UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Evaluation des connaissances, attitudes et de la pratique des méthodes contraceptives chez les étudiants de l'Université du Burundi ainsi que de leurs attitudes à l'égard du planning famillial.

Habarugira, Juvénal; Sous la direction de : Dr. Salvator HARERIMANA

2007
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1253

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

REPUBLIQUE DU BURUNDI

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

B.P 1020 BUJUMBURA

"EVALUTATION DES CONNAISANCES, ATTITUDES ET DE LA PRATIQUE DES METHODES CONTRACEPTIVES CHEZ LES ETUDIANTS DE L'UNIVERSITE DU BURUNDI AINSI QUE DE LEURS ATTITUDES A L'EGARD DU PLANNING FAMILLIAL"
CAS DES PREMIERES ANNEES ET DES CLASSES TERMINALES

Par

Juvénal HABARUGIRA

Sous la direction de :

Dr. Salvator HARERIMANA

Thèse présentée et défendue publiquement en vue de l'obtention du Diplôme de Docteur en médecine

BUJUMBURA, 25 AVRIL 2007

LISTE DES ENSEIGNANTS

Bureau facultaire

Doyen : Dr François Xavier BUYOYA

1er vice doyen : Dr Salvator HARERIMANA

2ieme vice doyen : Dr Jacques NDIKUBAGENZI

Les enseignants à temps plein

Professeurs ordinaires

Pr Gabriel NDAYISABA : pathologie chirurgicale

Pr Gaspard KAMAMFU : pneumologie

Pr Theodore NIYONGABO : pathologies infectieuses et parasitaires, nutrition et thérapeutique

Pr Léopold NZISABIRA : neurologie, rhumatologie et thérapeutique

Professeurs associes

Dr Emmanuel NIKOYAGIZE : thérapeutique et sémiologie médicale

Dr Pierre claver KARIYO : pédiatrie

Dr Vénérand BIGIRIMANA : histologie spéciale et générale

Charges des cours

Dr François Xavier BUYOYA : introduction à la sante publique, hygiène et législation sanitaire, déontologie médicale, gestion hospitalière et administrative des services de sante

Dr Serges BAHIMANGA : pédiatrie

Dr Jean NDUWIMANA : Biochimie générale, structurale et métabolique

Dr François NDARUGIRIRE : anesthésie- réanimation et physiopathologie

Dr Emile MUCIKIRE : radiologie

Dr Athanase NDAYIRAGIJE : pathologies infectieuses et parasitaires

Dr Jacques NDIKUBAGENZI : statistiques, épidémiologie, démographie et méthodologie de la recherche

Dr Triphonie NKURUNZIZA : gynécologie- obstétrique

Dr Salvator HARERIMANA : gynécologie- obstétrique

Dr Fréderic NSABIYUMVA : pharmacologie générale et spéciale

Dr Deo NITUNGA : endocrinologie

Dr Deo NIYUNGEKO : Nutrition et pédiatrie

Professeurs assistants

Pr Guenou AMASSOU : biophysique

Pr Jean Baptiste SINDAYIGWANYA : Gynécologie- obstétrique

Pr Pierre KABONDO : physiologie

Dr Laetitia GAHIMBARE : hématologie fondamentale

Dr Jean Bosco NDIHOKUBWAYO : bactériologie et immunologie

Dr Gaspard MARERWA : anatomie pathologique et embryologie

Dr Gordien NGENDAKURIYO : Oto-rhino-laryngologie

Dr Astère NDAYIZEYE : sémiologie chirurgicale

Dr Pierre Claver HAJAYANDI : médecine légale et du travail

Dr Juvénal MUYUKU : stomatologie

Dr Anastasie GASOGO : entomologie

Dr Protais NTIHOGORA : anatomie

Dr Antoine BINDARIYE : cytogénétique

Dr Hormisdas NTAHORUBUZE : cardiologie

Dr Sophonie BIZINDAVYI : hépatologie et gastro-entérologie

Monsieur Emmanuel NKUNZIMANA : anglais

Monsieur MAZARATI : génétique

Pr Canisius SAHIRI : chimie générale

Pr Jacques BUKURU : chimie organique

Pr Thaddée BARANCIRA : psychiatrie

Dr Célestin NAHIMANA : Ophtalmologie

Monsieur Jean Baptiste BITANGUMUREMYI : mathématiques

REMERCIEMENTS

Au Docteur Salvator HARERIMANA pour avoir accepté de diriger ce travail,

A Noé NDUWABIKE pour le support technique à ce travail,

Aux membres du jury pour avoir accepté de lire et juge ce travail,

A tous mes enseignants depuis l'école primaire,

A tous ceux qui de loin ou de près ont soutenu notre formation,

A ma promotion, pour la joie et peines partagées,

Nous disons sincèrement merci

SIGLES ET ABREVIATIONS

ABUBEF	: Association burundaise pour le bien-être familial
CDS	: Centre de sante
CDC	: Central disease control
CAP	: Connaissances, attitudes et pratiques
DIU	: Dispositif intra utérin
EDS	: Enquête démographique et de sante
FAO	: Food and agriculture organisation
FPSE	: Faculté de psychologie et sciences de l'éducation
FSEA	: Faculté des sciences économiques et administratives
FLSH	: Faculté des lettres et sciences humaines
FSA	: Faculté des sciences appliquées
FACAGRO	: Faculté des sciences agronomiques
FNUAP	: Fond des nations unies pour la population
ISTEEBU	: Institut de statistiques et d'études économiques du Burundi
ISCO	: Institut supérieur de commerce
IPA	: Institut de pédagogie appliquée
ITS	: Institut technique supérieur
ISA	: Institut des sciences agronomiques
IEPS	: Institut d'éducation physique et sportive
IPPF	: Fédération internationale pour la promotion de la planification familiale
ISF	: Indice synthétique de fécondité
OCHA	: office for united nations in charge of humanitarian affairs
ONU	: Organisation des nations unies
PF	: Planning familial
PAM	: programme alimentaire mondial
PNSR	: Programme national pour la sante de la reproduction
PVD	: Pays en voie de développement
PNUD	: Programme des nations unies pour le développement
UPRONA	: Union pour le progrès national

UNICEF : United Nations children's fund for education

USA : United states of America

UB : Université du Burundi

SIDA : Syndrome d'immuno déficience acquise

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Densités de la population par province au 16 août 1990 (12) 2
Tableau 2: Répartition de la population burundaise par tranche d'âge en 2005 (13) 3
Tableau 3: Répartition des enquêtes selon les filières de formation 38
Tableau 4: Répartition des enquêtés selon le sexe 38
Tableau 5: Répartition des enquêtés selon leur âge 39
Tableau 6: Répartition des enquêtés selon l'état-civil 39
Tableau 7: Répartition des enquêtés selon leur résidence 39
Tableau 8: Répartition des enquêtés selon leur lieu de naissance 40
Tableau 9: Répartition des enquêtés selon leur religion 40
Tableau 10 : Répartition des enquêtés selon la taille de la famille d'origine 40
Tableau 11: Répartition des enquêtés selon leur rang de naissance dans leurs familles respectives 41
Tableau 12: La taille de la famille idéale de nos enquêtés selon le sexe 41
Tableau 13: La taille de la famille idéale selon l'état civil 42
TTableau 14: La taille de la famille idéale selon la religion 42
Tableau 15 : La taille de la famille idéale selon la résidence. 42
Tableau 16: La famille idéale selon la famille d'origine 43
Tableau 17: Famille idéale selon le rang de l'enquêté(e) dans sa famille 44
Tableau 18 : La famille idéale selon la tranche d'âge 44
Tableau 19: Famille idéale selon la classe de l'enquêté (e) 45
Tableau 20 : Intervalle idéal selon le sexe 45
Tableau 21: Intervalle idéal selon la taille de la famille d'origine 46
Tableau 22 : Intervalle idéale selon la religion 46
Tableau 23 : Intervalle idéale selon la classe 47
Tableau 24: Désir de plus d'information selon la religion 47
Tableau 25 : Désir d'information selon l'état civil 48
Tableau 26 : Lieu souhaité selon l'état civil 48
Tableau 27 : Lieu souhaité selon la religion 49
Tableau 28 : Lieu souhaité selon la résidence 49
Tableau 29: Informateur souhaité selon le sexe (la différence n'est pas statistiquement significative) 50
Tableau 30 : Informateur souhaité selon l'état civil 51
Tableau 31 : décideur selon le sexe 52
Tableau 32 : Prêt à changer la taille idéale selon la classe 52
Tableau 33: Conséquences de la non régulation des naissances sur la santé de la mère selon la classe 53
Tableau 34 : Conséquences de la non régulation des naissances sur la santé des enfants selon la classe 53
Tableau 35 : Echange sur le planning familial selon la classe 54
Tableau 36: L'attitude du partenaire non enquêté selon la classe 54
Tableau 37 : Nombre de méthodes connues selon l'état civil 55
Tableau 38 : Nombre de méthodes connues selon la religion 55
Tableau 39: Nombre de méthodes connues selon le lieu de naissance 56
Tableau 40 : Nombre de méthodes connues selon la classe 56

Tableau 41: Nombre de méthodes connues selon le sexe (la différence n'est pas statiquement significative) 57
Tableau 42: Sources d'information selon le lieu de naissance 58
Tableau 43 : Source d'information selon la religion 58
Tableau 44 : Essai des méthodes selon l'état civil 59
Tableau 45: Essai des méthodes contraceptives selon la religion 59
Tableau 46: Essai des méthodes contraceptives selon la résidence 60
Tableau 47 : Essai des méthodes contraceptives selon le lieu de naissance 60
Tableau 48 : Essai selon la classe 61
Tableau 49 : Sources d'apprentissage selon l'état civil 61
Tableau 50 : Source d'apprentissage selon 62
Tableau 51: Utilisation actuelle selon la résidence 62
Tableau 52 : Utilisation actuelle selon l'état civil 63
Tableau 53 : Intention des non utilisateurs selon la classe 63
Tableau 54 : Sources d'approvisionnement selon l'état-civil de l'enquêté 64
Tableau 55 : source d'approvisionnement selon le sexe 65
Tableau 56 : Source d'approvisionnement selon la résidence (la différence n'est pas statistiquement significative) 65
Tableau 57 : Evolution de la connaissance des méthodes contraceptives au Burundi ces 4 dernières décennies 68
Tableau 58 : Evolution de la connaissance des méthodes contraceptives dans d'autres pays ces 4 dernières décennies 68
Tableau 59 : Evolution de la taille moyenne de la famille ces 3 dernières décennies 71
Tableau 60 : Utilisation des méthodes contraceptives dans le monde en 2006(14) 73

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS i
REMERCIEMENTS iii
SIGLES ET ABREVIATIONS iv
LISTE DES TABLEAUX vi
TABLE DES MATIERES viii
CHAPITRE 0 : INTRODUCTION GENERALE 1
0.1. PROBLEMATIQUE DU SUJET 1
0.2. INTERET DE L'ETUDE 4
0.3. OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE 4
1. OBJECTIF GLOBAL : 4
2. OBJECTIFS SPECIFIQUES 4
0.4. HYPOTHESE DE TRAVAIL 5
CHAPITRE I : HISTORIQUE DU PLANNING FAMILIAL 6
CHAPITRE II : RELATION ENTRE LE PLANNING FAMILIAL, SANTE, MATERNELLE ET INFANTILE ... 9
II.1. PLANNING FAMILIAL ET SANTE MATERNELLE 9
II.2. LE PLANNING FAMILIAL ET SANTE INFANTILE 10
II.3. L'IMPACT DU PLANNING FAMILIAL SUR LE DEVELOPPEMENT 11
CHAPITRE III : LES METHODES CONTRACEPTIVES 12
III.1. LES METHODES NATURELLES (28, 27,25, 26,38) 12
III.1.1 L'ABSTINENCE TOTALE 13
III.1.2. L'ALLAITEMENT AU SEIN 13
III.1.3. LE COÏT INTERROMPU 13
III.1.4. LES METHODES DU CALENDRIER (ENCORE APPELEE DE CONTINENCE PERIODIQUE) 13
III.1.4.1. LA METHODE D'OGINO 13
III.1.4.2. LA METHODE DES TEMPERATURES 14
III.1.4.3. OBSERVATION DE LA GLAIRE CERVICALE 15
III.2. LES METHODES MEDICALES 15
III.2.1. LES CONTRACEPTIFS ORAUX OU PILULES (28, 29, 42,43) 15
III.2.1.0. MODE D'ACTION DES CONTRACEPTIFS ORAUX 16
III.2.1.1. T TYPES DECONTRACEPTIFS ORAUX 16
III.2.1.1. A) PILULES ASSOCIEES 16

III.2.1.1. B) LA PILULE SEQUENTIELLE 16
III.2.1.1.C) LA PILULE A PROGESTERONE SEULE 17
III.2.1.1.D) LA PILULE DU LENDEMAIN 17
III.2.1.2. LES EFFETS SECONDAIRES DES CONTRACEPTIFS ORAUX. 17
III.2.1.3. LES CONTRE-INDICATIONS A L'EMPLOI DES CONTRACEPTIFS ORAUX 18
III.2.1.3.1. LES CONTRE-INDICATIONS FORMELLES 18
III.2.1.3.2.LES CONTRE-INDICATIONS RELATIVES 19
III.2.2.LES PROGESTATIFS INJECTABLES (28,39,43) 19
III.2.2.1 TYPES PROGESTATIFS INJECTABLES 19
III.2.2.2. MECANISMES D'ACTION DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES 20
III.2.2.3. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES 20
III.2.2.4. LES CONTRE- INDICATIONS DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES 21
III.2.3. LES IMPLANTS SOUS CUTANES (28) 21
III.2.3.1. TYPES D'IMPLANTS 21
III.2.3.2. MODE D'ACTION DES IMPLANTS 21
III.2.3.3. INCIDENTS POSSIBLES AVEC LES IMPLANTS 22
III.2.4. LES SPERMICIDES (28,24) 22
III.2. 4. LES DISPOSITIFS INTRA UTERIN (DIU) OU STERILETS (28,23) 22
III.2.4.1. TYPES DE DIU 23
III.2.4.2. MODE D'ACTION DES DIU 23
III.2.4.3. LE MOMENT DE L'INSERTION DU DIU 23
III.2.4.4. LES CONTRE-INDICATIONS AU DIU 23
III.2.4.5 LES INCIDENTS POSSIBLES AVEC LE DIU 24
III.3.LES METHODES DES BARRIERES (28) 24
III.3.0.DÉFINITION 24
III.3.1. LE DIAPHRAGME (31, 28) 24
III.3.1.1.TECHNIQUE D'UTILISATION DU DIAPHRAGME 25
III.3.1.2. AVANTAGES ET INDICATIONS DU DIAPHRAGME 25
III.3.1.3. DESAVANTAGES ET CONTRE-INDICATIONS DU DIAPHRAGME 25
III.3.2. LE PRESERVATIF MASCULIN 25
III.3.2.1.LES MÉCANISMES ET LA DURÉE D'ACTION 26

III.3.2.2.LES CRITÈRES DE QUALITÉ 26
III.3.2.3.LA REVERSIBILITE 26
III.3.2.4. LES AVANTAGES DU PRÉSERVATIF MASCULIN 26
III.3.2.5.LES INCONVÉNIENTS DU PRÉSERVATIF MASCULIN 27
III.3.3. LE CONDOM FÉMININ (*FÉMIDOM*) 27
III.3.3.1.DESCRIPTION 27
III.3.3.2.LES AVANTAGES DU PRÉSERVATIF FÉMININ 28
III.3.3.3.LES INCONVÉNIENTS DU PRÉSERVATIF FÉMININ 28
III.3.3.4.LES INDICATIONS 28
III.4. LES METHODES DEFINITIVES (23,24) 28
CHAPITRE IV : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE 30
IV.1. NATURE DE L'ETUDE 30
IV.2. POPULATION CIBLE DE L'ENQUETE 30
IV.3. METHODES D'ECHANTILLONNAGE 31
IV.4. INSTRUMENT DE COLLECTEES DES DONNEES 32
IV.4.1. A) AVANTAGES DU QUESTIONNAIRE ECRIT 32
IV.4.2. B) LES INCONVENIENTS DE CET OUTIL 33
IV.5. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DANS L'ETUDE 35
IV.5.1. CRITERES D'INCLUSION 35
IV.5.2. CRITES D'EXCLUSION 35
IV.6. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES 35
IV.7. DIFFICULTES RENCONTREES 36
IV.8. STYLE BIBLIOGRAPHIQUE 36
IV.9. DEPOUILLEMENT ,SAISIE ,TRAITEMENT DES TEXTES ET DES TABLEAUX 36
IV.10. ANALYSE DES RESULTATS 37
CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 38
V.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 38
V.2. LES ATTITUDES 41
V.2.1. La famille idéale des enquêtés 41
V.2.2 INTERVALLE IDEAL ENTRE DEUX NAISSANCES 45
2.5. Informateurs souhaités dans l'acquisition de cette information 50

2.5. Informateur souhaité selon le sexe : 50
V.2.6 DECIDEUR DANS LA REGULATION DES NAISSANCES 51
2.6.1. Au niveau des ménages 51
2.6.2 A l'échelon national (décideur en général) 52
V.2.7. ATTITUDES FACE AU SEXE DES ENFANTS A NAITRE 52
V.2.8. Conséquences estimées de la régulation des naissances sur la sante des mères et des enfants 53
V.2.9. Les échanges sur le planning Familial dans les couples 54
V.2.10. L'attitude du partenaire non enquêté 54
V.3. LA CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES 55
3.1. Nombre de méthodes connues 55
3.1.a) L'influence de l'état civil sur le nombre de méthodes connues 55
3.1.b) L'influence de la religion 55
3.1. c) Influence du lieu de naissance 56
3.1. d) Influence de la classe 56
V.3.2. LES METHODES PLUS CONNUES 57
V.3.3 Sources d'informations sur ces méthodes 57
3.3. à) Influence du lieu de naissance 58
3.3. b) Influence de la religion 58
V.4. L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES 59
4.1. L'utilisation ancienne et actuelle cumulée 59
4.1 a) Influence de l'état civil 59
4.1. b) Influence de la religion 59
4.1.c) Influence de la résidence 60
4.1. d) Influence du lieu de naissance 60
4.1.e) Influence de la classe 61
4.2. Source d'apprentissage à l'utilisation de ces contraceptifs 61
4.2.a) Influence de l'état civil 61
4.2. b) Influence de la résidence 62
4.3. UTILISATION ACTUELLE DE CES METHODES 62
4.3.a) Influence de la résidence 62

4.3.b) Influence de l'état civil 63
4.4. L'intention des non utilisateurs 63
4.4. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT (ACTUELLES ET PASSEES) 64
4.4.a) Influence de l'état civil 64
4.4.b) Influence du sexe 65
4.4.c) Influence de la résidence 65
CHAPITRE VI : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE 66
VI.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON 66
1.1. L'AGE 66
1.2. LE SEXE 66
1.3 ETAT-CIVIL 67
1.4 RELIGION 67
1.5 RESIDENCE 67
1.6. FACULTE (INSTITUT) 67
1.7 LA FAMILLE D'ORIGINE 67
VI .2 LES CONNAISSANCES 68
LE NIVEAU DES CONNAISSANCES 68
2.2. LES METHODES PLUS CONNUES 69
2.3 SOURCES D'INFORMATIONS 70
VI.3. LES ATTITUDES DES ENQUETES A L'EGARD DE LA REGULATION DES NAISSANCES 70
3. 1. LA FAMILLE IDEALE ET INTERVALLE IDEAL ENTRE NAISSANCES 70
3.2. Le désir d'informations supplémentaires 71
3.3. Lieu et formateur souhaité 72
VI.4. LA PRATIQUE DES METHODES CONTRACEPTIVES 72
4.1. Le taux d'utilisation ancienne et actuelle cumulées 72
4.2. Sources d'approvisionnement 73
CHAPITRE VII : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 75
1. CONCLUSION 75
2. LES RECOMMANDATIONS 75
BIBLIOGRAPHIE 77

CHAPITRE 0 : INTRODUCTION GENERALE

0.1. PROBLEMATIQUE DU SUJET

Il y a un siècle, nul ne pouvait penser qu'un jour la démographie poserait de sérieux problèmes à notre pays, étant donné les grands fléaux socio-sanitaires du siècle dernier.

En effet, alors qu'estimée à un million d'habitants au début du 19ème siècle, la population burundaise est respectivement passée à 2,4millions en 1948 (1, 2,3, 4, 5, 6, 7,8, 9, 10,11) ; 4,5millions en 1990 (12) et serait autour de 7,5millions d'habitants à la fin de 2005 (13,14). Ce qui correspond à un doublement des effectifs en moins de 40 ans.1

Selon les mêmes projections cette population sera plus de 15 millions en 2050 (13 ,14).
Outre cette croissance rapide de ses effectifs, cette population est également caractérisée par :

a) sa densité (exprimée en nombre d'habitants par km^2) de plus en plus croissante :

Celle-ci était de 54 habitants par km^2 en 1948 (11), mais elle est respectivement passée à 154 habitants en 1979(17), 192 habitants en 1990 (12) et serait 268 habitants en 2006 (13).

Et malgré de légères disparités régionales, la tendance est à la généralisation dans toutes les provinces comme le montre le tableau nº1.

Tableau 1: **Densités de la population par province au 16 août 1990 (12)**

Province	Superficie (en km²)	Densité moyenne en habitants par km²	Population en millions d'habitants
Bujumbura (Mairie + rurale)	1334	452	596185
Kayanza	1229	360	443677
Ngozi	1468	329	483814
Muramvya+Mwaro	1530	287	440283
Gitega	1989	286	564127
Kirundo	1711	238	404564
Muyinga	1898	210	385518
Bubanza	1093	208	225849
Karuzi	1459	207	301651
Cibitoke	1639	173	282625
Bururi	1515	160	392910
Makamba	1972	123	240741
Ruyigi	2365	109	254117
Rutana	1898	102	198011
Cankuzo	1940	73	142194
BURUNDI	27834	192	5356266

b) Son extrême pauvreté (18, 16, 11, 5, 10, 19, 20, 21, 6,14)

Le Burundi compte parmi les huit pays les plus pauvres de notre planète (3,55). Mais le rapport national de développement humain du Burundi indique que au-delà de l'insuffisance des revenus (salaires non indexés au coût de la vie, chômage), les burundais connaissent une autre forme de pauvreté due à la non satisfaction des besoins minima élémentaires de santé, d'éducation de base et des services d'adduction en eau potable.

Dans l'ensemble, les causes de cette pauvreté sont structurelles mais aussi conjoncturelles. Les causes structurelles sont notamment la croissance insuffisante de la production face à une population sans cesse croissante ; les faibles taux d'alphabétisation et de scolarisation ; l'insuffisance des infrastructures sociales ainsi que la faible accessibilité des services sociaux de base. Les causes conjoncturelles sont liées aux différentes crises sociopolitiques que vient de traverser le pays ces 40 dernières années, l'embargo de l'an 1996 à 1999 ; sans oublier le Sida et ses effets dévastateurs. Dans tout cela on remarque une grande vulnérabilité de la femme et de l'enfant.

c) son extrême jeunesse (14,15,13, 8,22)

Cette caractéristique est cependant commune à la plupart des pays en développement.

Tableau 2: **Répartition de la population burundaise par tranche d'âge en 2005 (13)**

Tranche d'âge	0-14 ans	15-64ans	Plus de 64 ans
Pourcentage	46,82%	50,37%	2,81%

d) Son degré d'activité dès le bas âge (13, 19,12)

Plus de 50% de la population burundaise active ont moins de 25 ans. Cependant, plus de 90% des actifs sont employés dans le secteur agricole qui reste dominé par la culture des produits vivriers et certaines cultures d'origine étrangères (café, thé, coton) qui restent les principales sources de revenus pour le pays. Et les techniques agricoles restent archaïques pour la grande partie du monde rural.

e) son faible degré d'alphabétisation (14,13,15).

Sur les 7,5 millions que comprend le pays en 2006, seulement 59% (dont 70% pour le sexe féminin contre 76% pour le sexe masculin) savent lire et écrire dans la langue nationale. Et bien que le taux d'inscription à l'école primaire soit passé de 83 à 93% les deux dernières décennies, seulement 9% des filles (contre 12% de garçons) inscrits à l'école primaire arrivent à l'école secondaire.

Les premières conséquences d'un tel galop démographique sont avant tout : la diminution des denrées alimentaires (en quantité et en qualité), ainsi qu'une diminution de la surface cultivable et l'augmentation des tensions sociales (conflits fonciers, massacres, exodes...).
A titre d'exemple : l'empreinte écologique (nombre d'hectares globaux par habitant) d'un burundais est passé de 1,54 hectares en 1948 (4, 21,20) à 0,7 hectares en 2005 (13).
Autant parler d'une bombe à retardement.

0.2. INTERET DE L'ETUDE

Face à ce défi démographique, et pour arriver à ses objectifs de développement, le Burundi a initié plusieurs plans d'actions dont le planning familial adopté en 1983 comme politique nationale en matière de santé reproductive ; et exécuté à travers le Programme National de Santé Reproductive (PNSR). Bien que notre objectif ne soit pas d'évaluer en totalité ce programme, nous nous sommes proposé de connaître son impact sur la population estudiantine de l'U.B, 23 ans plus tard.

0.3. OBJECTIFS DE NOTRE ETUDE

1. OBJECTIF GLOBAL :

Evaluer la connaissance théorique et la pratique des méthodes contraceptives par la population estudiantine de l'U.B ainsi que leurs attitudes à l'égard de ces méthodes et du planning familial.

2. OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. rechercher les principales sources d'informations sur les méthodes de régulation

des naissances pour la population estudiantine de l'U.B.

2. rechercher les méthodes contraceptives les plus connues à l'U.B.
3. connaitre le taux d'utilisation de ces méthodes à l'U.B.
4. connaître les motifs d'utilisation ou de non utilisation ainsi que leurs attitudes à l'égard du planning familial.
5. Déterminer les attitudes des étudiants a l'égard de la régulation des naissances.

0.4. HYPOTHESE DE TRAVAIL

1º Les étudiants de l'U.B ignorent l'existence des méthodes contraceptives.

2º Certains paramètres tels le sexe, la religion, la résidence, le milieu d'origine (ville ou campagne), la taille de la famille d'origine influencent le niveau de connaissance sur ces méthodes, le niveau de la pratique de ces méthodes et les attitudes des étudiants à l'égard de la régulation des naissances.

3º La pratique des méthodes contraceptives est à un très bas niveau à l'U.B.

4º Les étudiants de l'U.B. sont opposés à l'idée de contraception et de régulation des naissances au Burundi.

5º les étudiants de l'U.B. désirent connaître ces méthodes mais ailleurs que dans les structures sanitaires actuelles avec des formateurs nouveaux.

CHAPITRE I : HISTORIQUE DU PLANNING FAMILIAL

Dans le monde, la régulation des naissances est pratiquée depuis la nuit des temps (23,24, 25,26, 27, 28, 29, 30,31) :

Déjà 2000 ans avant Jésus-Christ, des papyrus égyptiens faisant mention des écrits en rapport avec la régulation des naissances existaient.

Parmi les philosophes de l'antiquité, Aristote pensait que pour sauvegarder les intérêts de la Grèce il fallait maintenir sa population à un niveau stationnaire. Certains philosophes allaient même jusqu'à proposer un nombre optimum d'enfants ou des mesures radicales telles que l'avortement ou l'infanticide des nouveaux-nés.

En Inde, les techniques contraceptives seraient connues depuis 16 siècles environ ; tandis qu'en Chine le document le plus vieux ayant trait à la régulation des naissances remonte environ à 1300 ans. Cependant, même dans ces pays les politiques de régulation des naissances sont récentes par rapport à ces documents.

Au 18ème siècle, le pasteur démographe et économiste anglais ROBERT MALTHUS (1766-1834) dans son livre « Essai sur le principe de populations » démontrait que la population mondiale croit à un rythme géométrique alors que les ressources croissent à un rythme arithmétique ; et proposait entre autres solutions : la chasteté, le célibat prolongé, et l'abstinence.

Certaines de ses propositions furent enrichies par ses successeurs qui, eux proposaient plutôt le recours aux méthodes contraceptives (modernes et traditionnelles).

Au cours des deux siècles derniers, les attitudes des gouvernements du monde entier à l'égard du planning familial sont restées divergentes :

- ✓ Certains, comme la Chine, désireux de diminuer rapidement la croissance de leurs populations, ont mis à la disposition de leurs peuples une série de méthodes contraceptives allant même jusqu'à légaliser l'avortement.

Leur credo était précis :

1º Chaque coupe n'a le droit d'avoir que 2 à 3 enfants quelque soit son revenu.

2º Le mariage n'est autorisé que si les deux mariés ont atteint un âge total de 50 ans.

3º Afin que les gens dépendent peu de leurs enfants aux derniers âges, ils ont mis sur pied un système de pension dans les régions urbaines. Et en milieu rural, les couples sans enfants sont assistés par le gouvernement dans leurs vieux jours.

- ✓ D'autres choisirent la tolérance ou le laisser faire.

En Afrique, la plupart des programmes de planning familial remontent rarement avant les années 1960 : d'après la Banque Mondiale, jusqu'en 1978, on ne comptait que 20 pays d'Afrique subsaharienne favorables au planning familial (31).

Même jusqu'à nos jours, l'Afrique subsaharienne comparée au reste du monde entier possède les taux les plus bas d'utilisation des méthodes contraceptives (14). Le pourcentage des femmes mariées en âge de procréer qui utilisent ces méthodes est respectivement de 16% au Burundi, 4% au Niger, moins de 20% au Burkina Faso, Madagascar, Malawi, Nigeria, Tanzanie, Togo et Ouganda, 48% au Zimbabwe, 75% en île Maurice (14).

L'indice synthétique de fécondité (ISF) reste de 5,6 en moyenne pour tout le continent africain, donc supérieur à la moyenne mondiale (2,8 enfants) (14). Et l'ONU estime que d'ici l'an 2050 si rien n'est fait, la population totale du continent passera de 751 millions à 1,5 milliards. Dans certains pays comme le Niger, l'Ouganda et le Tchad, les effectifs subiront respectivement un quintuplement et un triplement (14).

Les raisons sont presque les mêmes pour tous les pays : valeurs culturelles qui dans certaines tribus donnent encore une place à une famille nombreuse, bas niveau socio-économique des peuples, insuffisance des centres de planning familial équipés ainsi que le taux de mortalité élevé qui rassure peu les parents.

Dans le reste des pays en développement, le taux moyen d'utilisation de ces méthodes est de 43% alors qu'il est de 68% dans les pays industrialisés (14,31).

Au Burundi, les questions relatives à la fécondité, à la santé reproductive et à la régulation des naissances sont restées longtemps taboues tant dans les ménages que dans les milieux politiques. Et pourtant, certains faits attiraient l'attention des explorateurs dès les *années 1800* :

1º) l'ATLAS (9) du Burundi rapporte que parmi les premiers explorateurs occidentaux, beaucoup étaient surpris par la forte densité de la population burundaise à l'heure où l'urbanisation et la médecine moderne n'existaient pas encore. L'explication fournie étant le genre de relations existant entre le pouvoir royal et la population.

2º les colons belges commençaient déjà de parler, dès les années 1948, de surpopulation et de surcharge des terres (densité de 55 habitants/km^2).
Ils prévoyaient un doublement des effectifs en moins de 30 ans, chose qui fut confirmé par le recensement général de la population de 1979 (17, 6,21.20).

3º) Dès les années 1974, le centre de recherche de l'épiscopat de l'Eglise catholique du Burundi, en collaboration avec l'U.B en publiant le livre « Famille et fécondité au Burundi » décidèrent de rompre le silence complice face aux conséquences non planifiées de l'explosion démographique dans notre pays à court et à long terme (6).

Cependant, le pas le plus décisif de la part du gouvernement fut l'adoption du planning familial comme politique d'état, par le parti UPRONA (alors parti unique au pouvoir) dans son 14ème congrès tenu le 11-12 Juillet 1983, au lendemain de la publication du rapport « les effets des facteurs démographiques sur le développement socio-économique au Burundi » par le FUTURE GROUP des Etats-Unis (5.). A partir de cette date, plusieurs travaux de recherche dont des mémoires de fin d'études ont été effectués et le gouvernement a initié un vaste programme de planning familial à travers tout le pays. Mais est-ce que ces initiatives du gouvernement ont atteint et convaincu la population estudiantine de l'U.B ? Telle est l'inquiétude que nous voulons vérifier dans cette étude.

CHAPITRE II : RELATION ENTRE LE PLANNING FAMILIAL, SANTE, MATERNELLE ET INFANTILE

II.1. PLANNING FAMILIAL ET SANTE MATERNELLE

A chaque minute, dans le monde de développement, l'OMS estime que 380 filles en âge de procréer débutent une grossesse. Parmi elles, 50% ne sont pas planifiées, 40% se compliquent alors que 10% subissent un avortement dans de mauvaises conditions (32,33). A cela s'ajoute la morbidité liée aux complications du post-partum qui quand elles n'emportent pas la mère, lui laissent des séquelles graves tels que : des prolapsus génitaux, des fistules obstétricales, l'infertilité secondaire...

Les principales causes de ces décès sont essentiellement : la GEU, l'éclampsie, les avortements clandestins, l'hémorragie du post-partum et les accouchements dystociques avec travail prolongé (33,32, 25,30, 26,34).

L'âge de la mère et la parité sont les principaux facteurs de risque de ces décès (32, 30).

En effet, les femmes qui ont leur grossesse très jeune (moins de 18 ans) proviennent, pour la plupart, des familles pauvres et ont par conséquent un faible accès aux soins et ignorent tout simplement les soins périnataux soit parce que la grossesse est illégitime, soit parce que l'adolescence est contrariée par l'entourage. Ainsi, les grossesses des adolescentes restent sous évaluées ou tout simplement ignorées par les services de santé.

Notons que les grossesses illégitimes sont dangereuses car elles amènent souvent à avorter dans de mauvaises conditions de sécurité sanitaires, d'autant plus que la législation de certains pays (dont le Burundi), n'autorisent l'avortement qu'à de fins thérapeutiques.

Quant aux femmes multipares, l'OMS estime qu'actuellement, dans ces pays une femme qui a cinq enfants a un risque de mourir lié à la grossesse suivante 1.5 fois plus élevé que celle qui n'en a que 2 ou 3 (33, 32,16).

Selon la même organisation, en permettant à ces mères d'accéder facilement aux méthodes contraceptives modernes et à leurs utilisations correctes, la mortalité maternelle liée à la grossesse pourrait diminuer de 1/3 d'ici 2015.

Les experts (33, 31, 32,16) considèrent en outre qu'actuellement des chiffres aussi élevés de mortalité maternelle ne devraient pas exister même dans les pays en développement pour plusieurs raisons:

1° Le fait de donner la vie n'est pas un phénomène pathologique mais plutôt une donnée fondamentale de la nature humaine.

2° Le droit à la santé pour les femmes inclut non seulement le droit de choisir quand et combien elle veut d'enfants mais aussi d'avoir accès aux soins efficaces pendant la période de la grossesse, d'accouchement et en post partum. Les états se doivent dont le droit et surtout le devoir de garantir ces droits non seulement en paroles mais également dans l'affectation des ressources humaines et matérielles.

3° Les complications qui mènent aux décès des mères sont pour la plupart connues, parfois évitables: GEU, rupture utérine, endométrite...etc.

II.2. LE PLANNING FAMILIAL ET SANTE INFANTILE

L'OMS estime si les mères différaient leurs grossesses autant qu'elles le souhaitent, la mortalité infantile diminuerait globalement de 20% dans les pays en développement (14, 32, 30, 31). Selon les mêmes projections, elle fléchirait d'au moins de 30% au Brésil, en Colombie, en Equateur, au Pérou, en Tunisie, pays où 40 à 50% des naissances sont espacées de moins de deux ans (14, 30,31,35,36).

D'autres études, menées en Amérique Latine et Afrique montrent qu'une grossesse qui survient très tôt (moins de 2 ans) après la naissance de sa précédente risque d'aboutir à un enfant dont le risque de mourir dans la première année de vie et deux fois plus élevé que son aîné direct (23). Et même quand son nouvel enfant n'en succombe pas, le cadet peut en souffrir sérieusement.

Cette réalité tragique semble connue depuis longtemps dans certaines sociétés tels que le Ghana où le mot KWASHIORKOR (devenu comme jargon médical) désigne un enfant dont le développement est compromis parce que la mère l'a sevrée précocement du fait d'une nouvelle grossesse (24).

II.3. L'IMPACT DU PLANNING FAMILIAL SUR LE DEVELOPPEMENT

Les bienfaits du planning familial ne sont donc plus à démontrer (14, 30,37, 38, 26, 32, 39, 40, 36,35).

Les femmes sexuellement actives peuvent espacer les naissances de leurs enfants ; ce qui permettra à leurs corps respectifs de se reposer et restaurer leurs réserves.

Le pays aura enfin de compte gagné des ressources humaines solides, disponibles *aux différents secteurs* de la vie du pays et aux ménages.

Les jeunes filles pourront poursuivre aisément leurs études sans soucier des nouveaux nés et des cours.

Les ménages pourront nourrir aisément, qualitativement et quantitativement leurs enfants. Les parents pourront éduquer aisément leurs enfants. Le pays en tirera également beaucoup de bénéfices :

Le nombre de congé de maternité va diminuer.
La population formée économiquement active augmentera ; ce qui permettra de subvenir aux besoins des vieillards dans leur retraite (leurs vieux jours).
L'appui aux populations rurales sera planifié et exécuté aisément ; ce qui en complément d'autres mesures permettront de relever le niveau de vie des populations rurales. L'on ne doit pas cependant pas oublier que pour réussir, le planning familial doit s'accompagner de l'amélioration du niveau de vie général de la population (niveau d'instruction, le revenu par habitat...).

CHAPITRE III : LES METHODES CONTRACEPTIVES

Les méthodes contraceptives sont si variées dans leurs mécanismes d'action que le couple non informé risque d'être le jouet des méthodes. Ainsi, la description des méthodes connues jusqu'ici doit se baser sur l'honnêteté intellectuelle et le souci de donner au public un renseignement à la fois scientifique et objectif car chaque méthode présente des avantages et des inconvénients. Cependant, malgré les controverses que soulèvent ces méthodes, les risques liés à l'absence de contrôle de la fécondité sont plus élevés que les dangers liés à leurs inconvénients.

En outre, plusieurs facteurs interviennent dans le choix de telle ou telle autre méthode : la législation en vigueur, les croyances religieuses,...etc. Dans tous les cas, ce choix doit reposer sur cinq interrogations à savoir (41,40) : cette méthode est-elle efficace ? Peu coûteuse ? Inoffensive pour la santé ? Est-elle réversible ? Est-ce qu'elle me plaît ?

Les méthodes contraceptives se classent en quatre groupes à savoir (28) :

1º Les méthodes dites traditionnelles (naturelles) et populaires : relations interrompues, allaitement prolongé .....etc.
2º Les méthodes dites médicales (récentes) : Pilule, DIU (Stérilet), injections (noristérat, dépoprovéra) ; les implants sous-cutanés.
3º les méthodes mécaniques (préservatifs ; DIU).
4º Les méthodes dites définitives (mettre fin à la procréation) : ligatures des trompes, vasectomie, etc.

III.1. LES METHODES NATURELLES (28, 27,25, 26,38)

Ce sont celles qui ne font appel à aucune technique faisant obstacle au cheminement du spermatozoïde dans les voies génitales femelles, ni à l'ovulation, ni à la nidation.

III.1.1 L'ABSTINENCE TOTALE

Efficace à 100%, elle est cependant, difficile à réaliser au niveau du couple et peut compromettre l'affection entre conjoints.

III.1.2. L'ALLAITEMENT AU SEIN

Lorsqu'une femme allaite, les ovaires se mettent normalement au repos. Il n'y a ni ovulation ni menstruation. Mais la durée de cet état d'infécondité varie d'une femme à l'autre et on sait par ailleurs que la 1ère ovulation précède les règles. Cette méthode est donc peu fiable.

III.1.3. LE COÏT INTERROMPU

Ici l'homme se retire avant le début de l'éjaculation qui doit se faire à distance de la vulve. Et en cas de rapports itératifs, un lavage et une miction sont recommandés entre 2 rapports. Cette méthode est aléatoire et son acceptabilité assez médiocre.

III.1.4. LES METHODES DU CALENDRIER (ENCORE APPELEE DE CONTINENCE PERIODIQUE)

Les méthodes de continence périodique sont fondées sur le principe que le cycle menstruel de la femme comporte par conséquent des périodes d'infécondité pendant lesquelles les rapports sexuels ne comportent aucun risque de fécondité.

III.1.4.1. LA METHODE D'OGINO

a) TECHNIQUE D'UTILISATION

Ce chirurgien Japonais a préconisé une méthode consistant à repérer la date d'ovulation en fonction des règles suivantes et non par rapport aux règles passées.

b) MODE DE CALCUL

Après avoir étudié la longueur de 12 cycles menstruels, on soustrait 18 jours du nombre de jour du cycle le plus court pour obtenir le 1er jour de fertilité et 11 *jours du* cycle le plus long pour obtenir le plus long jour de fertilité.

c) AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA METHODE

Cette méthode ne nécessite aucune intervention hormonale ou mécanique. L'inconvénient majeur est son manque de fiabilité : le taux d'échecs varie entre 7 et 38% (24,27).

III.1.4.2. LA METHODE DES TEMPERATURES

a) TECHNIQUE D'UTILISATION

L'ovulation a lieu en principe 24 à 48 h qui suivent le point le plus haut de la courbe thermique. La température rectale, vaginale ou buccale est prise tous les matins dès le réveil, avant le lever, avant toute activité physique, à la même heure si possible avec le même thermomètre.
La période de sécurité commence le soir du 3ème jour d'hyperthermie confirmée et se termine avec les règles suivantes. Il n'y a par contre pas de période de sécurité en phase pré-ovulatoire.

b. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA METHODE

b.1. Avantages

Cette méthode ne nécessite aucun apport hormonal. Si elle est appliquée correctement, son efficacité est pratiquement totale.

b.2. Inconvénients

Cette méthode a des exigences :

- Il faut que le médecin soit clair dans les explications ;
- Il faut que la femme soit capable de comprendre ;
- Il faut que le couple accepte cette discipline car la méthode est contraignante : il faut prendre la température chaque matin et les rapports sexuels ne sont autorisés que 8 à 10 jours par mois.

Les causes d'erreurs sont donc multiples :

- la température mal prise ou mal transcrite sur le graphique ;
- les affections fébriles ;
- l'engorgement mammaire ;
- les soins nocturnes.

III.1.4.3. OBSERVATION DE LA GLAIRE CERVICALE

a .TECHNIQUE D'UTILISATION

Cette méthode enseigne la femme à reconnaître la période ovulatoire en observant la glaire cervicale. En effet, dans le cycle ovulatoire normal le mucus cervical passe par différentes phases clairement identifiables :

1º Durant les jours qui suivent les règles, le mucus est peu abondant et visqueux ;

2° Il est plus abondant et plus coulant au fur et à mesure que l'ovulation approche ;

3º A l'ovulation, le mucus est abondant, clair, non visqueux et forme un long fil quand on tente de l'étirer entre deux doigts.

b. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DE LA METHODE

a)Avantages : Appliquée correctement, la méthode d'ovulation peut être très efficace.

b) sa mise en pratique est très difficile dans le contexte burundais : Il n'est pas en effet toujours facile à la femme de refuser les rapports sexuels à son mari sous prétexte de date ou de l'aspect de la glaire cervicale.

III.2. LES METHODES MEDICALES

Elles s'opposent à la survenue d'une grossesse grâce à un procédé chimique. En général, elles sont plus efficaces que les méthodes naturelles, parce qu'elles sont plus contrôlables.

III.2.1. LES CONTRACEPTIFS ORAUX OU PILULES (28, 29, 42,43)

Les contraceptifs oraux constituent la méthode de contraception la plus efficace qui est utilisée au monde.

III.2.1.0. MODE D'ACTION DES CONTRACEPTIFS ORAUX

Une association oestro-progestative empêche les sécrétions hypophysaires des gonadostimulines FSH et LH. Ainsi, l'ovaire non stimulé se met au repos. Il ne s'y produit ni ovulation ni maturation folliculaire, ni sécrétion hormonale. Grâce au composé progestatif on a une atrophie de l'endomètre qui devient impropre à la nidation et une modification de la *glaire* qui devient imperméable aux spermatozoïdes.

III.2.1.1. T TYPES DECONTRACEPTIFS ORAUX

Il existe plusieurs types de pilules contraceptives

III.2.1.1. A) PILULES ASSOCIEES

Ce sont des contraceptifs oraux dans lesquelles on donne simultanément un œstrogène et un progestatif. On en distingue trois variétés en fonction de leur concentration en ethynil-oestradiol.

1º Les pilules marco dosées (contenant plus de 50µg d'ethynil-etradiol)
2º les pilules normo dosées (contenant plus de 50µg d'ethyniletradiol)
3º les pilules micro dosées (contenant plus de 30µg d'ethyniletradiol)

Notons que malgré leur faible dosage, les micropilules inhibent efficacement l'ovulation et leur mode d'action est sensiblement identique à celui des associations à dosage plus élevé. Ces contraceptifs oraux sont théoriquement efficaces à 100%.

III.2.1.1. B) LA PILULE SEQUENTIELLE

Elle est exclusivement oestrogénique et on l'utilise durant la 1ère moitié du cycle pour être remplacé par la pilule associée donnée jusqu'à la fin du cycle. Un oubli en compromet l'efficacité. En plus, l'administration d'un œstrogène seul étant associé a un risque élevé de cancer de l'endomètre ; ce genre de pilule a été retiré du marché dans plusieurs pays.

III.2.1.1.C) LA PILULE A PROGESTERONE SEULE

Cette pilule n'agit pas sur l'ovulation mais sur la glaire cervicale qu'elle rend imperméable aux spermatozoïdes. Son efficacité est de 96 à100% (28). Mais un oubli en compromet également l'efficacité.

III.2.1.1.D) LA PILULE DU LENDEMAIN

Il s'agit d'une pilule de nature oestrogénique (très concentrée en œstrogène), administrée pendant les 2 à 3 jours suivant un rapport sexuel effectué en absence de contraception régulière, en vue d'empêcher la nidation de l'ovule fécondée.

Dans ces mêmes circonstances, one se sert également d'une pilule classique, mais à double dose. Cette méthode n'est cependant pas recommandée comme forme régulière de contraception, car elle n'est pas sans danger pour le fœtus.

III.2.1.2. LES EFFETS SECONDAIRES DES CONTRACEPTIFS ORAUX.

1º Une stimulation de l'appétit probablement lié à l'élévation de l'insulinémie qu'entraîne la prise du composé oestrogènique. Cet inconvénient reste possible même avec les micropilules.

2º La prise de poids : lorsqu'elle est progressive, elle est liée au pouvoir anabolisant des progestatifs. Quand elle est rapide, elle est alors attribuée au composé ostrogénique.

3º Une perte de poids probablement en rapport avec la pilule est souvent insignifiante.

4º Des troubles digestifs à type de nausées, vomissement sont quelquefois observées en début des prises. Le mieux serait de prendre ces comprimés (pilules) avant le repas du soir.

5º Des saignements génitaux de faible abondance. Ils sont transitoires

Cependant, des métrorragies survenant chez une femme sous oestroprogestatifs depuis plusieurs mois doivent faire craindre une hémorragie de privation, une cause organique ou une atrophie marquée de la muqueuse.

6º une aménorrhée

7º une tension mammaire : en rapport avec un mauvais état circulatoire veineux lié à la composante ostrogénique dominante.

8º Les jambes lourdes : cela survient surtout chez les femmes qui présentaient déjà un mauvais état circulatoire veineux.

9º Céphalées migraineuses (avec aura)

10º Trouble de la libido : diminution comme augmentation du désir sexuel ont été rapportés chez certaines femmes sous contraception orale.

11º Des perturbations hépatiques à types d'ictère cholestatique

12º Des Perturbations du métabolisme du glucose : bien qu'il soit difficile de prouver qu'elles sont en rapport avec un diabète sur contraception orale, quelques perturbations telles que:

- un accroissement de la résistance à l'insuline ;
- une baisse de la tolérance au glucose ;
- mais aussi une élévation de l'insuline sous la pilule ont été rapportées

13º Des effets cardiovasculaires

L'utilisation prolongée des contraceptifs oraux peut s'accompagner d'une augmentation légère mais significative de la tension artérielle (TA) qui disparaît à l'arrêt du traitement.

14º Des troubles de la lactation : les oestroprogestatifs peuvent entraîner une légère baisse du volume lacté chez les utilisatrices.

15º Le cancer : les oestroprogestatifs peuvent anticiper la progression d'un cancer préexistant. Ceci souligne l'intérêt d'un examen médical avant la mise sous contraception orale.

III.2.1.3. LES CONTRE-INDICATIONS A L'EMPLOI DES CONTRACEPTIFS ORAUX

III.2.1.3.1. LES CONTRE-INDICATIONS FORMELLES

- Le cancer du sein ;
- Tous les cancers des voies génitales ;
- Des fonctions hépatiques altérées ou antécédent récents de maladie hépatique ;
- Hémorragies génitales non diagnostiquées (étiologie inconnue) ;
- L'hyperlipidémie congénitale ;

Les antécédents ou signes de :

1º thromboses veineuses profonde ;

2º embolies pulmonaires ;

3º accidents vasculo-célébraux ;

4º rhumatisme articulaire aigu ;

5º varices (des membres) sévères ;

6ºmaladies cardio-vasculaires : HTA, diabète ancien compliqué de cardiopathie, etc.

III.2.1.3.2.LES CONTRE-INDICATIONS RELATIVES

Elles sont laissées à l'appréciation du médecin. Il s'agit entre autres de :

1) L'âge supérieur à 40 ans en général et >35 ans en cas de tabagisme associé ;
2) L' HTA modérée (< 16/10) ;
3) Les néphropathies chroniques sans HTA ;
4) Les antécédent d'éclampsie ;
5) L'épilepsie ;
6) La migraine ;
7) Le diabète sans complications vasculaires ;
8) Des antécédents d'oligo-aménorrhée ou de ménarche tardive chez une nullipare ;
9) La lactation de durée inférieure à 6 mois ;
10) Les antécédents de crise de dépression, ou de troubles du métabolisme biliaire.

III.2.2.LES PROGESTATIFS INJECTABLES (28,39,43)

III.2.2.1 TYPES PROGESTATIFS INJECTABLES

Il en existe deux grands types principaux :

a) Les contraceptifs injectables aux progestatifs seuls. Les plus couramment utilisés.

1° l'acétate de médroxyprogesterone retard (AMPR) : Chaque dose de 1 ml contient 150 µg d'AMPR, elle est administrée tous les trois mois

2° L'énanthate de noristérone (EN-NET) : Chaque dose de 1 ml contient 200 µg d'EN- NET, elle est administrée tous les deux mois.

b) les contraceptifs injectables combinés : ceux-ci contiennent un œstrogène à courte durée d'action et un progestatif à longue durée d'action. La préparation injectable est libérée lentement sur une période de 28 jours, à partir de l'emplacement d'injection. Une seule dose est administrée chaque mois.

Il en existe également deux types largement utilisés :

1° Le dépoprovera : il contient 25 µg d'acétate de médroxyprogesterone et 5 µg de cypionate d'oestradiol.

2º Le noristériat : il contient 50mg de noréthistérone et 5 µg de valérianate d'oestradion.

III.2.2.2. MECANISMES D'ACTION DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

Ces produits agissent principalement sur l'axe hypothalamo-hypophysaire et entraînent :

1º l'inhibition de l'ovulation

2º L'atrophie de l'endomètre qui devient impropre à la nidation

3º Une diminution du volume et un accroissement de la viscosité de la glaire cervicale formant ainsi une barrière aux spermatozoïdes.

III.2.2.3. AVANTAGES ET INCONVENIENTS DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

a) AVANTAGES

Les contraceptifs injectables ne contiennent pas d'oestrogènes avec leurs risques. *Ils* augmentent le volume et la durée de la lactation. Leur efficacité est comparable à celle de la pilule.

b) INCONVENIENTS

1) Une fois injecté, le produit ne peut pas retiré .

2) Perturbation du cycle menstruel : métrorragies, hyperménorrhée et aménorrhée sont parfois observées.;

3) Une stérilité temporaire ou définitive est possible après l'arrêt. C'est pourquoi, sauf sur choix éclairé, seulement espacer les naissances d'utiliser ces produits.

4) Une prise de poids, céphalées.

5) Eventuel pouvoir tératogène.

III.2.2.4. LES CONTRE- INDICATIONS DES CONTRACEPTIFS INJECTABLES

De façon globale, leurs contre-indications (relatives et absolues) sont celles des contraceptifs oraux.

III.2.3. LES IMPLANTS SOUS CUTANES (28)

Les implants sous cutanés aux progestatifs seuls sont insérés sous la peau et libèrent le progestatif à un rythme régulier, ce qui permet la libération de doses quotidiennes minimes pour obtenir l'effet contraceptif recherché.

III.2.3.1. TYPES D'IMPLANTS

Les trois marques d'implants cutanés disponibles sur le marché sont :

1º le Norplant constitués de six capsules

2º le Jadelle, constitué de deux bâtonnets

3º l'implanon composé d'un implant.

III.2.3.2. MODE D'ACTION DES IMPLANTS

Tout comme les autres contraceptifs aux progestatifs seuls, les implants fonctionnent selon deux mécanismes :

1º l'effet des progestatifs sur la glaire cervicale est le principal facteur qui entre dans l'efficacité contraceptive. La glaire devient moins abondante et plus visqueuse, ce qui empêche la pénétration du sperme.

2º les progestatifs agissent sur l'hypothalamus et sur l'hypophyse et suppriment le pic de LH responsable l'ovulation. Celle-ci bloquée dans au moins la moitié des cycles.

3º Dans la plupart des cas, l'endomètre montre des signes d'atrophie.

Toutefois, ce facteur ne contribue pas notablement à l'efficacité des implants aux progestatifs : en effet, les changements affectant la glaire cervicale et l'absence d'ovulation empêcheraient de toute façon la fécondation.

III.2.3.3. INCIDENTS POSSIBLES AVEC LES IMPLANTS

Certains signes peuvent emmener la cliente utilisatrice à consulter, c'est notamment :

1º douleur, écoulement purulent ou saignement au site d'insertion.

2º expulsion de l'implant

3º Saignement vaginal excessif

4º migraines d'apparition récente ou qui s'aggravent.

Dans tout les cas, les complications graves sont rares et ces incidents sont exceptionnels.

III.2.4. LES SPERMICIDES (28,24)

Ce sont des substances acides déposées au fond du vagin qui forment (dans ce cas) une porte de barrière chimique immobilisant les spermatozoïdes. Ils nécessitent pour être actifs 15 à 30 minutes d'attente après leur pose.

Employés seuls, ils sont peu fiables (échec dans 15 à 30% des cas), d'où considérés comme méthode complémentaire aux diaphragmes et aux condoms.

Enfin, il existe sous différentes formes (présentation) : comprimés effervescents, crème, mousse, ovules fondantes, capes solubles,...etc.).

III.2. 4. LES DISPOSITIFS INTRA UTERIN (DIU) OU STERILETS (28,23)

Théoriquement, le DIU représente un corps étranger quelconque inséré à demeure dans la cavité utérine pour empêcher la nidation. En pratique actuelle, les stérilets sont en matière plastique ou en cuivre.

Les 1ers stérilets étaient d'ailleurs de simples bouches en fils de soie naturel ou de métal. Les modèles actuels de diverses formes sont souples et conçus pour être placés dans un applicateur rigide et droit, ce qui facilite leur introduction dans la cavité utérine. Une fois en place, le DIU reprend sa forme d'origine.

III.2.4.1. TYPES DE DIU

Il en existe essentiellement deux types :

Les DIU « passifs » ou non médicamenteux

Les DIU « Actifs » qui diffusent une substance chimique

Il en existe de très nombreux modèles (DIU), les plus connus sur lesquels on dispose de données scientifiques sont : la boucle de lippe, le copper Z, le TCU-200 et 75, le TCU 220C, le TCU 380 A ; le multiload copper 250.

III.2.4.2. MODE D'ACTION DES DIU

La capacité du D.I.U. à éviter une grossesse résulte des mécanismes suivants :

1. Inhibition de la migration du sperme dans les voies génitales hautes.
2. Inhibition du transport de l'ovule
3. Inhibition de l'ovulation

En outre, le D.I.U. qui libère du lévenorgestrel entraîne une modification de la quantité et de la viscosité de la glaire cervicale, ce qui empêche la pénétration du sperme.

III.2.4.3. LE MOMENT DE L'INSERTION DU DIU

Le stérilet peut être inséré à n'importe quel moment du cycle si on a éliminé une grossesse. Cependant, la plupart des contracepteurs préfèrent installer le DIU pendant ou après les menstruations car : à ce moment l'insertion est plus facile (le col est entrouvert), puis l'hémorragie causée par la pince à col se confond avec le sang des règles et enfin on est sûr que la femme n'est pas enceinte.

III.2.4.4. LES CONTRE-INDICATIONS AU DIU

1°) Les contre-indications formelles sont :

- Le cancer du col ou du corps de l'utérus ;
- L'hémorragies génitales dont l'étiologie reste inconnue ;
- La suspicion d'une grossesse ;
- L'inflammation pelvienne aiguë (PID) ;
- Les antécédents de grossesse ectopique.

2°) Les contre-indications relatives sont :

Anémie, hémorragie, écoulement vaginal purulent, antécédent de l'inflammation pelvienne depuis la dernière grossesse, malformation congénitale ou acquise de l'utérus.

III.2.4.5 LES INCIDENTS POSSIBLES AVEC LE DIU

1° Risque d'expulsion.

2° Le risque de saignements.

3° La disparition des fils : elle traduit soit une expulsion, soit leur ascension à l'intérieur de la cavité utérine.

4° Le risque de perforation : ce risque comme celui de l'insertion dans la cavité abdominale sont exceptionnels

5° Les crampes ou les douleurs utérines

6° L'infection : Ce risque ne devrait pas exister si l'appareil est posé avec asepsie rigoureuse, et si au préalable, on a écarté préexistante.

7° La grossesse : La survenue d'une grossesse doit être considérée comme un échec de la méthode et non comme une complication. Cependant, il faut savoir qu'une grossesse sur stérilet est une grossesse à risque (50%) de ces grossesses se terminent par un avortement (26).

Celles-ci s'opposent à la rencontre spermatozoïde-ovule (diaphragme, condom, spermicide, douche vaginale, stérilisation).

III.3.LES METHODES DES BARRIERES (28)

III.3.0.DÉFINITION

Les méthodes barrières sont constituées d'obstacles mécaniques ou chimiques placés devant le col utérin pour empêcher les spermatozoïdes de pénétrer la glaire cervicale.Elles s'opposent à la rencontre spermatozoïde avec l'ovule. Elles comprennent :le diaphragme, les préservatifs et les spermicides.

III.3.1. LE DIAPHRAGME (31, 28)

Il s'agit d'une sorte de barrière mécanique à placer au fond du vagin et à tourner vers le col qu'il va couvrir pour empêcher le spermatozoïde de franchir le col utérin.

III.3.1.1.TECHNIQUE D'UTILISATION DU DIAPHRAGME

La pose doit se faire le moins longtemps possible avant le rapport sexuel. Et le diaphragme est gardé en place au moins 8 heures après le rapport sexuel.

III.3.1.2. AVANTAGES ET INDICATIONS DU DIAPHRAGME

1º Il n'interfère pas avec la physiologie cyclique de l'organisme.

2º Il joue le rôle de l'obstacle au passage du sang et par là permet les rapports sexuels durant les règles.

3º Il n'interfère pas avec l'allaitement.

4º Il ne nécessite pas la participation active du partenaire.

Il est indiqué pour les femmes chez qui les autres procédés sont inapplicables ou chez celles ayant des rapports espacés.

III.3.1.3. DESAVANTAGES ET CONTRE-INDICATIONS DU DIAPHRAGME

Les raisons qui empêchent l'utilisation du diaphragme sont essentiellement : les prolapsus génito-urinaire, les déchirures périnéales et les femmes dont la volonté ou le niveau intellectuel sont insuffisants. Le taux d'échec est de 8 à 30% (...).

Plusieurs faits en limitent par ailleurs l'utilisation :

1º Le coût élevé des crèmes et gelées spermicides,

2º les problèmes d'entretien du diaphragme chez les femmes qui n'ont pas accès facile à l'eau courante,

3º les difficultés de maintenir un approvisionnement suffisant,

4º la détérioration du caoutchouc par la chaleur de l'ébullition,

5º l'inélégance de la méthode qui fait que seules les femmes habiles l'essayent.

III.3.2. LE PRESERVATIF MASCULIN

C'est une gaine fine en latex, enroulée d'avance, qu'on déroule sur le pénis en érection, juste avant l'acte sexuel, de façon à recueillir le sperme lors de l'éjaculation pour empêcher les spermatozoïdes d'arriver à la glaire cervicale.

III.3.1.1.TECHNIQUE D'UTILISATION DU DIAPHRAGME

La pose doit se faire le moins longtemps possible avant le rapport sexuel. Et le diaphragme est gardé en place au moins 8 heures après le rapport sexuel.

III.3.1.2. AVANTAGES ET INDICATIONS DU DIAPHRAGME

1º Il n'interfère pas avec la physiologie cyclique de l'organisme.

2º Il joue le rôle de l'obstacle au passage du sang et par là permet les rapports sexuels durant les règles.

3º Il n'interfère pas avec l'allaitement.

4º Il ne nécessite pas la participation active du partenaire.

Il est indiqué pour les femmes chez qui les autres procédés sont inapplicables ou chez celles ayant des rapports espacés.

III.3.1.3. DESAVANTAGES ET CONTRE-INDICATIONS DU DIAPHRAGME

Les raisons qui empêchent l'utilisation du diaphragme sont essentiellement : les prolapsus génito-urinaire, les déchirures périnéales et les femmes dont la volonté ou le niveau intellectuel sont insuffisants. Le taux d'échec est de 8 à 30% (...).

Plusieurs faits en limitent par ailleurs l'utilisation :

1º Le coût élevé des crèmes et gelées spermicides,

2º les problèmes d'entretien du diaphragme chez les femmes qui n'ont pas accès facile à l'eau courante,

3º les difficultés de maintenir un approvisionnement suffisant,

4º la détérioration du caoutchouc par la chaleur de l'ébullition,

5º l'inélégance de la méthode qui fait que seules les femmes habiles l'essayent.

III.3.2. LE PRESERVATIF MASCULIN

C'est une gaine fine en latex, enroulée d'avance, qu'on déroule sur le pénis en érection, juste avant l'acte sexuel, de façon à recueillir le sperme lors de l'éjaculation pour empêcher les spermatozoïdes d'arriver à la glaire cervicale.

III.3.2.1.LES MÉCANISMES ET LA DURÉE D'ACTION

- Il retient le sperme.
- Il empêche la dissémination du sperme dans le vagin après l'éjaculation.
- Il assure une double protection en empêchant la fécondation et la transmission des IST et du VIH.
- Il peut être utilisé en plus d'une autre méthode contraceptive pour se protéger des IST et du VIH.

III.3.2.2.LES CRITÈRES DE QUALITÉ

- Efficacité : bonne si les méthodes sont bien utilisées, excellente si on associe deux méthodes (exemple : spermicides + condom).
- Sécurité : toxicité nulle.
- Tolérance : rares effets secondaires (picotements, irritabilité, chaleur, écoulements, allergies possibles).
- Acceptabilité : bonne, mais exige des manipulations avant les relations sexuelles ;interfère avec la spontanéité des rapports sexuels.
- Continuité : variable, faible si mauvaise acceptation.

III.3.2.3.LA REVERSIBILITE

Elle est totale. Notons que le condom est la seule méthode contraceptive qui protège en même temps contre la grossesse non désirée et la transmission des IST / VIH.

III.3.2.4. LES AVANTAGES DU PRÉSERVATIF MASCULIN

- Sans danger, sûr et efficace.
- Il est le seul contraceptif masculin réversible.
- Offre un moyen occasionnel de contraception.
- Double protection (grossesse, IST et VIH).
- Facile à utiliser et facile à abandonner.

- Pratiquement dépourvu d'effets secondaires (à l'exception de l'allergie au latex qui est rare).
- Efficacité immédiate.
- Ordinairement peu coûteux.
- Permet aux hommes de partager plus de responsabilités dans la PF.
- Aidecertains hommesqui ont une éjaculation précoce à maintenir l'érection.
- Ne nécessite aucun examen ni contrôle médical.

III.3.2.5.LES INCONVÉNIENTS DU PRÉSERVATIF MASCULIN

- Nécessite la coopération de la partenaire.
- Peut interférer avec l'activité sexuelle ou réduire le plaisir.
- Se détériore rapidement quand les conditions de conservation sont mauvaises.
- Allergies rares au latex.
- Discrétion limitée.

III.3.3. LE CONDOM FÉMININ (*FÉMIDOM*)

III.3.3.1.DESCRIPTION

C'est un tube plasticen polyuréthane à la fois mince, doux et amorphe, qui vient au contact de la muqueuse vaginale. Il présente deux anneaux flexibles : l'un interne qui sert à insérer et maintenir le côté fermé du préservatif dans le vagin; l'autre externe demeure hors du vagin et couvre les parties génitales externes. Comme ce préservatif est en polyuréthane, on peut l'employer avec tous les produits lubrifiants sans risque de le fragiliser. Il peut être mis en place jusqu'à huit heures avant le rapport sexuel.

N.B. :Les préservatifs masculins et féminins protègent contre les grossesses non désirées et la transmission des IST et du VIH.

III.3.3.2.LES AVANTAGES DU PRÉSERVATIF FÉMININ

- Sensation moins atténuée qu'avec le préservatif masculin en latex.
- Meilleure protection (recouvrement des parties génitales internes et externes).
- Plus pratique (insertion possible avant l'acte sexuel).
- Plus résistant (résistance du polyuréthane supérieure à 40% à celle du latex).
- Doubleprotection : protège contre la grossesse non désirée et les IST /VIH.
- Pas d'effets secondaires, aucune réaction allergique.

III.3.3.3.LES INCONVÉNIENTS DU PRÉSERVATIF FÉMININ

- Difficulté d'insertion et de retrait.
- Nécessite la coopération du partenaire.
- Coûteux, donc non disponible à volonté.

III.3.3.4.LES INDICATIONS

- Les femmes pour qui toutes les autres méthodes sont contre-indiquées ou indisponibles.
- Les couples qui désirent une contraception de courte durée ou occasionnelle.
- Les adolescent(e)s.
- Les femmes en attente d'une autre méthode.
- Les femmes qui désirent une méthode d'appoint en complément à une autre méthode : ex. condom + spermicide.
- Les couples qui désirent une protection contre les IST et le VIH (double protection).

III.4. LES METHODES DEFINITIVES (23,24)

Les méthodes définitives les plus largement utilisées sont : la ligature des trompes et la vasectomie. La Vasectomie et Ligature des Trompent consistent à supprimer, de manière définitive toute possibilité de grossesse.

Au sens strict du terme, elles ne font pas partie des méthodes contraceptives, lesquelles concernent seulement les méthodes qui assurent cette protection de manière temporaire et réversible donc qui laissent à la femme la possibilité d'avoir à nouveau des enfants, s'elle le désire ; après avoir abandonné la méthode.

Cette contrainte en réduit l'acceptabilité bien que ne modifiant pas le comportement surtout sexuel et malgré sa commodité dans la limitation des naissances. Cette méthode est surtout proposée aux grandes multipares.

CHAPITRE IV : CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

IV.1. NATURE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une évaluation de la connaissance et de la pratique des méthodes contraceptives par les étudiants de l'U.B ainsi que leurs attitudes à l'égard du planning familial. Notre étude est prospective (période du 1er au 31 Mars 2006) et transversale. Elle porte sur les étudiants de l'U.B inscrits aux rôles et aux cours durant l'année académique 2004-2005.

IV.2. POPULATION CIBLE DE L'ENQUETE

La population cible de notre enquête est constituée par les 8000 étudiants de l'U.B de l'année académique 2004-2005.

Par définition, la population d'enquête ou l'univers d'enquête est comme le souligne MUCHIELLI (44), l'ensemble du groupe humain concerné par les objectifs de l'enquête. C'est dans cet univers que sera découpé notre échantillon.

Selon DELANDSHEERE (45), échantillonner c'est choisir un nombre limité d'individu, d'objet ou d'événement dont l'observation permet de définir ou de tirer des conclusions applicables à la population entière à l'intérieur de laquelle le choix a été fait. Pour le même auteur, les facteurs qui déterminent le choix de la technique d'échantillonnage sont les suivants :

1º la population à étudier (sa structure),

2º les objectifs de l'étude,

3º le degré de précision souhaité pour les résultats,

4º enfin, le temps et les moyens dont on dispose.

L'échantillonnage est selon Robert Mayer et Francine Quellet (46) nécessaire en recherche pour deux raisons :

a) La population à étudier est généralement trop grande et il devient impensable d'interroger tout le monde (les personnes qui la composent)
b) Certaines lois mathématiques nous enseignent qu'il n'est pas indispensable d'interroger tous les individus dans la population afin de connaître l'opinion générale (47).

Le choix de l'U.B ainsi que les strates a été motivé par plusieurs hypothèses :

1º l'U.B. est la seule publique et accueille par conséquent les étudiants de plusieurs tendances, venant de tout le pays.

2º à l'entrée à l'U.B, l'étudiant est, du point de vue attitudes à l'égard du planning familial proche de ses frères de l'école secondaire que son aîné finaliste.

3º à la sortie de l'U.B, l'étudiant a eu le temps de mixer sa formation universitaire avec les images et les idées qu'il avait à l'entrée dans cette institution.

IV.3. METHODES D'ECHANTILLONNAGE

Pour déterminer l'échantillon de notre étude nous avons procédé à la division de la population cible en trois strates :

Les premières années, les finalistes, le reste (classes montantes). Mais notre étude s'est intéressée sur les deux premières strates. Concernant le choix des étudiants à interroger et leurs caractéristiques, à l'intérieur de chaque strate, nous avons utilisé la technique de tirage systématique aléatoire. La méthode consiste à tirer à partir d'une liste numérotée par ordre d'objets ou d'individus (ici l'ordre alphabétique indépendamment des filières de formation) constituant l'échantillonnage jusqu'à obtenir le nombre souhaité (ici le $10^{ème}$ de chacune des deux strates).

Selon Mayer et al.(46), voici la façon dont procède ce type d'échantillonnage :

1º Etape : Déterminer le nombre d'individus, autrement dit la population mère(N) ici : 2820 ($1^{ère}$ année) et 1050 finaliste) étudiants inscrits aux rôles et au cours durant l'année académique 2004-2005 chaque strate étant prise séparément.

2º Etape : Déterminer la taille de l'échantillon (n). Ici : le dixième de la strate soit :

Strate 1 : 105 étudiants sur 1050 finalistes

Strate 2 : 282 étudiants sur les 2820 des premières années soit un total de 387 sur 1050+2820 = 3870 tirées parmi les 8000 étudiants de l'U.B.

3º Etape : Diviser le nombre total par le nombre désiré pour déterminer le procédé de choix d'unités. Le nombre obtenu indiquera la périodicité de chacune des unités, on l'appellera « pas statistique ».

4º Etape : Tirer au sort un chiffre entre 1 et N/n qui servira de point de départ

5º Procéder à l'échantillonnage systématique jusqu'à la fin de la liste

En appliquant cette méthode, nous avons 105 étudiants parmi les 1050 finalistes, et 282 étudiants parmi les 2820 des premières années.

IV.4. INSTRUMENT DE COLLECTEES DES DONNEES

Au vu de l'ampleur des questions abordées et dans le contexte de la culture rundi, notre choix a porté sur un questionnaire écrit :

Selon MUCHELLI (44), un questionnaire écrit est un document auquel l'enquêté répond par écrit.

Et selon Albou (48) questionner quelqu'un c'est chercher à obtenir des renseignements sur ce qu'il pense ou ressent c'est-à-dire croit, admire, redoute ou blâme et avec lui-même de son comportement.

IV.4.1. A) AVANTAGES DU QUESTIONNAIRE ECRIT

Selon R. DAVAL (47) les avantages du questionnaire écrit sont les suivants :

1) la méthode par questionnaire se prête au traitement statistique avec beaucoup plus de rigueur, car il peut être remis dans les mêmes conditions précédemment.

2) le questionnaire montre l'ordre logique des questions qui sont choisies en fonction de l'objectif poursuivi :

D'abord c'est un outil d'usage facile quand on a à faire une population d'enquête ayant atteint un certain niveau d'instruction.

3) Ensuite, le questionnaire permet à l'enquêté de bien fléchir sur ce qu'il va répondre. Cela offre au sujet l'occasion de répondre en toute quiétude. En d'autres termes, l'analyse n'est pas remise en cause.

4) La méthode par le questionnaire minimise le risque d'erreurs d'interprétation par l'interviewé.

IV.4.2. B) LES INCONVENIENTS DE CET OUTIL

Selon toujours DAVAL (47), le questionnaire présente quelques inconvénients qu'il imposte de relever :

1º il risque de provoquer des réponses stéréotypées et il n'atteint que des réponses mauristes.

2º Selon DELENDSHEERE (45), le questionnaire écrit est un instrument peu fidèle surtout quand il s'agit d'opinion.

Malgré tous ces inconvénients, notre choix a porté sur cet instrument pour avoir des informations relatives aux caractéristiques de la population cible de notre enquête. Ces informations portent essentiellement sur : la faculté 'ou institut), l'âge, le sexe, l'état-civil ; le lieu de naissance (Bujumbura ou ailleurs), la religion, le lieu de résidence (interne ou externe) et la famille d'origine qui sont des variables critères de notre étude.

Le questionnaire a été élaboré avec l'aide de notre directeur de thèse et du directeur technique de l'institut d'études et des statistiques du Burundi (ISTEEBU) (habitués à mener de telles enquêtes) et à été testé à la faculté de psychologie et sciences de l'éducation (FPSE).

Mais vu la nature du problème abordé (parler de sa vie sexuelle n'est pas chose courante au Burundi) nous avons préféré :

a) garantir l'anonymat aux l'enquêtés de la manière suivante :

1º Le questionnaire était précédé par des consignes.

2º Aucune adresse précise (sauf quelques renseignements relatifs aux variables critères de notre étude) n'a été demandée.

3º Le questionnaire était chaque fois accompagné d'une enveloppe sac vierge (qui ne portait aucune autres mention que la classe, le sexe, la faculté ou institut de l'enquêté(e).

4ºAprès avoir complété le questionnaire, l'enquêté(e) devrait fermer l'enveloppe lui-même (ou elle-même) et avait le choix entre remettre l'enveloppe au délégué de sa classe ou nous l'envoyer directement (notre adresse lui était donnée).

5º Avant de distribuer le questionnaire, les étudiants bénéficiaient d'une brève présentation des objets de notre étude ;(nous y étions aidés par les délégués des classes).

b) donner un caractère progressif aux questions pour les raisons de mise en confiance étant donné le caractère délicat du sujet abordé.

c) Le questionnaire comprenait quatre parties (voir en annexe).

La 1ère partie cherchait à connaître les caractéristiques de l'enquêté(e) (les variables critères de l'étude).

La seconde cherchait à connaître le degré de connaissance des méthodes contraceptives dans la *population* cible, les principales sources d'informations, les méthodes les plus connues ainsi que les principaux motifs d'utilisation.

La 3ème cherchait à connaître les différentes attitudes des enquêtés (es) face aux questions relatives à la démographie du Burundi, à la régulation des naissances et à l'éducation relative à la santé sexuelle et reproductive dans notre pays.

Enfin, la 4ème et dernière partie traitait de la pratique des méthodes contraceptives dans la population. Elle cherchait à connaître le taux d'utilisation de ces méthodes, les principales sources d'approvisionnement et d'apprentissage à l'utilisation de ces méthodes.

IV.5. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION DANS L'ETUDE

IV.5.1. CRITERES D'INCLUSION

A été inclus dans notre étude tout étudiant de la classe cible (terminales et premières années) présent(e) et inscrit(e) au rôle et au cours de la période de notre enquête.

IV.5.2. CRITES D'EXCLUSION

1ºEtre étudiant à l'Université du Burundi pendant la période de l'enquête mais dans les classes autres que terminales ou les premières années.

2º Avoir abandonné les études (raisons multiples) durant la période qui précède notre étude alors qu'au début de l'année académique 2004-2005 ils étaient inscrits. Ces étudiants n'étaient donc pas enquêtés (ni repris dans les listes).

IV.6. PROCEDURE DE COLLECTE DES DONNEES

Avant de distribuer le questionnaire, et d'avoir accès à la documentation de notre travail nous nous sommes adressés au décanat de la faculté de médecine qui nous a délivré une attestation de fréquentation qui attestait que nous sommes entrain de préparer une thèse de médecine générale. Nous nous sommes ensuite adressés avec l'attestation respectivement :

A la direction des services académiques et au service des étudiants de l'UB pour avoir accès aux différents effectifs des étudiants inscrits au rôle et au cours.

A la direction de l'ISTEEBU (Institut des Etudes Economiques et Statistiques du Burundi) pour avoir accès à leurs données sur les enquêtes antérieures. A la direction du Programme National de la Planification de la Santé Reproductive au Burundi (PNSR) ainsi qu'au Bureau National de l'Association Burundaise pour le Bien Etre Familial (ABUBEF) pour avoir accès à leurs données statistiques.

Enfin, nous nous sommes adressés aux différents délégués de classes concernées par l'étude puis aux étudiants des classes respectives pour créer la bonne ambiance de notre enquête.

Les délégués de ces classes nous ont ensuite aidé dans la collecte des enveloppes fermées (pour ceux qui le voulaient, notre adresse était présentée sur la page des consignes du questionnaire, ils (elles) pouvaient les envoyer directement chez nous (eux-mêmes ou par quelqu'un d'autres).

IV.7. DIFFICULTES RENCONTREES

Tout travail de recherche exige du chercheur, un goût de l'effort et de retenu face aux multiples difficultés qu'il éprouve.

En ce qui nous concerne, nous avons rencontré ce genre de difficultés. Nous nous sommes essentiellement heurtés à trois obstacles majeurs :

1º Les problèmes liés à l'insuffisance des ressources financières.

2º Les problèmes liés à la disponibilité de nos personnes ressources.

Ces dernières étaient occupées par les sessions (pour la plupart) durant le mois de l'enquête.

3º notre santé phys que : nous avons été pour des raisons de santé obligé d'interrompre le dépouillement durant tout un mois (Août 2006).

IV.8. STYLE BIBLIOGRAPHIQUE

Le style bibliographique utilisé est celui de Vancouver (numérique). Dans ce système, les références sont numérotées selon l'ordre d'apparition dans le texte sans se soucier de l'alphabet. Lorsqu' une référence est citée plusieurs fois, elle garde la même numérotation. Ce système est souvent adopté par les revues de la langue anglaise et est recommandé aussi pour les publications biomédicales.

IV.9. DEPOUILLEMENT ,SAISIE ,TRAITEMENT DES TEXTES ET DES TABLEAUX

Le depouillement a ete manuel a l,aide d,une calculatrice. La saisie a ete effectuee dans le logiciel Word 2003 ,les tableaux ont ete traites dans le logiciel Excel 2000.

V.10. ANALYSE DES RESULTATS

L'analyse des resultats a été effectuée à l'aide du test khi carré de Pearson. Ce test est une méthode qui sert à vérifier des hypothèses se rapportant à la distribution des fréquences. Ici, on veut mesurer la distance ou l'écart entre 2 séries de fréquence: une série de fréquences observées d'une part et une série de fréquences théoriques d'autre part.

Conventionnellement, le seuil de signification p est de 0,05.Ainsi, seules les valeurs de p inférieures à 0,05 seront considerées statistiquement significatives.

Les hypothèses statistiques peuvent s'énoncer ainsi:

- H0 (hypothèse nulle) selon laquelle les obsérvations suivent la distribution théorique spécifiée
- H1(hypothèse non nulle) selon laquelle les obsérvations du phénomène observé ne suivent pas la distribution théorique spécifiée.

$$\text{Khi carré} = \frac{\Sigma(Foi-Fti)2}{FTi}$$

Avec Fo=fréquence observée,

Fti=fréquence théorique = $\frac{\text{total de la ligne x total de la colonne}}{\text{Le grand total}}$

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

V.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

a) leurs filières de formation

Tableau 3: **Répartition des enquêtes selon les filières de formation**

Faculté/institut	Effectifs	Pourcentage
DROIT	24	6.2%
FACAGRO	4	1,0%
FLSH	65	16.7%
EPSE	37	9.5%
FSEA	44	11,3%
IEPS	6	1,5%
IPA	57	14,7%
ISA	11	2,8%
ISCO	54	13,9%
ITS	36	9,3%
MEDECINE	22	5,6%
SCIENCES	27	6,9%
TOTAL	387	100%

Certaines filières sont plus représentées que d'autres.

b) leur sexe

Tableau 4: **Répartition des enquêtés selon le sexe**

Sexe de l'enquêté(e)	Effectifs	Pourcentage
Sexe féminin	106	27,4%
Sexe masculin	281	72,6%
TOTAL	387	100%

Le Sex-ratio est de 2.6 en faveur du sexe masculin.

a) leur âge :

Tableau 5: **Répartition des enquêtés selon leur âge**

Age (en années)	Effectifs	Pourcentage
20 à 25	213	55.03%
26 à 30	158	40.82%
31 à 35	15	3.87%
35 à 40	1	0.2%
Total	387	100

Moyenne est de 25.8 ans avec des extrêmes allant de 20 à 40 ans.

c) leur état-civil

Tableau 6: **Répartition des enquêtés selon l'état-civil**

Etat civil	effectifs	Pourcentage
Célibataires libres	273	40,2%
Fiancés	89	22,9%
Mariés	25	6,4%
Total	387	100%

Le taux de mariage dans l'échantillon est de 6.4%.

b) leur résidence

Tableau 7: **Répartition des enquêtés selon leur résidence**

Résidence	Effectifs	Pourcentage
Externes	206	53,3%
Internes	181	46.7%
Total	387	100%

Plus de 50 % ne vivaient pas dans les campus

f) leur lieu de naissance

Tableau 8: **Répartition des enquêtés selon leur lieu de naissance**

Lieu de naissance	Effectifs	Pourcentage
Nés à Bujumbura	57	14,7%
Nés ailleurs	330	84,8%
Total	387	100%

La grande majorité des enquêtés étaient né ailleurs que Bujumbura-Mairie.

g) leur religion :

Tableau 9: **Répartition des enquêtés selon leur religion**

Religion	Effectifs	Pourcentage
Catholiques	298	76,6%
Protestants	74	19,0%
Musulmans	7	1 ,8%
Autres	8	0,6%
Total	387	100%

Les catholiques dominent notre échantillon suivis.

h) la taille de la famille d'origine

Tableau 10 : **Répartition des enquêtés selon la taille de la famille d'origine**

Nombre d'enfants au total	Effectifs	Pourcentage
1 à 5	99	25.58
6 à 10	245	63.30
11 à 15	40	10.33
16 à 20	2	0.51
20 à 25	1	0.25

La moyenne est de 7.38 enfants avec des extrêmes allant de1 jusqu'à 25

i) Selon le rang de naissance dans la famille d'origine

Tableau 11: **Répartition des enquêtés selon leur rang de naissance dans leurs familles respectives**

Rang de l'enquêté	Effectifs	Pourcentage
1 à 5	307	79.32
6 à 10	75	19.37
11 à 15	4	1.03
16 à 20	1	0.25
TOTAL	387	100

Le rang moyen est de 4.6 avec des extrêmes allant jusqu'à 20.

V.2. LES ATTITUDES

V.2.1. La famille idéale des enquêtés

La taille moyenne de la famille idéale de nos enquêtés est de 4.9 enfants.

2.1. a) Influence du sexe sur la taille moyenne de la famille idéale

Tableau 12: **La taille de la famille idéale de nos enquêtés selon le sexe**

Nombre d'enfants souhaités	Sexe féminin	Sexe masculin	Total	Pourcentage
de 1 à 3	5	21	26	6.7%
de 4 à 6	90	240	330	87.9%
De 7 à 9	9	12	21	5.4%
Total ayant répondu	104	273	377	97.4%

Ici deux enquêtés se sont abstenu de répondre à la question.

K^2 calculé = 3,35 ; (ddl=2)

K^2 théorique= 5.99 ; (ddl=2) p> à 0,05

La différence n'est pas statistiquement significative

2.1. b) Influence de l'état civil sur la taille de la famille idéale (la différence n'est pas statistiquement significative)

Tableau 13: **La taille de la famille idéale selon l'état civil**

Nombre d'enfants souhaités	Célibataires	fiancés	Mariés	Total
De 1 à 3	17	6	3	26
De 4 à 6	234	76	20	330
De 7 à 9	14	5	2	21
Total ayant répondu	265	87	25	377

K^2 calculé = 1.49 (ddl=2)

K^2théorique=9.48 (ddl=2 ; α=0.05) p> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.1. c) Influence de la religion sur la taille de la famille idéale

Tableau 14: **La taille de la famille idéale selon la religion**

Nombre d'enfants souhaités	Catholiques	Protestants	Musulmans	Autres ou sans	Total
De 1 à 3	18	5	3	0	26
De 4 à 6	259	60	3	8	330
De 7 à 9	14	6	1	0	21
Total ayant répondu	291	71	7	8	377

K^2 calculé = 20.07 (ddl=6) α= 0,05 (ddl=6) k^2 théorique=10,640 (ddl=6) ,p>> à 0,05,la différence est statistiquement significative.

2.1. d) Influence de la résidence sur la taille de la famille idéale

Tableau 15 : **La taille de la famille idéale selon la résidence.**

Nombre d'enfants voulus	Internes	Externes	Total
De 1 à 3	12	14	26
De 4 à 6	178	152	330
De 7 à 9	12	9	21
Total ayant répondu	201	175	377

K^2 calculé = 0.65 (ddl=2) k^2 théorique=5.99 (ddl=2; α= 0,05);p>> à 0,05,différence n'est pas statistiquement significative.

2.1. e) Famille idéale selon la taille de la famille d'origine (la différence n'est pas statistiquement significative).

Tableau 16: **La famille idéale selon la famille d'origine.**

Nombre d'enfants voulus	1 à 5enfants dans sa famille	6 à 10 enfants dans sa famille	>10 enfants dans sa famille	Total
De 1 à 3	2	16	8	26
De 4 à 6	44	195	91	330
De 7 à 9	3	8	10	21
Total	49	219	109	377

K^2 calculé = 4,42 (ddl=4)

K^2 théorique= 9.48 (ddl=4 α= 0,05) ; p>> à 0,05,la différence n'est pas statistiquement significative.

2.1. f) Famille idéale selon le rang de l'enquêté(e) dans sa famille

Tableau 17: **Famille idéale selon le rang de l'enquêté(e) dans sa famille**

Nombre d'enfants voulus	1 à 5	6 à 10	>10	Total
De1 à 3 enfants	13	8	5	26
De 4 à 6 enfants	198	92	40	330
De 7à 9	9	4	8	21
Total ayant répondu	220	104	53	377

K^2 calculé = 11,89 (ddl=4)

K^2 théorique= 9.49 (ddl=4 α= 0,05) ; p< à 0,05 la différence est statistiquement significative.

2.1. g) La famille idéale selon la tranche d'âge

Tableau 18 : **La famille idéale selon la tranche d'âge**

Nombre d'enfants voulus	20-24 ans	25-29 ans	30-34 ans	>34 ans	Total
De 1 à 3	8	12	6	0	26
De 4 à 6	136	162	30	2	330
De 7 à 9	11	8	2	0	21
Total	155	182	38	2	377

K^2 calculé = 6,76 (ddl=6)

K^2 théorique=12. 59 (ddl=6 α= 0,05) ;p>> à 0,05 ,la différence n'est pas statistiquement significative.

2.1.h) Famille idéale selon la classe de l'enquêté (e)

Tableau 19: **Famille idéale selon la classe de l'enquêté (e)**

Nombre d'enfants voulus	1ères années	Finalistes	Total
1 à 3	12	14	26
4 à 6	252	78	330
7 à 9	18	3	21
Total	282	95	377

K^2 calculé = 13.04 (ddl=2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl=2), p<à 0, 05 la différence est statistiquement significative.

V.2.2 INTERVALLE IDEAL ENTRE DEUX NAISSANCES

La moyenne pour les deux sous population est de 32.7 mois.

2.2.a) Intervalle idéal selon le sexe:

Tableau 20 : **Intervalle idéal selon le sexe**

Intervalle souhaité	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
12 à 24 mois	3	4	7
25 à 36 mois	87	220	307
37 à 48 mois	14	41	55
Total ayant répondu	104	265	369

K^2 calculé = 0.92 (dd=2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl =2 ; α =0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.2. b) Intervalle idéal selon la taille de la famille d'origine

Tableau 21: **Intervalle idéal selon la taille de la famille d'origine**

Intervalle souhaité	0 à 5 Enfants	6 à 10 enfants	Plus de 10 Enfants	Total
12 à 24 mois	2	4	1	7
25 à 36 mois	38	179	90	307
3 7 à 48 mois	7	31	17	55
Total ayant répondu	47	214	108	369

K^2 calculé =2.21 (ddl =4)

K^2 théorique = 9.48 (ddl =4 α =0.05). p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.2 c) Intervalle idéale selon la religion

Tableau 22 : **Intervalle idéale selon la religion**

Intervalle	catholiques	protestants	musulmans	autres	Total
12 à 24 mois	7	0	0	0	7
25 à 36 mois	242	60	4	1	307
3 7 à 48 mois	41	12	2	0	55
Total	290	72	6	1	369

K^2 calculé = 4.19 (ddl : 6)

K^2 théorique = 12.59 (ddl : 6 ; α = 0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.2. d) Intervalle idéale selon la classe

Tableau 23 : **Intervalle idéale selon la classe**

Intervalle	1ères années	Finalistes	Total
12 à 24 mois	5	2	7
25 à 36 mois	222	85	307
3 7 à 48 mois	37	18	55
Total	264	105	369

K^2 calculé = 0.56 (ddl =2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl = 2 ; α = 0.58.) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.3. Désir de plus d'information à propos des méthodes contraceptives

Tableau 24: **Désir de plus d'information selon la religion**

	Catholiques	Protestants	Musulmans	Autres	Total
Oui	272	66	6	1	345
Non	9	3	0	0	22
Total ayant répondu	281	69	6	1	367

K^2 calculé =0.45 (ddl =3)

K^2 théorique =7.81 (ddl =3 ; α =0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.3. b) désir d'information selon l'état civil

Tableau 25 : **Désir d'information selon l'état civil**

Voulez-vous encore d'informations sur ces méthodes ?	Célibataires libres	Fiancés	Mariés	Total
Oui	241	84	20	345
Non	17	1	4	22
Total	258	85	24	367

K^2 calculé = 8.54 (ddl =2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl =2 ; α = 0.05),p< à 0,05 la différence est statistiquement significative.

2.2. Lieu souhaité pour avoir l'information

Les lieux souhaités sont par ordre décroissant : l'hôpital (26.9%), les homes des campus (24.8 %), l'ABUBEF (19.8%) et les auditoires (19.2%). Le centre de santé n'est choisi qu'en 6ème position derrière l'église de l'enquêté (e).

2.3. a) lieu souhaité selon l'état civil

Tableau 26 : **Lieu souhaité selon l'état civil**

Lieu souhaité	Célibataires Libres	Fiancés	Mariés	Total
A l'hôpital	60	18	9	87
ABUBEF	41	18	5	64
Auditoires	46	14	2	62
Au campus	62	16	2	80
A l'église	10	3	0	13
Au centre de santé	6	5	0	11
Total ayant répondu	225	74	18	317

K^2 calculé = 12.04 (ddl = 10)

K^2 théorique = 18.31 (ddl =10 α = 0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.4. b) Lieu souhaité selon la religion

Tableau 27 : **Lieu souhaité selon la religion**

Lieu souhaité	Catholiques	Protestants	Musulmans	Autres	Total
Hôpital	70	15	2	0	87
Au campus	63	15	1	1	80
ABUBEF	54	9	1	0	64
Auditoires	51	10	1	0	62
A l'Eglise	6	7	0	0	13
Au centre de santé	8	3	0	0	11
Total ayant répondu	252	59	5	1	317

K^2 calculé = 15.93 (ddl = 18)

K^2 théorique = 28.86 (ddl = 18 ; α =0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.4. c) Lieu souhaite selon la résidence

Tableau 28 : **Lieu souhaité selon la résidence**

Lieu souhaité	Externes	Internes	Total
A l'hôpital	45	42	87
Au campus	46	34	80
A l'ABUBEF	33	31	64
A l'auditoire	34	28	62
A l'Eglise	5	8	13
Au centre de santé	8	3	11
Total ayant répondu	171	146	317

K^2 calculé = 3.60 (ddl =6)

K^2 théorique=12.59 (ddl =6 ; α = 0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.5. Informateurs souhaités dans l'acquisition de cette information

Les informateurs souhaités sont par ordre décroissant : un médecin (77.6%), quelqu'un détaché au campus à cette fin (8.7%), un (e) infirmier(e) n'est choisi (e) qu'en dernière position derrière un homme ou une femme d'église, ou quelqu'un d'autres que ceux précédemment cités.

2.5. Informateur souhaité selon le sexe :

Tableau 29: **Informateur souhaité selon le sexe (la différence n'est pas statistiquement significative)**

Formateur voulu	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
Un médecin	71	175	246
Quelqu'un détaché au campus	8	20	28
Agent d'une église	5	11	16
Un infirmier	3	9	12
Autres (enseignants)	5	10	15
Total	92	225	317

K^2 calculé = 1.47 (ddl =4)

K^2 = théorique = 9.49 (ddl = 4 ; $\alpha = 0.05$). p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

2.5. b) informateur souhaité selon l'état civil :

Tableau 30 : **Informateur souhaité selon l'état civil**

Formateur	Célibataires libres	Fiancés	Mariés	Total
Un médecin	165	67	14	246
Quelqu'un détaché au campus	21	7	0	28
Agent d'église	14	2	0	16
Un infirmier	7	2	3	12
Autres	11	2	2	15
Total	218	80	19	317

K^2 calculé = 8.52 (ddl = 8)

K^2 théorique = 18.30 (ddl = 8 ; α = 0.05); p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

V.2.6 DECIDEUR DANS LA REGULATION DES NAISSANCES

2.6.1. Au niveau des ménages

A la question de savoir qui prend la décision de réguler les naissances dans le ménage 100% des interrogés nous ont répondu que c'est une décision qui se prend à deux (le mari et son épouse).

2.6.2 A l'échelon national (décideur en général)

Tableau 31 : **décideur selon le sexe**

Décideur	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
Le gouvernement	27	83	110
Les intellectuels	12	31	43
Les non instruits	3	13	16
Tous les trois	54	136	190
Total ayant répondu	96	263	359

K^2 calculé = 1.02 (ddl =3)

K^2 théorique = 7.81 (ddl = 3 ; α = 0.05) p>> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

V.2.7. ATTITUDES FACE AU SEXE DES ENFANTS A NAITRE

Tableau 32 : **Prêt à changer la taille idéale selon la classe**

Êtes-vous prêt à changer la taille idéale de votre famille d'origine si le sexe des enfants n'est pas celui souhaité	Finalistes	Premières années	Total
Oui	8	69	77
Non	77	158	235
Total	85	227	312

Ici 75 enquetes se sont abstenu de repondre à la question.Mais 77/387 enquetés soit 19,8% sont prêts a revoir la taille de leur famille ideale si le sexe des enfants eu n'est pas celui souhaité

K^2 calculé = 7.03 (ddl =1)

K^2 théorique = 5.99 (ddl = 1 ; α = 0.05) ; p< à 0,05 la différence est statistiquement significative.

V.2.8. Conséquences estimées de la régulation des naissances sur la sante des mères et des enfants

Q : Pensez-vous que l'absence de la régulation des naissances a des Conséquences ?

a) Sur la santé de la mère ?

Tableau 33: **Conséquences de la non régulation des naissances sur la santé de la mère selon la classe**

Sur la santé des mères ?	Finalistes	Les premières	Total
Oui	20	83	103
Non	0	2	2
Total	20	85	105

K^2 calculé = 0.97 (ddl =1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl = 1 ; α = 0.05) ; p> à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

b) sur la santé des enfants ?

Tableau 34 : **Conséquences de la non régulation des naissances sur la santé des enfants selon la classe**

Sur la santé des enfants ?	Finalistes	Premières années	Total
Oui	22	110	132
Non	0	2	2
Total	22	112	134

K^2 calculé =0.37 (ddl = 1)

K^2 théorique =3.84 (ddl =1 ; α = 0.05) ; p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

V.2.9. Les échanges sur le planning Familial dans les couples

Q : Si vous avez un partenaire, vous arrive-t-il d'échanger sur le planning Familial ?

Tableau 35 : **Echange sur le planning familial selon la classe**

L'échange existe ?	Finalistes	Premières années	Total
Oui	20	56	76
Non	8	10	18
Total	28	66	94

K^2 calculé = 2.27 (ddl = 1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl = 1 ; α = 0.05). p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

V.2.10. L'attitude du partenaire non enquêté

Q : Si oui, quelle est l'attitude de votre partenaire ?

Tableau 36: **L'attitude du partenaire non enquêté selon la classe**

Attitude de mon partenaire est	Couples finalistes qui échangent	Couples des 1ères années qui échangent	Total
Favorable	17	50	67
Défavorable	0	3	3
Total	17	53	70

K^2 calculé = 0.97 (ddl =1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl=1 ; α = 0.05), p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

V.3. LA CONNAISSANCE DES METHODES CONTRACEPTIVES

3.1. Nombre de méthodes connues

Dans l'ensemble tout le monde connaît au moins une méthode et la moyenne de méthodes connues est de 4.14 par étudiant.

3.1.a) L'influence de l'état civil sur le nombre de méthodes connues

Tableau 37 : **Nombre de méthodes connues selon l'état civil**

Nombre de méthodes	Célibataires libres	Fiancés	Mariés	Total
1 à 3	96	24	6	126
4 à 6	167	60	16	243
7 à 9	8	5	3	16
Total	271	89	25	385

K^2 calculé = 7.61 (ddl =4)

K^2 théorique = 9.48 (dd= 4 α =0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

3.1.b) L'influence de la religion

Tableau 38 : **Nombre de méthodes connues selon la religion**

Nombre de méthodes	Catholiques	Protestants	Musulmans	Autres	Total
1 à 3	100	24	2	0	126
4 à 7	184	53	5	1	243
7 à 9	10	6	0	0	16
Total	294	73	7	1	385

K^2 calculé = 11.39 (ddl = 6)

K^2 théorique = 12.59 (ddl =6 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

3.1. c) Influence du lieu de naissance

Tableau 39: **Nombre de méthodes connues selon le lieu de naissance**

Nombre de méthodes	Nés à Bujumbura	Nés ailleurs	Total
1 à 3	23	103	126
4 à 7	31	212	243
7 à 9	3	13	16
Total	57	328	385

K^2 calculé = 2.16 (ddl = 2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl = 2 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

3.1. d) Influence de la classe

Tableau 40 : **Nombre de méthodes connues selon la classe**

Nombre de méthodes	finalistes	Premières années	Total
1 à 3	59	67	126
4 à 7	40	200	243
7 à 9	6	10	16
Total	105	277	385

K^2 calculé = 38.66 (ddl = 2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl = 2 ; α = 0.05) p<< à 0,05 la différence est statistiquement significative.

V.3.2. LES METHODES PLUS CONNUES

Les méthodes plus citées sont par ordre décroissant : les préservatifs (25.1% des cas), les pilules (17.6% des cas), les injectables (7% des cas), le D.I.U (3.4% des cas). Les autres méthodes sont citées dans 0.8% seulement de cas.

Tableau 41: **Nombre de méthodes connues selon le sexe (la différence n'est pas statiquement significative)**

Méthodes	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
Préservatifs	22	75	97
Pilules	24	44	68
Coït interrompu	16	32	48
Injectables	7	20	27
Diu	4	9	13
Autres	0	3	3

V.3.3 Sources d'informations sur ces méthodes

Les principales sources d'information sur ces méthodes pour nos enquêtés sont représentés dans l'ordre décroissant par : les médias (40.5%), les structures sanitaires (hôpitaux + centres de santé) (16.8%), les amis et connaissances (9.1%), les cours (7.8%), les séminaires (3.4%). Seulement 2.1% ont été principalement informés à leur domicile.

3.3. a) Influence du lieu de naissance

Tableau 42: **Sources d'information selon le lieu de naissance**

Source d'info	Nés à Bujumbura	Nés ailleurs	Total
Médias	20	136	156
Amis	14	98	112
A l'hôpital	8	30	38
Au cours	3	27	30
Au centre de santé	6	21	27
En séminaires	4	9	13
A domicile	0	8	8
Autres	1	0	1

Les principales sources d'informations sur ces méthodes contraceptives modernes sont : les medias, les amis et connaissances. Les structures sanitaires sont citées en dernier lieu

3.3. b) Influence de la religion

Tableau 43 : **Source d'information selon la religion**

Sources	Catholiques	Protestants	Musulmans	Autres	Total
Média	120	31	1	4	156
Amis	89	19	2	2	112
Hôpital	26	10	1	0	38
Cours	27	3	0	0	30
Centre de santé	20	4	2	1	27
Séminaires	10	3	0	0	13
A domicile	5	3	0	0	8
Autres	0	0	1	0	1

V.4. L'UTILISATION DES METHODES CONTRACEPTIVES

4.1. L'utilisation ancienne et actuelle cumulée

Au moment de notre enquête, 123 (soit 64.7%) étudiants sur les 387 ; ont affirmé s'être servie d'une méthode contraceptive (au moins une fois) au cours de leur existence (sans la préciser).

4.1 a) Influence de l'état civil

Tableau 44 : **Essai des méthodes selon l'état civil**

Essai ?	Célibataires libres	Fiancés	Mariés	Total
Oui	68	37	18	123
Non	45	18	4	67
Total ayant répondu	113	55	22	190

Ici seulement190 enquêtés ont répondu a la question. Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 32,7% dans notre echantillon.

K^2 calculé = 3.35 (ddl =2)

K^2 théorique = 5.99 (ddl =2, α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.1. b) Influence de la religion

Tableau 45: **Essai des méthodes contraceptives selon la religion**

Essai ?	Catholiques	Protestants	Musulmans	Autres	Total
Oui	98	20	5	0	123
Non	53	12	2	0	67
Total	147	32	7	0	190

K^2 calculé = 0.28 (ddl =2)

K^2 théorique = 6.52 (ddl =2, α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.1.c) Influence de la résidence

Tableau 46: **Essai des méthodes contraceptives selon la résidence**

Essai	Internes	Externes	Total
Oui	58	64	123
Non	53	14	67
Total	111	78	190

K^2 calculé = 17.79 (ddl = 1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl = 1 ; α = 0.05) p<à 0,05 la différence est statistiquement significative.

4.1. d) Influence du lieu de naissance

Tableau 47 : **Essai des méthodes contraceptives selon le lieu de naissance**

Essai	Nés à Bujumbura	Nés ailleurs	Total
Oui	23	100	123
Non	6	61	67
Total	29	161	190

K^2 calculé = 2.81 (ddl =1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl = 1 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.1.e) Influence de la classe

Tableau 48 : **Essai selon la classe**

A essayé	Finaliste	1ères années	Total
Oui	38	85	123
Non	47	20	67
Total	85	105	190

K^2 calculé = 27.01 (ddl =1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl =1 ; α = 0.05)

La différence n'est pas statistiquement significative.

4.2. Source d'apprentissage à l'utilisation de ces contraceptifs

Dans l'ensemble, les principales sources d'apprentissage à l'utilisation de ces méthodes pour nos enquêtes sont par ordre décroissant :

Les médias (41.2%) suivis par les agents de santé (22.8%) et les amis (17.5%). Les autres sources (associations ; clubs ....) sont représentées dans 14% des cas.

4.2.a) Influence de l'état civil

Tableau 49 : **Sources d'apprentissage selon l'état civil**

Source	Célibataires libres	Fiancés	Mariés	Total
Médias	23	20	4	47
Agent de santé	13	5	8	26
Amis	12	6	2	20
Cours	2	3	0	5
Autres	11	2	3	16
Total ayant répondu	61	36	17	114

K^2 calculé = 14.12 (ddl = 8)

K^2 théorique = 15.50 (ddl = 8 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.2. b) Influence de la résidence

Tableau 50 : **Source d'apprentissage selon**

Sources	Internes	Externes	Total
Médias	23	24	47
Agent de santé	16	10	26
Amis	5	15	20
Cours	2	3	5
Autres	5	11	16
Total	51	63	114

K^2 calculé = 7.58 (ddl = 4)

K^2 théorique = 9.48 (ddl = 4 ; α = 0.05). p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.3. UTILISATION ACTUELLE DE CES METHODES

4.3.a) Influence de la résidence

Tableau 51: **Utilisation actuelle selon la résidence**

Utilisez-vous actuellement une ou des méthodes contraceptives (s) ?	Internes	Externes	Total
Oui	36	35	71
Non	9	13	22
Total	45	48	93

K^2 calculé =0.62 (ddl = 1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl = 1 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.3.b) Influence de l'état civil

Tableau 52 : **Utilisation actuelle selon l'état civil**

	Célibataires libres	Mariés	Total
Oui	55	16	71
Non	15	7	22
Total	70	23	93

K^2 calculé = 0.99 (ddl = 1)

K^2 théorique = 3.84 (ddl =1 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.4. L'intention des non utilisateurs

Tableau 53 : **Intention des non utilisateurs selon la classe**

Va les utiliser ?	Finalistes (non utilisateurs)	Premières années (non utilisateurs)	Total ayant répondu
Oui	49	52	101
Non	4	33	37
Total ayant répondu	53	85	138

Ici 101/387 enquêtés soit 26,09% des enquêtés ont l'intention de s'en servir un jour ou l'autre.

K^2 calculé =16.27 (ddl =1)

K^2 théorique =3.84 (ddl=1; α = 0.05)), p<< à 0,05 , la différence est statistiquement significative.

4.4. SOURCES D'APPROVISIONNEMENT (ACTUELLES ET PASSEES)

Les principales sources d'approvisionnement pour nos enquêtes utilisateurs sont dans l'ordre décroissant :

1) Ailleurs que dans les structures sanitaires (42.2%)
2) les structures sanitaires (31.1%)
3) l'achat (15.5%)
4) les amis et connaissances (11%).

4.4.a) Influence de l'état civil

Tableau 54 : **Sources d'approvisionnement selon l'état-civil de l'enquêté**

Sources	Célibataires Libres	Fiancés	Mariés	Total
Structures sanitaires	16	9	9	34
Achète	9	6	2	17
Amis	8	4	0	12
Autres	25	15	6	46
Total ayant répondu	58	34	17	109 (utilisateurs actuels et passes)

K^2 calculé = 5.82 (ddl = 6)

K^2 Théorique = 7.28 (ddl = 6 ; α = 0.05) p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

4.4.b) Influence du sexe

Tableau 55 : **source d'approvisionnement selon le sexe**

Sources	Sexe féminin	Sexe masculin	Total
Structures sanitaires	11	23	34
Achète	4	13	17
Amis	1	11	12
Autres	9	37	46
Total	25	84	109

K^2 calculé = 3.4 (ddl = 3)

K^2 théorique = 7.81 (ddl = 3α = 0.05) ; la différence n'est pas statistiquement significative.

4.4.c) Influence de la résidence

Tableau 56 : **Source d'approvisionnement selon la résidence (la différence n'est pas statistiquement significative)**

Sources	Internes	Externes	Total
Structures sanitaires	14	20	34
Achète	10	7	17
Amis	6	6	12
Autres	19	27	46
Total	49	60	109

K^2 calculé = 1.27 (ddl = 3)

K^2 théorique = 7.81 (ddl = 3 ;α = 0.05). p>à 0,05 la différence n'est pas statistiquement significative.

CHAPITRE VI : DISCUSSION ET REVUE DE LA LITTERATURE

VI.1. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON

1.1. L'AGE

L'âge moyen de nos enquêtés est de 26 ans, ceci reflète la pyramide des âges de la plupart des pays en développement (14).

Comparée à l'âge moyen de la population générale (21 ans au recensement général de 1990), la population estudiantine de l'université du Burundi est donc vieille. Cela résulterait de plusieurs facteurs :

1. le faible taux de réussite aux concours d'entrée tant à l'école secondaire publique qu'à la seule université nationale (13). En effet si le taux d'inscription était plus de 80% à l'école primaire jusqu'en 2005 ; seulement 10% des lauréats (9% chez les filles contre 12 % chez les garçons) arrivent en $7^{ème}$ année publique (la moins chère) (13,15).
2. Le faible revenu des parents : 88% des burundais ont moins de 2 dollars américains par jour (13). Ceci limite l'accès à l'enseignement privé qui reste l'apanage des rares parents nantis en ressources financières.
3. La crise sociopolitique que vient de traverser le pays ces 15 dernières années qui a fait que les années académiques soient élastiques.

1.2. LE SEXE

Le sexe féminin est le moins représenté dans notre échantillon (sex ratio de 2.6 en faveur du sexe masculin).En effet, à l'U.B les filles sont représentées dans 22.4% seulement au moment de notre enquête alors que le sexe féminin représente 51.38% de la population burundaise (13).

Cette caractéristique est cependant commune à la plupart des pays en voie de développement (14,40). En effet, dans certaines tribus, la fille est toujours perçue comme femme de ménage (on préfère envoyer le garçon à l'école et garder sa sœur à domicile pour aider les parents dans les travaux champêtres). Or, les études faites par différents auteurs ont montré que le niveau d'instruction de la femme est en corrélation positive avec le taux de connaissance et d'utilisation des méthodes contraceptives (40,31).

1.3 ETAT-CIVIL

Au moment de notre enquête, 29,3 % des enquêtés étaient en union (25 mariés) + 89 fiancés). Ce taux est plus bas par rapport à celui de la population générale où il est de 54.8% (15,13) .Cela serait dû au fait que ces étudiants sont encore occupés à poursuivre leurs études et restent sans revenu pour fonder un foyer.

Par ailleurs, le célibat prolongé a été proposé par certains auteurs comme le démographe anglais Robert Malthus (18èmesiècle) comme voie de sortie de l'explosion démographique (24).

1.4 RELIGION

La majorité de nos enquêtés sont des catholiques (76.6%) suivis par les protestants (19%). Seulement 1.5 % sont de musulmans. Ceci est comparable avec les résultats du recensement général de la population de 1990 (12).

1.5 RESIDENCE

La majorité de nos enquêtés (53.3%) (soit 72% dans les premières années) sont logés à l'extérieur de l'université. Ce faible taux d'internes relève du fait de l'exiguïté des homes universitaires face à la demande sans cesse croissante non accompagnée d'une croissance parallèle des infrastructures. Le gouvernement a choisi d'éradiquer progressivement ces homes en commençant par les premières années.

1.6. FACULTE (INSTITUT)

Certaines filières semblent être plus représentées que d'autres. Cela est dû à la méthode d'échantillonnage utilisée (le tirage systématique aléatoire). Cette méthode a cependant l'avantage de donner la chance égale d'être tiré à tous les participants au tirage, ceux qui sont nombreux étant par conséquent plus représentés dans les résultats.

1.7 LA FAMILLE D'ORIGINE

La taille moyenne de la famille d'origine de nos enquêtes est de 7.38 enfants. Cela montre que la fécondité reste très élevée au sein de la population. Cependant, le fait que la taille de leur famille idéale est de 4,9 enfants en moyenne laisse penser que la conscience à l'égard du phénomène démographique et présente dans la population cible de notre enquête.

VI .2 LES CONNAISSANCES

LE NIVEAU DES CONNAISSANCES

Le niveau de connaissance des méthodes de régulation des naissances est élevé dans la population cible de notre enquête (100%des interrogés affirment avoir au moins entendu parler de ces méthodes). Cependant, même dans la population générale, le niveau des connaissances sur ces méthodes s'est progressivement amélioré ces 3 dernières décennies.

Tableau 57 : Evolution de la connaissance des méthodes contraceptives au Burundi ces 4 dernières décennies

Année	Milieu	Auteur	Niveau de connaissance de ces méthodes contraceptives
1974	Rural	Robatel et col (10)	22%
1977	Rural +urbain	Navas et col (6)	62%
1979	Rural	Toyi (49)	35.5%
1985	Rural +urbain	NSABIMANA (21.)	70%
1987	Rural	NGENDABANYIKWA (23)	70%
1987	Rural +urbain	L. Segamba 1987 (50)	34%
1989	Péri-urbain	NTABANGANA (51.)	100%
2005	U.B	Notre série	100%

Dans les autres pays en voie de développement, le niveau de connaissance des méthodes contraceptives est également élevé :

Tableau 58 : Evolution de la connaissance des méthodes contraceptives dans d'autres pays ces 4 dernières décennies

Pays	Année + référence	Niveau de connaissance	Milieu
Sénégal	1989 J.K POSNER(52)	60%	Urbain (Dakar)
		90%	Urbain (Dakar)
Sénégal	2006	80%	Rural

	C.Ndiaye (53.)		
Mali	1989 B.Traore (54)	68%	Ville (Bamako)
Burkina fasso	2005 A. Adjmagbo (55)	43%	Rural
		100%	Urbain (Wagadougou)
Soudan	1989 Khalifa (56)	96%	Urbain (Khartoum)

Notre étude aura également montré que le niveau des connaissances est en corrélation positive avec le lieu de naissance des enquêtés, leur niveau d'étude et leur tendance religieuse.
Ce que même d'autres études faites antérieurement dans notre pays avait trouvé (23, 57,51).

2.2. LES METHODES PLUS CONNUES

Si avant les années 1990 les méthodes plus connues étaient : l'abstinence périodique ou totale, les injections, les pilules (24, 51,57),dans notre série les méthodes plus connues sont par ordre décroissant :

Les préservatifs (25.2%) ; la pilule (17.7%), le coït interrompu (12.5%), les injectables (7.0%), le D.I.U (3.4%). Les autres méthodes sont représentées dans 0.8 des cas seulement.

Cela serait dû à la fois à la campagne lancée ces 20 dernières années contre le VIH et à la campagne également lancée par le gouvernement burundais en faveur du planning familial à partir des années 1983, mais également à la facilité d'utilisation des préservatifs et de pilule par rapport au D.I.U, aux injectables (ils sont majoritairement célibataires, seulement 6.4% sont maries).

A. Adjmagbo (55) a trouvé qu'à Wagadougou, la méthode plus connue était le préservatif ; alors que Traoré(54) a trouvé que la pilule est la plus connue à Bamako(Mali).

2.3 SOURCES D'INFORMATIONS

La principale source d'informations pour nos enquêtés est représentée dans l'ordre décroissant par : les médias (40.5%), les structures sanitaires (16.1%), les amis et connaissances (9.1%), les cours (7.8%), les séminaires (3.4%). Seulement 2.1% ont été principalement informés à leur domicile.

Les études antérieures effectuées dans notre pays avaient trouvé que les plus jeunes et les femmes sans enfants faisaient moins recours au personnel de santé pour s'informer (51, 24,23).

Comme l'ont souligné nos prédécesseurs, le personnel médical serait moins accueillant à leur endroit ou bien ceux-ci auraient du complexe à demander des informations que la culture considère encore comme réservées aux seuls mariés.
Les médias offrent donc des informations relatives à la régulation des naissances à un public plus large.
Elles seraient plus accessibles et touchent non seulement les paysans isolés dans les coins sans accès à la télévision mais aussi des citadins dont l'accès au personnel de santé reste psychologiquement réduit.

VI.3. LES ATTITUDES DES ENQUETES A L'EGARD DE LA REGULATION DES NAISSANCES

3. 1. LA FAMILLE IDEALE ET INTERVALLE IDEAL ENTRE NAISSANCES

La famille idéale de nos enquêtes est en moyenne de 4.9 enfants espacés de 37,7mois. Cette moyenne reste encore élevée par rapport à la moyenne mondiale (de 2.8 enfants par femme) (14). Cependant, l'on observe ces 4 dernières décennies une baisse progressive du nombre d'enfants voulu ainsi qu'un allongement de l'intervalle idéal entre deux naissances :

Tableau 59 : **Evolution de la taille moyenne de la famille ces 3 dernières décennies**

Année	Milieu	Auteur+référence	Nombre d'enfants souhaités	Espacement idéal moyen
1974	Rural	Roba tel (10) et coll	7.5	24 à 36 mois
1977	Rural et urbain	N..J Rédard (6) et coll.	7.5	25 mois
1983	Urbain	N. Ngendabanyikwa (24)	4.1	50 mois
1984	Rural	TOYI (49)	10.84	31 mois
1984	Rural	Nsabimana (21)	4	30 mois
1987	Rural	L.Ségamba (50)	6.2	30 mois
1989	Péri-ubain	Ntabangana (51.)	4	30 mois
2005	U..B	NOTRE SERIE	4	31 mois

Ceci témoigne d'une prise de conscience progressive de la population à l'égard du problème démographique. Mais le fait que 19.8 % soient prêts à modifier la taille idéale de la famille montre que même chez nos intellectuels appelés à guider les autres, la culture reste un handicap majeur à la réussite du planning familial.

NTIBANYIHA (57) dans son enquête dans dix écoles secondaires auprès des adolescents avaient trouvé des résultats similaires : 30.3% des filles et 60.6% des garçons ont affirmé qu'ils ne toléraient pas l'infécondité de leur conjoint.

On a donc de quoi se préoccuper à enseigner l'égalité des genres et la santé reproductive responsable.

3.2. Le désir d'informations supplémentaires

Bien que 100% de nos enquêtés affirment avoir entendu parler des méthodes de régulation de naissances, 94.0 % parmi eux restent sur leur soif et désirent donc plus d'informations y relatives. D'autres travaux antérieurs ont trouvés les attitudes similaires (51,24).

3.3. Lieu et formateur souhaité

A la question de savoir où nos enquêtés veulent acquérir l'information et par quel formateur, les réponses ont été les suivantes.

Les lieux les plus souhaites sont par ordre décroissant :

L'hôpital (26.9%), campus (24.8 %),au cours (19.2%) ; à l'église (4%).
Seulement 3.4% préfèrent au centre de santé.

Concernant l'informateur souhaité :
Les plus souhaites sont par ordre décroissant : 77.6% désirent apprendre auprès d'un médecin, 8.7% auprès de quelqu'un détaché au campus, 4.8% auprès d'un homme ou d'une femme d'église. Seulement 3.6% désirent apprendre auprès d'un (e) infirmier (e).

Cela laisse pense que ces étudiants désirent apprendre auprès de quelqu'un qui maîtrise le mieux ces méthodes et en qui ils ont confiance.
Les deux qualités (compétence et confiance) devraient donc être mises en avant dans la vulgarisation de ces méthodes.

VI.4. LA PRATIQUE DES METHODES CONTRACEPTIVES

4.1. Le taux d'utilisation ancienne et actuelle cumulées

Le niveau d'utilisation des méthodes contraceptives est satisfaisant à l'U.B
En effet, sur les 387 interrogés, 190 soit 50.0% ont répondu à la question.
Parmi eux : 123 (soit 64.7%) affirment avoir utilisé une méthode contraceptive à un moment quelconque de leur existence
Ce niveau est relativement élevé par rapport aux autres études menées antérieurement dans notre pays : Ntabangana a trouvé un taux de 32.8 % en zone périurbaine de Bujumbura (51).
L'enquête démographique de santé au Burundi de 1987 a trouvé un taux de 22% (6).
Ce taux d'utilisation reste cependant plus bas par rapport à ceux de beaucoup de pays.

Tableau 60 : **Utilisation des méthodes contraceptives dans le monde en 2006(14)**

Pays ou zone	Taux d'utilisation des méthodes contraceptives en 2005
Burundi	16%.
La moyenne mondiale	59%
La moyenne africaine	28%
Afrique subsaharienne	21%
Afrique du nord	51%
Afrique de l'Ouest	14%
Afrique de l'Est	22%
Afrique centrale	25%
Afrique australe	54%
Amérique latine+Caraïbes	70%
Asie	62%

Par ailleurs ; comme l'ont souligné nos prédécesseurs, les taux les plus élevés d'utilisation de ces méthodes se rencontrent en milieu urbain qu'en milieu rural (51,23,24).

Notre étude a en effet montré que ceux qui sont dans les homes universitaires utilisent plus les méthodes contraceptives que ceux qui vivent en dehors des campus. Cela serait le résultat de la promiscuité qui prévaut dans les campus.

4.2. Sources d'approvisionnement

Si avant 1990 les principales sources étaient : les structures sanitaires, achat, (51,26); dans notre série, les principales sources d'approvisionnement pour nos enquêtés sont par ordre décroissant :

1) ailleurs que le CDS et l'hôpital (clubs, associations...) (42.2%).
2) structures sanitaires (31.2%).
3) achat (15.5%), amis et connaissances (11%)

Cela pourrait s'expliquer par plusieurs faits :

1) les associations de lutte contre le SIDA sont très nombreuses ces 20 dernières années.

Elles contribuent à l'approvisionnement en préservatifs et autres méthodes contraceptives ainsi que dans la sensibilisation pour le planning familial.

2) Ensuite la plupart de ces étudiants sont encore célibataires (fiancés ou libres) et auraient donc peur d'aller s'approvisionner dans les structures sanitaires connues de tout le monde ; préférant donc les amis sûrs que les professionnels de santé.

Les études faites par certains de nos prédécesseurs montrent que le personnel de santé accueille parfois mal les gens qui demandent les contraceptifs (51).

CHAPITRE VII : CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. CONCLUSION

A la fin de notre étude, les principales conclusions sont les suivantes :

1. De la connaissance sur les méthodes contraceptives modernes :

- Tout le monde a au moins entendu parler de ces méthodes.
- La moyenne des méthodes citées est de 4.14 par étudiant.
- Les méthodes les plus connues des enquêtés sont par ordre décroissant : les préservatifs masculins et les pilules, les injectables, le DIU.
- Les principales sources d'informations sur ces méthodes sont par ordre décroissant : les medias, , les amis et connaissances , le CDS ou l'hôpital, les séminaires de formation. Les cours ne sont cites dans moins de 8% des cas.

2. Des attitudes face au planning familial et des méthodes contraceptives.

- La taille moyenne de leur famille idéale est de 4.9 espacés de 32.7 mois. Toutefois, 19,8 % estiment que si ces enfants sont du sexe non voulu, cette taille sera revue en hausse.
- La majorité des enquêtés désirent plus d'informations sur ces méthodes contraceptives. Les lieux de formation préférés sont par ordre décroissant : l'hôpital, le campus et auditoires, et l'ABUBEF.
- Les informateurs souhaites sont par ordre décroissant : un médecin, quelqu'un détaché au campus, un homme ou une femme d'église, un(e) infirmier(e), et les enseignants.

3. De l'utilisation des méthodes contraceptives

- Le taux d'utilisation au moment de l'étude est de 32,6 %.
- Les méthodes les plus utilisées sont les préservatifs et les pilules.

Leurs principales sources d'approvisionnement sont par ordre décroissant :
les boutiques, les amis et les connaissances.

2. LES RECOMMANDATIONS

➢ **Aux planificateurs de la santé de la reproduction**

1. De diversifier les sources d'apprentissage et d'approvisionnement.
2. Former des formateurs parmi les leaders communautaires (pas nécessairement des

professionnels de santé).

3. Dispenser dans chaque service de l'état des séances de sensibilisation et de formation à la prévention et a la gestion des effets néfastes du phénomène démographique au Burundi et en Afrique (comme c'est le cas pour le VIH-SIDA).

➢ **Aux planificateurs de l'éducation**

1. Initier un cours sur la problématique des populations dans les écoles (depuis l'école primaire jusqu'à l'université).
2. Initier un cours sur l'égalité des sexes dans les écoles (depuis l'école primaire jusqu'à l'université).

➢ **Aux législateurs burundais**

Adapter les lois a la problématique du genre afin de diluer les considérations de sexe des enfants dans la procréation.

➢ **Aux parents**

1° Comprendre que créer un enfant est une responsabilité qu'on engage.

2° Comprendre que vouloir un rapport sexuel n'est pas synonyme de vouloir un enfant

BIBLIOGRAPHIE

1. **C.ANACKER ET COL :**

   Histoire du Burundi des âges de la pierre jusqu'à la fin du 19ème siècle : Paris (France), Hatier, 1987,272 pp

2. **E. MWOROHA :**

   Histoire du Burundi : Paris (France), Hatier, 1987,272 pp

3. **J.P.CHRETIEN :**

   Le Burundi, notes et études documentaires n° 3364 : Paris (France), Hatier 1967-43pp.

4. **P. GOUROU ET COL :**

   La densité de la population au Ruanda-Urundi : Esquissed'une étude géographique. Bruxelles (Belgique), Institut royal belge, mémoire 1952,232 pp

5. **R.N. FREMONT ET COL :**

   Les effets des facteurs démographiques au Burundi. Future group, USAID, 982,182pp

6. **N.J. REDARD ET COL :**

   Famille et fécondité au Burundi : approche sociologique : Bujumbura, (Burundi), centre de recherche socioreligieuse de l'épiscopat du Burundi, 1976,163 pp

7. **C. THIBON :**

   Evolution de la Population burundaise d'après les registres des missionnaires et le recensement générale de la population de 1990 : enquête rétrospective de 1990 à la 1ère mission au Burundi : Bujumbura(Burundi), U.B(FLSH), mémoire de fin d'études 1993.89pp

8. **HAKIZIMANA D. :**

   Population et démographique au Burundi ; quelles solutions pour quels problèmes ?

Bujumbura (Burundi), ISTEEBU, 1983, 21 pp

9. **. C.PIARROT ET COL :**

Population au Burundi : Bordeaux (France), Atlas du Burundi ,1979,30 planches

10. **ROBATEL ET COL :**

Les problèmes de population au Burundi : résultats d'une enquête sur les motivations démographiques des Barundikazi : Bujumbura (Burundi), Ministère du Plan(ISTEEBU),1974,172pp

11. **D. BERGEN :**

Influence de la densité de la population sur la taille de l'exploitation agricole et sur l'intensité de l'agriculture traditionnelle au Burundi : Bujumbura(Burundi), Ministère du Développement Communal, 1988, 48pp.

12. **MINISTERE DE L'INTERIEUR DU BURUNDI (DEPARTEMENT DE LA POPULATION) :**

Recensement général de la population et de l'habitat 1990, bureau central du recensement, résultats provisoires, Gitega, novembre 1990

13. **STEVEN C. ET COL :**

Perspectives mondiales : données de base sur le Burundi accessible sur www.usherbrooke.org 2006visité le 29/12/2005

14. **L'ASHFORD ET COL :**

Les femmes de notre monde accessible sur: www.prb.org 2005 visité le 29/12/2005

15. **V. NGENDANGANYA :**

Base des données pour les indicateurs de développement humain durable : Bujumbura (Burundi), Ministère de la Planification et de la Reconstruction au Burundi (Département des Statistiques) ISTEEBU 2004-110pp

16. **L. NICOLAS :**

Les vulnérables privés de soin au Burundi accessible sur www. msf.org2005visité le 29/12/2005

17. **MINISTERE DE L'INTERIEUR DU BURUNDI (DEPARTEMENT DE LA POPULATION) :**

Recensement général de la population 1979, bureau central du recensement, 3 tomes, 11 volumes publiés de 1981 à 1984

18. **HARERIMANA S. ET COL :**

La santé au Burundi en 2005accessible sur : www.gfmer.2005 Visite le 20/12/2005

19. **SINDIHEBURA P. ET COL :**

Le marché du travail au Burundi : étude des besoins d'enseignement et de formation : Bujumbura(Burundi) Ministère de la Planification, ISTEEBU, 1997,222 pp

20. **NIYUNGEKO L. :**

Pression démographique et consommation du capital naturel du Burundi : Bujumbura (Burundi), U.B.(mémoire de fin d'études (FSEA), 1984

21. **. NSABIMANA A:**

Croissance démographique et développement au Burundi : Bujumbura (Burundi), U.B(FSEA), mémoire de fin d'études, 1985,82pp

22. **NDAYIRUKIYE S. ET COL :**

Géographie du Burundi : Paris (France), Hatier 1991,288pp

23. **NGENDABANYIKWA N. :**

Contribution à l'étude des connaissances et attitudes pratiques à l'égard du planning familial en milieu rural au Burundi : Bruxelles (Belgique), licence spéciale en santé publique 1987,141pp

24. NGENDABANYIKWA N. :

Expérience du planning familial au Burundi : Bujumbura (Burundi), U.B (Faculté de méd.), thèse de doctorat en médecine générale 1983, 104pp.

25. F.VAN DE WALLE ET COL :

Family planning in Africa: Atlanta (Georgia), CDC (division of reproductive health), 1999-698pp

26. S. J. PINN ET COL :

La planification familiale sauve des vies : Washington (USA) Population référence bureau, 1991, 80 pp

27. J. ROTZER ET COL :

Régulation naturelle des naissances ; un chemin qui se mène à deux, Paris(France), Guide de l'agent de santé, 1987, 104 pp

28. F.TERKI ET COL :

Directives médicales et de prestation des services en santé reproductive et sexuelle,3eme édition .IPPF,(London),2004,444 pp

29. L.JOHAN ET COL :

Les contraceptifs oraux : considérations techniques et de sécurité. Londres (England), Publications Offset, 64, 1982,867-685

30. J.A. FORTUNEY ET COL :

The importance of family planning in reducing maternal mortality, London (England), Studies on family planning,1987,182 pp

31. P.DONALDSON ET COL :

Evolution des scenarios de fécondité dans et approvisionnement en contraceptifs dans le monde. The alan Guttmaker institute, New York (USA) , 1989,39 pp

32. M.H. BOUVIERET ET COL :

La mortalité maternelle dans le monde en développement : Revue de méd. Trop, 2003, 63,358-365

33. C. DARRA ET COL :

Comment améliorer la santé des plus démunis de notre monde ? accessible sur www : prb.org2004, visité le 18 Décembre 2005

34. B. ROBERT ET COL :

Les réalités de la planification familiale dans le tiers-monde. Peuples, volume 7, N°4 1980, 12-14 pp

35. J.N.HOBCRAFT:

Does family planning save children's lives? Washington (USA), national academy press, 1989, 256 pp

36. J.N.HOBCRAFT ET COL :

The best intentions united pregnancies well-being of children and families: Washington (USA) national academy press, 1995, 78 pp

37. C. CHARPENTIER :

Rapport mondial sur le développement humain en 2005 accessible sur www.undp.org, visité le 29/12/2005

38. MCCAULEY ET COL :

Opportunities for women through reproductive choice.Population report, 1994, series M, 145 pp

39. **M. M.KRITZ ET COL :**

Le statut et instruction de la femme ; impact sur la formation de la famille en Afrique sub-saharienne : New York (U.S.A), The alan Guttmaker institute, 1989,39 pp

40. **D. CARR :**

Les inquiétudes féminines : textes sur la santé de la reproduction : Washington (USA), Population reference bureau, 1994,32 pp

41. **B. DELIGNERE ET COL :**

Les interférences entre médicaments et oestrogestatifs utilisés en contraception orale. Concours médical, volume 105, N°5, 29 janvier 1983, 375-380

42. **RUET ET COL :**

Contraception chez la femme cardiaque. Concours médical, Volume 5, N°9, 26 février 1983, 867-875

43. **R.MUCCHIELLI :**

Le questionnaire dans l'enquête psychosociale : Paris (France), PUF ; 1975,182pp.

44. **G. DELANDSHEERE :**

Introduction à la recherche en éducation : Paris (France) Armand colin, 1976,178 pp

45. **46 R.MAYER ET F.QUELET :**

Stratégies à l'usage des intervenants sociaux : Québec(Canada), Gaétan Morin éditeur, 1988,142 pp

46. **R. DAVAL :**

Sciences humaines et psychologie, les méthodes de recherche en Psychologie appliquée. Paris(France), PUF, 1964,240 pp

47. **ALBOU ET COL :**

Les questions psychologiques : Paris(France), PUF, 1964,164 pp

48. **G. TOYI :**

Intervention de la variable démographique dans la planification économique du Burundi : Bujumbura (Burundi), U.B (FSEA), mémoire de fin d'études, 1974,92pp

49. **J.K. POSNER ET COL :**

Men's attitudes About Family Planning in Dakar, Senegal, Journal of Biosocial Science, 21 ; 279,1989

50. **C.NDIAYE ET COL :**

Connaissance et utilisation des méthodes contraceptives en milieu rural au Sénégal. Marseille (France), Affiliation des auteurs, 2005, 98pp

51. **B. TRAORE ET COL :**

Enquête démographique et de santé au Mali 1987 : Centre de recherches sur la population pour le développement, Institut du Sahel, 78pp

52. **A. ADJMAGBO ET COL :**

Connaissance et attitudes masculines à l'égard de la régulation non naturelle des naissances au Burkina Fasso Ouagadougou (Burkina Fasso), Affiliation des auteurs, 2005.

53. **M.A.KHALIFA:**

Attitudes of Urban Sudanese Men Toward Family Planning: Studies in Family Planning, 19 : 236, 1988

54. **NTIBANYIHA J. :**

Connaissances et attitudes pratiques en matière de fécondité et de sexualité : enquête effectuée dans dix écoles secondaires de Bujumbura : Bujumbura (Burundi), U.B. (fac.de méd.), thèse de doctorat en médecine générale 1982,103 pp

ANNEXE NO1 : Fiche d'enquête

I.Renseignement généraux sur l'enquêté

1. Faculte/institut
2. Sexe
3. état civil
4. résidence (au campus ou hors campus)
5. Age (en années)
6. religion actuelle (catholique, protestant,musulman,autres,sans)
7. Taille de la famille d'origine
8. votre rang de naissance dans cette fratrie

II. Connaissances des méthodes contraceptives modernes

Q1 :avez-vous entendu parler des méthodes contraceptives modernes ?

Oui non

Q2 : Si oui, par quelles sources d'information principalement ?

Q3 : Parmi ces méthodes entendues, lesquelles avez-vous retenu ?

III. Attitudes faces au planning familial

Q4 : Personnellement, si Dieu vous le permet, combien d'enfants aimeriez-vous avoir au maximum ?

Q5 : Quel intervalle en mois aimeriez-vous entre les naissances successives ?

Q6 : si ces enfants sont de sexe non souhaité, seriez-vous prêts à maintenir ce nombre idéal d'enfants.

Q7 :Dans un couple, pensez-vous que la régulation des naissances est une décision qui concerne (cochez une seule reponse):

Monsieur et Madame à la fois

Madame seule

Monsieur seul

Q8 : si vous avez un partenaire (copin(e)), vous arrive-t-il d'échanger sur les méthodes contraceptives modernes ?

Si oui votre partenaire est-il (elle) favorable à leur utilisation dans votre couple

Q9 :Aimeriez-vous apprendre encore à propos des méthodes contraceptives ?

Q10 : si oui, parmi ces lieux, lequel vous intéresse le plus comme lieu d'apprentissage ?

1. auditoires et campus 2.eglise 3.centre de sante 4. ABUBEF 5.hopital 6.ailleurs

Q11 : par qui aimeriez-vous apprendre (cochez un seul cas) :

un médecin un religieux un professionnel de sante affecté au campus autres

Q12 : même si vous ne les utilisez pas aujourd'hui, êtes-vous disposes à vous en servir un jour ?

Si non pourquoi ?

Q13 : Au moment où nous nous entretenons, quelles méthodes contraceptives modernes utilisez-vous ?

Q14 : Ou trouvez-vous ces méthodes

Annexe no 2 :composition des classes terminales année académique 2004-2005

Filière	Effectifs des étudiants	Sexe Masculin	Sexe Féminin
Fac.de Droit	36	5	31
Fac.Sciences agronomiques	55	8	47
FSEA	19	4	15
IEPS	16	0	16
IPA	141	31	110
ISA	57	10	47
ISCO	211	107	114
ITS	89	5	84
FLSH	169	37	132
Fac.Medecine	58	14	44
FPSE	58	14	44
FSA	44	3	41
FSEA	81	25	56

Sources : Direction des services académiques (Année académique 2004-2005)

Annexe no 3 :composition des premières années académique 2004-2005

Filière	Effectifs des étudiants	Sexe Masculin	Sexe Féminin
Fac.de Droit	174	55	119
FSEA	294	80	214
IEPS	22	1	21
IPA	511	84	427
ISA	71	08	73
ISCO	238	118	120
ITS	323	143	180
FLSH	461	101	360
Fac.Medecine	242	66	176
FPSE	282	114	168
FSA	202	22	180
FSEA	294	80	214

Sources : Direction des services académiques (Année academique 2004-2005)

Serment de Genève

Au moment d'être admis au nombre des membres de la profession médicale, je prends l'engagement solennel de consacrer ma vie au service de l'humanité.
Je garderais a mes maitres le respect et la reconnaissance qui leurs sont dus.
J'exercerai mon art avec conscience et dignité.
Je considèrerai la sante de mon patient comme mon premier souci.
Je respecterai le secret de celui qui se sera confié à moi.
Je maintiendrai dans toute la mesure de mes moyens l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale
Mes collègues seront mes frères
Je ne permettrai pas que les considérations de religion, race, nation, parti ou classes sociales viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient
Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception.
Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité

RESUME

Il s'agit d'une enquête CAP effectuée auprès des étudiants de l'université du Burundi au mois de Mars 2005.Elle avait pour but global d'évaluer les connaissances, attitudes et pratiques des méthodes contraceptives modernes chez ces étudiants ainsi que leurs attitudes à l'égard du planning familial.

Spécifiquement, l'étude avait pour but de chercher l'existence des informations sur les méthodes contraceptives modernes chez ces étudiants, la taille de leur famille idéale, ainsi que le taux d'utilisation des méthodes contraceptives dans cette population.

Ainsi un échantillon de 387 étudiants a été collecté par tirage systématique aléatoire. Les principaux résultats obtenus sont les suivants :

1. connaissances des méthodes contraceptives modernes

Tous les enquêtés (100%) ont entendu parler des méthodes contraceptives modernes. Les principales sources d'informations pour eux sont les amis et connaissances, les medias. Les méthodes les plus connues sont les préservatifs masculins et les pilules.

2. Les attitudes vis à vis du planning familial et des méthodes contraceptives modernes

La taille de leur famille idéale est de 4,9 enfants. Mais 19,8% des enquêtés sont prêts à revoir en hausse cette taille si le sexe des enfants eu n'est pas celui souhaité. Bien que 94 % d'entre eux désirent encore plus d'informations y relatives, les principaux lieux souhaités pour acquérir ces informations sont : les auditoires, les résidences des campus universitaires .Ils aimeraient l'apprendre auprès des gens hautement formés à cet effet (médecins...) et de confiance(les religieux..).

3. L'utilisation des méthodes contraceptives modernes

Le taux d'utilisation des méthodes contraceptives modernes est de 32,7% dans cette échantillon. Notons de plus que seulement 26,09 % des non utilisateurs au moment de l'étude sont prêts à s'en servir un jour(le moment venu).Les principales sources d'approvisionnement sont constituées par les centres de santé, les boutiques et les amis.

Les canaux de communication autour de ces méthodes contraceptives devraient changer dans cette population .De même un cours sur la santé de la reproduction devrait être inclus dans le cursus de chaque étudiant pour aboutir à un changement des mentalités.