



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du
**DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN GESTION DES SERVICES DE
SANTE : OPTION GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE**

Année académique 2009-2010
20^{ème} Promotion

THEME

**CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA
COUVERTURE CONTRACEPTIVE AU
BURUNDI :
CAS DU CDS KAMENGE**

Présenté par :

Dr. Seleus SIBOMANA

Sous la direction de :

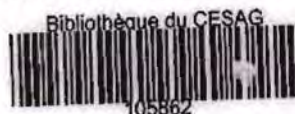
Dr. Khady Seck DIOP,

Enseignante associée au CESAG

M0083GPS10

2

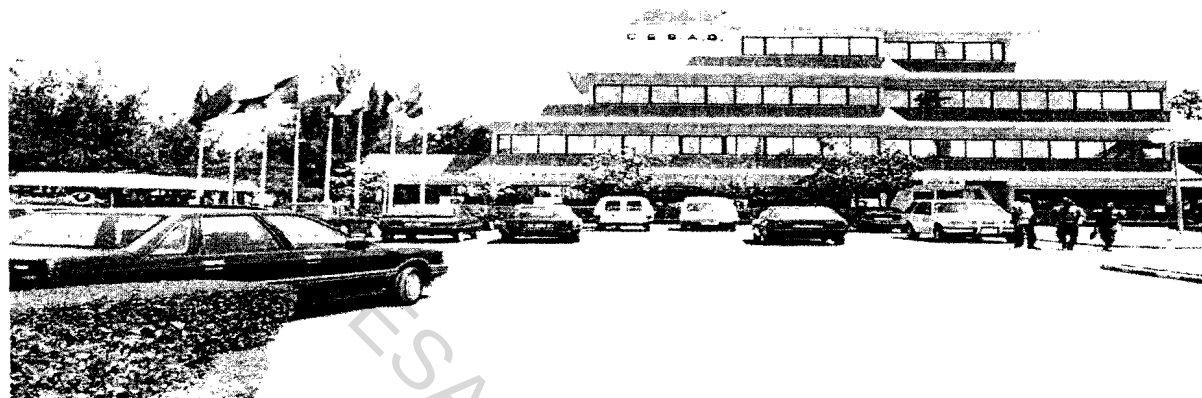
Université 10 10





CENTRE AFRICAIN D'ETUDES SUPERIEURES EN GESTION

INSTITUT SUPERIEUR DE MANAGEMENT DE LA SANTE (ISMS)



MEMOIRE DE FIN D'ETUDES

Pour l'obtention du
DIPLOME D'ETUDES SUPERIEURES SPECIALISEES EN GESTION DES SERVICES
DE SANTE : OPTION GESTION DES PROGRAMMES DE SANTE

Année académique 2009-2010
20^{ème} Promotion

THEME

CONTRIBUTION A L'AMELIORATION DE LA
COUVERTURE CONTRACEPTIVE AU
BURUNDI,
CAS DU CDS KAMENGE

Présenté par :

Dr. Seleus SIBOMANA

Sous la direction de :

Dr. Khady Seck DIOP,
Enseignante associée au CESAG

Décembre 2010

DEDICACE

A ma très chère épouse Christine,

A mes fils Cristo, Grotte et Aubry-Alick,

Pour tout ce que vous avez enduré durant mon absence,

A ma chère patrie meurtrie par la mauvaise gestion,

Je dédie ce mémoire.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Dieu Tout Puissant, Vous qui forgiez les destins des hommes, nous voudrions vous remercier sincèrement pour tout dans ma vie, et plus particulièrement pour le chemin que vous avez tracé pour moi.

Nous voudrions remercier sincèrement le Gouvernement Belge, à travers son Ambassade à Bujumbura, et son agence d'exécution, la Coopération Technique Belge, pour avoir accepté de financer notre formation au Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion (CESAG). Nos remerciements vont plus particulièrement à la Présidence de la République du Burundi qui a bien voulu me recommander pour faire ces études.

Nos remerciements vont à l'endroit de Dr Khady Seck Diop, enseignante associée au CESAG, d'avoir accepté de diriger ce travail malgré vos nombreuses sollicitations et la distance géographique et culturelle qui vous sépare du lieu et de la population sous étude. Pour ce cœur de mère dont vous avez usé pour donner conseils et suggestions, nous vous remercions du fond de notre cœur.

Nous voudrions remercier le Médecin Directrice du CDS Kamenge et son équipe de prestataires de PF, et la Technicienne de Promotion de la Santé de la commune Kamenge, pour tous les efforts fournis et l'assistance donnée afin de retrouver les clientes et de mener à terme mon étude.

Nous voudrions remercier tout le personnel administratif et enseignant du CESAG, et plus particulièrement celui de l'Institut Supérieur de Management de la Santé (ISMS) pour tout le travail abattu aux fins de réaliser convenablement le programme de formation. A tous les stagiaires de la 20^{ème} promotion de l'ISMS/GSS pour le climat qui nous caractérisait, à toute la communauté Burundaise de Dakar pour l'invention et le maintien de la famille africaine, je vous remercie.

LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES

AA	: Aire d'Attraction
ABUBEF	: Association Burundaise pour le Bien-être Familial
ASC	: Agent de Santé Communautaire
CDS	: Centre de santé
CESAG	: Centre Africain d'Etudes Supérieures en Gestion
CCC	: Communication pour le Changement de Comportement
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CPN	: Consultation Prénatale
DIU	: Dispositif Intra Utérin
DMPA	: Acétate de médoroxyprogesterone
Dollar US	: Dollar Américain
Dr	: Docteur
EDS	: Enquête Démographique et de Santé
FBP	: Financement Basé sur la Performance
GSS	: Gestion des Services de Santé
IEC	: Information, Education, Communication
IPPF	: Fédération Internationale pour la Planification Familiale
ISMS	: Institut Supérieur de Management de la Santé
KFW	: Banque Allemande de Développement
OMD	: Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
PEV	: Programme Elargi de Vaccination
PF	: Planification Familiale
PNSR	: Programme National de Santé de la Reproduction
PSI	: Population Services International
PTME	: Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant
RSS/GAVI	: Renforcement du Système de Santé/Global Alliance for Vaccines and
SIDA	: Syndrome de l'Immunodéficience Humaine
SDN	: Société des Nations
SMI	: Santé Maternelle et Infantile
SS/SR	: Santé Sexuelle/Santé de la Reproduction
TMI	: Taux de Mortalité Infantile
TMM	: Taux de Mortalité Maternelle
UNFPA	: United Nations Fund for Population Agency
UNICEF	: Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	: United States Aid for International Development
VIH	: Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

Liste des tableaux

Tableau 1: Populations cibles de Bujumbura Mairie pour l'année 2009	17
Tableau 2: Evolution de la couverture contraceptive de 1993 à 2008	21
Tableau 3: Fréquences des tranches d'âges des femmes qui n'ont jamais utilisé les méthodes modernes de PF.....	50
Tableau 4: Appartenance religieuse des femmes qui n'adhèrent pas à la PF	51
Tableau 5: Niveau d'instruction	52
Tableau 6: Fréquence d'enfants encore en vie	52
Tableau 7: Fréquence d'enfants filles encore en vie.....	53
Tableau 8: Fréquence d'enfants garçons encore en vie.....	53
Tableau 9: Fréquence des enfants morts.....	54
Tableau 10: Fréquence d'enfants filles mortes.....	54
Tableau 11: Fréquence d'enfants garçons morts.....	55
Tableau 12: Fréquence de la polygamie	55
Tableau 13: Nombre d'enfants de la coépouse	56
Tableau 14: Nombre d'enfants souhaités	56
Tableau 15: Appartenance religieuse des abandons	60
Tableau 16: Niveau d'instruction des abandons.....	60
Tableau 17: Fréquence des enfants décédés des abandons.....	61
Tableau 18: Nombre d'enfants souhaités des abandons.....	61
Tableau 19: Conditions ayant conduit à l'adoption de la PF.....	62
Tableau 20: Motifs d'abandon	63
Tableau 21: Priorisation des problèmes	45
Tableau 22: Priorisation des causes du problème prioritaire	48
Tableau 23: Priorisation des solutions	70

Tableau 24: Cadre logique 2011-2013	73
Tableau 25: Plan d'action 2011	77
Tableau 26: Chronogramme des activités 2011-2013	83
Tableau 27: Budget général 2011-2013	85
Tableau 28: Tableau de bord du suivi et de l'évaluation	87

Liste des graphiques

Figure 1: Organigramme du CNTS.....	14
Figure 2: Evolution du taux de couverture contraceptive de 1993 à 2008.....	21
Figure 3: Mortalité infantile en fonction de l'espacement des naissances [22]	23
Figure 4: Accroissement de la population dans les pays en développement.....	29
Figure 5: Diagramme d'ISHIKAWA	46

SOMMAIRE

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iii
DIU : Dispositif Intra Utérin	iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	v
Liste des graphiques	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
<i>PREMIERE PARTIE : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE</i>	4
CHAPITRE I. CONTEXTE GENERAL	5
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE	12
CHAPITRE III. PROBLEMATIQUE	18
CHAPITRE IV : BUT ET OBJECTIFS	27
CHAPITRE V : REVUE DE LA LITTERATURE	28
<i>DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE</i>	37
CHAPITRE VI : METHODOLOGIE	38
CHAPITRE VII : ANALYSE DES PROBLEMES	42
CHAPITRE VIII : RESULTATS ET COMMENTAIRES	50
CHAPITRE IX : ANALYSE DES SOLUTIONS	67
<i>TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION</i>	72
CHAPITRE X : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION IDOINE	73
SUGGESTIONS	88
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE	a
ANNEXES	e
TABLE DES MATIERES	q

INTRODUCTION GENERALE

« On ne peut pas parler de la planification familiale à une femme qui a faim. On ne peut en parler non plus à une femme dont l'enfant est mourant » Dr. Bisi Ogunleye (cité par B. Barnett, 1994)

Depuis la création de l'humanité, l'homme et la femme ont reçu comme mission de procréer et de remplir la terre. Ainsi, la population a depuis augmenté sans cesse contrairement à la surface exploitable de la terre qui plutôt se dégrade. De cette population qui constitue le facteur majeur de production sont venus se greffer des problèmes de population qui ont contraint la plupart des pays du monde à adopter des politiques de population et de planification des naissances.

Cette prise de conscience va conduire, sous l'égide du Conseil Economique et Social des Nations Unies, à l'organisation d'une série de conférences à raison d'une par décennie de 1974 à 1994. La première siégea à Bucarest en Roumanie du 19 au 30 Août 1974 et fut la première du genre à convier les gouvernants à se pencher sur les problèmes de population. Devant l'insistance des pays occidentaux pour que le tiers monde en général et l'Afrique [1] en particulier, adopte des programmes de réduction de la fécondité [2] afin de sortir progressivement du sous développement, les gouvernements africains, sous la houlette de l'Algérie avaient soutenu que : « le développement socio- économique était la meilleure pilule ». Le consensus dégagé à l'issue de cette conférence pouvait se résumer par la formule suivante « le développement est la meilleure des contraceptions ».

La deuxième conférence internationale mondiale est convoquée par la résolution 1981-87 du 25 novembre 1981 du Conseil Economique et Social des Nations Unies. Elle a pour mandat d'examiner et d'évaluer le Plan Mondial d'action et prendre des dispositions en vue de la poursuite de son exécution. Mexico accepta d'accueillir cette conférence du 6 au 14 août 1984. La troisième se tient au Caire avec un mandat plus large sur les questions touchant au développement que les conférences précédentes sur la population; ce qui traduit une prise de conscience croissante du fait que la population, la pauvreté, les modes de production et de consommation et d'autres menaces pesant sur l'environnement sont

des questions si étroitement imbriquées qu'aucune d'entre elles ne peut être examinée isolément» (Nations Unies 1994).

De plus, la 4^{ème} Conférence Mondiale sur la Femme tenue à Beijing en 1995, les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD-2000) dont celui en rapport avec la réduction de la mortalité maternelle et infantile sont témoins des efforts internationaux pour maîtriser la croissance démographique.

Avant Bucarest beaucoup de colloques et conférences se sont tenues sur la population dont celle de Genève en 1927 sous l'égide de la SDN qui prônait un planning familial libre et individuel, celle de Rome en Italie en 1954 qui demandait à chaque pays de se doter d'une politique de population intégrée dans une population mondiale et celle de Belgrade en Serbie en 1965 qui stipulait que la « croissance démographique influençait négativement le progrès économique ».

En Afrique, il y a eu un changement d'attitude dès lors que beaucoup de pays du tiers monde avaient signé en 1966 une déclaration sur la population selon laquelle « les couples doivent avoir la possibilité de planifier leur famille et de disposer des moyens et connaissances à cet effet ». Plus récemment, l'Initiative Africaine pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) et le Plan d'Action de Maputo de 2007 montrent les préoccupations africaines en matière de planification familiale.

Le Burundi est l'un des pays africains les plus densément peuplés. Il connaît une pression démographique telle que les guerres cycliques qu'il a connues cachent mal la composante liée aux problèmes de population comme l'un des facteurs qui les sous-tendent. La pression sur les terres cultivables pour un pays essentiellement agricole a atteint des proportions considérables qu'il est aujourd'hui, plus que jamais, temps d'innover les stratégies appropriées de planification familiale afin d'augmenter la couverture contraceptive, et ainsi espérer inverser la tendance actuelle de la croissance de la population.

C'est par une recherche active dans le domaine de la santé de la reproduction en général, et plus particulièrement de la planification familiale que devrait venir des orientations claires de politiques à même d'amener la population à adhérer à la

contraception moderne, mais également et surtout à l'adopter comme mode de vie des individus, des couples, des familles et de la communauté.

La présente étude, en recherchant les déterminants de la non adhésion à la contraception et de l'abandon des méthodes contraceptives, s'inscrit dans la droite ligne de la recherche de solutions aux problèmes de population que connaît le Burundi.

Notre étude est structurée autour de trois parties, la première qui décrit le cadre contextuel de l'étude et la problématique comprend le contexte général, le cadre de l'étude, la problématique et la revue de la littérature ; la deuxième partie traite du cadre pratique de l'étude et trace la méthodologie suivie, donne les résultats et commentaires et termine par l'analyse des problèmes et des solutions ; la dernière partie concerne la mise en œuvre de la solution. Enfin, des suggestions et une conclusion clôturent ce travail.

PREMIERE PARTIE : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE

CHAPITRE I. CONTEXTE GENERAL

La présente étude cherche à contribuer à l'amélioration de la couverture contraceptive au Burundi. Elle sera menée au CDS de Kamenge au Burundi, pays en développement dont la situation géographique, l'organisation administrative, le niveau économique et les considérations socioculturelles influent significativement sur la pratique de la planification familiale, les conditions de réalisation et les résultats de l'étude.

I.1 Cadre géographique

Le Burundi est un pays dont la superficie est de 27.834 km² en excluant les eaux territoriales du lac Tanganyika. Il est situé à cheval sur l'Afrique centrale et orientale entre les latitudes 2°20' et 4°27' Sud, il est sur la 30^{ème} longitude Est. C'est un pays enclavé de la région des Grands Lacs africains. Les pays frontaliers du Burundi sont la République Démocratique du Congo à l'Ouest, la Tanzanie à l'Est et au Sud et le Rwanda au Nord.

Le Burundi se trouve à 1500 km de l'Océan Indien par la voie commerciale la plus courte qui relie la capitale Bujumbura à Dar Es-Salaam par le lac Tanganyika. C'est un pays au relief accidenté dont l'altitude varie de 770 m au bord du lac Tanganyika à plus de 2 000 m sur les plateaux. Une bonne partie du territoire est occupée par les hauts plateaux dominés par la crête Congo-Nil vers l'Ouest et le reste par les lacs, la plaine de l'Imbo et les dépressions de l'Est.

Le pays jouit d'un climat tropical avec deux grandes saisons : une saison pluvieuse s'étendant sur neuf mois, de septembre à mai, et une saison sèche de trois mois, de juin à fin août. La pluviométrie varie de 1 000 mm à 1 400 mm avec une température moyenne de 20°C. Au-dessus de 2 000 m sur la crête Congo-Nil, les pluies sont abondantes de plus ou moins 1 400 mm avec une température moyenne annuelle de 17°C. Classiquement, le climat est caractérisé par l'irrégularité de la pluviométrie qui est répartie sur deux saisons :

- une grande saison des pluies de février à mai et une petite saison des pluies de septembre à novembre ;

- une grande saison sèche de juin à septembre et d'une petite saison sèche de décembre à février.

L'hydrographie du Burundi est caractérisée par deux versants, le bassin du Nil et le bassin du fleuve Congo formés par tous les cours d'eau situés à l'Ouest de la Crête Congo-Nil et ceux situés dans la dépression de l'Est vers le Sud et qui aboutissent à l'Océan Atlantique à l'Ouest.

I.2 Organisation administrative

Au niveau national, l'administration de l'Etat est coiffée par un Gouvernement qui met en œuvre la politique générale du pays. Le pays est divisé en 17 Provinces subdivisées dirigées par des Gouverneurs. Ces provinces comprennent 129 communes dirigées par des Administrateurs Communaux. Les communes rurales sont subdivisées en zones, puis en collines dirigées respectivement par des Chefs de zone et de collines. Les communes urbaines sont subdivisées en quartiers. Les collines dirigées par un Chef de colline et les quartiers par un Chef de quartier, constituent les unités administratives de base. Elles sont à environ 3000 collines dans tout le pays.

I.3 Contexte économique

Le contexte socio-économique est caractérisé par une forte détérioration des conditions de vie des populations suite à la guerre civile qui a duré depuis octobre 1993 jusqu'en 2005. Cette dernière a entraîné la dislocation du tissu social, l'abandon des terres par une grande partie de la population (réfugiés ou déplacés), la promiscuité qui a favorisé une recrudescence des endémo-épidémies dont le VIH/Sida, le paludisme, la tuberculose et la malnutrition.

Sur le plan économique, l'économie du Burundi est basée essentiellement sur l'agriculture. La force de production [3] est dominée par les femmes (51,15%). Elles représentent l'essentiel de la population active de ce secteur.

Le secteur économique et financier [4] est caractérisé en 2008 par un produit intérieur brut (PIB) par habitant en dollars US de 400, un taux de croissance économique de 4,5 % et un taux de croissance de production industrielle de 3,5 % en 2009.

Le Burundi connaît de nombreux problèmes de population dont notamment :

- une croissance démographique très forte en déphasage avec la croissance économique ;
- un temps de doublement de la population très court qui rendent insupportables les investissements démographiques ;
- un ratio de dépendance (inactifs/actifs) très grand qui rend impossible la création de l'épargne et amenuise du coup les possibilités d'investissements ;
- une densité de la population très forte par rapport aux ressources disponibles ;
- une espérance de vie très faible ne permettant pas de fonder le développement ;
- un exode rural massif particulièrement à la suite de la guerre civile qui a vidé les campagnes, compromet le développement local et fait peser de fortes tensions sur les infrastructures urbaines ;
- un taux d'infection au VIH/sida élevé, une mortalité maternelle élevée ;
- et une fécondité élevée.

Après les élections démocratiques de 2005, on a observé un retour progressif de la sécurité et on assiste à un retour massif des réfugiés et des déplacés dans leurs propriétés. Ceci contribue à ressouder le tissu social, à remettre la population au travail et à améliorer les conditions de vie.

I.4 Contexte socioculturel

Sur le plan social, la situation a été considérablement affectée par la guerre qui a prévalu dans le pays de 1993 à 2005. Cet état des faits a entraîné une baisse considérable de la production dans tous les secteurs de l'économie nationale et a eu pour conséquence notamment l'aggravation de la pauvreté.

La population burundaise est composée de 3 groupes ethniques: les Hutu (85%), les Tutsi (14%) et les Twa (1%). Elle se compose en majorité de catholiques (65%), de protestants (14%), de musulmans (2%), d'athées (18%) et d'animistes (1%). Les résultats provisoires du Recensement Général de la Population et de l'Habitation du 15 Août 2008 estiment la population burundaise à 8 038 618 habitants dont 3 926 867 hommes et 4 111 751 femmes [3]. Les données socio-culturelles, de même que les indicateurs démographiques et sanitaires suivants indiquent bien le contexte socio-culturel du Burundi.

La population du Burundi est estimée à 8 988 991 habitants avec un taux d'accroissement naturel de 2,87% et une densité moyenne de 322,9 habitants/km² en 2009[4]. Elle est essentiellement rurale avec une population urbaine de 10,9% en 2008. Cette population est essentiellement jeune, les moins de 15 ans représentent 46,2% et les plus de 65 ans, 2,5%. L'espérance de vie à la naissance est de 52,9 ans. En 2009, le taux de fécondité est de 6,33, le taux de natalité est de 41,42 ‰, le taux de mortalité est de 12,67 ‰ et le taux de mortalité infantile est de 59,64 ‰. Le taux de mortalité des moins de 5 ans est de 181 ‰ en 2006.

I.5 Organisation sanitaire du pays

Le système sanitaire du Burundi est de type pyramidal et s'articule autour de 3 niveaux, que ce soit d'un point de vue de la santé publique ou de la prestation des soins de santé.

I.5.1 Système de santé publique

Le système de santé publique comporte 3 niveaux qui sont du sommet à la base le niveau central ou national, le niveau intermédiaire ou provincial et le niveau périphérique ou opérationnel.

I.5.1.1 Niveau central

Il est représenté par le Cabinet du Ministre, les directions générales et leurs départements ainsi que les organes de direction des divers programmes de santé. Son rôle est d'assurer des responsabilités transversales en appui des niveaux intermédiaire et périphérique. Il s'occupe de la formulation de la politique sanitaire, de la définition des

normes structurelles et sanitaires, de la coordination de l'aide apportée au secteur, et du respect d'une planification des ressources et d'activités par niveau. Il assure en outre un système de formation continue, d'approvisionnement régulier en équipement, médicaments, matériels et consommables médicaux, de supervision technique intégrée, de statistiques sanitaires et de suivi-évaluation.

I.5.1.2 Niveau intermédiaire

Il y a 17 bureaux provinciaux de santé comme niveau de déconcentration dont la responsabilité principale est la coordination des activités et des interventions dans chaque province. Il assure l'interface entre le niveau central et le niveau opérationnel.

I.5.1.3 Niveau périphérique

Il comprend les districts sanitaires et les centres de santé qui constituent la porte d'entrée du système de santé. Le district sanitaire est composé d'un groupement de communes et d'unités de santé. Il dessert une population d'environ 150 000 habitants. Il a dans son aire de responsabilité un hôpital de première référence et 10 à 15 centres de santé publics ou confessionnels qui lui sont satellites. Chaque district est dirigé par un médecin directeur de l'hôpital de district. La fonction administrative des centres de santé est assurée par des infirmiers de niveau A2 appelés titulaires de ces derniers. Ils ont la responsabilité de planifier, organiser et gérer toutes les activités de ces structures en étroite collaboration avec la communauté. Ainsi il existe un comité de santé et un comité de gestion qui manquent cependant un cadre juridique.

I.5.2 Système des soins

L'organisation du réseau des soins comporte 3 paliers et suit la même configuration pyramidale:

- le niveau de base constitué par les centres de santé et les hôpitaux de district, les premiers constituant la porte d'entrée dans le système des soins, les seconds jouant le rôle d'hôpital de première référence ;
- les hôpitaux de deuxième référence sont constitués par les hôpitaux de province ;
- les hôpitaux spécialisés ou hôpitaux de référence nationale.

Cependant, il est à noter que le système de santé possède de nombreux défis qui restent encore à relever :

- une couverture insuffisante en infrastructures, le territoire national comptant 54 hôpitaux et 617 centres de santé dont 1/3 est constitué par des centres de santé confessionnels et privés, soit un hôpital pour 146 090 habitants (norme OMS : 1 hôpital pour 100.000 habitants) et un centre de santé pour 14.216 habitants (normes OMS : 1 centre de santé pour 10 000 habitants).
- une faible disponibilité des moyens de transport et un système d'orientation recours peu organisé.
- une insuffisance de personnel qualifié, avec une concentration des personnels de santé dans les centres urbains au détriment de la zone rurale. Les compétences du personnel sont aussi insuffisantes par manque d'un mécanisme structuré de formation continue.

La disponibilité, l'accessibilité et l'utilisation des services de santé ne sont pas satisfaisantes. Les insuffisances décrites plus haut sur le plan des structures de santé, du personnel, de l'équipement et des moyens logistiques en sont la cause.

Le paquet minimum d'activité de santé maternelle comprend l'Information, Education et Communication (IEC), la consultation prénatale (CPN), les soins à l'accouchement, la consultation postnatale et la consultation de planification familiale. Malheureusement, toutes les structures sanitaires n'offrent pas la totalité du paquet minimum défini par type de structure.

1.5.3 Politique de planification familiale

La planification des naissances constitue un des piliers du Programme National de Santé de la Reproduction. Lorsqu'en 2007 le PNSR a élaboré le document de politique nationale de santé de la reproduction, les constats en matière de planification familiale dans un pays qui venait de traverser 12 ans de guerre appelaient à plus d'actions dans le secteur. En effet, la pratique de la PF était encore très faible de 7,36% en 2006 et l'indice synthétique de fécondité (ISF) est de 6,0. Cette faible couverture contraceptive fait que les quatre trop,

des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives restaient un défi réel à relever. Heureusement que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois représentait 45 % des femmes allaitantes.

A la même époque, les sources d'approvisionnement en contraceptifs étaient essentiellement le secteur public et avec l'appui des partenaires dont la KFW, l'UNFPA, le Fonds Global, l'USAID et l'IPPF à travers le PNSR, l'Association Burundaise pour le Bien-être Familial (ABUBEF) ainsi que PSI pour le marketing social du préservatif. La gamme de produits contraceptifs disponibles étaient : l'injectable (DMPA), les contraceptifs oraux (COC), la minipilule (POP), la pilule contraceptive d'urgence (PCU), le Dispositif Intra Utérin (DIU) et les spermicides (néosampoon). La méthode de contraception chirurgicale Volontaire était pratiquée dans certains hôpitaux. Cependant, grâce surtout aux acquis d'avant la guerre, l'EDS/SR de 2002 note que plus de 90 % des femmes en âge de procréer connaissent au moins une méthode contraceptive.

Pour relever ces faiblesses, le PNSR, avec l'appui des partenaires, dans le document de politique nationale de santé sexuelle et reproductive, traça une politique de planification familiale autour des axes stratégiques suivants :

- le renforcement du plaidoyer auprès des pouvoirs publics pour un engagement plus accru en faveur de la PF ;
- la mobilisation sociale/CCC pour l'utilisation des services disponibles en matière de PF ;
- l'intégration de la P F dans d'autres services de soins de santé primaires (PEV, SMI, nutrition, CPN, accouchement et consultation postnatale) ;
- l'amélioration de la disponibilité et de l'accessibilité des services de PF de qualité.

La Politique Nationale de Santé Sexuelle et Reproductive stipule clairement que « La planification des naissances constitue un droit fondamental des personnes ».

CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE

L'étude sera conduite au Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) et au centre de santé de Kamenge dans le district Nord de Bujumbura Mairie.

II.1 Programme National de Santé de la Reproduction

Le Programme National de Santé de la Reproduction est l'institution du Ministère de la Santé Publique du Burundi ayant en charge la coordination de la mise en œuvre des activités de santé sexuelle et reproductive dont la planification familiale en est une des composantes. C'est un établissement public doté d'une personnalité juridique et d'une autonomie de gestion.

II.1.1 Mission

Le Bureau de Coordination du Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) a pour mission [5] de contribuer à une utilisation accrue des services de la SR intégrés, accessibles et de qualité, par les femmes, les hommes et les adolescents, afin d'améliorer la santé de la reproduction de la population Burundaise, et permettre une réduction de la pression par la population sur les ressources limitées du pays.

Pour réaliser cette mission, les différents domaines d'interventions sont les suivants :

- la planification familiale ;
- la maternité à moindres risques ;
- la prévention du VIH/SIDA/IST ;
- la santé sexuelle et de la reproduction des jeunes ;
- les violences sexuelles.

En résumé les axes d'intervention du PNSR sont :

- l'information, l'éducation et la communication (IEC) relative à la santé de la reproduction en vue d'améliorer les connaissances nécessaires à la prise de décision

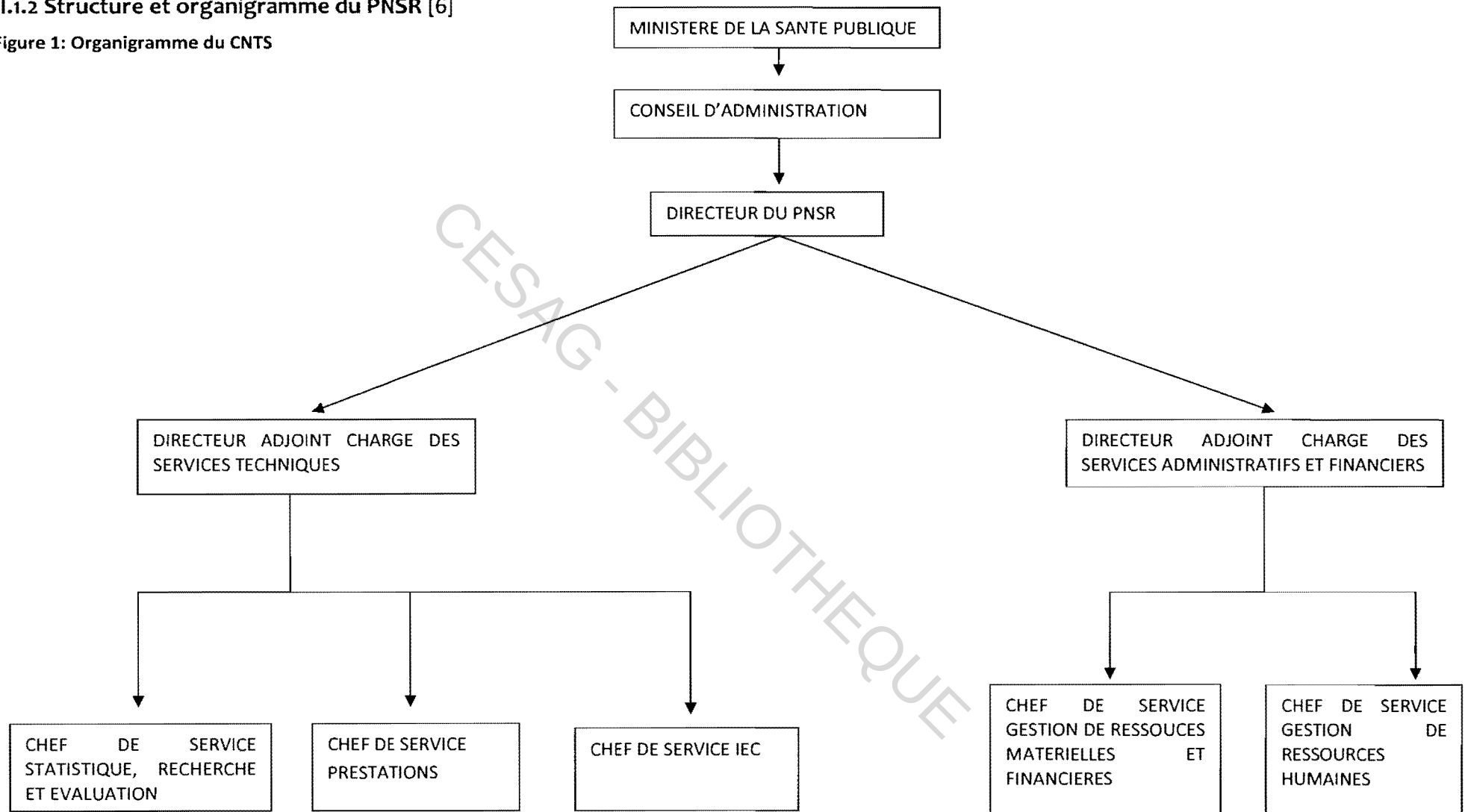
favorable à la santé de la reproduction pour toute la population y compris les jeunes et les adolescents ;

- l'assurance de l'accès équitable aux services de santé de la reproduction de bonne qualité ;
- le renforcement des capacités techniques à travers la formation des prestataires des soins, l'équipement technique et non technique, l'approvisionnement en matériels, médicaments et autres consommables pour les formations sanitaires ;
- la coordination, le suivi/évaluation à travers le renforcement du système d'information sanitaire (SIS) ainsi que la recherche opérationnelle.

Le PNSR dans ses activités s'occupe essentiellement de la maternité à moindres risques, de la planification familiale, de la santé sexuelle et de la Santé de la reproduction (SS/SR) des jeunes et des adolescents, de la promotion de l'allaitement maternel avec un accent particulier sur l'allaitement précoce dans les trente premières minutes suivant l'accouchement et exclusif pendant les six premiers mois; l'autre secteur d'intervention concerne les violences sexuelles.

II.1.2 Structure et organigramme du PNSR [6]

Figure 1: Organigramme du CNTS



II.1.3 Service de planification familiale

Les principaux indicateurs d'utilisation des méthodes de planning familial suivis par le programme sont les suivants :

- l'effectif de nouvelles acceptantes des méthodes contraceptives modernes;
- la quantité des produits contraceptifs distribués;
- l'indice couple année de protection (CAP);
- le taux de prévalence contraceptive.

II.1.4 Partenaires au développement

Les bailleurs traditionnels de la PF au Burundi sont l'UNFPA et l'UNICEF avec à leurs côtés l'OMS avec leur appui technique. Plus récemment à la sortie de la guerre, l'organisme allemand d'aide au développement est revenu après son départ en 1997 intervenir dans toutes les activités de la PF comme l'achat des contraceptifs et du matériel médical pour assurer les services gynéco-obstétriques, la formation des prestataires et des cadres du PNSR, la préparation et l'exécution des campagnes d'éducation pour la santé et de promotion de la SR ainsi que le suivi et l'évaluation des activités réalisées dans le cadre du projet, apportant des financements conséquents et un appui technique du GFA Consulting Group.

Le projet RSS/GAVI intervient également dans certaines activités de PF dans les 4 provinces sanitaires d'intervention à savoir Bururi, Gitega, Kayanza et Mwaro. La Banque Mondiale et le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la tuberculose et le paludisme à travers le Conseil National de Lutte contre le Sida intervient surtout dans l'achat des préservatifs et la PTME.

II.1.5 Partenaires d'exécution

Les activités du PNSR sont relayées au niveau intermédiaire par les Bureaux Provinciaux de Santé (BPS) et au niveau périphérique par les Equipes Cadres du Districts et les CDS. Le PNSR collabore également avec les structures associatives et privées œuvrant dans le domaine de la santé de la reproduction comme l'ABUBEF qui a été pionnière dans l'initiation de l'offre des services conviviaux aux jeunes.

II.2 Centre de santé de Kamenge

Le centre de santé de Kamenge est situé dans le district sanitaire de Bujumbura Mairie Nord, dans la province sanitaire de Bujumbura Mairie. La capitale du Burundi, Bujumbura est située au bord du Lac Tanganyika. Elle est ceinturée de part et d'autre par la Province de Bujumbura rurale à l'exception de toute la bordure Ouest où se trouve le lac Tanganyika. Au point de vue administratif, la province comprend 13 communes administratives groupées en 3 districts de santé :

- le district Nord qui comprend les communes de Gihosha, Kamenge, Kinama, Ngagara, Cibitoke, Buterere. Il est limité au Sud par la rivière Ntakangwa et le district Centre, le reste par les communes de Bujumbura Rural.
- le district Centre comprend les communes de Rohero, Bwiza, Nyakabiga, Buyenzi et est limité au Nord par la rivière Ntakangwa et le district Nord, et au Sud par la rivière Muha et le district Sud.
- le district Sud est constitué des communes Kinindo, Musaga et Kanyosya. Il fait frontière au Nord avec le district Centre par la rivière Muha, le reste étant occupé par la province de Bujumbura Rural.

Au cours de l'année 2009, la population de la ville de Bujumbura était estimée à 492.021 habitants sur une superficie de 110 km², soit une densité de 4473 habitants/km². En 2008, la population du district Nord était de 246 813 habitants sur une population de 478 155 habitants, soit 51,6% de la population de la capitale. Les districts Centre et Sud avaient respectivement 112 625 habitants (23,3%) et 118 717 habitants (24,8%). Les estimations de 2009 donnent une population de 253 971 habitants pour le district Nord. La répartition des populations cibles est présentée dans le tableau qui suit.

Tableau 1: Populations cibles de Bujumbura Mairie pour l'année 2009 [53]

Districts	Population	Naissances vivantes	0-11 mois	1-4 ans	15-44ans (femme en âge de procréer	Femmes Enceintes	Femmes non enceintes
Nord	253 971	10 921	10 006	36 521	54 096	12191	42 718
Centre	115 891	4 983	4 566	21 231	24 685	5 563	19 493
Sud	122 160	5 253	4 813	22 380	26 020	5 864	20 547
Total	492 021	21 157	19 386	90 138	104 801	23 617	82 758

Source : CDS Kamenge, Rapport d'activités 2009

La population de l'aire d'attraction du centre de santé Kamenge est de 253 971 habitants en 2009.

Le CDS Kamenge est l'un des rares CDS avec à la tête un médecin Directeur. Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida veut qu'à terme il devienne un hôpital de district. Déjà le district sanitaire est logé en son sein. Ses ressources proviennent essentiellement des dotations régulières du Gouvernement, des primes obtenues grâce au FBP et des partenaires. Les différents services offerts sont les consultations externes curatives, les services préventifs et promotionnels comme la PF, la vaccination et le suivi nutritionnel, une maternité et une pharmacie interne.

Le CDS Kamenge a commencé à offrir des services de PF en 1993. Les services de PF sont ouverts 5 jours par semaine du lundi au vendredi. Ces services attirent des femmes aussi bien de la commune que des communes urbaines environnantes comme Kinama, Cibitoke et Buterere, de même que des femmes de la commune rurale voisine de Mutimbuzi. Les prestataires de PF ont bénéficié de formations en PF en 2009 à l'exception de ceux qui ont été engagés récemment. Bien qu'il y ait une dizaine de structures de soins privées, le CDS est le seul centre, à côté du CHU Kamenge, à offrir des services de PF. Le centre offre la plupart des méthodes réversibles de PF offertes au Burundi, y compris la pose du DIU et des implants sous cutanés. C'est dans ce centre que nous allons conduire notre étude dont la problématique est développée dans les pages qui suivent.

CHAPITRE III. PROBLEMATIQUE

Le débat sur la population et le développement remonte depuis l'antiquité. Il a été réactualisé dans les années 80 par la publication notamment par Donella Meadows, Dennis Meadows et Jorgen Randers de « The Limits to Growth » [7], traduit en Français sous le titre de « Halte à la Croissance ». Les auteurs esquissent un scénario catastrophique de l'avenir de l'humanité et le facteur le plus incriminé est le galop démographique des pays du Sud. C'est dans ce sens qu'un des artisans de l'école néomalthusienne, Ehrlich publie déjà en 1968 « The Population Bomb » [8] et en 1975 « The End of Affluence ».

Par contre, comme disait Jean Bodin, « Il n'est de richesse et de force que d'hommes ». Les adeptes de l'école populationniste quant à eux avancent que l'homme est le moteur essentiel du développement. Ainsi, Ester Boserup écrit en 1965 « The Conditions of Agricultural Growth: The Economics of Agrarian Change under Population Pressure » [9] et Julian Lincoln Simon publie en 1981 « The Ultimate Resource » [10]. Ils essaient de démontrer que le développement est centré sur l'homme.

III.1 Spécification du problème

Le Burundi connaît des taux de mortalité maternelle et infantile des plus élevés du monde. En 2007, le TMM dans les structures de soins est de 110,9 [11] pour 100 000 naissances vivantes tandis que le TMI [12] est de 59,64 pour 1 000 naissances vivantes. Les causes les plus incriminées sont les grossesses trop rapprochées, nombreuses, précoces et /ou tardives. La population Burundaise est en général pro-nataliste avec un indice synthétique de fécondité de 6,5 enfants/femme dans un contexte d'analphabétisme élevé surtout de la femme, ce qui est un frein à la planification familiale.

Au Burundi, la pression démographique sur les ressources, particulièrement sur les terres cultivables, est trop forte. La planification familiale est donc incontournable si on veut éviter que la surpopulation ne devienne source de conflit à l'échelle nationale. En effet, la densité de la population est des plus élevées de l'Afrique (322.9 habitants/km²) [12].

Malgré une prise de conscience précoce des enjeux de la pression démographique sur le développement du pays, on remarque que le taux de couverture contraceptive reste faible, de 11,4% en 2008[11]. Or, déjà en 1987, le Gouvernement a créé un Bureau National de Coordination du Programme de Planification Familiale (CPPF). En 1990, le Conseil Economique et Social déclarait : « 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 » [13]. C'est dans cette logique que le CPPF est devenu le Programme National de Santé de la Reproduction (PNSR) depuis 1997.

Cependant, le pays a connu une instabilité politique depuis son accession à l'indépendance en 1962. Encore en 1997, lorsque le Programme National de Santé de la Reproduction fut créé, le pays était encore en guerre, et les activités de santé en général, et de planification familiale en particulier, étaient presque à l'arrêt. En effet, ce n'est qu'après les élections de 2005 avec la mise sur pied d'institutions issues d'élections démocratiques et transparentes que le secteur de la santé tente de sortir de la période de l'humanitaire pour une phase de développement. Une analyse minutieuse de la pyramide de la population du Burundi pourrait sans doute montrer des phénomènes de « Baby Boom » [14] chaque fois après ces conflits cycliques.

Depuis lors, non seulement beaucoup d'infrastructures sanitaires nécessitaient d'être réhabilitées, mais les ressources humaines [15] avaient été profondément ébranlées. En effet, certains professionnels de santé étaient morts, d'autres avaient fui le pays, d'autres encore avaient fui le monde rural pour se concentrer dans les villes plus sécurisées ou se sont convertis dans le secteur privé ou sont partis travailler en dehors du pays. De plus, à la sortie de la guerre, la priorité était donnée aux activités curatives et il n'était pas beaucoup opportun de parler de planification familiale dans une population encore sous le choc de la guerre.

Cependant, dès août 2005, le niveau de paupérisation [16] de la population, couplé à des taux de mortalité maternelle, néonatale et infantile élevés, et au taux élevé d'accouchements à domicile, ont contraint le Gouvernement issu des élections à prendre une mesure de subvention totale des accouchements en milieux de soins et de prise en

charge totale des enfants de moins de 5 ans. Cette mesure fut interprétée par une certaine frange de la population comme un encouragement à la procréation, surtout qu'elle n'était pas accompagnée d'un discours de planification des naissances.

Le PNSR mène depuis 2005 un combat pour que la planification familiale entre bien dans la pratique des Burundais et que le rythme de la croissance démographique actuelle puisse diminuer.

Néanmoins, les services de planification familiale sont fréquentés surtout par des femmes mariées, d'un âge plus ou moins avancé et qui cherchent soit à espacer les naissances, ou à les stopper parce qu'elles pensent avoir déjà eu le nombre d'enfants souhaités ou en train de le dépasser. Les hommes [18], par leur pouvoir de décision dans les foyers, déterminent pour la plupart la décision d'adhésion à une méthode contraceptive moderne bien qu'ils ne consultent pas les services de planification familiale avec les femmes. De ce fait, la femme ne contrôle pas tous les facteurs d'adhésion à une méthode contraceptive, et par conséquent, elle ne maîtrise pas la continuation de la méthode ou son abandon.

La province sanitaire de Bujumbura Mairie a le taux de couverture contraceptive le plus élevé du pays de 41,4% au moment où ce même taux dans la commune urbaine de Kamenge n'est que de 8,6% en 2009. Ce travail vient donc pour contribuer à la compréhension des déterminants de ce faible taux d'adhésion et du taux élevé d'abandons de la contraception moderne au Burundi.

III.2 Ampleur et importance du problème

Malgré les efforts fournis et les réformes entreprises dans le domaine, notamment la restructuration du service ayant en charge la PF, la fourniture suffisante en contraceptifs, l'extension de la gamme des méthodes contraceptives, l'évolution du taux de couverture contraceptive est lente. Selon le PNSR et le service de PF du CDS Kamenge, les causes principales de cette faible performance du programme de PF seraient le faible taux d'adhésion à la PF et le taux d'abandons trop élevé de celles qui déjà avaient adopté l'une ou l'autre méthode contraceptive moderne.

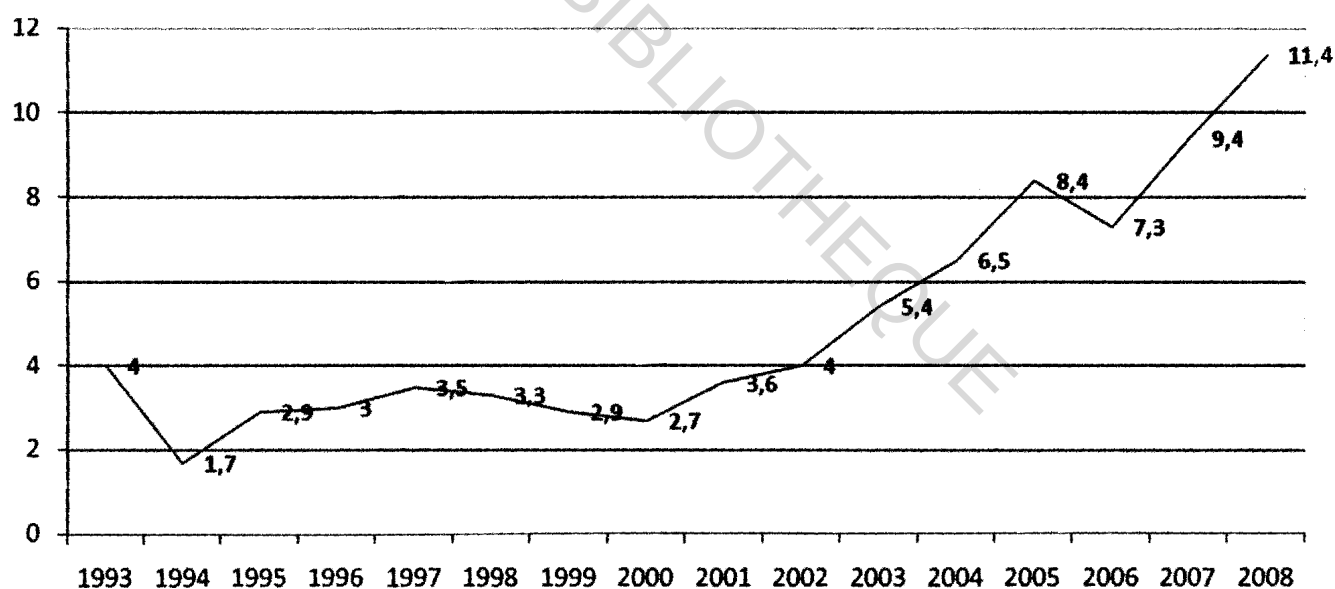
Le tableau suivant montre l'évolution du taux de couverture contraceptive au Burundi depuis 1993.

Tableau 2: Evolution de la couverture contraceptive de 1993 à 2008

Année	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Couverture	4	1,7	2,9	3	3,5	3,3	2,9	2,7	3,6	4	5,4	6,5	8,4	7,3	9,4	11,4	13,7

Le graphique suivant permet de bien apprécier l'évolution de la couverture contraceptive sur la période de 1993 à 2008.

Figure 2: Evolution du taux de couverture contraceptive de 1993 à 2008



A la veille de la guerre de 1993, le taux de couverture contraceptive était de 4%. La chute a été immédiate et durant toute la période des hostilités, au moment fort de la crise, le taux de couverture a oscillé autour de 3%. Ce n'est qu'avec la signature de l'Accord [17] d'Arusha pour la Paix et la Réconciliation au Burundi le 28 Août 2000 que la courbe de couverture

contraceptive monte lentement mais progressivement. Le taux de couverture est de 13,7% en 2009.

Malheureusement, plusieurs obstacles empêchent l'éclosion effective de la PF au Burundi. Il s'agit de :

- barrières socioculturelles : la mentalité pro nataliste qui considère encore le nombre élevé d'enfants comme une richesse ;
- croyances et influences religieuses : si le poids du passé tend de plus en plus à diminuer, la position de certaines religions chrétiennes dans un pays où le christianisme est fortement ancré dans les populations tend à freiner les faibles progrès de la planification familiale ;
- l'instabilité et l'insuffisance quantitative et qualitative du personnel de santé en général, et plus particulièrement des prestataires de planification familiale ;
- la faible qualité des services de santé qui ne tiennent pas compte des besoins en santé et en santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s/jeunes ;
- lacunes dans la gestion des stocks de produits contraceptifs et une gamme limitée des méthodes contraceptives.

Cependant, malgré les récents efforts fournis, la faiblesse de la couverture contraceptive reste une réalité immuable et est mise sur le compte de la faible adhésion et du taux d'abandons élevé de la PF. C'est le défi à relever en commune de Kamenge en détectant les causes de la faible adhésion et du taux élevé d'abandons, ce qui amènerait des décisions informées en vue de trouver les voies et moyens de surmonter ces obstacles.

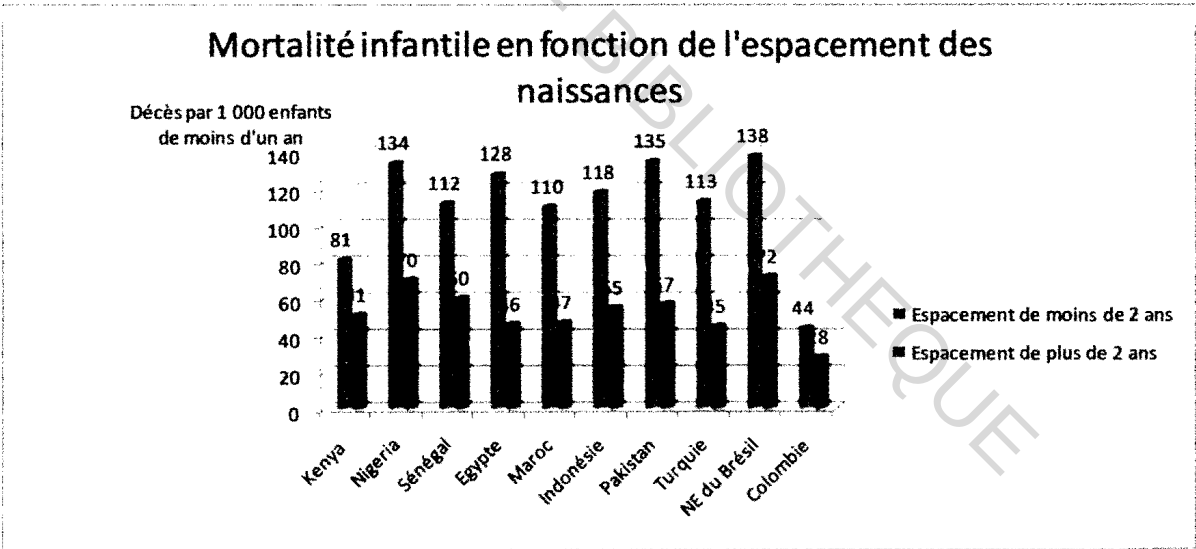
III.3 Conséquences du problème

Les conséquences de la faible couverture contraceptive sont nombreuses et les plus directes sont celles qui se rapportent aux femmes. Celles-ci restent confrontées aux 4 Trop qui sont des grossesses trop précoces, trop rapprochées, trop nombreuses et trop tardives. Ces dernières entraînent notamment comme conséquences directes des grossesses non désirées et des avortements clandestins.

A côté de ces conséquences directes sur la femme, il existe d'autres effets à la fois sur les enfants, les familles, la communauté et le pays. Cela entraîne une croissance démographique élevée et une pression forte sur les ressources rares qui risquent d'être une autre source de conflit à grande échelle.

Les enfants qui naissent de mères avec des grossesses trop rapprochées courent le risque de prématurité [20] plus élevé, d'hypotrophie foetale comparés aux autres enfants et de malnutrition, avec tous les risques de santé et de développement liés à leur état. Par ailleurs, en espaçant les naissances [21] d'au moins deux ans, la planification familiale permet de prévenir au moins un décès infantile sur quatre dans les pays en voie de développement. Un espacement judicieux des naissances permet en outre d'améliorer les chances de survie de l'enfant précédent.

Figure 3: Mortalité infantile en fonction de l'espacement des naissances [22]



Source : Calveton, MD, Analyse non publiée d'enquêtes démographiques de santé, 1990-1995, Macro International, 1995

Il ressort qu'en moyenne, les enfants nés avant un intervalle de naissance inférieur à deux ans sont deux fois plus susceptibles de mourir que ceux nés après un intervalle de deux ans. De même, la même analyse montre qu'un intervalle d'au moins deux ans entre les naissances pourrait prévenir en moyenne un quart des décès des nouveaux nés.

Les conséquences de la faiblesse de la planification familiale n'épargnent aucun secteur de la vie du pays. La présente étude vient contribuer à l'identification et la mise en œuvre de voies de solutions plus appropriées pour augmenter considérablement la couverture contraceptive du pays.

III.4 Justification et intérêt du sujet

Le taux de prévalence contraceptive au Burundi est de 13,7% en 2009 [23]. En vue d'améliorer la couverture contraceptive et d'inverser la tendance de la croissance démographique, il est plus que nécessaire de comprendre et maîtriser les besoins, les préoccupations et les préférences des clients et de rechercher les déterminants de la non adhésion et de l'abandon de la planification familiale. Le but de l'étude est de mieux comprendre les déterminants de la faible adhésion aux méthodes de planification familiale modernes et du taux élevé d'abandons afin d'impulser un élan nouveau aux services de planification familiale. Il s'agit de rendre disponibles des informations quant aux blocages à l'épanouissement des méthodes de planification familiale modernes afin de susciter une prise de décision basée sur une recherche opérationnelle.

L'intérêt du sujet d'étude se trouve dans l'interrelation entre planification familiale et santé d'une part, et entre planification familiale et développement d'autre part. Les résultats de cette étude permettront de mettre à jour les causes de la non adhésion et du taux élevé d'abandons, et ainsi aideront à une prise de décision éclairée en matière de planification familiale. Les facteurs socioculturels et économiques [24], à côté de la qualité des services de planification familiale, jouent un rôle qu'il est important d'explorer. De plus, la planification familiale est l'une des trois recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé pour une maternité à moindres risques afin de réduire le taux de morbidité et de mortalité maternelle [25].

La femme étant le pivot de la famille, la planification familiale qui réduit la mortalité de la femme diminue du coût l'impact de la perte de la mère dans une famille. Ainsi, en jouant sur les « 4 Trop », la planification familiale contribue énormément au bien-être familial. La planification familiale permet en outre aux femmes de disposer de beaucoup plus de temps à consacrer aux activités familiales.

Les femmes constituent plus de la moitié de la population du Burundi. La planification familiale leur permettrait non seulement d'avoir plus de temps à consacrer aux activités de la communauté, mais également à jouer un rôle beaucoup plus actif dans tous les domaines de la vie de la communauté. Les enfants cesseraient d'être par exemple le motif du peu d'empressement que les femmes ont à se consacrer à la politique.

Au niveau national, la planification familiale permet de mettre à contribution du développement toute la force productive. De même, la pression sur les ressources diminue, en même temps que des ressources plus accrues peuvent être consacrées à développer les ressources humaines de qualité.

Les études récentes [26] révèlent que la planification familiale améliore les chances de survie et la santé de millions de personnes. Elle est considérée comme un « achat recommandé » parmi les investissements dans le secteur de la santé. Elle est également l'une des interventions les plus rentables et à plus fort rendement qui soit. En effet, les pays qui investissent dans la planification familiale récoltent des avantages immédiats dans le domaine de la santé et de l'éducation, et des bénéfices dans le domaine social et environnemental. Le ralentissement de la croissance démographique par ailleurs aide le développement [27].

Les bénéfices [19] de la contraception moderne sont, pour ne citer que les plus importants :

- la planification familiale empêche les femmes de mourir en évitant des grossesses non souhaitées, des avortements dangereux qui visent à mettre un terme à ces grossesses, en leur permettant de limiter les naissances au cours de leurs années les plus fécondes et ainsi éviter d'avoir de trop nombreuses grossesses qui risquent de compromettre leur santé.
- la planification familiale améliore les chances de survie des enfants car elle permet un espacement des naissances permettant aux femmes de récupérer leur état de santé initial et d'avoir des enfants en meilleure santé.

- la planification familiale permet aux femmes d'avoir un contrôle sur leur fécondité, et donne beaucoup d'espace pour bien planifier leur éducation, leur emploi, leur participation à la vie de la communauté, mais également accroît les chances de scolariser tous leurs enfants, y compris les filles.
- la planification familiale permet à toutes les personnes sexuellement actives d'adopter un comportement sexuel responsable, particulièrement les jeunes, et ainsi se mettre à l'abri des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH/Sida.

Ces avantages concourent au ralentissement de la croissance démographique. Cela permet d'économiser les ressources naturelles, de préserver la pureté de l'eau et de l'air, d'affaiblir les pressions qui s'exercent sur les villes et d'éviter des conflits sociaux qui ont pour origine réelle la rareté des ressources pour une population sans cesse nombreuse. Ce ralentissement démographique donnerait aux familles et aux pays une population adulte nombreuse qui pourrait être investie dans la production et le développement.

De cette problématique du faible taux d'adhésion et du taux élevé d'abandons, nous avons, pour bien cerner notre étude, développé un but, un objectif général et des objectifs spécifiques, qui seront suivis d'une revue de la littérature.

CHAPITRE IV : BUT ET OBJECTIFS

IV. 1 But

Contribuer à l'amélioration de la prévalence contraceptive au Burundi.

IV. 2 Objectif général

L'objectif général de notre étude est d'identifier les obstacles à la PF au centre de santé de Kamenge au Burundi.

IV.3 Objectifs spécifiques

- déterminer les causes d'abandon de la PF ;
- analyser les causes de non adhésion et d'abandons
- proposer les solutions d'amélioration de la prévalence contraceptive.

CHAPITRE V : REVUE DE LA LITTERATURE

La contraception [28] constitue un investissement capital pour sauver des vies, pour la santé et le développement. Elle permet aux couples de faire des choix sur les grossesses à avoir, d'avoir des enfants en bonne santé et de se prémunir contre des infections. Ainsi, investir dans les services de planification familiale permet de multiplier par quatre ou même plus les bénéfices de par la réduction des dépenses publiques de santé, d'éducation et des autres secteurs sociaux. La contraception vient répondre au déséquilibre inquiétant entre le volume de la population et les ressources disponibles. Elle fait partie des politiques de population développées en Afrique plus particulièrement depuis l'époque coloniale. La non adhésion aux méthodes de planification familiale et l'abandon de ces dernières constituent des sujets dont plusieurs chercheurs ont essayé de comprendre les déterminants majeurs.

V.1 Des politiques de population

En 1979 [29], un groupe d'experts réunis à Lomé au Togo a proposé la définition suivante d'une politique de population comme « un ensemble de mesures et de programmes destinés à contribuer à la réalisation d'objectifs économiques, sociaux, démographiques et autres objectifs collectifs en intervenant sur les variables démographiques principales telles que la taille, la croissance, la distribution spatiale (nationale et internationale) de la population, ainsi que les autres structures démographiques, tout en mettant l'accent sur l'amélioration de la qualité de vie des populations du pays (IFORD, 1980).

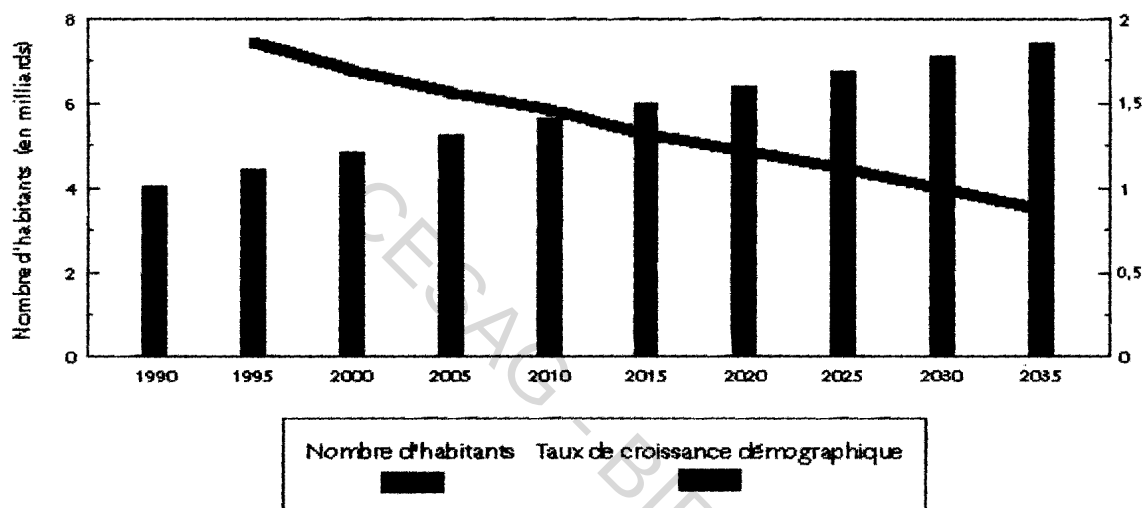
Sur la scène internationale, l'équilibre entre l'évolution démographique et le développement socio-économique ne tient plus, ce qui est source de tensions. En effet, les ressources naturelles pour faire vivre la population mondiale s'amenuisent de plus en plus suite à la dégradation de l'environnement due à l'industrialisation au moment où la croissance démographique dans les pays en développement, surtout l'Afrique, contribue pour une grande part à gonfler la population mondiale depuis les années 1970. Cependant, malgré les divergences sur la question entre les pays du Nord et du Sud, le débat a abouti à Bucarest sur un « Plan d'action mondial de la population ». L'Afrique acceptait ainsi d'inclure

dans ses politiques de population la planification familiale pour infléchir la courbe de sa croissance démographique.

Graphique

Figure 4: Accroissement de la population dans les pays en développement

Accroissement de la population dans les pays en développement



Source : Données de la Banque mondiale, 1994 (262)

Population Reports

Ce graphique illustre bien que les politiques de planification familiale ont permis dans les pays en développement de réduire le taux de croissance démographique. Malgré cela, à cause d'une réserve assez élevée de femmes en mesure de procréer, les projections montrent que le nombre d'habitants va croître pour de nombreuses années encore.

Sur le continent africain, le « Plan d'action de Kilimandjaro », sur lequel s'inspirent la plupart des politiques de population des pays africains, comme celle du Sénégal [30], a comme principales actions :

- l'amélioration de la qualité de vie pour toutes les catégories de population ;
- la réduction de la morbidité et de la mortalité ;
- la planification familiale et la fécondité ;
- une meilleure répartition des hommes ;
- l'amélioration de la condition de la femme ;
- une réelle promotion des jeunes ;
- l'amélioration des capacités nationales de formation et de recherche.

Les explications [31] de ce revirement de situation sont d'une part le changement du paysage politique international, mais également le succès des programmes de planification familiale dans certains pays asiatiques, la création de centres régionaux de formation et de recherche en population, l'organisation de recensements et d'enquêtes, de même que l'échec des stratégies de développement économique de l'Afrique. De 1974 à 1984[32], les pays africains tiennent résolument la question de planification familiale à cœur. On note en effet, avec l'appui du FNUAP, une prolifération des unités de planification de la population dans la plupart des pays africains au cours de cette période.

L'Ile Maurice, le Kenya et le Ghana [33] constituent les trois pays africains d'avant-garde en matière de politique de population. Cependant, ils ont connu une évolution contrastée. De 1964 avec l'apport de l'appui du gouvernement aux services de planification familiale à 1989, période à laquelle le gouvernement considère que le niveau de croissance démographique atteint est suffisant, l'Ile Maurice est considérée comme une « success story » en matière de politique de population en Afrique. Par contre, le Kenya et le Ghana, bien que pionniers, leurs services de planification familiale n'ont pas donné les résultats escomptés, et il y a toujours une nécessité de réduire le niveau de croissance de la population.

V.2 La non adhésion aux méthodes modernes de planification familiale

Malgré l'obtention de financements considérables, les programmes [34] de planification familiale du Kenya, du Népal et du Pakistan, entrepris au cours des années 60, sont considérés comme ayant eu peu de succès sur la réduction de la prévalence contraceptive et la fécondité.

Du point de vue de la cliente qui désire contrôler ses naissances, la non adhésion aux méthodes contraceptives modernes est perçue sous forme de barrières à la contraception. Le constat est que les barrières à la contraception n'ont pas encore reçu l'attention qu'il faut. Ceci est corroboré par le fait que l'ampleur de ces barrières n'est pas encore parfaitement connue. C'est ainsi qu'il est difficile d'évaluer le biais qui fait qu'un prestataire de service de planification familiale refuse des services à une femme non mariée. De même, le fait que les avortements, particulièrement ceux clandestins,

ne sont pas répertoriés cache l'ampleur du problème, et ainsi, les barrières aux méthodes de planification de la fertilité.

Par ailleurs, souvent on confond les barrières à la planification familiale aux obstacles physiques comme la distance à parcourir pour atteindre un service de planification familiale. Cette confusion cache les autres obstacles comme les restrictions médicales, les coûts financiers, les biais du prestataire, l'information non correcte, le manque de choix entre plusieurs méthodes contraceptives.

La distance [35] à parcourir par la femme avant d'atteindre une structure de prestation des services de planification familiale, de même que la diversité des méthodes contraceptives, influent sur l'utilisation des méthodes de contrôle des naissances. Il a été démontré que les femmes qui ont à parcourir plus de trente minutes pour arriver à un centre de santé au Bangladesh utilisent moins ces services. De même, chaque fois qu'une nouvelle méthode contraceptive est introduite, elle s'accompagne d'une augmentation des utilisatrices de la contraception moderne.

L'augmentation des coûts financiers, même si ce fait n'a pas été partout démontré, influe négativement sur l'utilisation des services de planification familiale. Ce coût, qui peut sembler dérisoire dans la plupart des pays, est dit important et pourrait limiter grandement l'utilisation des services en Afrique où la population ne dispose que de revenus limités. Au Burundi, même si les services de PF dans les structures de soins publiques sont gratuits, les coûts peuvent être considérés sous forme de frais de transport pour atteindre le centre de santé le plus proche, le temps d'attente pour obtenir le service, et l'estimation du manque à gagner.

Les décisions de la femme d'adopter une méthode contraceptive est beaucoup influencée par des facteurs culturels et religieux. Il semble donc évident que le choix de la femme serait beaucoup plus influencé par la culture que par leur préférence d'autant plus que cette culture se manifeste également à travers les biais des prestataires et des barrières d'ordre médical. Là où le statut de la femme est négligeable, les barrières d'ordre social à la PF peuvent être plus importantes que les coûts financiers. La peur de blesser les préférences du conjoint, sa perception de l'utilisation de la contraception,

ainsi que les facteurs psychologiques comme les religions et les systèmes de valeurs qui donnent peu de marge à la femme pour prendre une décision sont autant de contraintes auxquelles la femme doit faire face. Avec une mentalité pro nataliste considérant l'enfant comme une richesse, le choix de la contraception demande à la femme et au couple, d'aller contre l'ordre établi par la culture.

Selon Shelton [36] et ses collègues, « Les barrières médicales se définissent comme des pratiques, qui sont sous tendues en partie par une rationalité d'ordre médical, qui aboutissent à une entrave ou un refus de la contraception ». Ceci est le fruit d'une pratique médicale qui se prête peu au changement, avec des normes et des rigueurs qui laissent peu de place à la communication avec les clients. De ces barrières médicales inutiles nous pouvons citer le fait que dans certains pays les prestataires de PF refusent des pilules contraceptives ou des DIU aux nullipares. Les coûts des examens de laboratoire nécessaires avant initiation d'une méthode contraceptive dans certains pas s'est révélé également être source de non adhésion.

En Thaïlande, la distribution à base communautaire de la pilule a joué un rôle capital dans l'adhésion aux méthodes de planification familiale. Non seulement il faut peu d'examens médicaux même dans les pays développés, mais également le fait de refuser une méthode contraceptive à une femme qui n'est pas dans sa période des règles ne se justifie pas scientifiquement d'autant plus qu'il y a d'autres moyens de vérification simple comme l'anamnèse pour s'assurer que la femme n'est pas enceinte. Il en est de même de nombreuses visites de suivi après l'adhésion à une méthode de planification familiale de type hormonal ou le DIU. De même, pour les demandeurs de la stérilisation, les procédures administratives sont souvent longues que certaines femmes abandonnent et tombent encore une fois enceintes.

Le choix d'une méthode contraceptive par une cliente est influencé par des biais introduits par les prestataires de PF. En effet, la conception que se fait le prestataire par rapport à l'une ou l'autre méthode contraceptive influe énormément dans l'orientation du choix de la cliente. Au Pakistan, tout comme au Burundi, des prestataires pensent qu'une jeune maman d'un seul enfant ne devrait pas commencer à prendre des contraceptifs (Shelton et al.1999) [37], surtout les pilules. En Zambie, les jeunes gens à la recherche d'une

contraception d'urgence trouvaient que les prestataires portaient un jugement sur leur conduite (Ahmed et al.1998) [38]. Dans certains centres de planification familiale, la connaissance du statut matrimonial de la cliente ou l'âge conduit à des restrictions qui ne reflètent que l'attitude du prestataire.

Les barrières les plus importantes au Burundi viennent probablement des effets secondaires, de la désinformation, de la peur et surtout des rumeurs entretenues autour de la contraception. Les rumeurs [39] répandues dans le pays impliquent la pilule comme cause de stérilité, particulièrement si elle est utilisée avant d'avoir mis au monde. La contraception serait cause de cancer, le DIU se promènerait dans le ventre jusqu'à enrocher le cœur et entraîner la mort, etc. Les méthodes contraceptives qui entraînent une augmentation du volume et/ou de la durée des règles [40], ou qui entraînent une aménorrhée ou la sécheresse du vagin sont évitées par les clientes sous le prétexte qu'elles interfèrent avec les relations sexuelles.

Les besoins non satisfaits en planification familiale, à côté de la prévalence contraceptive, donnent une bonne idée à visée programmatique de l'importance des services nécessaires. Les causes des besoins non satisfaits [42] peuvent être groupées sous quatre rubriques :

- causes liées aux services de santé, notamment leur disponibilité et leur qualité ;
- causes liées aux connaissances suffisantes en planification familiale, notamment des barrières informationnelles en ce qui est des différentes méthodes contraceptives disponibles, où se procurer de ces méthodes, leurs coûts et leur utilisation correcte ;
- causes sociales qui regroupent les résistances d'ordre culturel, religieux, psychique et autres comme la position du mari qui influent sur l'adoption et la continuation des méthodes contraceptives ;
- causes sanitaires dont les soucis tiennent aux effets secondaires reconnus, mais surtout aux rumeurs et sont, à côté des raisons sociales, les deux principales barrières.

Le droit à l'avortement n'est reconnu que dans quelques pays en Afrique. Bien qu'il soit connu que dans la plupart des pays, quelle que soit la religion et la culture, les clientes

qui sont nanties peuvent obtenir un avortement dans de bonnes conditions, il est beaucoup plus difficile pour les femmes non instruites et sans beaucoup de ressources. Le manque de légalisation comme méthode contraceptive conduit aux avortements clandestins avec leur cocktail de conséquences sur la santé de la femme et souvent compromet définitivement son devenir reproductif. Cette criminalisation fait que les données sur les avortements [41] manquent dans le pays.

Les politiques à mieux d'améliorer la prévalence contraceptive dans les pays en développement, et plus particulièrement au Burundi, devraient donc s'atteler à trouver les voies pour surmonter les barrières à l'adhésion aux méthodes modernes de planification familiale.

V.3 Les causes d'abandons des méthodes modernes de planification familiale

Le taux de couverture contraceptive serait plus élevé si le nombre d'abandons n'était pas très élevé. En effet, les produits contraceptifs, tout comme les autres médicaments, sont des produits chimiques qui ne passent pas dans le corps sans laisser d'effets. Il existe des effets secondaires et des contre-indications liés à chaque méthode contraceptive. Ainsi, soit que les femmes ne sont pas informées ou le sont mal sur les effets secondaires, soit que les prestataires n'arrivent pas à prendre en charge rapidement ces effets, soit encore que les mêmes prestataires prescrivent une méthode contre-indiquée chez une cliente, les femmes sous contraceptifs souffrent de ces effets secondaires à des degrés divers qui les poussent à abandonner et à n'adopter aucun autre choix. D'autres motifs comme le désir de concevoir parmi tant d'autres sont avancés.

A Bali [43], en Indonésie, deux constats contradictoires sont notés. Autant la durée d'utilisation des méthodes de contraception augmente, autant les risques d'interrompre suite à des effets secondaires ou des raisons médicales diminuent. En même temps, le risque d'interrompre la contraception pour avoir une grossesse augmente. En effet, les méthodes de contraception varient dans leur acceptabilité, leur efficacité, leur disponibilité et leurs effets secondaires. Par conséquent, les taux d'abandons pour une raison ou une autre varient selon les méthodes utilisées. Les facteurs majeurs de l'abandon semblent être les

motivations à la base de l'adoption de la contraception et l'expérience antérieure d'utilisation de la contraception. Si une femme adopte la contraception pour espacer les naissances, il est bien évident qu'elle va interrompre la méthode.

De nos jours, les femmes suivent généralement leurs règles de près. Suivant les considérations culturelles liées aux règles, les femmes sont très sensibles [44] à toute perturbation de leur cycle et aux moindres variations dans le volume de leur flux menstruel. Il n'est donc pas rare que des troubles liés à l'usage des contraceptifs entraînent le rejet de la méthode qu'elles utilisent ou qu'elles pourraient utiliser. Les contraceptifs modernes, particulièrement le DMPA et les pilules, peuvent en effet sérieusement perturber les règles en provoquant des saignements abondants, prolongés ou irréguliers, tout comme une aménorrhée.

En ce qui concerne l'échec sous contraceptif, au Brésil [45], une étude menée montre que le risque d'échec diminue avec l'âge de la femme, son niveau d'éducation et son statut socioéconomique, des facteurs supposés liés à une motivation plus accrue de la maîtrise de la fécondité. Le risque d'abandonner la contraception, c'est-à-dire de ne pas recourir à une méthode alternative, devient également moindre comparé à leurs paires.

Au Bangladesh [46], les causes d'abandons de l'utilisation de la pilule sont liées à plusieurs facteurs notamment la non disponibilité des produits contraceptifs lorsque les femmes vont rendre visite aux leurs dans les villages de l'intérieur, le manque de support ou d'encouragement de la part du mari surtout dans une société où l'homme est dominant et se trouve à la base de toutes les décisions concernant le ménage. Pour toutes les méthodes contraceptives, les études ont montré que l'implication des hommes a largement amélioré la continuation de la méthode et une bonne compréhension des effets secondaires liés à la méthode par les deux parties. Ce qui a cependant été à la source de beaucoup de préoccupations dans cette étude était que de toutes les femmes qui ont abandonné l'utilisation des méthodes modernes de contraception et qui ne souhaitaient pas concevoir, 70% n'utilisaient aucune autre méthode de contraception, même traditionnelle.

Dans l'Ile Maurice [47], le rapport au corps, c'est-à-dire la peur des effets secondaires et la mauvaise connaissance du fonctionnement de leur corps et du cycle menstruel, sont à

l'origine de beaucoup de rumeurs qui aboutissent à la pratique irrégulière ou à l'abandon de la PF. Il s'est remarqué un décalage entre les organismes (et leurs agents) responsables de la prévention des naissances et les attentes et besoins des femmes et des couples de la Cité. Le fait que les habitants de la Cité se considèrent comme délaissés et à la marge de la société les empêche de discuter avec les responsables de la santé sur la contraception.

Au Madagascar [48], lors d'une évaluation d'un programme de PF en milieu urbain, le taux d'abandon était très élevé. En effet, plus de 50% des abandons survenaient avant le premier anniversaire d'utilisation, et plus de 70% n'ont pas continué pendant plus de deux ans. Il semblerait que l'apparition des effets secondaires et les rumeurs freineraient énormément l'adhésion au programme de PF.

Le cadre contextuel et la problématique nous ont permis de nous situer par rapport à l'environnement dans lequel s'est déroulé notre étude. Ceci nous a permis d'entamer le cadre pratique de l'étude qui suit et qui nous donne la méthodologie, les résultats et l'analyse des problèmes et des solutions.

DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE

CHAPITRE VI : METHODOLOGIE

L'objectif de cette étude est de contribuer à l'amélioration de la couverture contraceptive par les méthodes modernes de planification familiale au Burundi. Autrement dit, cette étude cherche à établir si une meilleure connaissance des déterminants de non adhésion et d'abandons des méthodes modernes de contraception pourrait aider à une prise de décision en matière de politique de planification familiale et ainsi améliorer la couverture contraceptive.

Nous allons nous atteler à monter les démarches qui nous ont guidé tout au long de cette étude, de la détermination du type d'étude, notamment la population d'étude, les critères d'inclusion et de non inclusion, du déroulement de l'étude, des méthodes et outils de collecte des données, ainsi que des méthodes d'analyse des données et des limites et contraintes de l'étude.

VI.1 Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative doublée d'une approche quantitative. C'est une recherche-action par la méthode de résolution des problèmes.

VI.2 Population d'étude

La population d'étude est constituée par toutes les femmes à risque de grossesse, c'est-à-dire d'âge compris entre 15 ans et 45 ans, résidant dans la commune urbaine de Kamenge.

VI.3 Critères d'inclusion

L'étude porte sur les opinions des femmes ayant déjà trois enfants ou plus mais qui n'utilisent aucune méthode moderne de PF et les femmes qui, ayant utilisé une méthode contraceptive pendant un certain temps, ont décidé de l'abandonner.

Pour les causes de non adhésion à la PF, nous avons pris les femmes de moins de 45 ans ayant trois enfants ou plus, résidant dans l'aire d'attraction du centre de santé Kamenge,

Contribution à l'amélioration de la couverture contraceptive au Burundi, Cas du CDS Kamenge 38

ayant déjà entendu parler de la contraception et n'ayant jamais utilisé une méthode moderne de PF. A été considérée comme ayant abandonné [49] une méthode de planification familiale toute cliente qui a exprimé clairement son intention d'arrêter la pratique contraceptive – quelle que soit la raison – et toute cliente perdue de vue depuis trois mois, dont la fiche de consultation en PF était disponible au CDS ou dont les détails de son identité ont été retrouvés dans le registre de PF.

L'étude a été complétée par des entretiens avec le Médecin Directeur du CDS Kamenge, le chef de service de PF et les prestataires de PF du CDS Kamenge. Les points du Directeur du Bureau de Coordination du PNSR ont également été recueillis.

VI.4 Critères de non inclusion

Cependant, n'ont pas été incluses dans le cadre de l'étude les femmes non utilisatrices de méthodes contraceptives et déclarant n'avoir jamais entendu parler de l'existence de méthodes de planification familiale. De même, les femmes d'un âge supérieur à 45 ans et dont l'on pense qu'elles s'approchent de la ménopause ont été exclues du champ de l'étude. Il en est de même des femmes ayant abandonné l'utilisation d'une méthode contraceptive dont les détails sur l'identité n'ont pas été retrouvés dans les documents du CDS.

VI.5 Déroulement de l'étude

L'étude concerne la période couvrant l'année 2009. Pour les déterminants des causes de non adhésion à la contraception moderne, les femmes ont été retrouvées au CDS lors de visites pour tout autre motif. Après avoir obtenu leur consentement, elles ont été appelées à répondre à un questionnaire.

Les déterminants des abandons ont été étudiés chez les anciennes clientes par la stratégie de relance des abandons. Nous avons consulté les registres de planification familiale du CDS de Kamenge et répertorié tous les abandons au cours de l'année 2009. Ensuite, nous avons à l'aide de leurs fiches respectives répertorié leur identité, celle du conjoint ainsi que leurs adresses physiques et à l'aide du technicien communal de promotion

de la santé et des administratifs à la base, et nous les avons cherchées et interrogées après avoir obtenu leur consentement.

VI.6 Méthodes et outils de recueil de données

Nous avons utilisé comme méthode d'échantillonnage le sondage par choix raisonné. L'unité statistique est choisie suivant des critères bien définis de femme à risque de grossesse ou ayant abandonné l'usage d'une méthode moderne de planification familiale, et répondant aux autres critères d'inclusion définis aux pages 38 et 39, résidant dans l'aire de responsabilité du centre de santé de Kamenge.

Les techniques qui ont été utilisées pour la collecte de données sont le questionnaire, le « focus group » avec les prestataires de PF et l'analyse documentaire des rapports et autres documents de travail du centre de santé de Kamenge et du Programme National de Santé de la Reproduction. Les interviews ont été conduites en Kirundi, langue locale parlée par toute la population et qui est écrite. Le questionnaire élaboré en Français a été traduit en Kirundi. Il a été pré-testé sur 10 femmes de la commune urbaine de Buterere dont 5 répondaient aux critères d'inclusion des non utilisatrices et 5 de la catégorie des abandons afin de s'assurer de sa compréhension par les cibles. Un masque de saisie en Epi Info 2003 a été élaboré sur la base des questionnaires pour faciliter la saisie et l'analyse des données.

VI.7 Méthodes d'analyse des données

Le logiciel Epi Info 2003 a été utilisé pour l'analyse informatique des données. L'identification du problème a été faite par un brainstorming par l'approche de recherche du consensus avec les prestataires de PF du CDS Kamenge et leur priorisation par la méthode Miller Franco. Le diagramme d'ISHIKAWA ou méthode des « 5 pourquoi » ou d'arêtes à poisson sera élaboré et donnera la cause primaire et les causes secondaires. Des solutions seront proposées pour remédier aux problèmes. Un plan stratégique sera élaboré de commun accord et soumis aux prestataires de PF du CDS Kamenge PNSR pour discussion et validation.

VI.8 Limites et contraintes

Compte tenu des contraintes liées aux moyens financiers et logistiques, mais également au temps imparti à cette étude, et à sa nature qualitative, les résultats de celle-ci seront limités à la zone d'attraction du centre de santé de Kamenge.

Par ailleurs, le caractère rétrospectif fait que l'étude est tributaire de la qualité de remplissage des supports de collecte des données du CDS. Le contexte urbain également fait que les gens changent rapidement de lieu de résidence et les cas d'abandons ont été difficilement retrouvables par défaut de remplissage des adresses physiques complètes des utilisatrices des services de PF. En effet, sur 105 fiches collectées, nous n'avons pas pu retrouver que 11 clientes ayant abandonné la PF après avoir sillonné la commune pendant plusieurs jours avec des guides.

Malgré ces contraintes, les résultats que nous présentons dans le chapitre qui suit sont d'une grande importance et aideront tous ceux qui veulent améliorer le taux de couverture contraceptive dans la commune de Kamenge à disposer d'un document de référence.

CHAPITRE VII : ANALYSE DES PROBLEMES

VII.1 Identification des problèmes

L'étape d'identification des problèmes est fondamentale en santé publique, et particulièrement dans la planification sanitaire et la recherche opérationnelle. Le problème de santé [50] est défini comme un écart entre deux états de santé, l'un étant considéré comme un état de bien être optimal, souhaitable, attendu, défini par des références médicales, des experts, des normes sociales, la société, les groupes, et un état d'inconfort non souhaité, observé, exprimé. A la base, on trouve toujours une rupture d'un équilibre antérieurement établi.

En santé publique [51], en ce qui concerne une collectivité et non un individu, les problèmes de santé sont appréciés d'un point de vue épidémiologique et statués quantitativement en termes de taux (taux de morbidité, de mortalité, d'invalidité, etc.).

La planification familiale constitue une politique de l'avenir du Burundi au vu des problèmes de population auxquels le pays fait face. Cependant, malgré les efforts consentis, et les financements sans cesse croissants injectés dans le secteur ces dernières années, la croissance de la couverture contraceptive bien que constante n'est pas suffisante pour apporter des réponses tangibles dans un proche avenir.

Nous avons jugé bon d'utiliser l'approche par recherche du consensus. Cette approche s'appuie sur l'idée qu'un consensus, obtenu parmi un groupe de personnes connaissant bien la communauté ou les problèmes à l'étude (ici les prestataires de PF qui résident même dans la communauté), est suffisamment fiable pour qu'on puisse en utiliser avantageusement les résultats. Nous avons tenu une réunion avec les prestataires de PF car elles ont un contact fréquent avec un grand nombre de résidents de la communauté et peuvent être considérées comme ayant une certaine expertise sur les besoins de la population

Formulation des problèmes identifiés

Lors de notre séance d'identification des problèmes, après échange sur les arguments pour et contre les problèmes relevés, 2 problèmes majeurs qui constituent un frein à la progression du taux de couverture contraceptive ont été identifiés. Il s'agit du :

- Faible taux d'adhésion à la PF
- Taux élevé d'abandons de la PF.

VII.2 Priorisation des problèmes

Les problèmes à surmonter pour avoir un bon état de santé sont toujours nombreux. Les ressources nécessaires pour y parvenir sont toujours limitées quel que soit le degré de bien-être de la communauté. C'est pour cette raison qu'en santé publique, la priorisation des problèmes est une étape très importante vers la résolution d'un problème.

Le modèle de priorisation de Miller Franco a été choisi pour guider la priorisation des problèmes identifiés au cours de notre étude. Ce modèle comporte 5 critères qui sont :

- L'importance du problème : un problème qui nuit à la qualité de vie des femmes de la commune urbaine de Kamenge avec comme pondération :
 - Très important : 5
 - Important : 3
 - Peu important
- La fréquence du problème : un produit qui se produit souvent avec comme pondération :
 - Très fréquent : 5
 - Fréquent : 3
 - Peu fréquent : 1

- La volonté de changement : les prestataires du CDS de Kamenge ont le désir de résoudre ce problème avec comme pondération :
 - Oui : 5
 - Intermédiaire : 3
 - Non : 1
- La disponibilité des ressources : existence de ressources internes pour résoudre ce problème avec comme pondération :
 - Oui : 5
 - Intermédiaire : 3
 - Non : 1
- Le temps : le temps pour résoudre ce problème et qui ne doit pas dépasser 3 ans avec comme pondération :
 - Oui : 5
 - Intermédiaire : 3
 - Non : 1.

Les réponses sont individuelles à chacun des problèmes identifiés et l'affectation des notes de pondération suit ces critères. A la fin de cette séance, un seul problème sera retenu comme problème prioritaire et fera l'objet d'une analyse beaucoup plus approfondie.

Tableau 3: Priorisation des problèmes

Critères Problèmes	Importance	Fréquence	Volonté de changement	Disponibilité des ressources	Temps	Score
Faible taux d'adhésion à la PF	5	5	5	4	4	23
Taux élevé d'abandons de la PF	4	5	5	4	4	22

Par ordre décroissant, les problèmes majeurs se classent ainsi :

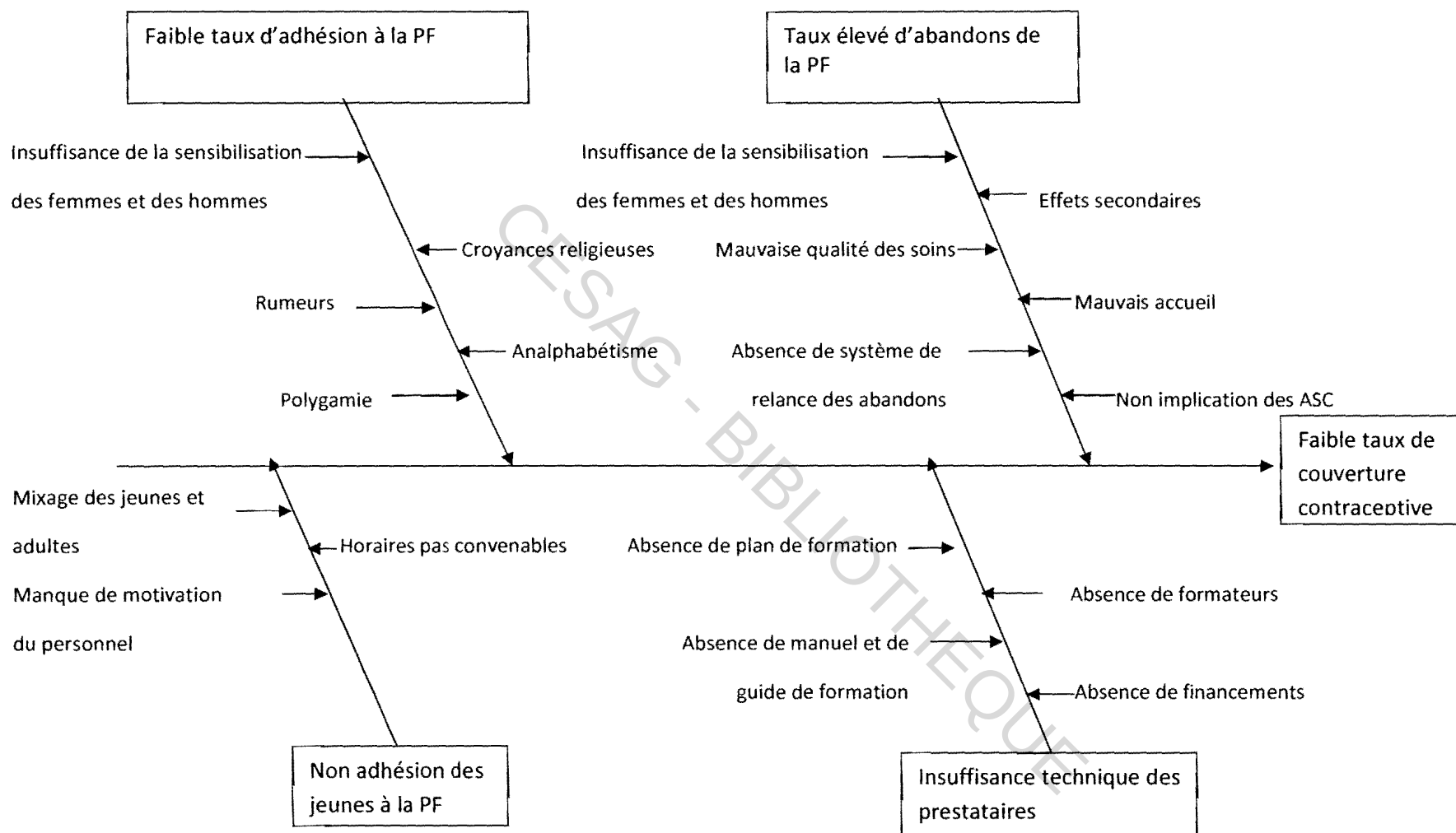
- Le faible taux d'adhésion à la PF avec un score 23 points ;
- Le taux élevé d'abandons de la PF avec un score de 22 points.

VII.3 Diagramme des causes-effets d'ISHIKAWA

Les problèmes prioritaires comportent des causes. Selon Christophe Caberlon [52], « le diagramme causes-effets est une représentation par grandes catégories de l'ensemble des causes à l'origine d'un effet ». Il faut arriver à identifier la cause primaire qui est en principe celle sans aucune autre cause ou antériorité identifiable. C'est un outil dont la méthode repose sur la règle des « 5 M » représentant les Méthodes, le Matériel, la Matière, le Milieu et la Main d'œuvre. Elle est couplée à celle des « 5 pourquoi » qui consiste à demander le pourquoi afin d'épuiser toutes les causes possibles.

La figure d'ISHIKAWA qui suit présente les causes primaires en encadré, les ramifications sous forme d'arrêtes à poisson donnent les causes secondaires avec au bout la faible couverture contraceptive.

Figure 5: Diagramme d'ISHIKAWA



VII.4 Analyse des causes des problèmes prioritaires

VII.4.1 Recherche et priorisation des causes des problèmes prioritaires

Les différentes causes possibles à l'origine du faible taux d'adhésion et du taux élevé d'abandons de la PF dans la commune de Kamenge ont été inventoriées par chaque membre du groupe individuellement d'abord avant de faire une mise en commun. Ceci a permis de ne retenir que les causes primaires du problème. Nous avons décidé de commun accord de prioriser les causes à l'aide des critères suivants :

- La pertinence de la cause du problème
 - Très pertinent avec un score de 5 points ;
 - Peu pertinent avec un score de 3 points ;
 - Non pertinent avec un score de 1 point.
- La possibilité de conduire un changement
 - Très possible avec un score de 5 ;
 - Peu probable avec un score de 3 points ;
 - Pas possible avec un score de 1 pont.
- Les risques en cas d'inaction
 - Risque majeur avec 5 points comme score ;
 - Risque mineur avec 3 points comme score ;
 - Pas de risque avec 1 point comme score.

Le tableau qui suit donne la note finale représentant la moyenne accordée par l'équipe aux différentes causes du problème prioritaire.

Tableau 4: Priorisation des causes du problème prioritaire

Faible taux d'adhésion et taux élevé d'abandons de la PF	Pertinence	Possibilité de changement	Risque en cas d'inaction	Score total
Démotivation du personnel	3	3	4	10
Absence de ressources	4	3	3	10
Insuffisance de la sensibilisation des femmes et des hommes	5	5	5	15
Faible implication des leaders locaux	4	3	4	11
Absence de programme adapté aux ado/jeunes	4	3	3	10

La cause la plus incriminée dans le faible taux d'adhésion et le taux élevé d'abandons est l'insuffisance de sensibilisation des femmes et des hommes.

VII.4.2 Causes retenues dans la littérature

Dans la littérature, au Sénégal [37], la redynamisation des cases de santé et l'utilisation d'une distribution à base communautaire par les ASC de contraceptifs a permis un meilleur accès aux services même si la couverture contraceptive n'a pas suffisamment augmenté due probablement aux conditions de l'intervention. Ainsi, la distance à parcourir, la non disponibilité des services de PF à proximité ou à des horaires convenables aux femmes, la perception socioculturelle du prestataire de PF sont autant de facteurs qui influent négativement sur la PF.

En Zambie [38], des stratégies innovatrices d'implication de la communauté et de sensibilisation qui ont commencé avec des visites des prestataires de PF dans les communautés lors des descentes des chefs coutumiers, ont permis de créer des « circles of friends » (des cercles d'amies qui utilisent les méthodes de PF et qui s'encouragent mutuellement), des hommes motivateurs et des paires éducatrices. L'un des aspects négatifs

que la communauté a pu révéler par ailleurs au cours du lancement du projet était l'absence de personnes à même de distribuer les produits contraceptifs particulièrement pendant la saison des pluies avec les inondations et le travail des champs. De la même manière, des occasions ont été créées pour discuter avec les adolescent(e)s/jeunes et leur assurer des services de PF.

Des leçons tirées de l'expérience zambienne nous pouvons retenir que les communautés doivent être impliquées dans tout programme de PF dès le départ, et que les programmes doivent se servir des besoins exprimés par les communautés comme leur porte d'entrée. De plus les leaders communautaires devraient être sensibilisés dès le départ pour obtenir leur adhésion plutôt que de faire face à leur opposition plus tard. La non implication de la communauté, des leaders locaux, des femmes et des hommes à même de soutenir et d'encourager les autres à l'utilisation des services de PF constituent un frein à l'éclosion de la PF.

Le CDS de Kamenge, tout comme les autres services de PF du pays, reste avec cette attitude attentiste et n'est pas proactif. En effet, le CDS reste ce lieu isolé de la communauté où les prestataires attendent ceux qui ont besoin de leurs services et il n'existe pas de communication ni d'activités de sensibilisation organisées dans la communauté pour le développement de leur santé. Il est donc temps de quitter le CDS, d'entrer dans la communauté, d'installer et d'encadrer les ASC et d'amener les leaders communautaires à plus d'implication dans la promotion et l'utilisation des méthodes modernes de PF.

Notre étude rentre dans le cadre de trouver une réponse aux problèmes posés qui sont le faible taux d'adhésion et le taux élevé d'abandon de la PF. Après avoir identifié et analysé les problèmes, nous avons analysé les solutions afin de déterminer la solution idoine.

CHAPITRE VIII : RESULTATS ET COMMENTAIRES

Les résultats de notre étude proviennent principalement des questionnaires d'interviews avec des 31 femmes qui n'ont jamais adhéré aux méthodes modernes de planification familiale, 11 femmes qui ont abandonné la PF, les prestataires de PF du CDS Kamenge et le Directeur du PNSR.

VII.1 Avis des bénéficiaires

VIII.1.1 Causes de non adhésion

Une interview guidée a été conduite avec 31 femmes sur les causes de non adhésion aux méthodes modernes de PF. La tranche d'âge la plus rencontrée avec 3 enfants ou plus est celle d'âge compris entre 35 et 39 ans à raison de 11 femmes sur 31, soit 35,5%, suivie de près de celle entre 20 et 24 ans à raison de 32,3% et de celle de 25 à 29 ans qui représente 19,4% de l'ensemble.

VIII.1.1.1 Age des femmes

Tableau 5: Fréquences des tranches d'âges des femmes qui n'ont jamais utilisé les méthodes modernes de PF

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
15-19	1	3,2%	3,2%
20-24	10	32,3%	35,5%
25-29	6	19,4%	54,8%
30-34	3	9,7%	64,5%
35-39	11	35,5%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Ce tableau montre bien que ce sont des femmes d'un certain âge qui n'ont jamais voulu utiliser une quelconque méthode de PF malgré le fait qu'elles aient déjà 3 enfants ou plus.

VIII.1.1.2 Statut matrimonial des femmes

Les services de PF sont en grande majorité utilisés par des femmes mariées à raison de 93,5% et les femmes divorcées ou séparées à raison de 6,5%. Les jeunes filles, les femmes célibataires et les veuves semblent ne pas avoir recours à ces services.

VIII.1.1.3 Appartenance religieuse des femmes

Tableau 6: Appartenance religieuse des femmes qui n'adhèrent pas à la PF

Religion	Nombre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Catholique	12	38,7%	38,7%
Protestante	16	51,6%	90,3%
Musulmane	1	3,2%	93,5%
Sans religion	1	3,2%	96,8%
Autre religion	1	3,2%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Dans un pays fortement christianisé comme le Burundi, il ressort du tableau qui suit que la plupart des femmes interviewées sont de la croyance chrétienne avec 51,6% de protestantes et 38,7% de catholiques contre respectivement 3,2% de musulmanes, d'animistes ou d'autre religion. Si on sait que les catholiques constituent la majeure partie de la population Burundaise, on est en droit de se poser la question de savoir si la dénomination protestante serait beaucoup plus opposée à la PF moderne, même si ces données seules ne suffisent pas pour tirer les conclusions.

VIII.1.1.4 Niveau d'instruction des femmes

Tableau 7: Niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Nombre	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Sans	13	41,9%	41,9%
Primaire	18	58,1%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Ce fort degré d'analphabétisme serait l'un des facteurs de la non adhésion aux méthodes modernes de contraception étant donné que l'éducation de la femme améliore sensiblement la santé de la mère et de l'enfant. Les services de santé du CDS Kamenge sont utilisés par des femmes qui viennent des couches les plus défavorisées avec un faible niveau d'instruction. Des 31 femmes interviewées, 18 ont été à l'école primaire, soit 58,1% et 13 n'ont jamais mis les pieds à l'école, soit 41,9%.

VIII.1.1.5 Nombre d'enfants encore en vie

Tableau 8: Fréquence d'enfants encore en vie

Nombre d'enfants encore en vie	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
3	15	48,4%	48,4%
4	6	19,4%	67,7%
5	5	16,1%	83,9%
6	4	12,9%	96,8%
7	1	3,2%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Le nombre d'enfants encore en vie semble influencer l'adhésion ou non à une quelconque méthode de PF d'autant plus que la société Burundaise est trop pro nataliste, l'enfant étant encore considéré comme une richesse. Cependant, malgré que la moyenne d'enfants encore en vie soit de 4,03, les femmes interviewées n'ont pas encore pris la décision d'utiliser une quelconque méthode de PF moderne.

VIII.1.1.6 Nombre d'enfants encore en vie selon le sexe

Tableau 9: Fréquence d'enfants filles encore en vie

Nombre de filles en vie	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	1	3,2%	3,2%
1	9	29,0%	32,3%
2	9	29,0%	61,3%
3	8	25,8%	87,1%
4	4	12,9%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Tableau 10: Fréquence d'enfants garçons encore en vie

Nombre de garçons en vie	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	4	12,9%	12,9%
1	9	29,0%	41,9%
2	9	29,0%	71,0%
3	6	19,4%	90,3%
4	2	6,5%	96,8%
5	1	3,2%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Par ailleurs, comme la préférence des enfants garçons reste une réalité dans un pays où le travail de la terre est la source de revenus de la plupart des ménages, et où seuls les garçons ont droit à l'héritage, le nombre de garçons ou de filles encore en vie pourrait de façon plus spécifique influencer la décision d'adhésion à la contraception moderne. Cependant, malgré que le nombre de femmes ayant 1 ou 2 enfants garçons ou filles constituent le mode des femmes interrogées, on note que la moyenne des enfants garçons encore en vie des femmes interviewées est de 1,87 contre 2,16 enfants filles. Ce qui pourrait faire croire que la décision d'entamer un programme de PF n'est pas encore prise dans l'espoir de pouvoir mettre au monde des enfants garçons.

VIII.1.1.7 Nombre d'enfants morts

Tableau 11: Fréquence des enfants morts

Nombre d'enfants morts	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	13	41,9%	41,9%
1	11	35,5%	77,4%
2	3	9,7%	87,1%
3	2	6,5%	93,5%
4	2	6,5%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Si le nombre d'enfants, et particulièrement celui des garçons encore en vie joue pour adhérer à la PF, le nombre d'enfants morts entraîne une tendance pour les familles à vouloir compenser pour les morts. Ceci est remarquable aussi bien après la crise de 1972 au Burundi qu'après la seconde guerre mondiale. En moyenne, une femme parmi celles qui ont été interviewées a perdu déjà un enfant. Cela démontre la croyance selon laquelle il faut mettre au monde beaucoup d'enfants pour que si la mort survient, elle laisse assez d'enfants pour la famille.

VIII.1.1.8 Nombre d'enfants filles mortes

Tableau 12: Fréquence d'enfants filles mortes

Nombre de filles Mortes	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	21	67,7%	67,7%
1	7	22,6%	90,3%
2	3	9,7%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Les filles meurent en moyenne à raison de 0,42 par femme interrogée, cela veut dire que moins de la moitié des enfants qui meurent sont de sexe féminin.

VIII.1.1.9 Nombre d'enfants garçons morts

Tableau 13: Fréquence d'enfants garçons morts

Nombre de garçons Morts	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	17	54,8%	54,8%
1	10	32,3%	87,1%
2	4	12,9%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Les enfants garçons meurent beaucoup plus que leurs sœurs du même âge et représentent 0,58 décès pour chaque femme interrogée. Il est donc logique que si l'enfant garçon est plus recherché que l'enfant fille, et que c'est ce garçon qui meurt fréquemment, la tendance est de vouloir en faire beaucoup pour se donner les chances de rester avec suffisamment d'enfants après le passage de la mort.

VIII.1.1.10 Fréquence de la polygamie

Tableau 14: Fréquence de la polygamie

Nombre de coépouses	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	26	83,9%	83,9%
1	5	16,1%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

La société Burundaise est traditionnellement polygame. Avec l'introduction du christianisme, et l'édiction des lois et surtout du Code de Femme et de la Famille, la polygamie a été interdite mais subsiste encore quand bien même illégale. Les coépouses ont tendance de rivaliser en mettant au monde Plus d'enfants et surtout plus de garçons. C'est pour cette raison que nous avons cherché à savoir le nombre de coépouses et celui de leurs

enfants. Ainsi, la polygamie ne représenterait que 16,1% des ménages de la commune urbaine de Kamenge.

VIII.1.1.11 Nombre d'enfants de la coépouse

Tableau 15: Nombre d'enfants de la coépouse

Nombre d'enfants de la coépouse	Nombre de femmes ayant une coépouse	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	1	20,0%	20,0%
2	1	20,0%	40,0%
3	1	20,0%	60,0%
7	1	20,0%	80,0%
8	1	20,0%	100,0%
Total	5	100,0%	100,0%

Nous remarquons que 40% des coépouses ont 7 enfants et plus avec une moyenne de 4 enfants par coépouse. Si la tendance est de vouloir rattraper le nombre d'enfants de la coépouse, cela voudrait dire ignorer la planification familiale moderne.

VIII.1.1.12 Nombre d'enfants souhaités

Tableau 16: Nombre d'enfants souhaités

Nombre d'enfants souhaités	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
3	5	16,1%	16,1%
4	8	25,8%	41,9%
5	8	25,8%	67,7%
6	7	22,6%	90,3%
7	3	9,7%	100,0%
Total	31	100,0%	100,0%

Les données recueillies ci-haut permettent de donner de façon indirecte les motifs de la non adhésion aux méthodes modernes de PF. Cependant, à la question de savoir le nombre d'enfants que la femme souhaiterait avoir, la première réponse qui vient souvent est qu'il est temps d'arrêter. Cependant, le nombre d'enfants souhaités varie entre 4 et 6 enfants dans 74,2% de cas. Les enfants souhaités par femme est en moyenne de 4,84 ; soit 5 enfants.

VIII.1.1.13 Conditions de vie des femmes

Les conditions économiques seraient des facteurs qui interviennent dans la limitation des naissances. Comme caractéristiques économiques de la population de la commune de Kamenge, 74,2% vivent dans des maisons à une seule chambre quelle que soit la taille de la famille. Dans 87,1% il s'agit de maisons de location. La majeure partie de la population féminine, soit 87,1% n'a pas d'emploi rémunéré et celles qui en ont se réclament être des cultivatrices. Leurs maris n'ont pas d'emploi rémunéré dans 71% des cas et les emplois évoqués pour ceux qui en ont sont dans 33,3% des maçons, et 22,2% respectivement comme chauffeurs ou cultivateurs.

VIII.1.1.14 Avis des femmes sur la non adhésion

Les femmes qui n'adhèrent pas aux méthodes modernes de PF n'utilisent pas les méthodes naturelles de contraception. En effet 41,9 % affirment qu'elles n'utilisent rien comme méthode de contraception, et 25,8 % utiliseraient l'allaitement prolongé. Elles reconnaissent fort heureusement que les méthodes modernes de PF sont plus acceptables comparées aux méthodes naturelles dans 93,5 %. Elles n'évoquent aucune raison de non utilisation des centres de PF dans 96,8% des cas bien qu'elles croient dans les mêmes proportions que ces méthodes permettent d'éviter les grossesses non désirées. Elles évoquent néanmoins les raisons qui souvent les poussent à ne pas adhérer aux méthodes modernes de PF et qui sont :

- effets secondaires dans 61,3 % des cas,
- le non retour des règles dans 35,5 % des cas,
- pas assez d'enfants dans 25,8 % des cas,
- rumeurs dans 12,9 % des cas,

- refus du mari dans 12,9 % des cas,
- entraînerait le cancer dans 12,9 % des cas,
- entraînerait la stérilité dans 9,7 % des cas,
- non recommandée par la religion dans 9,7 % des cas,
- dangereuse pour la santé dans 9,7 % des cas,
- nombre d'enfants de la coépouse dans 6,5 % des cas.

Le remariage, le peu d'efficacité, le fait d'être très contraignante ou dangereuse, la famille du mari constituent des causes mineures

Si 87,1 % des femmes interrogées ne croient pas que les méthodes modernes de PF ne favorisent pas l'adultère et mettent cela sur le compte du caractère individuel, il y a cependant 12,9 % qui sont de cet avis et cela devrait être pris en compte dans la promotion de la contraception moderne. L'adultère (51,6 %) semble être plus grave que la grossesse illégitime (12,9 %) bien que 35,5 % condamnent les deux pratiques comme étant mauvaises de la même manière. L'union traditionnelle non légale est le mode de mariage le plus habituel dans 64,5 % au moment où le mariage civil n'est pratiqué que dans 32,2 % des cas. Cela s'expliquerait en partie par le fait que dans 35,5 % des cas, les mariages sont contractés avant l'âge légal de la maturité pour les femmes qui est de 18 ans. Ainsi, à 22 ans, 96,8 % des mariages sont déjà conclus en commune urbaine de Kamenge.

De plus, si seulement 64,5 % des mariages se concluent par union illégale traditionnelle, il est à noter que 80,6 % des femmes interrogées croient que leur mariage peut se terminer par séparation illégale. Cela veut dire que les femmes mariées légalement ne reconnaissent pas leurs droits, ou plutôt n'entendent pas les exercer contre leurs maris en cas de dissolution du mariage. Seulement 19,4 % des 32,2 % mariées légalement croient que leur mariage ne peut se terminer que par un divorce légal et que 16,1 % seulement pensent que leur mari ne peut pas se remarier sans leur consentement.

En ce qui est de la connaissance des différentes méthodes contraceptives utilisées au Burundi, les femmes non utilisatrices les citent dans cet ordre :

- injectables (93,5 %),
- pilules (87,1 %)
- DIU (64,5 %)
- implants sous cutanés (35,5 %)
- préservatif (32,3 %)
- Ligature des trompes (6,5 %).

La vasectomie n'a été évoquée aucunement, de même que l'utilisation des méthodes naturelles ou traditionnelles de la contraception. Le préservatif, malgré sa double précaution, n'a été évoqué que dans 32,3 % des cas (5^{ème} position), ce qui pourrait être dû au fait qu'il serait surtout connu pour son action contre la transmission du VIH.

VIII.1.2 Causes d'abandons

Le CDS de Kamenge n'a commencé à relancer les abandons qu'au cours de l'année 2009. De ce fait, les adresses des clientes consultant en PF n'étaient pas complètes et ne permettaient pas de retrouver facilement les abandons même après une recherche physique très active avec l'aide du technicien communal de promotion de la santé et des chefs de quartiers. De plus, l'échéancier a été débordé par le nombre de cas et les fiches ne sont pas archivées convenablement. Cela fait qu'il est difficile de retrouver une fiche lorsqu'une cliente se présente pour le suivi. Souvent, une nouvelle fiche est commencée et le risque est que l'ancienne fiche soit classée parmi les cas d'abandons par manque d'informatisation ou d'archivage approprié.

VIII.1.2.1 Appartenance religieuse des femmes

Tableau 17: Appartenance religieuse des abandons

Religion	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Catholique	6	54,5%	54,5%
Protestante	4	36,4%	90,9%
Sans religion	1	9,1%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

Après beaucoup d'efforts, 11 clientes ont pu être retrouvées. De celles-ci, 63,7 % ont un âge compris entre 20 et 29 ans. Elles sont constituées de femmes mariées à 90,9 % et de veuves à 9,1 % des cas. Leur religion est catholique dans 54,5 % des cas et protestante dans 36,4 % des cas.

VIII.1.2.2 Niveau d'instruction des femmes

Tableau 18: Niveau d'instruction des abandons

Niveau d'instruction	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Sans	3	27,3%	27,3%
Primaire	5	45,5%	72,7%
Secondaire	2	18,2%	90,9%
Ecole Yagamukama	1	9,1%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

Le niveau d'éducation est très bas, 72,7 % ayant atteint l'école primaire et 18,2 % seulement ayant fréquenté l'école secondaire.

VIII.1.2.3 Nombre d'enfants encore en vie et morts

Tableau 19: Fréquence des enfants décédés des abandons

Nombre d'enfants décédés	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
0	6	54,5%	54,5%
1	2	18,2%	72,7%
2	2	18,2%	90,9%
3	1	9,1%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

Le nombre d'enfants en vie entre 3 et 5 représente 81,9 % des femmes ayant abandonné l'utilisation des méthodes modernes de PF, avec une moyenne de 4 enfants par femme. La moyenne pour les enfants garçons et filles encore en vie est identique et égale à 2. Parallèlement, la moyenne des enfants morts par femme est de 0,82, soit 1 enfant par femme. La moyenne des filles mortes est de 0,4 par femme et celle des garçons de 0,46 par femme.

VIII.1.2.4 Nombre d'enfants souhaités

Tableau 20: Nombre d'enfants souhaités des abandons

Nombre d'enfants souhaités	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
3	1	9,1%	9,1%
4	4	36,4%	45,5%
5	4	36,4%	81,8%
6	2	18,2%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

Dans 18,2 % seulement de cas il s'agit de foyers polygames. Le nombre d'enfants souhaités reste élevé, et la moyenne par femme est de 4,6.

VIII.1.2.5 Motifs d'adhésions à la PF

Tableau 21: Conditions ayant conduit à l'adoption de la PF

Conditions ayant conduit à l'adoption de la PF	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Contraintes liées aux études	1	9,1%	9,1%
Nombre d'enfants élevé	2	18,2%	27,3%
Contraintes liées à l'état de santé	1	9,1%	36,4%
Accouchement difficile	2	18,2%	54,5%
Contraintes liées aux conditions de travail	1	9,1%	63,6%
Conditions économiques	3	27,3%	90,9%
Décision du mari	1	9,1%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

Les raisons qui poussent les femmes interrogées de la commune urbaine de Kamenge à utiliser les méthodes modernes de PF sont disparates et comprennent les conditions économiques, le nombre d'enfants élevé, l'accouchement difficile et la santé, les études ou les conditions de travail.

VIII.1.2.6 Utilisation du centre de PF Kamenge

Si dans 63,6 % les femmes affirment avoir décidé d'adopter la contraception d'elles-mêmes, il est cependant à noter que dans 36,4 % respectivement la personne qui persuade la femme est soit le mari, soit un personnel de santé. De celles qui ont abandonné, 81,8 % affirment que c'est le CDS Kamenge qu'elles utilisent habituellement lorsqu'elles ont besoin de faire la PF et 27,3 % ont déjà changé de centre pour abcès fessier, changement de résidence et effets secondaires, le tout représentant 42,9%. Les raisons principales qui pousseraient ces femmes à utiliser le CDS Kamenge sont liées à la proximité (54,5 %) et au bon accueil (27,3 %).

VIII.1.2.7 Connaissance des méthodes de PF

Les méthodes de PF connues par les femmes sont les pilules, les injectables, les implants sous cutanés, le préservatif et rarement la contraception naturelle. Les méthodes déjà expérimentées sont notamment les injectables (100 %), la pilule (18,2 %), le DIU (18,2 %), les implants sous cutanés (9,1 %), le préservatif (9,1%) et aucune femme n'a signalé avoir utilisé la ligature des trompes ni les méthodes naturelles. Les dernières méthodes utilisées avant l'abandon sont les injectables dans 81,8 % des cas et le DIU dans 18,2 % des cas. Les raisons d'abandon sont souvent le désir de grossesse (27,3 %) et d'autres causes moins importantes répertoriées dans le tableau qui suit.

VIII.1.2.8 Motifs d'abandon

Tableau 22: Motifs d'abandon

Motif d'abandon	Nombre de femmes	Pourcentage	Pourcentage cumulé
Changement de méthode	1	9,1%	9,1%
Désir de grossesse	3	27,3%	36,4%
Effets secondaires	1	9,1%	45,5%
Infection	1	9,1%	54,5%
Je suis tombée enceinte	1	9,1%	63,6%
Maladie	1	9,1%	72,7%
Mon mari l'a su et m'a battue	1	9,1%	81,8%
Saignements	1	9,1%	90,9%
Saignements prolongés	1	9,1%	100,0%
Total	11	100,0%	100,0%

A côté de ces causes disparates d'abandons, les femmes interrogées ne savent pas souvent dire ce qui ne les a pas plu pendant qu'elles pratiquaient la PF, ni pourquoi elles ont préféré abandonner au lieu de changer de méthode, sinon le désir de grossesse et la fatigue.

L'allaitement maternel pratiqué mais non dans un but contraceptif, le coït interrompu et l'abstinence périodique constituent les méthodes naturelles utilisées comme alternatives. Ces femmes arrêtent tôt les méthodes contraceptives. Rares sont celles qui vont au-delà de 9 mois. Les programmes à la radio sont plus ou moins régulièrement suivis et pourraient constituer des canaux de sensibilisation très efficaces.

VIII.2 Avis du personnel de PF du CDS Kamenge

Un guide d'entretien a été distribué au personnel œuvrant dans le service de PF du CDS Kamenge notamment au médecin Directrice du CDS, au chef de service de PF et à deux prestataires de PF.

Le CDS Kamenge offre des services de PF depuis 13 ans. Il a gagné de l'expérience et une certaine renommée car elle est classée 1^{ère} en matière de PF par le PNSR dans la province sanitaire de Bujumbura Mairie et a reçu un prix à cet effet. En 2009, le centre disposait de la gamme de méthodes modernes de PF suivantes : les injectables (le DMPA), les COC, les COP, le DIU, le préservatif masculin, le préservatif féminin, les spermicides, la MAMA, la méthode d'auto-observation, la contraception d'urgence, les implants sous cutanés. Par contre, il n'y avait pas de diaphragme, de cape cervicale, de ligature des trompes ni de vasectomie. Il est cependant à déplorer l'absence d'agents de santé communautaires (« abaremeshakiyago ») et la relance des abandons.

En matière de disponibilité de produits contraceptifs, les prestataires de PF du CDS Kamenge affirment toutes qu'elles n'ont jamais connu de rupture de stock. Les superviseurs de PF du PNSR disent que depuis quelques années le PNSR a reçu des financements consistants pour l'achat des produits contraceptifs par la KFW et que grâce à un logiciel de gestion et à l'utilisation de la fiche navette, il n'y a plus de rupture de stock ni au niveau central, ni en périphérie.

Les services de PF sont ouverts 5 jours par semaine du lundi au vendredi. Tous les prestataires de PF du centre disent que lorsqu'une cliente se trompe de date de rendez-vous, la conduite à tenir la plus appropriée est de faire un test de grossesse. Sans recourir aux statistiques, les prestataires de PF du centre affirment que la plupart des clientes

viennent en dehors de la commune urbaine de Kamenge. Ils bénéficient de formation en cours d'emploi mais font remarquer qu'avec la guerre, les activités de PF étaient presque à l'arrêt. La durée des formations varie suivant l'ancienneté, la moyenne de jours de formation étant de 17,25 jours. En 2009, 50 % des prestataires de PF du centre ont bénéficié d'une formation en PF et 75 % d'une formation sur la pose du DIU. La moyenne d'années prestées en PF est d'une année et demi, et la raison est qu'il y a de nouveaux recrues notamment le médecin responsable du CDS. Tout le personnel du service est constitué de techniciens médicaux qualifiés.

La commune dispose d'une dizaine de structures de santé. La plupart sont des structures privées qui n'offrent pas de services de PF car peu rentables. Les prestataires pensent à 75 % qu'ils sont suffisamment formés dans le conseil en PF, le reste étant constitué par de nouveaux recrues. Les injectables constituent la méthode de PF la plus utilisée au Burundi, et les prestataires affirment à 100 % qu'elles donnent suffisamment de conseils aux clientes sur les potentiels effets secondaires des produits contraceptifs disponibles d'autant plus que 75 % d'entre elles ont été formées à leur prise en charge. Elles ont été bien formées sur la pose du DIU et pensent que les relations interpersonnelles avec les clientes sont excellentes à 75 %. Elles bénéficieraient en moyenne de 2,5 supervisions par an.

Selon les prestataires de PF, les causes de non adhésion seraient liées à des raisons socioculturelles (75 %), à la mentalité pro nataliste (50 %), à l'insuffisance de sensibilisation et d'information sur le bien fondé de la PF (25 %), aux croyances Religieuses (25 %). Le manque de structures de prestation de PF en nombre suffisant et la mauvaise qualité des services ne sont pas incriminés par les prestataires.

Pour les motifs d'abandons, les prestataires pensent que les femmes de la commune urbaine de Kamenge abandonnent les méthodes modernes de PF surtout à cause des rumeurs sur la PF (100 %), des croyances religieuses (50 %) et de la culture pro nataliste (25 %). Les raisons avancées ailleurs comme les effets secondaires des produits contraceptifs, l'analphabétisme de la femme, le statut défavorisé de la femme, la faible qualité des services de PF, l'insuffisance quantitative du personnel, la faible formation du personnel en PF, le

désir de concevoir à nouveau, l'adoption d'une autre méthode contraceptive ou l'utilisation de méthodes naturelles de PF ne seraient que des prétextes dans leur contexte.

Les prestataires de PF sont constitués à 75 % de femmes mariées et à 25 % de filles célibataires. Elles sont catholiques à 75 % et musulmanes à 25 %. La moyenne d'enfants souhaités par les prestataires de PF est de 3,75, soit 4 enfants par femme.

Les réponses des femmes interrogées sur les motifs de non adhésion et d'abandons, couplées à celles des prestataires de PF nous ont permis de passer à l'analyse minutieuse des problèmes.

CESAG - BIBLIOTHEQUE

CHAPITRE IX : ANALYSE DES SOLUTIONS

IX.1 Identification des solutions

Démarche participative et consensuelle, les membres du groupe, après avoir identifié la cause principale des problèmes, se sont mis à échanger sur les possibles solutions les mieux à même de les résoudre. Ainsi, les solutions envisagées peuvent être résumées de la façon suivante :

- instaurer des séances de sensibilisation de la communauté dans les différents quartiers de la commune de Kamenge ;
- instaurer des séances périodiques de sensibilisation et d'évaluation des progrès avec les élus locaux, les leaders religieux, les représentants de partis politiques à la base, les membres des comités des associations et les leaders communautaires ;
- installer et encadrer deux ASC par quartier comme cela se fait pour les communes rurales du pays ;
- faire passer dans les églises et les mosquées lors des jours de prière des messages de sensibilisation sur les raisons qui militent en faveur de l'adoption des méthodes modernes de PF ;
- faire passer dans les mass médias (radio et télévision) des messages en rapport avec la pratique de la PF ;
- organiser des séances de ciné mobile sur les méthodes modernes de PF.

IX.2 Choix de la solution idoine et justification

IX.2.1 Choix de la solution idoine

Le groupe s'est convenu sur un certain nombre de critères qui pourraient départager les différentes solutions possibles identifiées en commun en vue d'améliorer la sensibilisation des femmes et des hommes en matière de PF. En tout, 5 critères ont fait

l'objet d'une validation par les membres du groupe des prestataires du CDS Kamenge et ont été retenus :

- La pertinence : la capacité de la solution à amener le changement souhaité dont les scores sont comme suit :
 - Très pertinente avec un score de 5 points ;
 - Peu pertinente avec un score de 3 points ;
 - Non pertinente avec un score de 1 point.
- La faisabilité pratique : ce critère évalue la capacité technique et pratique de cette solution à être exécutée et à apporter les résultats attendus ; cela suppose que nous sommes en mesure de disposer de toutes les ressources matérielles et humaines nécessaires à sa mise en œuvre. Les pondérations de la faisabilité pratique ont été ainsi réparties :
 - Grande : 5 ;
 - Moyenne : 3 ;
 - Faible : 1.
- La faisabilité économique : Ce critère évalue la capacité économique de la structure à assurer la mise en œuvre de cette solution. Il s'agit d'analyser le coût de la mise en œuvre de la solution et les atouts dans l'environnement que le CDS Kamenge peut exploiter pour atteindre les objectifs escomptés. La pondération attribuée à la faisabilité économique est la suivante :
 - Faible : 5 ;
 - Moyenne : 3 ;
 - Grande : 1.
- La solution est réaliste : réalisation dans le temps. La pondération du réalisme de la solution dans le temps est la suivante :

- Court : 5 ;
 - Moyen : 3 ;
 - Long : 1.
- La politique et la réglementation : Il analyse l'environnement politique dans lequel la solution sera mise en œuvre. Il s'agit de voir si ce contexte est favorable et s'il y aura un soutien des responsables, ou si des obstacles éventuels surgiront au niveau de la hiérarchie ou dans la structure elle-même. La pondération concernant l'engagement politique est ainsi répartie :
- Ferme : 5 ;
 - Moyen : 3 ;
 - Faible : 1.

Le tableau qui suit nous donne sous forme de matrice le résultat de l'affectation des notes suivant les différentes pondérations effectuées.

Tableau 23: Priorisation des solutions

Solutions	Pertinence	Faisabilité pratique	Faisabilité économique	Réalisable	Engagement politique	Score
Instaurer des séances de sensibilisation da la communauté dans les différents quartiers	5	3	3	3	3	17
Instaurer des séances périodiques de sensibilisation et d'évaluation des progrès avec les élus locaux, les leaders religieux, les représentants de partis politiques à la base, les membres des comités des associations et les leaders communautaires	5	5	5	3	5	23
Installer et encadrer deux ASC par quartier	5	3	3	5	5	21
Faire passer dans les églises lors des jours de prière des messages de sensibilisation	3	5	5	3	3	19
Faire passer dans les mas médias (radio et télévision) des messages de sensibilisation	3	5	1	3	3	15
Organiser des séances de ciné mobile	5	3	1	3	5	17

La solution idoine choisie est donc l'instauration des séances périodiques de sensibilisation et d'évaluation des progrès avec les élus locaux, les leaders religieux, les représentants de partis politiques à la base, les membres des comités des associations, les leaders et les relais communautaires qui a obtenu le plus grand score de 23 points. Elle permet en effet de résoudre non seulement le problème principal, mais également de nombreux autres problèmes comme les rumeurs et les croyances liées à la pratique des méthodes modernes de PF.

IX.2.2 Justification du Choix d'une Solution

Malgré les efforts réalisés dans la promotion des méthodes modernes de PF, les formations des prestataires et des superviseurs de PF réalisées et les moyens financiers et techniques mis dans l'achat et la disponibilité d'une gamme variée de produits contraceptifs, la courbe de la couverture contraceptive ne s'accroît que très timidement. Les clientes ne viennent pas comme on devrait s'y attendre demander les services de PF. Celles qui viennent abandonnent souvent en cours de route et ne sont donc plus protégées contre les grossesses non désirées.

Le problème majeur identifié étant le faible taux d'adhésion et le taux élevé d'abandons de la PF, la cause principale retenue étant l'insuffisance de la sensibilisation des femmes et des hommes, la solution idoine ne pouvait être que celle qui préconiserait de quitter le CDS et se mettre à dialoguer directement avec les membres de la communauté dans leur milieu. Cependant, compte tenu des moyens et du temps, mais également de toutes les contraintes organisationnelles à travailler avec l'ensemble de la communauté en même temps, la solution la meilleure choisie est de passer par les personnes dans lesquelles la communauté place le plus confiance qui sont l'ensemble de tous les leaders d'opinion au niveau communautaire.

A travers ces intermédiaires, les prestataires de soins auront l'occasion de passer non seulement des messages sur les méthodes modernes de PF, mais également pourront passer en revue d'autres problèmes de santé les plus prioritaires pour la population, de même que des problèmes de développement communautaire. C'est cette étape de mise en œuvre de la solution idoine qui constitue la suivante et dernière partie de notre étude.

TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION

CHAPITRE X : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION IDOINE

Comme l'amélioration de la couverture contraceptive n'est pas une fin en soi, mais que ses résultats permettent d'empêcher aux femmes de mourir en évitant des grossesses non souhaitées et des avortements dangereux, d'améliorer les chances de survie des enfants et aux femmes d'avoir un contrôle sur leur fécondité, nous avons ciblé de commun accord avec l'équipe du CDS Kamenge, après priorisation, de choisir notre but comme étant de contribuer à la réduction des avortements clandestins. De même, d'autres activités en rapport avec l'amélioration du taux de couverture contraceptive seront organisées parallèlement à la sensibilisation.

X.1 Cadre de mise en œuvre

Tableau 24: Cadre logique 2011-2013

RÉSUMÉ NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MV)	CONDITIONS CRITIQUES
But: Contribuer à l'amélioration de l'espacement des naissances	Taux de malnutrition des enfants de moins de 2 ans	- Registres de consultations gynécologiques du CDS et du CHU Kamenge	
Objectif Général: Augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives	Taux de couverture contraceptive passe de 8,6% à 15% de 2009 à en 2013	- Registre de consultations du service de PF - Rapport en PF du PNSR	
R1 : Connaissances améliorées des méthodes contraceptives	% des femmes qui connaissent les méthodes contraceptives les plus courantes passe du simple au double de 2011 à 2013	Enquête Connaissances/Attitudes/Pratiques (CAP)	

RÉSUMÉ NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MV)	CONDITIONS CRITIQUES
Activité 1.1 : Sensibilisation des leaders communautaires sur l'importance des méthodes contraceptives	90% des leaders communautaires sont sensibilisés sur les méthodes contraceptives de 2011 à 2013	- Rapports des sessions de sensibilisation - listes de présence des leaders communautaires	Engagement politique
Activité 1.2 : Sensibilisation des femmes en âge de procréer sur l'importance des méthodes contraceptives	80% de femmes en âge de procréer sont sensibilisées sur les méthodes contraceptives de 2011 à 2013	- Rapports des sessions de sensibilisation - listes de présence des femmes	Disponibilité des femmes
Activité 1.3 : Sensibilisation des hommes sur l'importance des méthodes contraceptives	80% d'hommes sont sensibilisés sur les méthodes contraceptives de 2011 à 2013	- Rapports des sessions de sensibilisation - listes de présence des hommes	
Activité 1.4 : Sensibilisation des adolescent(e)s/jeunes sur l'importance des méthodes contraceptives	80% d'adolescent(e)s/jeunes sont sensibilisés sur les méthodes contraceptives de 2011 à 2013	- Rapports des sessions de sensibilisation - listes de présence des adolescent(e)s/jeunes	Permission des parents
Activité 1.5 : Réalisation d'ateliers d'auto-analyse et de recensement des besoins de renforcement	Document de besoins en renforcement des capacités disponibles	Rapports des ateliers	
Activité 1.6: Formation des leaders communautaires sur les méthodes contraceptives	Formation de 90% des leaders communautaires en PF en 2011	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds

RÉSUMÉ NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MV)	CONDITIONS CRITIQUES
Activité 1.7 : Formation des relais communautaires sur les méthodes contraceptives	Formation de 90% des relais communautaires en PF en 2012	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds
Activité 1.8 : Suivi et évaluation des activités du plan de sensibilisation	Plan de suivi-évaluation disponible	Rapport d'élaboration	
R2 : Fréquentation accrue des services de PF du CDS Kamenge	Taux de fréquentation des services PF passe du simple au double de 2011 à 2013	Registre des consultations du service de PF	Adhésion des maris au concept de PF
Activité 2.1 : Formation/recyclage des prestataires en PF	Nombre de prestataires du CDS Kamenge recyclés en PF en 2011	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds
Activité 2.2 : Formation des prestataires de PF dans l'accueil	Nombre de prestataires formés en accueil en 2011	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds
Activité 2.3 : Formation des prestataires de PF dans la communication interpersonnelle	Nombre de prestataires du CDS Kamenge formés en communication interpersonnelle en 2011	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds

RÉSUMÉ NARRATIF	INDICATEURS OBJECTIVEMENT VÉRIFIABLES (IOV)	MOYENS DE VÉRIFICATION (MV)	CONDITIONS CRITIQUES
Activité 2.4 : Formation des prestataires de PF en gestion des produits contraceptifs	Nombre de prestataires du CDS Kamenge formés en gestion des produits contraceptifs en 2012	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds
Activité 2.5 : Formation pratique des prestataires de PF en pause de DIU	Nombre de prestataires du CDS Kamenge formés en pause de DIU en 2012	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds
Activité 2.6 : Formation des prestataires de PF en insertion et retrait d'implants sous cutanés	Nombre de prestataires du CDS Kamenge formés en insertion et retrait d'implants sous cutanés en 2012	- Rapports des sessions de formation - Listes de présence	Disponibilité des fonds
Activité 2.7 : Dotations suffisantes en produits contraceptifs	Quantités et types de produits contraceptifs disponibles dans le Centre de Santé de 2010 à 2012	- Fiches de stocks - Inventaires physiques	Disponibilité des fond
Activité 2.8 : Suivi-évaluation des activités	Plan de suivi-évaluation disponible	Rapport d'élaboration	

X.2 Plan d'action annuel 2011

Tableau 25: Plan d'action 2011

Objectif	Stratégies	Activités	Tâches	Ressources matérielles et humaines	Période	Responsable
Augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives	OS 1 : Améliorer les connaissances en méthodes contraceptives	Activité 1.1 : Sensibilisation des leaders communautaires sur l'importance des méthodes contraceptives	- Identification des groupes cibles - Elaboration des stratégies et plans de mobilisation communautaire - Adaptation du module de sensibilisation - Disponibilisation du matériel didactique - Fixation des rendez-vous - Invitation - Conduite de la séance de mobilisation	- lieu de rencontre - produits contraceptifs - matériel de projection - leaders communautaires	Janvier 2011	Directrice, Administrateur de la commune, Technicienne de promotion de la santé et prestataires de PF du CDS
		Activité 1.2 : Sensibilisation des femmes en âge de procréer sur l'importance des méthodes contraceptives	- Identification des groupes cibles - Adaptation du module de sensibilisation - Disponibilisation du matériel didactique - Fixation des rendez-vous - Invitation - Conduite de la séance de mobilisation	- Idem qu'en haut - femmes en âge de procréer	Juillet 2011	Directrice, Technicienne de promotion de la santé, Leaders locaux et prestataires de PF du CDS
		Activité 1.3 : Sensibilisation des hommes sur l'importance des méthodes contraceptives	- Identification des groupes cibles - Adaptation du module de sensibilisation - Disponibilisation du matériel didactique - Fixation des rendez-vous - Invitation - Conduite de la séance de mobilisation	- lieu de rencontre - produits contraceptifs - matériel de projection - hommes	Juillet 2011	Directrice, Technicienne de promotion de la santé, Leaders locaux et prestataires de PF du CDS

Contribution à l'amélioration de la couverture contraceptive au Burundi, Cas du CDS Kamenge

Objectif	Stratégies	Activités	Tâches	Ressources matérielles et humaines	Période	Responsable
		Activité 1.4: Sensibilisation des adolescent(e)s/jeunes sur l'importance des méthodes contraceptives	- Identification des groupes cibles - Adaptation du module de sensibilisation - Disponibilisation du matériel didactique - Fixation des rendez-vous - Invitation - Conduite de la séance de mobilisation	- lieu de rencontre - produits contraceptifs - matériel de projection - adolescents	Juillet 2011	Directrice, Technicienne de promotion de la santé, Leaders locaux et prestataires de PF du CDS
		Activité 1.5: Réalisation d'ateliers d'auto-analyse et de recensement des besoins de renforcement en PF des ASC, des leaders locaux et des prestataires	- Fixation de la date - Identification des participants - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de rencontre - matériel didactique - expert en atelier d'analyse - leaders communautaires	Avril 2011	Directrice, Technicienne de promotion de la santé, Leaders locaux et prestataires de PF du CDS
		Activité 1.6: Formation des leaders communautaires sur les méthodes contraceptives	- Fixation de la date - Identification des participants - Adaptation du module de formation - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - leaders communautaires	Septembre 2011	Directrice, Technicienne de promotion de la santé et prestataires de PF du CDS

Objectif	Stratégies	Activités	Tâches	Ressources matérielles et humaines	Période	Responsable
		Activité 1.7: Formation des relais communautaires sur les méthodes contraceptives	- Fixation de la date - Identification des participants - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - relais communautaires	Septembre 2011	Directrice, Technicienne de promotion de la santé et prestataires de PF du CDS
		Activité 1.8 : Suivi et évaluation des activités du plan de sensibilisation	- Disponibilisation du plan stratégique - Disponibilisation du plan d'action - Identification des responsables de l'exécution - Fixation du calendrier des rapports - Fixation des dates de supervision - Tenue de réunions trimestrielles d'évaluation - Préparation des rapports d'étape - Diffusion des résultats	- outils de suivi et évaluation - rapports - registres du CDS - superviseurs de PF et prestataires du CDS - leaders communautaires - relais communautaires	Janvier 2011	Superviseurs du PNSR, Equipe cadre du district, Directrice, Technicienne de promotion de la santé et prestataires de PF du CDS

Objectif	Stratégies	Activités	Tâches	Ressources matérielles et humaines	Période	Responsable
	OS 2 : Accroître la fréquentation des services de PF du CDS Kamenge	Activité 2.1 : Formation des prestataires en PF	- Fixation de la date - Invitation du formateur - Identification des participants - Disponibilité du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilité du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - prestataires à former	Janvier et Juillet 2012	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS
		Activité 2.2 : Formation des prestataires de PF sur l'accueil	- Fixation de la date - Invitation du formateur - Identification des participants - Disponibilité du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilité du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - prestataires à former	Janvier et Juillet 2012	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS

Objectif	Stratégies	Activités	Tâches	Ressources	Période	Responsable
		Activité 2.3 : Formation des prestataires de PF dans la communication interpersonnelle	- Fixation de la date - Invitation du formateur - Identification des participants - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - prestataires à former	Avril et Septembre 2012	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS
		Activité 2.4 : Formation des prestataires de PF en gestion des produits contraceptifs	- Fixation de la date - Invitation du formateur - Identification des participants - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - prestataires à former	Avril et Septembre 2012	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS
		Activité 2.5 : Formation pratique des prestataires de PF en pause de DIU	- Fixation de la date - Invitation du formateur - Identification des participants - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - prestataires à former	Avril et Juillet 2012	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS

Objectif	Stratégies	Activités	Tâches	Ressources matérielles et humaines	Période	Responsable
		Activité 2.6 : Formation des prestataires de PF en insertion et retrait d'implants sous cutanés	- Fixation de la date - Invitation du formateur - Identification des participants - Disponibilisation du matériel didactique - Location de la salle - Préparation de la logistique de la restauration - Disponibilisation du per diem - Invitation - Conduite de l'atelier	- lieu de formation - produits de PF - matériel didactique - facilitateurs - prestataires à former	Juillet et Septembre 2012	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS
		Activité 2.7 : Dotations suffisantes des centres de santé en produits contraceptifs	- Bonne tenue des fiches de stock - Estimation des besoins - Réquisition à temps - Réception des produits - Stockage des produits	- produits de PF - véhicule d'approvisionnement - outils de gestion	Janvier 2011	PNSR, Médecin chef de district et Directrice du CDS
		Activité 2.8 : Suivi-évaluation des activités	- Disponibilisation du plan stratégique - Disponibilisation du plan d'action - Identification des responsables de l'exécution - Fixation du calendrier des rapports - Fixation des dates de descentes pour vérification des données - Tenue de réunions trimestrielles d'évaluation - Préparation des rapports d'étape - Diffusion des résultats	- outils de suivi et évaluation - rapports - registres du CDS - superviseurs de PF et prestataires du CDS - leaders communautaires - relais communautaires	Janvier 2011	Superviseurs du PNSR, Equipe cadre du district, Directrice, Technicienne de promotion de la santé et prestataires de PF du CDS

X.3 Chronogramme des activités 2011-2013

Objectif Général: Augmenter le taux d'utilisation des méthodes contraceptives

Tableau 26: Chronogramme des activités 2011-2013

Stratégies	Activités	Années											
		2011				2012				2013			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
OS 1 : Améliorer les connaissances en méthodes contraceptives	1 Sensibilisation des leaders communautaires sur l'importance des méthodes contraceptives	X	X	X		X	X	X		X	X	X	
	2 Sensibilisation des femmes en âge de procréer sur l'importance des méthodes contraceptives			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	3 Sensibilisation des hommes sur l'importance des méthodes contraceptives			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	4 Sensibilisation des adolescent(e)s/jeunes sur l'importance des méthodes contraceptives			X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	5 Réalisation d'ateliers d'auto-analyse et de recensement des besoins de renforcement		X	X									
	6 Formation des leaders communautaires sur les méthodes contraceptives				X				X				X
	7 Formation des relais communautaires sur les méthodes contraceptives	X				X				X			
	8 Suivi et évaluation des activités du plan de sensibilisation	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Stratégies	Activités	Années											
		2011				2012				2013			
		T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
OS 2 : Accroître la fréquentation des services de PF du CDS Kamenge	1 Formation des prestataires en PF					X		X					
	2 Formation des prestataires de PF sur l'accueil					X		X					
	3 Formation des prestataires de PF dans la communication interpersonnelle						X		X				
	4 Formation des prestataires de PF en gestion des produits contraceptifs						X		X				
	5 Formation pratique des prestataires de PF en pause de DIU						X	X					
	6 Formation des prestataires de PF en insertion et retrait d'implants sous cutanés							X	X				
	7 Dotations suffisantes des centres de santé en produits contraceptifs	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	8 Suivi-évaluation des activités	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

X.4 Budgétisation des activités

Tableau 27: Budget général 2011-2013

	Activités	Quantité/Nombre	Coût unitaire (FBu)	Coût total (FBu)	Source de financement
1	Sensibilisation des leaders communautaires sur l'importance de la PF	9	101 000	909 000	KFW
2	Sensibilisation des femmes en âge de procréer sur l'importance de la PF	9	101 000	909 000	Fonds Mondial
3	Sensibilisation des hommes sur l'importance des méthodes contraceptives	9	101 000	909 000	KFW
4	Sensibilisation des adolescent(e)s/jeunes sur l'importance des méthodes contraceptives	9	101 000	909 000	KFW
5	Réalisation d'ateliers d'auto-analyse et de recensement des besoins de renforcement	2	405 000	810 000	FNUAP
6	Formation des leaders communautaires sur les méthodes contraceptives	3	90 000	270 000	CDS Kamenge
7	Formation des relais communautaires sur les méthodes contraceptives	114	30 000	3 420 000	KFW
8	Suivi et évaluation des activités du plan de sensibilisation	3	44 067	813 600	OMS

	Activités	Quantité/Nombre	Coût unitaire (FBu)	Coût total (FBu)	Source de financement
12	Formation des prestataires en PF	2	150 000	300 000	FNUAP
13	Formation des prestataires de PF sur l'accueil	7	30 000	210 000	CDS Kamenge
14	Formation des prestataires de PF dans la communication interpersonnelle	7	30 000	210 000	CDS Kamenge
15	Formation des prestataires de PF en gestion des produits contraceptifs	2	75 000	150 000	CDS Kamenge
16	Formation pratique des prestataires de PF en pause de DIU	1	150 000	150 000	CDS Kamenge
17	Formation des prestataires de PF en insertion et retrait d'implants sous cutanés	2	150 000	300 000	CDS Kamenge
18	Dotations suffisantes des centres de santé en produits contraceptifs	PM	PM	PM	PNSR
19	Suivi-évaluation des activités	3	15 333	136 600	CDS Kamenge
	Total			10 452 200	

Le budget élaboré est de dix million quatre cent cinquante deux mille deux cent francs Burundais (10 452 200 FBu) sur 3 ans de 2011 à 2013. Si on tient compte du fait que les partenaires au développement assurent le financement de presque la quasi-totalité des activités de PF à travers le PNSR, nous pouvons affirmer que ce budget est très réaliste pour le CDS de Kamenge qui, dans le contexte actuel d'achat des performances, obtient des fonds propres pour les activités d'amélioration de la qualité sans devoir recourir à aucun bailleur externe.

X.5 Suivi-évaluation du plan de mise en œuvre

Par définitions [55], « le suivi d'un programme ou d'une intervention implique la collecte de données de routine qui permet de mesurer les progrès réalisés dans le sens de l'atteinte des objectifs du programme ou de l'intervention » au moment où « l'évaluation mesure à quel point les activités du programme ont atteint les objectifs escomptés et/ou à quelle enseigne les changements au niveau des résultats peuvent être attribués au programme ou à l'intervention ».

Le plan stratégique élaboré est accompagné, dans sa partie budgétisation, des fonds nécessaires pour réaliser les activités de suivi et d'évaluation. Il s'agira de collecter les données en rapport avec l'acquisition des intrants, que ce soit les contraceptifs ou les autres moyens de production, les activités, les extrants, les effets et l'impact.

Trimestriellement, la personne désignée pour faire le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce projet organisera une réunion où il partagera les résultats de ses activités. Ce sera l'occasion de s'évaluer, de noter le pas franchi, ce qui a bien marché et ce qui n'a pas avancé, de trouver des solutions ensemble pour s'améliorer. Ces échanges verront la participation des leaders communautaires afin d'être informé de l'état d'avancement et des responsabilités réciproques. Le tableau suivant montre un modèle de tableau de bord.

Tableau 28: Tableau de bord du suivi et de l'évaluation

N°	Activités clés	Responsable		Date de début		Etat d'avancement	Date de fin	
		Exécution	Suivi	Planifiée	Réelle		Planifiée	Réelle
1	Sensibilisation des leaders communautaires sur la PF	Directrice CDS	Chef District	Janvier 2011	-	-	Septembre 2013	-
2	Formation des prestataires de PF sur l'accueil	PNSR	Directrice CDS	Janvier 2012	-	-	Septembre 2012	-

SUGGESTIONS

Au terme de notre étude, nous voudrions formuler les suggestions suivantes, qu'elles puissent servir de bases pour une amélioration de la couverture contraceptive dans la commune urbaine de Kamenge.

1. A l'endroit des femmes de la commune de Kamenge

Les femmes constituent les piliers de la réussite du programme de PF en commune urbaine de Kamenge. Pour cela, nous leur suggérons :

- de continuer à fréquenter et à avoir confiance dans les services de PF du centre ;
- d'adopter rapidement les méthodes contraceptives à longue durée d'action et nécessitant l'intervention d'un professionnel de santé afin de réduire le taux d'abandon et améliorer sensiblement leur santé ;
- de considérer la pratique de la PF comme des soins de santé qui leur sont destinés et de comprendre et faire comprendre à leurs conjoints qu'il s'agit d'une question de santé propre ;
- de s'organiser en associations afin se s'encourager mutuellement et de constituer des groupes de pression dont le but serait d'acquérir le droit de décision sur l'adoption de la contraception et réduire l'intervention de l'homme.

2. A l'endroit des prestataires de PF du CDS Kamenge

Nos suggestions à l'endroit des prestataires de PF du CDS Kamenge sont les suivantes :

- de comprendre que la réussite de la PF passe obligatoirement par la sensibilisation des femmes et des hommes de la commune ;
- d'adopter la stratégie de sensibilisation de la communauté dans son milieu et quitter les murs du centre ;

- d'impliquer les leaders et initier l'instauration des relais communautaires car la sensibilisation passe souvent bien par le biais par l'intermédiaire des gens de la communauté ;
- d'adopter la stratégie d'amélioration permanente de qualité, en commençant par soi-même, notamment de penser toujours à l'accueil qui constitue le point d'entrée des services de PF ;
- d'initier la stratégie de parrainage qui consiste à ce que les femmes leaders adoptent, suivent et assistent d'autres femmes dans tout ce qui concerne leur santé de la reproduction ;
- de formuler beaucoup de messages et de stratégies de sensibilisation des hommes afin qu'ils s'impliquent activement et positivement dans la pratique de la PF.
- de créer un cadre adéquat de sensibilisation et de prestation de services de soins et de PF aux adolescent(e)s/jeunes afin de rendre le CDS Kamenge ami et adapté aux adolescent(e)s/jeunes ;
- de bien tenir les outils de gestion notamment le remplissage correct des fiches des clientes, la bonne tenue de l'échéancier, etc.

3. A l'endroit du Programme National de Santé de la Reproduction

Nous suggérons, aux responsables du programme de PF au sein du PNSR :

- de mener un plaidoyer auprès des autorités politiques afin de faire de la PF une priorité nationale et que tout discours politique ou administratif contienne un message sur la régulation des naissances ;
- de continuer à assurer l'approvisionnement régulier et d'élargir la gamme des produits contraceptifs en faisant une grande promotion des méthodes à longue durée d'action ;
- d'intensifier les formations et les recyclages sur la PF dans tous ses aspects particulièrement la sensibilisation, la prise en charge des effets secondaires, la

gestion des produits contraceptifs et la manipulation correcte des contraceptifs à longue durée d'action ;

- de redynamiser l'intégration de la formation en compétences dans la vie dans les établissements scolaires ;
- de soutenir des mesures d'accompagnement des femmes notamment l'alphabétisation et les activités génératrices de revenus ;
- d'appuyer la recherche opérationnelle afin d'apporter des solutions sur la base de données scientifiques à même de donner les résultats escomptés ;
- de réadapter les messages des modules de sensibilisation en tenant compte des susceptibilités socioreligieuses et régionales des communautés.

CONCLUSION

Le Burundi fait face à de nombreux problèmes de population et la solution ne viendra que de la prise de conscience de ce fléau et de la prise de décisions énergiques en faveur de la planification familiale. La commune urbaine de Kamenge a une couverture contraceptive loin en deçà de la moyenne de la province de Bujumbura Mairie et même de la moyenne nationale. Le CDS Kamenge fait des efforts d'amélioration des services mais les résultats restent mitigés.

Notre étude se veut une contribution à l'amélioration du taux de couverture contraceptive au Burundi, plus particulièrement dans la commune de Kamenge. Les problèmes prioritaires retenus ont été le faible taux d'adhésion et le taux élevé d'abandon dont la cause majeure est l'insuffisance de la sensibilisation des femmes et des hommes. La solution idoine est que les prestataires de PF du CDS Kamenge devraient nécessairement quitter les sentiers traditionnellement battus et aller vers la communauté. Les prestataires de PF doivent franchir ce mur et tenir des réunions périodiques de sensibilisation et d'évaluation des résultats avec tous les acteurs à la base dans leur milieu notamment avec les élus locaux, les leaders religieux, les représentants de partis politiques à la base, les membres des comités des associations, les leaders et les relais communautaires.

Le pari est certes grand, mais avec la volonté et la détermination de trouver des solutions appropriées aux problèmes de populations qui sont les nôtres, la commune urbaine de Kamenge, le CDS de Kamenge, les services de PF du Burundi peuvent apporter par la recherche opérationnelle, à chaque milieu, chaque commune, chaque province, chaque région, des solutions adaptées, endogènes et acceptées afin de freiner le galop démographique.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et rapports

1. Ahmed Y., Shibiak J.P., Ketata M., Améliorer l'Accès aux Services de Planification Familiale à travers l'Introduction à la Planification d'Urgence, 1998(38)
2. Barbara Barnett, Des stratégies sont nécessaires pour faire participer les hommes et les autres membres de la famille, Network en français : Vol. 18, No. 4, Eté 1998 (18)
3. Barbara Shane, Le planning familial sauve des vies, 3^{ème} édition, janvier 1997 (21)
4. Calveton, MD, Analyse non publiée d'Enquêtes démographiques de santé, 1990 – 1995, Macro International, 1996 (22)
5. Center for Communication Programs, The Johns Hopkins University School of Public Health, Pourquoi la planification familiale est importante, Population Reports, Population Information Program, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA, Volume XXVII, Numéro 2, Juillet 1999, Séries J, Numéro 49 (19)
6. Centre de santé de Kamenge, Rapport d'activités 2009 [53]
7. Centre for Humanitarian Dialogue, Accord d'Arusha pour la Paix et la Réconciliation au Burundi, Août 2000 (17)
8. Charbit Yves, Hillcoat-Nallétamby Sarah, L'échec de la planification familiale dans les « Cités » de l'Ile Maurice, pp 207-221(47)
9. Darroch JE, Singh S, Nadeau J, Contraception: an investment in lives, health and development, Issues Brief, Alan Guttmacher Institute, 2008 (28)
10. DIOP I.L., Les obstacles à la politique de population au Sénégal, UEPA, Dakar/Ponty, Sénégal dans "L'Evaluation des politiques et programmes de population", E AUPELF-UREF, John Libbey Eurotext, Paris, 1994(30)
11. Dr D. DIONE, CESAG 2009 – Adapté de : Pineault R., Daveluy C. La planification de la santé. Edition revue et corrigée. Québec: Editions nouvelles, 1995 ; 479 p(50)
12. Dr P. NDIAYE, CESAG 2010, Cours Identification et Analyse des Problèmes de Santé(49)
13. E. Baudelot, O. Graesslin, C. Martin-Morille, P.-F. Ceccaldi, G. Ducarme, F. Bancheri, C. Merle, R. Gabriel, Grossesses rapprochées : Facteurs de risques et conséquences

périnatales, Institut Mère-Enfant Alix-de-Champagne, CHU de Reims, 51092 Reims Cedex, 2004.(20)

14. Evi Nurvidya Arifin, Factors associated with Contraceptive Discontinuation in Bali, Indonesia: a Multilevel Discrete-time Competing Risks Hazard Model, p 16(43)
15. Frankel Nina et Gage Anastasia, Eléments de Base du Suivi et Evaluation, Mini-cours autoguidé, Measure Evaluation(53)
16. IFORD, Rapport final du Séminaire sur les politiques de population en Afrique (Lomé, 12-16 mars 1979).(29)
17. Iuri Da Costa Leite et Neeru Gupta, Comprendre les dynamiques de l'utilisation des contraceptifs oraux au Brésil : facteurs associés avec l'interruption, l'échec et le changement de méthode contraceptive, Cahiers québécois de démographie, vol 36, n°1, 2007, p 124(45)
18. John B. CASTERLINE, Steven W. SINDING, Unmet Need for Family Planning in Developing Countries and Implications for Population Policy, pp 709-711(42)
19. JULLUNDHRI R. A., 1994, Family planning: An Islamic view, Ministry of Population Welfare, Government of Pakistan, 8 p.(1)
20. Khan Asaduzzaman M., Factors associated with oral contraceptive discontinuation in rural Bangladesh, Oxford University Press, 2003, p 106 (46)
21. Kim Best, Mise à jour sur la contraception : Les troubles menstruels et l'emploi des contraceptifs, Family Health International, 2008(44)
22. Martha Campbell, Nuriye Nalan Sahin-Hodoglugil, and Malcolm Potts, Barriers to Fertility Regulation: A Review of the Literature, Studies in Family Planning, 2006 (35)
23. Matt Rosenberg, The Population Baby Boom of 1946-1964 in the United States (14)
24. Médecins Sans Frontières, Access to health care in Burundi, Results of three epidemiological surveys, Avril 2004 (16)
25. Megan Douthwaite, Patrick Ward, Increasing Contraceptive Use in Rural Pakistan: an evaluation of the Lady Health Worker Program, Oxford University Press, 2005, pp 120-121(37)
26. OMS et USAID, Pourquoi la Planification Familiale est importante, Population Reports(27)
27. PNSR, Guide du Formateur du Prestataire de Planification Familiale, 2009(39)
28. PNSR, Manuel du Prestataire de Planification Familiale, 2009(13)
Contribution à l'amélioration de la couverture contraceptive au Burundi, Cas du CDS Kamenge

b

29. PNSR, Ministère de la Santé Publique, Bilan 2006 du PNSR(5)
30. PNSR, Ministère de la Santé Publique, Bilan 2009 (23)
31. PNSR, Ministère de la Santé Publique, Rapport d'Activités, 2008(11)
32. PNSR, Ministère de la Santé Publique, Statut du Personnel du PNSR(6)
33. PNSR, Ministère de la Santé Publique Feuille de Route pour Accélérer la Réduction de la Mortalité Maternelle et Néonatale au Burundi, Ministère de la Santé Publique, Août 2005 (41)
34. Population Reports, 1985(34)
35. Présidence de la République du Burundi, Décret N°100/11 du 16 Janvier 2009 portant publication des résultats préliminaires du Troisième Recensement Général de la Population et de l'Habitation du Burundi de 2008(3)
36. Rasamoelina W., Un essai d'évaluation d'un programme de planification familiale en milieu urbain à Madagascar, dans L'évaluation des politiques et programmes de population, Ed. AUPELF-UREF. John Libbey Eurotext, Paris, 1994, pp. 271-277 (48)
37. Rhonda Smith, Lori Ashford, Jay Gribble, et Donna Clifton, La Planification familiale sauve des vies, OMS, Service de la Planification Familiale et de la Population.(26)
38. SALA-DIAKANDA D.-M., De l'émergence de politique de population en Afrique, Institut de formation et de recherche démographiques, Yaouné, Cameroun(31)
39. SALA-DIAKANDA D.-M., De l'émergence de politique de population en Afrique, Institut de formation et de recherche démographiques, Yaouné, Cameroun(33)
40. SALA-DIAKANDA M., De Bucarest à Mexico: évolution des positions africaines en matière de population, Cahiers de sciences humaines, Paris, ORSTOM, 1988(32)
41. SANOGO Diuratié, CISSE Mady, NDOYE Adama, FAYE Ousmane, MBOUP Balla Mbacké, Etude expérimentale sur l'Offre de la Distribution à Base Communautaire des Services de Santé de la Reproduction au Sénégal, une Etude de cas dans le District Sanitaire de Kébémér, Mars 2004(51)
42. Sarah Castle, Factors Influencing Young Malians' Reluctance to Use Hormonal Contraceptives, Studies in Family Planning, 2004(40)
43. Shelton J.D. and Davis S.S., Advances in Contraception: Some priorities in maximizing access to and quality of contraceptive services, 1996(36)
44. Solo Julie, Luhanga Monde, and Wohlfahrt Damien, Zambia Case Study: Ready for Change, a Repositioning Family Planning Case Study, September 2005(52)
Contribution à l'amélioration de la couverture contraceptive au Burundi, Cas du CDS Kamenge

c

45. Sophie Pieren, Quelle politique de santé faut-il adopter au Burundi, ONUB Magazine, Octobre 2005 (15)
46. Vimard Patrice, Zanou C.Benjamin, Zavala Cosio Marie Eugénie, Politiques démographiques et transition de la fécondité en Afrique, L'Harmattan, 2000, ISBN 2-7384-8649-5(2)
47. World Health Organization, Mother baby package: implementing safe motherhood in countries: practical guide. 1994, 89p. WHO/FHE/MSM/94.11(25)
48. Zeba A Sathar, Fertility in Pakistan: Past, Present and Future. Workshop on Prospects for fertility decline in high fertility countries. Population Division, Department of economic and social affairs, United Nations secretariat, New York, 2001 (24)

Sites internet

1. http://en.wikipedia.org/wiki/Ester_Boserup, 27 Mai 2010 à 12h37(9)
2. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Limits_to_Growth, 27 Mai 2010 à 12h24 (7)
3. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Population_Bomb, 27 Mai 2010 à 12h40(8)
4. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Ultimate_Resource, 27 décembre 2010 à 12h30(10)
5. <http://www.statistiques-mondiales.com/burundi.htm> (4)
6. http://www.statistiques-mondiales.com/mortalite_infantile.htm(12)

Mémoires

1. Camara Adam Yattassaye, Contribution à l'amélioration de l'offre des services de contraception dans la zone sanitaire de Selingue, Mali, 2004
2. TOTONGNON Marguerite Zomahoun, Contribution à l'amélioration de la qualité des services de planification par la réduction du temps d'attente des clientes : cas de la clinique du siège de l'Association Sénégalaise du Bien-Etre Familial (ASBEF), 1999
3. FOFANA Aisha Bakayoko, Contribution à l'amélioration de la performance du Centre de planification familiale de la PMI de Médina par l'élaboration d'un modèle d'évaluation de la performance, 2008

ANNEXES

ENQUETE SUR LES RAISONS DE NON ADHESION ET D'ABANDON DE LA PLANIFICATION DANS LA COMMUNE URBAINE DE KAMENGE

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

I. IDENTIFICATION PERSONNELLE

Nom et Prénom : _____

Quartier: _____

Commune : _____

II. INFORMATIONS SUR LA CLIENTE

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
1. Quel âge avez-vous (années) ?	1. 15-19 2. 20-24 3. 25-29 4. 30-34 5. 35-39 6. 40-44 7. 45-49	☐	
2. Quel est votre état matrimonial ?	1. Célibataire 2. Mariée 3. Divorcée 4. Veuve	☐	
3. Quelle est votre religion ?	1. Catholique 2. Protestante 3. Musulmane 4. Animiste 5. Sans religion 6. Autre religion	☐	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
4. Quel est votre niveau d'éducation ?	1. Sans 2. Ecole Primaire 3. Ecole Secondaire 4. Etudes Universitaires 5. Ecole Yagamukama 6. Centre d'Alphabétisation	_	
5. Quel est le nombre d'enfants encore en vie ?	Inscrire le nombre dans la case	_	
6. Quel est le nombre d'enfants encore en vie selon le sexe ?	1. Garçons 2. Filles Inscrire le nombre dans la case	_ _	
7. Quel est le nombre d'enfants morts selon le sexe ?	1. Garçons 2. Filles Inscrire le nombre dans la case	_ _	

III. CARACTERISTIQUES DU MENAGE

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
8. Combien d'épouses votre mari possède-t-il en dehors de vous ?	Inscrire le nombre dans la case	_	Si 0 → Q10
9. S'il en a, quel est le nombre de leurs enfants ?	Inscrire le nombre dans la case	_	
10. Combien d'enfants souhaitez-vous avoir ?	Inscrire le nombre dans la case	_	
11. Combien de pièces possède votre maison ?	Inscrire le nombre dans la case	_	
12. Qui est propriétaire de votre habitation ?	1. Parents 2. Beaux parents 3. Propre 4. Location 5. Etat 6. Parenté	_	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
13. Avez-vous une activité lucrative ?	1. Oui 2. Non	_	Si 2 → Q15
14. Si oui, laquelle ?	Nommer l'activité lucrative		
15. Votre mari, travaille-t-il ?	1. Oui 2. Non	_	Si 2 → 17
16. Si oui, quelle est sa profession ?	Nommer la profession		

IV. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION (NON UTILISATRICES)

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
17. De quelle sorte de contraception moderne avez-vous entendu parler ?	1. Pilule 2. Injectable 3. Préservatif 4. DIU 5. Implants 6. Ligature des trompes 7. Vasectomie 8. Méthode naturelle	_ _ _ _ _ _ _ _	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
18. Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas la contraception moderne ?	1. Liée aux conséquences de la planification familiale 2. Effets secondaires 3. Rumeurs 4. Religion 5. Mari 6. Famille du mari 7. Famille de la femme 8. Dangereuse pour la santé 9. Inefficace 10. Pas assez d'enfants 11. Coépouse 12. Aucune 13. Autre 14. Ne sais pas (NSP) 15. Non Réponse (NR)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
19. Utilisez-vous une des méthodes contraceptives naturelles ou traditionnelles ?	1. Allaitement prolongé 2. Abstinence 3. Continence périodique 4. Coït interrompu 5. Gris-gris 6. Autre 7. Non réponse	☐	
20. Laquelle des deux méthodes contraceptives vous semble plus acceptable ?	1. Méthode moderne 2. Méthode naturelle ou traditionnelle 3. Aucune 4. Ne sais pas	☐ ☐ ☐ ☐	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
21. Pour quelles raisons n'utilisez-vous pas les centres de PF ?	1. Coût élevé 2. Eloignement 3. Accueil 4. Indiscrétion du personnel 5. Compétence du personnel 6. Disposition des locaux 7. Jour/timing de consultation inapproprié 8. Rumeurs 9. Echec antérieur 10. Aucune 11. Autre 12. NSP 13. NR	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
22. Selon vous, quels sont les inconvénients de la contraception moderne ?	1. Peu efficace 2. Très contraignante 3. Stérilité 4. Effets secondaires 5. Dangereuse 6. Autre 7. NSP 8. NR	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
23. Pensez-vous que la contraception permet d'éviter les grossesses non désirées ?	1. Oui 2. Non 3. NSP 4. NR	☐ ☐ ☐ ☐	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
24. Pensez-vous que la contraception favorise l'adultère et la prostitution ? Pourquoi ?	1. Oui 2. Non 3. NSP 4. NR 	_	
25. Qu'est-ce qui est plus grave entre l'adultère et la grossesse illégitime ?	1. Adultère 2. Grossesse illégitime 3. Les deux sont mauvais 4. NSP 5. NR	_	
26. Quel type de mariage avez-vous contracté ?	1. Civil 2. Religieux 3. Civil et religieux 4. Union traditionnelle non légale	_ _	
27. Quel était votre âge au premier mariage ?	Inscrire le nombre dans la case	_	
28. Comment peut se terminer votre mariage ?	1. Séparation illégale 2. Divorce officiel	_	
29. Votre mari peut-il se marier s'il le désire sans votre consentement ?	1. Oui 2. Non 3. NSP 4. NR	_	

V. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DE LA CONTRACEPTION (ABANDONS)

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
30. Quelles sont les raisons qui vous ont poussée à utiliser la contraception ?	1. Nombre d'enfants élevé 2. Santé 3. Accouchement difficile 4. Travail 5. Conditions économiques 6. Mari 7. Autre 8. NSP 9. NR	__ __ __ __ __ __ __ __ __	
31. Avez-vous décidé de vous-même d'utiliser une méthode contraceptive moderne ?	1. Oui 2. Non	__	Si 2 → 32
32. Quelle est la personne qui vous aurait persuadée à utiliser la contraception moderne ?	1. Un personnel de santé 2. Mon mari 3. Un(e) voisin(e) 4. Une parenté 5. Un agent de santé communautaire 6. Lors d'une séance d'éducation pour la santé	__	
33. Quel centre de PF utilisez-vous d'habitude ?	1. Kamenge 2. Kinama 3. CHU Kamenge 4. Autre	__	
44. Avez-vous déjà changé de centre de santé depuis que vous avez adopté la contraception moderne ?	1. Oui 2. Non	__	Si 1 → 35
35. Pourquoi ?	Indiquer la raison		

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
36. Pour quelles raisons utilisiez-vous ce centre de PF ?	1. Gratuité 2. Proximité 3. Accueil 4. Discretion du personnel 5. Disposition des locaux 6. Jour/Timing des consultations 7. Autre 8. NSP 9. NR	☐	
37. Quelles sont les différentes méthodes contraceptives que vous connaissez ?	1. Naturelle 2. Préservatif 3. Pilule 4. Injectable (DMPA) 5. Implant sous cutané 6. DIU 7. Spermicide 8. Ligature des trompes 9. Vasectomie	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
38. Quelles sont les différentes méthodes contraceptives que vous avez déjà expérimentées ?	1. Naturelle 2. Préservatif 3. Pilule 4. Injectable (DMPA) 5. Implant sous cutané 6. DIU 7. Spermicide 8. Ligature des trompes 9. Vasectomie	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
39. Quelle a été la dernière méthode contraceptive que vous avez utilisée avant l'abandon ?	1. Naturelle 2. Préservatif 3. Pilule 4. Injectable (DMPA) 5. Implant sous cutané 6. DIU 7. Spermicide 8. Ligature des trompes 9. Vasectomie	_	
40. Quelle a été le motif de l'abandon ?			
41. Qu'est-ce qui ne vous pas plu pendant que vous utilisiez la contraception moderne ?			
42. Pourquoi avez-vous préféré abandonner au lieu de changer de méthode contraceptive ?			
43. Utilisez-vous une quelconque méthode contraceptive traditionnelle ou naturelle actuellement ?			
44. Pendant combien de temps avez-vous utilisé une méthode de PF moderne ?			
45. Suivez-vous régulièrement les programmes de radio ?			

ENQUETE SUR LES RAISONS DE NON ADHESION ET D'ABANDON DE LA PLANIFICATION DANS LA COMMUNE URBAINE DE KAMENGE

Annexe 2 : QUESTIONNAIRE DES PRESTATAIRES DE PF DU CDS KAMENGE

I. IDENTIFICATION DU CENTRE DE SANTE

Centre de santé : _____

Province sanitaire : _____

Commune/Zone : _____

Quartier/Colline : _____

Diplôme du prestataire : _____

II. INFORMATIONS SUR LE CENTRE DE SANTE.

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
1. Depuis quelle année ce centre de santé octroie-t-il aux femmes les méthodes de PF ?	Inscrire l'année de commencement dans la case	_	
2. Quelles sont les méthodes contraceptives que vous aviez en 2009 ?	1. DMPA 2. COC 3. COP 4. DIU 5. Préservatif masculin 6. Préservatif féminin 7. Spermicide 8. Diaphragme 9. Cape cervicale 10. Ligature des trompes 11. Vasectomie 12. MAMA 13. Méthodes d'auto observation 14. Contraception d'urgence 15. Les implants sous cutanés	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
3. Est-ce qu'il ya disponibilité en permanence de tous les contraceptifs que vous utilisez habituellement ?	1. Oui 2. Non	_	Si 1 → Q6
4. Combien de jours en 2009 êtes-vous restés sans produits contraceptifs ?	Inscrire le nombre de jours de rupture dans la case	_ _ _	
5. Quelle est la raison du manque de produits contraceptifs ?	1. Non disponible au BPS/DS 2. Non disponible au PNSR 3. On n'a pas fait de réquisition 4. Autre (à préciser)	_	Si 0 → Q6
6. Combien de jours par semaine le CDS offre t-il les services de PF ?	Inscrire le nombre de jours dans la case	_	
7. Quelle est la CAT devant une cliente qui se trompe de jour de rendez-vous ?	1. Renvoi 2. Accueil 3. Autre (à préciser.....)	_	
8. D'où viennent la plupart des clientes de PF ?	1. Commune Kamenge 2. Quartiers proches seulement 3. En dehors de la Commune Kamenge	_ _ _	
9. De combien de formations en cours d'emploi avez-vous bénéficié sur la PF jusqu'en fin 2009 ?	Inscrire le nombre de jours dans la case	_ _ _	
10. Avez-vous bénéficié d'une formation sur la PF au cours de l'année 2009 ?	1. Oui 2. Non	_	
11. Avez-vous bénéficié d'une formation sur la technique de pose de DIU avant l'année 2010 ?	1. Oui 2. Non	_	
12. Depuis combien d'années travaillez-vous dans le service de PF ?	Inscrire le nombre de jours dans la case	_ _ _	
13. Combien de personnes qualifiées êtes-vous dans le service de PF ?	Inscrire le nombre de jours dans la case	_ _ _	
14. Combien de pharmacies trouve-t-on en Commune de Kamenge ?	Inscrire le nombre dans la case	_ _ _	
15. Combien de structures de santé trouve-t-on en Commune Kamenge ?	Inscrire le nombre dans la case	_ _ _	
16. Pensez-vous être suffisamment formé dans le conseil en PF ?		_	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
17. Donnez-vous suffisamment d'informations aux clientes qui vous consultent sur les potentiels effets secondaires des produits contraceptifs ?	1. Oui 2. Non	☐ ☐	
18. Pensez-vous avoir été suffisamment formé sur la prise en charge des effets secondaires des produits contraceptifs ?	1. Oui 2. Non	☐ ☐	
19. Comment jugez-vous votre compétence technique en pause de DIU ?	1. Excellente 2. Bonne 3. Mauvaise	☐ ☐ ☐	
20. Comment jugez-vous les relations interpersonnelles que vous entretenez avec les clientes de PF ?	1. Excellentes 2. Bonnes 3. Mauvaises	☐ ☐ ☐	
21. Que pensez-vous être les raisons de non adhésion aux méthodes modernes de planification familiale ?	1. Insuffisance de sensibilisation et d'information sur le bien fondé de la PF 2. Mentalité pro nataliste 3. Raisons socioculturelles 4. Manque de structures de prestations de PF en nombre suffisant 5. Mauvaise qualité des services de planification familiale 6. Croyances religieuses 7. Autres (à préciser)	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	
22. Que pensez-vous être les causes d'abandons des méthodes modernes de PF ?	1. Culture pro nataliste 2. Effets secondaires des contraceptifs 3. Croyances religieuses 4. Analphabétisme de la femme 5. Statut défavorisé de la femme 6. Rumeurs sur la PF 7. Faible qualité des services de PF 8. Insuffisance quantitative du personnel 9. Faible formation du personnel en PF 10. Grossesse 11. Adoption d'une autre méthode contraceptive 12. Non utilisation d'autre méthode de PF	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	

Questions	Modalités et codes	Réponses	Renvois
23. Quel est votre statut matrimonial ?	1. Mariée 2. Divorcée 3. Veuve 4. Séparée 5. Célibataire	 	
24. Quelle est votre religion ?	1. Catholique 2. Protestante 3. Musulmane 4. Animiste 5. Sans religion 6. Autre religion	 	
25. Quel est le nombre d'enfants que vous avez ?	Inscrire le nombre dans la case	Garçons Filles 	
26. Combien d'enfants souhaitez-vous avoir ?	Inscrire le nombre dans la case	Garçons Filles 	
27. Combien de fois êtes-vous supervisés par an ?	Inscrire le nombre dans la case		

TABLE DES MATIERES

DEDICACE	i
REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	iii
DIU : Dispositif Intra Utérin	iii
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES.....	v
Liste des graphiques.....	vi
SOMMAIRE	vii
INTRODUCTION GENERALE	1
<i>PREMIERE PARTIE : CADRE CONTEXTUEL DE L'ETUDE ET PROBLEMATIQUE</i>	4
CHAPITRE I. CONTEXTE GENERAL.....	5
I.1 Cadre géographique	5
I.2 Organisation administrative.....	6
I.3 Contexte économique	6
I.4 Contexte socioculturel	7
I.5 Organisation sanitaire du pays.....	8
I.5.1 Système de santé publique	8
I.5.1.1 Niveau central	8
I.5.1.2 Niveau intermédiaire	9
I.5.1.3 Niveau périphérique.....	9
I.5.2 Système des soins	9
I.5.3 Politique de planification familiale	10
CHAPITRE II : CADRE DE L'ETUDE	12
II.1 Programme National de Santé de la Reproduction	12
II.1.1 Mission	12
II.1.2 Structure et organigramme du PNSR [6].....	14
II.1.3 Service de planification familiale	15

II.1.4 Partenaires au développement	15
II.1.5 Partenaires d'exécution	15
II.2 Centre de santé de Kamenge	16
CHAPITRE III. PROBLEMATIQUE	18
III.1 Spécification du problème	18
III.3 Conséquences du problème	22
III.4 Justification et intérêt du sujet	24
CHAPITRE IV : BUT ET OBJECTIFS.....	27
IV. 1 But.....	27
IV. 2 Objectif général.....	27
IV.3 Objectifs spécifiques	27
CHAPITRE V : REVUE DE LA LITTERATURE	28
V.1 Des politiques de population	28
V.2 La non adhésion aux méthodes modernes de planification familiale	30
V.3 Les causes d'abandons des méthodes modernes de planification familiale.....	34
DEUXIEME PARTIE : CADRE PRATIQUE DE L'ETUDE	37
CHAPITRE VI : METHODOLOGIE	38
VI.1 Type d'étude	38
VI.2 Population d'étude	38
VI.3 Critères d'inclusion	38
VI.4 Critères de non inclusion	39
VI.5 Déroulement de l'étude.....	39
VI.6 Méthodes et outils de recueil de données	40
VI.7 Méthodes d'analyse des données	40
VI.8 Limites et contraintes	41
CHAPITRE VII : ANALYSE DES PROBLEMES	42
VII.1 Identification des problèmes	42

VII.2 Priorisation des problèmes	43
VII.3 Diagramme des causes-effets d'ISHIKAWA	45
VII.4 Analyse des causes des problèmes prioritaires	47
VII.4.1 Recherche et priorisation des causes des problèmes prioritaires.....	47
VII.4.2 Causes retenues dans la littérature	48
CHAPITRE VIII : RESULTATS ET COMMENTAIRES	50
VIII.1 Avis des bénéficiaires.....	50
VIII.1.1 Causes de non adhésion	50
VIII.1.1.1 Age des femmes.....	50
VIII.1.1.2 Statut matrimonial des femmes	51
VIII.1.1.3 Appartenance religieuse des femmes.....	51
VIII.1.1.4 Niveau d'instruction des femmes	52
VIII.1.1.5 Nombre d'enfants encore en vie	52
VIII.1.1.6 Nombre d'enfants encore en vie selon le sexe	53
VIII.1.1.7 Nombre d'enfants morts	54
VIII.1.1.8 Nombre d'enfants filles mortes	54
VIII.1.1.9 Nombre d'enfants garçons morts	55
VIII.1.1.10 Fréquence de la polygamie	55
VIII.1.1.11 Nombre d'enfants de la coépouse.....	56
VIII.1.1.12 Nombre d'enfants souhaités.....	56
VIII.1.1.13 Conditions de vie des femmes	57
VIII.1.1.14 Avis des femmes sur la non adhésion.....	57
VIII.1.2 Causes d'abandons.....	59
VIII.1.2.1 Appartenance religieuse des femmes.....	60
VIII.1.2.2 Niveau d'instruction des femmes	60
VIII.1.2.3 Nombre d'enfants encore en vie et morts.....	61
VIII.1.2.4 Nombre d'enfants souhaités.....	61

VIII.1.2.5 Motifs d'adhésions à la PF	62
VIII.1.2.6 Utilisation du centre de PF Kamenge.....	62
VIII.1.2.7 Connaissance des méthodes de PF	63
VIII.1.2.8 Motifs d'abandon.....	63
VIII.2 Avis du personnel de PF du CDS Kamenge.....	64
CHAPITRE IX : ANALYSE DES SOLUTIONS.....	67
IX.1 Identification des solutions	67
IX.2 Choix de la solution idoine et justification.....	67
IX.2.1 Choix de la solution idoine	67
IX.2.2 Justification du Choix d'une Solution.....	71
TROISIEME PARTIE : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION	72
CHAPITRE X : MISE EN ŒUVRE DE LA SOLUTION IDOINE	73
X.1 Cadre de mise en œuvre	73
X.2 Plan d'action annuel 2011.....	77
X.3 Chronogramme des activités 2011-2013	83
X.4 Budgétisation des activités	85
X.5 Suivi-évaluation du plan de mise en œuvre.....	87
SUGGESTIONS.....	88
CONCLUSION	91
BIBLIOGRAPHIE.....	a
ANNEXES	e
TABLE DES MATIERES	q