



DETERMINANTS DE LA NON-ADOPTION DE LA CONTRACEPTION A L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES MERES ACCUEILLIES DANS LES SERVICES DE VACCINATION DU CENTRE HOSPITALO- UNIVERSITAIRE DE KAMENGE

Belden Mumbere VYALIRENDI^{1*} ; Jean Claude BANKUWUNGUKA¹ ; Marc BUKURU¹ ; Marie Claudine SIBOMANA¹ ; Jeannette TUYISENGE¹ ; Eric NIYONDANGA¹ ; Jean François Régis SINDAYIHEBURA²

¹Master 2 en Population et Développement, Programme de Master en Sociétés, Pouvoirs, Territoires et Développement Durable (SPTD), Département des Sciences Géographiques, de l'Environnement et de la Population (SGEP), Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université du Burundi (Bujumbura, Burundi)

² Département des Sciences Géographiques, de l'Environnement et de la Population (SGEP), Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Centre de Recherche et d'Etude sur le Développement des Sociétés en Reconstruction (CREDSR), Université du Burundi (Bujumbura, Burundi)

*Auteur correspondant : beldenvyali@gmail.com

Reçu : 04/08/2025 ; Accepté : 06/10/2025 ; Publié : 30/10/2025

Cite As:

Vyalirendi, B. M., Bankuwunguka, J. C., Bukuru, M., Sibomana, M. C., Tuyisenge, J., Niyondanga, E., Sindayihebura, J. F. R. (2025). *Déterminants de la non-adoption de la contraception à l'accouchement chez les mères accueillies dans les services de Vaccination du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge*. Revue de l'Université du Burundi – Série : Sciences Humaines et Sociales, 22 (1), pp23-35.

Résumé

Contexte : l'adoption des contraceptifs à l'accouchement est une stratégie efficace pour améliorer la santé reproductive des mères et contrôler la fécondité. Malgré les efforts déployés, le taux d'utilisation de la contraception moderne au Burundi n'est que de 23% chez les femmes en âge de procréer et celui de celles qui l'adoptent à l'accouchement n'atteint pas 10%. **Objectifs :** évaluer le taux d'adoption de la contraception à l'accouchement et identifier les déterminants de la non-adoption de celle-ci chez les femmes de la ville de Bujumbura. **Méthodologie :** des données quantitatives ont été collectées auprès de 202 mères qui ont fréquenté les services de vaccination au Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) pendant cinq jours, du 02 au 06 décembre 2024. L'analyse a été faite à l'aide de la méthode de la régression binomiale. **Résultats :** le taux d'adoption de la contraception moderne à l'accouchement était de 40,6 %. Les femmes de religion protestante, celles vivant hors union et celles issues de ménages où le chef exerce une profession entrepreneuriale présentaient un risque plus élevé de non-adoption. À l'inverse, la présence d'une personne influente défavorable à la contraception avait l'effet contraire. **Conclusion :** malgré un contact direct avec les services de santé, l'adoption de la contraception à l'accouchement reste limitée par des barrières socio-culturelles et normatives et par la structure socio-économique des ménages. Les interventions doivent s'attaquer aux normes sociales défavorables à la contraception, renforcer l'autonomie féminine et assurer le financement durable des services de planification familiale.

Mots-clés : *contraception, moment d'accouchement, déterminants, planification familiale, CHUK*

DETERMINANTS OF NON-ADOPTION OF CONTRACEPTION AT DELIVERY AMONG MOTHERS ATTENDING THE VACCINATION SERVICES AT THE UNIVERSITY HOSPITAL CENTER OF KAMENGE

Abstract

Background: The adoption of contraceptives at childbirth is an effective strategy for improving maternal reproductive health, as well as for fertility control. Despite ongoing efforts, the rate of modern contraceptive use in Burundi is only 23% among women of childbearing age, and the rate of those adopting it at childbirth is less than 10%. **Objectives:** To assess the rate of contraceptive adoption at childbirth and identify the determinants of non-adoption among women in the city of Bujumbura. **Methodology:** Quantitative data was collected from 202 mothers who attended vaccination services at the Kamenge University Hospital Center (CHUK) over five days, from December 2 to 6, 2024. Analysis was conducted using binomial regression. **Results:** The rate of adoption of modern contraceptives at childbirth was 40.6%. Women who were Protestant, those whose marital status was other than union, and those from households where the head is self-employed had a higher risk of non-adoption. Conversely, the presence of an influential person unfavorable to contraception had the opposite effect. **Conclusion:** Despite direct contact with health services, the adoption of contraception at delivery remains limited by socio-cultural and normative barriers, as well as the socio-economic structure of households. Interventions should address unfavorable social norms regarding contraception, enhance women's autonomy, and ensure sustainable funding for family planning services.

Keywords: *contraception, childbirth, determinants, family planning, CHUK*

Introduction

La planification familiale et l'adoption de méthodes contraceptives modernes à l'accouchement représentent des enjeux majeurs de santé publique dans les pays à faible revenu. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), environ 214 millions de femmes vivant dans les pays en développement souhaitent éviter une grossesse mais n'ont pas accès à une méthode contraceptive moderne (OMS, 2023). Cette situation accroît les risques de grossesses non planifiées, avec des conséquences directes sur la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales.

En Afrique, le taux d'utilisation des contraceptifs modernes reste parmi les plus faibles au monde, avec seulement 36 % des femmes en âge de procréer qui y font recours (HAS, 2019). Ce déficit est encore plus marqué au moment de l'accouchement, pourtant reconnu comme une opportunité stratégique pour initier la contraception. Plusieurs études montrent que la mise à disposition d'une méthode contraceptive dans l'immédiat de l'accouchement augmente significativement la couverture contraceptive, en particulier dans les milieux où les femmes ont peu de contacts réguliers avec le système de santé après la naissance (Bongaarts et al., 2012 ; Sedgh et al., 2016) .

Au Burundi, malgré l'existence de politiques favorables à la planification familiale, l'adoption de la contraception à l'accouchement demeure très limitée, même dans les zones urbaines telles que Bujumbura. Selon les données de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS, 2016-2017), seulement 23 % des femmes en âge de procréer utilisent une méthode contraceptive moderne (ISTEEBU, 2017) . Une étude récente a révélé que près de 90 % des femmes quittent la maternité sans avoir adopté une méthode contraceptive, en raison de la désinformation, du manque de services dédiés à la planification familiale dans les maternités et de l'influence des normes socioculturelles (UNFPA-BURUNDI, 2023).

Cette faible couverture contraceptive s'inscrit dans un contexte démographique préoccupant. Le taux de croissance de la population au Burundi est estimé à 2,4 %, dépassant

la cible gouvernementale de 2 % (République du Burundi, 2015), tandis que l'Indice Synthétique de Fécondité (ISF) demeure élevé : 5,5 enfants par femme, contre un objectif national de 3 enfants (ISTEEBU, 2017). Ces indicateurs traduisent une pression démographique qui appelle à renforcer les interventions de planification familiale, notamment à travers une meilleure intégration des services de contraception dans les maternités.

Cette étude s'inscrit dans le cadre du modèle socio-écologique du comportement en santé, qui considère que les décisions de santé reproductive sont influencées par un ensemble de facteurs intra-personnels (âge, niveau d'information), interpersonnels (relation de couple, influence familiale), institutionnels (organisation des services de santé) et socioculturels (normes, religion, perceptions) (Bronfenbrenner, 1977 ; McLeroy et al., 1988). Cette approche théorique permet d'analyser la non-adoption contraceptive non pas comme un simple manque de services, mais comme le résultat d'interactions complexes entre les sphères individuelle, sociale et structurelle. L'étude rejoint ainsi les approches socio-démographiques des comportements sexuels et reproductifs des couples qui interrogent les facteurs économiques (Becker, 1960 ; Caldwell, 1976), sociaux (Nganawara, 2017) et les rapports de genre (Mason, 2014 ; Millogo et al., 2018).

Contrairement à de nombreuses études qui explorent la contraception et ses facteurs en période post-partum ou de façon globale (Bazikamwe et al., 2018 ; Itangishaka et al., 2024; Oguma et al., 2025 ; Sindayihebura, Barankanira, et al., 2022 ; Sindayihebura, Nganawara, Bouba Djourdebbé, et al., 2022 ; Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022b, 2022a), la présente recherche se concentre spécifiquement sur le moment clé de l'accouchement, encore peu exploité comme opportunité de planification familiale au Burundi et ailleurs. À travers l'analyse des facteurs associés à la non-adoption des méthodes contraceptives modernes chez les femmes fréquentant les services de maternité à Bujumbura, elle vise à fournir une lecture contextuelle fine, fondée sur des données primaires, pour contribuer à l'amélioration de l'offre de services contraceptifs dans un moment stratégique du parcours de soins.

Méthodologie

Cette étude, de nature quantitative à visée explicative et de type transversal, a été réalisée à Bujumbura. Elle visait à mesurer, à un moment donné, la prévalence de l'adoption de la contraception moderne à l'accouchement et à explorer ses déterminants. En effet, l'approche transversale est particulièrement indiquée pour l'examen des comportements de santé en contexte hospitalier (Gabrysch et al., 2019; WHO, 2015) .

La population cible était constituée de mères accueillies au CHUK pour la vaccination de leurs enfants âgés de moins d'un an, ce qui permettait de sélectionner des femmes ayant accouché récemment, indépendamment du lieu d'accouchement. Les critères d'inclusion retenus étaient : être âgée de 15 à 49 ans, avoir accouché dans les 12 mois précédant l'enquête, être présente au CHUK pour une consultation de vaccination infantile et avoir donné un consentement libre et éclairé à participer.

Dans les limites liées à la faisabilité et aux moyens financiers pour des étudiants de master, l'étude s'est concentrée sur la ville de Bujumbura. Un test pilote du questionnaire et de l'application de saisie a été réalisé au CHUK pendant cinq jours, du 2 au 6 décembre 2024. Toutes les mères se présentant dans les services de vaccination du CHUK durant cette période et qui ont accepté de participer ont été incluses, constituant un échantillon final de 202 mères.

La collecte des données s'est appuyée sur un questionnaire structuré administré en face à face dans les enceintes des services de vaccination du CHUK. Pour faciliter la saisie des

réponses, l'application KoBoCollect a permis la collecte des données en même temps que la saisie. Les données étaient aussi centralisées en temps quasi-réel.

Le questionnaire comprenait les sections suivantes : (1) Informations sociodémographiques (âge, statut matrimonial, niveau d'éducation, profession, parité) ; (2) Connaissances, perceptions et attitudes vis-à-vis de la contraception ; (3) Adoption ou non d'une méthode contraceptive à l'accouchement ; (4) Raisons déclarées de non-adoption (croyances, normes sociales, qualité perçue des services, décision du couple, etc.).

Les données collectées ont été exportées sous **Microsoft Excel 2016**, puis importées dans le logiciel **SPSS 26** pour les traitements descriptifs et dans **Stata 17** pour l'analyse multivariée. L'analyse s'est déroulée en deux étapes successives. D'abord, le niveau d'**analyse descriptive** univariée qui consiste à faire les tabulations des fréquences pour s'assurer de l'acceptabilité des taux de réponse. Cette analyse permet aussi de présenter les caractéristiques socio-démographiques des participants. Ensuite, le niveau d'analyse explicative (multivariée) par la **régression logistique binomiale**.

La régression logistique binomiale envisagée dans cette analyse suit le modèle Logit pour analyser le pouvoir déterminant des variables dépendantes sur le phénomène de non-adoption de la contraception à l'accouchement. Le modèle Logit suit l'équation suivante :

$$\text{Logit}(p) = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k + \varepsilon$$

Où p représente la probabilité de ne pas adopter une méthode contraceptive à l'accouchement ; $X_1, X_2, \dots, X_k$ sont les variables indépendantes ; β_0 est la constante ; $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \dots, \beta_k$ sont les coefficients des variables dépendantes et ε représente les résidus.

À partir du modèle logit, on estime la probabilité qu'une femme rencontrée dans les services de vaccination n'adopte pas une méthode contraceptive à l'accouchement, selon l'équation suivante :

$$p = \frac{\exp(\text{Logit})}{1 + \exp(\text{Logit})} = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \dots + \beta_k X_k)}$$

L'exécution de la fonction Logit permet aussi de calculer les coefficients β_k à partir desquels la fonction exponentielle permet de calculer les rapports de côtes (Odds Ratios) suivant la formule $OR = \exp(\beta_k)$. Si la probabilité associée à la non-adoption de la contraception à l'accouchement est inférieure à 5% ($p < 0,05$), la variable-modalité concernée est retenue et la variable-mère est considérée comme déterminante de ce phénomène. L'OR correspondant est interprétée comme la femme a OR fois plus de risque de ne pas adopter une méthode contraception à l'accouchement si celui-ci est supérieur à 1. S'il est inférieur à 1, il est interprété en considérant que la femme a (1-OR)% moins de risque de cette non-adoption.

Cette étude a reçu l'autorisation du Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida du Burundi ainsi que les autorisations institutionnelles du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK). Les participantes ont été pleinement informées des objectifs de la recherche, du caractère volontaire, anonyme et confidentiel de leur participation, ainsi que de leur droit de retrait à tout moment sans justification ni préjudice. Le consentement éclairé verbal a été obtenu après l'explication du contenu du questionnaire, dans la langue de préférence de chaque enquêtée (kirundi, kiswahili ou français). Aucun avantage matériel n'a été accordé. L'ensemble du processus a respecté les principes énoncés dans la Déclaration d'Helsinki ainsi que les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2015) en matière de recherche biomédicale et sociale impliquant des sujets humains.

Résultats

Adoption d'une méthode contraceptive à l'accouchement

Parmi les 202 mères enquêtées, 40,6 % (82) ont déclaré avoir adopté une méthode contraceptive moderne à l'accouchement, contre 59,4 % (120) qui ne l'ont pas fait (Tableau 1).

Tableau 1: Proportions des mères enquêtées par statut d'adoption d'une méthode contraceptive moderne à l'accouchement

Statut d'adoption de la contraception	Fréquence	Pourcentage
Oui	82	40.59
Non	120	59.41
Total	202	100.00

Source : Auteurs, exploitation des données récoltées au CHUK

Déterminants de la non-adoption de la contraception à l'accouchement

Parmi les variables explicatives introduites dans le modèle logistique, quatre se montrent avoir un pouvoir prédictif du risque de ne pas adopter une méthode contraceptive à l'accouchement. Il s'agit de l'existence d'un référent important qui peut faire en sorte que la femme n'utilise pas la contraception, de la religion, de l'occupation du chef de ménage et du statut matrimonial de la mère (Tableau 1).

En effet, les résultats montrent que les mères qui affirment l'existence de référents importants susceptibles d'influencer l'adoption de la contraception avaient par contre 68% (OR=0,322 ; IC 95% :0,133-0,721; $p<0,05$) moins de risque de ne pas adopter une méthode contraceptive que celles pour lesquelles ces référents n'existent pas. Les mères protestantes présentaient 2,5 fois (OR = 2,52 ; IC 95% : 1,021-6,208 ; $p<0,05$) plus de risque de ne pas adopter la contraception à l'accouchement que les catholiques. Aussi, les femmes vivant dans les ménages dont les chefs de ménages sont entrepreneurs ont 3,2 fois (OR=3,197 ; IC95% : 1,086-9,408 ; $p<0,05$) plus de risque de ne pas adopter une méthode contraceptive à l'accouchement que celles vivant dans les ménage dont les chefs sont employés. En fin, les femmes dont les états matrimoniaux sont autres que l'union avaient 10,8 fois (OR=10,822 ; IC95% : 1,245-94,072 ; $p<0,05$) plus de risque de ne pas adopter une méthode contraceptive à l'accouchement (Tableau 2).

Tableau 2 : Mesure du pouvoir déterminant des variables explicatives sur la non-adoption de la contraception à l'accouchement.

Libellés des variables et leurs modalités	Fréquences	OR	p-value	Intervalle de Confiance à 95%	
				B. Inférieure	B. Supérieure
Rang de la dernière naissance					
1er et 2ème rangs	135	1	.	.	.
3ème et 4ème rangs	44	0,405	p>0,05	0,122	1,345
5ème rang ou plus	23	0,376	p>0,05	0,044	3,211
Est-il justifiée de battre sa femme quand elle parle de la PF ?					
Oui	45	0,519	p>0,05	0,184	1,465
Non	157	1			
Il y'a-t-il des personnes importantes qui peuvent faire en sorte que vous n'utilisez pas la contraception ?					
Oui	70	0,309	p<0,05	0,133	0,721
Non	132	1			
Niveau d'instruction de la femme					
Sans aucune éducation	22	0,369	p>0,05	0,057	2,382
Primaire	46	0,751	p>0,05	0,178	3,169
Secondaire	60	0,767	p>0,05	0,265	2,224

Libellés des variables et leurs modalités	Fréquences	OR	p-value	Intervalle de Confiance à 95%	
				B. Inférieure	B. Supérieure
Supérieur	74	1			
Occupation de la femme					
Agricultrice	37	0,548	p>0,05	0,135	2,23
Employée	43	1,306	p>0,05	0,481	3,546
Entrepreneuse	38	0,842	p>0,05	0,269	2,643
Sans emploi et autres	84	1			
Religion					
Catholique	99	1			
Protestante	79	2,518	p<0,05	1,021	6,208
Autre religion	24	1,356	p>0,05	0,419	4,391
Niveau d'instruction du chef de ménage					
Sans aucune éducation	17	1,072	p>0,05	0,146	7,849
Primaire	40	0,591	p>0,05	0,135	2,58
Secondaire	64	1,082	p>0,05	0,388	3,021
Sans emploi et autres	78	1			
Occupation du chef de ménage					
Agriculteur	19	2,258	p>0,05	0,371	13,734
Employé	110	1			
Entrepreneur	54	3,197	p<0,05	1,086	9,408
Sans emploi et autres	17	4,615	p>0,05	0,959	22,213
Appréciation du niveau de vie de ménage					
Faible	17	1,079	p>0,05	0,198	5,867
Moyen	123	1			
Elevé	61	1,544	p>0,05	0,64	3,728
Taille du ménage					
Petite taille	150	1			
Grande taille	51	1,611	p>0,05	0,42	6,183
Etat civil de la femme					
En union	186	1			
Autre qu'en union	16	10,822	p<0,05	1,245	94,072
Parité atteinte					
Faible	164	1			
Moyenne et élevée	36	0,763	p>0,05	0,112	5,185
Statut de planification de la dernière grossesse					
Planifiée	141	1			
Non-planifiée	59	2,482	p>0,05	0,97	6,351
Nombre de visites prénatales					
Moins de 4 visites	45	1,002	p>0,05	0,403	2,49
4 visites ou plus	156	1			
Etablissement d'accouchement					
Hôpital privé	32	0,643	p>0,05	0,228	1,817
Hôpital public	160	1			
Centre de santé	10	1,098	p>0,05	0,156	7,723

Source : Auteurs, exploitation des données récoltées au CHUK

Discussion des résultats

Proportion des femmes initiant la contraception à l'accouchement

L'étude a révélé que 40,6 % des femmes accueillies au CHUK à Bujumbura avaient adopté une méthode contraceptive moderne à l'accouchement. Ce taux, bien qu'encourageant, demeure en deçà des recommandations internationales en matière de santé reproductive, qui

encouragent une intégration systématique de la planification familiale dans les soins obstétricaux immédiats afin de prévenir les grossesses non désirées (OMS, 2023).

Bien que supérieur au taux d'adoption de la contraception à l'accouchement (10%) et à la prévalence contraceptive (23%) au niveau national du Burundi, ce chiffre montre que près de 6 femmes sur 10 quittent l'hôpital sans protection contraceptive, malgré le contact direct avec les services de santé. Dans des pays disposant d'une meilleure intégration des services de planification familiale aux soins obstétricaux, les taux sont souvent plus élevés. Au Rwanda, environ 51 % des femmes utilisent une méthode contraceptive dans l'année suivant l'accouchement (ISTEEBU, 2019), et dans certaines maternités, l'adoption à la sortie atteint près de 60 % grâce à une prise en charge systématisée (Rutaremwya & Kabagenyi, 2018). Au Zimbabwe, le taux atteint 74 % à six mois post-partum (Track20 & Avenir Health, 2024), tandis qu'en Éthiopie, une étude conduite dans la zone de Gurage a révélé une adoption immédiate de 42,9 % (Gudeta et al., 2025).

À l'inverse, des pays comme le Malawi (Dasgupta et al., 2016), l'Ouganda (Uganda Bureau of Statistics, 2016) et certaines zones rurales d'Éthiopie (Mengesha et al., 2015), enregistrent des taux nettement plus faibles, variant entre 10 % et 30 %, traduisant souvent un faible niveau de counseling à la maternité ou une offre contraceptive peu opérationnelle.

Ce positionnement intermédiaire des femmes de la ville de Bujumbura appelle donc à renforcer l'intégration des services contraceptifs dans les soins de maternité. Ainsi, si le taux observé à Bujumbura peut paraître satisfaisant au regard de certains pays voisins, il ne l'est pas encore à l'échelle nationale, avec une proportion de 10% des mères qui souscrivent à une méthode contraceptive à l'accouchement. La sortie de maternité doit devenir un moment stratégique où chaque femme repart informée, accompagnée et libre de choisir une méthode adaptée à son projet de vie.

Déterminants de la non-adoption de la contraception à l'accouchement

Les résultats de cette étude montrent que l'existence des référents qui peuvent agir de manière que la femme n'utilise pas la contraception n'augmente pas le risque de non-adoption d'une méthode contraceptive à l'accouchement chez les femmes accueillies au CHUK. Par contre, cette présence de référents en diminue l'ampleur. Il s'agit des résultats contradictoires à la plupart des études qui interrogent l'influence des références sur les comportements reproductifs (Agha, 2010; Babalola et al., 2015; Eliason et al., 2013). Par exemple, une étude menée au Ghana rural (Eliason et al., 2013) a montré que seules les femmes dont les mères et les belles-mères approuvent la planification familiale étaient respectivement 1,60 et 3,06 fois plus susceptibles d'avoir l'intention d'utiliser la contraception moderne. Ceci montre que les femmes dont l'avis des mères et des belles-mères était défavorable à la pratique contraceptive étaient susceptibles de renoncer aux intentions contraceptives. Le cas contradictoire est celui de l'avis favorable du beau-père qui faisait que les femmes soient par contre moins inclinées à l'intention d'utiliser la contraception moderne, de peur d'être soupçonnées d'entretenir des relations incestueuses avec leurs beaux-pères.

Au Burundi, l'étude menée sur les considérations sociales contre l'intention contraceptive reste contraire à ces résultats, montrant que la position de l'époux/partenaire sexuel et de la belle-mère pouvait contrer l'adoption de la contraception chez les femmes (Sindayihebura et al., 2024). Dans ce cas spécifique de la ville de Bujumbura, il faut noter avec réserves que les opinions des référents ne sont pas de mise, dans ce lieu de désorganisation de l'ordre sociale traditionnelle (Diop, 1995). Les femmes y sont instruites et ont un emploi que nulle part dans le pays, d'où l'influence de leur autonomie qui ne les laisse pas céder à la

pression sociale (Itangishaka et al., 2024; Sindayihebura, Barankanira, et al., 2022; Singoye et al., 2024). Cependant, il faut aussi penser au contrôle des autres variables dans les perspectives d'analyse multivariée qui peut avoir joué un rôle important dans l'orientation de l'influence des référents. Sinon, les référents importants comme les leaders religieux gardent un rôle important à jouer, quoi qu'en milieu urbain.

C'est d'ailleurs ce que confirment les résultats de cette étude selon lesquels les femmes protestantes ont plus de risque de ne pas adopter la contraception moderne à l'accouchement que les femmes catholiques. Il s'agit des résultats corroborés par ceux trouvés au Rwanda selon lesquels les femmes catholiques y adhèrent davantage que les adventistes (Hirwa & Rwema, 2024). En outre, d'autres études menées au Burundi convergent à montrer que les femmes protestantes adhèrent moins à la contraception que les catholiques (Itangishaka et al., 2024; Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022a). Dans ces études, l'influence de la religion passe par les croyances soutenues par les leaders religieux, mais aussi par les caractéristiques socio-économiques des femmes. Les catholiques, quoi que présentées comme les plus enclines à recourir à la contraception moderne que les protestantes, ne sont pas d'une confession religieuse qui les encourage à recourir à cette pratique. Elles sont les plus instruites et les plus professionnellement actives, ce qui les rend plus autonomes et susceptibles d'adhérer à la contraception malgré l'avis contraire des leaders religieux (Sindayihebura, Nganawara, & Manirakiza, 2022a; Singoye et al., 2024).

Concernant l'influence de l'occupation du chef de ménage, les résultats de cette étude montrent que les femmes vivant dans les ménages dont les chefs de ménages sont travailleurs indépendants sont plus de 3 fois plus susceptibles de ne pas adopter une méthode contraceptive à l'accouchement que celles vivant dans les ménages dont les chefs sont employés. Ces résultats font la rupture avec le constat selon lequel l'activité du conjoint n'a aucune influence sur la pratique ou l'intention de pratique contraceptive de la femme (Sindayihebura, 2023; Toyi & Singoye, 2022). Ces résultats montrent que les chefs de ménages, qui sont pour la plupart des hommes-conjoints, lorsqu'ils sont entrepreneurs, vivent l'instabilité professionnelle et socio-économique qui les empêche de faire le suivi des pratiques reproductives de leurs épouses. Dans ce sens, ces résultats rejoindraient l'étude menée au Zanzibar où des femmes ont évoqué l'absence d'implication du mari, comme l'un des principaux freins à l'initiation contraceptive à la maternité (Söderbäck et al., 2023). En outre, les employés du secteur informel dans cette ville du « Sud » sont susceptibles d'être les moins instruits et moins formés pour suivre avec rigueur la souscription de leur épouse à la contraception (Davis & Mailhos, 2006). Par contre, les chefs de ménage, employés dans les secteurs souvent formels (fonction publique, secteur privé formel), sont les plus instruits et susceptibles d'accompagner leurs épouses dans l'utilisation de la contraception, jusqu'à une souscription à l'accouchement.

A propos du statut matrimonial, les femmes dont les états matrimoniaux sont autres que l'union ont près de 11 fois plus de risque de ne pas adopter une méthode contraceptive à l'accouchement que celles en union. Il s'agit des résultats qui corroborent la tradition burundaise qui voudrait que les femmes hors-union soient sexuellement inactives (Manirakiza, 2008). Ainsi, ces femmes, même si elles allaient être sexuellement actives hors union, n'auraient pas souscrit à une méthode contraceptive pendant cette période de l'accouchement durant laquelle elles sont le plus visitées pour ne pas subir les railleries de l'entourage qui ne manquerait pas de les stigmatiser. Cette idée rejoint l'étude menée au Ghana qui constatait que les femmes musulmanes n'avaient pas l'intention de recourir à la contraception parce que leurs sociétés considèrent l'utilisation de la contraception chez une femme comme le signe de l'infidélité (Ahuja et al., 2020).

Conclusion

Face à un taux d'adoption contraceptive à l'accouchement de seulement 10 % au niveau national, cette étude menée auprès de 202 femmes fréquentant les services de maternité du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge (CHUK) avait pour objectif d'évaluer la situation dans la ville de Bujumbura et d'en analyser les déterminants. Les résultats révèlent que seulement 40,6 % des participantes avaient adopté une méthode contraceptive moderne au moment de l'accouchement. L'analyse des déterminants montre que vivre hors union, avoir un chef de ménage entrepreneur et appartenir à la religion protestante augmentent significativement le risque de non-adoption, tandis que la présence d'un référent important le réduit. Ces résultats indiquent que, bien que Bujumbura affiche un niveau de non-adoption inférieur à certaines zones rurales, le gap à combler reste considérable pour atteindre les objectifs de santé reproductive et de maîtrise de la fécondité.

Sur le plan pratique, ces résultats soulignent la nécessité de cibler en priorité les déterminants sociaux et culturels de la non-adoption, en renforçant l'intégration de la planification familiale dans les soins obstétricaux immédiats, en développant des stratégies adaptées aux contextes religieux et en consolidant l'autonomie féminine. Enfin, cette étude met en lumière le besoin de recherches futures dans d'autres contextes (zones rurales, hôpitaux secondaires) et à travers des approches longitudinales, afin de mieux comprendre la persistance de la non-adoption et de proposer des interventions adaptées.

Forces et limites de l'étude

La grande force est de questionner l'adoption de la contraception à l'accouchement. Il s'agit de l'innovation dans l'analyse de la pratique contraceptive qui est souvent étudiée dans le post-partum ou de façon globale. Il est donc crucial de regarder cette période qui se montre déterminante pour éviter les grossesses rapprochées et la forte fécondité des femmes. En outre, l'étude s'appuie sur les évidences empiriques qu'il est préférable d'envisager pour avoir les indicateurs permettant de caractériser la population cible vis-à-vis du phénomène étudié.

Cependant, cette étude présente certaines limites qu'il convient de souligner. Le fait qu'elle a été réalisée dans une seule structure hospitalière limite la généralisation des résultats à d'autres contextes, notamment ruraux. De plus, les données sont déclaratives et potentiellement sujettes à des biais de mémoire ou de désirabilité sociale. Ces constats appellent à la mise en œuvre de recherches complémentaires. D'abord, étendre l'étude de l'adoption de la contraception moderne à l'accouchement à l'ensemble de la ville de Bujumbura et à l'ensemble du pays, les facteurs n'étant pas homogènes. Cette généralisation permettrait de questionner l'influence de l'offre qui ne se pose pas à Bujumbura. En outre, il serait intéressant d'intégrer une composante qualitative afin de mieux comprendre les ressorts culturels et relationnels de prise des décisions.

Remerciements

Au moment de la finalisation de la rédaction de ce travail, nous aimerions remercier le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida qui a autorisé la collecte de données dans les structures de vaccination de la ville de Bujumbura. En outre, nous remercions la Direction Générale du Centre Hospitalo-Universitaire de Kamenge pour avoir accueilli les équipes d'enquêteurs. Par la même occasion, nous remercions les responsables des services de vaccination du même centre pour avoir collaboré avec les agents de collecte de données qui enquêtaient leurs sujets.

Conflits d'intérêt : aucun à déclarer

Utilisation de l'Intelligence Artificielle : aucune

Contributions des auteurs

Belden MUMBERE VYALIRENDI, Jean Claude BANKUWUNGUKA, Marc BUKURU, Marie Claudine SIBOMANA, Jeannette TUYISENGE et Eric NIYONDANGA ont activement participé à la conceptualisation de l'étude, à l'élaboration du questionnaire, à son implémentation dans KoBoCollect ainsi qu'à la supervision et à la réalisation de la collecte des données. Belden VYALIRENDI MUMBERE et Jean Claude BANKUWUNGUKA ont assuré le traitement et l'analyse des données. Belden MUMBERE VYALIRENDI a également rédigé le manuscrit. Jean François Régis SINDAYIHEBURA a supervisé l'ensemble du processus, de la conception à l'analyse et à la rédaction, et a largement contribué à la discussion des résultats ainsi qu'à la révision du manuscrit.

Références

- Agha, S. (2010). Intentions to use contraceptives in Pakistan : Implications for behavior change campaigns. *BMC Public Health*, 10(1), 450. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-450>
- Ahuja, M., Frimpong, E., Okoro, J., Wani, R., & Armel, S. (2020). Risk and protective factors for intention of contraception use among women in Ghana. *Health Psychology Open*, 7(2), 205510292097597. <https://doi.org/10.1177/2055102920975975>
- Babalola, S., John, N., Ajao, B., & Speizer, I. (2015). Ideation and intention to use contraceptives in Kenya and Nigeria. *Demographic Research*, 33, 211-238. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2015.33.8>
- Bazikamwe, S., Niyongabo, P., & Harerimana, S. (2018). Factors Associated With Contraceptive Use Among Antenatal Care Clients With 3 or More Children at a Central Hospital in Burundi : A Cross-Sectional Study. *East African Health Research Journal*, 2(2), 128-134. <https://doi.org/10.24248/EAHRJ-D-18-00012>
- Becker, G. S. (1960). An Economic Analysis of Fertility. In National Bureau of Economic Research (Éd.), *Demographic and Economic Change in Developed Countries* (Columbia University Press, p. 209-240). <http://www.nber.org/books/univ60-2>
- Bongaarts, J., Cleland, J., Townsend, J., Bertrand, J., & Gupta, M. (2012). *Résumé Exécutif—Les programmes de planification familiale du XXI^e siècle : Fondement et conception*. Population Council. <https://doi.org/10.31899/rh11.1064>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>
- Caldwell, J. C. (1976). Toward A Restatement of Demographic Transition Theory. *Population and Development Review*, 2(3/4), 321. <https://doi.org/10.2307/1971615>
- Dasgupta, A. N. Z., Zaba, B., & Crampin, A. C. (2016). Postpartum uptake of contraception in rural northern Malawi: A prospective study. *Contraception*, 94(5), 499-504. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.05.007>
- Davis, M., & Mailhos, J. (2006). *Le pire des mondes possibles : De l'explosion urbaine au bidonville global. la Découverte*. https://www.editionsladecouverte.fr/le_pire_des_mondes_possibles-9782707152893
- Diop, N. J. (1995). La fécondité des adolescentes au Sénégal. *Union pour l'Etude des Population en Afrique*, 11, 20p.
- Eliason, S., Baiden, F., Quansah-Asare, G., Graham-Hayfron, Y., Bonsu, D., Phillips, J., & Awusabo-Asare, K. (2013). Factors influencing the intention of women in rural Ghana to adopt postpartum family planning. *Reproductive Health*, 10(1), 34. <https://doi.org/10.1186/1742-4755-10-34>
- Gabrysch, S., Nesbitt, R. C., Schoeps, A., Hurt, L., Soremekun, S., Edmond, K., Manu, A., Lohela, T. J., Danso, S., Tomlin, K., Kirkwood, B., & Campbell, O. M. R. (2019). Does

- facility birth reduce maternal and perinatal mortality in Brong Ahafo, Ghana? A secondary analysis using data on 119 244 pregnancies from two cluster-randomised controlled trials. *The Lancet Global Health*, 7(8), e1074-e1087. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30165-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30165-2)
- Gudeta, T. G., Terefe, A. B., Mengistu, G. T., & Sori, S. A. (2025). Immediate postpartum modern family planning utilization and associated factors among postpartum women in Gurage Zone, Southern Ethiopia 2022 : Community-based cross-sectional study. *Frontiers in Global Women's Health*, 6, 1355620. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1355620>
- HAS. (2019, juillet 7). *Contraception chez la femme en post-partum*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
- Hirwa, M. S., & Rwema, V. (2024). Factors associated with postpartum family planning use in Rwanda. *Contraception and Reproductive Medicine*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40834-023-00261-9>
- ISTEEBU. (2017). *GF41.pdf*. <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/GF41/GF41.pdf>
- ISTEEBU. (2019, janvier). *EDSB-III_Rapport-Synthese_Analyse-secondaire.pdf*. https://www.insbu.bi/wp-content/uploads/2023/05/EDSB-III_Rapport-Synthese_Analyse-secondaire.pdf
- Itangishaka, P., Manirakiza, R., Rwenge Mburano, J. R., Ndayisenga, A., & Toyi, A. (2024). Facteurs associés à l'Utilisation de la Contraception Moderne Chez les Femmes en Union au Burundi : Tendances et changements de 1987 à 2017. *European Scientific Journal, ESJ*, 20(17), 45. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n17p45>
- Manirakiza, R. (2008). *Population et développement au Burundi*. Harmattan. https://www.editions-harmattan.fr/livre-population_et_developpement_au_burundi_rene_manirakiza-9782296059443-26664.html
- Mason, K. O. (2014). Impact du statut social des femmes sur la fécondité des pays en développement. In H. Leridon (Éd.), *Les théories de la fécondité* (p. 447-465). Ined. <https://www.ined.fr/fr/publications/editions/manuels/les-theories-de-la-fecondite/>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Mengesha, Z. B., Worku, A. G., & Feleke, S. A. (2015). Contraceptive adoption in the extended postpartum period is low in Northwest Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(1), 160. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0598-9>
- Millogo, R. M., Rossier, C., Soura, A. B., & Cisse, S. (2018). Impacts socio-économiques des inégalités de genre sur la fécondité à Ouagadougou : Éclairage à partir des données de l'observatoire de population de Ouagadougou. *African Population Studies*, 32(3). <https://doi.org/10.11564/32-3-1227>
- Nganawara, D. (2017). *Analyse de fécondité* (Les documents pédagogiques de l'IFORD).
- Oguma, E. D., Danda, D., & Moshi, F. V. (2025). Using Theory of Planned Behaviour to Assess the Determinants of Uptake of Modern Family Planning among Women of Reproductive Age in Rural Settings of Morogoro, Tanzania; A Cross-Sectional Study. *East African Health Research Journal*, 8(3), 354-362. <https://doi.org/10.24248/eahrj.v8i3.805>
- OMS. (2023, septembre 5). *Planification familiale/méthodes de contraception*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
-

- Rapport. (2015). *Burundi-Plan-d-Accélération-de-la-Planification-Familiale-2015-2020.pdf*.
<https://prb.org/wp-content/uploads/2020/06/Burundi-Plan-d-Acc%C3%A9l%C3%A9ration-de-la-Planification-Familiale-2015-2020.pdf>
- Rutaremwya, G., & Kabagenyi, A. (2018). Postpartum family planning utilization in Burundi and Rwanda : A comparative analysis of population based cross-sectional data. *Pan African Medical Journal*, 30. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.30.303.15105>
- Sedgh, G., Ashford, L. S., & Hussain, R. (2016). *Unmet Need for Contraception in Developing Countries : Examining Women's Reasons for Not Using a Method*. <https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
- Sindayihebura, J. F. R. (2023). Défis de la Transition de la Fécondité au Burundi : Cas de Non-Intention d'Utiliser la Contraception Moderne chez les Femmes en Union [Thèse de Doctorat en Démographie, Université du Burundi]. <https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/408>
- Sindayihebura, J. F. R., Barankanira, E., Manirakiza, D., Nganawara, D., Manirakiza, R., & Bouba Djourdebbé, F. (2022). Influence of gender relationships on the non-intention to use modern contraception among women aged 15 to 49 in union in Burundi. *Applied Mathematical Sciences*, 16(8), 387-396. <https://doi.org/10.12988/ams.2022.916836>
- Sindayihebura, J. F. R., Djourdebbé, F. B., Nganawara, D., Barankanira, E., Manirakiza, D., Ndayitwayeko, W.-M., Nsabimana, J., & Manirakiza, R. (2024). Towards the Exploration of Social Considerations against the Intention to Use the Modern Contraception among Women in Union in Burundi. *International Journal of Research and Innovation in Social Science*, 8(3), 1265-1281. <https://doi.org/10.47772/IJRISS.2024.803093>
- Sindayihebura, J. F. R., Nganawara, D., Bouba Djourdebbé, F., & Manirakiza, R. (2022). Family Planning Services Supply and Non-Intention to Use the Modern Contraception among Women of Childbearing Age in Union in Burundi. *International Journal of Mathematical Analysis*, 16(2), 81-88. <https://doi.org/10.12988/ijma.2022.912423>
- Sindayihebura, J. F. R., Nganawara, D., & Manirakiza, R. (2022a). Community socio-cultural pressure in explanation of the non-intention to use modern contraception among the women aged 15-49 in Union in Burundi. Application of the multi-level analysis. *International Journal of Mathematical Analysis*, 16(4), 149-157. <https://doi.org/10.12988/ijma.2022.912431>
- Sindayihebura, J. F. R., Nganawara, D., & Manirakiza, R. (2022b). Household Poverty and Contraceptive Non-Intention Among Women of Childbearing Age in Union in Burundi : Validity of the Theory of Intergenerational Flows of Wealth. *Journal of Population and Social Studies*, 31, 80-94. <https://doi.org/10.25133/JPSv312023.005>
- Singoye, E., Djourdebbé, F. B., Manirakiza, R., Bassinga, H., & Toyi, A. (2024). Facteurs Contextuels et Individuels de la Fécondité des femmes en union âgées de 15 à 49 ans au Burundi. *European Scientific Journal, ESJ*, 20(35), 83. <https://doi.org/10.19044/esj.2024.v20n35p83>
- Söderbäck, K., Holter, H., Salim, S. A., Elden, H., & Bogren, M. (2023). Barriers to using postpartum family planning among women in Zanzibar, Tanzania. *BMC Women's Health*, 23(1), 182. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02330-2>
- Toyi, A., & Singoye, E. (2022). Analyse socio-démographique de la non-utilisation de la contraception moderne chez les femmes en union du milieu rural au Burundi. *Revue de l'Université du Burundi : Série Sciences Humaines et Sociales*, 21(1), 16-35.

- Track20, & Avenir Health. (2024, avril). *Opportunities for family planning programming in the postpartum period in Zimbabwe [Rapport]*. <https://track20.org/download/pdf/PPFP%20Opportunity%20Briefs/english/Zimbabwe%20PPFP%20Opportunity%20Brief%202.pdf>
- Uganda Bureau of Statistics, U. (2016). *Uganda—Demographic and Health Survey 2016*. https://microdata.worldbank.org/index.php/catalog/2979/study-description?utm_source=chatgpt.com
- UNFPA-BURUNDI. (2023). *PLANIFICATION FAMILIALE PLAN STRATÉGIQUE 2023—2027*. UNFPA Burundi. <https://burundi.unfpa.org/fr/publications/planification-familiale-plan-strat%C3%A9gique-2023-2027>
- WHO. (2015). *State of Inequality : Reproductive Maternal Newborn and Child Health ... - World Health Organization—Google Livres*. [https://books.google.bi/books?hl=fr&lr=&id=CF40DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=World+Health+Organization+\(2015\).+Health+service+delivery+indicators:+Toolkit+for+monitoring+reproductive+health+services.+Geneva:+WHO+Press.&ots=FpVliFjwpg&sig=w_3cmXRQUJq7Eri7BIqVphJLz_0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.bi/books?hl=fr&lr=&id=CF40DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=World+Health+Organization+(2015).+Health+service+delivery+indicators:+Toolkit+for+monitoring+reproductive+health+services.+Geneva:+WHO+Press.&ots=FpVliFjwpg&sig=w_3cmXRQUJq7Eri7BIqVphJLz_0&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)