
M.E.S., Numéro 132, Vol. 1, janvier – février 2024

<https://www.mesrids.org>

Dépôt légal : MR 3.02103.57117

N°ISSN (en ligne) : 2790-3109

N°ISSN (impr.) : 2790-3095

Mise en ligne le 20 février 2024



Revue Internationale des Dynamiques Sociales
Mouvements et Enjeux Sociaux
Kinshasa, janvier - février 2024

ADOPTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE PAR LES FEMMES DANS LES STRUCTURES DE SOINS APPUYEES PAR L'ONG

Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics de 2018 à 2020

par

Bienvenu NSITA ZAYA-NSITA

Chef de Travaux, ISTM-Kinshasa

Richard BOKANA MPANYA

(Tous) Apprenants en DEA

Paul Denis NZITA KIKHELA

Professeur

*(Tous) Faculté des Sciences Economiques et de Gestion,
Université de Kinshasa*

Résumé

La planification familiale permet d'éviter des grossesses non désirées, qui sont souvent source de avortements, des naissances rapprochées et des complications liées aux accouchements multiples, ainsi son adoption concourt à la réduction de la mortalité maternelle.

Cette étude descriptive réalisée grâce à des interviews et des données dans les registres de soins, indique que l'adoption de la planification familiale est satisfaisante dans l'ensemble des structures sous étude, mais une différence se dégage lors qu'on considère cette problématique selon les types de structure et les moments de sa vulgarisation. Le niveau d'adoption de la planification familiale en post-abortum est satisfaisant, soit 87,22% dans les Hôpitaux généraux et 90,33% dans les centres hospitaliers ; que celui en post-partum où le taux est plutôt insuffisant et varient entre 53,05% dans les hôpitaux généraux et 58,5% dans les centres hospitaliers. Tandis que dans les centres de santé, la situation est toute autre ; le niveau de cette adoption est plutôt insuffisant en post-abortum (52,75%) qu'en post-partum (72,73%). Quoiqu'il en soit, il y a lieu d'accroître les sensibilisations des femmes à cette pratique à tous les moments de la vie des mères dans les structures de soins.

Mots-clés : planification familiale, adoption, post-partum, post-abortum

Abstract

Family planning makes it possible to avoid unwanted pregnancies, which are often the source of abortions, closely spaced births and complications linked to multiple births. Its adoption thus contributes to reducing maternal mortality.

This descriptive study, carried out by means of interviews and data from health care registers, indicates that the adoption of family planning is satisfactory in all the facilities under study, but a difference emerges when we consider this issue according to the type of facility and the time of its introduction. The level of adoption of family planning in the post-abortion period is satisfactory, at 87.22% in general hospitals and 90.33% in health centers, whereas the rate in the post-partum period is rather low, varying between 53.05% in general hospitals and 58.5% in health centers. In health centers, however, the situation is quite different; the level of this adoption is rather lower in the post-abortion period (52.75%) than in the post-partum period (72.73%). In any case, there is a need to increase awareness of this practice among women at all stages of their mothers' lives in health facilities.

Keywords : family planning, adoption, post-partum, post-abortion

INTRODUCTION

L'accès à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction, est pour les femmes un droit et pour les Etats un devoir reconnu par plusieurs instruments internationaux notamment le Protocole additionnel de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatifs aux droits de la femme. Ainsi, la planification familiale joue beaucoup dans l'atteinte de l'égalité entre les sexes et constitue également un facteur clé dans le développement et la réduction de la pauvreté¹. Lors de la Conférence internationale sur les droits de l'Homme de 1968, la planification

¹ CARELLE, La planification familiale et ses bénéfices pour les femmes et les filles, 2019.

familiale est devenue une obligation en matière de droits de l'Homme de tous les pays, gouvernements et décideurs politiques»².

Cependant, une étude récente menée à Kinshasa sur les besoins en matière de santé génésique chez les adolescentes et les jeunes a révélé que 30% des jeunes filles enceintes de 15 à 24 ans, ont déjà eu un avortement et que 56% des femmes enceintes ont déjà avorté ; or, il existe une relation entre intervalles génésiques, santé de l'enfant, avortement et le niveau élevé de la mortalité maternelle dans les pays en voie de développement³. En outre, les grossesses rapprochées sont parmi les causes de l'accroissement du taux de morbidité maternelle, ils sont la cause du décès de 2,4% des mères et 5,5 % meurent suite aux complications qui en sont la conséquence »⁴.

Selon Abib Ndiaye, la planification familiale reste un moyen efficace de lutte contre les décès maternels et infantiles, car en sus de permettre à la femme de mieux régénérer et de mieux récupérer, elle est un ensemble de moyens qui concourent au contrôle des naissances dans le but de lutter contre les grossesses non désirées⁵.

Les douze premiers mois après l'accouchement constituent l'un des moments les plus vulnérables de la vie d'une femme. C'est le moment où son besoin de planification familiale est le plus important ; sa santé et celle de ses enfants en dépendent. Mais c'est aussi le moment où ce besoin a le moins de chances d'être satisfait. Les chiffres sont surprenants : plus de 90 % des femmes en post-partum veulent retarder ou éviter une autre grossesse, et pourtant deux tiers n'utilisent pas de moyens de contraception. D'ailleurs, les estimations prospectives montrent que 55% des femmes congolaises au cours des deux premières années suivant l'accouchement ont un besoin non satisfait du planning familial⁶.

Par ailleurs, « Après une fausse couche ou un avortement provoqué, l'intervalle minimum recommandé par l'OMS entre deux grossesses est d'au moins six mois afin de réduire les risques d'effets indésirables sur la mère et la périnatalité. » Pourtant trois femmes sur quatre quittent l'établissement après un avortement sans méthode contraceptive. Cela les expose à un risque accru de grossesse non désirée et éventuellement d'avortement.

La planification familiale post-partum et post-abortum ou après avortement (PFPP et PFAA) est une pratique éprouvée et à haut impact qui peut protéger et autonomiser les femmes à un moment crucial de leur vie. Et le moment n'a jamais été aussi bien choisi pour les pays d'investir dans le développement des planifications familiales en post-partum et post avortement⁷.

C'est dans cette optique que notre étude vise à décrire l'évolution de cette adoption de PF en post-partum (PP) et après avortement ou post-abortum(AA), dans les structures de soins appuyées par JH PIEGO à la fin du projet. Outre cette introduction, trois points sont développés avant la conclusion de ce papier. Le premier porte sur la méthodologie adoptée, le deuxième sur la présentation des données traduisant les résultats et le troisième aborde la discussion.

I. METHODOLOGIE

L'étude sur l'adoption de la planification familiale est une étude descriptive réalisée dans les structures sanitaires de Kinshasa, bénéficiaires du projet « Accouchement sécurisé et espacement des naissances » de 2017 à 2019, mis en œuvre par l'ONG JH PIEGO.

Ce choix est influencé par le souci de vérifier à la fin du projet, le niveau d'adoption des méthodes de planification familiale, à l'issue des interventions à fort impacts initiées par ce projet pour améliorer la santé maternelle et néonatale. Il y a lieu de noter que la population de notre étude est composée de 16 structures de soins de Kinshasa, sélectionnées dans le cadre de l'intervention du projet pour avoir réalisé une moyenne de 100 accouchements par mois.

² Haïti, journée mondiale de la population, 2018

³ PATHFINDER, Etude sur les problèmes et besoins des jeunes de 15 à 24 ans en matière de santé sexuelle et de la reproduction dans les zones de santé de MASINA, 2015

⁴ ZAOUAQ, Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc, 2017

⁵ CARELLE, OP. Cit, 2019

⁶ Ministère de la santé publique, DHS, 2015

⁷ Cleland et al, La planification familiale du post-partum/après avortement 2012

Les données de cette analyse sont récoltées grâce à une enquête exhaustive dans tous les sites d'intervention du projet, au moyen d'un questionnaire préétabli et par la technique d'interview approfondie auprès des informateurs clés et à l'exploitation de données secondaires dans les registres des structures où les données quantitatives ont été recueillies.

Enfin, toutes les informations récoltées sont codées dans un fichier manuel, compilées et analysées grâce au tableur Excel. La population de notre étude est constituée des 16 structures de localisation du projet, dont 3 HGR, 4 CH et 9 CS et maternité ; réparties dans 9 zones de santé de Kinshasa.

II. RESULTATS DE TERRAIN

L'adoption de la PF dans les structures de soins, telle qu'abordée dans cette étude, présente en terme de tableaux représentatifs des différents effectifs (absolu et relatif) des femmes qui ont recouru à une méthode de PF après avortement ou accouchement dans les structures de soins appuyées par JH PIEGO de 2017 à 2019 dans son projet Accouchement Sécurisé et Espacement des naissances (ASE).

Tableau I. Description des Adoptions de la planification familiale dans les structures du Projet JH PIEGO en 2020

Effectifs	Types	Adoption de PF en Post-partum (PFPPP)	TOT Accouchements (ACC)	Adoption en Post-abortum (PF AV)	TOT Avortements (AV)	Total adoption (PFPPP + PFAV)	Total (ACC + AV)
Structures de soins							
HOPITAL DE NDJILI	HGR	269	1343	78	90	347	1433
HOPITAL DE MATETE	HGR	314	463	21	28	335	491
Centre Mère et Enfant de BARUMBU	HGR	693	972	44	44	737	1016
TOTAL HGR		1276	2778	143	162	1419	2940
Centre Hospitalier Roi Baudoin 1 ^{er}	CH	476	841	41	47	517	888
HOPE CLINIC	CH	373	776	57	68	430	844
CHPK	CH	124	178	15	15	139	193
Saint GABRIEL	CH	700	1153	16	18	716	1171
TOTAL CH		1673	2948	129	148	1802	3096
Centre Mère et Enfant de BUMBU	CS	841	1289	30	34	871	1323
MAT. BOMOI	CS	1375	1640	21	27	1396	1667
Saint REMOND	CS	182	605	10	13	192	618
Centre de Santé BOLIA	CS	182	258	12	12	194	270
Saint PAUL	CS	376	748	0	2	376	750
BOO NSUMBA	CS	545	592	0	8	545	600
Centre de Santé TSHIMUNGU	CS	546	546	0	5	546	551
Centre de Santé MAZIMA	CS	689	773	9	11	698	784
Centre de Santé LA GRACE	CS	392	534	7	14	399	548
TOTAL Centre de Santé		5128	6985	89	126	5217	7111
TOTAL GENERAL		8077	12711	361	436	8438	13147

Source : données de notre enquête de terrain. Cette source est la même pour le tableau suivant.

En général, le tableau ci-dessus indique qu'en 2020, dans l'ensemble de structures appuyées par JH PIEGO, 8438 femmes sur 13147 soit 64% ont adopté les méthodes modernes de planification familiale après accouchement et avortement. Mais en particulier, 361 femmes sur 436 qui ont avorté dans ces structures, ont adopté la planification familiale ; tandis que 8077 sur 8438 femmes

l'ont adopté après accouchement. Dans les HGR, sur 2940 femmes reçues pour les deux cas, 1419 ont adopté la PF dont 143 sur 162(88%) pour l'avortement alors que 1276 femmes sur 2778 (46%) pour les accouchements. S'agissant des structures de premier échelon, les femmes qui ont adopté la PF représentent 72% soit 89 sur 123 femmes reçues pour l'avortement et 73% soit 5128 sur 6985 femmes pour l'accouchement.

Tableau II. Description des taux d'adoption de la PF dans les structures du projet en 2020

Taux d'adoption (%)	Type de FOSA	Adoption en PFPP	Adoption en PFAV	MOYENNE D'ADOPTION
Structures de soins				
HOPITAL DE NDJILI	HGR	20,03	86,67	53,35
HOPITAL DE MATETE	HGR	67,82	75,00	71,41
CENTRE MERE ET ENFANT DE BARUMBU	HGR	71,30	100,00	85,65
Moyenne des hôpitaux généraux de référence		53,05	87,22	70,14
Roi Baudoin 1 ^{er}	CH	56,60	87,23	71,92
HOPE CLINIC	CH	48,07	83,82	65,95
CHPK	CH	69,66	100,00	84,83
St GABRIEL	CH	60,71	88,89	74,80
Moyenne CH		58,50	90,35	74,23
CENTRE MERE ET ENFANT DE BUMBU	CS	65,24	88,24	76,74
MATERNITE DE BOMOI	CS	83,84	77,78	80,81
St REMOND	CS	30,08	76,92	53,50
CENTRE DE SANTE BOLIA	CS	70,54	100,00	85,27
St PAUL	CS	50,27	0,00	25,13
BOO NSUMBA	CS	92,06	0,00	46,03
CENTRE DE SANTE TSHIMUNGU	CS	100,00	0,00	50,00
CENTRE DE SANTE MAZIMA	CS	89,13	81,82	85,48
CENTRE DE SANTE LA GRACE	CS	73,41	50,00	61,70
MOYENNE CENTRE DE SANTE		72,73	52,75	62,74
MOYENNE GENERALE		61,30	76,78	69,04

Ce tableau montre que pour toutes les PF en PP ou en AV, le taux d'adoption est plus élevé dans les centres hospitaliers (74,23%), suivi des hôpitaux généraux de référence (70,14%) et centres de santé (62%).

Si nous considérons toutes les structures ensemble, les femmes qui ont connu un avortement adoptent plus la planification familiale, soit 76,78% que celles qui accouchent soit 61,30%. Tandis que par structure, les taux les plus élevés sont enregistrés chez les femmes qui ont avorté dans les hôpitaux généraux de référence et les centres hospitaliers avec respectivement 87,22% et 90,3% ; que chez les femmes qui ont accouché dans les mêmes structures où les ce taux varient respectivement entre 53,05% et 58,50%. Tandis que dans les Centres de santé, les taux d'adoption de PF sont plus faibles chez les femmes qui ont connu un avortement (PFAV) avec 52,75% que chez celles qui ont accouché(PFPP) soit 72,73%.

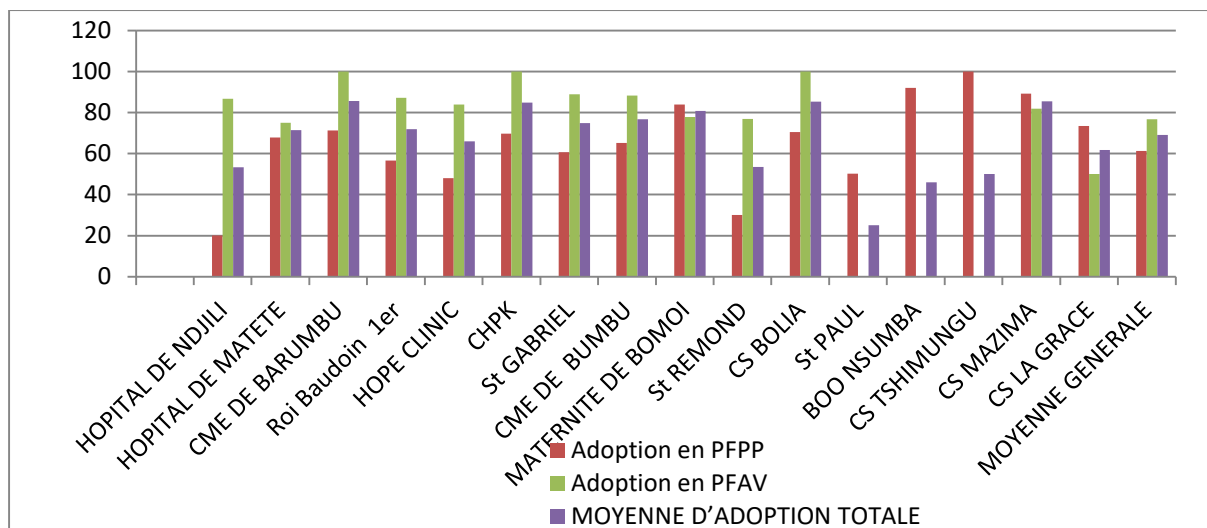


Figure n° 1 : Taux d'adoption de la PF dans les structures du projet ASE en 2020

La figure ci-après dégage les moyennes des adoptions par type de formation sanitaire.

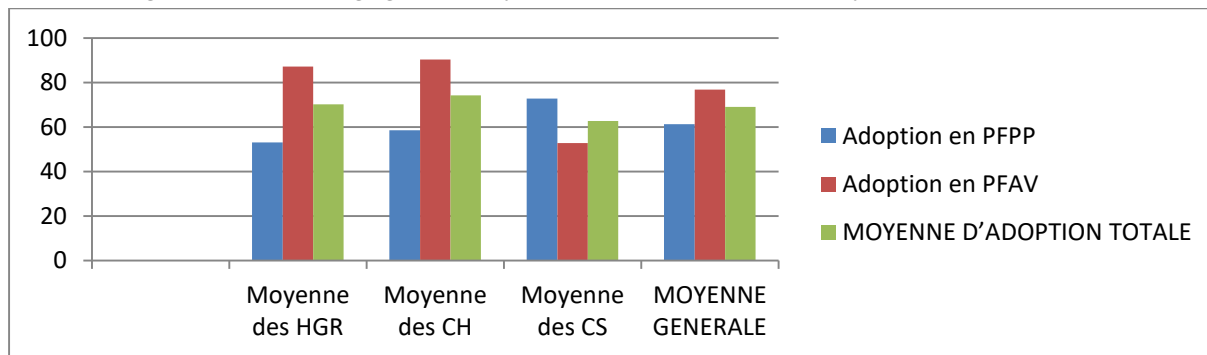


Figure n°2 : Moyennes de taux d'adoption par Types de structure et de Planification familiale

III. DISCUSSIONS

Pour une appréciation plus nuancée lors de nos discussions sur le niveau d'adoption de la Planification familiale par rapport aux différentes structures, nous nous référons au barème de notation des organisations de Nations unies, tel que repris dans le tableau ci-dessous.

Tableau III. Appréciations de notation pour l'évaluation d'un projet de développement

N°	Echelle notation	Appréciation
1	Très satisfaisant	L'activité a atteint ou dépassé tous les principaux objectifs (plus de 95%).
2	Satisfaisant	L'activité a atteint la quasi-totalité (80 à 95%) de ses objectifs.
3	Plutôt satisfaisant	L'activité a atteint la majorité (entre 60 et 80%) de ses objectifs.
4	Plutôt insuffisant	L'activité n'a pas atteint ses principaux objectifs (< 60%).
5	Insuffisant	l'activité a atteint seulement une minorité de ses objectifs/cibles.
6	Très insuffisant	l'activité n'a atteint pratiquement aucun de ses objectifs/ cibles.

Ce barème donne une large échelle d'appréciation et tire pleinement parti de différents niveaux d'appréciation de l'activité entre la satisfaction et l'insuffisance.

En se référant à ce tableau, la moyenne du niveau d'adoption de la PF est plutôt satisfaisante, tant pour l'ensemble des structures que pour chaque type de structure soit un taux qui varie entre 62,7% et 74,23%. Les efforts des professionnels de santé doivent se multiplier pour arriver à une adoption satisfaisante ou très satisfaisante, car « une contraception accessible, pratiquée régulièrement et correctement par les femmes qui désirent éviter une grossesse ; diminueraient le

décès maternel dans une mesure estimée à 25–35% »⁸. S'agissant de l'adoption de la PF selon le moment, l'étude dégage que ce taux est satisfaisant (87,22 et 90,35%) en post-abortum contre un taux plutôt insuffisant de 53,05 et 58,5% en post-partum respectivement dans les HGR et CH.

De manière générale, ces taux sont plus élevés dans les cas d'avortement que d'accouchement soit 76,78% contre 61,3% ; probablement pour deux raisons. D'abord les femmes qui accouchent adoptent moins la planification familiale, car elles comptent sans doute sur la contraception à l'allaitement, et pourtant le risque de grossesse n'est pas totalement écarté. Certes, cette méthode dite de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est efficace, lorsque la femme nourrit son enfant exclusivement au sein jusqu'à 6 mois (période de l'absence de la menstruation). Mais si la mère commence à donner à l'enfant d'autres aliments avant 6 mois ou avant le retour de ses règles, la mère doit immédiatement appliquer une autre méthode de planification familiale pour éviter de tomber enceinte. Néanmoins, la MAMA a une efficacité de 98% lorsqu'elle est pratiquée correctement ⁹(Microsoft bing, 2022). Ensuite, les avortements dans les structures seraient généralement de cas de fraude car pour la plupart, les circonstances de la grossesse ne sont pas légitimes, les femmes seraient dans les inquiétudes et par conséquent prêtes à adopter sans hésitation, tout comportement qui leur éviteraient une exposition à des prochaines grossesses.

Par contre dans les CS, le taux d'adoption est plutôt insuffisant en post-abortum (52,75%) et satisfaisant en post-partum (72,73%); car les centres de santé étant probablement moins structurés et que les femmes qui avortent le préfèrent pour garder leur clandestinité. Ainsi, toute mesure de planification familiale compromettrait leur secret.

Cette faiblesse structurelle (impliquant le manque d'informations appropriées et de technique nécessaire) serait la raison de la baisse du taux d'adoption de la PFAV dans les centres de santé avec 52,7% contre 90 dans les Centres hospitaliers et 87,2 % dans les hôpitaux de référence. Il sied de reconnaître aussi que les femmes qui accouchent adoptent moins la PF car en situation normale sans crainte aucune, les enfants en Afrique étant une richesse, il ne faudrait donc pas les limiter alors que « La lutte contre la pauvreté devra être menée en favorisant le développement social et économique mais aussi grâce à la promotion de la limitation des naissances »¹⁰.

CONCLUSION

La planification familiale a toujours été un élément clé des soins post-partum et post-abortum; elle justifie solidement les services de lutte contre le décès maternel.

L'étude soutient que l'adoption de PF dans les centres d'intervention du projet ASE, est plutôt satisfaisante soit 69% des femmes reçues ont adopté au moins une méthode après accouchement ou avortement. Néanmoins, dans les hôpitaux généraux de référence et les centres hospitaliers, les femmes adoptent de manière satisfaisante la PF après avortement (à plus de 88%), qu'après accouchement avec plus de 55% (une adoption insuffisante), tandis que dans les centres de santé, elles adoptent la planification familiale de manière plutôt satisfaisante dans les deux cas : soit à 61,30% après accouchement et à 76,73% après avortement. Les raisons de la différence dans cette adoption seraient probablement liées à des circonstances dans lesquelles les femmes sollicitent le service de santé et l'appréhension des avantages de méthodes mises à la disposition des femmes selon les services de soins sollicités.

Généralement, les avortements qui sont liés aux grossesses illicites, influencent l'adoption de PF, mais dans les centres de santé, l'adoption de la planification familiale lors des avortements est moindre à cause du caractère irresponsable des femmes qui y vont pour l'avortement, dans le souci de camoufler l'information. Au-delà de tout ce qui précède, les informations sur la pratique

⁸ USAID, Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés.2011

⁹ Microsoft bing, Méthodes de planification familiale 2022

¹⁰ GAUTIER, Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales, 2004

de la planification familiale ne sont toujours pas bien portées. En termes de recommandations, il convient de :

- redynamiser et rendre systématique la pratique de la planification familiale chez les femmes qui avortent ou accouchent dans les structures de soins à tous les échelons, surtout de 1^{er} niveau où son adoption est faible ;
- intensifier les sensibilisations des femmes même mariées, sur les conditions de la « MAMA » et insister que mêmes les femmes régulièrement mariées doivent observer un comportement favorable à la santé en matière d'espacement des naissances ;
- organiser le service de planification familiale dans les structures de 1^{er} échelon ;
- régler la pratique d'avortement dans les structures de 1^{er} échelon ;
- former et impliquer des leaders d'opinion et des élus locaux dans l'adoption de la PF.

BIBLIOGRAPHIE

1. Admin. (2021, janvier 13). *Effets des avortements multiples*. Récupéré sur Isnea symposium: <https://isna.org/fr/effets-des-avortements-multiples/>
2. Andréa MCCARTHY, D. (2021, septembre 7). *Quels sont les risques des grossesses rapprochées pour la mère et le bébé?* Récupéré sur Dispensaire diététique de Montréal: <https://www.dispensaire.ca/articles/grossesses-rapprochees-risques/>
3. Bureau international de l'évaluation du Fond International pour le Développement Agricole (FIDA). (2016). *Manuel de l'évaluation*. Rome: 2^e édition Palombi et Landi Tipografia srl.
4. CARELLE, L. (2019, Juin 4). *La planification familiale et ses bénéfices pour les femmes et les filles*. Récupéré sur <https://heroinesd'ici.com/category/articles>
5. Cleland et al. (2012). *La planification familiale du post-partum/après avortement*. Récupéré sur FP 2030: <https://familyplanning2020.org/fr/pfpp>
6. GAUTIER, A. (2004). *Les politiques de planification familiale. Cinq expériences nationales*. Paris: Collection du CEPED.
7. Haïti, H. E. (2018, juillet 10). *journée mondiale de la population*. Récupéré sur LE MATIN.ma: <https://lematin.ma/journal/2018/ro.planificationfamiliale.mis>
8. Microsoft bing. (2022, JUillet 25). *Méthodes de planification familiale*. Récupéré sur FPHandbook.org: <https://fphandbook.org/sites/default/files/chapter7fre.pdf>
9. Ministère de la santé publique, DHS. (2015). *Une réanalyse des données du DHS menées pour la reunion mondiale PFP à Chiang*. Thaïlande.
10. PATHFINDER. (2015). *Etude sur les problèmes et besoins des jeunes de 15 à 24 ans en matière de santé sexuelle et de la reproduction dans les zones de santé de Masina, Ngiri-Ngiri et Matete dans la ville de Kinshasa*. Kinshasa/RDC.
11. USAID. (2011). *Planification familiale après avortement: rompre le cycle des grossesses non planifiées et avortements répétés*. Récupéré sur Perspectives internationales sur la santé sexuelle et génésique: <https://ccurtis@usaid.gov>
12. ZAOUAQ, K. (2017). *Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductives au Maroc*. Récupéré sur Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb: <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.3236>