces compétences techniques et communicationnelles pourrait certainement augmenter la confiance des utilisatrices, qui pourraient répondre aux rendez-vous leurs fixés sans craindre d'être mal accueillies, stigmatisées ou mal prises en charge.

Les analyses multi variées quant à elles, ont permis de déceler d'autres variables explicatives de l'utilisation des services de PF (*«les méthodes de PF font l'objet de discussion en couple»* et *« avoir déjà entendu parler des effets secondaires liés aux méthodes de PF dans sa communauté»*) et qui semblent réparties de façon significativement différente dans les provinces ayant une prévalence d'utilisation des méthodes de PF élevée par rapport aux provinces de faible prévalence d'utilisation de ces méthodes, avec respectivement $\chi^2 = 47,256$ et $p = 000$; et $\chi^2 = 101,464$ et $p = 0000$).(Tableaux 34 et 36.)

4. La variable *«les méthodes de PF font l'objet de discussion en couple»* souligne l'importance du dialogue pouvant exister au sein d'un couple donné au sujet de l'adoption et de l'utilisation de méthodes contraceptives. Quand la femme désire commencer à utiliser une méthode contraceptive, elle recherche généralement le soutien de son conjoint. Une fois les deux conjoints entendus à ce sujet, il est plus aisée pour la

femme de continuer la méthode contraceptive qu'elle aura choisie tout le temps qu'elle ne veut pas avoir d'enfants. En effet, les femmes qui sont contraintes d'adopter une contraception sans l'aval de leur mari ont plus de mal à continuer. Ceci a été maintes fois rapporté par les femmes lors des séances de discussions en FGs .

De même, la variable "avoir déjà entendu parler des effets secondaires liés aux méthodes de PF dans sa communauté " rappelle le besoin de communication au sujet d'effets secondaires liés à chacune des méthodes contraceptives et de l'attitude à prendre par une utilisatrice en cas de leur survenue.

En plus de ces trois facteurs, les Médecins provinciaux interviewés ont évoqué le rôle de certaines confessions religieuses qui donnent des contre-messages au sujet des méthodes de PF, ce qui, comme nous l'avons dit précédemment, a également été rapporté par les femmes lors des séances de discussions en groupes focalisés. Les consultants pensent donc très utile d'ajouter un quatrième facteur, celui d'élaborer une stratégie d'harmonisation des messages donnés par ces confessions religieuses avec ceux du PNSR et ses PTFs.

En somme, quatre aspects principaux méritent l'attention des acteurs dans le domaine de la santé de la reproduction afin d'y apporter les améliorations qui s'imposent. Il s'agit de la communication autour des effets secondaires, la prise en charge des effets secondaires, la compétence des prestataires et le renforcement du dialogue en rapport avec la PF au sein des couples.

IV. Conclusion et recommandations

1. Conclusion

Il ressort de cette étude que les couples de la zone d'enquête manquent d'informations suffisantes pouvant les aider à faire le choix d'une contraception. Leurs connaissances sont lacunaires notamment en ce qui concerne les lieux d'approvisionnement et les effets secondaires des différentes méthodes contraceptives. De plus, les formations sanitaires publiques constituent les principales sources d'approvisionnement en contraceptifs connues suivies des Agents de Santé Communautaire.

La proportion de femmes ayant déjà utilisé au moins une fois une méthode contraceptive est de 50,6% et la prévalence contraceptive au moment de l'enquête est de 31,3%. Malgré ce faible niveau d'utilisation, les couples sont conscients que la grande fécondité entraîne l'appauvrissement des ménages et par conséquent, ils ne désirent pas avoir des enfants dont ils ne seraient pas capables d'assurer l'éducation ainsi que les autres besoins fondamentaux. A cet effet, ils sont favorables à l'utilisation des méthodes contraceptives afin de limiter ou espacer les naissances.

Le phénomène d'abandon de la pratique contraceptive prend une ampleur considérable. Dans notre zone d'étude, le taux d'abandon est de 25,1%. Les principales causes évoquées aussi bien par les bénéficiaires que par les prestataires ont trait aux effets secondaires (fréquence, gravité et prise en charge), aux enseignements erronés (enseignements religieux ou rumeurs), à la compétence limitée des prestataires (communicationnelle et technique) et l'adhésion du conjoint à la pratique contraceptive.

Les méthodes hormonales (injections et implants) ainsi que le DIU sont les plus souvent incriminées dans la survenue des effets secondaires.

Au sujet des déterminants de l'utilisation des méthodes contraceptives, le constat a été que le contexte politique et institutionnel est favorable. Toutefois, les autorités politiques, sanitaires et religieuses devraient être plus proactives et harmoniser leurs actions en vue d'une efficacité plus accrue.

Au niveau de la demande, certains facteurs socio économiques, culturels, démographiques et comportementaux peuvent expliquer la faible adhésion et la non-utilisation continue des méthodes contraceptives. Il s'agit notamment de certains enseignements religieux, du faible niveau d'éducation, du manque de volonté de réguler la fécondité chez les femmes dont l'âge est avancé, du poids de la culture burundaise pro-nataliste, de l'absence de dialogue entre partenaires au sujet des méthodes contraceptives, et du faible niveau de connaissance de la femme au sujet des méthodes contraceptives.

L'analyse multivariée montre que les facteurs les plus significatifs sont la province d'origine, la religion, l'attitude du partenaire face à la PF, le niveau de dialogue au sein du couple ainsi que le niveau de connaissance des effets secondaires des méthodes contraceptives.

S'agissant de l'offre des méthodes contraceptives, il a été constaté que la qualité des infrastructures est un élément important qui détermine l'utilisation des méthodes contraceptives. Par exemple, le nombre moyen de nouvelles utilisatrices des services de PF dans les trois derniers mois est plus élevé là où les salles de PF étaient séparées des autres salles de consultation (205,89 contre 85,80).

La perception des utilisatrices sur l'organisation des prestations de la PF est globalement bonne à l'exception de l'information sur les éventuels effets secondaires des méthodes contraceptives. La majorité des prestataires (81,8%) a bénéficié d'une formation en PF et la dernière formation portait essentiellement sur l'implant (70,4%).

Toutefois, seulement 29,6% ont bénéficié de cette formation dans une période inférieure à une année et 25,9% ont bénéficié de cette formation il y a plus de 3 ans.

Les compétences cliniques et communicationnelles des prestataires nécessitent d'être améliorées surtout et essentiellement pour ce qui est d'expliquer à la cliente le mode d'action, la durée d'action, le taux d'efficacité, la réversibilité ou non, les effets secondaires ainsi que les sources d'approvisionnement de la méthode choisie.

Les facteurs explicatifs des disparités provinciales quant à l'utilisation des méthodes contraceptives sont : (i) le niveau de dialogue au sein du couple, (ii) l'attitude du partenaire face à la PF, (iii) la religion ainsi que (iv) le niveau des connaissances au sujet de PF.

Enfin, les facteurs susceptibles d'améliorer la continuité de la pratique contraceptive sur lesquels il faudrait agir sont au nombre de quatre. Il s'agit de la communication autour des effets secondaires, la prise en charge des effets secondaires, la compétence des prestataires et le renforcement du dialogue en rapport avec la PF au sein des couples.

2. Recommandations

Pour améliorer l'utilisation continue des méthodes contraceptives et accélérer l'atteinte de ses objectifs en matière de santé de la reproduction, le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA à travers le PNSR se doit d'agir sur les déterminants identifiés par la présente étude comme étant les plus importants de l'utilisation continue des méthodes de PF. Étant donné que certains de ces déterminants ne sont pas dépendants du seul Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA, il faudra initier un dialogue avec d'autres secteurs de la vie nationale pour augmenter les chances de réussite à augmenter le taux de nouvelles utilisatrices des méthodes contraceptives et en même temps minimiser le taux d'abandons. Ces secteurs sont entre autres, le Ministère ayant l'éducation dans ses attributions, le Ministère ayant le bien-être de la famille dans ses attributions, le Ministère qui s'occupe des droits de la femme et de l'enfant ainsi que les confessions religieuses.

Les recommandations suivantes sont formulées aux différentes parties prenantes ayant un rapport avec la santé de la reproduction.

1. A l'endroit du Programme National de Santé de la reproduction et de ses partenaires

- Renforcer les stratégies de communication à base communautaire pour une large diffusion des méthodes contraceptives et de leurs effets secondaires afin de réduire la propagation des rumeurs;
- Accorder une importance particulière dans le renforcement de la communication des prestataires envers les utilisatrices au sujet de l'existence des effets secondaires liés à l'utilisation de chacune des méthodes de PF et l'attitude à adopter en cas d'apparition de chacun d'eux;
- Faire un plaidoyer auprès du Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le SIDA pour la poursuite des recrutements de personnels compétents pour la prestation de services de PF/SR de qualité;
- Renforcer les capacités techniques et communicationnelles des services de PF dans les CDS par des formations continues en cours d'emploi sur la PF;

- Faire un plaidoyer auprès du Gouvernement via le Ministère de tutelle pour que la prise en charge des effets secondaires des méthodes contraceptives soit proclamée gratuite dans les CDS publics et agréés, comme tel est le cas pour l'accès à ces méthodes;
- Initier un dialogue permanent avec les confessions religieuses en commençant par celles qui sont plus favorables que d'autres pour conjointement élaborer une stratégie de communication efficace en faveur de l'adoption et l'utilisation continue des méthodes contraceptives;
- Créer en collaboration avec le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA, un cadre multisectoriel de dialogue au sujet de la problématique de la démographie galopante en vue d'accroître les chances de succès de ses interventions;
- Diversifier les méthodes contraceptives adaptées à l'homme et renforcer la stratégie de communication pour son adhésion à l'utilisation des méthodes de PF;

2. A l'endroit des BPS et BDS :

- Renforcer le suivi du service de PF dans les CDS de leur aire de responsabilité à travers des supervisions formatives;
- Faire respecter les directives d'utilisation et de suivi de différentes méthodes de PF;
- Initier/poursuivre le dialogue entre les services de santé et les confessions religieuses pour plus de liberté des utilisatrices à adopter ou non telle ou telle autre méthode contraceptive;
- Identifier parmi les différentes confessions religieuses les pionniers du changement capables de contribuer dans l'immédiat à l'élaboration de stratégies communes de communication en faveur de l'adoption et l'utilisation continue de méthodes de PF;
- Identifier des partenaires techniques et financiers locaux pouvant appuyer la prise en charge des effets secondaires liés à l'utilisation de méthodes contraceptives.

3. A l'endroit des Titulaires de Centres de santé

- Effectuer un suivi régulier du comportement des prestataires envers les clientes des services de PF afin d'y apporter les corrections nécessaires en cas de besoin;
- Organiser le service de PF dans une salle séparée des autres services;
- Améliorer la propreté dans la salle de consultation en PF;
- Profiter de l'autonomie de gestion offerte à leurs CDS dans le cadre de la mise en œuvre du Financement Basé sur la Performance (FBP) pour renforcer les capacités techniques des prestataires du service de PF à travers le recrutement de compétences identifiées comme prioritaires et le renforcement des capacités en cours d'emploi.

V. BIBLIOGRAPHIE

- PNSR, 2013 Bilan des activités : Exercice 2012
- HealthNet TPO, 2013. Enquête de base du projet « Santé et Droits Sexuels Reproductifs »
- ISTEEBU, MSPLS, ICF International, 2012. Enquête Démographique et de Santé du Burundi, 2010
- BIJLMAKERS L. et al. 2012. Pratique contraceptive et la Contribution des activités de Planification familiale au mali, étude dans le cadre de la coopération malienne-Néerlandaise, pge 70.
- EngenderHealth. 2011. SEED™ comme Guide d'évaluation pour les programmes de planification familiale. New York
- Dépelteau F., 2010 : La démarche d'une recherche en sciences humaines, De la question de départ à la communication des résultats, De Boeck
- PNSR, 2010. Étude sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) en matière de planification familiale au Burundi
- SMITH R. et al, 2009. *La planification familiale sauve des vies*, Washington DC , USA, 4^{ème} édition 2009, 29p : 6-7.
- D'ARCANGUES C., 2009. La contraception au niveau mondial : les grands enjeux, mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie 2009 ; vol.11 (5) : 329-37.
- World contraceptive use, 2007. United Nations Department of Economic and Social Affairs - Population Division, 2008.
- Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 2008.
- Schumacher R. 2007 : Préférences contraceptives des femmes au Burundi, Rapport final sur les résultats qualitatifs de la recherche.
- Evina AKAM, 2005 les facteurs de la contraception au Cameroun, Analyse des données de l'enquête démographique et de santé de 1998.
- Beninguisse G.etal ,2003 L'accessibilité culturelle : une exigence de la qualité des services et soins obstétricaux en Afrique, Université de Montréal (Canada), in African Population Studies, Supplement B to vol. 19.
- Akam E. & Kishimba N. , 2001. L'utilisation des méthodes contraceptives en Afrique : de l'espacement à la limitation des naissances ? in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), Les transitions démographiques des pays du Sud. AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Editions ESTEEM ,Pge 259)
- Akoto E.M. & Kamdem H., 2001 - Étude comparative des déterminants de la pratique contraceptive moderne en Afrique. in Gendreau F. et Poupard M. (dir.), Les transitions démographiques des pays du Sud. AUPELF-UREF, Actualité Scientifique, Editions ESTEEM : 269-286.
- CPPF, 1997. Étude de l'ampleur, des causes d'abandon ainsi que des facteurs d'amélioration de la pratique contraceptive au Burundi
- Coffey A. & Atkinson P., 1996. Making sense of qualitative data. Thousand Oaks, CA : Sage.
- Langley A. ,1997. Stratégies d'analyse des données processuelles. Recherches qualitatives, 17, 206-231.
- ALI M.et CLELAND J., 1995. Perspectives Internationales sur le Planning Familial, Numéro spécial, pge 12-17 et 35.
- Evina Akam, 1990 - Infécondité et sous-fécondité : évaluation et recherche des facteurs. Le cas du Cameroun. Les Cahiers de l'IFORD, n° 1, février.

Annexes

A.1. Plan de sondage

A.1.1.. Plan de sondage

Au niveau des ménages, les données de cette enquête ont été collectées sur la base d'un sondage aléatoire à deux degrés : les Unités Primaires de Sondage (UPS) correspondent aux Zones de Dénombrement (ZD) délimitées à l'occasion du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2008; et les unités secondaires sont les ménages des UPS tirées. Les indicateurs ont été obtenus avec un intervalle de confiance de 95 % et une marge d'erreur absolue (niveau de signification) de 6 % au niveau provincial.

A.1.2. Base de sondage et Mode de Tirage

La base de sondage ayant servi pour la présente enquête est celle issue de la cartographie du Recensement Général de la Population et de l'Habitat de 2008. Les 8 provinces considérées constituent chacune un domaine d'étude de l'enquête (strate). La procédure du tirage a été la suivante:

- a) **au premier degré**, on a tiré dans chaque strate, un certain nombre de ZD avec une probabilité proportionnelle à la taille de la province considérée.
- b) **au deuxième degré**, on a procédé à un tirage aléatoire systématique de 15 ménages à l'intérieur de chaque ZD échantillonné.

A.2.. Constitution de l'échantillon

A.2.1. Echantillonnage au niveau des ménages

La zone d'étude contient 4 171 ZD et 880 248 ménages répartis selon le tableau suivant :

Tableau 39: Répartition des ménages et ZD par province cible

Province	Nombre de ménage			Nombre de ZD		
	Urbain	Rural	Total	Urbain	Rural	Total
Bururi	8 344	102 900	111 244	30	539	569
Gitega	8 318	145 038	153 356	35	692	727
Makamba	3 054	82 337	85 391	10	407	417
Muyinga	2 180	140 404	142 584	9	604	613
Mwaro	666	56 678	57 344	3	281	284
Ngozi	7 178	139 161	146 339	33	661	694
Ruyigi	1 719	84 566	86 285	6	398	404
Bujumbura Mairie	97 705	-	97 705	463	-	463
Total	129 164	751 084	880 248	589	3 582	4171

Source : RGPB 2008

L'indicateur clé est le taux d'utilisation des méthodes contraceptives. La taille de l'échantillon des ménages à enquêter dans chaque province d'étude a été calculée à l'aide de la formule suivante :

$$n = \frac{[Z^2 (r)(1-r)f(1.1)]}{[(e)^2 p n_h]} ;$$

Où

- ✓ **n** est la taille requise de l'échantillon exprimée en nombre de ménages – pour l'indicateur-clé (prévalence contraceptive)
- ✓ **z** est la statistique qui définit le niveau pour atteindre 95% d'intervalle de confiance (1,96)
- ✓ **r** est la prévalence contraceptive au Burundi
- ✓ **1,1** est le facteur nécessaire pour augmenter la taille de l'échantillon de 10% afin de tenir compte du taux de non réponse
- ✓ **f** est le symbole représentant l'effet du plan de sondage – *deff qui est de 1,24 pour EDSB II 2010*
- ✓ **p** est la proportion de la population totale sur laquelle l'indicateur, r, est basé, (23,7% pour les femmes de 15-49 ans)
- ✓ **n_h** est la taille moyenne du ménage. : **4,8 (EDSB II, 2010)**
- ✓ **e** est la différence détectable par rapport à r (marge d'erreur): 0.06 pour cette étude

Au total, 1 845 ménages répartis dans 123 ZD ont été enquêtés dans toutes les 8 provinces de notre zone d'étude. Le tableau suivant donne la répartition de l'échantillon et des ZD par province.

Tableau 40: Répartition de l'échantillon et ZD par province

Province	Effet du plan de sondage (f)	Proportion de femmes en âge de procréer (P)	Taille moyenne du ménage (n _h)	Taux de prévalence contraceptive (r)	Niveau de précision	Taille de l'échantillon (n _h)	Taille de l'échantillon ajustée	Nombre total de ZD
Bururi	1,24	0,237	5,2	0,14	0,06	142,2	150	10
Gitega	1,24	0,237	4,7	0,18	0,06	192,9	195	13
Makamba	1,24	0,237	5,2	0,19	0,06	181,8	180	12
Muyinga	1,24	0,237	4,5	0,27	0,06	269,0	270	18
Mwaro	1,24	0,237	4,8	0,11	0,06	125,3	120	8
Ngozi	1,24	0,237	4,5	0,5	0,06	341,2	345	23
Ruyigi	1,24	0,237	4,7	0,33	0,06	288,9	285	19
Bujumbura Mairie	1,24	0,237	5,1	0,43	0,06	295,2	300	20
TOTAL						1 836	1 845	123

Sources de données :

- proportion des femmes en âge de procréer RGPH 2008
- Taille moyenne des Ménage, RGPH 2008
- Taux de prévalence contraceptive par province, Bilan du PNSR 2012

Dans chaque ZD sélectionnée au premier degré, une liste exhaustive des ménages a été constituée et 15 ménages sélectionnés avec une même probabilité. Quinze numéros ont été tirés au hasard à partir de tous les numéros représentant les ménages d'une ZD. Dans chaque ZD, le premier ménage à enquêter a été choisi de façon aléatoire à partir du lieu considéré comme centre de la ZD; et un pas de sondage a été appliqué pour identifier les autres ménages à visiter en changeant chaque fois de direction. Dans chaque ménage, une seule femme en âge de procréer, vivant en union sera enquêtée. Dans le cas où un ménage ne remplissait pas les critères d'inclusion, il était remplacé par le ménage le plus proche de la même direction.

L'échantillon global se répartit comme suit :

Tableau 41: Répartition de l'échantillon selon le milieu de résidence

Province	Nombre de ZD			Nombre de femmes à enquêter		
	urbain	rural	TOTAL	urbain	rural	Total
Bururi	1	9	10	15	135	150
Gitega	1	12	13	15	180	195
Makamba	1	11	12	15	165	180
Muyinga	1	17	18	15	255	270
Mwaro	1	7	8	15	105	120
Ngozi	1	22	23	15	330	345
Ruyigi	1	18	19	15	270	285
Bujumbura Mairie	20	0	20	300	0	300
Total	27	96	123	405	1440	1845

A.2.2. Echantillonnage au niveau des FOSA

Au niveau des FOSA, un échantillon de 10% des CDS dispensant le service de PF a été choisi de façon aléatoire en tenant compte de la représentation de tous les districts sanitaires. La liste des CDS dispensant le service de PF a été tirée de la base de données de l'enquête de réalisée par PSI en 2013. Au total 33 CDS réparties dans les 8 Provinces ont été visités. Le tableau 4 donne le nombre de CDS visités par province.

Tableau 42: Répartition de l'échantillon des FOSA par Province

Province	Nombre de FOSA dispensant la PF	Echantillon de FOSA
Bujumbura Mairie	29	3
Bururi	54	5
Gitega	48	5
Makamba	39	4
Muyinga	40	4
Mwaro	26	3
Ngozi	45	5
Ruyigi	35	4
Total	316	33

Source : PSI 2013

Tableau 43: Les variables à mettre dans le modèle

N°	Étiquette de la variable	p
1	Province	0,000
2	Niveau d'éducation	0,002
3	Religion	0,000
4	Attitude du partenaire face à la PF	0,000
5	Tranche d'âge	0,001
6	Nombre d'enfants en vie	0,002
7	Discussion au sein du couple	0,000
8	Avoir entendu parler les effets néfastes des méthodes de PF dans leur communauté	0,000

Tableau 44: Tolérance et VIF pour les variables dépendantes

Variables indépendantes	Tolérance	VIF
Province	0,889	1,124
Niveau d'éducation	0,915	1,093
Religion	0,956	1,046
Nombre d'enfants en vie	0,715	1,398
Tranche d'âge	0,715	1,398
Les méthodes de planification familiale font-elles l'objet de discussion avec votre partenaire ?	0,632	1,582
Quelle est l'attitude de votre partenaire face à la PF ?	0,641	1,560
Avez-vous déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de planification familiale dans votre communauté?	0,915	1,093

Tableau 45: Répartition des enquêtées selon l'âge de leur première grossesse

Quel âge aviez-vous (Age en années révolues) lors de votre première grossesse		
	Effectifs	Pourcentage valide
13	2	0,1
14	8	0,4
15	38	2,1
16	97	5,4
17	160	9,0
18	336	18,8
19	288	16,1
20	274	15,3
21	129	7,2
22	110	6,2
23	90	5,0
24	67	3,7
25	62	3,5
26	33	1,8
27	23	1,3
28	25	1,4
29	19	1,1
30	10	0,6
31	5	0,3
32	3	0,2
34	1	0,1
35	4	0,2
38	1	0,1
40	2	0,1
Total	1787	100,0

A.3. Outils de collecte de données

C. Identification du répondant :

code	Modalités de réponse	Résultat
C1	Nom et prénom : _____	
C2	Sexe : 1. Masculin 2. Féminin	/__/
C3	Age (en années révolues)	/__/ /__/
C4	Niveau de formation : 1. Infirmier A2 2. Infirmier A3 3. Licencié en soins infirmiers 4. Sage femme 5. Autres (A Préciser) _____	/__/
C5	Religion : 1. Catholique 2. Protestante 3. Musulmane 4. Autres(A Préciser) _____	/__/

D. Profil du personnel

Question	Modalités	Réponse
1. Depuis combien d'années travaillez-vous dans cette Fosa ?		/__/ /__/ années
2. Depuis combien d'années êtes-vous responsable de ce service?		/__/ /__/ années
3. Pendant combien de jours par semaine cette FOSA offre-t-elle le service de PF ?		/__/ /__/ jours
4. Pendant combien d'heures par jour cette FOSA offre-t-elle le service de PF ?		/__/ /__/ heures
5. Combien de personnes, vous y compris, travaillent dans ce service ?		/__/ /__/
6. Dans cette FOSA, existe-t-il un système de rotation du personnel dans les différents services?	1. Oui 0. Non	/__/

Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi

7. Avez-vous déjà bénéficié de formations en P.F ?	Oui=1 Non=0	/__ /
8. A quand remonte votre dernière formation en P.F? Marquez le chiffre correspondant à la réponse	1. Moins d'une année 2. De 1 à 3 ans 3. Plus de 3 ans	/__ /
9. Sur quelle méthode portait la dernière formation ? Marquez le chiffre correspondant à la réponse	<i>Préservatifs :</i> 1. Préservatifs masculins 2. Préservatifs féminins <i>Pilules :</i> 3. microgynon 30 4. microlut 5. Postinor 6. <i>Injectables DMPA</i> 7. <i>DIU</i> 8. <i>Implants (jadelle)</i> 9. <i>Ligature des trompes</i> 10. <i>Vasectomie</i> 11. <i>Collier du cycle</i>	/__ // __ /
10. Combien d'autres collègues ont déjà été formés en P.F.		/__ // __ /

E. Réponse à la demande de services

11. Quelle est la principale difficulté que vous rencontrez dans l'offre des services de P.F ? _____		
12. Quels sont les principaux motifs de consultation dans votre service? Pour chaque modalité de réponse, Si Oui=1 Si Non=0	➤ Besoin de limiter les naissances	/__ /
	➤ Besoin d'espacer les naissances	/__ /
	➤ Apparition d'effets secondaires suite à l'utilisation d'une méthode contraceptive	/__ /
	➤ Besoin d'arrêter une méthode suite à un désir de grossesse	/__ /
	➤ Autre :	/__ /
13. Concernant les clientes qui expriment un besoin de limiter ou d'espacer les naissances, quelles sont les informations essentielles que	➤ Les méthodes contraceptives existantes	/__ /
	➤ Les méthodes contraceptives disponibles dans la FOSA	/__ /
	➤ Les indications et contre indications de chaque méthode	/__ /
	➤ La forme de présentation de chaque méthode	/__ /
	➤ La durée d'action de chaque méthode	/__ /

	<p>7. DIU</p> <p>8. Implants (jadelle)</p> <p>9. Ligature des trompes</p> <p>10. Vasectomie</p> <p>11. Collier du cycle</p> <p>12. Le traitement des effets secondaires</p> <p>13. Le counseling</p> <p>14. Autre:.....</p>	
<p>20. Comment appréciez-vous vos relations avec votre supérieur hiérarchique?</p> <p>Marquez le chiffre correspondant à la réponse</p>	<p>1. Très bonnes</p> <p>2. Moyennement bonnes</p> <p>3. Pas assez bonnes</p> <p>4. Mauvaises</p>	/ _ /
<p>21. Comment appréciez-vous vos relations avec les clientes?</p> <p>Marquez le chiffre correspondant à la réponse</p>	<p>1. Très bonnes</p> <p>2. Moyennement bonnes</p> <p>3. Pas assez bonnes</p> <p>4. Mauvaises</p>	/ _ /
<p>22. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la qualité des services de PF offerts dans votre FOSA?</p>	
<p>23. De votre expérience, quelles sont les facteurs qui poussent les femmes à accepter d'utiliser une méthode contraceptive ?</p> <p>Pour chaque modalité de réponse, Si Oui=1, Si Non=0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'assurance que la méthode est efficace ➤ La conviction que la méthode n'entraîne pas d'effets secondaires graves ➤ La disponibilité de la méthode dans la Fosa ➤ La compétence technique du personnel chargé de la PF ➤ L'accueil et les informations reçues de la part du personnel ➤ L'acceptabilité de la méthode par le conjoint ➤ Autre :..... 	<p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p>
<p>24. Dans le cas contraire, qu'est-ce qui pousse les femmes à refuser d'adopter une méthode contraceptive malgré le besoin d'espacer ou de limiter les naissances ?</p> <p>Pour chaque modalité de réponse, Si Oui=1, Si Non=0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les rumeurs sur les effets secondaires ➤ Les croyances religieuses ➤ La non adhésion du conjoint ➤ L'indisponibilité occasionnelle des intrants à la FOSA ➤ La faible compétence technique et communicationnelle du personnel. ➤ Autre :..... 	<p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p>
<p>25. Quelles sont, par ordre de préférence, les 3 méthodes les plus couramment adoptées par les nouvelles acceptantes?</p>	<p>1. Pilules oestro-progestatives</p> <p>2. Pilules à base de progestérone seulement</p> <p>3. Pilules du lendemain</p> <p>4. injection tous les 3 mois</p>	<p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p> <p>/ _ /</p>

C. OBSERVATION DES INFRASTRUCTURES DU SERVICE DE PF

Indicateurs	Modalités	Résultats
1. La salle de PF	1. Séparée 2. Partagée 3. N'existe pas	/ _ /
2. Confidentialité de la salle	1. La porte est fermable de l'intérieur 2. La porte n'est pas fermable de l'intérieur	/ _ /
3. Propreté de la salle de PF	1. Très propre 2. Moyennement propre 3. Sale 4. Très sale	/ _ /
4. Existence des affiches relatives aux différentes méthodes contraceptives	1. Vu 2. Non vu	/ _ /
5. Etat des affiches relatives aux différentes méthodes contraceptives	1. En bon état 2. En mauvais état	/ _ /

D. OBSERVATION DES PRESTATIONS DE PF

1. Accueil de la cliente Oui=1 Non=0	✓ Souhaiter la bienvenue à la cliente (en langue locale) ✓ Présenter un siège à la cliente ✓ Se présenter à la cliente ✓ Rassurer la cliente de la confidentialité ✓ Demander l'objet de la visite	/ _ / / _ / / _ / / _ / / _ /
2. Ecouter la cliente Oui=1 Non=0	✓ Ne rien faire d'autre quand la cliente parle ✓ Utiliser les techniques de communication non verbale ✓ Poser les questions d'éclaircissements ✓ Utiliser un langage adapté en évitant les termes techniques	/ _ / / _ / / _ / / _ /
3. Renseigner la cliente Oui=1 Non=0	✓ Demande à la cliente ce qu'elle connaît de la contraception ✓ Corriger les informations erronées si nécessaire ✓ Encourager la cliente à poser des questions	/ _ / / _ / / _ /
4. Aide la cliente à choisir sa méthode Oui=1 Non=0	✓ Ne pas influencer le choix de la cliente ✓ Vérifier que la cliente n'est pas enceinte et qu'il n'existe pas une contre indication médicale à la méthode choisie et l'en informer	/ _ / / _ /

Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi

<p>5. Explique la méthode choisie</p> <p>Oui=1 Non=0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expliquer les modalités d'utilisation de la méthode ✓ Expliquer le mode d'action, la durée d'action ,le taux d'efficacité ,la réversibilité ou non ,les sources d'approvisionnement ✓ Expliquer les effets secondaires 	<p align="center">/___/</p> <p align="center">/___/</p> <p align="center">/___/</p>
<p>6. Fixer le rendez-vous</p> <p>Oui=1 Non=0</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Marquez la date de rendez vous dans le carnet de suivi ✓ Dire à la cliente la date de rendez vous ✓ Expliquez à la cliente qu'elle peut revenir dans la structure selon ses besoins ✓ Dire au revoir à la cliente et la raccompagner à la porte 	<p align="center">/___/</p> <p align="center">/___/</p> <p align="center">/___/</p> <p align="center">/___/</p>

E. RELEVÉ DES DONNÉES SUR LA PF

<p>1. Relever le nombre de nouvelles utilisatrices de méthodes contraceptives durant les 3 derniers mois (Consulter les registres et confrontez-les avec les fiches de PF dans les échéanciers)</p>	<p align="center">/___//___//___//___/</p>
<p>2. Relever le nombre de perdues de vue enregistrées durant les 3 derniers mois (Voir les fiches de PF sur la table du prestataire)</p>	<p align="center">/___//___//___//___/</p>
<p>3. Relever le nombre de changements de méthodes suite aux effets secondaires durant les 3 derniers mois.</p>	<p align="center">/___//___//___//___/</p>



Le Ministère de la Sante Publique et de la
Lutte Contre le Sida

*Programme national de sante de la reproduction (PNSR), en collaboration avec la Bureau d'Études
Statistiques et Démographiques (BESD Consult)*

**Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que
les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi**

Questionnaire à adresser à la femme de 15-49 ans dans le ménage

SECTION 0: IDENTIFICATION DE L'EQUIPE DE COLLECTE ET DE SAISIE

ENQUETEUR : _____	_ _
CHEF D'EQUIPE : _____	_
SUPERVISEUR : _____	_
DATE DE L'ENQUETE : _____	_ _ / _ _ / _ _
CONTROLEUR DE SAISIE : _____	_
AGENT DE SAISIE : _____	_
DATE DE SAISIE : _____	_ _ / _ _ / _ _

Qualité de remplissage du questionnaire

1. Bien rempli
2. Incomplet
3. Refus
4. Autres (préciser)..... Résultat : |_|

HEURE DE DEBUT DE L'INTERVIEW :H.....MIN

HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW : :H.....MIN

Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi

	<p>3. <i>Salarié</i> 4. <i>Stagiaire/apprenti</i> 5. <i>Autres (à préciser) : _____</i></p>	
B6	<p>Avez-vous déjà mis au monde? 1= Oui 0=Non → B12</p>	_
B7	Si oui, combien d'enfants ?	_ / _
B8	Parmi eux, combien de filles ?	_ / _
B9	Parmi eux, combien de garçons ?	_ / _
B10	Quelle est la date de votre dernier accouchement ?	Mois _ / _ Année/ _ / _
B11	Quel âge avez-vous lors de votre première (Age en années révolues) grossesse	_ / _
B12	<p>Désirez-vous continuer (ou commencer) à avoir des enfants ? 1= <i>Oui</i> 0=Non <i>Sinon</i> → B14</p>	_
B13	Si oui, jusqu'à combien d'enfants voulez-vous avoir ?	_ / _
B14	<p>Avez-vous déjà discuté avec votre partenaire du nombre d'enfants que vous voulez avoir? 1= <i>Oui</i> 0=Non</p>	_
B15	<p>Quel serait pour vous l'espacement idéal des naissances ? (MARQUER LE NOMBRE DE MOIS)</p>	_ / _
B16	<p>Avez-vous déjà discuté avec votre partenaire de l'espacement des naissances? 1= <i>Oui</i> 0=Non</p>	_
B17	<p>Avez-vous eu une/des grossesses non désirée? 1= <i>Oui</i> 0=Non <i>Sinon</i> → C1</p>	_
B18	<p>Si oui, dans quelles circonstances?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Relations non protégées</i> 2. <i>Abandon contraceptifs</i> 3. <i>Par ignorance</i> 4. <i>Relation sexuelle forcée (au sein du foyer)</i> 5. <i>Eloignement d'un CDS</i> 6. <i>avoir été violé</i> 7. <i>Echec d'une MCM</i> 8. <i>Autre (à préciser) _____</i> 	_
B19	<p>Pour quelles raisons ces grossesses n'étaient-elles pas désirées ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Espacer les naissances</i> 2. <i>limiter les naissances</i> 3. <i>pas besoin d'enfants</i> 4. <i>Autre (à préciser) _____</i> 	_

Section C: Connaissances des services de PF		
C1	<p>Avez-vous déjà entendu parler de moyens ou méthodes destinés à retarder ou éviter une grossesse?</p> <p>1= Oui 0=Non →C4</p>	/ _ /
C2	<p>Si oui, de quels moyens ou méthodes avez-vous déjà entendu parler ?</p> <p>ENQUETEUR : NE PAS LIRE LES REPONSES ET ENREGISTRER 1 SI LA METHODE EST CITEE ET 0 SINON</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pilules 2. Pilules du lendemain 3. injection 4. Implants 5. Condom masculin 6. Condom féminin 7. Dispositif Intra-Utérin 8. Méthodes naturelles 9. Vasectomie 10. Ligature des trompes de Fallope 11. Autre 	<ol style="list-style-type: none"> 1. / _ / 2. / _ / 3. / _ / 4. / _ / 5. / _ / 6. / _ / 7. / _ / 8. / _ / 9. / _ / 10. / _ / 11. / _ /
C3	<p>Par quelle principale source d'information avez-vous pris connaissance de ces méthodes ?</p> <p>Choisissez les trois principales sources d'information</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Radio-TV 2. Au CDS 3. Les journaux 4. .Panneaux publicitaires 5. L'administration 6. Par des ONG 7. Par les agents de santé communautaire 8. Par amis-parentés 9. Pharmacie-points de ventes de médicament 10. Autre (spécifier) _____ 	<ol style="list-style-type: none"> 1. / _ / / _ / 2. / _ / / _ / 3. / _ / / _ /
C4	<p>Connaissez-vous des endroits où vous pouvez obtenir une méthode de PF/contraception ?</p> <p>1= Oui 0=Non →D1</p>	/ _ /
C5	<p>Si oui, citez-les. (demander à ce que la réponse soit bien précisée)</p> <p>ENQUETEUR : NE PAS LIRE LES REPONSES ET ENREGISTRER 1 SI L'ENDROIT EST MENTIONNE ET 0 SINON</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hôpital public 2. CDS public 3. Structure sanitaire confessionnelle 4. Hôpital/Clinique privé 5. Pharmacie-points de ventes de médicaments 6. Clinique mobile 7. Distributeurs à base communautaire 8. Kiosque/magasins 9. Amis/parentés 	<ol style="list-style-type: none"> 1. / _ / 2. / _ / 3. / _ / 4. / _ / 5. / _ / 6. / _ / 7. / _ / 8. / _ / 9. / _ /

Section D : Utilisation des services de Planification familiale		
D1	Avez-vous déjà utilisé une méthode ou un moyen contraceptif en vue de retarder ou d'éviter une grossesse ? 1= Oui 0=Non → E1	/ _ /
D2	Si oui lesquelles avez-vous déjà utilisé? Marquer 1 si la méthode a été déjà utilisée et 0 sinon 1. Pilules 2. Pilules du lendemain 3. injection 4. Implants 5. Condom masculin 6. Condom féminin 7. Dispositif Intra-Utérin 8. Méthodes naturelles 9. Ligature des trompes de Fallope 10. Autre _____	1. / _ / 2. / _ / 3. / _ / 4. / _ / 5. / _ / 6. / _ / 7. / _ / 8. / _ / 9. / _ / 10. / _ /
D3	Vous-a-t-il été facile de trouver un prestataire de soins pour avoir des conseils sur les méthodes/moyens de PF ? 1= Oui 0=Non	/ _ /
D4	Au moment de la prise de décision pour adopter une méthode/moyen de PF, le prestataire vous a-t-il donné des informations sur plusieurs méthodes disponibles pour que vous en choisissiez vous-même l'une ou l'autre? 1= Oui 0=Non → D6	/ _ /
D5	Quel(s) outil(s) de sensibilisation, information et formation a-t-il utilisé pour vous présenter les différentes méthodes de PF ? MARQUER 1 SI L'OUTIL A ÉTÉ UTILISÉ ET 0 SINON 1. Explications verbales 2. Affiches 3. Boîte à image 4. Sur base d'échantillon/démonstration 5. Autre(Préciser) _____	1. / _ / 2. / _ / 3. / _ / 4. / _ / 5. / _ /
D6	Au moment de la prise de décision pour adopter une méthode/moyen de PF, le prestataire vous a-t-il informé sur les éventuels effets secondaires que vous pourriez rencontrer en utilisant cette méthode ? 1= Oui 0=Non → D8	/ _ /
D7	Avez-vous été satisfaite des explications/conseils qui vous ont été donnés ? 1= Oui 0=Non	/ _ /
D8	Le prestataire vous a-t-il demandé vos intentions en matière de procréation ? 1=Oui 0=Non	/ _ /
D9	Le Prestataire vous a-t-il recommandé le moment d'une seconde visite ? 1=Oui 0=Non	/ _ /
D10	Avez-vous été satisfaite par la méthode ? 1= Oui 0=Non	/ _ /
D11	Pouviez-vous avoir cette méthode autant que de besoin ? 1= Oui 0=Non	/ _ /
D12	Etes-vous entrain d'utiliser une méthode contraceptive pour éviter ou retarder une grossesse actuellement ? 1= Oui Si Oui → D13 0=Non	/ _ /

Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi

D13	<p>Si non, quelle a été la principale raison pour arrêter la méthode de PF que vous utilisiez ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Envie d'avoir un enfant</i> 2. <i>Suite effets secondaires</i> 3. <i>Trop cher</i> 4. <i>Je suis tombée enceinte malgré la contraception</i> 5. <i>Difficile à utiliser</i> 6. <i>Sur proposition du prestataire</i> 7. <i>Suite aux enseignements religieux</i> 8. <i>Conjoint/partenaire momentanément absent</i> 9. <i>Indisponibilité de la méthode</i> 10. <i>Mauvaise qualité</i> 11. <i>Autre (préciser) _____</i> 	<p align="center">/ __ / __ /</p>
D14	<p>Si oui, quelle méthode /moyen de contraception utilisez-vous pour le moment ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Pilules</i> 2. <i>Condom masculin</i> 3. <i>Condom féminine</i> 4. <i>Stérilet-DIU</i> 5. <i>Injectable DMPA</i> 6. <i>Implant sous cutané-Jadelle</i> 7. <i>Méthode naturelle (Calendrier, glaire cervicale, température)</i> 8. <i>Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)</i> 9. <i>Ligature des trompes</i> 10. <i>Coït interrompu</i> 11. <i>Pilule du lendemain</i> 12. <i>Autre(Préciser) _____</i> 	<p align="center">/ __ / __ /</p>
D15	<p>Pourquoi utilisez-vous cette méthode plutôt qu'une autre? Plusieurs réponses possibles Marquer 1 si la raison est citée et 0 sinon</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>La disponibilité</i> 2. <i>Pas cher</i> 3. <i>Pas d'effets secondaires</i> 4. <i>Sur proposition d'un prestataire</i> 5. <i>Sur conseil d'un ami-parenté</i> 6. <i>Parce que j'allaite</i> 7. <i>Utilisation facile</i> 8. <i>Longue durée d'action</i> 9. <i>Utilisation discrète</i> 10. <i>Autres raisons (spécifier) _____</i> 	<ol style="list-style-type: none"> 1. / __ / 2. / __ / 3. / __ / 4. / __ / 5. / __ / 6. / __ / 7. / __ / 8. / __ / 9. / __ / 10. / __ /
D16	<p>Où avez-vous obtenu cette méthode que vous utilisez pour le moment ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Hôpital public</i> 2. <i>CDS public</i> 3. <i>Structure sanitaire confessionnelle</i> 4. <i>Hôpital/Clinique privé</i> 5. <i>Pharmacie-points de ventes de médicaments</i> 6. <i>Clinique mobile</i> 7. <i>Distributeurs à base communautaire</i> 8. <i>Kiosque/magasins</i> 9. <i>Amis/parentés</i> 10. <i>Autre à préciser _____</i> 	<p align="center">/ __ /</p>
D17	<p>Quelle est la durée du trajet à pied pour arriver à cet endroit ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1=<i>Moins de 30 min</i> 2=<i>[31min-1h]</i> 3=<i>]1h-2h]</i> 4=<i>Plus de 2 h</i> 	<p align="center">/ __ /</p>
D18	<p>Etes-vous satisfaite de cette méthode ?</p> <ol style="list-style-type: none"> 1= <i>Oui</i> 0= <i>Non</i> 	<p align="center">/ __ /</p>

Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de PF au Burundi

D19	Cette méthode/service a-t-il été payant ou gratuit? 1= Payant 0=Gratuit	_
D20	S'il a été payant, combien cela vous-a-t-il coûté (en Fbu)?	_ _ _ _ _ _ _
D21	A part le coût de la méthode /service y –a- t-il eu d'autres coûts additionnels ? 1= Oui 0=Non	_
D22	Comment appréciez-vous la manière dont vous avez été accueillie lors de votre dernière visite dans le service de PF ? 1=Très bon accueil 2= Bon accueil 3=Mauvaise accueil 4=Très mauvaise accueil	_
D23	Comment appréciez-vous la durée d'attente lors de votre dernière visite dans le service de PF? 1=Très courte 2=Courte 3=Longue 4=Trop longue	_
D 24	Comment appréciez-vous l'endroit où vous avez été accueillie ? 1=Adéquat 0=Non Adéquat	_
D25	Pensez-vous que cet endroit garantit l'intimité ? 1=Oui 0=Non	_
D26	Est-ce que l'utilisation de la contraception est –elle : 1. Votre décision 2. Décision de votre partenaire 3. Décision concertée avec le partenaire 4. Autres (à préciser)	_

Section E. Relation de couple face à la PF		
E1	Les méthodes de planification familiale font-elles l'objet de discussion avec votre partenaire ? 1= Oui → E3 0=Non	__
E2	Si non, pourquoi ? 1. Partenaire contre méthode PF 2. Jamais essayé d'en discuter 3. Questions sexuelles taboues dans le couple 4. Je crains sa réaction 5. Autre (à préciser) _____	__
E3	Utilisez-vous une méthode contraceptive à l'insu de votre partenaire ? 1= Oui 0=Non → F1	__
E4	Si oui, quelles seraient les conséquences pour vous s'il l'apprenait ? 1. Etre maltraitée 2. Etre répudiée 3. Mise en conseil de famille 4. Origine de son infidélité 5. Autres (à préciser) _____	__

F. Caractéristiques socio-culturelles de la femme		
F1	Quelle est votre Eglise? 1. Catholique 2. Pentecôte 3. Témoin de Jehovah 4. Adventiste 5. Méthodiste 6. Anglicane 7. Islam 8. Protestant (en général) 9. Autres Eglise (préciser) _____ 10. Animiste	__
F2	Avez-vous déjà entendu parler des effets néfastes des méthodes de planification familiale dans votre communauté? 1= Oui 0=Non → F5	__
F3	Si oui, de quoi s'agit-il ? (Donnez les trois principaux) 1. Femme devient stérile 2. Effets secondaires 3. Problèmes de santé 4. Menstruations prolongées 5. Avoir un enfant avec malformation congénitale 6. Réduction du plaisir sexuel 7. Source de malédiction 8. Cause de cancer 9. Autres (spécifier) _____	1. __ 2. __ 3. __
F4	Est-ce que vous y croyez en général? 1= Oui 0=Non	__
F5	Quelle est l'attitude de votre partenaire face à la PF 1=Il est en faveur 2=Il est contre 3=Indifférent	__

Section G: Caractéristiques économiques du ménage			
G1	Est-ce que votre ménage dispose d'une terre cultivable ? <i>Sinon →G3</i> 1=Oui 2=Non	_ /	
G2	Si Oui, quel est votre statut d'exploitation ? 1. <i>Propriétaire</i> 2. <i>Exploitation par rente</i> 3. <i>emprunt</i>	_ /	
G3	Comment utilisez-vous votre récolte ? 1= <i>Consommation familiale</i> 2= <i>Vendre au marché</i> 3= <i>Consommation et vente</i>	_ /	
G4	Est –ce que votre ménage possède du bétail ? 1=Oui 0= Non <i>Sinon →G6</i>	_ /	
G5	Si Oui, quel type de bétail disposez-vous ? 1= Vache 2=Chèvre 3=Mouton 4=Poules 5= Porc 6=Autres (à préciser) : _____	Marquer 1 si le ménage possède le type de bétail et 0 sinon	1. _ / 2. _ / 3. _ / 4. _ / 5. _ / 6. _ /
G6	Votre ménage possède – t- il les biens suivants ? 1=Radio 2=Vélo 3=Moto 4=Téléphone portable 5=Véhicule 6=Poste téléviseur	Marquer 1 si le ménage possède le type de bien et 0 sinon	1. _ / 2. _ / 3. _ / 4. _ / 5. _ / 6. _ /
G7	Quel est le type de maison du ménage ? (par observation)	1. <i>Murs en Brique cuite et toiture en tôle/tuile</i> 2. <i>Murs en brique adobe et toiture en tôle/tuile</i> 3. <i>Murs en Brique cuite et toiture en paille</i> 4. <i>Murs en Brique adobe et toiture en paille</i> 5. <i>Murs en pisée et toiture en tôle ou tuile</i> 6. <i>Murs en pisée et toiture en paille</i> 7. <i>Maison en paille</i>	_ /
G8	Quelle est votre source d'eau de boisson ?	1. <i>Robinet dans la maison</i> 2. <i>Borne fontaine/Robinet public</i> 3. <i>Source aménagée</i> 4. <i>Eau de pluie</i> 5. <i>Rivière/Lac</i> 6. <i>Source non aménagée</i> 7. <i>Puits</i> 8. <i>Eau de forage</i>	_ /



Le Ministère de la Santé Publique et de la
Lutte Contre le Sida

*Programme national de santé de la reproduction (PNSR), en collaboration avec la Bureau d'Études
Statistiques et Démographiques (BESD Consult)*

Focus Group avec les femmes

NB : Chaque titre constitue un sous-thème ; et les questions proposées sont à titre indicatif et pourront être réorientées en fonction du contexte et de l'évolution des échanges.

I. Connaissances sur les méthodes contraceptives (l'enquêteur va lancer les thèmes)

- I.1. Quels sont les méthodes contraceptives utilisées dans votre localité ?
- I.2. Parmi ces dernières, lesquelles selon vous, seraient les plus utilisées ?

II. Attitude des ménages face à la PF

- II.1. Quelles sont les motivations qui seraient le plus souvent à l'origine de l'adoption et de l'utilisation des méthodes contraceptives ?
- II.2. Quelle est pour la Femme, l'importance de l'utilisation des méthodes contraceptives?
- II.3. Pensez-vous qu'il soit nécessaire pour les partenaires d'échanger en couple au sujet des méthodes contraceptives ? , quel rôle devrait jouer l'Homme dans ces échanges ?
- II.4. Certaines utilisatrices de méthodes contraceptives se plaignent d'effets gênants occasionnés par leur utilisation : lesquels connaissez-vous ?
- II.5. Quelle attitude est adoptée par la Femme lorsque la méthode contraceptive qu'elle utilise occasionne des effets gênants ?

III. Prise de décision en matière de PF

- III.1. Qui prend habituellement la décision dans le couple lorsqu'il s'agit d'adopter ou pas les méthodes contraceptives ?
- III.2. Que diriez-vous des décisions prises ?
- III.3. Qu'est-ce qui pourrait être fait pour que les décisions prises en couple soient en faveur de la femme?
- III.4. Quelles sont dans votre localité, les personnes auxquelles l'on fait le plus souvent confiance lorsqu'il s'agit de prodiguer des conseils en matière de PF ?

IV. Causes de non utilisation/abandon des méthodes contraceptives

IV.1. Connaissez-vous des personnes de votre localité qui ont eu à utiliser une méthode contraceptive et qui l'ont par la suite abandonnée ? Combien en connaissez-vous ?

IV.2. Quelles sont les raisons évoquées et qui seraient à l'origine de ces abandons ?

IV.3. Y aurait-il des témoignages rapportés dans votre localité sur les bénéfices tirés de l'utilisation de l'une ou l'autre méthode contraceptive ? Quels sont ces témoignages

IV.4. Y aurait-il des témoignages rapportés dans votre localité au sujet des inconvénients de l'utilisation de l'une ou l'autre méthode contraceptive ?

IV.5. Quels sont les messages diffusés dans votre localité et qui seraient de nature à décourager l'adoption et/ou l'utilisation continue des méthodes contraceptives ?

IV.6. Pour vous, quelles seraient les raisons qui font que certaines femmes utilisant une méthode contraceptive décident d'abandonner leur utilisation ?

IV.7. Y aurait-il des gens qui seraient totalement contre l'utilisation de toute méthode contraceptive ? Si oui, quelles en seraient les raisons évoquées ?

IV.8. Et vous, comment appréciez-vous cette attitude d'abandonner l'utilisation de méthodes contraceptives ? Pourquoi ?

V. Stratégies d'amélioration du niveau d'utilisation des méthodes contraceptives

V.1. Selon vous, que ce qui pourrait être fait pour augmenter la demande et l'utilisation des méthodes contraceptives ?

V.2. Selon vous, qu'est ce qui pourrait être fait pour éviter que des utilisatrices d'une méthode contraceptive l'abandonnent pour une raison autre que le désir de faire un enfant ?



Le Ministère de la Santé Publique et de la
Lutte Contre le Sida

*Programme national de santé de la reproduction (PNSR), en collaboration avec le Bureau d'Études
Statistiques et Démographiques (BESD Consult)*

Guide d'entretien (5)/Outils de collecte qualitative

Focus Group pour les hommes

A. Connaissances et utilisation des MCM par les hommes

1. Vous avez certainement entendu parler des méthodes contraceptives? Qu'entendez-vous par là?
2. Quelles sont les méthodes que vous connaissez? Citez en quelques-unes ?
3. Est-ce qu'il ya des méthodes qui peuvent être utilisés par les hommes?
4. Seriez-vous prêts à utiliser un jour une des méthodes contraceptives? Lesquelles et si non pourquoi?

B. Rôle des hommes en matière de PF et dialogue familial

5. Pensez-vous que les hommes ont un rôle à jouer dans la prise de décision de l'utilisation des méthodes contraceptives? Quelles sont les raisons?
6. Pensez-vous que les questions de PF doivent se discuter en couple ? Pourquoi ?
7. Certains hommes empêcheraient leurs femmes d'utiliser des méthodes contraceptives? S'il y en a, quel en seraient les causes?
8. D'après vous qu'est-ce qu'il faudrait faire pour obtenir l'engagement des hommes en matière de PF?

C. Rumeurs sur les méthodes contraceptives

9. Y aurait-il des messages véhiculés contre l'utilisation des méthodes contraceptives? Lesquels, quelle en serait l'origine et quelle est votre opinion là-dessus?

D. Suggestions

10. Que pourriez-vous suggérer de faire, pour améliorer l'adoption, l'utilisation et la continuité des méthodes de PF chez vous?



Le Ministère de la Santé Publique et de la
Lutte Contre le Sida

*Programme national de santé de la reproduction (PNSR), en collaboration avec le Bureau d'Études
Statistiques et Démographiques (BESD Consult)*

Guide d'interviews avec le Médecin Directeur de la province sanitaire

1. Selon les statistiques disponibles en rapport avec le taux d'utilisation des services de PF, votre province sanitaire compte parmi les premières (dernières) au niveau national pourquoi selon vous?
2. Il est rapporté que des femmes utilisant l'une ou l'autre méthode de PF abandonnent momentanément ou définitivement son utilisation sans que cela ne soit dicté par le désir d'avoir un enfant : pourquoi selon vous? Qu'est-ce qui est fait par le BPS pour réduire les cas d'abandons ?
3. Quels sont selon vous, les leaders du changement (les personnes en qui les gens font confiance) sur lesquels l'on devrait s'appuyer pour induire un changement de comportement en matière d'acceptabilité et d'utilisation des méthodes contraceptives ?
4. Comment appréciez-vous le niveau d'accessibilité géographique des services de PF dans votre province ?
5. Quels sont les principaux intervenants en PF et quel genre d'interventions font-ils ?
6. Quels sont les principales contraintes/obstacles auxquelles se heurte la mise en œuvre des activités de PF dans votre province sanitaire ? Qu'est-ce qui est fait par le BPS pour contourner ces obstacles ?
7. Que suggéreriez-vous pour une amélioration de l'adoption et de la continuité de la Pratique Contraceptive au niveau national en général et dans votre province en particulier?



Le Ministère de la Santé Publique et de la
Lutte Contre le Sida

*Programme national de sante de la reproduction (PNSR), en collaboration avec la Bureau d'Études
Statistiques et Démographiques (BESD Consult)*

Guide d'interviews avec les Leaders religieux : un prêtre/un Pasteur

Ces questions sont impérativement posées par une personne maîtrisant les objectifs de l'étude (un superviseur de l'enquête)

1. Quelle est la position de l'église face à l'utilisation des Méthodes Contraceptives Modernes ?
2. Quelles sont selon vous, les méthodes de PF que devraient utiliser les couples pour planifier les naissances?
3. Les enseignements donnés par certaines confessions religieuses semblent en contradiction avec les messages donnés par le Ministère de la santé publique au sujet des méthodes utilisées pour la planification familiale : serait-il possible de trouver un terrain d'entente? Si oui, comment?
4. D'après vous y aurait-il des conséquences liées à l'utilisation des MCM ? Si oui lesquelles ?
5. Y aurait-il selon vous des conséquences néfastes si les naissances n'étaient pas planifiées ? Si oui, lesquelles?
6. Est-ce que la démographie galopante est une préoccupation de l'église dans notre pays? Si oui quelles sont les actions menées par l'Eglise pour faire face à cette démographie galopante ?
7. Que suggérez-vous personnellement pour mieux répondre à la problématique de la démographie galopante ?

Personnel de l'enquête

I. Comité de Pilotage

- Dr Dieudonné NICAYENZI: Président
- Dr Juma NDEREYE : Vice- Président
- Ir Sylvère BAREGENSABE : Secrétaire
- Dr Josiane NIJIMBERE: Membre
- Dr Theophile BIGAYI : Membre
- Dr Lambert NKURUNZIZA : Membre
- Dr Gilbert BATUNGWANAYO : Membre
- Dr Fabrice KAKUNZE : Membre
- Mme Mariam NDAGIJE : Membre
- Mr Sadique NIYONKURU : Membre
- Mr Sosthène SINARINZI : Membre
- Mr Jean Claude DEHENEFE : Membre
- Mme Sophie NGENDAKUBWAYO : Membre

II. Équipe des Consultants du BESD

- Dr Evelyne NDABANIWE, *Spécialiste en Santé Publique, Chef de mission*
- Mr Léonard NTAKARUTIMANA, *Spécialiste en Recherche sur les Systèmes de Santé*
- Ir Richard MANIRAMBONA, *Statisticien, Expert en Analyse des données*
- Ir Godefroid BIGIRIMANA, *Directeur Général du BESD, Coordinateur National de la recherche*

III. Comité de relecture

- Dr SINKIYAJAKO Severin : INSP
- Dr GASHUBIJE Login : MSPLS
- NIMUBONA Rémy : INSP
- NZIRUBUSA Pascal : INSP
- MANIRAKIZA Jean Marie : ISTEEBU
- GAHIRO Antoine : ISTEEBU
- NTAGAHORAHO Thierry : ISTEEBU
- NSHIMIRIMANA Caritas : PNSR
- BAREGENSABE Sylvère : PNSR

IV. Agents enquêteurs

Noms et Prenoms	Equipe	Fonction	Affectation
KWIZERA Richard	1	Chef d'équipe	Enquête Ménages
BASHIRAHISHIZE Ode Mireille	1	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
<i>GACUTI Patcherie Herve</i>	1	<i>Agent Enquêteur</i>	<i>Enquête CDS</i>
NAHAYO Cassien	1	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
NIYOKWIZERA Carine	1	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
MASUMBUKO Jean Patrick	2	Chef d'équipe	Enquête Ménages
BURUNDI Jacques	2	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
<i>NAHIMANA Jeanne Marie</i>	2	<i>Agent Enquêteur</i>	<i>Enquête CDS</i>
NDAYISHIMIYE Fides	2	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
NKURUNZIZA Theogene	2	Agent Enquêteur	Enquête Ménages

NIYONKURU Brice	3	Chef d'équipe	Enquête Ménages
KANA Auriane	3	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
NEZERWE Belyse	3	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
<i>NIYONGERE Claude</i>	3	<i>Agent Enquêteur</i>	<i>Enquête CDS</i>
RIVUZIMANA Emmanuel	3	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
NZISABIRA Bonaventure	4	Chef d'équipe	Enquête Ménages
MUNEZERO Jean Luc	4	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
NGABONZIZA Patrick	4	Agent Enquêteur	Enquête Ménages
<i>NZEYIMANA Dorine</i>	4	<i>Agent Enquêteur</i>	<i>Enquête CDS</i>
TANGISHAKA Carine	4	Agent Enquêteur	Enquête Ménages