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

Contribution à l'étude de l'acceptabilité de la contraception moderne en postpartum immediat au CHU Kamenge

Ndihokubwayo, Espérance; Directeur de these : Pr HARERIMANA Salvator

2018
UB, Faculté de Médecine
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/1235

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

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE MEDECINE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE L'ACCEPTABILITE DE LA CONTRACEPTION MODERNE EN POSTPARTUM IMMEDIAT AU CHU KAMENGE

Par

NDIHOKUBWAYO Espérance

Directeur de thèse:

Pr HARERIMANA Salvator

Thèse présentée et soutenue publiquement en vue de l'obtention du grade de docteur en médecine

Bujumbura, Mai 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ANNEE ACADEMIQUE 2015-2016

I.BUREAU DECANAL

Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA	: Doyen
Dr Sébastien MANIRAKIZA	: 1erVice-Doyen
Dr Patrice BARASUKANA	: 2ème Vice-Doyen

II.PROFESSEURS ORDINAIRES

Pr Léodégal BAZIRA	: Méthodologie de la recherche
Pr Aloys NIYONGABO	: Biochimie structurale et Métabolique
Pr Théodore NIYONGABO	: Pathologie infectieuse et parasitaire
Pr Léopold NZISABIRA	: Neurologie
Pr Gaspard KAMAMFU	: Pneumologie
Pr Jean Baptiste SINDAYIRWANYA	: Gynécologie
Pr Gabriel NDAYISABA	: Pathologie chirurgicale
Pr Richard KARAYUBA	: Pathologie chirurgicale
Pr Fréderic NSABIYUMVA	: Pharmacologie spéciale, Endocrinologie
Pr Rénovât NTAGIRABIRI	: Gastroentérologie, Hépatologie

III.PROFESSEURS ASSOCIES

Pr Elysée BARANSAKA	: Cardiologie
Pr Jean Baptiste NGOMIRAKIZA	: Hépatologie, Nutrition, Sémiologie Digestive
Pr Déogratias NIYUNGEKO	: Pédiatrie
Pr Jeanne Odette NIYONGERE	: Obstétrique

Pr Gordien NGENDAKURIYO	: O.R.L
Pr Salvator HARERIMANA	: Obstétrique
Pr Serges BAHIMANGA	: Pédiatrie

IV.CHARGES DE COURS

Dr François NDARUGIRIRE	: Anesthésie-Réanimation
Dr Martin NDUWIMANA	: Pédiatrie
Dr Lévi KANDEKE	: Ophtalmologie
Dr Patrice BARASUKANA	: Neuroanatomie, neurophysiologie, sémiologie neurologie
Dr Paul BANDEREMBAKO	: Urologie
Dr Louis NGENDAHAYO	: Anatomie pathologie
Dr Claudette NDAYIKUNDA	: Hématologie fondamentale, hématologie clinique, biochimie pathologie
Dr Emmanuel GIKORO	: Imagerie médicale
Dr Hélène BUKURU	: Pédiatrie
Dr J. Claude NIYONDIKO	: Anatomie
Dr Joseph NYANDWI	: Néphrologie, Sémiologie physiologie néphrologie
Dr Canisius HAVYARIMANA	: Sémiologie chirurgicale
Dr Déogratias NTUKAMAZINA	: Gynécologie
Dr Sylvestre BAZIKAMWE	: Gynécologie-obstétrique, Soins maternels et néonatales
Dr Eugène NDIRAHISHA	: Endocrinologie, Physiologie, Sémiologie cardiaque
Dr Léonard BIVAHAGUMYE	: Anatomie Tête et cou, Sémiologie chirurgicale

Dr Hermann NIMPAYE	: Parasitologie, Entomologie médicale
Dr Désiré NISUBIRE	: Biologie moléculaire, Cytologie et Génétique
Dr François NDIKUMWENAYO	: Physiologie
Dr Sylvain NIYONKURU	: Sémiologie chirurgicale
Dr Gilbert NDAYIZEYE	: Anatomie
Dr Alexis SINZAKARAYE	: Rhumatologie chirurgicale
Dr Stanislas HARAKANDI	: Soins palliatifs
Dr Martin MANIRAKIZA	: Pathologie infectieuse et parasitaire, endocrinologie
Dr Moibéni AMANI	: Sémiologie Médicale, Physiologie
Dr Pontien NDABASHINZE	: Pédiatrie
Dr Sébastien MANIRAKIZA	: Biophysique, Imagerie médicale

V.CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Dr Jacques NDIKUBAGENZI	: Hygiène et Déontologie-anthropologie
Dr Sandra NKURUNZIZA	: Hygiène et administration des Services de santé
Dr Zacharie NDIZEYE	: Méthodologie de la Recherche, Epidémiologie
Dr NIYONKURU Alexandre	: Biophysique

VI.MAITRE ASSISTANT

Mme Claire NDAYIKENGURUKIYE	: Immunologie, Bactériologie, Virologie et Mycologie

VII.ENSEIGNANTS A TEMPS PARTIEL

Dr Elie MUPERA	: Dermatologie
Dr Sylvère SAKUBU	: Psychiatrie
Dr Gaspard MARERWA	: Anatomie Pathologie Spéciale

Dr Thaddée BARANCIRA	: Physique
Dr Léopold HAVYARIMANA	: Chimie générale et Organique
Dr Servât NYANDWI	: Biostatistique
Dr Paul BIZIMANA	: Démographie, Initiation à la Sante Publique et Gestion Hospitalière
Dr Juvénal MUYUKU	: Stomatologie
Mr Protais NTEZIRIBA	: Civisme
Mr François NKENGURUTSE	: Pharmacologie générale
Mr Bonaventure NIKOYANDOYE	: Psychologie générale
Mr CONGERA Anaclet	: Mathématiques
Mr Ferdinand NCABWENGE	: Anglais médical
Mr Pierre Claver BIZIMANA	: Informatique
Mme Patricie BARAHINDUKA	: Soins infirmiers

DEDICACES

A mes parents pour votre amour en toutes circonstances, votre patience et vos conseils pertinents n'ont pas été vains. Que ce travail soit le couronnement de votre courage.

A mon époux pour tout ce que tu es pour moi et pour notre chère famille, trouve dans ce travail le témoignage de mon grand Amour.

A mon fils Ainé pour tout le bonheur que tu nous apportes

A mes oncles et tantes pour vos conseils, votre soutien tant moral que matériel m'a tellement marqué, je vous en suis reconnaissante.

A mes frères et sœurs, beau-frère et belles-sœurs vous avez été à côté de moi tout au long de mon travail ; votre amour du partage, votre soutien tant moral que matériel m'ont réconforté. Soyez rassuré de mon attachement fraternel.

A la 32ème promotion de la faculté de médecine de l'université du Burundi pour les moments que nous avons passé ensemble au cours de notre formation médicale.

A mes cousins et cousines, à mes ami(e)s ; c'est grâce à votre soutien et vos prières que ce travail a vu le jour. Je vous en remercie.

A tous ceux qui trouvent du plaisir à mes succès

Je dédie cette thèse.

REMERCIEMENTS

Au terme de ce travail, je tiens à remercier sincèrement tous ceux qui ont contribué à sa réalisation

Au Pr HARERIMANA Salvator, directeur de thèse: vous avez accepté spontanément de diriger ce travail et de nous initier à la recherche scientifique malgré vos multiples taches. Que vous trouviez ici l'expression de ma vive reconnaissance.

Au président du jury : Dr Sylvestre BAZIKAMWE vous avez accepté de juger ce travail et présider le jury malgré vos multiples fonctions. Que vous trouviez ici l'expression de mes remerciements respectueux.

Au membre du jury: Dr Jacques NDIKUBAGENZI vous nous faites un grand honneur d'être parmi les membres du jury de ce travail et les juges de ce travail, nous vous en remercions vivement.

A tout le personnel du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge et de l'Hôpital Prince Régent Charles surtout ceux du département de médecine communautaire et de la maternité du CHU Kamenge.

A tous les enseignants depuis l'école primaire jusqu'à l'université pour votre enseignement dispensé et votre dévouement, nous vous en remercions.

A tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail, je dis merci.

SIMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS

% : Pourcentage

> : Supérieur

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CHUK : Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge

COP : Contraceptif Oral Progestatif

CPN : Consultation Prénatale

CSLP : Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté

DIU : Dispositif Intra-Utérin

EDS : Enquête Démographique et de Santé

FSH : Follicle stimulating hormon

GnRH : Gonadotrophin Releasing Hormon

H : heure

Hab. /km^2 : habitat par kilomètre carré

Hab. : Habitat

HAS : Haute Autorité de Santé

IM : Intramusculaire

IMC : Indice de Masse Corporelle

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.

INSD : Institut National de la Statistique et de la Démographie

IP : Indice de Pearl

ISTEEBU : Institut des Statistiques et des Etudes Economiques du Burundi

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

Kg : Kilogramme

Km^2 : Kilomètre carré

LDT : Ligature des trompes

LH : Luteinizing hormon

LHRH : Luteinizing Hormone Releasing Hormone

m^2 : Mètre carré

MCM : Méthode Contraceptive Moderne

MST : Maladies Sexuellement Transmissibles

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNSR : Programme National de Santé de la Reproduction

PO : Per Os

PPI : Postpartum immédiat

SC : Sous Cutané

SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise

TA : Tension Artérielle

USA : United States of American

VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE

Tableau I : Contre - indications des œstroprogestatifs (18) 13

Tableau II : Contre-indications des stérilets 20

Tableau III: Tableau récapituratif des méthodes contraceptives 24

Tableau.IV : Efficacité des différentes méthodes contraceptives (ANAES, 2004) 25

Tableau V : Répartition des enquêtées selon l'âge 31

Tableau VI: Répartition des enquêtées selon les provinces d'origine 31

Tableau VII : Répartition des enquêtées selon les zones urbaines d'origine 32

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon la religion 32

Tableau IX : Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction 33

Tableau X : Répartition des enquêtées selon la profession 33

Tableau XI : Répartition des enquêtées selon la gestité 34

Tableau XII : Répartition des enquêtées selon la Parité 34

Tableau XIII: Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants 35

Graphique1 : Répartition des enquêtées selon que la grossesse est ou non planifiée 35

Tableau XIV: Répartition des enquêtées selon la connaissance de régulation des naissances par des méthodes contraceptives modernes 36

Tableau XV : Répartition des enquêtées selon les méthodes contraceptives connues 37

Tableau XVI: Répartition des enquêtées selon les effets secondaires connus 38

Tableau XVII : Répartition des enquêtées selon la perception de la contraception moderne 39

Tableau XVIII: Répartition des enquêtées selon l'utilisation des méthodes Contraceptives 39

Tableau XIX : Répartition des enquêtées selon les types de méthodes utilisées 40

Tableau XX : Répartition des enquêtées selon les effets secondaires survenus au cours de la contraception. 41

Tableau XXI : Répartition des enquêtées selon la satisfaction de la méthode Contraceptive moderne utilisée 41

Tableau XXII: Répartition des enquêtées selon l'intention d'adhérer ultérieurement à la contraception moderne 42

Tableau XXIII: Répartition des enquêtées qui ont déjà utilisé la contraception moderne selon l'intention d'adhérer à la contraception.après accouchement 43

Tableau XXIV : Répartition des enquêtées selon l'intention de débuter immédiatement après accouchement la contraception moderne 43

Tableau XXV: Répartition des enquêtées qui déclarent l'intention d'adhérer à la contraception moderne et acceptent ou non de débuter une MCM après l'accouchement selon le moment d'entretien 44

Tableau XXVI : Déclaration de l'intention et acceptation de débuter une MCM selon les quartiers de provenance 45

Tableau XXVII : Répartition des enquêtées qui acceptent selon la méthode utilisée 46

Tableau XXVIII :Acceptation d'adhérer à la contraception moderne selon le nombre d'enfants vivants déjà eu. 46

Tableau XXIX : Répartition des enquêtées selon les obstacles ou les raisons de ne pas recourir à la contraception moderne. 47

Tableau XXX: Répartition des enquêtées selon les raisons de ne pas débuter immédiatement la contraception moderne 48

Tableau XXXI : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon l'âge 49

Tableau XXXII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la gestité. 50

Tableau XXXIII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la parité. 51

Tableau XXXIV : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon le nombre d'enfants vivants. 52

Tableau XXXV : Répartition des enquêteées adhérentes à la contraception moderne selon le niveau d'instruction. 53

Tableau XXXVI : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la profession. 54

Tableau XXXVII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la religion. 55

Tableau XXXVIII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon l'état matrimonial. 56

Tableau XXXIX : Tableau récapitulatif de l'influence des facteurs Sociodémographiques et culturels sur l'adhésion à la contraception 57

Tableau XL : Tableau récapitulatif de l'influence des Antécédents 58

obstétricaux sur l'adhésion à la contraception 58

Tableau XLI : Répartition des enquêtées selon les propositions données 59

Tableau XLII : Tableau comparatif des auteurs sur connaissance, attitude et pratique des MCM. (Tableau XLII) 64

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE DE MEDECINE ANNEE ACADEMIQUE 2015-2016 I
DEDICACES V
REMERCIEMENTS VI
SIMBOLES, SIGLES ET ABREVIATIONS VII
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUE IX
TABLE DES MATIERES XII
CHAPITRE 0. INTRODUCTION 1
0.1 .Introduction générale 1
0.2 Objectifs 3
0.2.1. Objectif général 3
0.2.2.Objectifs spécifiques 3
CHAPITRE I. GENERALITES 4
I.1. Physiologie hormonale de la femme pendant la période d'activité génitale .. 4
I.1.1. Régulation Hormonale chez la Femme 4
I.1.2. Rôle des Différentes Hormones essentielles dans la vie génitale 4
I.1.2.1. Œstrogène 4
I.1.2.2. Progestérone 5
I.1 .2.3. Hormones Lutéinisantes et Hormone Folliculo-Stimulante (LH &FSH) 5
I.1 .3. Cycle menstruel, ovulation et fécondation 6
I.1.3.1 Cycle menstruel 6
I.1.3.2. Ovulation 7
I.1.3.3. Fécondation 7
I.1.4. Physiologie hormonale du postpartum de la femme mère 8
I.1.4.0. Définition et délimitation 8
I.1.4.1 Modifications anatomiques 8
I.1.4.2. Hormonologie et biochimie 9

I.1.4.3. Retour de la fonction ovarienne 10
I.1.5. Examen post natal 10
I.2. Contraception (moderne et naturelle) 11
I.2.1. Méthodes contraceptives 11
I.2.1.1.Méthodes hormonales 11
I.2.1.2 Contraception d'urgence et microprogestatifs 17
I.2.1.3 Méthodes contraceptives locales 18
I.2.1.4. Méthodes contraceptives naturelles 21
I.2.1.5. Autres méthodes contraceptives 22
I.2.2.Tolerance à une methodecontraceptive moderne 24
I.2.3.Méthodes contraceptives indiquées en postpartum immédiat et en cas d'allaitement maternel 26
I.2.4.Importance de la contraception du postpartum immédiat 26
I.2.5. Bilan clinique et para clinique pour prescrire une contraception 27
CHAPITRE II. PATIENTES ET METHODES 28
II.1 . Patientes 28
II.1.1. Lieu d'enquête et type d'enquête 28
II.1.2. Population d'enquête 28
II.2. Méthodes 29
II.2.1 Méthode d'échantillonnage 29
II.2 .2 Critère d'inclusion 29
II.2.3 Critère d'exclusion 30
II.2.4. Dépouillement et analyse des données 30
CHAPITRE III .PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 31
III.1. Données sociodémographiques 31
III.1.1. Age 31
III.1.2. Province d'origine 31
III.1.3. Zone urbaine 32

III.1.4. Religion 32
III.1.5. Niveau d'instruction 33
III.1.6. Profession 33
III.1.7. Gestité 34
III.1.8. Parité 34
III.1.9. Etat de l'enquêtée 34
III.1.10. Enfants vivants 35
III.1.11. Grossesse non planifiée 35
III.2.Connaissances sur les Méthodes Contraceptives Modernes (MCM) 36
III.2 .1. Information sur les méthodes contraceptives modernes. 36
III.2.2. Méthodes contraceptives connues 37
III.2.3. Effets secondaires connus 37
III.2.4. Pérception de la contraception moderne par les enquêtées 38
III.3. Attitudes et pratiques sur la contraception moderne 39
III.3.1. Enquêtées déjà utilisées les méthodes contraceptives 39
III.3.2. Types de méthodes contraceptives utilisées 39
III.3.3 .Tolérance aux methodes contraceptives modernes utilisées 40
III.4.Appréciation de la méthode contraceptive moderne déjà utilisée 41
III.5. Femmes enquêtées qui ont l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement 42
III.6. Déclaration de l'intention des enquêtées qui ont déjà utilisé la contraception moderne sur l'adhésion à la contraception moderne après l'accouchement 42
III.7. Enquêtées prêtes à débuter la contraception moderne immédiatement après l'accouchement 43
III.8.Enquêtées qui ont fait la contraception moderne en postpartum immédiat 44
III.9. Obstacles ou raisons de la non adhésion à la contraception moderne 46
III.10. Raisons de ne pas débuter la méthode contraceptive moderne après accouchement 47

III.11 Influence des facteurs socio- démographiques, culturels et antécédents obstétricaux sur l'adhésion à la contraception moderne 49

III.11 .1.Influence de l'âge sur l'adhésion à la contraception moderne 49

III .11.2 Influence de la gestité sur l'adhésion à la contraception moderne..... 50

III .11.3 Influence de la parité sur l'adhésion à la contraception moderne 51

III. 11.4 Influence du nombre d'enfants vivants sur l'adhésion à la contraception moderne..... 52

III. 11.5 Influence du niveau d'instruction sur l'adhésion à la contraception moderne 53

III .11.6 Influence de la profession sur l'adhésion à la contraception moderne 54

III .11.7 Influence de la religion sur l'adhésion à la contraception moderne..... 55

III .11.8. Influence de l'Etat matrimonial sur l'adhésion à la contraception moderne 56

III.14 Propositions données par les enquêtées. 59

CHAPITRE IV .DISCUSSION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE 60

IV.1. Caractéristiques sociodémographiques et culturelles..... 60

IV .1 .1 Age..... 60

IV .1.2. Niveau d'instruction 60

IV.1.3. Profession 60

IV.1.4. Religion..... 61

IV.1.5. Etat matrimonial et milieu de résidence 61

IV.1.6. Antécédents gynéco-obstétriques 61

IV.2. Connaissance sur les Méthodes Contraceptives Modernes (MCM) 62

IV.3. Attitude et Pratique sur la Contraception Moderne..... 63

IV.4.Intention d'adhérer à la contraception moderne en postpartum et acceptation de débuter la MCM dans le postpartum immédiat. 65

IV.5. Obstacles ou raisons de la non adhésion à la contraception moderne.....67

IV.6. Propositions données par les enquêtées.....68

IV.7. Influence des facteurs sociodémographiques et des antécédents obstétricaux sur l'adhésion à la contraception moderne 68

CHAPITRE V: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS 69
V.1: Conclusion 69
V.2 Recommandations 70
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 72
ANNEXES 78

CHAPITRE 0. INTRODUCTION

0.1 .Introduction générale

Au cours de la reproduction, la santé maternelle et infantile reste une préoccupation dans la communauté internationale. L'une des remèdes pour maintenir saine cette santé est la planification familiale. Celle-ci n'est possible qu'en utilisant les méthodes contraceptives modernes ou naturelles. Ces méthodes ont permis d'espacer les naissances et d'éviter les grossesses à risques, nombreuses ou rapprochées et non planifiées (1,2).

Les femmes qui utilisent les méthodes contraceptives modernes pour réguler les naissances sont en nombre plus élevé dans les pays développés que dans les pays en voies de développement (3). En effet, en Amérique du nord et en Europe 71 % et 61% des femmes utilisaient respectivement la contraception moderne en 2003 (3). En Afrique, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes était encore faible (12% en 2003) (3). Au niveau mondial, l'utilisation des méthodes contraceptives modernes est passée de 54% en 1990 à 57,4 % en 2014 (4). En Afrique, la proportion des femmes en âge de procréer (15-49ans) indiquant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes a très faiblement augmenté entre 2008 et 2014 (23,6%- 27,6%) (4).

Au Burundi, le taux de contraception a évolué de 2,7% en 2000 jusqu'à 25% en 2010 (EDS-II, 2010) (5). Ce taux était à 13% pour les femmes en âge de procréer et de 24% des femmes en union. Selon le 4ème rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement de 2015, le taux de fécondité est de 6,1 enfants (6). Ce taux était 6,4 enfants en 2010 (EDS-II, 2010); ce qui a permis de constater une variation du taux de fécondité non proportionnelle à la variation du taux de contraception malgré une bonne connaissance des méthodes contraceptives par les femmes (98%) et les hommes (97%) (EDS-II, 2010). Cette situation sur la planification familiale se présente ainsi alors que la population au Burundi en 2008 était de 8.054.574 habitats sur une superficie de 27.834 Km^2 avec une densité de 310 hab. /Km^2 et un taux d'accroissement annuel de 2,4% (7). En plus, dans notre pays, le cadre stratégique de lutte contre la pauvreté (CSLP II) estimait que la population totale du Burundi serait comprise entre 11 et 14 millions d'habitats entre 2015 et 2025 (8).

La politique nationale sur la population, selon le 4ème rapport national sur les OMD 2015, vision du Burundi 2025 a mis en place une politique démographique volontariste et agressive dans le but de réduire le taux de croissance démographique de 2,4% en 2008 à 2,0% à l'horizon de 2015 (6).

Le PNSR a déclaré en 2013 que pour atteindre l'objectif de 3 enfants par ménage, le taux d'adhésion à la contraception doit être de 40 % dans le registre de couverture contraceptive nationale 2013 (9), ce qui montre que le taux de contraception est encore plus bas et le taux de fécondité est encore élevé. Ce qui implique qu'il est encore indispensable d'augmenter le taux de contraception et réduire le taux de fécondité.

Les mesures de facilitation ont étés faites pour que ces méthodes contraceptives modernes soient plus accessibles. Ces mesures sont: la gratuité de l'offre de ces méthodes qui permettent l'espacement ou la limitation des naissances et le détachement du service chargé de la planification familiale à la maternité (accouchement et soins gynécologiques). Malgré ces facilitations le taux d'adhésion à la contraception reste non satisfaisante et le taux de fécondité reste élevé et ce dernier a passé de 6,4% en 2010 à 6,1% en 2015 (ISTEEBU rapport 2015) (10). Ce qui fait que le risque de mortalité et/ou de morbidité maternelle augmente et affecte la vie des enfants et de la communauté en général.

Nous nous sommes posé quelques questions pour savoir les raisons du faible recours à la contraception: Quel obstacle? Pas de nécessité selon les bénéficiaires? Ces méthodes sont-elles disponibles d'une façon suffisante? (selon les bénéficiaires, problèmes rencontrés lors de la visite). Quel est le niveau de connaissance sur ces méthodes (en rapport avec l'efficacité et les effets secondaires) ? Est-ce le surmenage qui empêche les femmes qui ont besoin de ces méthodes de venir les bénéficier en temps favorable? Y'aurait-il d'autres facteurs freinant l'utilisation de ces méthodes ? Nous nous sommes proposés de mener une étude sur :

«L'ACCEPTABILITE DE LA CONTRACEPTION MODERNE EN POSTPARTUM IMMEDIAT AU CHU KAMENGE » pour augmenter le taux d'adhésion à la contraception, afin d'améliorer la santé maternelle via la planification familiale.

0.2 Objectifs

0.2.1. Objectif général

Notre étude a pour objectif global de contribuer à l'amélioration de la santé reproductive et la maternité à moindre risque en faisant recours à la contraception moderne dans le postpartum immédiat.

0.2.2. Objectifs spécifiques

- ❖ Evaluer le niveau d'information sur les méthodes disponibles ainsi que leurs effets secondaires
- ❖ Déterminer la proportion des femmes qui font le recours à l'espacement des naissances par usage des méthodes contraceptives chez les femmes qui accouchent à la maternité du CHUK et/ou qui visitent le service de médecine communautaire du CHUK (CPN)
- ❖ Relever les obstacles ou les raisons de non recours à la contraception moderne.
- ❖ Evaluer l'acceptabilité de l'introduction de dispensation des méthodes contraceptives modernes avant la sortie de la maternité (injection ; implant sous-cutané, Pilules, DIU)
- ❖ Formuler les suggestions pour améliorer la maternité à moindre risque en faisant recours à la contraception moderne.

CHAPITRE I.GENERALITES

I.1. Physiologie hormonale de la femme pendant la période d'activité génitale

I.1.1.Régulation hormonale chez la femme

La période de procréation chez la femme débute avec la puberté et se termine à la ménopause et est régulée essentiellement par des hormones. La régulation des grands phénomènes observés au cours de cette activité (cycle menstruel ,ovulation, fécondation) se fait par voie hormonale et est sous la dépendance de trois régions anatomiques: l'hypothalamus qui agit en libérant une hormone appelée gonadoliberine (LHRH ou GnRH) d'une manière pulsatile, l'hypophyse qui assure le fonctionnement ovarien en produisant des hormones polypeptidiques appelées FSH et LH et les ovaires qui agissent au niveau de l'utérus en secrétant les hormones stéroïdes appelées l'œstrogène et progestérone. La coordination est assurée pour l'essentiel par un système de rétrocontrôle dont l'élément essentiel est l'œstradiol (11).

I.1.2.Rôle des différentes hormones essentielles dans la vie génitale

I.1.2.1.Œstrogène

Les œstrogènes sont des hormones stéroïdes sécrétées essentiellement au niveau des ovaires, dégradées au niveau du foie et éliminées par voie biliaire. Les œstrogènes sont responsables du développement et du maintien des caractères sexuels secondaires. Elles ont une action sur la vulve, le vagin, le col de l'utérus, l'endomètre utérin, le sein et le métabolisme hormonal (11).

Ces actions sont pour :

- Le col utérin : Ouverture de l'orifice interne, relâchement du tonus, sécrétion abondante du mucus (glaire filante cristallisante en feuille de fougère au moment de l'ovulation).
- L'endomètre utérin : une action lors de la phase proliférative avec croissance des tubes glandulaires et du chorion.
- Sein : développement des canaux galactophores

Les œstrogènes jouent également un rôle lors de la croissance folliculaire (11).

I.1.2.2. Progestérone

C'est une hormone stéroïde métabolisée au niveau hépatique et éliminée par voie urinaire. Le rôle principal de la progestérone est de préparer l'utérus à l'implantation de l'œuf. Elle agit sur le vagin, endomètre, myomètre, le col utérin et les seins:

- L'endomètre utérin: activité sécrétoire intense avec apparition du glycogène dans les cellules, tube dilaté et contourné, développement des artères qui deviennent spiralés mais nécessitant une action préparatoire et une action conjointe d'œstrogène ;
- Myomètre : inhibition de la contraction utérine ;
- Col utérin : modification de la glaire cervicale qui devient coagulé et disparaît et aussi l'augmentation du tonus de l'Isthme ;

Les progestérones ont une action analgésique à dose pharmacologique, action hypotonique, action hyponatremique et hypernatriurique et aussi une action hyperthérmisante (11).

I.1 .2.3.Hormone Lutéinisante et Hormone Folliculo-stimulante (LH &FSH)

Les hormones FSH et LH, appelées aussi gonadostimulines sont produites au niveau de l'hypophyse d'une manière cyclique et un pic qui dépend des stéroïdes circulant est observé au milieu du cycle. Elles agissent sur les ovaires.

a)Rôle de FSH :

- La FSH intervient lors de la sélection des follicules dominants ;
- Elle stimule la prolifération des cellules de la granulosa et entraine, en synergie avec l'œstradiol, la croissance folliculaire à partir du stade preantral. La FSH est inhibée par le système de rétrocontrôle négatif au niveau hypothalamo- hypophysaire par les stéroïdes ovariens et l'inhibine (substance non stéroïdien récemment isolée).

b) Rôle de LH :

- Indispensable à l'ovulation car c'est le pic de LH qui provoque celle-ci ;
- Responsable de la sécrétion de la progestérone douze heures avant l'ovulation dont le rôle dans le déclanchement de l'ovulation est discuté ;
- Indispensable à la formation et au maintien du corps jaune ;
- Responsable de la sécrétion de l'androgène (androstenedione) et de testostérone par les cellules de la thèque (11).

I.1 .3. Cycle menstruel, ovulation et fécondation

I.1.3.1 Cycle menstruel

Le fonctionnement génital cyclique de la femme commence dès la puberté jusqu'à la ménopause et est sous contrôle hormonal (11). Ce fonctionnement consiste à l'élimination de la couche superficielle fonctionnelle de l'endomètre utérin sous forme d'écoulement sanglant appelé menstruation. Ces menstruations sont observées au niveau de la vulve chaque mois durant toute la période d'activité génitale sauf en cas de gestation (grossesse) ou allaitement parfois (pour certaines femmes). Le cycle comprend quatre phases :

- ✓ Phase folliculaire précoce qui s'étend du 1er jour jusqu'au 7ème jour et est caractérisée par une sécrétion abondante de FSH ;
- ✓ Phase folliculaire tardive qui s'étend du septième jour au pic ovulatoire et est marquée par une forte augmentation de la production d'œstradiol.

Durant ces deux phases folliculaires, la croissance folliculaire importante est accompagnée d'une sécrétion et d'une action des hormones impliquées dans cette phase (FSH, LH, œstrogènes, androgène et inhibine).

- ✓ Phase ovulatoire : l'ovulation survient entre la 37ème heure et la 41ème heure après le début de l'élévation de LH. On note aussi une augmentation de la concentration plasmatique et folliculaire d'œstrogène et une augmentation de la concentration folliculaire de FSH et de progestérone.

✓ La phase lutéale où le corps jaune qui se forme va secréter la progestérone essentiellement, ainsi que les œstrogènes et les androgènes qui vont agir au niveau de la muqueuse utérine (endomètre). La chute brutale de la sécrétion de l'œstradiol et de la progestérone 24h à 48h avant la fin du cycle, est responsable de la menstruation. La FSH remonte avant la fin des règles suivantes ce qui va de paire avec la diminution de l'activité de l'inhibine dans le liquide folliculaire à la fin de phase lutéale.

Le cycle s'arrête suite au vieillissement des ovaires qui entraine la diminution des œstrogènes et progestérones et il n'y a plus de rétrocontrôle au niveau hypothalamo- hypophysaire (11).

I.1.3.2.Ovulation

C'est un phénomène cyclique défini par l'expulsion hors du follicule, d'un ovocyte mûr prêt à être fécondé. Elle est précédée par une maturation du follicule et de l'ovocyte intimement lié. Elle se produit au 14ème jour du cycle idéal de 28 jours grâce à une dissociation des cellules péri ovocytaires et la rupture de la paroi folliculaire. Elle est suivie de la formation du corps jaune (11).

I.1.3.3.Fécondation

Elle est l'ensemble des phénomènes physiologiques, cytologiques et biochimiques qui aboutissent à la fusion de deux cellules hautement spécialisées (spermatozoïde et ovule) pour former un œuf ou zygote et donner un nouvel individu (11).

La rencontre de deux gamètes haploïdes est précédée par :

- Un cheminement des spermatozoïdes dans les voies génitales mâles et femelles et de leur capacitation
- Une maturation, ovulation, et captation de l'ovocyte

I.1.4. Physiologie hormonale du postpartum de la femme mère

I.1.4.0.Définition et délimitation

La période du postpartum est une période qui s'étend de l'accouchement à la première menstruation appelée retour de couche qui se produit au bout de 6 semaines sauf si la femme allaite (souvent 8 semaines surtout après blocage de lactation). En réalité, le retour de l'organisme à la normale après accouchement est long et demande 4 à 6 mois.

Le postpartum peut se définir aussi comme une période qui s'étend de l'accouchement au retour à l'état antérieur à la grossesse, des différentes fonctions féminines souvent génitales (12).

I.1.4.1 Modifications anatomiques

L'utérus est l'organe essentiellement modifié lors de la gestation ainsi que le col lors de l'accouchement .Après l'accouchement, il ya un retour progressif à l'état initial du corps utérin (involution utérine) qui s'effectue pendant deux mois. L'involution est rapide les deux premières semaines puis se fait lentement dans les jours suivants.

L'endomètre utérin évolue en quatre phases :

- La régression qui se fait depuis l'accouchement jusqu'au 5ème jour;
- La cicatrisation qui se fait du $6^{ème}$ jour jusqu'au $25^{ème}$ jour sans stimulation hormonale : c'est la reconstitution de l'épithélium endométriale;
- Régénération ou prolifération qui se fait du $26^{ème}$ jour jusqu'au $45^{ème}$ jour sous l'effet de la stimulation oestrogénique
- Reprise du cycle menstruel se manifestant par ovulation autour du $40^{ème}$ jour en l'absence d'allaitement. L'endomètre prend alors l'aspect sécrétoire de la seconde moitié du cycle. Elle se produit théoriquement au soixantième jour mais la date de l'ovulation est très variable suivant qu'il y a eu lactation (allaitement efficace) ou inhibition de lactation. L'endomètre est impropre à la nidation jusqu'au $25^{ème}$ jour et la glaire cervicale est impropre à l'ascension des spermatozoïdes (13).

La prise des œstrogènes est contre indiqué avant le 25ème jour pour que la cicatrisation de la muqueuse utérine se fasse. La contraception ne sera commencée qu'à cette date avec la phase proliférative pour bloquer le pic de LH qui se produit au plus tôt vers le 40ème jour. Le col de l'utérus se ferme dans une semaine au niveau de l'orifice interne et il y a persistance de la déhiscence de l'orifice externe avec la muqueuse cervicale qui reste visible pendant trois à six mois puis se ferme après (12).

I.1.4.2.Hormonologie et Biochimie

Les hormones sont des éléments essentiels qui interviennent pendant l'activité génitale y compris la période de gestation. Après accouchement, il y a réorganisation des hormones sexuelles pour reprendre le cycle sexuel. Les œstrogènes s'effondrent le premier jour après l'accouchement et leur sécrétion est reprise au 25ème jour du postpartum sous l'influence de FSH (14).

La progestérone baisse pendant 10jours après l'accouchement puis disparaît pour réapparaître après la première ovulation qui peut se situer au plus tôt vers le 40ème jour.

Le taux des gonadotrophines est bas, le test au gonadolibeline est négatif jusqu'au 25 ème jour après l'accouchement.

La sécrétion de FSH réapparaît puis le pic de LH dont la date est variable, se situe au plus tôt vers le 40ème jour.

La prolactine qui monte après l'accouchement, diminue après le 15ème jour même si l'allaitement se poursuit. L'activité ovarienne est suspendue entraînant une anovulation et aménorrhée conséquente de l'hyperprolactinémie induite par les tétées. Avec les six tétées par jour, il y a l'absence d'activité ovarienne ; cette théorie est respectée chez 20 % des femmes selon les enquêtes faites (12).

Pendant la grossesse les modifications métaboliques et hémostatiques sont observées. Les éléments biochimiques importants sont les glucides, dont la tolérance perturbée au cours de la grossesse est corrigée au fur du temps en postpartum ; les lipides (triglycéride, cholestérol) et les éléments de la coagulation (fibrines) dont leurs perturbations se corrigent progressivement. Ce qui fait que certains bilans de la contraception se fait tardivement pour ne pas fausser les résultats ou faire des contre indications abusives. La normalisation de ces éléments se fait pendant deux ou trois mois (12,14).

I.1.4.3.Retour de la fonction ovarienne

Chez les femmes allaitantes à long terme (2ans et plus) à raison de six tétées par jour, on a pu noter 80% d'aménorrhées persistantes après une année et 20 % d'aménorrhées persistantes au bout de 2ans (15).

Il existe un parallélisme entre le taux de prolactinemie et la durée d'aménorrhée. Alors que le taux de FSH et de la prolactine reste élevé surtout la première année et surtout en cas d'aménorrhée, on observe une élévation de LH et de l'œstradiol et un taux de prolactine plus faible chez les femmes réglées.

Cependant, la lactation n'est pas une certitude d'infécondité et l'inhibition ovarienne entrainée par hyperprolactinémie a pu être expérimentalement levée par une stimulation ovarienne directe HMG (hormon ménopausal gonadotrophin) (15).

Le retour des menstruations chez les femmes européennes qui allaitent, survient au plus tôt à la $5^{ème}$ ou $6^{ème}$ semaine après accouchement. L'ovulation peut être déjà survenue au $20^{ème}$ jour mais l'insuffisance lutéale relative rend toutefois la grossesse rarement possible. Chez la femme qui n'allaite pas, l'ovulation survient vers le $45^{ème}$ jour (entre 25-75jour). Sous Parlodel, le retour de couche survient précocement ($3^{ème}$-$5^{ème}$ semaine) (15,16).

I.1.5.Examen post natal

L'examen des suites de couches débute après accouchement. Dans les 2 premières heures, il y a surveillance des paramètres vitaux (TA, pouls, température, volume des urines) et l'involution utérine. L'examen s'étend dans les premiers jours sur le sein, périnée, jambes.

La surveillance se fait dans les premiers jours à la maternité au structure de soins (3 à 5 jours en France, 48 heures aux USA). L'examen postnatal proprement dit se fera lors de la visite postnatale durant le deuxième mois. L'objectif de cet examen est de vérifier le caractère physiologique de suite de couche, le retour à la normale des voies génitales, la disparition ou persistance des pathologies révélées par la grossesse et enfin adapter la contraception (12).

I.2. Contraception (moderne et naturelle)

Les connaissances sur les mécanismes biologiques associés à la reproduction permettent à l'espèce humaine de contrôler cette reproduction et donc de séparer la sexualité à la procréation (17).

L'ensemble de tous les procédés destinés à empêcher de façon temporaire et réversible la fécondation, soit en empêchant la rencontre des gamètes (ovule et spermatozoïde) soit en s'opposant à la maturation de l'ovule, s'appelle la contraception (18). Cette contraception a permis aux familles de maîtriser la fertilité et la fécondité de l'espèce humaine et de décider sur le nombre d'enfants et l'espacement des naissances selon leur souhait (17).

Les moyens contraceptifs utilisés sont multiples et variés. Ils peuvent être médicalisés ou non (modernes et naturels) ; ils peuvent être mécaniques, chimiques, ou hormonaux (19).

I.2.1. Méthodes contraceptives

I.2.1.1.Méthodes hormonales

On distingue deux grandes catégories de méthodes contraceptives hormonales : œstroprogestatifs et progestatifs purs (19).

1°) Oestroprogestatifs

a)Types, composition et voies d'administration

Les oestroporogestatifs contiennent :

- Un œstrogène synthétique, l'éthinylestradiol dont la dose varie de 15 à 50mg (15 à 40mg pour les pilules minidosés et 50mg pour les pilules normodosés).
- Un progestatif dérivé de la 19-nortestostérone dont il existe trois générations :
  - première génération : Nortestérone et lynestrenol
  - deuxième génération : levonorgestrel et norgestrel
  - troisième génération : desorgestrel, gestodène et norgestimate

Les progestatifs de première génération sont dotés d'un fort pouvoir progestatif avec une très forte diminution de l'activité androgénique. Ces progestatifs résistent à la dégradation hépatique mais persistent les effets indésirables essentiellement métaboliques et aussi androgéniques.

Les progestatifs de deuxième génération ont moins d'effets secondaires métaboliques ou androgéniques et ont une biodisponibilité de 100% ce qui permet de réduire la dose administrée.

Les progestatifs de troisième génération ont une forte affinité pour le récepteur de la progestérone et ont une activité antigonadotrope majeure, ce qui a permis de réduire de plus la dose de éthinylestradiol.

Les pilules oestroprogestatives sont des pilules combinées associant dans chaque comprimé de l'éthinylestradiol et d'un progestatif à dose constante ou à dose variable d'où le terme de pilule monophasique, diphasique ou triphasique.

Les œstroprogestatifs peuvent être administrés par voie orale (pilules), transdermique (patch) ou vaginale (anneau vaginal).

L'action principale de ces œstroprogestatifs est d'empêcher l'ovulation par inhibition de la sécrétion de FSH et LH. Ils jouent aussi un rôle sur la glaire cervicale, en la rendant imperméable aux spermatozoïdes et sur l'endomètre, en le rendant impropre à la nidation.

On distingue plusieurs types de contraceptifs œstroprogestatifs,:

- Les œstroprogestatifs oraux : les pilules monodosés, bidosés, normodosés, monophasiques, biphasiques, triphasiques
- Le patch oestroprogestatif
- Anneau vaginal

b) Le tableau suivant montre les Contre- indications des œstroprogestatifs

Tableau I : Contre- indications des œstroprogestatifs (19)

Contre - indications absolues	Facteurs de risque
Antécédents personnels de thromboses veineuses ou artérielles Affections exposant à la thrombose : ➢ cardiopathie décompensée ou thrombogène ➢ hémoglobinopathie ➢ maladie imposant un alitement prolongé ➢ hyperlipidémie ➢ diabète insulinodépendant mal équilibré ou compliqué (rétinopathie, néphropathie, neuropathie) ➢ tabagisme supérieur à 15 cigarettes par jour après 35 ans ➢ affection hépatique évolutive, antécédent d'ictère choléstatique gravidique, de prurit gravidique ➢ cancer hormono - dépendant : sein, endomètre ➢ connectivites, porphyrie ➢ psychoses et névrose grave	Antécédents familiaux d'hyperlipidémie, de diabète, d'accidents vasculaires juvéniles ➢ obésité, IMC >30kg/m^2 ➢ hypertension artérielle >14/9 ➢ prise de poids excessive ou hypertension lors d'une grossesse ➢ consommation de cigarette >15 cigarettes / jours ➢ diabète non insulinodépendant ou insulinodépendant bien équilibré ➢ migraines y compris cataméniales ➢ goutte ➢ hyperthyroïdie ➢ dépôts lipidiques cutanés ➢ fibromes

c)Efficacité

Selon J. Lansac, l'efficacité contraceptive des œstroprogestatifs est presque la même quelque soit la voie d'administration. Elle est évaluée par l'indice de Pearl(IP) : R (N.1200/N.E, où N est le nombre de grossesses accidentelles et N.E, le nombre totale de mois d'exposition). Les valeurs de l'indice de Pearl élevées sont dues non pas à la contraceptive elle-même mais à son mode d'utilisation (IP en pratique courant : 6-8 et IP si utilisation maximale 0,1). L'I.P pour les œstroprogestatifs utilisés correctement est de 0,07 selon collège des endocrinologues (20) alors qu'elle se situe entre 0 ,15 et 0 ,45 pour le collège des gynécologues et obstétriciens Français (13).

d) Effets secondaires des œstroprogestatifs

La pilule oestroprogestative est bien tolérée dans la plupart des cas. Les effets secondaires pouvant survenir malgré qu'ils soient multiples sont peu fréquents (environ 5 %) surtout avec les comprimés fortement dosés (19,21).

Ces effets sont en fonction du type d'œstrogènes et de leur composition. On distingue les incidents mineurs et les accidents majeurs ainsi que les troubles métaboliques.

- Les incidents mineurs sont entre autre : les nausées, vomissements, instabilités, énervements, les céphalées, tension mammaire, sécrétions cervicales abondantes, candidoses. Ces effets sont liés à la surcharge en œstrogène. Les effets liés à la surcharge en progestatif sont : les états dépressifs, céphalées en cas d'arrêt du traitement, chloasma, sécheresse vaginale, lourdeur des jambes, métrorragie par atrophie de l'endomètre. On a aussi des effets androgéniques comme l'acné, la séborrhée, hypertrichose ;
- Les accidents graves :
    - AVC : Risque x11, si tabagisme ;
    - Risque d'infarctus du myocarde ;
    - Apparition des tumeurs hépatiques. ;

- Les troubles métaboliques :
  - Altération du métabolisme (hyperglycémie) ;
  - Augmentation du triglycéride et de cholestérol ;
  - Hypercoagulabilité; les œstroprogestatifs activent la coagulabilité mais augmentent la fibrinolyse.

Le risque carcinologique : le risque de cancer de l'ovaire a diminué de 50% chez les femmes utilisant des œstroprogestatifs oraux par rapport aux femmes qui ne les utilisent pas (19). Selon ces mêmes auteurs, le risque de cancer de l'endomètre est diminué de 50% avec les pilules combinés.

Certaines études ont constaté une très faible augmentation du risque de cancer du sein (20). Toutefois des mastopathies peuvent faire modifier le type de contraception orale.

Signalons que les avantages des œstroprogestatifs existent mais passent sous silence sur les aménorrhées, les ménorragies, les infections utéro-annexielles, kyste d'ovaire (non fonctionnelle), risque de cancer de l'ovaire et de l'endomètre utérin. Ce qui fait que les œstroprogestatifs (pilules minidosée associée aux progestatifs de deuxième génération monophasique) soient le premier choix de la contraception en dehors de l'allaitement et de contre indication.

2°) Progestatifs

a)Types, mécanismes d'action et voie d'administration

Ils peuvent contenir un progestatif soit de première, deuxième, ou troisième génération. Ils agissent principalement au niveau de l'endomètre utérin en l'atrophiant et au niveau de la glaire cervicale en entrainant son épaississement qui va bloquer par la suite la montée des spermatozoïdes. Ces progestatifs ont accessoirement une activité antigonodotrope plus ou moins complète (certains progestatifs surtout de la troisième génération) (21).

Le desogestrel (cezarette) a une action antigonadotrope puissante qui bloque l'ovulation dans 98% des cycles.

Nous distinguons 4 types de microprogestatifs selon la voie d'administration : les pilules administrées en per os, les progestatifs retards, les implants sous cutanés et un dispositif intra utérin qui libère un progestatif de deuxième génération (mirena®). Leur action se fait à trois niveaux: ovaire, utérus et glaire cervicale.

b) Efficacité

Les progestatifs ont une bonne efficacité mais au prix de leurs effets secondaires, leur indice de Pearl est respectivement 0,52 pour les desogestrel de troisième génération 0,1 pour l'implant si utilisation optimale ; 0,5 à 1 % pour les progestatifs retards et 0,5 pour lynéstrenol et acétate de noretistérone (macroprogestatifs qui ont l'AMM pour la contraception).

Les autres macroprogestatifs malgré leur efficacité en contraception, n'ont pas l'AMM suite à ses effets secondaires importants. L'efficacité globale des progestatifs est entre 1 et 2 % (20). Les effets secondaires sont d'autant importants que les doses sont importantes (19).

c) Effets secondaires

Malgré la bonne efficacité des progestatifs, leurs effets secondaires gynécologiques sont importants. Ils sont représentés essentiellement par ces troubles du cycle ou des règles (aménorrhée, spoting, irrégularité menstruelle). Ils peuvent être responsables des mastopathies, des mastodynies, kyste fonctionnelle des ovaires.

Avec l'implanon, les troubles du cycle menstruel sont observées dans 83% des cas. Les acnés, l'alopécie parfois, les céphalées, prise de poids, baisse de libido sexuel, humeur dépressive avec instabilité émotionnelle sont aussi observés.

Les effets non importants sur l'hémostase, bilan lipidique, bilan hépatique et hydrate de carbone peuvent se produire.

Comme les effets sont d'autant plus importants que les doses sont importantes, les oestroprogestatifs seuls à forte dose peuvent entraîner des effets plus amples tels que : Hyperinsulinémie associé à la prise de poids, lourdeurs des jambes, aggravation d'une insuffisance veineuse des membres inférieures, acnés, saignement inter menstruels, hypertension artérielle ,troubles gastro-intestinaux, ictère choléstatique ,prurit (21).

d) Contre-indication des progestatifs

Ils ont très peu de contre indications absolues. Les contre-indications sont principalement les suivantes :

- cancer du sein ou de l'endomètre,
- les mastopathies bénignes,
- l'hépatite actuelle ou récente ou insuffisance hépatique,
- accident thromboembolique récente ou antécédent de thrombophlébite évolutif,
- diabète méningiome (20,21)

I.2.1.2 Contraception d'urgence et macroprogestatifs

La contraception d'urgence appelée aussi contraception post coïtale ou pilules du lendemain est définie comme utilisation après un rapport sexuel non protégé d'un médicament ou d'un dispositif intra utérin pour empêcher la grossesse (20).

Elle est intéressante en cas de rapport sexuel à risque de grossesse non désirée et non protégé. Les différentes méthodes utilisées sont les œstrogènes seuls (éthinyl œstradiol), les œstroprogestatifs (sterdiril ou éthinyl oestradiol associé au levonorgéstrel), les progestatifs seuls (microval 2 à 25 comprimés), danazol, mifegyne, le stérilet.

Les œstrogènes seuls ont été abandonnés à cause de leurs effets indésirables malgré leur efficacité comparable à celle des œstroprogestatifs.

Leur mode d'action est différente selon le produit utilisé :

- œstroprogestatifs, les progestatifs ou le danazol inhibe ou retarde l'ovulation ;
- le mifegyne donné après l'ovulation perturbe l'implantation lorsqu'il est donné au cours de la phase lutéale induit la régression du corps jaune (19).

Leur efficacité est différente selon la méthode utilisée malgré qu'il soit difficile à évaluer du fait que tout rapport n'est pas fécondant ou n'entraîne pas une

grossesse. Le taux d'échec est respectivement de 1% pour le dispositif intra utérin post coïtal; 2,6% pour les progestatifs seuls; 1,7% pour le danazol; 1,6% pour les œstroprogestatifs et 1,2% pour la mifegyne (19).

L'avantage de la contraception en urgence est de prévenir l'avortement ou la grossesse chez les femmes qui ont oublié ou qui n'ont pas à leur disposition les méthodes contraceptives.

Levonorgestrel (norlevo®) est actuellement la contraception d'urgence de choix, elle est prise à n'importe quel moment du cycle.

Les macroprogestatifs qui sont des progestatifs purs à dose élevé, n'ont pas une autorisation de mise sur le marché comme méthode contraceptive malgré qu'ils soient utilisés et efficaces du fait de leurs effets secondaires importants.

I.2.1.3 Méthodes contraceptives locales

1°) Dispositif intra utérin (DIU)

Le dispositif intra-utérin est un meilleur moyen de contraception. Il est un moyen de première intention (22). Le même auteur ajoute que dans le monde, 108 millions de femmes portent le stérilet.

Ce DIU est fait en matière plastique biologiquement inerte (polyéthylène) à laquelle on a ajouté les métaux (cuivre, argent) ou progestatif pour augmenter le pouvoir d'action.

Ces différents types de DIU agissent en perturbant la fécondation et l'implantation par modification de la motilité tubaire et par effet gamétotoxique (pour le DIU en cuivre) ou en bloquant l'ovulation par modification de la glaire cervicale (pour le DIU en progestérone).

Le DIU avec progestatif agit en bloquant l'ovulation par libération des progestatifs de 25% des cycles et entraîne l'atrophie de l'endomètre en le rendant impropre à la nidation et diminue le volume des règles.

L'efficacité du DIU en cuivre et en progestatif est comparable. L'efficacité du DIU est évaluée par l'indice de Pearl et est satisfaisante (cet indice est entre 0,6 et 0,8).

Le contrôle après la pose du DIU doit se faire 6 semaines après la pose puis 6 mois après, puis chaque année s'il n'y a pas de problèmes.

Les complications pouvant survenir sont : douleurs pelviennes, expulsion du stérilet, perforation du myomètre, migration du stérilet dans la cavité abdominale, saignement, grossesse, oligoménorrhée ou aménorrhée, ascension du fil, infection.

Les effets indésirables possibles sont : kyste ovarien dans 12% des cas, l'accident thromboembolique évolutif, tumeur hormonodépendant du sein et de l'utérus (19).

Le DIU avec progestatif a des contre-indications comme les autres progestatifs auxquelles s'ajoutent celles du DIU lui-même.

Tableau II : Contre- indications des stérilets (22)

Contre-indications absolues	Contre-indications relatives	
▪ grossesse ▪ les infections de l'appareil génital : vaginite, cervicite à répétition, salpingites, endométrite récente ▪ les malformations utérines (utérus hypoplasique) ▪ les hémorragies génitales non enquêtées ▪ le cancer de l'endomètre ▪ polype endocavitaire et fibrome sous muqueux ▪ la maladie de Wilson ▪ les allergies au cuivre ▪ les coagulopathies	▪ l'utérus cicatriciel après césarienne ▪ la sténose cervicale ▪ la béance cervico-isthmique ▪ le postpartum (2 à 3 mois après accouchement ou IVG ou fausse couche sont nécessaire pour mettre le stérilet) ▪ les cardiopathies valvulaires	▪ malposition marquée et fixée ▪ antécédent de grossesse extra-utérine ▪ électrothérapie (ondes courtes) Contre- indications temporaires (jusqu'à la guérison) : ▪ Dysplasie cervicale importante ▪ Infection cervico-vaginale ▪ Diabète non équilibré

2°) Préservatifs masculins et féminins

Ils sont fabriqués en latex ou en polyuréthane. Ils sont largement utilisés malgré leur acceptabilité médiocre à cause de ces effets secondaires. Leur utilisation est en augmentation du fait de la lassitude des pilules, d'une recherche du non médicalisation de la sexualité et d'une protection contre les MST.

Leur efficacité est bonne s'ils sont bien utilisés (indice de Pearl égal 3) mais en pratique courante, cet indice est de 14.

Les effets indésirables sont entre autre : modification du plaisir, la rupture ou glissement, allergie possible (pour préservatif en latex) (22)

3°) Diaphragme et cape cervicale

Le diaphragme est une coupelle en silicone ou en latex que l'on place dans le vagin en avant de l'orifice cervical et bloque le passage des spermatozoïdes en association avec les spermicides.

La cape cervicale est un dôme très fin en silicone ou en latex qui s'emboîte dans le col utérin.

L'efficacité de ces méthodes est comparable et dépend beaucoup de l'utilisatrice ; le taux d'échec est de 19 à 40 % en utilisation courante mais il est de 2 à 4% si bien utilisées. Ils sont réutilisables pendant 2 ans (22).

4°) Spermicides

Ce sont des produits chimiques comprenant soit des mousses soit des gels ou crème soit des ovules ou comprimés solubles, mis au fond du vagin lors des rapports sexuels et agissant en tuant les spermatozoïdes (22).

Leur durée d'action est de 3 à 10 heures selon le produit utilisé.

Leur efficacité dépend du profil de l'utilisateur, taux d'échec est 0,3 à 3 % s'ils sont bien utilisés. En pratique courante, le taux d'échec est de 3,8 à 28 %. Pas de contre- indications de l'utilisation des ces méthodes et leur indication est principalement pour la contraception occasionnelle ou en association avec le préservatif, cape ou diaphragme.

Les effets secondaires sont essentiellement : l'altération de la muqueuse vaginale et cervicale pouvant favoriser la transmission des maladies sexuellement transmissibles ou VIH SIDA, échec d'utilisation en pratique courante et trop de lubrification des voies génitales (22).

I.2.1.4. Méthodes contraceptives naturelles

Ce sont des méthodes contraceptives efficaces si elles sont employées correctement et elles ont une certaine efficacité dans la pratique courante. Ce sont les seules méthodes qui n'ont pas d'effets indésirables et qui respectent la physiologie d'une femme. Leur indice de Pearl varie entre 1 et 9.

Ces méthodes consistent à repérer la période féconde du cycle menstruel et éviter les rapports sexuels ou faire les rapports sexuels protégés ou encore faire le coït interrompu.

Les différentes méthodes utilisées sont :

- Méthode du calendrier ou méthodes Ogino-Knauss
- Le coït interrompu
- Méthode de palpation du col
- Méthode de la glaire cervicale
- Méthode des températures
- Méthode d'allaitement maternel

I.2.1.5. Autres méthodes contraceptives

La contraception chirurgicale volontaire qui est une méthode permanente et irréversible de prévention de grossesse. Elle peut être masculine (vasectomie ou stérilisation masculine) ou féminine (ligature des trompes de Fallope ou stérilisation féminine).

Les analogues de GnRH et l'anordin (oestroprogestatif) peuvent être utilisés en contraception.

I.2.2.Tolérance à une méthode contraceptive moderne et modèle de consultation contraceptive recommandé.

La tolérance aux méthodes contraceptives dépend d'une part à la physiologie de l'individu (20) et d'autre part à la façon dont l'individu gère les ennuies qui surviennent au début de la contraception (12,19). Etant donné que les contraceptifs hormonaux sont des médicaments qui peuvent entrainer des effets indésirables comme tout autre médicament et que lors de l'action dans l'organisme ils modifient la physiologie de celui-ci (12), l'individu doit être averti de ses petits ennuies afin de pouvoir patienter au début du traitement et de pouvoir gérer les différentes situations. C'est pourquoi les femmes sous contraception doivent être surveillées et sont recommandées de revenir au structure de soins en cas de problème survenu au cours de la contraception ou

revenir juste pour contrôle même s'il n ya pas de plaintes (20). L'exemple est le DIU dont on recommande de revoir le professionnel de santé 6 semaines après la pose du DIU, puis 6 mois après et puis chaque année s'il n'y a pas de problèmes (19).

Pour qu'une méthode soit efficace théoriquement ou pratiquement elle doit d'abord être tolérée par l'individu et son organisme. En plus l'efficacité d'une contraception dépend du temps passé à l'explication de l'individu d'une MCM par le professionnel de santé et non seulement à la méthode choisie (12).

Pour une bonne tolérance et efficacité en pratique à une méthode contraceptive, une consultation bien menée est indispensable. L'OMS recommande une consultation contraceptive basée sur le modèle BERCER qui est une méthode de conseling préconisée pour accompagner la femme dans sa contraception (23,24). Ce modèle de consultation et de suivi se déroule en 6 étapes:

- le temps de l'accueil de la consultante;
- le temps de recueil des informations;
- le temps pour donner l'information claire;
- le choix de la consultante de la méthode;
- discussion au tour de la méthode choisie et de son emploi;
- consultation de suivi qui est l'occasion pour réévaluation de la méthode choisie, son utilisation, adaptation et satisfaction.

La bonne tolérance associée à l'efficacité entraine la satisfaction de la patiente à une méthode contraceptive utilisée. La satisfaction des patientes détermine la possibilité de continuer ou influence la continuité de la MCM pour celles qui ont déjà pris de contraceptif.

Tableau III: Tableau récapitulatif des méthodes contraceptives (25)

Méthodes	Types	Voie d'administration	Mode d'action	Durée d'action	Taux d'efficacité	Double protection	Réversibilité
Naturelles	Auto-observation	—	Action des hormones sur l'organisme	1 mois	Peu fiable	Non	Oui
	MAM	—	Action des hormones sur l'organisme	6 mois	98 à 99%	Non	Oui
Barrière	Préservatifs masculins	Pénis	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	Plus de 95%	Oui	Oui
	Préservatifs féminins	Intra-vaginale	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	95%	Oui	Oui
	Spermicides	Intra-vaginale	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	94%	Non	Oui
	Cape cervicale	Col	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	74 à 91%	non	Oui
	Diaphragme	Col	Barrière physique aux spermatozoïdes	Usage unique	94%	non	Oui
	COP	PO	Epaissit la glaire cervicale Suspend l'ovulation	1mois	99%	non,	Oui
	Injectable	IM	Inhibe l'ovulation Epaissit la glaire cervicale Modifie l'endomètre	3mois	99.9%	non	Oui
	Implant sous –cutané	SC	Inhibe l'ovulation Epaissit la glaire cervicale Modifie l'endomètre Modifie la physiologie tubaire	3 à 5 ans	99%(99.5 à 99.9%)	non	Oui
DIU	Tcu 380A	Intra-utérine	Le cuivre est hostile aux spermatozoïdes Réaction inflammatoire aseptique à corps étranger Modification de la glaire	10 à 12ans	99.7%	non	Oui
Contraception chirurgicale volontaire	LDT	Opération	Barrière physique aux spermatozoïdes et ovule	permanente	99.9%	non	Non
	Vasectomie	Opération	Arrêt de production des spermatozoïdes	permanente	99.9%	non	Non
Contraception d'urgence	Chimique (pilule) ou mécanique (DIU)	PO ou intra – utérin	Antinidatoire	120 heures	Selon la méthode utilisée	non	Oui

Le tableau suivant résume l'efficacité de toutes ces différentes méthodes contraceptives ci hautes -citées:

Tableau. IV : Efficacité des différentes méthodes contraceptives (18)

Efficacité	Méthodes	Grossesse pour 100 femmes au cours de 12 premier mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale
Toujours efficaces	Implant	0,1	0,1
	Progestatif injectable	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilule progestative pure (en cours d'allaitement)	1	0,5
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
Efficace dans son emploi courant, très efficace si emploi correct	Aménorrhée lactationelle	2	0,5
	Oestroprogestatif voie orale	6 – 8	0 ,1
	Pilule progestative pure (hors allaitement)	6 – 8	0,5
A une certaine efficacité en emploi courant, efficace si employé correctement	Préservatif masculin	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicide	20	6
	Méthodes naturelles	20	1-9
	Préservatif féminin	21	5
	Spermicides	26	6
	Capes cervicales (nullipares)	20	9
	Capes cervicales (multipares)	40	26
Pas de méthodes	-	85	85

I.2.3.Méthodes contraceptives indiquées en postpartum immédiat et en cas d'allaitement maternel

Les méthodes contraceptives indiquées en postpartum immédiat deviennent de plus en plus nombreuses si la femme allaite. Ce sont les méthodes d'action locales comme les préservatifs, les spermicides et le DIU ou les méthodes hormonales faites par les progestatifs seulement. C'est le cas des micropilules, progestatif retard (injection), implant au progestatif, DIU au progestatif (12,26). La stérilisation volontaire à visé contraceptive peut être utilisée. La prescription est faite après avoir examiné la patiente pour voir s'il y aurait d'autres contre-indications possibles.

Au Burundi les méthodes contraceptives modernes disponibles pouvant être utilisées en postpartum immédiat sont les progestatifs injectables, l'implant au progestatif, le DIU, pilule (micropilule), le préservatif et la ligature des trompes. Dans le système d'organisation du CHUK, le service de santé assurant la planification familiale est disponible à temps plein.

I.2.4. Importance de la contraception du postpartum.

La contraception du postpartum vise à prévenir les grossesses non désirées ou rapprochées pouvant survenir dans les12 premiers mois suivant l'accouchement et leurs conséquences (16,27). Elle a été instaurée au constat du nombre élevé des grossesses non désirées durant cette période (28,29). Elle contribue dans la réduction des besoins non satisfaits en matière de la planification familiale. En effet, selon l'enquête démographique et sanitaire faite dans 27 pays, 95% des femmes veulent éviter la grossesse durant les 24 mois qui suivent l'accouchement et 70% n'ont pas recours à la contraception (Ross et Winfrey, 2001).

La stratégie contraceptive doit tenir compte des souhaits de la patiente, des contraceptions antérieures et de leur tolérance, des contre-indications antérieures à la grossesse ou potentiellement acquises au cours de la grossesse (28,29).

Les méthodes naturelles n'ont leur place que s'il y a eu retour de couche mais l'allaitement maternelle peut être efficace dans les conditions bien précises (allaitement exclusif, durée et fréquence de tété respectées ainsi que aménorrhée dans une période inferieure à 6mois) (16,29 ,30). D'où les méthodes modernes trouvent leur importance si l'éventualité d'une grossesse n'est pas acceptable.

I.2.5. Bilan clinique et para clinique pour prescrire une contraception

L'administration ou la recommandation d'une contraception n'est pas une simple prescription. Elle nécessite des investigations médicales sur la santé et la physiologie du bénéficiaire. Après deux mois ou à distance de l'accouchement le bilan de la contraception comporte l'étude du dossier complet sur le plan médical, socio-économique, sexuel, et un examen général.

- Sur le plan médical on va se documenter sur :

  - les antécédents familiaux : diabète, hypertension, dyslipidémie, les cardiopathies, les maladies thromboemboliques, le cancer) ;

  - les antécédents personnels médicaux et chirurgicaux : migraine, épilepsie, maladies chroniques, chirurgie

  - gynéco-obstétrique : âge à la menarche, caractéristiques du cycle menstruel (durée des règles, durée du cycle, dysménorrhée), mastodynie, date des dernières règles, grossesse antérieure (IVG ou fausse couche), infection gynécologique.

- Sur le plan socio-économique :

  - Situation de la femme dans sa vie familiale, affective et professionnelle : religion, culture, moyen socio-économique

- Sur le plan sexuel : rechercher la conception de sexualité en tant que tabou ou s'il existe des difficultés. On va faire aussi l'examen général qui consiste à mesurer la tension artérielle, le poids, la taille, le tour de taille et de hanche et le calcul de l'IMC (12).

CHAPITRE II. PATIENTES ET METHODES

II.1 .Patientes

II.1.1. Lieu d'enquête et type d'enquête

Pour notre travail, nous avons fait une étude transversale et nous avons mené une enquête dans les services de maternité et de médecine communautaire du CHU Kamenge (lors des CPN du 3 ème trimestre de grossesse) depuis Avril 2017 jusqu'au mois de Mai 2017 soit une période de deux mois.

II.1.2. Population d'enquête

La collecte des données a été réalisée sur les femmes fréquentant le service de maternité du CHUK pour accouchement ainsi que les femmes fréquentant le service de médecine communautaire du CHUK pour consultation prénatale du 3ème trimestre de grossesse.

Pour collecter les données, nous nous sommes servi d'une fiche d'enquête à laquelle l'enquêtée répond individuellement aux questions posées, après éclaircissement sur les questions sans toute fois influencer leurs réponses. Nous avons rassuré l'enquêtée que les résultats de l'enquête ne seront utilisés que pour les objectifs de notre étude.
Le questionnaire d'enquête a été élaboré à l'aide des variables dépendantes et des variables indépendantes.

- Variable dépendante : acceptabilité de la contraception moderne en postpartum immédiat chez les femmes en âge de procréer fréquentant les services de médecine communautaire et de la maternité de CHUK.
- Variables indépendantes :
  - ✓ Facteurs démographiques : l'âge, le nombre d'enfants en vie par femme enquêtée, la gestité, la parité
  - ✓ Facteurs socioculturels : le niveau d'instruction, le statut matrimonial, les croyances religieuses, la profession.

II.2. Méthodes

II.2.1 Méthode d'échantillonnage

Pour calculer la taille minimale de l'échantillon, nous avons utilisé la formule suivante :

$$n = \frac{t^2 \times [P(1-P)]}{e^2}$$

n: Etant la taille minimale de l'échantillon attendu

t: Valeur type associée à un niveau de confiance requis t = 1,96 pour un taux de 95%.

P: Proportion estimative de la population présentant les caractéristiques étudiées dans la population cible de l'étude. Pour notre étude ce sont les femmes sous contraception au Burundi. Selon l'enquête démographique de santé de 2016-2017, 23% des femmes utilisent la contraception moderne (31); P = 23%

e: .Est la marge d'erreur acceptable, elle est fixée à 5%.

$$n = \frac{1{,}96^2 \times 0{,}23[(1-0{,}23)]}{0{,}05^2} = 272{,}13 \cong 272$$

L'effectif minimal de l'échantillon que nous devrions avoir est 272 enquêtées.

II.2 .2 Critère d'inclusion

Nous avons inclus dans notre étude :

- Toute femme enceinte venue en Consultation Prénatale pour le 3ème trimestre de la grossesse acceptant d'échanger avec nous.
- Toute femme qui a accouché à la maternité et hospitalisée (depuis les 2 premières heures jusqu'au 5ème jour) quelque soit le mode d'accouchement et acceptant d'échanger avec nous.

II.2.3 Critère d'exclusion

Nous avons exclu dans notre étude :

- Toute femme refusant d'échanger avec nous au moment de l'enquête.
- Toute femme qui a accouché à la maternité du CHU kamenge dont l'enfant n'est pas vivant.
- Toute femme qui a accouché à la maternité du CHU kamenge ou venue en consultation prénatale dont l'état physique ne favorise pas l'entretien.

II.2.4. Dépouillement et analyse des données

Le dépouillement a été fait par triage manuel. Le traitement et analyse des résultats ont été faits à l'aide du logiciel Epi info™ 7 et Microsoft Excel. Les résultats sont présentés sous forme de tableau. Le test de Chi carré de Pearson est utilisé pour recherche de la relation entre variable dépendante et variables indépendantes. Le seuil significatif est fixé à 0,05.

Si la valeur de Chi carré calculée est supérieure à celle de Chi carré théorique (de table) dans ce cas il y a une influence statistiquement significative du facteur étudié sur la variable dépendante considérée à un seuil significatif donné et suivant le degré de liberté déterminé. A l'inverse, pas d'influence statistiquement significative entre les deux variables.

CHAPITRE III .PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Dans notre étude nous avons un effectif de 281 enquêtées dont 183 sont contactées pendant la grossesse et 98 après accouchement(en post-partum).

III.1. Données Sociodémographiques

III.1.1. Age

L'âge moyen était de 28,19±5,56 ans avec des extrêmes allant de 17 à 42 ans (Tableau V).

Tableau V: Répartition des enquêtées selon les tranches d'âge en années

Tranches d'âge	Effectif	Pourcentage
< 18	1	0,36 %
18-23	66	23,22 %
24-29	89	31,78 %
30-35	100	35,71
>35	25	8,93 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.1.2. Province d'origine

La majorité des Femmes enquêtées provenaient de Bujumbura mairie avec un effectif de 246 cas soit 87,5% (tableau VI).

Tableau VI: Répartition des enquêtées selon les provinces d'origine

Province	Effectif	Pourcentage(%)
Bubanza	3	1,07
Bujumbura rural	17	6,05
Bururi	5	1,78
Cibitoke	2	0,71
Mairie	246	87,54
Muramvya	1	0,36
Mwaro	2	0,71
Rumonge	4	1,42
Ruyigi	1	0,36
TOTAL	**281**	**100,00**

III.1.3. Zone urbaine

La majorité des enquêtées sont originaires des quartiers du nord de la ville de Bujumbura surtout Gihosha et Kamenge et totalisent 61,37% des enquêtées. Ces quartiers du nord sont des quartiers d'attraction du CHUK (Tableau VII).

Tableau VII: Répartition des enquêtées selon les zones urbaines d'origine

Zone urbaine	Effectif	Pourcentage(%)
Buterere	6	2,43
Bwiza	2	0,81
Cibitoke	19	7,72
Gihosha	59	23,98
Kamenge	92	37,39
Kanyosha	12	4,87
Kinama	34	13,82
Kinindo	4	1,62
Musaga	5	2,03
Ngagara	7	2,84
Nyakabiga	4	1,62
Rohero	2	0,81
TOTAL	**246**	**100,00 %**

III.1.4. Religion

Plus de la moitié des enquêtées sont des protestantes qui représentent 51,25%, les catholiques représentent 40,93%, les musulmanes 5,34% et autre (témoin de Jehova) qui représentent 2,49% (Tableau VIII).

Tableau VIII : Répartition des enquêtées selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage (%)
Protestante	144	51,25
Catholique	115	40,93
Musulmane	15	5,34
Autre	7	2,49
TOTAL	**281**	**100,00**

III.1.5. Niveau d'instruction

La majorité des enquêtées ont un niveau primaire ou secondaire et représente respectivement 35,94% et 44,13% (Tableau IX).

Tableau IX: Répartition des enquêtées selon le niveau d'instruction

Niveau d'instruction	Effectif	Pourcentage
Analphabète	15	5,34
Primaire	101	35,94
Secondaire	124	44,13
Universitaire	41	14,59
TOTAL	**281**	**100,00**

III.1.6. Profession

Parmi les femmes enquêtées, les chômeuses représentent 37,37% et 23,13 % sont des cultivatrices (Tableau X).

Tableau X :Répartition des enquêtées selon la profession

Profession	Effectif	Pourcentage(%)
Artisane	5	1,78
Chômeuse	105	37,37
Commerçante	43	15,30
Cultivatrice	65	23,13
Elève	5	1,78
Etudiante	14	4,98
Fonctionnaire	44	15,66
TOTAL	**281**	**100,00**

III.1.7. Géstité

Les primigestes et les paucigestes représentent 70,15% des enquêtées

(Tableau XI).

Tableau XI: Répartition des enquêtées selon la gestité

Gestité	Effectif	Pourcentage
Primigeste (1)	87	30,94 %
Paucigeste (2-3)	110	39,21 %
Multigeste (4 et plus)	84	29,86 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.1.8. Parité

Les primipares et les paucipares représentent 62,50% des enquêtées. Les nullipares (celles qui sont enceintes pour la 1ère fois) représentent 20,36% (tableau XII).

Tableau XII: Répartition des enquêtées selon la Parité

Parité	Effectif	Pourcentage
Nullipare (0)	58	20,36 %
Primipare (1)	74	26,43 %
Paucipare (2-3)	101	36,07 %
Multipare (4 et plus)	48	17,14 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.1.9. Etat de l'enquêtée

Les femmes enceintes étaient 183 et les femmes qui ont accouché étaient 98.

III.1.10. Enfants vivants

Parmi les 281 enquêtées, 100 ont 2 à 3 enfants soit 35,59 % ,77 ont un enfant soit 27,40% ; 63 n'ont aucun enfant (sont enceintes pour la 1ère fois) soit 22,42% et celles qui ont 4 et plus ne représentent que 14,59% (tableau XIII).

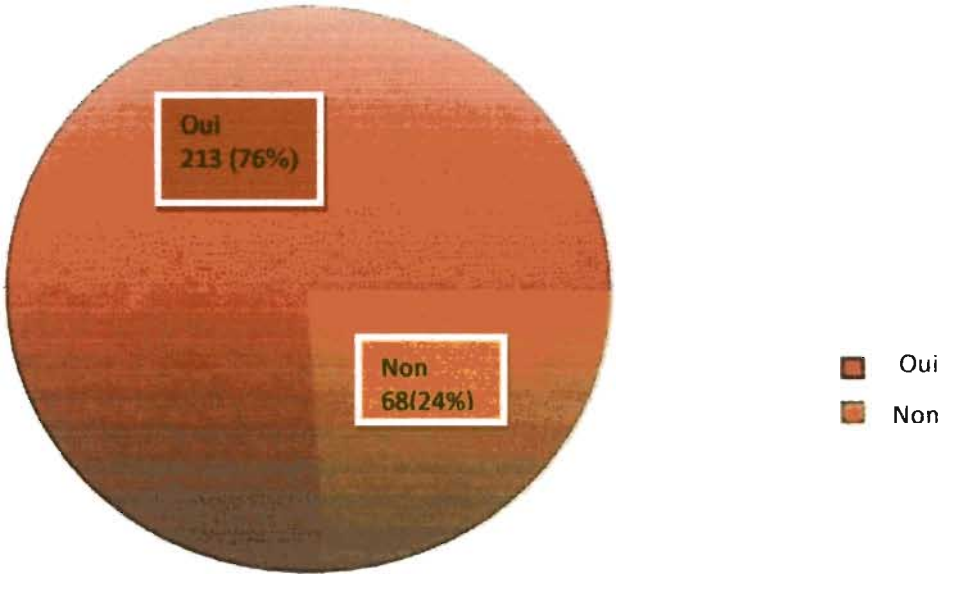
Tableau XIII: Répartition des enquêtées selon le nombre d'enfants vivants

Nombre d'enfants	Effectif	Pourcentage
0	63	22,42 %
1	77	27,40 %
2-3	100	35,59 %
4 et plus	41	14,59 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.1.11. Grossesse non planifiée

Les grossesses planifiées représentent 76% alors que 24% des grossesses étaient non planifiées.

Graphique1 : Répartition des enquêtées selon que la grossesse est ou non planifiée.



III.2.Connaissances sur les méthodes contraceptives modernes (MCM)

III.2 .1. Information sur les méthodes contraceptives modernes.

Les enquêtées qui sont informées sur l'espacement des naissances par les méthodes contraceptives modernes sont à 98,22% (tableau XIV).

Tableau XIV: Répartition des enquêtées selon la connaissance de régulation des naissances par des méthodes contraceptives modernes

Enquêtées déjà informées	Effectif	Pourcentage
Oui	276	98,22 %
Non	5	1,78 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.2.2. Méthodes contraceptives connues

Les méthodes les plus connues sont dans l'ordre décroissant : injection qui est connue par plus de 93% de nos enquêtées puis pilule, implant, stérilet et préservatif (tableau XV).

Tableau XV : Répartition des enquêtées selon les méthodes contraceptives connues

Méthodes	Effectif (n=281)	Pourcentage(%)
Injection	263	93,59
Pilules	254	90,39
Implant	251	89,32
DIU (stérilet)	241	85,76
Préservatif	211	75,09
Calendrier	111	39,50
LDT	14	4,98
Allaitement maternel	11	3,91
Pilule du lendemain	10	3,56
Aucune	9	3,20
Coït interrompu	5	1,78
Température	4	1,42
Glaire	3	1,07
Vasectomie	2	0,71

III.2.3. Effets secondaires connus

Les effets secondaires les plus connus par nos enquêtées sont les troubles de règles (27,04 % des enquêtées). D'autres effets connus sont : conception sur méthodes, stérilité, cancer, prise pondérale, perte pondérale, douleurs pelviennes, retard de conception, éjection ou disparition de l'implant. Celles qui ne connaissent aucun effet secondaire représentent 24,91% (tableau XVI).

Tableau XVI: Répartition des enquêtées selon les effets secondaires connus

Effets	Effectif (n= 281)	Pourcentage
Trouble des règles	76	27,04
Aucun	70	24,91
Conception sur méthodes	42	14,94
Stérilité	41	14,59
Cancer	35	12 ,45
Prise pondérale	35	12,45
Perte pondérale	22	7,82
Douleurs pelviennes	20	7,11
Retard de conception	14	4,98
Ejection/disparition de l'implant	14	4,98
Sécheresse vaginale	11	3,91

Les autres effets secondaires cités hormis du tableau sont : infection, avortement, malformation de l'enfant, maladies cardio-vasculaires, hypertension artérielle, morbidité, œdème du membre inférieur, vertige, céphalées, asthénie, impossibilité de retrait de l'implant, dépense de l'argent pour gérer les effets secondaires, diabète .

III.2.4. Perception de la contraception moderne par les enquêtées

Les enquêtées qui sont favorables à la contraception moderne représentent 32,47%, celles qui sont défavorables sont à 35,23% et 32,03% sont indifférentes (tableau XVII).

Tableau XVII : Répartition des enquêtées selon la perception de la contraception moderne

Perception de la contraception	Effectif	Pourcentage
Défavorable	99	35,23 %
Favorable	92	32,74 %
Indifférente	90	32,03 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.3. Attitudes et pratiques sur la contraception moderne

III.3.1. Femmes enquêtées déjà utilisées les méthodes contraceptives

Parmi nos enquêtées, 53,73% avaient déjà utilisé une méthode contraceptive (tableau XVIII).

Tableau XVIII: Répartition des enquêtées selon l'utilisation des méthodes Contraceptives

Enquêtées déjà utilisées la contraception	**Effectif**	**Pourcentage**
Oui	151	53,73 %
Non	130	46,26 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.3.2. Types de méthodes contraceptives utilisées

Les enquêtées qui ont utilisé l'injection sont à 28,46% ; 9,96% ont utilisé l'implant, 8,18% ont utilisé la pilule, 4,98% ont utilisé le DIU. Pour les 151 enquêtées qui ont utilisé la contraception ,37 (13,16%) ont utilisé la méthode naturelle, 114 (40,56%) ont utilisé la méthode moderne (tableau XIX).

Tableau XIX : Répartition des enquêtées selon les types de méthodes utilisées

Méthodes contraceptives utilisées	Effectif (n=281)	Pourcentage
Injection	80	28,46
Implant	28	9,96
Pilule	23	8,18
DIU	14	4,98
Préservatif	12	4,27
Naturelle	37	13,16
Aucune	130	46,26
Total	324	

Une femme enquêtée pouvait utiliser plus d'une méthode contraceptive d'où l'effectif total (324) diffère de l'effectif total des enquêtées (281)

III.3.3.Tolérance aux méthodes contraceptives modernes utilisées

Selon les données recueillies auprès des enquêtées qui étaient sous contraception, 47 soit 16,72% des enquêtées n'ont eu aucun effet indésirable. Parmi ces 47 enquêtées 37 utilisent la méthode naturelle, 10 enquêtées seulement utilisent une méthode contraceptive moderne.

Les troubles de règle se sont présentées chez 21 enquêtées soit 7,47 % et les douleurs pelviennes chez 18 enquêtées soit 6,40%. Les autres effets secondaires qui se sont présentés chez 7,47% non identifiés dans le tableau XX sont: retard de conception, hypertension artérielle, nausées et les allergies cutanées (tableau XX).

Autre=effets secondaires non cités dans le tableau survenus chez les enquêtées
Aucun=absence d'effets secondaires chez les enquêtées

Tableau XX : Répartition des enquêtées selon les effets secondaires survenus au cours de la contraception.

Effets secondaires	Effectif (n=281)	Pourcentage
Troubles règles	21	7,47
Douleurs pelviennes	18	6,40
Problèmes sexuels	9	3,20
Gènes psychologiques	7	2,49
Grossesse	6	2,13
Prise de poids	4	1,42
Perte de poids	4	1,42
Nausées	4	1,42
Infection génitale	3	1,06
Grossesse extra-utérine	1	0,35
Autre	21	7,47
Aucun	47	16,72

III.4.Appréciation de la méthode contraceptive moderne déjà utilisée

Parmi les 114 enquêtées (tableau XVIII et XIX) qui utilisent la contraception moderne, 28 seulement sont satisfaites de la méthode contraceptive moderne soit 24,56%, 39 enquêtées sont partiellement satisfaites soit 34, 21% et 31enquêtées ne sont pas satisfaites soit 27,19%. Les enquêtées qui s'abstiennent de donner la réponse sont au nombre de 16 et représentent 14,03% (tableau XXI).

Tableau XXI: Répartition des enquêtées selon la satisfaction de la méthode Contraceptive moderne utilisée

Satisfaction de la MCM	Effectif	Pourcentage
Non	31	27,19 %
Oui	28	24,56 %
Partiellement	39	34,21 %
Pas de réponse	16	14,03 %
TOTAL	**114**	**100,00 %**

III.5. Femmes enquêtées qui ont l'intention d'adhérer à la contraception moderne après l'accouchement

Sur l'effectif de 281 enquêtées, 38 souhaitent continuer la contraception moderne et 64 enquêtées souhaitent débuter la contraception moderne après accouchement. Parmi les 151 enquêtées qui avaient utilisé la contraception, 32 n'avez pas encore réfléchi sur l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement. Parmi les 130 qui n'avaient pas utilisé la contraception moderne 79 n'avez pas encore réfléchi sur l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement (tableau XXII).

Tableau XXII: Répartition des enquêtées selon l'intention d'adhérer ultérieurement à la contraception moderne

Intention / Effectif	Abandonner la MCM	Changer de MCM	Continuer la MCM	Débuter la MCM	Pas encore réfléchis	Total
Oui	16	52	38	13	32	**151**
Non	0	0	0	51	79	**130**
TOTAL	**16**	**52**	**38**	**64**	**110**	**281**

III.6. Déclaration de l'intention des enquêtées qui ont déjà utilisé la contraception moderne sur l'adhésion à la contraception moderne après l'accouchement.

Le nombre des enquêtées qui ont déclaré l'intention de continuer la méthode contraceptive déjà débutée est de 38 et représente 33,34% des enquêtées qui ont déjà utilisé une méthode contraceptive. Les patientes qui ont l'intention de changer la méthode totalisent 52 soit 45,61 %. Les autres enquêtées (24) ont abandonné ou n'avaient pas encore déclaré l'intention de continuer la méthode contraceptive moderne (tableau XXIII).

Tableau XXIII: Répartition des enquêtées qui ont déjà utilisé la contraception moderne selon l'intention d'adhérer à la contraception après accouchement.

Intention des enquêtées qui ont déjà utilisé une MCM	Effectif (n =114)	Pourcentage
Abandonner la MCM	16	14,03 %
Changer de MCM	52	45,61 %
Continuer la MCM	38	33,34 %
Pas encore réfléchis	8	7,01 %
TOTAL	**114**	**100,00 %**

III.7. Enquêtées prêtes à débuter la contraception moderne immédiatement après l'accouchement

Parmi les 281 femmes enquêtées, sur les 102 enquêtées (tableau XXII) qui déclarent l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement seule 52 enquêtées soit 18,64% déclarent l'intention de débuter immédiatement après l'accouchement la contraception moderne (tableau XXIV).

Tableau XXIV : Répartition des enquêtées selon l'intention de débuter immédiatement la contraception moderne

Enquêtées prêtes à débuter la MCM	Effectif	Pourcentage
Oui	52	**18,64 %**
Non	229	81,49 %
TOTAL	**281**	**100,00 %**

III.8. Enquêtées qui ont accepté de débuter la contraception moderne en postpartum immédiat.

Les femmes enquêtées qui ont utilisé une méthode contraceptive moderne immédiatement après accouchement sont au nombre de 12.Nous avons reparti ces enquêtées en fonction du moment d'entretien, du nombre d'enfants vivants, des quartiers de provenance et du type de méthode contraceptive moderne utilisée.

Les enquêtées qui ont l'intention de débuter immédiatement une MCM après accouchement sont contactées en majorité pendant la grossesse (46 sur 52 soit 88, 4%) et 10 sur 12(83,3% de celles qui débutent une MCM) qui acceptent de débuter une MCM sont contactées également pendant la grossesse (tableau XXV).

Tableau XXV: Répartition des enquêtées qui déclarent l'intention d'adhérer à la contraception moderne et acceptent ou non de débuter une MCM après l'accouchement selon le moment d'entretien

Moment d'entretien / Enquêtées	Pendant la grossesse	En postpartum immédiat	Total
Qui déclarent l'intention de débuter la MCM	46	**6**	52
Qui acceptent de débuter une MCM	10	2	12

Presque la totalité des enquêtées qui ont l'intention de débuter immédiatement après accouchement une MCM proviennent des quartiers du nord de la ville de Bujumbura qui sont périphériques du CHU Kamenge (48 sur52).Celles qui acceptent de débuter une MCM proviennent aussi de cette localité sauf une femme qui est originaire de Bwiza (au centre de la ville) (tableau XXVI).

Tableau XXVI: Déclaration de l'intention et acceptation de débuter une MCM selon les quartiers de provenance

Zone / Enquêtées	Kamenge	Gihosha	Kinama	Cibitoke	Ngagara	Buterere	Bwiza	Kanyosha	Rubirizi	Total
Qui déclarent l'intention de débuter la MCM	23	15	4	4	2	1	1	1	1	52
Qui acceptent de débuter une MCM	6	3	0	2	0	-	1	-	-	12

La méthode utilisée par ces enquêtées est principalement l'injection (8 patientes). Les autres méthodes utilisées sont la pilule (2 patientes) et le DIU (2 patientes) (Tableau XXVII).

Tableau XXVII : Répartition des enquêtées qui acceptent selon la méthode utilisée

méthode utilisée	injection	pilule	DIU	Total
Nombre d'enquêtées	8	2	2	12

Les femmes enquêtées qui acceptent d'adhérer à la contraception moderne ont en majorité moins de 4 enfants (10 sur 12 patientes qui font la contraception).

Tableau XXVIII : Acceptation d'adhérer à la contraception moderne selon le nombre d'enfants vivants déjà eu.

Nombre d'enfants vivants / Enquêtées	0	1	2-3	4 et plus	Total
Qui déclarent l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement	31	29	31	11	102
Qui déclarent l'intention de débuter la MCM immédiatement après accouchement	16	17	15	4	52
Qui acceptent de débuter la MCM après accouchement	-	3	7	2	12

III.9. Obstacles ou raisons de la non adhésion à la contraception Moderne

Sur 281 enquêtées, les femmes enquêtées qui ont déclaré qu'elles n'ont pas besoin de recourir à la contraception moderne sont au nombre de 110 soit

39,14%. Celles qui avaient peur des effets secondaires représentent 4,98% et 2,49% des enquêtées avaient comme obstacle la religion.

Tableau XXIX : Répartition des enquêtées selon les obstacles ou les raisons de ne pas recourir à la contraception moderne.

Obstacles /raisons	Fréquence	Pourcentage
Estimation de n'avoir pas besoin	110	39,14
Peur d'effets	14	4,98
Religion	7	2,49
Mari	4	1,42
N'aime pas	1	0,35
Manque d'information	1	0,35

III.10. Raisons de ne pas débuter la Méthode contraceptive moderne après accouchement

Sur les 102 enquêtées qui ont l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement, 50 qui n'étaient pas prêtes à débuter la contraception ont avancé des raisons qui les poussent à ne pas commencer immédiatement. Ces raisons sont entre autre : le retour de couche (10,18%), le consentement avec le mari (8,41%), attendre deux semaines (2,21%), deux mois (2,18%).

Tableau XXX: Répartition des enquêtées selon les raisons de ne pas débuter immédiatement la contraception moderne

Raisons de ne pas débuter la contraception moderne immédiatement	**Effectif (n=281)**	**Pourcentage**
Après être informé	23	10,18 %
Attendre deux mois	**5**	**2,18 %**
Attendre deux semaines	**5**	**2,21 %**
Attendre que je réfléchisse	75	33,19 %
Attendre retour de couche	**23**	**10,18 %**
Aucune réponse	11	4,80 %
Consentement avec mari	**19**	**8,41 %**
Prière seulement	1	0,44 %
Revenir pour stérilisation	8	3,54 %
Utiliser méthode naturelle	59	26,11 %
TOTAL	**229**	**100,00 %**

III.11 Influence des facteurs socio- démographiques, culturels et antécédents obstétricaux sur l'adhésion à la contraception moderne

III.11 .1.Influence de l'âge sur l'adhésion à la contraception moderne

L'analyse des résultats de ce tableau montre que l'âge a une grande influence sur la prise antérieure d'une MCM (P=0,0001 et est inférieure à 0,05) et a une influence sur l'intention d'adhérer ultérieurement à la MCM (p=0,0347) mais n'a aucune influence sur l'intention de débuter immédiatement la MCM (p=0,1426 > à 0,05) (tableau XXXI).

Tableau XXXI : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon l'âge

Tranche d'âge / Intention d'adhérer à la contraception moderne	< 18	18-23	24-29	30-35	>35	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	0	21	40	57	33	151	4	**0,0001**
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	1	0	34	29	8	102	4	**0,0347**
Intention de débuter immédiatement la MCM	1	15	23	8	5	52	4	0,1426

III .11.2 Influence de la gestité sur l'adhésion à la contraception moderne

L'analyse des résultats de ce tableau montre que la gestité a une grande influence sur la prise antérieure d'une méthode contraceptive et à l'intention d'adhérer ultérieurement à la MCM (P=0,0000 et est inférieure à 0,05) mais n'a pas d'influence sur l'intention de débuter immédiatement la MCM (p=0,1411 > 0,05) (tableau XXXII).

Tableau XXXII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la gestité.

Gestité / Intention d'adhérer à la contraception moderne	Primigeste	Paucigeste	Multigeste	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	13	72	66	151	2	0,0000
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	38	41	23	102	2	0 ,0000
Intention de débuter immédiatement la MCM	14	26	12	52	2	0,1411

III .11.3 Influence de la parité sur l'adhésion à la contraception moderne

Les résultats du tableau suivant montrent que la parité a une grande influence sur la prise antérieure d'une MCM (P=0,0000 < à 0,05) et à l'intention d'adhérer ultérieurement à la MCM (p=0,0006 < à 0,05) et n'a pas d'influence sur l'intention de débuter immédiatement la MCM (p=0,2280 > à 0,05) (tableau XXXIII).

Tableau XXXIII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la parité.

Parité / Intention d'adhérer à la contraception Moderne	Nullipare	Primipare	Paucipare	Multipare	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	9	30	71	41	151	3	0,0000
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	30	29	30	13	102	3	0,0006
Intention de débuter immédiatement la MCM	14	16	16	6	52	3	0,2280

III. 11.4 Influence du nombre d'enfants vivants sur l'adhésion à la contraception moderne

L'analyse des résultats de ce tableau montre que le nombre d'enfants a une grande influence sur la prise antérieure d'une MCM (P=0,0000 < à 0,05) et également sur l'intention d'adhérer ultérieurement à la MCM (0,0001 < à 0,05) mais il n'a pas d'influence sur l'intention de débuter immédiatement la MCM (0,1480 > à 0,05) (tableau XXXIV).

Tableau XXXIV: Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon le nombre d'enfants vivants.

Nombre d'enfants vivants / Intention d'adhérer à la contraception Moderne	0	1	2-3	4 et plus	total	Ddl	probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	10	33	73	35	151	3	0,0000
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	31	29	31	11	102	3	0,0001
Intention de débuter immédiatement la MCM	16	17	15	4	52	3	0,1480

III. 11.5 Influence du niveau d'instruction sur l'adhésion à la contraception moderne

Les résultats d'analyse nous montrent que le niveau d'instruction a une influence sur l'intention de débuter immédiatement la MCM (p=0,0139 < à 0,05) mais il n'influence pas la prise antérieure d'une MCM (p=0,4097 > à 0,05) et l'intention d'adhérer ultérieurement à la MCM (p=0,0991 > à 0,05) (tableau XXXV).

Tableau XXXV: Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon le niveau d'instruction.

Niveau d'instruction / Intention d'adhérer à la contraception Moderne	Analphabète	Primaire	Secondaire	Universitaire	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	6	52	72	21	151	3	0,4097
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	4	46	43	9	102	3	0,0991
Intention de débuter immédiatement la MCM	2	26	23	1	52	3	0,0139

III .11.6 Influence de la profession sur l'adhésion à la contraception moderne

L'analyse des résultats de ce tableau montre que la profession n'a aucune influence sur l'adhésion à la contraception que ce soit la prise antérieure ou l'intention d'adhérer ultérieurement (tableaux XXVI)

Tableau XXXVI : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la profession.

Profession / Intention d'adhérer à la contraception Moderne	Artisane	Chômeuse	Commerçante	Cultivatrice	Elève	Etudiante	Fonctionnaire	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	5	61	22	31	2	4	26	151	6	0,1061
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	2	45	19	24	3	1	8	102	6	0,3260
Intention de débuter immédiatement la MCM	3	21	9	14	0	1	4	52	6	0,0751

III .11.7 Influence de la religion sur l'adhérer à la contraception moderne

La religion n'a pas d'influence sur l'intention d'adhérer à la contraception moderne d'après les résultats du tableau XXXVII.

Tableau XXXVII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon la religion.

Religion / Intention d'adhérer à la contraception Moderne	Protestante	Catholique	Musulmane	Autre	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	77	58	13	3	151	3	0,0630
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	49	44	7	2	102	3	0,7281
Intention de débuter immédiatement la MCM	29	18	4	1	52	3	0,6618

III .11.8. Influence de l'état matrimonial sur l'adhésion à la contraception moderne

L'analyse des résultats du tableau suivant nous permet de constater que l'état matrimonial n'influence pas l'adhésion à la contraception moderne que ce soit antérieure ou ultérieure (tableau XXXVIII).

Tableau XXXVIII : Répartition des enquêtées adhérentes à la contraception moderne selon l'état matrimonial.

Etat matrimonial / Intention d'adhérer à la contraception Moderne	Mariée	Divorcée	Célibataire	Total	Ddl	Probabilité
Prise antérieure d'une méthode contraceptive	139	3	9	151	2	0,2972
Intention d'adhérer ultérieurement à la MCM	96	2	4	102	2	0,6547
Intention de débuter immédiatement la	49	2	1	52	2	0,3095

Tableau XXXIX : Tableau récapitulatif de l'influence des facteurs Sociodémographiques et culturels sur l'adhésion à la contraception

Décision prise / cteurs cio mographiques ıi influencent dhésion à la ntraception		Prise antérieure				Intention d'adhérer ultérieurement					Intention de débuter immédiatement			
		O	N	Ddl	Proba-bilité	CC	D	**Total**	Ddl	Proba-bilité	O	N	Ddl	Proba-bilité
ge	< 18	0	1	4	0,0001	0	1	**1**	4	0,0347	1	0	4	0,1426
	18-23	21	44			6	24	**30**			15	50		
	24-29	40	49			15	19	**34**			23	64		
	30-35	57	29			14	15	**29**			8	79		
	>35	33	7			3	5	**8**			5	36		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		
eligion	Ca	58	57	3	0,0630	1	1	**2**	3	0,7281	18	97	3	0,6618
	Po	77	67			14	30	**44**			29	115		
	Mu	13	2			3	4	**7**			4	11		
	Aa	3	4			20	29	**49**			1	6		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		
tat atrimonial	Ma	139	125	2	0,2972	37	59	**96**	2	0,6547	49	215	2	0,3095
	Ce	9	3			1	3	**4**			1	11		
	Di	3	2			0	2	**2**			2	3		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		
veau instruction	An	6	9	3	0,4097	0	4	**4**	3	0,0991	2	13	3	0,0139
	Pi	52	49			19	27	**46**			26	75		
	S	72	52			18	25	**43**			23	101		
	U	21	20			1	8	**9**			1	40		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		
ofession	Cu	31	34	6	0,1061	9	15	**24**	6	0,3260	14	49	6	0,0751
	Ch	61	44			19	26	**45**			21	84		
	Co	22	21			5	14	**19**			9	34		
	Fnct	26	18			3	5	**8**			4	40		
	Art	5	0			2	0	**2**			3	2		
	Et	4	10			0	1	**1**			1	13		
	El	2	3			0	3	**3**			0	5		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		

Tableau XL : Tableau récapitulatif de l'influence des Antécédents obstétricaux sur l'adhésion à la contraception

Décision prise / Antécédents obstétricaux		Prise antérieure				Intention d'adhérer ultérieurement					Intention de Débuter immédiatement			
		O	N	Ddl	Probabilité	O	N	**Total**	Ddl	Probabilité	O	N	Ddl	Proba-bilité
Gestité	Primigeste	13	74	2	0,0000	4	34	**38**	2	0,0000	14	73	2	0,1411
	Paucigeste	72	38			21	20	**41**			26	84		
	Multigeste	66	18			13	10	**23**			12	72		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		
Parité	Nullipare	9	48	3	0,0000	3	27	**30**	3	0,0006	14	44	3	0,2280
	Primipare	30	44			11	18	**29**			16	58		
	Paucipare	71	29			17	13	**30**			16	85		
	Multipare	41	9			7	6	**13**			6	42		
	Total	151	130			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		
Nombre d'enfants vivants	0	10	53	3	0,0000	3	28	**31**	3	**0,0001**	16	47	3	0,1480
	1	33	44			11	18	**29**			17	60		
	2-3	73	27			19	12	**31**			15	85		
	4 et plus	35	6			5	6	**11**			4	37		
	Total	**151**	**130**			**38**	**64**	**102**			**52**	**229**		

Les différents codes utilisés dans les tableaux XXXIX et XL : O : Oui ; N : non ; Cc : continuer la contraception ; D : débuter la contraception ;

Ca :catholique ;Po :protestante ;Mu :musulmane ;Aa :autre ;S :secondaire ;U :un iversitaire ;Cu :cultivatrice ;Ch :chômeuse ;Co :commerçante ;fonct :fonctionnai re ;Et :étudiante ;El :élève. Art : artisane.

Selon les tableaux XXXIX et XL, seuls l'âge, la gestité, la parité et le nombre d'enfants influencent l'adhésion à la contraception. Les autres facteurs sociodémographiques et culturels étudiés n'ont aucune influence sur l'usage des méthodes contraceptives modernes et aucun facteur sociodémographique n'influence la décision de débuter la contraception en postpartum immédiat.

III.12.Propositions données par les enquêtées.

Tableau XLI : Répartition des enquêtées selon les propositions données pour programmer ou espacer les naissances.

Propositions	Effectif (n=281)	Pourcentage
Sensibiliser de nouveau sur les MCM	162	57,65
Améliorer la gestion des effets Secondaires	97	34,51
Donner plus d'information sur les effets Secondaires	96	34,16
Enseigner les méthodes naturelles	71	25,27
Utiliser les méthodes naturelles	42	14,94
Utiliser les méthodes modernes	34	12,10
Aucune proposition	4	0,01
Contraceptifs des hommes	1	0,003

CHAPITRE IV.DISCUSSION DES RESULTATS ET REVUE DE LA LITTERATURE

IV.1.Caractéristiques sociodémographiques et culturelles

IV.1.1 Age

Dans notre étude, la plus jeune enquêtée avait 15 ans et la plus âgée avait 42 ans. L'âge moyen était de 28,19 ± 5,56 ans. Les tranches d'âges les plus représentées étaient de 24 à 29 ans et 30 à 35 ans dont les taux respectifs sont 31,78% et 35,71%. Ces résultats sont comparables à ceux de Niyongere (32), Ndayisaba (33), Rahat J, et coll. (34) qui ont trouvé dans leurs études que l'âge moyen des enquêtées est respectivement 28,71; 30 et 27,5 ans. Ces résultats sont comparables à ceux d'INSD et du PNSR dont la tranche d'âge de moins de 35ans est représentée respectivement à 65,9% et 70% (35,36).

IV.1.2.Niveau d'instruction

Dans notre étude les patientes qui ont fréquenté l'école secondaire sont prédominantes avec un taux de 44,3% puis celles qui ont fréquenté l'école primaire avec un taux de 35,94%. Ces résultats sont comparables à ceux de Niyongere (32) qui a trouvé dans son étude que celles qui ont un niveau secondaire sont plus nombreuses (40%) et en second lieu celles qui ont un niveau primaire (29,3%). Ces résultats sont différents de ceux de Ndizeye (37) qui a trouvé dans son échantillon que la majorité des enquêtées ne dépassent pas un niveau primaire (89%); ce qui pourrait être justifié par le fait que les femmes instruites font peu de visite prénatale au près des prestataires non spécialisés et que dans notre étude nous avons aussi inclus les patientes qui viennent pour accoucher.

IV.1.3. Profession

Les chômeuses et les cultivatrices occupent une bonne partie de l'échantillon ; elles représentent respectivement 37,37% et 23,13%. Ces résultats sont comparables à ceux de Niyongere qui a trouvé dans son étude que les chômeuses sont plus nombreuses (18,3% de l'échantillon) et sont différents de ceux de Ndizeye qui a trouvé dans son échantillon que les cultivatrices sont plus nombreuses (45,9%). Ceci pourrait s'expliquer par un niveau d'instruction le

plus bas et de plus les femmes instruites consultent souvent pour le suivi de grossesse chez les gynécologues.

IV.1.4.Religion

Dans notre échantillon, les protestantes représentent 51,25% et les catholiques 40, 93%. Ces résultats sont similaires à ceux de Ndizeye (37) qui a trouvé dans son étude que les protestantes et les catholiques représentent une grande partie de son échantillon (59,2% et 32,9%).

IV.1.5.Etat matrimonial et milieu de résidence

Dans notre échantillon 264 des femmes enquêtées soit 93,95% sont mariées. Ces résultats sont similaires à ceux de Ndizeye et de Bacinoni (38) qui ont trouvé respectivement dans leur étude que 70,6% et 81% des femmes enquêtées sont mariées.

La majorité des femmes enquêtées proviennent de la ville de Bujumbura (87,54%) surtout dans les quartiers du nord qui sont Kamenge et Gihosha totalisant eux seuls 53,7%. Ces résultats sont similaires à ceux de Ndizeye qui a trouvé dans son étude que 74, 5% des femmes enquêtées provenaient des communes du Nord-est de Bujumbura (Gihosha et Kamenge).

IV.1.6. Antécédents gynéco-obstétriques

Dans notre étude la majorité des femmes enquêtées sont des paucigestes (39,21%) et des primigestes (30,94%), ce qui implique que plus de 70% des femmes enquêtées ont moins de 4 enfants. Ces résultats sont comparables à ceux de Bacinoni (38) et Daouda Camara (39) dans leurs études où plus de 50% des femmes enquêtées ont moins de 4 enfants et les paucigestes représentent respectivement 36,1% et 38,5%.

Les femmes qui ont accouché moins de 4 fois sont majoritaires, elles représentent 80% des femmes enquêtées. Parmi elles, celles qui ont accouché une fois représentent 26,43%; celles qui n'ont pas encore accouché représentent 20, 36% et celles qui ont accouché 2 à 3 fois sont à 39, 21%. Ces résultats sont comparables à ceux de Daouda qui a trouvé dans son échantillon que les femmes qui ont accouché moins de 4 fois sont majoritaires (61,5%) et les paucipares représentent 44%.

La grande partie des femmes enquêtées avaient moins de 4 enfants (85,4%) ; parmi elles, celles qui n'avaient pas encore eu d'enfants sont à 22,42%, celles qui n'ont qu'un seul enfant représentent 27,40%. Ces résultats sont comparables à ceux de Bucumi (40) dont les femmes qui ont moins de 4 enfants représentent 72,2% des femmes enquêtées qui sont reparti comme suit: 10,2% pour 0 enfant, 18,3% pour 1 enfant et 18,8 pour 2 enfants.

IV.2. Connaissance sur les méthodes contraceptives modernes (MCM)

Dans notre étude 276 femmes enquêtées soit 98,22% sont informées sur la régulation des naissances par les MCM. Les MCM couramment utilisées au Burundi sont connues par la majorité des enquêtées. Les MCM les plus connues sont dans l'ordre décroissant l'injection, la pilule, l'implant, le DIU et le préservatif. Les autres méthodes les moins connues sont la LDT, la pilule du lendemain et vasectomie.

Les effets secondaires les plus connus par les femmes enquêtées sont les troubles de règles. Les autres effets secondaires cités au cours de l'enquête sont principalement la stérilité, conception sur méthode, cancer, prise pondérale, perte pondérale et douleur pelvienne.

Les patientes qui sont favorables à l'usage d'une MCM sont à 32,47%, les autres sont défavorables (35,23%) ou indifférentes (32,03%). Ces résultats sont similaires à ceux de Nduwayo (41), Niyonzima (42) , Tuyizere (43) et Ndayisenga (44) qui ont trouvé dans leurs études que les femmes qui sont informées sur les MCM représentent respectivement 81,3%; 96%; 98% et 97,3%.

Tuyizere, Ciza (45), Ndayisenga, Nduwayo et Niyonkuru (46) ont trouvé dans leur étude que les patientes qui ont une opinion favorable à l'usage des méthodes contraceptives sont majoritaires avec des taux respectives de 90,5%; 86,3% ; 75% ; 74,2% et 70, 83% ce qui est différente de nos résultats.

Niyonzima a trouvé dans son étude que les méthodes les plus connues sont l'injection (83,8%), préservatif (81,1%) et la pilule (52%).Tuyizere a trouvé que le préservatif vient en tête (93,9%) puis la pilule (86,8%) et l'injection en troisième position (72,2%).

En Afrique, dans 37 sur 60 pays en voie de développement 95% des femmes connaissent au moins une MCM (47).

Dans l'étude faite sur les femmes restauratrices des pécheurs, Nduwayo (41) a trouvé dans son échantillon que 74, 2% des femmes enquêtées ont une opinion favorable aux méthodes contraceptives et 23,1% sont défavorables. Cette différence pourrait s'expliquer d'une part par le fait que dans notre échantillon les femmes mariées sont majoritaires (93,95%) et que dans son échantillon les femmes mariées ne représentent que 34,6% et de ce fait le besoin d'une contraception ne serait pas au même niveau, d'autre part l'explication serait que l'auteur a considéré toutes les méthodes confondues. Il a trouvé également que les raisons qui justifient le non préférence aux MCM sont les effets indésirables tels que la stérilité, cancer, saignement.

IV.3. Attitudes et pratiques sur la contraception moderne

Dans notre étude sur les 281 femmes enquêtées ,151 femmes soit 53,73% avaient déjà utilisé une méthode contraceptive et 114 soit 40,56% avaient utilisé une MCM. Les méthodes les plus utilisées sont l'injection, l'implant et la pilule dans les proportions respectives: 28,46%; 9,96% et 8,18%.

Parmi les femmes qui avaient déjà utilisé une MCM, 10 seulement soit 8,7% n'ont eu aucun effet secondaire. Les autres ont présenté des effets secondaires et les troubles de règles viennent en premier position. Ce qui pourrait être justifié par le fait que la majorité des femmes enquêtées avaient utilisé l'injection ou implant qui sont dans la catégorie des progestatifs qui ont une mauvaise tolérance gynécologique selon la littérature (19,21).

Nos résultats sont proches de ceux de Bucumi, Ndayisenga, Ndayisaba, Tuyizere et Ndizeye qui ont trouvé dans leurs études respectives que 68,1% ; 75% ; 89,8% ; 85,3% et 90 ,5% des femmes enquêtées adhèrent à la planification familiale. Un petit écart qui est observé pourrait être justifié par le fait que dans notre échantillon prédominent les primigestes et les paucigestes.

En France les femmes sexuellement actives adhèrent plus à la planification familiale. Selon Y. Danneels dans son étude, 90,2% des femmes sexuellement actives utilisent une méthode contraceptive en 2010 (29). De plus les méthodes les plus utilisées sont la pilule qui occupe la 1ère place puis le DIU, le préservatif et l'implant avec des proportions respectives: 55,5%; 26%; 10,3% et 2, 6% ce qui diffère de nos résultats. Nos résultats sont comparables à ceux de Ndizeye, Diarra (48) et EDS-III qui ont trouvé dans leurs études que les

méthodes les plus utilisées sont les injectables suivies par les implants dans les proportions respectives: 66,2% et 21%; 33,3% et35, 3%; 12%.

Nos résultats sont similaires à ceux de Ndizeye et youbi (49) qui ont trouvé dans leurs études que la majorité des femmes enquêtées ont évoqué les effets secondaires comme raison d'interrompre une MCM.

Ces résultats correspondent à ce qui est dit dans la littérature sur les effets secondaires pouvant survenir en cas d'utilisation des contraceptifs progestatifs dont les troubles fonctionnels du cycle menstruel sont prédominants (19).

Dans notre étude, les patientes qui sont satisfaites de la MCM utilisée sont au nombre de 28 sur les 114 soit 24,14% ; ce qui pourrait influencer l'adhésion à la contraception ultérieurement.

Tableau XLII : Tableau comparatif des auteurs sur connaissances, attitudes et pratiques des MCM. (Tableau XLII)

Auteurs	Connaissance	Opinion favorable	Pratique	Satisfaction
Bucumi (40)	92%	-	-	-
Tuyizere (43)	99%	90,5%	60,5%	-
Niyonkuru (46)	87,5%	70,83%	16,67%	-
Nduwayo (41)	81,3%	74,2%	73%	-
Ciza (45)	83,2%	86,3%	41,3%	-
Ndayisenga (44)	97,3%	75%	-	-
Notre série	98,22%	32,42%	53,73%	24,14%

Bon nombre de femmes (pourcentage variant de 81, 3 à 99%) connaissent les MCM et ont une opinion favorable à ces méthodes mais la pratique de la contraception est très variable allant de16, 67% à 60, 5%. Il n'ya pas d'étude qui a été faite au Burundi sur la satisfaction des femmes qui utilisent ces méthodes. De même que les autres auteurs, dans notre étude la majorité des femmes connaissent les MCM et 53,73% ont déjà utilisé une méthode contraceptive (40,7% pour une MCM) mais celles qui sont favorables à la contraception

moderne sont à 32, 42% et celles qui sont satisfaites de la MCM utilisée sont à 24,14%. L'écart pour l'opinion favorable sur la méthode contraceptive pourrait être dû au fait que nous nous sommes focalisés sur les MCM et les autres auteurs ont considéré toutes méthodes confondues.

IV.4 .Intention d'adhérer à la contraception moderne en postpartum et acceptation de débuter la MCM dans le postpartum immédiat.

Dans notre étude faite sur l'acceptabilité de la contraception moderne en PPI, Parmi les 281 femmes enquêtées, 102 enquêtées soit 36,29% ont l'intention d'adhérer à la contraception moderne après accouchement. Les enquêtées qui avaient déjà utilisé la contraception ne représentent qu'environ le tiers de ces adhérentes (38 sur ces 102 enquêtées), les deux tiers qui restent sont des débutantes (64 sur 102). Cela montre que celles qui ont une expérience en contraception moderne adhèrent moins à la contraception du postpartum. Ce qui pourrait être justifié par la survenu des effets secondaires au cours de la contraception et par conséquent la non satisfaction de l'usage de cette méthode qui entraine à son tour l'abandon ou le changement de la méthode. Les femmes qui étaient sous contraception et qui ont l'intention de continuer ne représentent que 33,34% de celles qui avaient utilisé la MCM. Le reste des patientes opte de changer la méthode à utiliser (45,61%) ou n'a pas encore exprimé l'intention d'adhérer à la contraception moderne ou abandonne carrément la contraception moderne. L'étude qui a été faite en France sur le souhait des femmes à propos de la contraception du postpartum, a trouvé que 40% des femmes qui avaient utilisé la contraception avant la grossesse se décident de changer la méthode après accouchement (50,51). Ce qui concorde avec nos résultats.

Les enquêtées qui déclarent l'intention de débuter la contraception immédiatement après accouchement sont 52 seulement sur les 102 qui ont l'intention de faire la contraception en postpartum. Parmi les 52 enquêtées, 43 ont été contactées pendant la grossesse et 9 après accouchement. La majorité de ces enquêtées qui ont l'intention de débuter immédiatement et qui acceptent d'adhérer à la contraception moderne ont moins de 4 enfants (48 sur 52 qui ont l'intention et 10 sur 12 qui acceptent). Ces résultats vont de paire avec ceux de E. Pourtier en 2013 où dans son échantillon la majorité des patientes (56,6%) a été contactée pendant la grossesse lors des CPN; mais son étude ne précise pas les patientes qui ont l'intention de débuter la contraception après accouchement (52). Ces résultats sont similaires de ceux de Y. Danneels dans son étude faite en

France en 2014 où la grande partie des femmes qui ont été informées pendant la grossesse ont trouvé que le moment est adapté (95% des femmes informées pendant la grossesse). La majorité des femmes satisfaites de l'information sur la contraception du postpartum ont été informées pendant un moment favorable à plus de 95% (29). En plus les femmes enquêtées ont signalé que la période anténatale est un moment opportun et nécessaire pour se préparer et se renseigner tranquillement sur la contraception (29). De plus dans notre étude certaines femmes attendent de s'exprimer sur l'adhésion à la contraception moderne ou sur la méthode à utiliser en postpartum lors de notre entretien, ce qui pourrait se justifier par un moment adapté mais non suffisant pour décider sur l'utilisation de la contraception après accouchement.

Selon la recommandation de l'OMS et ANAES, le moment propice pour donner de l'information sur la contraception du postpartum est la période périnatale (53).

Les enquêtées qui acceptent d'adhérer à la contraception moderne après accouchement sont au nombre de 12 et 10 sur 12 ont été contactées au cours de la grossesse lors des consultations prénatales. Les méthodes utilisées sont l'injection principalement, puis la pilule et le DIU.

Peu d'études ont été faites sur la contraception en postpartum immédiat, néanmoins les études qui ont été faites sur le DIU ont conclu que l'insertion en PPI n'augmente pas les effets indésirables ou augmente modérément ces effets et le taux d'expulsion est tolérable (28,54, 55,56). D'autres auteurs ont trouvé que le taux d'expulsion est faible si insertion est fait en per césarienne (55). Certains auteurs disent qu'il n'y a pas de contre-indications formelles en postpartum immédiat et que l'insertion qui est recommandée à partir de 4 semaines est possible dans les 48h après accouchement par voie basse (26,55). La revue de la littérature affirme que l'implant peut être administré dans les 48 heures qui suivent l'accouchement et la tolérance est acceptable (29,57).

La totalité des enquêtées qui ont l'intention de débuter immédiatement la contraception moderne proviennent de la mairie de Bujumbura dans les zones périphériques du CHUK surtout Gihosha et Kamenge. Ce qui nous permet d'éliminer la localité éloignée du structure de soins ou du lieu d'accouchement comme raison de ne pas débuter la contraception après l'accouchement.

IV.5. Obstacles ou raisons de la non adhésion à la contraception moderne.

Une grande partie des femmes qui n'ont pas fait la contraception avant la grossesse en cours disent qu'elles n'en avaient pas besoin (39,14%). Ce qui peut être justifié par leurs antécédents gynéco-obstétriques (gestité, parité, nombre d'enfants vivants) et statut matrimonial. Parmi elles, il y a celles qui utilisent la méthode MAMA avec efficacité. Pour celles qui n'ont jamais fait de contraception alors qu'elles avaient besoin d'espacer leurs naissances, les principales raisons sont la peur des effets secondaires (4,98%) ou leur appartenance religieuse (2,49%). Ces résultats sont similaires à ceux de Ndizeye (37) selon lesquels la majorité des femmes de son échantillon ont évoqué les effets secondaires comme raison d'interrompre une méthode contraceptive moderne et ceux de Nduwayo (41) où dans son étude certaines femmes ne préfèrent pas les contraceptifs modernes à cause de leurs effets secondaires.

Celles qui ne veulent pas adhérer directement après accouchement à la contraception moderne avancent comme raison d'attendre le retour de couche, consentement avec le mari ou attendre une certaine période non justifiée et prise arbitrairement (2 mois ou 2 semaines). Ce qui peut être justifié par le fait que le temps pour se décider à utiliser une méthode contraceptive n'est pas suffisant.

Celles qui n'ont pas fait ou qui ne veulent plus continuer la contraception moderne disent qu'elles n'ont pas encore pris de décision (elles y réfléchissent encore) ou attendent des informations supplémentaires sur la contraception ou vont utiliser la méthode naturelle. Cela nous fait penser que s'il y aurait un 2ème entretien après accouchement les patientes seraient plus informées ou satisfaites de l'information et le nombre d'adhérentes aurait augmenté. Etant donné que le moment propice d'information sur la contraception du postpartum est la période périnatale (53) et l'information pendant la grossesse favorise le temps de se préparer, réfléchir et se renseigner tranquillement sur la contraception (30).

IV.6. Propositions données par les enquêtées

Plus de la moitié des patientes ont soif d'avoir plus d'informations sur les méthodes contraceptives modernes. Elles ont proposé de sensibiliser encore sur ces méthodes. Un nombre non négligeable de patientes (34,51%) a proposé d'améliorer la gestion des effets secondaires et de donner plus d'information sur ces effets. Les autres ont proposé d'enseigner les méthodes naturelles (24,27%), d'utiliser les méthodes naturelles (14,94%) ou la méthode moderne (12,1%).

IV.7. Influence des facteurs sociodémographiques et des antécédents obstétricaux sur l'adhésion à la contraception moderne

L'analyse des résultats sur les facteurs sociodémographiques qui influencent l'adhésion à la contraception moderne montre que parmi les facteurs étudiés seul l'âge et les antécédents obstétricaux (la gestité, la parité et le nombre d'enfants en vie que la patiente possède) influencent la prise antérieure d'une contraception et l'intention d'adhérer à la contraception après l'accouchement. Aucun facteur n'influence l'intention et l'acceptation de débuter une méthode contraceptive moderne en postpartum immédiat. Les autres facteurs étudiés comme le niveau d'instruction, la profession, le statut matrimonial et la religion n'ont pas d'influence statiquement remarquable sur l'adhésion à la contraception du postpartum immédiat.

CHAPITRE V: CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

V.1: Conclusion

Au cours de ce travail, nous avons mené une étude sur l'acceptabilité de la contraception moderne en période de postpartum immédiat au CHUK. Notre étude a été faite sur un échantillon de 281 femmes qui ont accouché ou qui ont fait la CPN au CHUK.

La majorité des enquêtées avaient un âge situé entre 24-35 ans (67%).Presque la totalité des enquêtées provenaient de Bujumbura (87,5%).Les enquêtées qui ont un niveau secondaire étaient à 44% et celles qui ont un niveau primaire représentent 37 ,94%.

Parmi les enquêtées, les cultivatrices et les chômeuses représentent 60%. Les primigestes et les paucigestes sont majoritaires (70%). Les primipares et les paucipares sont les plus représentées (62,5%). Les enquêtées qui ont 2 à 3 enfants sont à 35,59%.

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des enquêtées sont au courant de la régulation des naissances par les méthodes contraceptives mais ne veulent pas adhérer à la contraception moderne surtout en postpartum immediat. En effet, 98,22% des femmes enquêtées sont au courant de la régulation des naissances par les méthodes contraceptives modernes. Les femmes qui avaient déjà utilisé au moins une méthode contraceptive sont à 53,73% des femmes enquêtées et 40,56% avaient utilisé une MCM. Les femmes qui sont satisfaites de la méthode contraceptive utilisée représentent 24,14%. Les femmes qui sont favorables à la contraception moderne sont à 32,74%.

Les femmes qui ont l'intention d'adhérer à la contraception moderne après l'accouchement représentent 36,29%. Celles qui ont l'intention de débuter une MCM en postpartum immédiat sont à 18,64% et seulement 4,27% acceptent de débuter une MCM.

Parmi les 52 femmes, 43 ont été contactées au cours de la grossesse et le reste en postpartum immédiat. Sur 12 femmes qui débutent une méthode contraceptive 10 femmes ont été contactées lors de la CPN du troisième trimestre de leurs grossesses. La méthode la plus préférée est l'injection.

Malgré que la majorité des enquêtées qui n'avaient pas utilisé une MCM disent qu'ils n'en avaient pas besoin (39,14%), les principaux obstacles à la contraception dégagés sont la peur des effets secondaires et la religion. Les principales raisons de ne pas débuter une méthode contraceptive immédiatement après accouchement sont l'attente de retour de couche ou le consentement avec le mari.

V.2 Recommandations

Nous ne pourrions pas terminer ce travail sans formuler quelques recommandations et suggestions pour la poursuite et la pérennité de ces résultats dont l'importance est capitale tant à l'amélioration de la santé reproductive et la maternité à moindre risque qu' à la contribution à la régulation des naissances pour lutter contre les problèmes inhérents à la démographie galopante qui hante les pays en voie de développement.

Ainsi nous voudrions recommander:

- **Au Ministère de la santé publique et de lutte contre le SIDA**
  - ✓ D'intensifier la sensibilisation sur les méthodes contraceptives et de donner plus d'information sur leurs effets secondaires possibles ainsi que leur gestion;
  - ✓ De former le personnel spécialisé en matière de l'usage des méthodes contraceptives et du suivi des sujets sous contraception;
- **Aux professionnels de santé**
  - ✓ De multiplier les séances d'entretien avec les bénéficiaires sur l'usage des méthodes contraceptives moderne
  - ✓ D'augmenter le temps consacré à l'entretien avec les femmes souhaitant utiliser une MCM
  - ✓ De disponibiliser un temps suffisant lors des consultations prénatales surtout du 3ème trimestre pour échanger sur l'usage des méthodes contraceptives
- **Aux chercheurs**
  - ✓ De mener des études pareilles dans tous les hôpitaux de tout le territoire national
  - ✓ De nous emboiter le pas en faisant des études sur le niveau des connaissances sur les différentes méthodes contraceptives modernes
  - ✓ D'évaluer la tolérance à chaque méthode contraceptive utilisée et la continuité de l'utilisation de la méthode choisie.
  - ✓ D'évaluer la satisfaction des utilisatrices des méthodes contraceptives modernes (pour chaque méthode)
  - ✓ D'évaluer la tolérance des méthodes contraceptives modernes en postpartum immédiat
- **Aux hommes et femmes en âge de procréer**
  - ✓ De penser à la planification des naissances à temps ;

- ✓ De chercher les informations en rapport avec les méthodes contraceptives au près des professionnels de santé et gérer les problèmes pouvant survenir au cours de la contraception avec les professionnels de santé ;

❖ **Aux maris**

- ✓ d'accompagner leurs femmes lors des visites pour la planification familiale;

❖ **Aux couples**

- ✓ d'échanger sur la planification de leur naissances avant et après la visite du prestataire de soins de santé afin d'avoir des informations suffisantes et prendre une décision conjointe.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS, Planification familiale. Méthodes et pratiques pour l'Afrique, Genève, 1985.

2. Kleinman.R.L., Manuel de planification familiale à l'usage des médecins. Bureau international de l'IPPF, Stephen Austin and sons limited Hertford, Angleterre, 1997.

3. Programme de PF. Population reports : Poursuite de la révolution dans le domaine de la reproduction. Population Reports 2003,xxxi (2) : 3-30.

4. OMS/Planification familiale /contraception www.who.int>mediacentre >factscheets , consulté le 15, février 2017.

5. République du Burundi/ISTEEBU-EDS, 2010. Enquête démographique et de santé du Burundi, 2010. Site internet : www.isteebu .bi>index .php>catalogue, consulté le 16, février 2017.

6. PNUD. Rapport national sur les OMD au Burundi, 2015. www.bi.undp.org>docs>pubication, consulté le 15 février 2017.

7. Ministère de l'intérieur /Bureau central du recensement, Recensement Général de la Population et de l'habitat du Burundi, 2008.

8. Ministère des finances et de la planification du développement économique/ISTEEBU, Rapport des projections démographiques 2008-2030. Cadre stratégique de croissance et de lutte contre la pauvreté CSLPII, 2013.

9. MSPLS/PNSR du Burundi. Registre de couverture contraceptive nationale, 2013. Site internet : www .post-bi/index.php, consulté le 20, février 2017.

10. République du Burundi/Enquête modulaire sur les conditions de vie des ménages 2013-2014/ISTEEBU. Rapport, 2015.

11. H. de tourris, magnin G., Pierre F. et al. Régulation hormonale de la femme, cycle menstruel et sa pathologie, ovulation, fécondation. Gynécologie et obstétrique ,7ème édition. Masson, Paris, 2000 ; 17-35,443 p.

12. Lansac J., Magnin G. et Sentilhes L. Les suites de couche normales. Obstétrique pour le praticien 6ème édition. Masson 2013; 563p, 477- 482.

13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français(CNGOF). Accouchement, délivrance et suites de couche normales http://invf.univ-nantes.fr /gynécologie-et-obstétrique/enseignant /item22/site/html/1-html, consulté le 05, février 2017.

14. Université virtuelle médicale francophone. Les suites de couche physiologiques. Site : http : www.unmaf.org./UE-obstetrique/lactation/html/.consulté le 02 février 2017.

15. Lansac J., Magnin J., Senthiles L. Physiologie de la lactation. Obstétrique pour le praticien 6ème édition. Masson 2013 ; 459-468,563P.

16. Dr .Marie-B. Maternité du CHU d'Angers/Journée allaitement du Réseau sécurité des naissances. La contraception du postpartum chez la femme allaitante, Le point sur les nouvelles recommandations du CNGOF. Site: www.reseau-naissance.fr>medias, consulté le 1er mai 2017.

17. A.Netter,H.Rosenbaum.Hisstoire illustrée de la contraception de l'antiquité à nos jours, éditions Roger Dacosta, Paris,1985,P9,P261.

18. POPE G., La contraception vue par les femmes ,Presse médicale,20 avril 1991,Vol20,n°15,40-49.

19. J.Lecompte, P.Marret H. Contraception hormonale. Gynécologie pour le praticien ,7ème édition. Masson, Paris, 2007; 389-408,574P.

20. Campus d'endocrinologie; Item 27. Contraception hormonale chez la femme Site: http://umvf.univ-nantes.fr/endocrinologie/enseignant/item 27/site/html/1.html, consulté le 20 mai 2017.

21. Collège des enseignants d'endocrinologie, Diabète et maladies métaboliques. Site : campus.cerimes.fr>endocrinologie, consulté le 22 août 2017.

22. Lansac J.,Lecompte P.,Marret H. Contraception locale et méthodes naturelles. Gynécologie pour le praticien 7ème édition. Masson, Paris, 2007 ; 411-431, 574p.

23. Majorie Agen &Aude Baylocq. Sages-femmes. Contraception du postpartum, 2011.unité médicale de gynécologie obstétrique. Site : http/www avortement ancic.net /IMG /...contraception-post-partum-dec-2011pdf, consulté le 16 octobre, 2017.

24. ANAES-AFSSAPS-INPES. Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme recommandation pour la pratique clinique, decembre2004. Site : www.choisir contraception.fr/.../contraception-recommandations-has. Pdf.

25. Ministère de santé publique et de lutte contre le Sida, Programme national de santé de la reproduction, Manuel du prestataire de planification familiale, Bujumbura, février 2009.

26. Haute Autorité de Santé. Contraception chez la femme en postpartum; juillet 2013 (mise à jour janvier 2015). Site :_www.has-sante.fr, consulté le 05 octobre 2017.

27. OMS, 2014. Stratégie de programmation pour la planification familiale du post-partum. Catalogue à la source: bibliothèque de l'OMS ; Site: www.who.int/reproductive hearth, Consulté le 10 octobre 2017.

28. G. Robin. Contraception "difficile" du postpartum. Site : www.realites-cardiologiques.com_>, consulté le 28 août 2017.

29. Danneels J. Contraception du post-partum: la stratégie d'information, le point de vue des femmes. Mémoire de diplôme d'état de sage-femme de l'université de Versailles saint-quintin-en-Yvelines. Site : pepite-depot.univ.lille2.fr /.../f 3667 ca 7-d 37 f-4c14-8105-efcbf.1538896. consulté le 15 novembre ,2017.

30. Robin, Massart P., Graizeau F., Guerin du Masgenet B. La contraception du post-partum: Etat des connaissances. Gynécologie obstétrique & fertilité, 2008Jun; 36(6):603-15 Site : https //on line library.wiley.com /doi /abs/101016/0020-72 92(96)02670-7, consulté le 03 décembre, 2017.

31. République du Burundi/ISTEEBU–EDSB, 2017. Enquête démographique et de santé au Burundi, 2017.

32. Niyongere C. Etude des connaissances, attitudes et pratiques en matière d'alcool au CMC Buyenzi chez 355 femmes enceintes âgées de 15- 49 ans , thèse de doctorat en médecine ,Université du Burundi, Bujumbura, Février 2014.

33. Ndayisaba J.C. Etude des CAP des femmes en âge de procréer en matière de la contraception moderne par le dispositif intra-utérin :cas de la commune Musaga. Thèse de doctorat en médecine, Université du Burundi, Bujumbura, Août 2013.

34. Rahat J, Bushra R., Rubira A., Ilyas S. Factors affecting, the contraceptives practices of women in Gynae and obs. Unit of tertiary care hospital of Khyber Pukhtun Khwa.KJMS January-june, 2014, vol.7 No1; 37 – 39, consulté le 22 août 2017.

35. Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD) ,1999. Enquête démographique et de santé de Burkina Faso, 1999 .IN SD et Macro international IN_c.

36. Ministère de santé publique et de lutte contre le Sida/Programme national de santé de la reproduction (PNSR). Etude sur l'ampleur et les causes d'abandon de la pratique contraceptive ainsi que les déterminants de l'utilisation des services de planification familiale au Burundi. Rapport définitif, mai 2014; 106 p.

37. Ndizeye A. Les facteurs associés au renoncement à la planification familiale chez les patientes multipares. Enquête mené dans le service de consultation prénatale du CHU Kamenge auprès de 255 femmes enceintes ayant au moins trois enfants vivant .Thèse de doctorat en médecine, Université du Burundi, Bujumbura, octobre 2015.

38. Bacinoni E. Etude des connaissances et souhaits des femmes en âge de procréer en matière de santé préconceptionelle en médecine en médecine générale.Thèse de doctorat en médecine générale; Université du Burundi, Bujumbura; juin 2013.

39. Daouda Camara. Evaluation de la qualité des consultations prénatales Site : www.keneya.net>thèse>med>pdf, consulté le 25 août 2017.

40. Bucumi V. Etude des facteurs déterminant l'utilisation des méthodes contraceptives modernes chez les femmes en âge de procréer en milieu rural. Cas de la commune Gahombo .Thèse de doctorat en médecine, Université du Burundi, Bujumbura ,Aout 2013.

41. Nduwayo B. Etude des connaissances; attitudes et pratiques des femmes restauratrices des pécheurs en matière de santé reproductive. Thèse de doctorat en médecine; Université du Burundi, Bujumbura Avril, 2012.

42. Niyonzima J. B. Con tribution à l'étude des connaissances, attitudes et pratiques de la population rurale en matière de santé reproductive /planning familial .Cas de la commune Buhiga en province Karusi .Thèse de doctorat en médecine .Université du Burundi, Bujumbura, juin 2011.

43. Tuyizere L. Connaissances; attitudes et pratiques en matière de contraception orale. Enquête menée dans la commune périurbaine dans la ville de Bujumbura chez 200 femmes âgées de 15 à 49 ans. Thèse de doctorat en médecine; Université du Burundi, Bujumbura, février 2010.

44. Ndayisenga A. Etude des facteurs déterminant le recours à la contraception moderne chez les femmes en âge de procréer vivant avec le VIH/SIDA. Cas de 224 femmes fréquentant le centre de prise en charge en ambulatoire de CHUK. Thèse de doctorat en médecine; Université du Burundi, Bujumbura, Mars 2012.

45. Ciza H. Evaluation des connaissances, attitudes et pratiques des étudiants en matière de la contraception et planning familiale à l'Université lumière de Bujumbura : cas des classes des premières années et des préfinalistes du campus Mutanga nord .Thèse de doctorat en médecine, Bujummbura avril 2012.

46. Niyonkuru J. Etude des connaissances attitudes et pratiques sur la santé reproductrice des femmes handicapes motrices, thèse de doctorat en médecine, Université du Burundi, Bujumbura, février 2011.

47. Bioline International Official Site. Reports From Union of African Population Studies, 1996. Disponible sur http/www.bioline.org.br/reports, consulté le 02 septembre 2017.

48. Diarra L. Etude épidémiologique et clinique du planning familial à la clinique du siège de l'AMPPF de Bamako .Thèse de doctorat en médecine, U.S.T.T.B, Bamako décembre 2013. Site : http/www.keneya.net.> thèse>med.pdf, consulté le 21 novembre ,2017.

49. Youbi A. Niveau, structure et raison de la discontinuation de la contraception au Maroc dans GENDREAU F. La transition démographique des pays du sud, édition Estem , 2001; 312 – 322. http/www, bibliothèque auf.org /doc.num.php ?expl., consulté le 21 novembre ,2017.

50. Blangis F., Lopes P., Branger B., Garnier P., Philipe H-J, Ploteau S. La contraception du post-partum à propos de 600 patientes dont 129 revues à la contraception post-natale. Gynécologie obstétrique et fertilité.2013; 41(9) 499-504.

51. Cwiak C.,Gellasch T.,Zieman M. Perpartum contraceptive attitudes and practices.Contraception.2004,Nov.;70(5):383-6.Site http //www.ncbi.n /m.nih.gov/pmc /articles/PM.C3941343/.

52. Pourtier E. contraception du post partum. satisfaction des patientes sur l'entretien contraceptif en suite de naissance .G gynécologie et obstétrique 2013. Site: https://dumas.ccsd.cnrs.fr /Dumas-00906212, consulté le 10 septembre 2017.

53. ANAES and AFSSAPS. stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme, 2004.Site :inpes. sante publique france.fr /70000/dp/ou /dp041207.pdf.

54. Annales de la SOGGO (société Guinéenne de Gynécologie obstétrique) semestriel volume10 n°25; 2015 (Gynécologie obstétrique, Reproduction humaine) ; Site: www.analessoggo.org>4-volume, consulté le 10 septembre 2017.

55. O.Thiam, ML Cisse, M. Thiam, JN Tendeng, M Gueye, MM Niang, AA. Diouf, J.C Moraum. Dispositif intra utérin du post partum immédiat; Etude comparative entre DIU placé au cours de la césarienne du post partum immédiat et celui posé après un accouchement par voie basse 61-69 ;Site : http/www.annales soggo.org>images>pdf>.

56. Grimes DA et al. Immédiat postpartum insertion of intra uterin device cochrane.data base syst rev, 2010; 5:CDoo3036. Site : http/www. https//www.kup.at/kup/pdf /13102.pdf.

57. Brito.MB et al. Safety of the etonogestrel releasing implant during the immediate post partum period: pilot study contraception 2009; 80:519-526.

ANNEXES

Fiche de recueil des données

I. Identification :

N° d'identification :.....
Nom et prénom :.....
Age : .....
Résidence : Province : Commune /Quartier :.....
Etat civil : Mariée : ☐ Célibataire : ☐ Veuve : ☐ Divorcée : ☐
Religion : Catholique : ☐ Protestante : ☐ Musulmane : ☐
Autre : ☐
Niveau d'instruction : Analphabète : ☐ Primaire: ☐ Secondaire : ☐
Universitaire : ☐
Profession: ☐ Artisane : ☐ Elève : ☐ Etudiante : ☐
Commerçante : ☐ Fonctionnaire : ☐ Chômeuse : ☐
Antécédent Gynéco-obstétrique : Gestité : ☐ Parité : ☐
Enfants vivants : ☐
Femme enceinte : ☐ Age de la grossesse : ☐
Parturiente ☐
La grossesse actuelle est-elle désirée ? Oui : ☐ Non : ☐

II. Connaissances, attitudes et pratiques

1. Etes-vous au courant de la limitation des naissances ou espacement des naissances par les méthodes contraceptives ? Oui : ☐ Non : ☐
2. Quelles sont les méthodes contraceptives utilisées que vous connaissez ?
   - Méthodes hormonales : Pilules (œstroprogestatifs ou progestatifs oraux), injection, implant sous-cutané, stérilet(DIU)
   - Barrière mécaniques : préservatif
   - Méthodes naturelles : lesquelles ?.....
   - Pilule du lendemain
   - Stérilisation volontaire : ligature des trompes, vasectomie
3. Avez- vous déjà été sous méthode contraceptive:
   Naturelle ? Oui: ☐ Non : ☐
   Moderne ? Oui →c : ☐ Non : ☐

a) Si non pour la méthode moderne, pourquoi? Quel obstacle avez – vous eu?
1) Pas nécessaire / besoin : ☐ 2) maladies : ☐
3) je n'aime pas : ☐ 4) surmenage : ☐
5) religion : ☐ 6) Mari : ☐ 7) culture : ☐

8) crainte des effets secondaires : ☐ 9) Information insuffisante : ☐

b) souhaitez- vous débuter la méthode contraceptive moderne ? Oui : ☐

Non : ☐ Je n'ai pas encore réfléchie : ☐

c) laquelle ? Pilule : ☐ Stérilet : ☐ implant sous cutané : ☐

injection : ☐

d) Quels problèmes avez-vous eu au cours de la contraception ?

Règle (ménorragie /spotting) : ☐ grossesse survenu au cours de la contraception : ☐

Douleurs pelviennes : ☐ problème des rapports sexuels : ☐

Infection génitale : ☐

Gènes psychologiques : ☐

e) souhaitez – vous continuer la même méthode: Oui: ☐ (précisez si vous avez utilisées plus d'une méthode) Non : ☐ Je n'ai pas encore réfléchie : ☐

Si non : Vous voulez changer et utiliser une autre méthode ? Oui : ☐

Non : ☐

Si Oui, laquelle ? i) .....ii) Je n'ai pas encore réfléchie : ☐

Ou vous voulez abandonner la méthode contraceptive : Oui : ☐ Non : ☐

4. connaissez-vous les effets secondaires liés à ces méthodes ? Lesquels ? (Au moins 5 exemples)

.....

.....

5. Quel est votre perception sur la méthode contraceptive moderne?

Favorable : ☐ défavorable: ☐ indifférente : ☐

6. Quelle attitude du conjoint dans l'usage des méthodes contraceptives ?

D'accord : ☐ indifférente : ☐ pas d'accord : ☐

7. Etes- vous satisfaite de la méthode contraceptive proposée ?

Oui : ☐ Non : ☐ partiellement: ☐

8. Si la méthode que vous préférez utiliser après l'accouchement est disponible maintenant et qu'il n'y a pas de danger sur votre vie et /ou celui du nouveau né, vous êtes prête à débuter la méthode? Oui: ☐ Non : ☐

Si non pourquoi ? Attendre que je réfléchisse encore : ☐ Attendre le retour de couche : ☐ Attendre deux semaines : ☐ Attendre un mois : ☐

Attendre deux mois : ☐ Consentement avec mon mari : ☐

Utiliser la méthode naturelle : ☐ Je reviendrai pour stérilisation : ☐

9. Si vous n'êtes pas satisfaite de la méthode contraceptive proposée; pourquoi?

a) A cause des effets secondaires : ☐ b) Difficile à faire ☐

c) Morale : ☐ d) Autre ☐

10. Qu'est ce que vous proposez à changer ou à améliorer pour programmer ou espacer les naissances ou avoir une grossesse en temps voulus et dans les conditions souhaités ?

a. Utiliser les méthodes naturelles : ☐ b. Utiliser les méthodes modernes: ☐

c. Sensibiliser de nouveau sur l'importance de l'utilisation de ces méthodes : ☐

d. Enseigner les méthodes naturelles : ☐

e. Améliorer la gestion des effets secondaires survenus au cours de la contraception moderne : ☐

f. Donner plus d'informations sur les effets secondaires : ☐

g. Autre ☐

SERMENT DE GENEVE

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 garderai à mes maîtres le respect et la reconnaissance qui leur sont dus,

J'exercerai mon art avec conscience et dignité,

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, de race, de parti

Ou de classe sociale 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,

Je fais ces promesses solennellement, librement, sur l'honneur.

RESUME

Notre étude est menée dans le but d'évaluer l'acceptabilité de la contraception moderne en postpartum immédiat au CHU Kamenge. Elle porte sur un échantillon de 281 femmes enquêtées dont 183 ont été contactées au cours de la CPN du 3ème trimestre de leurs grossesses et 98 ont été contactées après accouchement à la maternité. La tranche d'âge la plus représentée pour les enquêtées est de 24 à 35ans avec une proportion de 67,4%. La majorité des enquêtées qui consultent pour le suivi de leurs grossesses ou accouchement au CHU Kamenge sont des protestantes ou catholiques (90%) ; des cultivatrices et des chômeuses (60%) et ont un niveau secondaire ou primaire (80%). Elles sont principalement des primigestes et des paucigestes (environ 70%), ont accouché moins de quatre fois (environ 80%) et ont moins de quatre enfants (85,4%).

Presque la totalité des femmes sont au courant de la régulation des naissances par les méthodes contraceptives (98,22%) et la majorité de celles-ci connaissent les méthodes contraceptives modernes couramment utilisées et disponibles au Burundi : injection (93,50%), pilule (90,39%), préservatif (75 ,09%), implant (89,32%), DIU (85 ,76%). Les effets secondaires cités par les enquêtées sont nombreuses et sont connus par pas mal de patientes ; ils sont survenus chez la majorité des patientes qui ont utilisé une méthode contraceptive moderne et constitue une raison principale de ne pas faire recours à la contraception. Les troubles de règles sont les plus citées. Les autres obstacles ou raisons de non adhésion à la contraception sont principalement la religion, l'attente du retour de couche ou d'une certaine période non justifié et prise arbitrairement. Plus de la moitié des femmes enquêtées avez déjà fait la planification des naissances par une méthode contraceptive (53,73%) dont 40,56% avez utilisé une MCM et seulement 24,14% sont satisfaites de la méthode utilisée. Les méthodes les plus utilisées sont l'injection (28,46%), l'implant (9,96%) et la pilule (8,18%).

Les femmes qui ont l'intention de faire la contraception moderne après accouchement représentent 36,29%; celles qui ont l'intention de débuter en postpartum immédiat représentent 18,64% et celles qui acceptent de commencer la contraception immédiatement après accouchement ne représentent que 4,7%. Les facteurs socio démographiques qui influencent l'adhésion à la contraception moderne sont l'âge, la gestité, la parité et le nombre d'enfants. Les principales suggestions des patientes sont la sensibilisation sur les méthodes contraceptives modernes, l'amélioration de la gestion des effets secondaires et donner plus de l'information sur ces effets.